

# **audiatur-Bericht\***

## **Teil 1, 2021**

\* Entnommen aus dem über 2000 Jahre alten Grundsatz „*audiatur et altera pars*“ („Es möge auch die andere Seite gehört werden“).



Baden bei Wien, am 16. März 2021



**FORSTHUBER  
& PARTNER**

RECHTSANWÄLTE

Wiener Straße 80  
A-2500 Baden bei Wien  
kanzlei@forsthuber.at  
+43 2252 86 3 66, Fax DW 2

RECHTSANWÄLTE  
Dr. Gottfried Forsthuber  
Mag. Gottfried Forsthuber

RECHTSANWALTS-  
ANWÄRTER  
Mag. Philipp Schada

AKTUELLE  
RECHTSNEWS

Jede Woche neu auf  
FragDenAnwalt.at  
& forsthuber.at

UNSER ANGEBOT

Unternehmensrecht & -gründungen  
Gesellschaftsrecht  
Arbeitsrecht  
Gewährleistung, Schadenersatz &  
Zivilrecht allgemein  
Strafrecht  
Immobilien-, Miet- & Wohnrecht  
Hausverwaltungen  
Kaufverträge & Treuhandschaften  
Eintreiben von Forderungen  
Verwaltungsrecht  
Verfassungsrecht  
Familienrecht & Erbrecht  
Testamente  
Sport- & Vereinsrecht  
Insolvenzrecht

UNTERSTÜTZUNG

bei Causen mit Bezug  
zu Spanien oder Ungarn

## Audiatur et altera pars

Wir wurden beauftragt alle aktuellen „Lockdown-Gesetze“ beim Verfassungsgerichtshof anzufechten. Den ersten Teil des 500 Seiten Schriftsatzes (+333 Beilagen) veröffentlichen wir als Bericht. Denn bis heute (!), mehr als ein Jahr nach Beginn, gibt es für sämtliche Lockdown-Maßnahmen noch immer keine tragfähige Begründung.

Der Antrag wurde durch mehrere Gewerbetreibende und Privatpersonen eingebracht, die den Eingriff in Ihre Grund- und Freiheitsrechte nicht mehr hinnehmen können. Es sind Menschen „wie du und ich“, die Familie haben, arbeiten oder in Pension sind, ihre Steuern zahlen.

Das Dokument beschränkt sich auf die **Darlegung der Bedenken auf Sachverhaltsebene**. Es ist demnach keine wissenschaftliche Arbeit, sondern muss den Vorgaben des VfGG und den einschlägigen Bestimmungen des B-VG gerecht werden.

**Wir sind Rechtsanwälte**, keine Mediziner/Virologen/Epidemiologen/Statistiker. Wir haben uns im Vorfeld mit Sachverständigen beraten und bei der Beweisführung jenen hohen Standard angesetzt, der in einem Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof bzw. gerichtlichen Verfahren erwartet wird. Ziel ist – in der Gesamtheit – darzustellen, dass die verfügbaren Maßnahmen uA. weder geeignet noch erforderlich noch angemessen sind.

**Wenn sich schon der Verfassungsgerichtshof mit der „Corona-Gesetzgebung“ auseinandersetzen muss, sollen auch Sie einen Nutzen davon haben. Immerhin sind Sie jeden Tag aufs Neue direkt oder indirekt betroffen. Das ist der Grund, warum wir diesen Teil des Antrages schon jetzt veröffentlichen.**

**Der Inhalt wird Sie überraschen. Seit fast einem Jahr hören Sie vermutlich etwas komplett anderes.**

**Wir laden Sie ein:** Lassen Sie sich auf das Vorbringen ein und bewerten Sie es zum Schluss. Die Lesedauer beträgt ca. 3 bis 4 Stunden. Reden Sie mit Freunden, Familie, Ihrem Hausarzt, politischen Entscheidungsträgern oder anderen Personen Ihres Vertrauens darüber. Denn das *miteinander reden* haben wir in diesem Jahr fast verlernt. Zu verhärtet sind die Meinungsfronten. Es gibt nur mehr schwarz und weiß und eine schweigende Mehrheit, die all diese Ereignisse und Maßnahmen resignierend über sich ergehen lässt.

Dabei wäre der über 2000 Jahre alte Grundsatz ***audiatur et altera pars*** („Es möge auch die andere Seite gehört werden“) heute aktueller denn je.

**Gerne können Sie dieses Dokument auch in einem anderen Verfahren verwenden**, etwa um Ihren eigenen Prozesstandpunkt zu begründen (zB bei Verwaltungsstrafen infolge Verletzung der Kontaktverbote, Abstandsverbote, bei Strafverfahren wg. § 178 StGB oÄ). Allein mit diesem Dokument wird es in der Regel aber nicht getan sein. Wir empfehlen Ihnen zuvor Rechtsberatung einzuholen.

**Zu den angefochtenen Bestimmungen und wie der Antrag rechtlich begründet wird, wollen wir uns namens unserer Mandanten noch nicht öffentlich äußern.** Der Respekt vor dem Verfassungsgerichtshof gebietet es zunächst das Vorverfahren abzuwarten, aber auch, dass sich sein Präsident, die Vizepräsidentin und die Verfassungsrichterinnen und Verfassungsrichter unbehelligt auf das Vorbringen einlassen können; und das ebenso unbehelligt von neugierigen Rückfragen, die ohnehin unbeantwortet blieben.

**Bis es im Verfahren weitergeht, können Sie für sich den Test machen:** Wie würden Sie entscheiden? Was würden Sie anstelle der Behörde tun? Was sagen Sie zu all dem?

Ihre



Forsthuber & Partner Rechtsanwälte

### Anwendungs- und Zitierhinweise:

- **Wenn Sie das Dokument teilen wollen**, ersuchen wir Sie dies unter Angabe unserer Homepage bzw. des entsprechenden Beitrages zu tun. Das Dokument ist hier direkt abrufbar: [forsthuber.at/audiatur](https://forsthuber.at/audiatur) bzw. **audiatur.at**
- Bitte nehmen Sie nach Möglichkeit Abstand davon das Dokument auf einer von Ihnen betriebenen Homepage/Plattform hochzuladen. Bitte verlinken Sie direkt auf den entsprechenden Beitrag auf unserer Homepage, der unter [forsthuber.at/audiatur](https://forsthuber.at/audiatur) bzw. **audiatur.at** abrufbar ist.
- **Zitiervorschlag:** „*audiatur-Bericht Teil 1, 2021*“ bzw. „*audiatur-Bericht\**“ bzw. #aeap
- **Sollten Sie anwaltlich tätig sein**, wird kollegialiter höflich ersucht die Beilagenbezeichnung „*audiatur-Bericht\* Teil 1, 2021 (16.03.2021)*“ zu wählen und das Dokument vollständig vorzulegen. Es beinhaltet zahlreiche Querverweise.
- **Belangte Behörde** = Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz = BMSGPK (dh. nicht der Bundesminister als Person, sondern als Behörde) und der Bürgermeister der Statutarstadt Wr. Neustadt (als Behörde), der einen Erlass des BMSGPK vollziehen muss.
- **ASt** = Antragsteller (oft mitgemeint „*die Bevölkerung*“, bzw. „*die Menschen, die in Österreich leben*“ bzw. „*die österreichischen Staatsbürger*“).

Verfassungsgerichtshof  
Freyung 8  
1010 Wien  
Per webERV



**FORSTHUBER  
& PARTNER**

RECHTSANWÄLTE

Wiener Straße 80  
A-2500 Baden bei Wien  
kanzlei@forsthuber.at  
+43 2252 86 3 66, Fax DW 2

RECHTSANWÄLTE

Dr. Gottfried Forsthuber  
Mag. Gottfried Forsthuber

RECHTSANWALTS-  
ANWÄRTER

Mag. Philipp Schada

AKTUELLE  
RECHTSNEWS

Jede Woche neu auf  
FragDenAnwalt.at  
& forsthuber.at

UNSER ANGEBOT

Unternehmensrecht & -gründungen  
Gesellschaftsrecht  
Arbeitsrecht  
Gewährleistung, Schadenersatz &  
Zivilrecht allgemein  
Strafrecht  
Immobilien-, Miet- & Wohnrecht  
Hausverwaltungen  
Kaufverträge & Treuhandschaften  
 Eintreiben von Forderungen  
 Verwaltungsrecht  
 Verfassungsrecht  
 Familienrecht & Erbrecht  
 Testamente  
 Sport- & Vereinsrecht  
 Insolvenzrecht

UNTERSTÜTZUNG

bei Causen mit Bezug  
zu Spanien oder Ungarn

- Antragsteller:**
1. Gastronom, Unternehmer  
Niederösterreich
  2. Beautysalon, Unternehmerin  
Niederösterreich
  3. „Gastronomie/Freizeit-GmbH“  
2700 Wiener Neustadt
  4. Trafikant, Unternehmer  
Niederösterreich
  5. Sportverein  
Niederösterreich
  6. Pensionistin  
Niederösterreich
  7. Pensionist  
Niederösterreich
- vertreten durch:** Forsthuber & Partner Rechtsanwälte  
Wiener Straße 80  
A-2500 Baden bei Wien  
Prozess- und Geldvollmacht erteilt  
(§ 30/2 ZPO iVm § 35/1 VfGG; § 8 RAO)

**Belangte Behörde:** Bundesminister für Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Konsumentenschutz  
Stubenring 1  
1010 Wien

**Sachgebiet:** Gesundheitsrecht

wegen:

**Epidemiegesetz 1950 in StF: BGBl. Nr. 186/1950, idF BGBl. Nr. 33/2021:**

**§ 1 Abs 1 Z 1** (WF „MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/„neues Corona-Virus“); **§ 4 Abs 4 Z 3** (WF „sofern für die Zwecke des Abs. 2 erforderlich auch negative Testergebnisse auf SARS-CoV-2“), **Abs 6** (WF „und aktuell abgelaufene“, ), **Abs 15** (in eventu WF „Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat durch Verordnung Details dieser Meldungen festzulegen. Sofern diese Informationen aus fachlicher Sicht zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie erforderlich sind, kann dabei festgelegt werden, dass auch negative Testergebnisse auf SARS-CoV-2 zu melden sind.“), **Abs 18** (in eventu WF „und aktuell abgelaufene“ sowie „und aktuell abgelaufen“), **Abs 21**; **§ 5a** (Abs 1 Z 1 und 2; Abs 2; Abs 3; Abs 4; Abs 6; Abs 7; Abs 8); **§ 5b** (Abs 2; Abs 3; Abs 5, Abs 6); **§ 5c** (Abs 1 Z 1, Z 5, Z 8; Abs 2 (in eventu WF „von Abs. 1 Z 8“); Abs 3; Abs 4); **§ 15** (Abs 2 Z 5 (in eventu WF „und aktuell abgelaufene“); § 15 Abs 9 (WF „Zudem kann bestimmt werden, dass dem Veranstalter zum Beginn der Veranstaltung der Nachweis vorzuweisen und für die gesamte Dauer der Veranstaltung für eine allfällige weitere Überprüfung durch den Veranstalter oder für eine Überprüfung durch die Behörde bereitzuhalten ist. Zu diesem Zweck ist der Veranstalter im Rahmen der Eingangskontrolle zur Ermittlung von personenbezogenen Daten berechtigt. In diesem Zusammenhang ist der Veranstalter auch berechtigt, die Identität des Teilnehmers festzustellen. Eine Aufbewahrung des Nachweises und des Identitätsnachweises ist unzulässig.“); **§ 27a** (WF „Jedenfalls als geeignet gelten Personen, die ihren Beruf bzw. die Tätigkeiten des Sanitäters in Einrichtungen gemäß § 23 Sanitätergesetz, BGBl. I Nr. 30/2002, ausüben.“); **§ 28d** (Abs 1 WF „auch ohne ärztliche Anordnung“, Abs 2 WF „nicht ohnedies“); **§ 43a** (Abs. 4); **§ 50 Abs 10** (WF „§ 5a und § 5b“ sowie „§ 15, § 27a“); **§ 50 Abs 11** (WF „§ 5a, 5b und“); **§ 50 Abs 14** (WF „§ 5a Abs. 5, § 15 Abs. 1 und Abs. 2 Z 4 und 5, § 15 Abs. 5 bis 8,“ sowie „§ 43a“); **§ 50 Abs 17** (WF „§ 5a Abs. 1 und Abs. 6, § 5b Abs. 3 Z 1, § 5c samt Überschrift, § 15 Abs. 3,“ sowie „§ 28d samt Überschrift“); **§ 50 Abs 18** (WF „§ 5a Abs. 1, 2, 3, 7 und 8, § 5b Abs. 3, § 5c Abs. 2, § 15 Abs. 2 und 9“, sowie „§ 15 Abs. 2 Z 5 und § 15 Abs. 9 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2021 außer Kraft.“); **§ 50 Abs 19** (WF „15, 18“, sowie „§ 15 Abs. 2 Z 5 und Abs. 9“, sowie „§ 28d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 33/2021“); **§ 51 Z 1 und Z 2.**

**COVID-19 Maßnahmengesetz, StF: BGBl. I Nr. 12/2020, idF BGBl. I Nr. 33/2021**, zur Gänze in eventu **§ 1 Abs 5 Z 1, Z 2, Z 3, Z 5** (Z 5 WF „Ein Nachweis ist bei einem negativen Testergebnis auf SARS-CoV-2, bei einer ärztlichen Bestätigung über eine erfolgte und aktuell abgelaufene Infektion oder bei einem positiven Antikörpertest auszustellen. Ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 kann auch im Rahmen einer vom Inhaber bzw. Betreiber veranlassten Testung erlangt werden; § 5a Abs. 8 Satz 5 bis 7 des Epidemiegesetzes 1950 gilt sinngemäß.“, in eventu WF „und aktuell abgelaufene“); **§ 1 Abs 5a, Abs 5b, Abs 5c** (Z 1 und Z 2); **§ 1 Abs 7** (Z 4 WF „durchgeführte SARS-CoV-2-Tests samt Positivrate“); **§ 1 Abs 8**; **§ 2 Abs 1** (WF „gemäß § 1 Abs. 7“); **§ 3**; **§ 4** (Abs 1 Z 2, Abs 2 Satz 1, WF „In einer Verordnung gemäß Abs. 1 kann entsprechend der epidemiologischen Situation festgelegt werden, in welcher Zahl und zu welcher Zeit oder unter welchen Voraus-

setzungen und Auflagen diese Orte betreten und befahren werden dürfen.“); § 5; § 7; § 8; § 11; § 12 Abs 2 (WF „gemäß § 3“), § 12 Abs 8 (WF „§ 1 Abs. 5, 5a bis 5c, § 8 Abs. 6“); § 12 Abs 9.

**4. COVID-19-SchuMaV) StF: BGBl. II Nr. 58/2021 idF BGBl. II Nr. 111/2021** zur Gänze, in eventuelle § 1, § 2, § 3 („und eine Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine äquivalente bzw. einem höheren Standard entsprechende Maske zu tragen“, in eventuelle WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); § 4 Abs 1 (WF „Zusätzlich ist eine Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine äquivalente bzw. einem höheren Standard entsprechende Maske zu tragen.“, in eventuelle WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); § 5 (Abs 1 Z 1, Abs 1 Z 2 WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“; Abs 3 Z 1); § 6 Abs 2 Z 1; § 6 Abs 2; § 6 Abs 4 Z 3, Abs 4 (WF vorletzter Satz „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“), letzter Satz: „Der Nachweis über einen negativen Antigen-Test auf SARS-CoV-2 oder einen negativen molekularbiologischen Test auf SARS-CoV-2 ist gegenüber dem Arbeitgeber vorzuweisen und für die Dauer von sieben Tagen bereitzuhalten“; § 6 Abs 6 Z 1; § 6 Abs 7; § 7 (Abs 1; Abs 5 Z 1 (WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); § 8 Abs 1; § 8 Abs 4; § 9 (Abs 1); § 12 (Abs 1); § 13 (Abs 1; Abs 3 WF „Abs 1“; Abs 4 letzter Satz WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); § 19 Abs 1 WF „§ 2“; § 19 Abs 1 Z 3, § 19 Abs 2 WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil, oder einer“ sowie die Wortfolge „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard oder den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung oder den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung“; § 20; § 21; § 25 Abs 2 WF „§ 5 Abs 1“ WF „Abs 7 und“, WF „§ 13 Abs 7 und 8“, Abs 3 WF „§ 2 Abs. 2, § 5 Abs. 1 Z 3, § 6 Abs. 6 und 7, § 7 Abs. 2 Z 2“, Abs 4 WF „§ 5 Abs. 3 Z 1, § 6 Abs. 6 Z 1“, Abs 5.

**Belangte Behörde:** Bürgermeister der Statutarstadt  
Wiener Neustadt  
Hauptplatz 1-3  
2700 Wiener Neustadt

**wegen:** **Hochinzidenzgebietsverordnung der Statutarstadt Wr. Neustadt (Bürgermeister der Stadt Wiener Neustadt) vom 09.03.2021** zur Gänze, in eventuelle n § 2 Abs 2 WF „in den letzten sechs Monaten vor der vorgesehenen Testung erfolgte und zu diesem Zeitpunkt aktuell“ sowie die Wortfolge „und aktuell abgelaufene“.

## **Antrag auf Gesetzesprüfung**

gem. Art 140 Abs 1 Z 1 lit c B-VG und den §§ 62ff VfGG

## **Antrag auf Verordnungsprüfung**

gem. Art 139 Abs 1 Z 3 B-VG und den §§ 57ff VfGG

1-fach

333 Beilagen

Überweisungsbestätigung PG, Staatsbürgerschaftsnachweise ./A

Normenübersicht und Rechtslage ./B

Beilagenübersicht ./C

Weitere Beilagen als ./1 bis ./330 bezeichnet

***„Der Dienst des Verfassungsgerichtshofes zum Schutz der Verfassung, den Hans Kelsen als wesentlichen Teil seines Verfassungskonzeptes vorgesehen hatte, ist ein Dienst an der Friedenssicherung und an einer dem Einzelnen zugänglichen Rechtssicherheit; er verlangt, die Politik am Recht zu messen und nicht das Recht durch die Politik zu beugen.“***

*em. Univ.Prof. Dr. DDr.hc mult Herbert Schambeck<sup>1</sup>*

## **A. Vollmachtsbekanntgabe**

Die Antragsteller haben Forsthuber & Partner Rechtsanwälte in 2500 Baden bei Wien, Wiener Straße 80, mit ihrer Vertretung beauftragt und Vollmacht erteilt. Um Kenntnisnahme und Zustellung an die ausgewiesenen Rechtsvertreter wird höflich ersucht.

## **B. Vorbemerkungen**

Zu Beginn des Jahres 2020 breitete sich das sogenannte „Coronavirus“ SARS-CoV-2 und die hierdurch verursachte Krankheit COVID-19 pandemisch aus. Der Nationalrat beschloss am 15.03.2020 das COVID-19 Maßnahmengesetz in StF: BGBl. I Nr. 12/2020. Damit hat die Republik Österreich, der Gesetzgeber, erste Maßnahmen getroffen, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einer die gesamte Republik betreffenden epidemischen Lage sicherzustellen. Gleichzeitig wurde insb. das Epidemiegesetz 1950 (StF: BGBl. Nr. 186/1950) erweitert. Durch dieses, wie auch durch das COVID-19-MG (StF: BGBl. I Nr. 12/2020), wurde der Bundesminister für Gesundheit (BMSGPK, belange Behörde) und

---

<sup>1</sup> *Schambeck*, Der Staat und seine Ordnung: ausgewählte Beiträge zur Staatslehre und zum Staatsrecht (Wien 2002), *Hengstschläger* (Hrsg.) 685

weitere Behörden (LH, BvB, Gemeinde) ermächtigt, durch Verordnung verschiedene Maßnahmen zu treffen.

Davon hat die belangte Behörde seither umfassend Gebrauch gemacht. Die angefochtenen Normen (in einer, zeitweilig intensiveren, zeitweilig lockereren Form) haben das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben seit dem Frühjahr 2020 maßgeblich bestimmt und eingeschränkt. Ergänzend hierzu haben die Bezirksverwaltungsbehörden und bestimmte Gemeinden umfangreiche Bescheide, Verordnungen erlassen (so etwa die Statutarstadt Wr. Neustadt).

Ziel der Maßnahmen ist der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Bevölkerung.

**Gesetzgeber und Verordnungsgeber sind zu Beginn der Maßnahmen von einer exorbitant höheren Gefahr durch das Virus ausgegangen, als sie sich im Laufe des Jahres bis zum heutigen Tage wissenschaftlich bestätigt hat.** Die Fallsterblichkeitsrate beträgt lediglich etwa ein Sechszwanzigstel des ursprünglich Angenommenen (nähere Ausführungen dazu unter **F. I.** **Die Schärfe der Maßnahmen ist daher zu korrigieren. Es hat sich ein Regieren durch umfangreiche und tief in Grundrechte eingreifende Verordnungen durch die Exekutive etabliert, das droht, sich zu verselbständigen. Ferner liegt den Gesetzen und Verordnungen eine kurzsichtige und übermäßig einseitige Gewichtung des kurzfristigen Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit zugrunde, bei dem der mittel- und langfristige Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit aus dem Blick geraten ist.** Zudem wird unter Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz massiv in eine Vielzahl anderer Grundrechte eingegriffen, so etwa in das Recht auf Arbeit oder die Erwerbsausübungsfreiheit. **Die angeordneten Maßnahmen sind in ihrer Wirksamkeit oft nicht hinreichend belegt und – was etwa „Lockdownmaßnahmen“ anbelangt - mittlerweile sogar widerlegt. Der gesetzgeberische Gestaltungsspielraum ist oftmals überschritten, da die unklare Tatsachengrundlage im Laufe des Jahres 2020 einem erheblichen Zugewinn an wissenschaftlichen Erkenntnissen gewichen ist, was ein differenzierteres Vorgehen ermöglichen würde.** Dieses bietet einerseits hinreichend Schutz, wo er benötigt wird, und belässt andererseits in erheblichem Umfang Freiheiten.

Selbst unter den Bedingungen einer Pandemie haben sich Normgeber an die rechtlichen Rahmenbedingungen zu halten. Andernfalls würden die Grundrechte nachhaltig beschädigt. Ohne Grundrechte gibt es jedoch keinen funktionierenden Rechtsstaat. Und ohne Rechtsstaat keine Demokratie.

Ähnlich empfindlich ist die Balance zwischen Bürgern und Staat. Es ist nicht möglich, das Machtgleichgewicht zu Ungunsten der Bürger zu verschieben, ohne dass der demokratische Grundgedanke dadurch fundamental betroffen ist.

Aktuell sind die bürgerlichen Freiheiten der Menschen in Österreich bekanntlich eingeschränkt. Sie dürfen sich nicht frei bewegen, es herrschen Kontaktverbote, zeitweise Sperrstunden, es gelten demnächst wohl Bewegungsradien und in einzelnen Gemeinden bereits die Pflicht, an öffentlichen Orten eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Die Unverletzlichkeit der Wohnung ist ausgehöhlt, die Versammlungsfreiheit, Religionsfreiheit und Erwerbs(ausübungs)freiheit bzw. das Recht auf Arbeit wurden weitestgehend aufgehoben.

**Man beachte, wie sich während der „Pandemiebekämpfung“ der Zeitrahmen ändert:** Im Frühjahr 2020 sagte die belangte Behörde (im Rahmen einiger Pressekonferenzen auch im Beisein anderer Regierungsmitglieder) oft *„in zwei Wochen sollte es besser werden“*; dann, im Herbst 2020, waren es zwei Monate; jetzt ist es meist ein halbes Jahr (im Sommer 2021, vielleicht auch später, wird es besser); schon werden Stimmen laut, die das Ende der Pandemie auf 2022, sogar 2024 legen... Jeder Tag bringt Neuigkeiten – Impfstoffe wirken gegen neue Varianten, oder vielleicht auch nicht; der eine Impfstoff ist erst schlecht, aber dann scheint er doch ganz gut zu funktionieren, der andere wird anfänglich hochgelobt, ist mittlerweile aber verschrien und vermutlich Ursache für zahlreiche Todesfälle; es gibt große Verzögerungen bei der Lieferung von Impfstoffen. Nach Perspektive sieht das alles nicht aus.

**Anstelle der Demokratie haben wir jetzt eine „Regierung“;** eine die, wie bereits festgestellt werden musste, gegen die Verfassung verstößt. Wir haben eine unausgewogene Medienberichterstattung und Bürger ohne Bewegungs-, Berufs- und diverse andere Freiheiten. Und nichts deutet darauf hin, dass sich dieser Zustand so bald wieder ändert.

Techniken staatlicher Bevormundung wie Nudging und Framing richten sich insgeheim gegen die Überzeugungen von Menschen und somit gegen deren Meinungsfreiheit. Professionelle Manipulation ist weder eine Debatte, noch kann sie Überzeugungsarbeit ersetzen. Sie ist ihrem Wesen nach antidemokratisch und richtet sich eklatant gegen sämtliche Prinzipien der verfassungsgesetzlich gewährleisteten Meinungsfreiheit.

Tatsächlich scheint das aber bei den Entscheidungsträgern niemanden mehr zu interessieren, schon gar nicht im Bundeskanzleramt oder im BMSGPK. Aufbegehren können die Bürger ohnehin nur noch sehr schwer. Proteste werden immer häufiger untersagt.

Dabei ist es umso erschütternder in welcher seltener Unvorbereitetheit Verordnungsgeber und Gesetzgeber handeln. Angesichts jener Unterlagen, die dem Verfassungsgerichtshof

in einschlägigen Vorentscheidungen vorgelegt wurden, kann die Bezeichnung „*mangelhafte Sachverhaltsfeststellung*“ nur mehr ein Hilfsausdruck sein. Im Grunde reicht ein/eine engagierte/r Beamter/-in, die/der dieser Aufgabe nachgeht und der/dem man es auch gestattet den Sachverhalt zu ermitteln.

**Es ist höchste Zeit, das angstgetriebene Handeln der Gesetz- und Verordnungsgeber durch ein besonnenes, tatsachen- und evidenzbasiertes Gestalten zu ersetzen.** Statt der einfallslosen Methode des zyklischen „*Draufhauens auf alles und alle*“ (hammer and dance), bei der sich die Variation nahezu in „*Lockdown light*“ und „*Lockdown hart*“ erschöpft, sollten - durch differenziertes Vorgehen - einerseits die vulnerablen Gruppen wirkungsvoll (!) geschützt und andererseits den Menschen grundrechtlich verbrieft Freiheiten in erheblichem Umfang wiedergewährt werden.

**Unsere Bundesverfassung und die Grundrechte müssen sich gerade in Krisenzeiten bewähren.** Die seit etwa einem Jahr schwelende Debatte hat die Antragsteller daran zweifeln lassen, dass es den Regierungen europaweit und der belangten Behörde im Besonderen daran gelegen ist, ergebnisoffen nach Möglichkeiten der Krisenbewältigung zu suchen und sachlich miteinander zu diskutieren. Vielmehr erhärtet sich der Eindruck, dass es um die Bestätigung einer bereits gefassten Meinung der Regierung geht.

Seit Jahren anerkannte hochrangige Wissenschaftler, die eine andere Auffassung vertreten, werden entgegen früherer Praxis nicht mehr in Gesprächsrunden eingeladen. Ihre Stellungnahmen werden kaum noch veröffentlicht. Teilweise werden sie diskreditiert, als „*Verschwörungstheoretiker*“ etikettiert, ohne sich ihre Argumente überhaupt ernsthaft anzuhören. YouTube als einflussreicher Monopolist löscht mittlerweile in großem Ausmaß Videos und Konten von Journalisten, Publizisten und Wissenschaftlern, die eine andere Auffassung vertreten als einzelne Pharmahersteller oder die Weltgesundheitsorganisation. Zensur findet statt. Nicht durch den Staat unmittelbar, allerdings vor seinen Augen, ohne dass er einschreitet. Diese Verengung des Debattenraumes kann fatal sein bei der Suche nach der besten Strategie zur Bewältigung der Krise.

**Die Corona-Krise hat ein solches Ausmaß, dass sich bereits jetzt eine Antragsflut in Richtung des Verfassungsgerichtshofes ankündigt und auch schon teilweise eingetroffen ist.** Der Gerichtshof wird sich daher ohnehin in absehbarer Zeit (weiterhin) mit nahezu sämtlichen hier aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen müssen. Warum also nicht dieses Verfahren als „Blaupause“ nutzen, zumal die schnelle Beschäftigung hiermit womöglich dazu beiträgt den bereits in diesen Tagen drohenden erheblichen Schaden von den Menschen in unserem Land abzuwenden? Die Antragsteller wollen einen Beitrag dazu leisten, die bebenden Säulen unseres Rechtsstaates und unserer demokratischen Rechtsordnung wieder etwas zu stabilisieren und die gesellschaftliche Spaltung zu reduzieren. Alle Aussagen, Tatsachen, Belege und Zitate sind sorgfältig recherchiert.

# Inhaltsverzeichnis

<b>A. Vollmachtsbekanntgabe .....</b>	<b>10</b>
<b>B. Vorbemerkungen.....</b>	<b>10</b>
<b>C. Normenübersicht und deren Bezeichnung .....</b>	<b>17</b>
<b>F. Darlegung der Bedenken (Sachverhalt).....</b>	<b>18</b>
I. Gefahren(fehl)einschätzung; „breitflächig tödliche Gefahr“ .....	18
II. Risikogruppe .....	20
III. Grundannahmen der Corona-Politik.....	21
IV. Die fünf „Lockdown“- Fehllannahmen .....	21
1. Erste Fehllannahme: Keine Grundimmunität.....	22
a. Ursprung des Virus.....	24
b. Immunisierung in einem signifikanten Teil der Bevölkerung .....	27
i. Funktionsweise des Immunsystems .....	27
ii. Innsbrucker Universitätsklinik .....	29
iii. Institut für Immunologie, La Jolla, Kalifornien.....	30
iv. Karolinska Universität, Stockholm.....	30
v. Forschergruppe Universitätsklinikum Tübingen.....	31
vi. Überblick über den Stand der Forschung .....	31
vii. Makaken-Studie; T-Zellen zeigen deutlichen Schutz gegen Re-Infektion.....	32
viii. Studie aus Baden-Württemberg .....	34
c. Mutationen und Varianten .....	35
i. Studie Universität Oxford „Increased infections, but not viral burdens, with a new SARS-CoV-2 variant“ 35	
ii. Keine Hinweise auf Veränderung der Symptome durch neue Coronavirus-Varianten .....	37
iii. Varianten in Südafrika und England haben Rückgang nicht aufhalten können.....	38
iv. Anpassung an die Wuhan-Rate .....	40
v. Das Virus wird sich abschwächen .....	41
d. Immunität in Österreich .....	42
2. Zweite Fehllannahme: Symptomlose Ansteckungsgefahr.....	44
3. Dritte Fehllannahme: PCR- und Antigentest-basierte Diagnostik, Massentests .....	49
a. Zum PCR-Test an sich.....	49
b. Ein unausgereifter PCR-Test im Feldversuch .....	53
c. Sinneswandel der WHO .....	59
d. Corman-Drosten Review Report.....	61
e. Sentinel-Programm .....	66
i. Saisonvergleich / grafische Darstellungen.....	67
ii. Influenza-Jahresbericht Saison 2015/2016.....	72
iii. Influenza-Jahresbericht Saison 2016/2017.....	73
iv. Influenza-Jahresbericht Saison 2017/2018.....	73

v.	Influenza-Jahresbericht Saison 2018/2019.....	74
vi.	SARS CoV-2 Saison 2020/2021; nachträgliche Änderung der Zahlen .....	74
f.	Die Antigen-Schnelltests .....	78
g.	Massentestungen .....	80
i.	Irreführender Begriff der Neuinfektionen .....	83
ii.	Todesfolge an/mit .....	84
iii.	Die Inzidenz muss weg! .....	86
iv.	R-Wert; Darstellung der Testergebnisse; Zusammenfassung.....	90
4.	Vierte Fehlannahme: Freiheitsbeschränkungen als Heilmittel.....	93
a.	Der Tanz mit dem Hammer .....	96
b.	Modellrechnung als Basis.....	101
i.	Imperial College London.....	101
ii.	COVID-Prognose-Konsortium .....	103
iii.	Prognosebasierten Frühwarnsystem in Österreich, Rückschau vom 20.10.2020.....	107
c.	Nachprüfende Kontrolle .....	110
i.	Studie US-Militär „SARS-CoV-2 Transmission among Marine Recruits during Quarantine“ .....	110
ii.	„Lockdown“ Studie Universität Sandford, Bendavid/Ioannidis .....	112
iii.	Kanadische Studie „COVID-19: Das Lockdown-Gruppendenken überdenken“ .....	114
iv.	Studie (Un)Wirksamkeit von nichtmedizinischen Interventionen (NPIs) .....	116
d.	Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit .....	119
d.a.	Kohlendioxid-Messungen der Luft unter MNS-Masken .....	124
i.	Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft beim Tragen einer MNS-Maske.....	126
ii.	Arbeitskreis Innenraumlufte des BMLFUW (nun BMK) .....	129
iii.	Schutzwirkung von MNS/Masken?.....	132
iv.	Stellungnahme des Koordinierungskreises für Biologische Arbeitsstoffe (KOBAS) der DGUV vom 27.5.2020, aktualisierte Fassung 7.10.2020 .....	132
d.b.	FFP2-Masken.....	133
i.	Stellungnahme ECDC .....	133
ii.	Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) .....	134
iii.	Gefährdungspotenzial .....	135
d.e.	Neue Meta-Stude zu Masken.....	138
e.	„Lockdown“-Schlussfolgerung .....	143
5.	Fünfte Fehlannahme: Drohende Überlastung des Gesundheitssystems und erhöhte Sterblichkeit	144
a.	Bereits in der Vergangenheit: Erreichen der Kapazitätsgrenzen.....	145
i.	Bild, Grippe-GAU in Leipzigs Kliniken,12.03.2018.....	145
ii.	Hersfelder Zeitung, Grippewelle: Krankenhäuser in Hersfeld-Rotenburg stoßen an Kapazitätsgrenze, 15.03.1018 .....	146
iii.	Krone, So überfüllt sind Wiens Krankenhäuser, 04.01.2017 .....	147
iv.	FAZ, Am Rande der Erschöpfung, 28.02.2015 .....	148
v.	Die Presse, Grippe: Wiens Spitäler überfüllt, 24.02.2012 .....	149

b.	Stand der medizinischen Versorgung in Österreich .....	151
i.	Bettensituation .....	151
ii.	Intensivbetten .....	153
iii.	Personalsituation .....	156
c.	Übersterblichkeit? .....	160
i.	Metastudie von Prof. John Ioannidis (Stanford University) vom 14. Oktober 2020 .....	160
ii.	Schätzung der WHO vom 5. Oktober 2020 .....	164
iii.	Ursachen für Übersterblichkeit .....	166
iv.	Falschbehandlung durch frühzeitiger mechanischer Beatmung .....	168
v.	Abgesagte Operationen .....	169
d.	Dritte Welle? .....	169
6.	Ergänzung zu bestehenden Therapien; neue wissenschaftliche Erkenntnisse .....	176
a.	Vitamin D3 .....	176
b.	Ivermectin .....	177
7.	Das Ineinandergreifen der fehlerhaften Lockdown-Annahmen .....	177
8.	Zwischenergebnis .....	179
V.	internationale Rechtsprechung .....	180
1.	USA .....	180
2.	Portugal .....	183
3.	Italien .....	186
4.	Ecuador .....	188
5.	BRD .....	191
6.	Niederlande .....	194

## C. Normenübersicht und deren Bezeichnung

Epidemiegesetz 1950 in StF: BGBl. Nr. 186/1950 in der Fassung der Kundmachung BGBl. Nr. 33/2021

im Folgenden auch als „EpiG“ oder „EpiG 1950“ bezeichnet

COVID-19 Maßnahmengesetz in StF: BGBl. I Nr. 12/2020 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 33/2021

im Folgenden auch als „COVID-19-MG“ oder „COVID-MG“ bezeichnet

Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der besondere Schutzmaßnahmen gegen die Verbreitung von COVID-19 getroffen werden (4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – 4. COVID-19-SchuMaV), StF: BGBl. II Nr. 58/2021 in der Fassung der Kundmachung BGBl. II Nr. 111/2021

im Folgenden auch als „4. COVID-19-SchuMaV“ oder „COVID- SchuMaV“ bezeichnet

Verordnung über Ausreisebeschränkungen betreffend die Stadt Wiener Neustadt (Hochinzidenzgebietsverordnung) des Bürgermeisters der Stadt Wiener Neustadt vom 9. März 2021 aufgrund des § 24 in Verbindung mit § 43a Abs. 3 des Epidemiegesetzes 1950, BGBl. Nr. 186/1950 in der Fassung der Kundmachung BGBl. I Nr. 33/2021

im Folgenden auch als „Hochinzidenzverordnung der Stadt Wiener Neustadt“ bezeichnet

Die im Rubrum und jeweils weiter unten angeführten Bestimmungen des EpiG und des COVID-19-MG bilden einen gemeinsamen Regelungskreis, nämlich dem der Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (SARS-CoV-2) in unterschiedlichen Ausprägungen und Bereichen. Diese Regelungen ermächtigen die belangten Behörden Verordnungen zu erlassen, von denen jeweils eine angefochten wird.

Die Antragsteller sind – wie sogleich unter **E.** näher ausgeführt wird - direkt und unmittelbar betroffen.

Die einzelnen Bestimmungen werden nachstehend dargelegt. Der aktuelle Rechtsstand wird ebenfalls dargelegt, jedoch diesem Schriftsatz als Beilage angefügt (**.JC**). Das COVID-19-MG wird in seiner Gesamtheit angefochten, ebenso wie sämtliche angefochtenen Verordnungen. Das EpiG wird in Teilen angefochten. Hervorhebungen erfolgen im Schriftsatz selbst.

Kapitel D und E sind in diesem Dokument nicht enthalten.<sup>2</sup>

## F. Darlegung der Bedenken (Sachverhalt)

Die Darlegung der Bedenken wird in *Sachverhalt* (F.) und *rechtliche Erwägungen* (G.; erst in einem Folgedokument enthalten, siehe Einleitung Seite 4, Anm.) gegliedert, sie bilden ein gemeinsames Vorbringen.

### I. Gefahren(fehl)einschätzung; „breitflächig tödliche Gefahr“

Anfangs kam es in vielen Ländern, so auch in Österreich, zu einer Verdoppelung der diagnostizierten Fälle ca. alle 2 bis 2 ½ Tage und Hochrechnungen prognostizierten, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Versorgung der Erkrankten spätestens Anfang April erschöpft sein würden.<sup>3</sup> Diese und andere internationale Prognosen haben sich nicht bestätigt. Ursprünglich sagte auch die WHO eine Pandemie voraus, die 3,4 % Opfer, d.h. Millionen von Toten, fordern würde sowie ein hoch ansteckendes Virus, für das es keine Behandlung oder Impfstoffe gibt.

*Ioannidis/Cripps/Tanner* schreiben darüber am 25.08.2020<sup>4</sup>:

**„Die Vorhersage von Epidemien hat eine zweifelhafte Erfolgsbilanz, und ihr Versagen wurde mit COVID-19 noch deutlicher. Schlechte Dateneingabe, falsche**

---

<sup>2</sup> In diesem Dokument nicht belegt.

<sup>3</sup> Thurner/Klimek, *Coronavirus-Maßnahmen in Österreich eventuell zu gering, um Kapazitätslimits von Spitalsbetten zu vermeiden*, Complexity Science Hub Vienna 14.03.2020, <https://www.csh.ac.at/csh-policy-brief-coronavirus-kapazitaetsengpaesse-spitalsbetten>

<sup>4</sup> *Ioannidis/Cripps/Tanner*, *Forecasting for COVID-19 has failed*, 25.08.2020, doi: 10.1016/j.ijforecast.2020.08.004, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7447267/>

*Modellierungsannahmen, hohe Sensitivität der Schätzungen, mangelnde Einbeziehung epidemiologischer Merkmale, schlechte frühere Erkenntnisse über die Auswirkungen verfügbarer Interventionen, mangelnde Transparenz, Irrtümer, fehlende Bestimmtheit, Betrachtung nur einer oder weniger Dimensionen des vorliegenden Problems, fehlende Expertise in entscheidenden Disziplinen, Gruppendenken und Mitläufereffekte sowie selektive Berichterstattung sind einige der Ursachen für diese Fehlschläge. Dennoch ist es unwahrscheinlich, dass die Epidemieprognose aufgegeben wird. Einige (aber nicht alle) dieser Probleme können behoben werden. Eine sorgfältige Modellierung von Vorhersageverteilungen, anstatt sich auf Punktschätzungen zu konzentrieren, die Berücksichtigung mehrerer Wirkungsdimensionen und die kontinuierliche Neubewertung von Modellen auf der Grundlage ihrer validierten Leistung können helfen. Wenn Extremwerte berücksichtigt werden, sollten diese für die Folgen mehrerer Wirkungsdimensionen berücksichtigt werden, um die Vorhersageerkenntnisse und die Entscheidungsfindung kontinuierlich zu kalibrieren. **Wenn wichtige Entscheidungen (z. B. drakonische Abriegelungen) auf Prognosen beruhen, müssen die Schäden (in Bezug auf Gesundheit, Wirtschaft und die Gesellschaft als Ganzes) und die Asymmetrie der Risiken in einer ganzheitlichen Art und Weise betrachtet werden, wobei die Gesamtheit der Beweise zu berücksichtigen ist.***

**Der Verlauf von COVID-19 entspricht somit – entgegen aller Schreckensprognosen - dem Verlauf einer normalen Infektionswelle, ähnlich einer „Grippesaison“.** Wie jedes Jahr sehen Ärzte und Mediziner eine Mischung von Grippeviren, die der Kurve folgt: Zuerst die Rhinoviren, dann die Influenza A und B-Viren, gefolgt von den Corona-Viren. Es gibt nichts, was von dem abweicht, was normalerweise betrachtet wird. Die Mortalität erwies sich als um ein Vielfaches niedriger als erwartet und lag nahe an der einer normalen saisonalen Grippe (0,2%). Die Zahl der registrierten Todesfälle ist bei weitem überschätzt. Es besteht nämlich ein Unterschied zwischen dem Tod durch Corona und dem Tod mit Corona.

**Die Verwendung des unspezifischen PCR-Tests, der viele falsch positive Ergebnisse liefert, ergab ein exponentielles Bild.** Dieser Test wurde überstürzt durchgeführt und nie richtig getestet. Der Hersteller wies ausdrücklich darauf hin, dass dieser Test für die Forschung und nicht für die Diagnostik bestimmt ist. Da ein positiver PCR Test nicht automatisch eine aktive Infektion oder Infektiosität anzeigt, rechtfertigt dieser nicht die sozialen Maßnahmen, die allein auf seinem Ergebnis beruhen.

Seit Anfang Oktober 2020 spricht selbst die WHO bei Corona von einer vergleichbaren saisonalen Grippe, die eine Mortalitätsrate von 0,14 % aufwies. Eine Übersterblichkeit bestand zu keinem Zeitpunkt<sup>5</sup> (näheres zur Übersterblichkeit in **F. IV. 5. lit c.** „Übersterblichkeit?“). (S.160)

## II. Risikogruppe

Zur Risikogruppe zählen alte Menschen (mit rund 80 Jahren und darüber) mit mehreren (in der Regel 2 bis 3 und mehreren) Vorerkrankungen. Die Risikokategorie „Alter“ nimmt keinerlei Rücksicht auf den individuellen gesundheitlichen Zustand oder die körperliche Fitness. 99% der Todesfälle hatten meist mehrere Vorerkrankungen, wie Krebs, Diabetes, Demenz, Herzkrankheiten oder Bluthochdruck.

Das **Durchschnittsalter** der mit oder an **COVID-19 verstorbenen Personen** beträgt in **Österreich 84 Jahre**<sup>6</sup>, die **allgemeine Lebenserwartung liegt bei Frauen bei 83,7, bei Männern bei 78,9 Jahren**<sup>7</sup>. Bei einer faktenbasierten Vorgangsweise müssen die Kranken geschützt werden und nicht generell die „Alten“. **Etwa 50%** der sogenannten „*Corona-Toten*“ waren Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, in denen etwa 1% der Bevölkerung lebt.

---

<sup>5</sup> John P A Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data, Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892, 14.10.2020, [https://www.who.int/bulletin/online\\_first/BLT.20.265892.pdf](https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf)

<sup>6</sup> Maria Jelenko-Benedikt, Anzahl der Infektionen und Todesfälle nach Alter in Österreich, Meinbezirk.at 24.11.2020, [https://www.meinbezirk.at/c-gesundheit/anzahl-der-infektionen-und-todesfaelle-nach-alter-in-oesterreich\\_a4351025](https://www.meinbezirk.at/c-gesundheit/anzahl-der-infektionen-und-todesfaelle-nach-alter-in-oesterreich_a4351025)

<sup>7</sup> Statista, Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich nach Geschlecht von 2010 bis 2020, 19.02.2021, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/18642/umfrage/lebenserwartung-in-oesterreich/>

### III. Grundannahmen der Corona-Politik

Den Maßnahmen zur Eindämmung der „COVID-19-Pandemie“ liegen nach wie vor folgenden Annahmen zugrunde:

- SARS CoV-2 sei ein völlig neuer Krankheitserreger, der vom Tier auf den Menschen übergesprungen, der dem menschlichen Organismus gänzlich unbekannt und gegen den niemand immun sei und der sich daher exponentiell ausbreiten könne.
- Dieser Erreger sei so infektiös, dass er sogar von Menschen weitergegeben werden könne, die selbst keine Symptome hätten.
- Es bleibe daher nur der Ausweg, die (bemerkte oder unbemerkte) COVID-19-Erkrankung mittels eines PCR-Tests oder eines Antigen-Schnelltests zu diagnostizieren.
- Wenn der Staat nicht konsequent einschreite, drohten eine massive Übersterblichkeit und eine dramatische Überlastung der intensivmedizinischen Kapazitäten.
- Das Infektionsgeschehen lasse sich anhand einer Ausweitung der Testkapazitäten überwachen. Dementsprechend werden derzeit Woche für Woche zehntausende Menschen mittels PCR oder Antigentest auf SARS CoV-2 getestet.

### IV. Die fünf „Lockdown“- Fehlannahmen

**Diese Annahmen erschöpfen sich in einem leeren Narrativ, das auf mehreren aufeinander aufbauenden und ineinandergreifenden falschen Tatsachenannahmen basiert.** Diese Aussage mag angesichts der bisherigen öffentlichen Berichterstattung überraschend klingen, es besteht jedoch der Eindruck, dass der wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskurs lediglich einseitig geführt wird und gegenläufige (wissenschaftliche) Standpunkte nur unzureichend erörtert werden. Soweit es für die Antragsteller möglich war, werden nachstehend medizinische/gesundheitliche/epidemiologische Aspekte vorgebracht. **Der Gesetzgeber bzw. Verordnungsgeber hätte sich auch mit diesen Meinungen auseinanderzusetzen gehabt, was er jedoch offenkundig unterlassen hat.**

## 1. Erste Fehlannahme: Keine Grundimmunität

Zu Beginn des Jahres 2020, im Jänner und Februar, als die Kunde von SARSCoV-2 sich von Wuhan aus verbreitet hat, konnte niemand, der nicht direkte Informationen aus China erlangen konnte, wirklich vorhersehen, wie sich das Virus entwickeln wird. Man musste davon ausgehen, dass das neue Coronavirus, SARS-CoV-2, auf eine Population trifft, die keinerlei Immunität gegen das Virus aufweist, was zwangsläufig zu dem Schluss geführt hat, dass sich SARS-CoV-2 exponentiell verbreiten wird; ein Schluss, den auch der Einblick, den die chinesische Regierung in die Entwicklung von SARS-CoV-2 im eigenen Land gewährt hat, nahegelegt hat. Insofern muss man der belangten Behörde zugutehalten, dass sie zu Beginn des Jahres 2020 unter normalen Umständen nicht wissen konnte, was aus China auf uns zukommt. Die Antragsteller selbst haben zu Beginn des Jahres 2020 und angesichts der ersten Forschungsergebnisse drastische Maßnahmen gegen SARS-CoV-2 befürwortet. Seither sind jedoch eine Vielzahl von Ergebnissen eingetroffen, die zeigen, dass SARS-CoV-2 nicht das todbringende Virus ist für das es viele (auch die Antragsteller) gehalten haben.

**Mittlerweile ohne jede Evidenz ist zunächst die Annahme, das Virus sei in Wuhan/China vom Tier auf den Menschen überggesprungen.** Um eine solche Zoonose (§ 2 Abs 1 Z 4 ZoonoseG: „Zoonosen“: *Krankheiten und/oder Infektionen, die auf natürlichem Weg direkt oder indirekt zwischen Tieren und Menschen übertragen werden können*) zu beweisen, müsste anderweitige Prävalenz des Erregers unter Menschen zuverlässig ausgeschlossen werden. Es ist nicht ersichtlich, dass dies hier geschehen wäre. **Die Zweifel an der Zoonose-Hypothese nähren dementsprechend auch Zweifel an der These, es handle sich um einen gänzlich neuen Krankheitserreger. Genau diese These müsste man aber erhärten, wenn man behaupten wollte, niemand sei gegen das Virus immun.** Prof. Dr. Christian Drosten (Robert Koch Institut bzw. Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Virologie), der auch vom BMSGPK und dem Gesetzgeber als Grundlage für Entscheidungen herangezogen wird, hat demgegenüber selbst in mehreren Folgen seines NDR-Podcasts darauf hingewiesen, dass **SARS CoV-2 eng mit dem alten SARS-Virus von 2003 verwandt** sei; so zum Beispiel im Podcast vom 18. März 2020, Coronavirus Update Nr. 16.<sup>8</sup>

**Wäre SARS CoV-2 wirklich ein gänzlich neuer Erreger, so wäre nicht erklärbar, warum (und zwar auch und gerade in Nicht-Lockdown-Staaten) so viele Menschen die Pandemie überlebt haben – ein Umstand, auf den namentlich ein hochkarätig besetztes Autorenkollektiv um den Chemie-Nobelpreisträger Michael Levitt aufmerksam**

---

<sup>8</sup> NDR Info, *Coronavirus-Update, Folge 16*, S. 3., 18.03.2020, <https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript132.pdf>

**macht** (Udi Qimron, Uri Gavish, Eyal Shahar, Michael Levitt in Haaretz vom 20.7.2020; <https://www.haaretz.co.il/opinions/premium-MAGAZINE-1.9006810>)

Ebenso wäre nicht erklärbar, warum die „Infection Fatality Rate“ sich mittlerweile nachweisbar im Bereich einer normalen Grippewelle bewegt. Diese Tatsache wird durch die Meta-Studie von John Ioannidis, die im Oktober 2020 im WHO-Bulletin online veröffentlicht wurde<sup>5</sup>, belegt

**Aber auch die WHO selbst erklärt mittlerweile indirekt, dass die Sterblichkeit nicht höher liegt als bei einer normalen Grippe.** Wenn dort geschätzt wird, dass (im Zeitpunkt der relevanten Äußerung) 10% der Weltbevölkerung, also 780 Mio. Menschen irgendwann mit COVID-19 infiziert waren und ca. 1.061.000 an dieser Krankheit gestorben sind, errechnet sich eine geschätzte „Infection Fatality Rate“ von 0,14%. Bei Menschen unter 70 Jahren liegt diese Rate sogar nur bei 0,05%.<sup>5 9</sup>

Schließlich deutet auch die lange Inkubationszeit von bis zu 14 Tagen darauf hin, dass das menschliche Immunsystem bereits auf den Erreger vorbereitet ist.

Die bereits zitierten Autoren *Udi Qimron/Uri Gavish/Eyal Shahar/Michael Levitt* machen in ihrem Beitrag darauf aufmerksam, dass es bereits eine Vor-Immunität gibt und dass sich aus diesem Grund in keinem der untersuchten Länder mehr als 20% der Bevölkerung sich mit SARS CoV-2 infiziert hat. **Behauptungen des Inhalts, niemand sei immun und jeder könne sich infizieren, entbehren daher jeglicher Grundlage.**

**Um eindeutig zu bleiben: Es ist unbestritten, dass es bei COVID-19 schwere und tödliche Verläufe geben kann. Aber das quantitative Ausmaß der Bedrohung ist dramatisch überschätzt worden.**

Es führt daher in die Irre, wenn von einer exponentiellen Kinetik oder einer exponentiellen Vermehrung gesprochen wird. Das Virus mag zwar jene, die sich in der Nähe eines Erkrankten aufhalten, befallen, aber eine exponentielle Vermehrung würde bedeuten, dass alle oder zumindest viele dieser Menschen ihrerseits erkranken. Genau das ist jedoch nicht der Fall. **Bei jenen, deren Immunsystem mit dem Erreger zurechtkommt, endet die weitere Verbreitung. Es stimmt daher auch nicht, dass sich die Krankheit exponentiell steigern kann, wenn wir nicht im „Lockdown“ sind** (näheres sogleich insb. unter **F. IV. 4. lit c.** (S.110)

---

<sup>9</sup> Kit Knightly, *WHO (Accidentally) Confirms Covid is No More Dangerous Than Flu*, 8.10.2020 mit einem kurzen Audiomitschnitt der entsprechenden Aussage <https://off-guardian.org/2020/10/08/who-accidentally-confirms-covid-is-no-more-dangerous-than-flu/>

## a. Ursprung des Virus

**Bereits relativ früh gingen Wissenschaftler davon aus, dass SARS-CoV-2 auf natürlichem Wege entstanden wäre.** Die Mikrobiologin *Rossana Segreto* der Universität Innsbruck fand Hinweise darauf, dass das **Virus womöglich doch aus dem Labor stammt** und kritisiert, dass man dies bisher ausschloss. Der **Aufbau von SARS-CoV-2 zeuge außerdem davon, dass das Virus möglicherweise nicht durch natürliche Selektion entstanden ist**, sondern künstlich im Labor erzeugt wurde. Die Indizien dafür veröffentlichte sie zusammen mit dem Biotech-Unternehmer *Yuri Deigin* in einer Abhandlung im Fachjournal *BioEssays* mit dem Titel: „*The genetic structure of SARS-CoV-2 does not rule out a laboratory origin*“ (zu Deutsch: „Die genetische Struktur von SARS-CoV-2 schließt einen Laborursprung nicht aus“)<sup>10</sup>, nachdem zuvor sieben Fachzeitschriften die Veröffentlichung des Beitrags abgelehnt hatten.

Im Erbgut von SARS-CoV-2 gebe es zum Beispiel einen bestimmten Abschnitt in der Gensequenz, der für die Ausbildung der sogenannten „*Furin-Spaltstelle*“ im Virus zuständig ist, die dafür sorgt, dass verschiedene Organe von der Infektion betroffen sein können und das Virus sich rasch ausbreitet. Bei den nächsten Verwandten von SARS-CoV-2, die beispielsweise in Fledermäusen oder in Schuppentieren entdeckt wurden, komme diese Sequenz jedoch nicht vor. Es sei unwahrscheinlich, dass sich diese Sequenz innerhalb kürzester Zeit ausgebildet habe und es SARS-CoV-2 ermöglicht, verschiedene Arten wie Menschen und unterschiedliche Gewebe zu befallen. Denkbar sei jedoch, so die Forscherin, dass diese Gensequenz durch sogenannte ortsgerichtete Mutagenese-Experimente entstanden ist.

Außerdem sei die Rezeptor-Bindungs-Domäne (RBD) des Spike-Proteins von SARS-CoV-2 perfekt geeignet, um menschliche Lungenzellen zu befallen, indem es sich an den menschlichen ACE2-Rezeptor heftet. **Theoretisch sei es zwar möglich, dass die RBD durch eine Rekombination verschiedener Coronaviren entstand, doch dies sei sehr unwahrscheinlich, denn dazu müssten zwei verschiedene Arten von Coronaviren gleichzeitig dieselbe Zelle im selben Organismus befallen haben.**

*Segreto* forschte bereits vor der Corona-Krise an der Entstehung von Virusmutationen. Die Mikrobiologin wünsche sich, sie hätte diese Zusammenhänge nie gefunden, denn **die Suche nach dem Ursprung des Virus sei „politisch brisant“.** Als Wissenschaftlerin möchte sie auch keinen „*Verschwörungstheoretikern*“ in die Hände spielen, denn der Ursprung des Virus aus dem Labor sei nicht nur eine Verschwörungstheorie, erklärte sie gegenüber der

---

<sup>10</sup> *Segreto/Deigin*, The genetic structure of SARS-CoV-2 does not rule out a laboratory origin, 02.09.2020, DOI: 10.1002/bies.202000240, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bies.202000240>

APA<sup>11</sup>. **Vieles in ihren Untersuchungen deutet darauf hin, dass SARS-CoV-2 aus einem Labor kommt.**

**Die Forscherin kritisiert, dass Wissenschaftler diese Möglichkeit relativ früh als „Un-sinn“ abtaten.** Es gebe nach wie vor keinen wissenschaftlichen Beweis dafür, dass sich der Erreger auf natürliche Weise entwickelte und nicht aus einem Labor stammt. Dennoch habe man einen Laborunfall durch menschliches Versagen, bei dem das Virus möglicherweise freigesetzt wurde, frühzeitig ausgeschlossen.

**Dabei gebe es auffallend viele Hinweise, die für diese Theorie sprechen:** Das Institut für Virologie in Wuhan befindet sich zum Beispiel in direkter Nähe zum exotischen Tiermarkt in der chinesischen Provinz Hubei, in der im Januar 2019 die ersten Fälle der zuvor unbekanntes Lungenkrankheit gemeldet wurden: „*In diesem Labor wird seit Jahren an mutierten Corona-Viren geforscht*“, erklärte Segreto.

Es ist zudem auch beunruhigend, dass ein solches BSL-4-Hochsicherheitslabor in einem Ballungszentrum gebaut wurde. Weiters moniert die Wissenschaftlerin, dass das Labor nach der weltweiten Zunahme von COVID-19-Fällen nie untersucht wurde. Erst am 14. Jänner 2021 – nach fast einem Jahr – durfte ein Expertenteam der WHO China besuchen, um sich auf die Suche nach dem Ursprung des Virus zu begeben. Außerdem seien „*einzelne, zuvor öffentlich zugängliche Datenbanken des Instituts*“ gelöscht worden.

**Einen Laborursprung des Virus auszuschließen, wäre zudem fahrlässig, denn weltweit arbeitet man in Laboren mit mutierten Erregern. Auch in China werde mit dem Ziel geforscht, gefährliche Viren zu erkennen und zu bekämpfen.** Bei diesen „*Gain of Function*“-Experimenten werden die Viren dabei so stark verändert, dass sie noch ansteckender und tödlicher werden. Dabei geht aber nicht um biologische Kriegsführung, sondern vor allem darum, potenzielle Pandemien zu erkennen und durch Medikamente und Impfstoffe effektiv bekämpfen zu können. Doch auch in der Wissenschaft stehen solche Experimente stark in der Kritik, denn sie gelten als sehr riskant, da die Erreger aus dem Labor leicht durch menschliches Versagen freigesetzt werden können. Dabei könne viel schiefgehen, gibt Segreto zu bedenken.

Bereits in der Vergangenheit hat es zahlreiche solcher Ausbrüche gegeben: Der bekannteste Vorfall, den die Mikrobiologin erwähnte, ist der Ausbruch des H1N1-Influenza-A-Virus aus einem Labor in China, der eine weltweite Pandemie verursachte<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> APA, *Forscher: Labor als Coronavirus-Ursprung nicht auszuschließen*, 14.01.2021, <https://science.apa.at/power-search/7694447660294310648>

<sup>12</sup> Wertheim, *The Re-Emergence of H1N1 Influenza Virus in 1977: A Cautionary Tale for Estimating Divergence Times Using Biologically Unrealistic Sampling Dates*, 17.06.2010, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011184>

Auch bei der Forschung am SARS-Virus kam es zu Laborunfällen, bei denen das Virus freigesetzt wurde, beispielsweise im Sommer 2003 in Singapur, im Dezember 2003 in Taiwan und in zwei Fällen im Frühjahr 2004 in China. Die jüngsten Fälle, die sich im November 2019 ereigneten, waren die Ausbrüche von Brucella-Bakterien<sup>13</sup> in zwei Forschungsinstituten in den chinesischen Städten Lanzhou und Harbin. Dabei infizierten sich etwa hundert Mitarbeiter und Studenten mit dem Erreger.

Einer der Gründe, warum der Ursprung des Coronavirus aus einem Labor von vornherein ausgeschlossen wurde, liegt *Segreto* zufolge wohl auch an einem Beitrag in *The Lancet*<sup>14</sup>, bei dem es sich aber nicht einmal um einen wissenschaftlichen Artikel handelt, sondern eher um einen recht kurzen Meinungsbeitrag. In diesem wird für die Wissenschaftler und Gesundheitsexperten Chinas Partei ergriffen, die angeblich durch „*bemerkenswerte Bemühungen*“ ihren Wissensstand „*transparent mit der globalen Gemeinschaft*“ teilten. In dem Meinungsbeitrag vom 19. Februar 2020 werden Theorien, die einen anderen als natürlichen Ursprung von SARS-CoV-2 nahelegen, direkt als Verschwörungstheorien gebrandmarkt, da eine „*Vielzahl an Untersuchungen auf einen tierischen Ursprung des Virus hinweisen*“.

Zu den Autoren des Beitrags gehören neben dem bekannten deutschen Virologen *Christian Drosten* auch der britisch-amerikanische Zoologe und Experte für Infektionsepidemiologie *Peter Daszak*. Dieser ist ebenfalls Teil des eingangs erwähnten Expertenteams der WHO, das nun den Ursprung des Coronavirus im chinesischen Wuhan untersuchen darf. *Segreto* zufolge ist *Daszak* jedoch ein enger Kooperationspartner des Instituts für Virologie in Wuhan, sodass ein Interessenkonflikt nicht auszuschließen sei: „**Wir können uns nicht (!) darauf verlassen, dass hier eine neutrale Untersuchung stattfinden wird.**“

Damit ist liegt ein bedeutender Beweis vor, dass sich die Theorie einer Zoonose nicht erhärten lässt.

---

<sup>13</sup> Chinese institutes investigate pathogen outbreaks in lab workers, Nature 17.12.2019, <https://doi.org/10.1038/d41586-019-03863-z>

<sup>14</sup> Charles Calisher, Peter Daszak, Christian Drosten et al, *Statement in support of the scientists, public health professionals, and medical professionals of China combatting COVID-19*, The Lancet 19.02.2020, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30418-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30418-9)

## b. Immunisierung in einem signifikanten Teil der Bevölkerung

Dieses Abschnitt richtet sich insb. an Mediziner bzw. an Immunologie Interessierte. Im anschließenden **lit. c.** werden „Mutationen und Varianten“ besprochen (S.35)

### i. Funktionsweise des Immunsystems

Marty Makary, Professor an der Johns Hopkins Universität (School of Medicine) schrieb in der *Washington Post* zu den immunologischen Grundlagen eine hilfreiche Einführung<sup>15</sup>:

*„Durch die Infektion werden sowohl Antikörper als auch Gedächtnis-B- und T-Zellen aktiviert, die Ihr Immunsystem lehren, das gleiche Virus in Zukunft zu erkennen, um es schnell auszurotten.“*

**Die natürliche Immunität nach einer Covid-19-Infektion scheint mindestens für das eine Jahr anzuhalten, in dem das Virus im Umlauf war. Wenn man von den Forschungen zu den Coronaviren SARS und MERS ausgeht, könnte sie viel länger anhalten.** In einer Studie mit 176 Personen, die mit SARS infiziert waren, hielt die Immunität im Durchschnitt zwei Jahre lang an. In einer anderen Langzeituntersuchung von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die zuvor mit SARS infiziert waren, wurden Antikörper bis zu 12 Jahre später gefunden. **Auch für das MERS-Coronavirus wurde eine Schutzwirkung von mindestens drei Jahren nachgewiesen.** Und obwohl die Pandemie von 1918 durch ein Influenzavirus verursacht wurde, waren die Immunsysteme der Infizierten in der Lage, noch fast neun Jahrzehnte später Antikörper gegen das Virus zu bilden, wie eine Nature-Studie aus dem Jahr 2008 ergab.

**Selbst milde Infektionen scheinen eine anhaltende und funktionelle Immunantwort hervorzurufen.** Eine kürzlich durchgeführte europäische Studie fand heraus, dass Menschen, die eine milde oder asymptomatische Covid-19-Infektion hatten, danach eine „robuste T-Zell-Immunität“ entwickelten. Eine andere französische Studie bestätigte dies und stellte fest, dass einige Menschen, die mit einer bestätigten Covid-infizierten Person zusammenlebten, eine T-Zell-Immunität entwickelten, auch wenn sie nicht positiv auf Covid getestet wurden.“

---

<sup>15</sup> Makary, *Opinion: People who previously had covid-19 should go to the back of the vaccine line*, Washington Post 22.01.2021, [https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/01/22/people-who-previously-had-covid-19-should-go-back-vaccine-line/?utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter&utm\\_campaign=wp\\_opinions](https://www.washingtonpost.com/opinions/2021/01/22/people-who-previously-had-covid-19-should-go-back-vaccine-line/?utm_medium=social&utm_source=twitter&utm_campaign=wp_opinions)

In diesem Zusammenhang muss auf eine tatsächlich bahnbrechende Arbeit von Prof. Geisler von der Universität Kopenhagen verwiesen werden, die im Jahr 2010 in *Nature Immunology*<sup>16</sup> erschienen ist. In einem Artikel in ScienceDaily erklärt Geisler wie die Reaktion des Immunsystems auf ein neues Pathogen abläuft:

*„Wenn eine T-Zelle einem fremden Krankheitserreger ausgesetzt ist, fährt sie einen Signalgeber oder eine ‚Antenne‘ aus, einen sogenannten Vitamin-D-Rezeptor, mit dem sie nach Vitamin D sucht. Wenn die T-Zellen nicht genügend Vitamin D im Blut finden, werden sie nicht einmal anfangen, sich zu mobilisieren.*

*T-Zellen, die erfolgreich aktiviert werden, verwandeln sich in einen von zwei Typen von Immunzellen. Sie werden entweder zu Killerzellen, die alle Zellen angreifen und zerstören, die Spuren eines fremden Krankheitserregers tragen, oder sie werden zu Helferzellen, die dem Immunsystem dabei helfen, ein „Gedächtnis“ zu erwerben. Die Helferzellen senden Nachrichten an das Immunsystem und geben Wissen über den Erreger weiter, damit das Immunsystem ihn bei der nächsten Begegnung erkennen und sich an ihn erinnern kann. T-Zellen sind Teil des adaptiven Immunsystems, was bedeutet, dass sie dem Immunsystem beibringen, ständig wechselnde Bedrohungen zu erkennen und sich an diese anzupassen.“<sup>17</sup>*

Die Helfer-T-Zellen können ihrerseits wieder regulatorische-T-Zellen sowie B-Zellen erzeugen. Die unterschiedlichen B-Zellen, die Informationen über jeweils verschiedene Teile des Virus erhalten haben, wandern dann in die Lymphknoten und produzieren dort die Antikörper. Die regulatorischen-T-Zellen regeln die Antwort des Immunsystems und schalten sie vor allem wieder ab. Gibt es davon zu wenig oder sind sie wegen Vitamin D Mangel nicht aktiv, so kommt es zu Autoimmunerkrankungen oder zu dem so genannten Zytokinsturm, der die Lunge bei Covid-19 Patienten schwer schädigen kann.

Von den T- und B-Zellen gibt es Speichervarianten, die im Gewebe überleben oder die Information über die Keime im Knochenmark dauerhaft abspeichern und bei Bedarf wieder aktiv werden und die Immunabwehr rasch hochfahren können, inklusive Produktion neuer Antikörper, falls erforderlich.

---

<sup>16</sup> Geisler, von Essen, M., Kongsbak, M., Schjerling, P. et al., Vitamin D controls T cell antigen receptor signaling and activation of human T cells. *Nat Immunol* 11, 344–349, 07.03.2010, <https://doi.org/10.1038/ni.1851>

<sup>17</sup> University of Copenhagen. "Vitamin D crucial to activating immune defenses." ScienceDaily. ScienceDaily, 08.03.2010, <https://www.sciencedaily.com/releases/2010/03/100307215534.htm>

## ii. Innsbrucker Universitätsklinik

**Dass der Körper eine nachhaltige Immun-Antwort produziert, ergibt sich indes auch aus einer an der Innsbrucker Universitätsklinik durchgeführten Studie (09.12.2020)<sup>18</sup>.** Diese kommt zu dem Schluss, dass Corona-Genesene eine stabile Langzeitimmunität aufweisen. Die Ergebnisse decken sich mit internationalen Erkenntnissen. Es besteht ferner kein Grund zur Sorge vor einer abermaligen Infektion, Mutationen oder einer Übertragung durch Immune, erklärte Studienleiter *Univ. Prof. Dr. Florian Deisenhammer* im APA-Interview:

**Die Ergebnisse der Innsbrucker Antikörperstudie stimmen im Wesentlichen mit internationalen Studienerkenntnissen überein,** im Zuge deren oft große Populationen untersucht wurden. So würden auch Untersuchungen in Island und New York zum selben Schluss kommen, in denen Fälle bis zu fünf Monate nachverfolgt wurden. **Eine sehr rezente Publikation aus China habe ebenfalls eine stabile Immunität sechs bis sieben Monate nach einer Covid-19 Infektion nachgewiesen.** In Österreich kam eine Studie der *Danube Private University Krems* mit Teilnehmern aus Weißenkirchen (Bezirk Krems) zu praktisch identen Ergebnissen.

Aus den sich verdichtenden Daten ergeben sich einige Konsequenzen: Zunächst müsse

*„der Themenkomplex Immunität und Antikörper in der öffentlichen Meinung wieder richtiggestellt werden, nachdem dieser durch verschiedene Nachrichtenmedien sehr kontrovers dargestellt wurde“.*

Die antivirale Immunantwort verhalte sich, wie zu erwarten,

***„Lehrbuch-konform, indem eine protektive Immunität nach Infekt mit SARS-CoV-2 entsteht“.***

Ebenso kritisch sieht *Deisenhammer* die Diskussion um mögliche Mutationen des Virus. Mutationen lägen zwar vor, da das Virus „*einen bestimmten evolutionären Druck*“ habe weiter zu bestehen. Zudem seien sie „*wirtsspezifisch*“, so müsse man Mutationen im Menschen von jenen in Tiergruppen unterscheiden. **Dass die Immunantwort einer mutierten Form des Coronavirus nicht standhalte, sei jedoch „höchst unwahrscheinlich“.**

In den Medien war auch von einer möglichen Übertragung des Virus von bereits Immunen auf Mitmenschen die Rede. *Deisenhammer* verneinte: **„Ebenso unwahrscheinlich ist die**

---

<sup>18</sup> Med Uni Innsbruck, *Corona - Antikörperstudien belegen konstante, stabile Immunität*, 09.12.2020, <https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/749681.html>

**Übertragung des Virus von bereits Immunen auf Mitmenschen, denn die Inkubationszeit beträgt einige Tage. Das Virus muss zuerst vom Wirt ausgebrütet werden und kann erst dann weitergegeben werden“.** Die Immunantwort würde diesen Vorgang aber verhindern<sup>19</sup>.

### iii. Institut für Immunologie, La Jolla, Kalifornien

**Zum gleichen Ergebnis, dass die durch Infektion oder Impfung gegen SARS-Cov-2 erreichte Immunität jahrelang anhalten sollte, gelangt auch eine Studie des Instituts für Immunologie in La Jolla, Kalifornien** (06.01.2020). Die Ergebnisse, die auf Analysen von Blutproben von 188 COVID-19-Patienten basieren, zeigen, dass die Reaktionen auf SARS-CoV-2 von allen wichtigen Teilen des spezifischen Immunsystems, mindestens acht Monate nach dem Auftreten der Symptome der Erstinfektion anhalten. Dieser Teil des Immunsystems hat gelernt, bestimmte Krankheitserreger zu bekämpfen. Professor *Alessandro Sette*, der die Studie gemeinsam mit Professor *Shane Crotty*, und Research Assistant Professor *Daniela Weiskopf* am La Jolla Institute for Immunology (LJI) leitete, erklärt darin:

**„Unsere Daten deuten darauf hin, dass die Immunantwort da ist – und sie bleibt“<sup>20</sup>.**

### iv. Karolinska Universität, Stockholm

**In einer Studie in Stockholm durch die Karolinska Universität** (die auch den Medizin Nobelpreis vergibt, Anm.), wurden sowohl Antikörper als auch T-Zellen untersucht (01.10.2020).

*Marcus Buggert*, Assistenzprofessor am Zentrum für Infektionsmedizin des Karolinska Institut, und einer von den Hauptautoren des Papiers, erklärte dazu:

**„Dank fortschrittlicher Analysen konnten wir jetzt die T-Zell-Reaktion während und nach einer COVID-19-Infektion detailliert abbilden. Unsere Ergebnisse zeigen,**

---

<sup>19</sup> MD Florian Deisenhammer et al, 6-month SARS-CoV-2 antibody persistency in a Tyrolian COVID-19 cohort, 09.12.20, <https://www.springermedizin.at/6-month-sars-cov-2-antibody-persistency-in-a-tyrolian-covid-19-c/18683414?fulltextView=true>

<sup>20</sup> Jennifer M. Dan et al, Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection, 06.01.2021, DOI: 10.1126/science.abf4063 <https://science.sciencemag.org/content/early/2021/01/06/science.abf4063>

***dass ungefähr doppelt so viele Menschen eine T-Zell-Immunität entwickelt haben wie diejenigen, in denen wir Antikörper nachweisen können“.***<sup>21</sup>

Die Ko-Autorin *Soo Aleman* erläutert die Ergebnisse in einem Online abrufbaren Video auf Youtube<sup>22</sup>.

## **v. Forschergruppe Universitätsklinikum Tübingen**

Einer **Forschergruppe geleitet von Privatdozentin *Juliane Walz* in der Klinischen Kooperationseinheit Translationale Immunologie (KKE) am Universitätsklinikum Tübingen und der Abteilung für Immunologie des Tübinger Interfakultären Instituts für Zellbiologie** ist es **gelingen, Details der T-Zellantwort gegen SARS-CoV-2 aufzuklären** (30.09.2020). Für die in der Fachzeitschrift *Nature Immunology* publizierte Arbeit wurden insgesamt mehr als 180 Probanden nach überstandener COVID-19-Erkrankung untersucht. Die im Rahmen der Studie identifizierten T-Zell-Epitope ermöglichten den Nachweis, dass bei 100 Prozent der Patienten nach Infektion T-Zell-Immunantworten gegen SARS-CoV-2 erfolgt sind. Dies traf auch auf Patienten zu, bei denen keine Antikörper nachweisbar waren<sup>23</sup>.

## **vi. Überblick über den Stand der Forschung**

Ein **ausgezeichneter Überblick über den Stand der Forschung** ist in einem in mehreren medizinischen Fachmagazinen publizierten Beitrag zu finden (11.12.2020). **Marc Hellerstein** (*University of California, Berkley*) geht auf die Rolle von T-Zellen und Antikörpern in der Immunabwehr ein. **Er äußert immunologische Bedenken gegen die Verwendung der Antikörperantwort als alleinige Messgröße** für die schützende Immunität bei Coronavirus-Infektionen:

*„Die Antikörperreaktion ist kein guter Marker für eine Coronavirus-Infektion. T-Zell-Antworten waren bessere Marker als Antikörper-Antworten nach einer natürlichen Coronavirus-Infektion. Bei SARS hatten nur 50 % der Überlebenden nach 3 Jahren nachweisbare Antikörper und keiner hatte nach 6 Jahren Antikörper oder B-Zell-*

---

<sup>21</sup> *Marcus Buggert*, Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19, 01.10.2020, [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)31008-4](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31008-4)

<sup>22</sup> *“We are Actually Getting Closer to Herd Immunity”* — Dr Soo Aleman (Karolinska Institute), 10.07.2020, <https://www.youtube.com/watch?v=1L-LpLq64-w>

<sup>23</sup> *Juliane Walz et al*, SARS-CoV-2-derived peptides define heterologous and COVID-19-induced T cell recognition, Nature 30.09.2020, <https://www.nature.com/articles/s41590-020-00808-x>

*Antworten auf SARS-CoV-1, während virusspezifische T-Zellen noch nach 17 Jahren vorhanden waren“.<sup>24</sup>*

Auch der Rückgriff auf Wissen aus bereits überstandenen Pandemien fördert einiges zu Tage: **MERS-Überlebende mit höheren Antikörperspiegeln hatten im Vergleich zu Probanden ohne nachweisbare Antikörper längere Aufenthalte** auf der Intensivstation und benötigten mehr Unterstützung durch das Beatmungsgerät, während bei genesenen Patienten mit weniger schwerer Erkrankung höhere virusspezifische T-Zell-Zahlen ohne nachweisbare Antikörper beobachtet wurden.

Die **Autoren der Studie**<sup>25</sup> vermuten deshalb, dass T-Zellen das Virus schnell beseitigen, was den Schweregrad der Erkrankung, die Exposition gegenüber dem Virus und die Stärke der Antikörperantwort reduziert. Höhere IgG-Spiegel gegen das Spike-Protein während der akuten Infektion wurden bei SARS-Patienten beobachtet, die anschließend starben, was mit einer stärkeren klinischen Lungenschädigung verbunden war; verglichen mit SARS-Patienten, die sich anschließend erholten.

**Übersetzt: Entwickelten Patienten rasch eine starke T-Zellen-Antwort, dann wurden sie auch rasch gesund, Antikörper waren gar nicht mehr erforderlich.**

#### **vii. Makaken-Studie; T-Zellen zeigen deutlichen Schutz gegen Re-Infektion**

In einem in *Nature*<sup>26</sup> veröffentlichten Artikel wird von Untersuchungen mit Makaken berichtet. Sie wurden mit verschiedenen Methoden immunisiert und dann dem Virus ausgesetzt. Es konnte eine recht starke Immunität nachgewiesen werden.

Eine Übertragung von gereinigten polyklonalen IgG Antikörpern aus rekonvaleszenten Makaken in noch nicht infizierte Empfänger-Rhesusmakaken schützt diese robust vor einer Infektion mit SARS-CoV-2. **Diese Daten deuten darauf hin, dass relativ niedrige Titer von Antikörpern für den Schutz sowohl in den oberen als auch in den unteren Atemwegen ausreichend sind.** Versuche mit Verminderung von CD8-T-Zellen zeigten

---

<sup>24</sup> Marc Hellerstein, What are the roles of antibodies versus a durable, high quality T-cell response in protective immunity against SARS-CoV-2?, 11.12.2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136220300231>

<sup>25</sup> Jingxian Zhao et al, Recovery from the Middle East respiratory syndrome is associated with antibody and T cell responses, Science 04.08.2017, DOI: 10.1126/sciimmunol.aan5393, <https://immunology.sciencemag.org/content/2/14/eaan5393>

<sup>26</sup> McMahan, K., Yu, J., Mercado, N.B. et al, Correlates of protection against SARS-CoV-2 in rhesus macaques. Nature, 04.12.2020, <https://doi.org/10.1038/s41586-020-03041-6>

außerdem, dass die **zelluläre Immunität bei rekonvaleszenten Makaken mit abnehmenden Antikörpertitern für Schutz vor einer erneuten Infektion mit SARS-CoV-2 sorgt.**

Es wird auch gezeigt, dass potente RBD-spezifische monoklonale Antikörper, also nur eine einzige Art von Antikörpern (das Immunsystem erkennt viele einzelne Teile von Viren, die sich die T-Zellen merken, dann B-Zellen erzeugen, die ihrerseits dann massenhaft Antikörper herstellen) vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 bei Makaken schützen können. **Diese Daten zeigen, dass relativ niedrige Antikörper-Titer ausreichen, um gegen SARS-CoV-2 bei Rhesusaffen zu schützen.**

Versuche zeigten außerdem, dass der Schutz rekonvaleszenter Makaken gegen eine erneute Infektion mit SARS-CoV-2 durch eine künstliche Verminderung der CD8-T-Zellen vor der erneuten Infektion teilweise aufgehoben wurde.

Die Antikörper-Titer nahmen bei rekonvaleszenten Makaken von Woche 4 bis Woche 7 ab, wobei über die Hälfte der Makaken in Woche 7 sehr niedrige Titer aufwiesen. Reduzierte man dann auch noch die CD8-T-Zellen kam es zu einem Verlust des Schutzes im oberen Respirationstrakt gegen eine erneute Infektion mit SARS-CoV-2. **Das lässt darauf schließen, dass CD8+ T-Zellen zur virologischen Kontrolle beitragen, wenn die Titer der neutralisierenden Antikörper suboptimal oder nicht mehr schützend sind.**

Diese Ergebnisse haben Implikationen für Impfstoffe und immunbasierte Therapeutika. Sie zeigen, wie wichtig es ist, dass SARS-CoV-2-Impfstoffe sowohl potente und dauerhafte humorale (Antikörper im Blut) als auch zelluläre Immunantworten (alle Arten von T- und B-Zellen insbesondere die Speichervarianten davon) hervorrufen. **Die Autoren nehmen an, dass Titer von neutralisierenden Antikörpern oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes für den Schutz ausreichen, dass aber auch CD8+ T-Zellen für den Schutz sorgen, wenn die Antikörper weniger werden oder ganz verschwinden.**

### viii. Studie aus Baden-Württemberg

Eine Studie aus Baden-Württemberg<sup>27</sup> hat 2482 Kinder unter 10 Jahren und deren Eltern am Ende der ersten Welle (22. April – 15. Mai 2020) auf Antikörper spezifisch gegen SARS-CoV-2 untersucht. Diese Antikörper sind ein guter Spiegel dafür, wie viele Personen sich im Laufe dieser Welle mit Sars-CoV-2 infiziert hatten, selbst wenn sie symptomlos geblieben sind. Das Ergebnis: **Nur 1,8% aller Erwachsenen hatten Antikörper gegen SARS-CoV-2 im Blut und nur 0,6 Prozent der Kinder. 94,3 Prozent der gefundenen Antikörper waren neutralisierend für das Virus, d.h. die bereits durchgemachte Infektion mit harmlosen Corona-Viren lieferte einen hohen Schutz vor Neuinfektionen.** Nur 0,04 Prozent der Testteilnehmer waren zur Zeit der Blutabnahme positiv auf SARS-CoV-2 im Nasen-Abstrich.

Die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Rahmen der ersten „Welle“ war damit gering. **Die behauptete extreme Ansteckungsgefahr besteht daher in Bezug auf SARS-CoV-2 nicht.**

Ein Grund dafür kann – wie schon ausgeführt – die T-Zellimmunität sein, die viele Menschen gegen die Spezies Corona-Virus ohnehin schon aufgebaut haben. **Es gibt bei 20-50 Prozent der Menschen, wie verschiedene Untersuchungen<sup>28</sup> belegen, bereits eine T-Zellimmunität gegen SARS-CoV-2 schon aus Vorjahren.** Mithin: Die Antikörper, die im Rahmen einer normalen Coronavirus-Erkältungskrankheit gebildet wurden, helfen auch gegen SARS-CoV-2. Das ist wohl auch der Hauptgrund, dass bis zu 85 Prozent der Testpositiven nicht einmal merken, dass sie „infiziert“ sind, bis sie eben positiv getestet werden.

---

<sup>27</sup> Tönshoff, Müller, Elling et al, Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Children and Their Parents in Southwest Germany, JAMA Pediatr., 22.01.2021, doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0001, <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2775656>

<sup>28</sup> Sette/Crotty, Pre-existing immunity to SARS-CoV-2: the knowns and unknowns, Nat Rev Immunol 20, 457–458, 07.07.2020, <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0389-z>

## c. Mutationen und Varianten

Mit der Beobachtung von Veränderungen des Coronavirus haben sich einige neue Erzählungen entwickelt. Es sei „*schwer zu sehen*“, wann die Beschränkungen enden dürfen, da weiterhin neue Varianten auftauchten, die infektiöser sind und aufs Neue eine Pandemie einleiteten. Die Modellierer und Mathematiker behaupteten etwa fälschlicherweise die Variante B.1.1.7 verbreite sich um 70% rascher, sei infektiöser und möglicherweise gefährlicher.

Später, am **06.03.2021** wurde behauptet, die Mutation verbreite sich um rund 23% schneller. Es werde eine „*Pandemie in der Pandemie*“<sup>29</sup> befürchtet.

*„Keine guten Nachrichten inmitten der Debatte über Öffnungsschritte: Gesundheitsminister Rudolf Anschober (Grüne) teilte am Samstag mit, die Virusvariante B.1.1.7 habe sich innerhalb weniger Wochen im Land durchgesetzt. Sie sei um rund 23 Prozent ansteckender als der Wildtyp – es drohe eine „Pandemie in der Pandemie“, so Anschober.“*

Belege, etwa in Form von Studien (nicht nur Berechnungsmodellen), wurden keine präsentiert.

### i. Studie Universität Oxford „Increased infections, but not viral burdens, with a new SARS-CoV-2 variant“

Wenn schon keine eigenen Untersuchungen angestellt werden, sollte auf das gewonnen Wissen in anderen Staaten zurückgegriffen werden. Eine umfangreiche Untersuchung von 1,5 Millionen Proben in England ergab: **Die Variante verbreitet sich gerade einmal um 6% schneller, ist nicht infektiöser, hat keine höhere Virenlast und betrifft auch keine anderen Altersgruppen.**

**In einer Studie der Universität Oxford<sup>30</sup> vom 15.01.2020**, die am Preprint Server medRxiv veröffentlicht wurde, konnte eine erste **Abschätzung auf der Basis von mehr als 1,5 Millionen Proben** vorgenommen werden. Untersucht wurden Nasen- und Rachenabstri-

---

<sup>29</sup> ORF.at, *B.1.1.7 dominant: Anschober fürchtet „Pandemie in Pandemie“*, 06.03.2021, <https://orf.at/stories/3204235/>

<sup>30</sup> A. Sarah Walker et al, Increased infections, but not viral burdens, with a new SARS-CoV-2 variant, 15.01.2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.13.21249721>, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.13.21249721v1>, Anm: die peer-review war zum Zeitpunkt der Antragstellung noch ausständig.

che, die vom 28. September 2020 bis zum 2. Jänner 2021 im Rahmen der national repräsentativen Überwachungsstudie in Großbritannien genommen wurden. Sie wurden mittels RT-PCR auf drei Gene (N, S und ORF1ab) getestet. Diejenigen, die nur auf ORF1ab und N positiv waren, enthalten die Variante B.1.1.7. Auf das S-Gen spricht der PCR Test somit nicht an und damit sind die Varianten relativ leicht unterscheidbar. Untersucht wurden dabei auch die Cycle Threshold (Ct)-Werte, die eine Abschätzung der Viruslast ermöglichen, der Prozentsatz der Positiven (positiv Getestete), die Populationspositivität und die Wachstumsraten bei der alten und neuen Variante.

15.166 (0,98%) von 1.553.687 Abstrichen waren PCR-positiv, davon 8.545 (56%) mit drei nachgewiesenen Genen und 3.531(23%) mit nur zwei, also der neuen Variante. Diese macht ab Ende November in den meisten Regionen/Ländern Großbritanniens einen zunehmenden Prozentsatz der Infektionen aus, während die alte Variante abnimmt. **In London zeigte sich eine Zunahme von 15 % über 38 % auf 81 % innerhalb von 1,5 Monaten.**

Die ct-Werte der neuen Variante entsprechen denen der Triple-Gen-Positiven. Ihr Anteil blieb bis Ende November in allen Regionen/Ländern mit unter 0,25% niedrig. Danach kam es in Südengland zu einem deutlichen Anstieg mit und ohne selbstberichtete Symptome (auf 1,5-3 %) trotz stabiler Raten von Fällen mit der klassischen Version. Die Raten der neuen Version stiegen im Durchschnitt 6 % schneller als die Raten der klassischen (95 % CI 4-9 %), **was eher für eine Ergänzung als für eine Ersetzung durch B.1.1.7 spricht.** Die Wachstumsraten für beide Varianten waren bei Personen bis zum Schulalter (5% [1-8%]) und bei älteren Personen (6% [4-9%]) ähnlich.

Direkte bevölkerungsrepräsentative Schätzungen zeigen, dass die B.1.1.7 Variante zu höheren Infektionsraten führt, aber nicht besonders an eine Altersgruppe angepasst zu sein scheint. **Unterschiede in der Virenlast und Schwere von allenfalls auftretenden Erkrankungen wurden nicht beobachtet.**

Ursache für die schnellere Verbreitung dürfte eine Veränderung im S-Protein sein, die eine stärkere Bindung des Virus an den ACE2 Rezeptor ermöglicht.

Jedenfalls scheint damit auch geklärt, dass es diese Variante tatsächlich schon mindestens seit September 2020 gibt, ohne dass es deshalb zu enormen Ausbrüchen kam. Nach Angaben von *Mario Dujaković* auf Twitter<sup>31</sup>, er ist der Pressesprecher des Wiener Gesundheitsstadtrates, wird vermutet, dass B.1.1.7 schon seit Monaten in Österreich eingetroffen ist.

---

<sup>31</sup> *Mario Dujaković* @mariodujakovic, Twitter, 16.01.2021, <https://twitter.com/mariodujakovic/status/1350467172544471040>

## ii. Keine Hinweise auf Veränderung der Symptome durch neue Coronavirus-Varianten

Von den schon länger bekannten Mutationen ist mittlerweile bekannt, dass sie keine signifikanten Veränderungen und vor allem keine Verschlechterung gebracht haben. **Der Alarmismus der belangten Behörde ist unverantwortlich.**

Die Analyse von Symptomdaten vom 29.01.2021<sup>32</sup>, die von der britischen ZOE COVID Symptom Study App gesammelt wurden, **zeigt keine signifikanten Unterschiede in der Art, Schwere oder Dauer der COVID-19-Symptome, die durch die neue B.1.1.7-Coronavirus-Variante verursacht werden.** Die B.1.1.7-Variante wurde erstmals im September 2020 im Südosten Englands identifiziert und hat sich seitdem schnell in Großbritannien und anderen Ländern ausgebreitet.

Um herauszufinden, ob diese neue Version des Virus die COVID-19-Symptome der Menschen beeinflusst, analysierten die Forscher um *Sebastien Ourselin* und *Claire Steves* vom **King's College London** mehr als 65 Millionen Gesundheitsberichte, die von 1,76 Millionen Nutzern zwischen dem 28. September und dem 27. Dezember 2020 an die ZOE COVID Symptom Study App übermittelt wurden.

Das ist jener Zeitraum, in dem sich die neue Variante in der Bevölkerung ausbreitete, hauptsächlich in London, Südost-England und dem Osten Englands. Fast eine halbe Million Nutzer gaben an, in dieser Zeit einen Coronavirus-Abstrichtest gemacht zu haben, wobei 55.192 ein positives Ergebnis meldeten, was aber nicht heißt, dass sie wirklich infiziert waren (sogleich unter **F. IV. 2.** (S.44).

**Die Forscher untersuchten, wie viele Personen angaben, eines der 14 Schlüssel-symptome von COVID-19 zu haben, die Gesamtzahl der von jeder Person angegebenen Symptome (ein Indikator für den Schweregrad ihrer Erkrankung) und ob die Symptome 28 Tage oder länger andauerten.**

**Anschließend glichen sie diese Informationen mit der geschätzten Prävalenz der neuen Variante in Schottland, Wales und sieben englischen NHS-Regionen ab**, basierend auf Daten des genomischen Überwachungsprogramms COG-UK und des Testdienstes von Public Health England.

Nach der Anpassung der Daten an Alter und Geschlecht sowie an die lokale Temperatur und Luftfeuchtigkeit zeigte die Analyse, dass es **keine signifikanten Unterschiede** in der

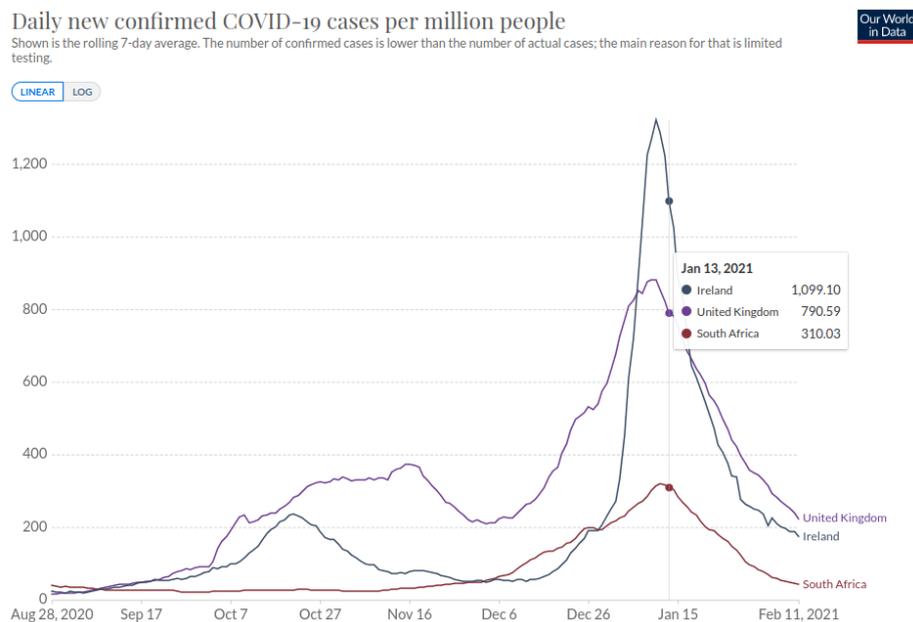
---

<sup>32</sup> *Graham et al*, The effect of SARS-CoV-2 variant B.1.1.7 on symptomatology, re-infection and transmissibility, 29.01.2021, <https://doi.org/10.1101/2021.01.28.21250680>

Art, Anzahl oder Dauer der Symptome zwischen Gebieten mit einer hohen Prävalenz von B.1.1.7 im Vergleich zu denen mit einer niedrigeren Prävalenz gab und dass sich dies auch nicht mit der Verbreitung der neuen Variante änderte. Es gab auch keinen Unterschied im Anteil der gemeldeten Krankenhausaufenthalte.

### iii. Varianten in Südafrika und England haben Rückgang nicht aufhalten können

Sieht man sich die Daten der bestätigten Fälle vom UK, Irland und Südafrika an, so fällt auf, dass der Höhepunkt Anfang Jänner 2021 ziemlich zum gleichen Zeitpunkt erreicht war.



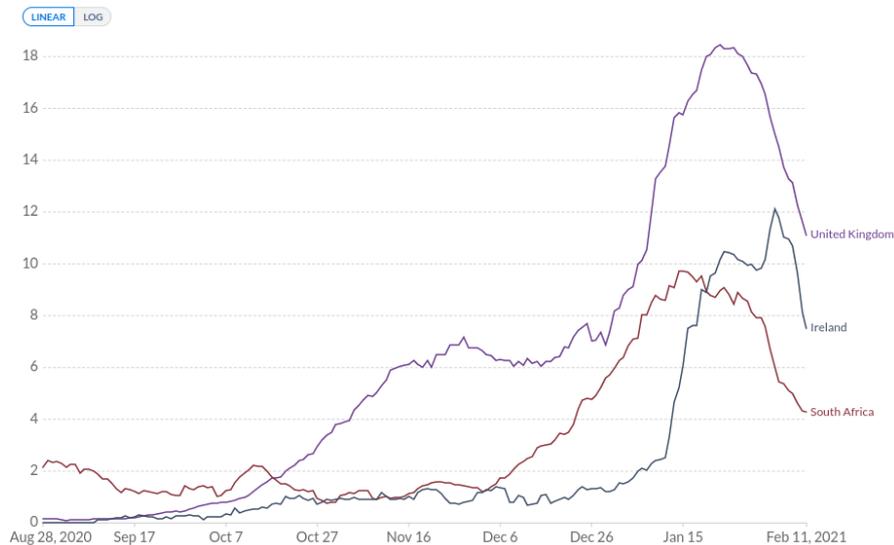
Quelle: ourworldindata.org

Wären die Mutationen um so viel ansteckender, dann wäre jetzt ein neuer Höhepunkt zu verzeichnen gewesen. Tatsache ist hingegen, dass die Fälle ebenso seit vier Wochen kontinuierlich zurückgehen, wie dies laut WHO<sup>33</sup> dies seit dem Frühjahr 2021 weltweit zu beobachten war.

<sup>33</sup> WHO, *Weekly epidemiological update - 9 February 2021*, 09.02.2021, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---9-february-2021>, "[...] Die vierte Woche in Folge ist die Zahl der weltweit neu gemeldeten Fälle gesunken, mit 3,1 Millionen neuen Fällen in der letzten Woche, ein Rückgang von 17 % im Vergleich zur Vorwoche (Abbildung unten). Dies ist der niedrigste Wert seit der Woche vom 26. Oktober (vor 15 Wochen). [...] Auch die Zahl der neu gemeldeten Todesfälle ging die zweite Woche in Folge zurück: 88 000 neue Todesfälle wurden letzte Woche gemeldet, ein Rückgang von 10% im Vergleich zur Vorwoche. Alle WHO-Regionen meldeten einen Rückgang der neuen Fälle, wobei fünf von sechs Regionen einen Rückgang von mehr als 10% meldeten. In Europa und der Region Nord- und Südamerika war der Rückgang in absoluten Zahlen am stärksten [...]."

### Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Bestätigt wird das auch durch den Rückgang bei den Todesfällen an oder mit Covid, wie aus der Grafik ersichtlich ist. Schlagzeilen in Medien wie **„Jetzt kommen die Mutanten mit Raketenantrieb“**, sind nicht nur völlig falsch und unsinnig, sondern auch unverantwortlich und schüren Panik und Angst.

Mitte Jänner 2021 hatte *Jack Ryan*, der Emergency Director der WHO, in einem Interview mit der *Irish Times*<sup>34</sup> bereits erklärt, dass der Anstieg nichts mit der aus England kommenden Variante zu tun habe:

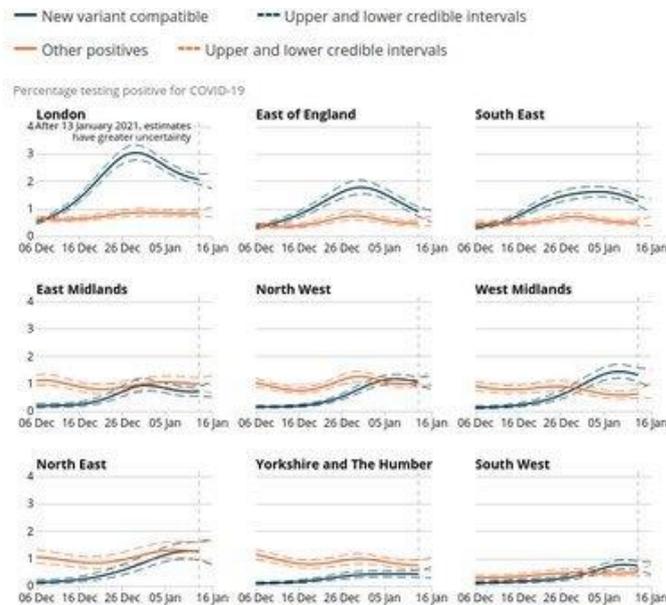
*„Die neue Variante [...] war nicht der Treiber der neuen Übertragung.“*

All das zeigt auch, dass die behördlichen Maßnahmen – Kontaktbeschränkungen, Ausgangsbeschränkungen, Massentests (insbesondere auch an Volksschulkindern), (FFP2) Masken, erweiterte Abstandsvorschriften, Arbeitsverbote, Verbote der Erwerbsausübung zB in der Gastronomie – unbegründet, evidenzwidrig und völlig überschießend sind und daher Grundrechte und Verfassung grob verletzen.

<sup>34</sup> Mike Ryan, *Covid-19 surge due to increased social mixing, says WHO's Mike Ryan*, The Irish Times 11.01.2021, <https://www.irishtimes.com/news/health/covid-19-surge-due-to-increased-social-mixing-says-who-s-mike-ryan-1.4455748>

#### iv. Anpassung an die Wuhan-Rate

Der Mathematiker *Wes Pegden* hat die von den Gesundheitsbehörden veröffentlichten Daten analysiert<sup>35</sup>:



Die neue Veröffentlichung der randomisierten ONS-Infektionserhebung **zeigt, dass der Vorteil des B.1.1.7-Stammes in den Regionen (London, East, Southeast), in denen er die größte Prävalenz erreichte, nicht mehr vorhanden ist.**  $R_0$  für Variantenfälle ging zurück, ohne dass ein Rückgang für andere Fall- $R_0$  zu verzeichnen war.

**Dies ist ein sehr verblüffender Befund, der gegen vereinfachende Theorien spricht, wonach B.1.1.7 „übertragbarer“ sei.**

Wenn die Infektiosität für B.1.1.7 einfach durchgängig höher war, dann sollte, wenn Interventionen oder Immunität zu einem Plateau oder Rückgang der B.1.1.7-Fälle führen, dies von einem (noch steileren) Rückgang der Fälle mit der ursprünglichen Variante begleitet sein, was wir hier aber eben nicht sehen.

**Das bedeutet nicht, dass es keinen biologischen Unterschied oder Vorteil für B.1.1.7 gibt, sondern dass eine angeblich erhöhte Übertragbarkeit/Infektiosität diese Daten nicht erklären kann.**

Andererseits könnte z.B. B.1.1.7 einen durch höhere Empfindlichkeit vermittelten Vorteil haben. Wenn z.B. ein Teil der Population anfälliger für B.1.1.7 ist, könnte dies ein frühes

<sup>35</sup> *Wes Pegden* @WesPegden, Twitter, 22.01.2021, <https://twitter.com/WesPegden/status/1352607423538847744>

Wachstum bewirken, das den Eindruck einer höheren Übertragbarkeit erweckt, aber es wäre zu erwarten, dass dieser Vorteil abnimmt, wenn mehr von dieser besonders anfälligen Population durch Infektion immunisiert wird. Es ist sogar möglich, dass dieser Effekt auftritt, ohne dass B.1.1.7 überhaupt einen Vorteil in einer Population ohne vorherige Infektionen hat.

**Die bisherigen Daten sehen beruhigend, aber auch wissenschaftlich faszinierend aus, da sie mit dem von der belangten Behörde vertretenen Meinungsstand zu B.1.1.7 unvereinbar sind.**

#### v. Das Virus wird sich abschwächen

*Björn Meyer*, Virologe am Institut Pasteur<sup>36</sup> schließt aus einer **israelischen Studie**, dass die Einzelmutation 501Y eine ~2,5x höhere Affinität zu ACE2 bewirkt, während die Doppelmutation zu einer ~13x höheren Affinität zu ACE2 im Vergleich zur Wuhan-Version führt, wie in der Studie von *Jiří Zahradník*, vom Department of Biomolecular Sciences, Weizmann Institute of Science, Rehovot, Israel<sup>37</sup> berichtet wird.

Jedoch sei **damit keinesfalls gesagt, dass diese neue Doppelmutation mit der viel höheren Affinität zu ACE2 noch übertragbarer ist** – Viren sind viel komplexer als das und oft wurde bei anderen Viren festgestellt, dass eine engere Bindung eigentlich schlecht für das Virus ist. Wenn das der Fall wäre, bräuchte das Virus weitere kompensatorische Mutationen, die diese „zu enge“ Bindung verändert und wieder ein wenig „lockert“. **Diese Doppelmutation haben beide, die Südafrika- und die Brasilien-Varianten.** Beide haben auch andere Mutationen, von denen wir die Funktion (so sie überhaupt eine haben) noch nicht kennen.

**Klassisch läuft es immer so ähnlich ab wie beim Virusstamm der Schweinegrippe. Varianten, die immer weniger infektiös und krankmachend wurden, waren davon noch Jahre erkennbar und umgekehrt hat sich das Immunsystem der Community („Herde“) ebenso darauf eingestellt.**

Die Virusvarianten sind für Virologen bestimmt hochinteressant, Auswirkungen auf Infektionen und Erkrankungen haben sie aber laufend in immer geringerem Ausmaß. Auch der

---

<sup>36</sup> *Björn Meyer @\_b\_meyer*, Twitter 11.01.2021, [https://twitter.com/\\_b\\_meyer/status/1348696096252588039](https://twitter.com/_b_meyer/status/1348696096252588039)

<sup>37</sup> *Zahradník*, SARS-CoV-2 RBD in vitro evolution follows contagious mutation spread, yet generates an able infection inhibitor, 06.01.2021, <https://doi.org/10.1101/2021.01.06.425392> (peer-review zum Zeitpunkt der Abfrage noch ausständig).

Virologe und Immunologe *Shane Crotty* vom **La Jolla Institute for Immunology** (Kalifornien) weist darauf hin, dass die Immunität durch T-Zellen alle diese Mutationen problemlos erkennt und über CD4 und CD8 Speicher-T-Zellen für andauernde Immunität sorgen<sup>38</sup>.

**Der Einfluss auf die Verbreitung des Virus ist damit überschaubar, die mit dem Auftreten des neuartigen Virus begründeten Maßnahmen sohin unverhältnismäßig.**

**Infektiologin Jennie Lavine** hat in einer begutachteten und in *Science*<sup>39</sup> veröffentlichten Studie Modelle entwickelt, die zeigen wie sich das Coronavirus zu einem endemischen Erreger entwickeln wird, ähnlich den vier bereits endemisch gewordenen Erkältungsviren. Die **Zahl der Infektionen bleibt konstant, Erkrankungen verlaufen aber erheblich leichter, wie das bereits bei vier anderen Arten des Coronavirus der Fall ist.** *Lavine* und ihre Mitarbeiter gehen daher davon aus, dass auch SARS-CoV-2 langfristig harmlos für die Menschheit werden wird.

## d. Immunität in Österreich

Rechnet man mit einer Infektionssterblichkeit von 0,20%, wie das in den auch von der WHO veröffentlichten **Ioannidis-Paper**<sup>40</sup> gemacht wird, so kommt man auf rund 3,2 Millionen oder mehr als 35% Immune in Österreich.

Bei einer vom **Bildungsministerium finanzierten Untersuchung** wurden bei 2.229 Personen in der Zeit vom 12. bis 14 November 2020 auf Antikörper getestet. Es wurden bei 92 Personen Antikörper gefunden. Da keine Tests auf T-Zellen erfolgten, konnte nur ein Bruchteil der Infektionen erfasst werden. Da keine Tests auf T-Zellen erfolgten, kann aufgrund der bisherigen Darstellung davon ausgegangen werden, dass eine höhere Anzahl an Personen bereits „immun“ gegen SARS-CoV2 ist. Doch selbst wenn: 39% der Antikörper-Positiven (das sind die genannten 92 „Fälle“) waren schon früher als infiziert erkannt und im Epidemiologischen Meldesystem EMS erfasst worden. **Obwohl damals im EMS bereits 314.000 Meldungen enthalten waren, wurde behauptet, dass das Ergebnis auf 350.000 Immune hindeute.**

**Wie diese Aussage mathematisch zu begründen ist, ist nicht nachvollziehbar.**

---

<sup>38</sup> *Shane Crotty @profshaneccrotty*, Twitter 30.01.2021, <https://twitter.com/profshaneccrotty/status/1355552033416171525>

<sup>39</sup> *Jennie S. Lavine; Ottar N. Bjornstad; Rustom Antia*, Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity, *Science* 12 Feb 2021: Vol. 371, Issue 6530, pp. 741-745, DOI: 10.1126/science.abe6522, 12.02.2021, <https://science.sciencemag.org/content/371/6530/741>

<sup>40</sup> *Ioannidis*, Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, *European Journal of Clinical Investigation*, 07.10.2020, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13423>

Wenn 39% in einer Gesamtheit von 314.000 enthalten sind, wie groß ist dann die Gesamtheit, in der 100% enthalten sind? Die Antwort lautet:

- $314.000 / 39 \times 100 = \mathbf{805.000}$

Laut AGES Dashboard waren im Bundesgebiet etwa mit Stand 24.1.2021, 20 Uhr 401.534 „laborbestätigte Fälle“ zu verzeichnen. Dividiert durch 39 und multipliziert mit 100 ergibt also rund 1,03 Millionen Menschen, über 16 Jahren. **Inklusive der unter 16-Jährigen kommen wir also auf etwa 1,25 Millionen, die bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit immun sind.**

Da die schwedische Studie<sup>21</sup> mindestens eine doppelte Anzahl von Personen mit T-Zellen aber ohne Antikörper nachgewiesen hat, **lässt diese Untersuchung für Österreich mindestens 2,2 Millionen Immune erwarten** (Stand 24.01.2021).

**Insgesamt kann man also zwischen 1,25 und 2,5 Millionen Immune in Österreich annehmen. Das ist bereits eine epidemiologisch sehr bedeutsame Größenordnung. Dieser Umstand wird weder vom Gesetzgeber, noch vom Verordnungsgeber gar nicht bzw. nur unzureichend in ihren Entscheidungen berücksichtigt.**

## 2. Zweite Fehlannahme: Symptomlose Ansteckungsgefahr

Ohne Evidenz und durch geradezu erschreckend schwache Studien unterlegt ist die Annahme, ein Mensch könne ganz unbemerkt an COVID-19 erkranken und ebenso unbemerkt, weil symptomfrei, das Virus an andere Menschen weitergeben.

Dieses wissenschaftliche Konzept der „*asymptomatischen Ausbreitung*“ ist die Grundlage der Lockdown-Politik. Laut WHO legten „*frühe Daten aus China nahe, dass Menschen ohne Symptome andere anstecken könnten*“<sup>41</sup> Diese Idee der asymptomatischen Ausbreitung spiegelte sich im Februar-2020-Bericht der WHO wider. Diesem Konzept zufolge könnten gesunde Personen oder „*stille Verbreiter*“ für eine signifikante Anzahl von SARS-CoV-2-Übertragungen verantwortlich sein<sup>42</sup>. **Die Idee, die asymptomatische Ausbreitung zu stoppen, war eine bedeutende Abweichung von den vorherrschenden Richtlinien des öffentlichen Gesundheitswesens und den Erfahrungen aus früheren Atemwegsvirus-Pandemien**<sup>43</sup>.

Das Konzept einer signifikanten asymptomatischen Ausbreitung wurde als neuartiges und einzigartiges Merkmal von SARS-CoV-2 angesehen, basierend auf mehreren in China durchgeführten Studien<sup>44</sup>. Mehrere Studien aus anderen Ländern konnten keine Übertragung von SARS-CoV-2 durch asymptomatische Personen feststellen.<sup>45</sup>

Eine **Arbeit der McGill University (USA)** kam zu dem Schluss, dass „*die Übertragung in der asymptomatischen Periode in zahlreichen Studien dokumentiert wurde*“, aber jede dieser

---

<sup>41</sup> WHO, *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*, 09.07.2020, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>

<sup>42</sup> Pien Huang, *What We Know About The Silent Spreaders Of COVID-19*, NPR, 13.04.2020, <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/13/831883560/can-a-coronavirus-patient-who-isnt-showing-symptoms-infect-others>

<sup>43</sup> so etwa Quails et al., *Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza*, United States, 2017 (Sonja A. Rasmussen et al. eds., 2017), <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/rr6601a1.htm>

<sup>44</sup> WHO, *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*, 09.07.2020, <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>; Lei Luo et al., *Modes of contact and risk of transmission in COVID-19 among close contacts*, 26.03.2020, <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20042606>; Lei Huang et al., *Rapid asymptomatic transmission of COVID-19 during the incubation period demonstrating strong infectivity in a cluster of youngsters aged 16–23 years outside Wuhan and characteristics of young patients with COVID-19: A prospective contact-tracing study*, *J Infect* Vol. 80(6), 10.04.2020, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.006>; Quan-Xin Long et al., *Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections*, *Nat Med* Vol. 26, 18.06.2020, <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0965-6>

<sup>45</sup> Hao-Yuan Cheng, MD, MSc et al., *Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset*, *JAMA Intern Med* Vol. 180(9), 01.05.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195694/>; Shin Young Park et al., *Coronavirus Disease Outbreak in Call Center, South Korea*, *Emerg Infect Dis* Vol. 26(8), 23.04.2020, [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/8/20-1274\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/8/20-1274_article)

Studien wurde in China durchgeführt. Wenn Studien außerhalb Chinas versucht haben diese Ergebnisse zu replizieren, sind sie gescheitert.<sup>46</sup>

Eine **italienische Studie** kam zu dem Schluss, dass zwei asymptomatische Personen, die positiv getestet wurden, von zwei anderen asymptomatischen Personen infiziert worden waren, aber dies basierte auf 2.800 PCR-Tests; angesichts der noch eingehend zu diskutierenden Falsch-positiv-Rate ist diese Schlussfolgerung zweifelhaft.<sup>47</sup>

Eine **einflussreiche Studie aus Brunei Darussalam** fand eine signifikante asymptomatische Ausbreitung<sup>48</sup>, aber ihre Ergebnisse werden durch eine schlechte Falldefinition beträchtlich geschwächt; ihre zwei Befunde einer asymptomatischen Ausbreitung waren die eines jungen Mädchens ohne Symptome, das angeblich SARS-CoV-2 auf ihren Lehrer übertrug, der „an einem Tag einen leichten Husten“ hatte, und jener eines Vaters, der asymptomatisch blieb, dessen Frau aber kurzzeitig eine laufende Nase hatte und dessen Baby ebenfalls an einem Tag einen leichten Husten hatte.<sup>49</sup>

Eine deutsche Studie behauptete, die „Übertragung einer 2019-nCoV-Infektion durch einen asymptomatischen Kontakt in Deutschland“ gefunden zu haben. Sie wurde im *New England Journal of Medicine* vom 5. März 2020 veröffentlicht<sup>50</sup>. Darin behauptete der bereits genannte *Dr. Drosten et al*, eine symptomlose chinesische Geschäftsfrau habe in München vier Mitarbeiter eines dortigen Unternehmens getroffen, die im Anschluss alle an COVID-19 erkrankt seien. In Wuhan sei diese Frau dann positiv auf SARS CoV-2 getestet worden. Das sei der eindeutige Beweis, dass auch symptomlose Menschen ansteckend sein könnten. Dieser Fallbericht war bereits am 30. Jänner 2020 als Preprint veröffentlicht worden. Am 3. Februar 2020 erschien hierzu ein Kommentar, der darauf hinwies, dass die Frau aus China sehr wohl Symptome hatte und diese lediglich mithilfe von Medikamenten unterdrückte<sup>51</sup>. Dies hatten Gespräche mit dieser Frau ergeben – Gespräche, die die Autoren des Fallberichts unterlassen hatten.

Gleichwohl wurde der Fallbericht am 5. März 2020 im *New England Journal of Medicine* abgedruckt. **Es stellt zumindest grobe Fahrlässigkeit dar, dass dieser Fallbericht**

---

<sup>46</sup> Mercedes Yanes-Lane et al., Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis, *PLoS One*, 03.11.2020, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241536>

<sup>47</sup> Enrico Lavezzo et al., Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo', *Nature* Vol. 584, 30.06.2020, <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2488-1>

<sup>48</sup> Liling Chaw et al., Analysis of SARS-CoV-2 Transmission in Different Settings, Brunei, *Emerg Infect Dis* Vol. 26(11), 09.10.2020, [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/11/20-2263\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/11/20-2263_article)

<sup>49</sup> Justin Wong et al., Asymptomatic transmission of SARS-CoV-2 and implications for mass gatherings, *Influenza Other Respir Viruses* Vol. 14(5), May 30, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300701/>

<sup>50</sup> Drosten et al, Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany, *NEJM* 382;10, 05.03.2020, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2001468>

<sup>51</sup> Kai Kupferschmidt, *Study claiming new coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed*, *Sciencemag* 3.2.2020 auf <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong>

**nach Bekanntwerden des Irrtums nicht sofort zurückgezogen wurde.** Eine Folgestudie, die dann, abermals unter der Mitwirkung des *Dr. Drosten*, am 15. Mai 2020 in *The Lancet* erschien<sup>52</sup> und in der das „Ausbruchscluster“ in dem Münchener Unternehmen epidemiologisch nachgezeichnet werden sollte, förderte dann auf einmal die aufschlussreiche Erkenntnis zutage, dass die Frau aus China kurz vor ihrer Reise nach München noch Kontakt mit ihren COVID-19-kranken Eltern gehabt hatte – eine Erkenntnis, die im Fallbericht vom 5. März 2020 noch unterschlagen worden war. Die Studie in *The Lancet* vom 15.°Mai 2020 enthält sowohl in sich als auch im Verhältnis zum Fallbericht vom 3. Februar 2020 zahlreiche Ungereimtheiten, die bereits an anderer Stelle aufbereitet worden sind.<sup>53</sup>

**Das vom BMSGPK als Erkenntnisquelle herangezogene Robert-Koch-Institut räumt in seinem SARS CoV-2-Steckbrief (Stand 27.11.2020) selbst ein, dass asymptomatische Ansteckungsgefahr lediglich eine untergeordnete Rolle spielt<sup>54</sup>.**

*„Schließlich gibt es vermutlich auch Ansteckungen durch Personen, die zwar infiziert und infektiös waren, aber gar nicht erkrankten (asymptomatische Übertragung). Diese Ansteckungen spielen vermutlich jedoch eine untergeordnete Rolle (67).“*

Hierzu verweist es auf eine Meta-Studie, die - nach Auswertung Hunderter Arbeiten - letztlich zu dem Ergebnis gelangt:

**„robuste Evidenz wird dringend benötigt“<sup>55</sup>.**

Daneben hält es die belangte Behörde für möglich, dass der Erreger 1-2 Tage vor Symptombeginn weitergegeben werden könne, verweist hierzu – soweit nachvollziehbar - aber nur auf eine chinesische Studie und eine Studie aus Singapur, die jedoch beide an Schwächen leiden, unter anderem daran, dass eine anderweitige Prävalenz nicht ausgeschlossen werden konnte. **Die Annahme einer präsymptomatischen Ansteckung ist, was die belangte Behörde verschweigt, in der Fachliteratur massiv angegriffen worden<sup>56</sup>.**

---

<sup>52</sup> Merle M. Böhrer et al, Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series, *Lancet Infect Dis* 2020;20:920-928, 15.05.2020, <https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2820%2930314-5/fulltext>

<sup>53</sup> Die Legende von der asymptomatischen Übertragung, 20.08.2020, <https://www.corodok.de/die-legende-uebertragung/>

<sup>54</sup> RKI, *Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19*, 25.02.2021, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html)

<sup>55</sup> Oyungerel Byambasuren et al., Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis, 04.12.2020, DOI: 10.3138/jammi-2020-0030, <https://jammi.utpjournals.press/doi/10.3138/jammi-2020-0030>

<sup>56</sup> Mark Slifka/Lina Gao, Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19, 15.04.2020, *Nature Medicine*, <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5> [2020]

**Ohne dieses Konzept der signifikanten asymptomatischen Ausbreitung gibt es keinen wissenschaftlichen Grund, gesunde Personen einzusperren oder auszusperren.**

Der Immunologe *Beda Stadler*, emeritierter Professor an der Universität Bern, hat in einem viel beachteten Beitrag in der Schweizer Weltwoche darauf hingewiesen, dass die Vorstellung, Viren könnten sich unkontrolliert im menschlichen Körper vermehren, ohne dass wir dies merken, **immunologisch undenkbar** ist. Eben diese unkontrollierte Vermehrung erzeugt aber erst die Ansteckungsgefahr<sup>57</sup>.

**Es kann kaum überraschen, dass für den Corona-Ausbruch in Wuhan keine einzige asymptomatische Weitergabe von SARS CoV-2 nachgewiesen werden konnte**, und zwar mit **der groß angelegten Studie „Post-lockdown SARS-COV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China“**,<sup>58</sup> erschienen in *Nature Communications*, die an 9.899.828 Einwohnern der chinesischen Stadt Wuhan durchgeführt wurde. Vom 14. Mai bis zum 1. Juni 2020 waren alle Einwohner Wuhans aufgerufen, sich auf SARS-COV-2 testen zu lassen. Es wurden 300 asymptomatische Fälle entdeckt, die positiv auf SARS-COV-2 getestet wurden. **Für alle 300 asymptomatisch Getesteten wurden insgesamt 1.174 Kontaktpersonen nachverfolgt. Keine dieser Kontaktpersonen testete positiv auf SARS-COV-2.** Es wurden auch Cluster für die 300 asymptomatisch Getesteten eruiert. Sie beschränkten sich auf 3,6% der Stadtbezirke von Wuhan. Eine Verbreitung in andere Stadtbezirke fand nicht statt. **Für asymptomatische Fälle ist bekannt, dass ihre Virenlast deutlich hinter der Virenlast zurückbleibt, die von Personen ausgeht, die tatsächlich an SARS-CoV2 erkrankt sind.** Zudem ist das Zeitfenster, in dem asymptomatische Personen SARS-COV-2 weitergeben können, sehr kurz, berichten die Autoren. Somit zeigt die Studie aus Wuhan, dass **asymptomatische Träger SARS-COV-2 nicht verbreiten können.**

**Eine neuere Studie von *Michael A. Johansson et al.*<sup>59</sup> vom 07. Jänner 2021 versucht wiederum erneut die These der asymptomatischen Übertragung zu belegen.** Im Gegensatz zur hiervor zitierten Wuhan-Studie, handelt es sich bei der Studie von *Johansson* **nicht** um **eine empirische Studie**, weil sie nicht auf der Untersuchung von Probanden samt Kontrollgruppe beruht. Vielmehr basiert sie auf einem Modell mit diversen Annahmen womit das Übertragungsrisiko asymptomatischer Personen mathematisch simuliert wird. Sie enthält daher zahlreiche Unsicherheiten, weshalb sie **als empirischer Beweis**

---

<sup>57</sup> *Beda M. Stadler*, Corona-Aufarbeitung: Warum alle falsch lagen, 12.06.2020, [https://www.achgut.com/artikel/corona\\_aufarbeitung\\_warum\\_alle\\_falsch\\_lagen](https://www.achgut.com/artikel/corona_aufarbeitung_warum_alle_falsch_lagen)

<sup>58</sup> *Shiji Cao et al*, Post-lockdown SARS-COV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, *nature communications* 20.11.20, <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

<sup>59</sup> *Michael A. Johansson et al*, SARS-CoV-2 Transmission From People Without COVID-19 Symptoms, 07.01.2021, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.35057, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2774707>

für die These der Ansteckungsfähigkeit asymptomatischer Personen **in keiner Weise geeignet** ist.

Aus medizinischer Sicht sind Symptome der Ausdruck der Vernichtung von durch Viren befallene Zellen. Das sind Entzündungsreaktionen, die eben Symptome erzeugen. Dazu müssen befallene Zellen eine größere Menge Viren herstellen, die wieder andere Zellen infizieren und dann eben eine stärkere Reaktion des Immunsystems auslösen. Nur so kann eine höhere Virenlast entstehen, die eben dann ausgeschieden werden und andere Menschen anstecken kann. **Symptomfreiheit ist ein eindeutiges Zeichen für das Fehlen der Virenlast, die Voraussetzung für Infektiosität ist.**

Die Folgen der These der asymptomatischen Ansteckung hat für die Verhängung von „Lockdowns“, Arbeitsverbote, Ausgangsverboten, Kontaktverboten, Betretungsverboten (Betriebsschließungen) und ähnlichem eine große Rolle gespielt. Es wird gerne auch als Drohgeste benutzt, dass Kinder Oma und Opa anstecken, weil sie nicht wissen, dass sie Viren übertragen.

**Mit Blick auf die weitreichenden Konsequenzen die sich aus der These der asymptomatischen Übertragung von SARS-CoV-2 ergeben, sind an die Beweisgrundlage solcher dauerhaft freiheits- und potenziell existenzbedrohender Maßnahmen (Arbeitslosigkeit; Insolvenzen etc.) besondere Anforderungen zu stellen. Diese Anforderungen blieben bis heute von der belangten Behörde bzw. der BReg unerfüllt.**

**Auf der Basis von unbestätigten Hypothesen dürfen der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung auf die Dauer keine signifikanten Einschränkungen des privaten und des wirtschaftlichen Lebens zugemutet werden. Dass eine mangelhafte Sachverhaltsermittlung durch den Verordnungsgeber vorliegt, hat der Verfassungsgerichtshof bereits mehrfach feststellen müssen.**

Nachdem ein Jahr nach Auftreten der Epidemie keine überprüfbaren Beweise für die These der asymptomatischen Übertragung von SARS-CoV-2 vorliegen, ist diese These als überholt fallen zu lassen. Sämtliche auf dieser These basierenden Maßnahmen sind nach Ansicht der Antragsteller aufzuheben oder zu lockern.

### 3. Dritte Fehlannahme: PCR- und Antigentest-basierte Diagnostik, Massentests

Ohne die irrige Annahme einer symptomfreien Ansteckungsgefahr wäre niemand auf die Idee gekommen, selbst kerngesunde Menschen mittels PCR oder Antigen-Schnelltest auf SARS CoV-2 zu untersuchen. In Wirklichkeit ist die PCR-basierte Diagnostik mit so vielen Fehlerquellen behaftet, dass es **geradezu verantwortungslos** war, sie **für symptomlose (!) Menschen einzuführen**.

Für belastbare Daten muss man vorab Erkrankungen feststellen und nach deren möglichen Ursachen fahnden, in diesem Falle nach SARS-CoV-2 und seinen Konkurrenten. Vor allem zwei Testarten (PCR und Antigen) stehen hierfür zur Verfügung, die aber für die Diagnose einer aktuellen Erkrankung bei weitem nicht hinreichend sind – geschweige denn der Erkennung, ob eine Person infektiös sein würde.

#### a. Zum PCR-Test an sich

- Ein **PCR-Test kann leblose Virus-Trümmer aus überstandener Infektion und reproduktionsfähige Viren nicht auseinanderhalten**. Wenn man in dieser Situation massenweise symptomlose Menschen testet, zieht dies fatale Konsequenzen nach sich: Da nämlich die allermeisten Corona-Infektionen folgenlos bleiben, wird man eine große Anzahl an Menschen testen, die kerngesund sind und deren Immunsystem mit dem Erreger fertig geworden ist, die dann aber eben diese leblosen Fragmente in sich tragen. Darin liegt, wie noch zu sehen ist, eine Fehlerquelle, die sich selbst in den Wochen und Monaten der Krise ganz von allein potenziert hat.
- Kein Test ist zu 100% genau. **Bei einer niedrigen Prävalenz des Virus in der Bevölkerung (geringes Vorhandensein akuter Infektionen) erhalten die Falsch-positiven-Fälle dramatisches Gewicht**, was wegen der niedrigen Prävalenz auch nicht durch Falsch-negativ-Fälle ausgeglichen werden könnte. Nur zur Verdeutlichung: Bei einer Testanzahl von 100.000 Tests pro Woche und einer Falsch-positiv-Rate von einem Prozent werden 1.000 Menschen fälschlicherweise positiv getestet! Wenngleich diese „nachgetestet“ werden, beträgt die Zeitspanne zwischen erstem und zweitem Test in der Regel mehrere Tage. Daraus ergibt sich: Diese 1.000 Menschen pro Woche sowie ihre vielfachen Kontakte sind danach regelmäßig für 10 Tage bis zwei Wochen in eine freiheitsentziehende Quarantäne

geschickt worden. Dies war in den Herbstmonaten durchweg der Fall. Damals lagen die positiv Getesteten eine Zeit lang in einer Größenordnung von etwa 1.200 pro Woche. **Dies bedeutet, dass – bei Zugrundelegung eines minimalen Wertes von einer Falsch-positiven-Rate von einem Prozent – von 1.200 positiv Getesteten 1.000 das Virus gar nicht in sich trugen.** Für denjenigen, der positiv getestet wurde, ergab sich damit eine Wahrscheinlichkeit von nur **einem Sechstel**, dass er tatsächlich das Virus in sich trug! **Fünf von sechs Menschen mussten daher zu Unrecht einen Freiheitsentzug erleiden.** Zudem waren und sind die konstant hohen positiven Fälle über lange Zeit in den Herbst- und Wintermonaten der einzige angeführte Grund zur Aufrechterhaltung der Grundrechtseinschränkungen. Die Frage ist daher alles andere als akademisch. Und sie setzt sich gegenwärtig fort<sup>60 61</sup>.

Um zu verdeutlichen, dass es sich dabei keineswegs um eine weltfremde Abhandlung und eine weitere „Verschwörungstheorie“ handelt, soll zum Thema auf den Kurzaufsatz „*PCR-Tests auf SARS-CoV-2: Ergebnisse richtig interpretieren*“ von Ralf L. Schlenger aus dem Deutschen Ärzteblatt 24/2020 vom 12. Juni 2020 hingewiesen werden<sup>62</sup>.

Dr. Drosten schien sich indes selbst früh darüber im Klaren gewesen zu sein, dass sein Test nichts für die Fläche ist, sondern eher bei Verdachtsfällen ziemlich gut funktioniert. Deshalb lehnte er größere Stichproben ab:

*„Ja, wir können das nicht machen. Also wir können nicht asymptomatische Patienten testen, auch wenn einige das jetzt im Moment selbst in der Öffentlichkeit sagen. Das ist Unsinn, das können wir nicht machen. **Das können wir schon allein deswegen nicht machen, weil Laborprozeduren auch falsch positive Ergebnisse liefern.** Und das ist also das Problem des prädiktiven Wertes in der Testtheorie.“<sup>63</sup>*

Bei derartigen Aussagen muss man sich fragen, warum diese Aussage wenige Monate später, als die Testungen massiv ausgeweitet wurden, nicht mehr gelten

---

<sup>60</sup> Peter F. Mayer, *Drei Ursachen warum PCR-Tests falsche Ergebnisse produzieren*, 17.09.2020, <https://tkp.at/2020/09/17/drei-ursachen-warum-pcr-tests-falsche-ergebnisse-produzieren/>

<sup>61</sup> Fenton/Neil, *UK Covid Testing data: Remarkable relationship between number of tests and positivity rate when we drill down to regions*, 18.12.2020; Folgeartikel: *Pooled COVID19 testing makes the data on 'cases' even more dubious*, 23.12.2020, <https://probabilityandlaw.blogspot.com/2020/12/uk-covid-testing-data-remarkable.html>

<sup>62</sup> Ralf L. Schlenger, *PCR-Tests auf SARS-CoV-2: Ergebnisse richtig interpretieren*, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/tref-fer?mode=s&wo=2032&typ=16&aid=214370&autor=Schlenger%2C+Ralf+L%2E>

<sup>63</sup> NDR Info, *Coronavirus-Update, Folge 3*, 28.02.2020, <https://www.ndr.de/nachrichten/info/3-Coronavirus-Update-Es-ist-nicht-schwarz-weiss,podcastcoronavirus114.html>

sollte? Mit Erhöhung der Testzahlen erhielt man die absehbare Rate von falsch Positiven, die als Infizierte registriert wurden und von denen die meisten vermutlich keine oder kaum Symptome zeigten.

- **Nicht alle eingesetzten Testsysteme sind gleich spezifisch** – allein schon deshalb nicht, weil es keine Vorgaben gibt, welche Spezifität ein solches System mindestens haben muss, um überhaupt eingesetzt werden zu dürfen. Verordnungen werden aufgrund solcherart fehlerhaft ermittelter Fallzahlen erlassen und haben deshalb weitreichende Konsequenzen für die Grund- und Freiheitsrechte der Antragsteller.
- **Schlägt der PCR-Test erst bei einer großen Zahl Vervielfältigungszyklen an, ist die Viruslast so gering, dass eine aktive Infektion ausgeschlossen werden kann.** Grundlegend für PCR-Tests ist das Konzept der „Zyklusschwellen“. Der PCR-Test amplifiziert das genetische Material eines Virus in Zyklen; je weniger Zyklen erforderlich sind, desto größer ist die Virusmenge oder die Viruslast in der Probe. Je höher die Viruslast, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Patient ansteckend ist. Je höher also der Schwellenwert für die PCR-Zyklen ist, desto geringer ist die Menge der Viruslast, die für ein positives Ergebnis erforderlich ist. Wenn die PCR-Zyklusschwelle, die das Ergebnis „positiv“ anzeigt, zu hoch angesetzt ist, zeigt ein positives Ergebnis möglicherweise nicht einmal eine aussagekräftige Menge an lebenden Viruspartikeln an. Die Leitlinie vom 19. März 2020 der WHO enthielt nur drei Studien, die PCR-Zyklus-Schwellenwerte diskutieren. Alle drei Studien<sup>64</sup> befassen sich mit Wuhan und verwenden Zyklusschwellenwerte von 37 bis 40: *„Ein Zyklusschwellenwert (ct Wert) von weniger als 37 wurde als positiver Test definiert, und ein Ct-Wert von 40 oder mehr wurde als negativer Test definiert.“*

Der Erlass des BMSGPK sieht mittlerweile einen ct-Wert von 30, sohin 30 Zyklen vor. Dieser ist aber nur eine Weisung an die Amtsärzte, der jederzeit geändert werden kann. Nur für einen bestimmten Personenkreis (Krankenhaus, Spitzensport) werden auf Verordnungsebene verbindliche Zyklusschwellen festgelegt. Aufgrund fehlender gesetzlicher Determinierung („nach dem Stand der Wissenschaft“) ist es der belangten Behörde überlassen, welchen Wert sie festsetzt. Dabei wäre eine konkrete Festlegung (samt tragfähiger Begründung) bei einem derart wichtigen Parameter angezeigt.

---

<sup>64</sup> Qun Li et al., Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia, N Engl J Med Vol. 382(13), 29.01.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121484/>; Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, N Engl J Med Vol. 382, 28.02.2020, <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>; Wei Zhang et al., Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes, Emerg Microbes Infect Vol. 9(1), 17.02.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7048229/>.

*Dr. Drosten* hat in seinem NDR-Podcast vom 7. Mai 2020 auf eine Studie hingewiesen, wonach ein Patient ab 25 Zyklen als „weniger infektiös“ gilt. **In der Tat vermochten die Autoren dieser kanadischen Studie jenseits von 24 Zyklen kein replikationsfähiges Virus mehr zu identifizieren**<sup>65</sup>.

Das Ergebnis eines PCR-Tests ist damit hochgradig manipulationsanfällig.

- **Ein PCR-Test ist nicht in der Lage, eine bloße Kontamination von einer Infektion zu unterscheiden.** Solange die Viren auf den Schleimhäuten ruhen und nicht in die Körperzellen eindringen, ist ein **Mensch nur kontaminiert, aber nicht infiziert**. In diesem Fall vermehren sich die Viren nicht und erzeugen daher auch keine Ansteckungsgefahr. Trotzdem schlägt ein PCR-Test auch bei diesen Menschen positiv an. *Prof. Drosten*, der Entwickler des derzeit verwendeten PCR-Tests, hatte noch im Jahr 2014 in einem Interview in der Wirtschaftswoche auf dieses Problem hingewiesen.<sup>66</sup>

Am 05.10.2020 berichtete die ARD Tagesschau von diesem Interview; und zwar im Endergebnis bestätigend. Die verwendeten Tests sind zu sensibel, die Viruslast kann daraus nicht abgeleitet werden<sup>67</sup>.

- Die **Aussagekraft eines positiven PCR-Tests hängt auch davon ab, nach welchen und nach wie vielen Primern gesucht wird.** Je weniger spezifisch diese für SARS CoV-2 sind, desto geringer ist diese Aussagekraft. Diesbezüglich existieren keinerlei Vorgaben. Ob zwei bis drei (in Österreich eher die Regel) oder sechs (in Thailand üblich) abgefragt werden, wird zur Ermessensfrage des Labors gemacht.

**Fazit: Ein positiver PCR-Test ist nicht gleich ein positiver PCR-Test.** Wir wissen überhaupt nicht, was in den jeweiligen Laboren passiert ist. Es verwundert nicht, dass **Mike Yeadon, früherer Chief Medical Officer des Pharma-Konzerns Pfizer**, in einem jüngeren Beitrag **dringend vom Einsatz der PCR-Tests für die Diagnostik von COVID-19 abrät**<sup>68</sup>.

---

<sup>65</sup> *Jared Bullard et al.*, Predicting Infectious Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 From Diagnostic Samples, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 71, Issue 10, 15 November 2020, Pages 2663–2666, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

<sup>66</sup> *Drosten*, „Der Körper wird ständig von Viren angegriffen“, *Deutsche Wirtschaftswoche* (2014), <https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-die-who-kann-nur-empfehlungen-aussprechen/9903228-2.html>

<sup>67</sup> Festlegung eines sog. „cT-Wertes“ in „Was ist an den Vorwürfen dran?“, *tagesschau.de*, 05.10.20, <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/drosten-pcr-test-101.html>, mwN

<sup>68</sup> *Kirkham, Yeadon*, How Likely is a Second wave?, 07.09.2020, <https://lockdownsceptics.org/addressing-the-cv19-second-wave/>

In jedem Fall sind die aufgrund eines PCR-Tests ermittelten Werte keine hinreichende Grundlage, um das öffentliche Leben komplett herunterzufahren und in beispielloser Weise in die Freiheitsrechte der Menschen einzugreifen. Ein PCR-Test sollte nur in Abstimmung mit einem klinischen Befund benutzt werden. So ist es auch in der medizinischen Diagnostik allgemein üblich.

## b. Ein unausgereifter PCR-Test im Feldversuch

Die Virologen *Victor Corman* und *Christian Drosten* waren federführend bei der außergewöhnlich schnellen Entwicklung des ersten COVID-19-PCR Tests (das „*Corman-Drosten-Protokoll*“)<sup>69</sup>. Es ist heute das weltweit am häufigsten verwendete Testprotokoll zum Nachweis des SARS-CoV-2-Virus, das in bestimmten Fällen zu der Krankheit COVID-19 führen kann. (Wie weiter unten erörtert wird, kam das Berufungsgericht in Lissabon zu dem Schluss, dass dieser PCR-Test bis zu 97 % falsch-positive Ergebnisse liefert; **F. V. 2.**, S. 183.) *Corman* und *Drosten* erhielten die in silico (theoretischen) Genomsequenzen, die zur Erstellung ihres PCR-Protokolls verwendet wurden, von chinesischen Wissenschaftlern, darunter *Yong-Zhen Zhang* und *Shi Zhengli*, Direktor am Wuhan Institute of Virology<sup>70</sup> (diese Genomsequenzen wurden dann am **17. Jänner 2020** in der NCBI-GenBank hinterlegt; GenBank Nummer MN908947<sup>71</sup>). Das *Corman-Drosten-Protokoll* wurde am **13. Jänner 2020** bei der WHO eingereicht (*Corman/Drosten* aaO); acht Tage vor dem Datum, an dem es der medizinischen Fachzeitschrift *Eurosurveillance* zur „Peer Review“ vorgelegt wurde (*Corman/Drosten* aaO FN 70).

Die WHO gab das *Corman-Drosten-Protokoll* am **21. Jänner 2020** frei, am selben Tag, an dem es bei *Eurosurveillance* eingereicht wurde. *Drosten* ist Mitglied des „*Editorial Board*“ von *Eurosurveillance*, womit ein Interessenkonflikt indiziert ist<sup>72</sup>. Das ***Corman-Drosten-Protokoll* wurde von *Eurosurveillance* bereits am nächsten Tag, dem 22. Jänner**

---

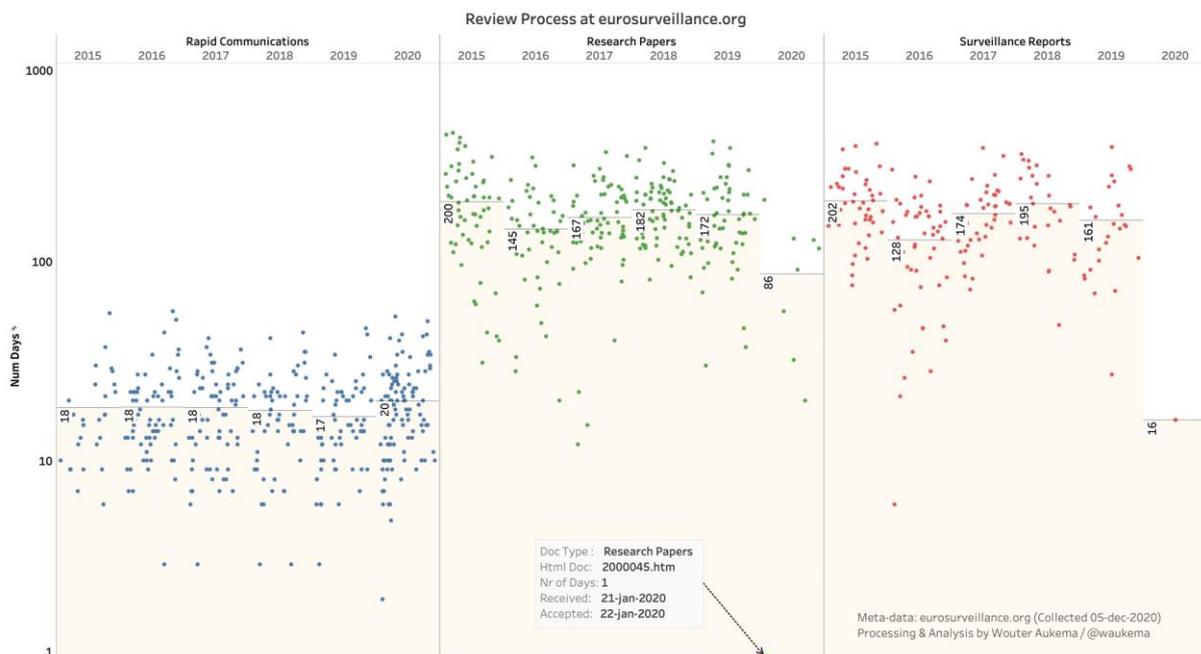
<sup>69</sup> *Corman/Drosten et al.*, *Diagnostic detection of 2019-nCoV by real-time RT-PCR*, World Health Organization, 17.01.2020, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>

<sup>70</sup> *Corman, Drosten et al.*, *Diagnostic detection of 2019-nCoV by real-time RT-PCR*, *Eurosurveillance European Communicable Disease Bulletin* Vol. 25(3), 23.01.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988269/>

<sup>71</sup> National Center for Biotechnical Information, Wu,F., Zhao,S., Yu,B., Chen,Y.M., Wang,W., Song,Z.G., Hu,Y., Tao,Z.W., Tian,J.H., Pei,Y.Y., Yuan,M.L., Zhang,Y.L., Dai,F.H., Liu,Y., Wang,Q.M., Zheng,J.J., Xu,L., Holmes,E.C., Zhang,Y.Z, *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 isolate Wuhan-Hu-1, complete genome*, 17.01.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947>

<sup>72</sup> *Eurosurveillance, Editorial Board*, <https://web.archive.org/web/20201224033649/https://www.eurosurveillance.org/board>.

**2020, angenommen** (*Corman/Drosten* aaO) (am selben Tag, an dem die WHO die Übertragung von Mensch zu Mensch bestätigte<sup>73</sup>), eine außerordentlich schnelle Bearbeitungszeit und völlig unüblich. **Die Begutachtung in wissenschaftlichen Zeitschriften ist ein intensiver Prozess, der die Identifizierung und das Tätigwerden von externen Gutachtern erfordert, was normalerweise Wochen bis Monate dauert.** Von allen 1.595 Veröffentlichungen bei Eurosurveillance seit 2015 wurde keine einzige Forschungsarbeit in weniger als 20 Tagen begutachtet und angenommen<sup>74</sup>. Nachstehende Grafik veranschaulicht wie lange ein sog „review-Prozess“ in der Regel bei Eurosurveillance dauert. Ein Beitrag sticht dabei heraus. Es handelt sich um das angesprochene „Paper“ von *Corman/Drosten*.



<https://twitter.com/waukema/status/1340239145101365251>

Der Peer-Review-Prozess von Eurosurveillance erfordert außerdem eine Erklärung des Autors, dass keine Interessenkonflikte bestehen, was in diesem Fall nicht den Tatsachen entsprach.<sup>75</sup>

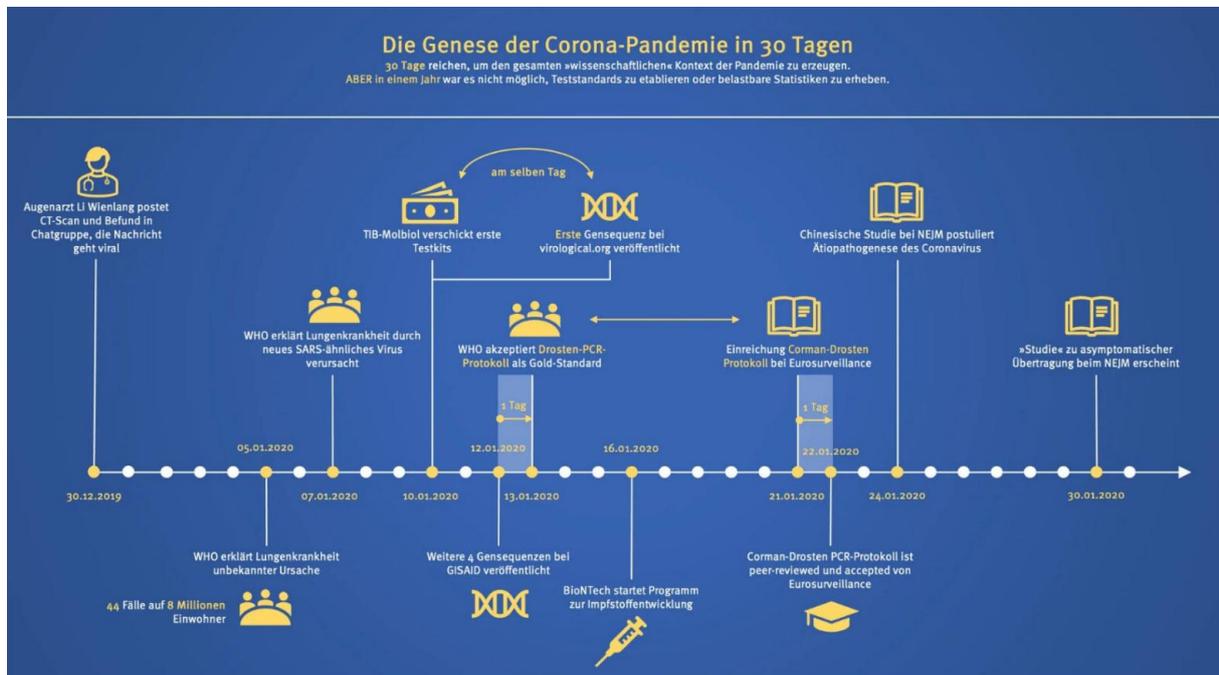
Diese außerordentlich schnelle Bearbeitungszeit machte es unmöglich, dass irgendein anderes PCR Protokoll vor dem Corman-Drosten-Protokoll veröffentlicht wurde, was ihm einen wertvollen Startvorteil verschaffte und dafür sorgte, dass es das weltweit vorherrschende PCR-Protokoll für SARS-CoV-2 wurde.

<sup>73</sup> WHO, *Archived: WHO Timeline — COVID-19*, Apr. 27, 2020, <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

<sup>74</sup> Wouter Aukema @waukema, Twitter, 19.12.2020, <https://twitter.com/waukema/status/1340239145101365251>

<sup>75</sup> Eurosurveillance, *Evaluation and review process*, <https://www.eurosurveillance.org/evaluation>

Laut BBC News und Google Statistics<sup>76</sup> gab es am 21. Jänner 2020 – dem Tag, an dem das Manuskript eingereicht wurde – weltweit 6 Todesfälle. **Warum gingen die Autoren von einer Herausforderung für das Gesundheitswesens aus, obwohl es zu diesem Zeitpunkt keine substantziellen Hinweise darauf gab, dass der Ausbruch stärker verbreitet war als ursprünglich angenommen?**

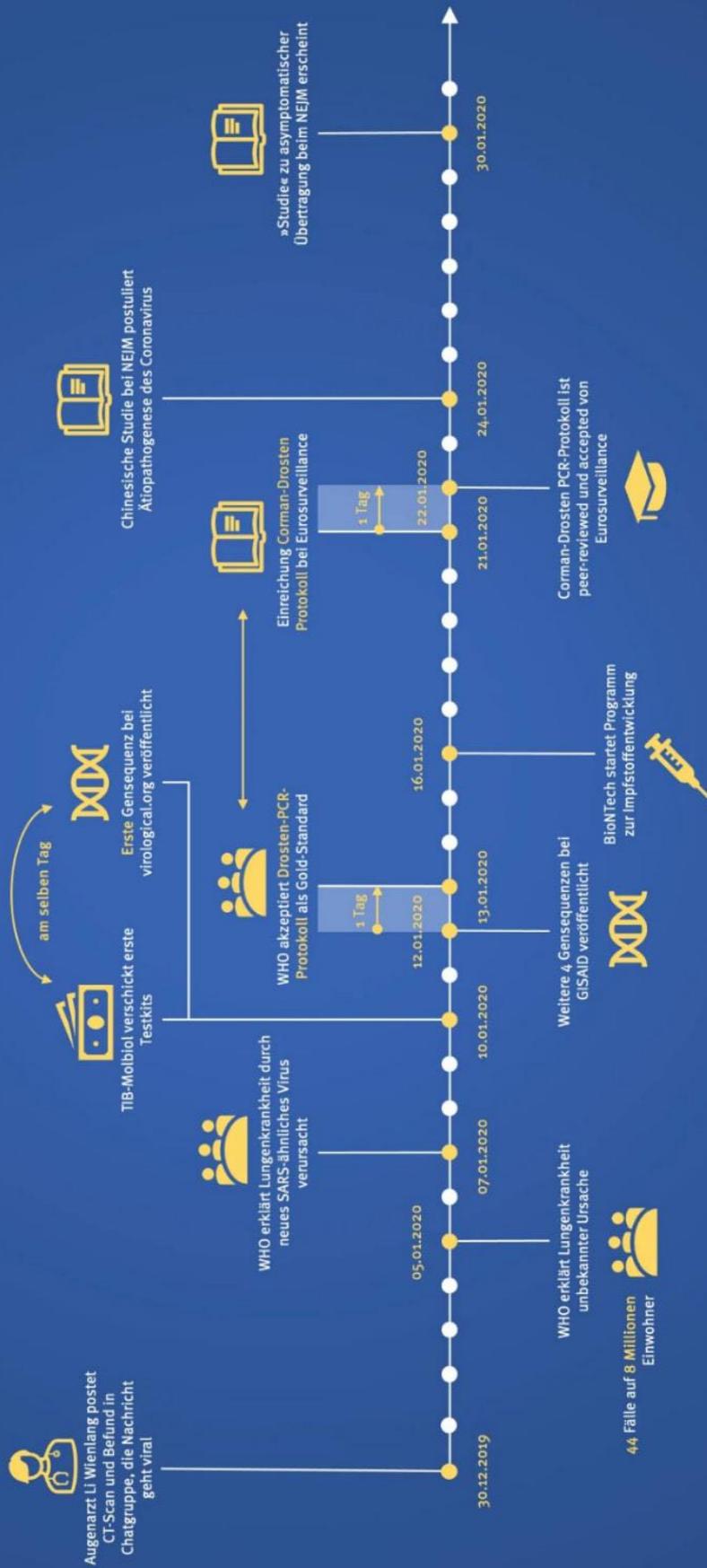


(weitere Ansicht für Print auf der Folgeseite)

<sup>76</sup> Google Analytics — COVID19-deaths worldwide, <https://archive.is/PpqEE>

## Die Genese der Corona-Pandemie in 30 Tagen

30 Tage reichen, um den gesamten »wissenschaftlichen« Kontext der Pandemie zu erzeugen.  
 ABER in einem Jahr war es nicht möglich, Teststandards zu etablieren oder belastbare Statistiken zu erheben.



Lassen wir einen der Urheber des Tests betreffend seine Entwicklung zu Wort kommen:

Nach eigenen Angaben erfuhr *Dr. Drosten* durch „soziale Medien“ von der Lungenerkrankung in Wuhan. Es ist unwahrscheinlich, dass er sich mit chinesischen Kollegen per Facebook oder Twitter ausgetauscht hat. Gemeint ist vermutlich das Netzwerk von ProMED, mit dem *Drosten* spätestens seit SARS eng zusammenarbeitet. Wahrscheinlich also aus dieser Quelle wusste *Drosten* vor allen Nachrichtenagenturen, dass sich etwas anbahnt. Dem Deutschlandfunk erklärt er am 23. Jänner 2020 im Gespräch<sup>77</sup>:

*„Bereits zwischen Weihnachten und Neujahr [2019/2020, Anm.] ging das los, dass hier die erste informelle Information ankam. Und wir haben uns dann natürlich gleich daran gemacht, das zu machen, was wir besonders gut können: In sehr kurzer Zeit diagnostische Testverfahren entwickeln. Und dann vor allem auch weltweit verfügbar machen.“*

Und wonach er suchen sollte, war ihm auch schon bekannt:

*„Ja wir haben uns tatsächlich auf so ein paar Indizien verlassen. Wir haben aus sozialen Medien Informationen gehabt, dass das ein SARS-ähnliches Virus sein könnte, und wir haben dann eins und eins zusammengezählt.“*

**Zum fehlenden Virus-Material** schreiben *Corman/Drosten et al*:

*„Im vorliegenden Fall von 2019-nCoV-Screening sind Virusisolate oder Proben von infizierten Patienten für die internationale Gemeinschaft der öffentlichen Gesundheit bisher nicht verfügbar. Wir berichten hier über die Einrichtung und Validierung eines diagnostischen Workflows für das 2019-nCoV-Screening und die spezifische Bestätigung, die in Abwesenheit verfügbarer Virusisolate oder Originalpatientenproben erstellt wurden. Design und Validierung wurden durch die enge genetische Verwandtschaft mit dem SARS-CoV von 2003 ermöglicht und durch den Einsatz der synthetischen Nukleinsäuretechnologie unterstützt.“* (Corman/Drosten aaO)

**Mit anderen Worten: Der Test wurde aufgrund von anfangs ein paar Hinweisen aus den „sozialen Medien“, altem SARS-Virusmaterial und schließlich unüberprüften Genom-Datensätzen zusammengeschaubt.** Die interne Validierung, schreibt der Deutschlandfunk, sah so aus:

---

<sup>77</sup> Volkart Wildermuth, *Diagnostischer Test aus Berlin weltweit gefragt*, Deutschlandfunk, 23.01.2020, [https://www.deutschlandfunk.de/neues-coronavirus-diagnostischer-test-aus-berlin-weltweit.676.de.html?dram:article\\_id=468640](https://www.deutschlandfunk.de/neues-coronavirus-diagnostischer-test-aus-berlin-weltweit.676.de.html?dram:article_id=468640)

*„Und da kam der Kühlschrank ins Spiel. Die Forscher aus Berlin holten sich – zusammen mit Kollegen aus Rotterdam und London – alte Proben von Patienten mit bekannten Atemwegserkrankungen und probierten daran den neuen Virentest aus. Wie erwartet reagierte er weder bei Grippeviren, noch bei Adenoviren, Enteroviren oder anderen Erregern. Damit war klar: Der neue Test schlägt nicht fälschlich Alarm. Das ist das erste wichtige Kriterium für einen guten Test. Das zweite lautet natürlich: Erkennt der Test auch wirklich den gesuchten Erreger?“*

Und auch die entscheidende Frage löste man im Handumdrehen:

*„Wir haben diesen Test Kollegen in China zur Verfügung gestellt, deren Namen ich jetzt nicht nennen kann. Und die haben das für uns getestet und uns gesagt, dass es gut funktioniert.“*

Später wird *Drosten* behaupten, der Test sei sehr wohl validiert worden:

*„Es ist eine sehr, sehr große Validierungsstudie durchgeführt worden. Ich müsste die jetzt aufmachen auf meinem Computer, um noch mal auf die Zahlen zurückzugehen.“<sup>8</sup>*

Bis heute hat er nach Wissen der Antragsteller keine Zeit gefunden seiner Ankündigung nachzukommen. Wenn man die Zeitleiste betrachtet, lagen zwischen der Veröffentlichung der Genomsequenzen und der Erstveröffentlichung seines PCR-Test Bausatzes nur wenige Tage. Es ist davon auszugehen, dass *Corman/Drosten et al* wissen, dass Validierung etwas anderes bedeutet, als ein paar Probestests durchzuführen.

**So entstand, ohne jede klinische Anschauung und ohne je des Virus ansichtig geworden zu sein, eines der problematischsten Werkzeuge medizinischer Diagnostik aller Zeiten.** Die WHO war offenbar unmittelbar überzeugt.

### c. Sinneswandel der WHO

Für etwa ein Jahr hat die WHO damit 45 Amplifikationszyklen empfohlen (Kopiervorgänge beim PCR-Test) und damit quasi die Pandemie auf ewig terminiert.

Am **20. Jänner 2021** jedoch, veröffentlicht die Weltgesundheitsorganisation WHO nun andere Empfehlungen für die PCR-Tests. In der „WHO Information Notice“<sup>78</sup> für die Labor-Professionals ist zu lesen<sup>79</sup>:

*„Die Leitlinien der WHO Diagnosetests für SARS-CoV-2<sup>80</sup> besagen, dass eine sorgfältige Interpretation schwacher Positiv-Ergebnisse erforderlich ist. Die zum Nachweis des Virus erforderliche Zyklusschwelle (Ct) ist umgekehrt proportional zur Viruslast des Patienten. **Wenn die Testergebnisse nicht mit dem klinischen Erscheinungsbild übereinstimmen, sollte eine neue Probe entnommen und mit derselben oder einer anderen NAT [Nukleinsäure-Amplifikations-Technik, jene Technik auf die PCR-Tests basieren, Anm.] erneut getestet werden.***

*Die WHO weist IVD-Anwender [IVD = In vitro Diagnostik; PCR-Test Anwender, Anm.] darauf hin, dass die Krankheitsprävalenz den prädiktiven Wert der Testergebnisse verändert; **mit abnehmender Krankheitsprävalenz steigt das Risiko eines falsch positiven Ergebnisses.** Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einem positiven Ergebnis (SARS-CoV-2 nachgewiesen) tatsächlich mit SARS-CoV-2 infiziert ist, mit abnehmender Prävalenz sinkt, unabhängig von der behaupteten Spezifität.*

***Die meisten PCR-Assays sind als Hilfsmittel für die Diagnose indiziert, daher müssen Gesundheitsdienstleister jedes Ergebnis in Kombination mit dem Zeitpunkt***

---

<sup>78</sup> WHO Information Notice for IVD Users 2020/05, 20.01.2021, <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>

<sup>79</sup> WHO guidance Diagnostic testing for SARS-CoV-2 states that careful interpretation of weak positive results is needed (1). The cycle threshold (Ct) needed to detect virus is inversely proportional to the patient's viral load. Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology. WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, the risk of false positive increases (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity. Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information.

<sup>80</sup> WHO, Diagnostic testing for SARS-CoV-2, 11.09.2020, WHO/2019-nCoV/laboratory/2020.6, <https://www.who.int/publications/i/item/diagnostic-testing-for-sars-cov-2>

*der Probenentnahme, dem Probentyp, den Assay-Spezifika, den klinischen Beobachtungen, der Patientenanamnese, dem bestätigten Status aller Kontakte und epidemiologischen Informationen berücksichtigen.*

*Von IVD-Anwendern zu ergreifende Maßnahmen:*

- 1. Bitte lesen Sie die Gebrauchsanweisung sorgfältig und vollständig durch.*
- 2. Wenden Sie sich an Ihre lokale Vertretung, wenn Ihnen ein Aspekt der Gebrauchsanweisung unklar ist.*
- 3. Überprüfen Sie die IFU [Information for users, Gebrauchsanweisung, Anm.] bei jeder eingehenden Sendung, um eventuelle Änderungen der IFU zu erkennen.*
- 4. Geben Sie den Ct-Wert im Bericht an den anfragenden Gesundheitsdienstleister weiter.*

**Mit anderen Worten: Viele Quarantänebescheide hatten eine falsche Grundlage und waren damit gesetzwidrig.** Der PCR Test ist nur sinnvoll im Zusammenhang mit einer klinischen Diagnose als sinnvoller Nachweis eine Infektion mit dem Coronavirus geeignet. Dies haben übrigens schon eine ganze Reihe von Gerichten festgestellt (vgl. Urteil des portugiesischen Berufungsgerichtes (Punkt **F. V. 2.** „Portugal“ S.183), und auch der OGH hat sich schon kritisch geäußert (**7 Ob 151/20m** [https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT\\_20200923\\_OGH0002\\_00700B00151\\_20M0000\\_000](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIT_20200923_OGH0002_00700B00151_20M0000_000)).

**Damit hat die WHO offen eingeräumt, dass das anlasslose PCR-Testen ganzer Bevölkerungsschichten ein falsches Bild zeichnet,** und dass mit „Inzidenzen“ mit unzuverlässigen und ungenauen Ergebnissen ungeprüft ganze Volkswirtschaften an die Wand gefahren werden. Man testet alles und jeden und das mit zu hinterfragenden Interpretationen der gewonnen Ergebnisse.

Nun betrachtet die WHO diese hohen Amplifikationswerte kritisch und empfiehlt, die Einzelfälle genauer anzusehen **und das klinische Bild der positiv Getesteten** mit einzubeziehen – also: Haben sie Symptome? Waren sie in Kontakt mit Infizierten? Gibt es Anhaltspunkte für eine echte Infektion? Und wenn der Getestete keinen Hinweis auf eine echte liefert Infektion, sollte man eben lieber nach kurzer Zeit neu testen, am besten mit einem anderen Testverfahren.

Diese Handlungsempfehlung kann auch als ein Schritt in Richtung mehr evidenzbasierten Handelns betrachtet werden. Schließlich waren die wissenschaftlichen Kontroversen bislang medial kaum gehört, aber sehr tiefgreifend:

## d. Corman-Drosten Review Report

Zur Vervollständigung der Argumentationsgrundlage wird nunmehr eingehender auf das oben Dargelegte eingegangen. Es handelt sich um zwei wissenschaftliche Abhandlungen, die sich mit dem Wesen und dem Wirken des derzeit verwendeten PCR-Test-Designs, gleichsam der „Bauanleitung“ für praktisch alle in Österreich verwendeten PCR-Testdesigns, befasst.

Ein internationales Team aus 22 renommierten Wissenschaftlern hat den am 27. November 2020 veröffentlichten „**Corman-Drosten Review Report**“<sup>81</sup>, den vom Virologen *Dr. Drosten* (mit)entwickelten PCR-Test für SARS-CoV-2 und die diesbezügliche Publikation einer **wissenschaftlichen Prüfung unterzogen und ist zu einem vernichtenden Urteil gekommen: Der Test sei unbrauchbar und für Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Infektion ungeeignet.**

Zu den kritisch hinterfragenden Wissenschaftlern gehören unter anderem *Michael Yeadon* (früherer Forschungsleiter von Pfizer), *Kevin McKernan* (Genetiker und Inhaber mehrerer Patente im Bereich der PCR-Diagnostik), *Pieter Borger* (Molekulargenetiker), *Fabio Franchi* (Spezialist für Infektionskrankheiten und Präventionsmedizin), *Makoto Ohashi* (Mikrobiologe und Immunologe) und *Ulrike Kämmerer* (Zellbiologin).

---

<sup>81</sup> 1) Dr. Pieter Borger (MSc, PhD), Molecular Genetics, W+W Research Associate, Lörrach, Germany; 2) Rajesh Kumar Malhotra (Artist Alias: Bobby Rajesh Malhotra), Former 3D Artist / Scientific Visualizations at CeMM - Center for Molecular Medicine of the Austrian Academy of Sciences (2019-2020), University for Applied Arts - Department for Digital Arts Vienna, Austria; 3) Dr. Michael Yeadon BSc(Hons) Biochem Tox U Surrey, PhD Pharmacology U Surrey. Managing Director, Yeadon Consulting Ltd, former Pfizer Chief Scientist, United Kingdom; 4) Dr. Clare Craig MA, (Cantab) BM, BCh (Oxon), FRCPath, United Kingdom; 5) Kevin McKernan, BS Emory University, Chief Scientific Officer, founder Medical Genomics, engineered the sequencing pipeline at WIBR/MIT for the Human Genome Project, Invented and developed the SOLiD sequencer, awarded patents related to PCR, DNA Isolation and Sequencing, USA; 6) Prof. Dr. Klaus Steger, Department of Urology, Pediatric Urology and Andrology, Molecular Andrology, Biomedical Research Center of the Justus Liebig University, Giessen, Germany; 7) Dr. Paul McSheehy (BSc, PhD), Biochemist & Industry Pharmacologist, Loerrach, Germany; 8) Dr. Lidiya Angelova, MSc in Biology, PhD in Microbiology, Former researcher at the National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), Maryland, USA; 9) Dr. Fabio Franchi, Former Dirigente Medico (M.D) in an Infectious Disease Ward, specialized in "Infectious Diseases" and "Hygiene and Preventive Medicine", Società Scientifica per il Principio di Precauzione (SSPP), Italy; 10) Dr. med. Thomas Binder, Internist and Cardiologist (FMH), Switzerland; 11) Prof. Dr. med. Henrik Ullrich, specialist Diagnostic Radiology, Chief Medical Doctor at the Center for Radiology of Collm Oschatz-Hospital, Germany; 12) Prof. Dr. Makoto Ohashi, Professor emeritus, PhD in Microbiology and Immunology, Tokushima University, Japan; 13) Dr. Stefano Scoglio, B.Sc. Ph.D., Microbiologist, Nutritionist, Italy; 14) Dr. Marjolein Doesburg-van Kleffens (MSc, PhD), specialist in Laboratory Medicine (clinical chemistry), Maasziekenhuis Pantein, Beugen, The Netherlands; 15) Dr. Dorothea Gilbert (MSc, PhD), PhD Environmental Chemistry and Toxicology. DGI Consulting Services, Oslo, Norway; 16) Dr. Rainer J. Klement, PhD. Department of Radiation Oncology, Leopoldina Hospital Schweinfurt, Germany; 17) Dr. Ruth Schrufer, PhD, human genetics/immunology, Munich, Germany; 18) Dr. Berber W. Pieksma, General Practitioner, The Netherlands; 19) Dr. med. Jan Bonte (GJ), Consultant Neurologist, The Netherlands; 20) Dr. Bruno H. Dalle Carbonare (Molecular biologist), IP specialist, BDC Basel, Switzerland; 21) Dr. Kevin P. Corbett, MSc Nursing (Kings College London) PhD (London South Bank) Social Sciences (Science & Technology Studies) London, England, United Kingdom; 22) Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, specialist in Virology / Immunology / Human Biology / Cell Biology, University Hospital Würzburg, Germany, Review report Corman-Drosten et al. Eurosurveillance 2020, 27.11.2020, <https://cormandrostenreview.com/report/>

Im Original heißt es in der Zusammenfassung:

***„the SARS-CoV-2 PCR test is useless“ sowie „the test unsuitable as a specific diagnostic tool to identify the SARS-CoV-2 virus and make inferences about the presence of an infection“.***

Ansgar Neuhoff fasste am 2. Dezember 2020 die Publikation wie folgt zusammen<sup>82</sup>:

*„[...] Die weltweite Verwendung dieses Tests beruht auf einer Veröffentlichung von Victor Corman, Christian Drosten und anderen Autoren mit dem Titel „Detection of 1919 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR“ in der Zeitschrift Eurosurveillance am 23.01.2020. Die Veröffentlichung wird daher auch Corman/Drosten-Papier genannt. Darin stellen die Autoren einen diagnostischen Arbeitsablauf und ein realTime-qPCR-Protokoll für den labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 vor. Die Wissenschaftler, die das Corman/Drosten-Papier geprüft haben, kommen zu folgender Bewertung: „Weder der präsentierte Test noch das Manuskript selbst erfüllen die Anforderungen für eine akzeptable wissenschaftliche Publikation.“ [im Original: „Neither the presented test nor the manuscript itself fulfils the requirements for an acceptable scientific publication.“].*

Nach eigenen Angaben haben die Wissenschaftler eine Punkt-für-Punkt-Überprüfung des Corman/Drosten-Papiers durchgeführt und dabei alle Komponenten des vorgestellten Testdesigns überprüft, die RT-qPCR-Protokollempfehlungen bewertet und die Parameter mit der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema verglichen.

**Im Ergebnis fordern die Wissenschaftler die Zeitschrift Eurosurveillance auf, die Corman/Drosten-Veröffentlichung aufgrund zahlreicher wissenschaftlicher und technischer Fehler zurückzuziehen. Vorwurf: fehlerhaftes Testdesign, fehlende Standardisierung und mangelnde Validierung.**

Die Wissenschaftler kritisieren insbesondere folgende Punkte:

- ein vages und fehlerhaftes Testdesign,
- ein unzureichendes Primerdesign (z.B. ungenaue Basenzusammensetzung, fehlerhafter GC-Gehalt),
- eine zu hohe Anbindungstemperatur (wodurch auch andere Gensequenzen als die von SARS-CoV-2 erfasst werden können),
- ein problematisches und ungenügendes RT-qPCR-Protokoll,
- eine fehlende Standardisierung,

---

<sup>82</sup> Ansgar Neuhof, Corona-Politik: Grundlegende PCR-Test-Studie auf Treibsand gebaut?, 02.12.2020, [https://www.achgut.com/artikel/corona\\_politik\\_grundlegende\\_pcr\\_test\\_studie\\_auf\\_treibsand\\_gebaut](https://www.achgut.com/artikel/corona_politik_grundlegende_pcr_test_studie_auf_treibsand_gebaut)

- keine Erläuterung, welche Kriterien ein positives oder negatives Testergebnis definieren,
- das Weglassen eines ct-Werts,
- die unterbliebene Validierung auf molekularer Ebene,
- das Fehlen einer Positivkontrolle zur Bewertung der Spezifität,
- das Fehlen einer Negativkontrolle zum Ausschluss anderer Coronaviren.

Das erste und größte Problem ist, dass das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (in der Publikation als 2019-nCoV und im Februar 2020 von einem internationalen Konsortium von Virusexperten als SARS-CoV-2 bezeichnet) auf in silico Sequenzen basiert, die von einem Labor in China geliefert wurden (*Corman/Drosten* aaO), weil den Autoren zum damaligen Zeitpunkt weder Kontrollmaterial von infektiösem („live“) oder inaktiviertem SARS-CoV-2, noch isolierte genomische RNA des Virus zur Verfügung stand. **Bis heute wurde von der Autorenschaft keine Validierung anhand von isolierten SARS-CoV-2-Viren oder deren Vollängen-RNA durchgeführt** (s.o.).

Darüber hinaus sind die Primer und Sonden in Drostens Protokoll unvollständig und unspezifisch; die Primerkonzentrationen sind vier- bis fünfmal zu hoch; der GC-Gehalt (Verbindungsstärke) ist viel zu niedrig; die Annealing Temperaturdifferenz bei Primerpaaren ist bis zu fünfmal zu hoch; die PCR-Produkte wurden nicht auf molekularer Ebene validiert, was den Test als spezifisches Diagnoseinstrument zur Identifizierung von SARS-CoV-2 unbrauchbar macht; und – da das Protokoll nur einen Tag nach seiner Einreichung bei Eurosurveillance zur Veröffentlichung angenommen wurde – wurde es offensichtlich nie einer sinnvollen Peer-Review unterzogen.

Im **Juni 2020** wurde eine von Fachleuten begutachtete Studie veröffentlicht, in der die Genauigkeit der COVID-19 PCR-Testprotokolle auf der von der WHO empfohlenen kurzen Liste verglichen wurde. Das von der CDC entwickelte PCR-Protokoll (das N2 US CDC Protokoll)<sup>83</sup> – ebenfalls basierend auf von China gelieferten in silico Genomsequenzen – schnitt dabei kaum besser ab als das *Corman-Drosten*-Protokoll:

**Sowohl das *Corman-Drosten*- als auch das N2 US CDC-Protokoll waren bei allen Proben positiv, auch bei negativen Proben und Negativkontrollen (Wasser)**<sup>84</sup>. Zusammen machen diese beiden PCR-Protokolle die überwiegende Mehrheit der weltweit durchgeführten COVID-19-PCR-Tests aus<sup>85</sup>. Beide stützen sich auf in silico Sequenzen aus

---

<sup>83</sup> Centers for Disease Control and Prevention Division of Viral Diseases, *CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel*, 4.02.2020, <http://web.archive.org/web/20200227050956/https://www.fda.gov/media/134922/download>

<sup>84</sup> *Sibyle Etievant et al.*, Performance Assessment of SARS-CoV-2 PCR Assays Developed by WHO Referral Laboratories. *J Clin Med* Vol. 9(6), 16.06.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7355678/>

<sup>85</sup> WHO, *Summary table of available protocols in this document*, <http://web.archive.org/web/20200909015002/https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whoinhouseassays.pdf>

China, und beide produzieren sehr ungenaue Ergebnisse, da sie für alle Proben, einschließlich negativer Proben und einfachem Wasser, positiv testen.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO und anderer Gesundheitsbehörden haben daher unzählige Labore massenhaft PCR-Tests auf das SARS-CoV-2 Virus durchgeführt<sup>86</sup>.

**Zuletzt kritisieren die Wissenschaftler auch noch die starken Interessenkonflikte bei den Autoren des Corman/Drosten-Papiers**, die zum Teil gar nicht, zum Teil erst nach einem halben Jahr offengelegt wurden. Der Mitautor *Olfert Landt* ist der Gesellschafter-Geschäftsführer der TIB-Molbiol GmbH, des Unternehmens, das als erstes PCR-Test-Kits auf Basis des *Corman/Drosten*-Papiers herstellte und diese millionenfach vertreibt und noch mehr Millionen dafür erhält. Der Unternehmer *Landt* hat sich also (quasi) selbst die wissenschaftliche Weihe für seine Produkte verliehen. *Landt* ist seit 17 Jahren eng mit *Prof. Drosten* verbunden und profitiert von dessen steuerzahlerfinanzierten Arbeiten an der Berliner Charité. **Seit 2003 sind sie den nachfolgend aufgeführten Viren mit ihren Tests immer als erste begegnet: SARS-CoV (2003), Vogelgrippe (2005), Schweinegrippe (2009), Chikungunya Virus (2009), MERS (2012), ZIKA (2016), Gelbfieber Brasilien (2017) und SARS-CoV 2 (2020).**

In einem **Addendum** zum Rückzugsantrag zeigen sie, dass auch unabhängige Forschungsgruppen (einige davon sogar mit *Corman* und/oder *Drosten* als Autor) wichtige Bedenken gegenüber dem ursprünglichen Manuskript und dem von der WHO verbreiteten PCR-Protokoll von *Corman et al.* vorgetragen haben<sup>87</sup>.

**17 von 20 der untersuchten Publikationen, die die Leistungsfähigkeit des PCR-Protokolls von Corman et al. in der Laboranwendung zum Inhalt hatten, thematisierten Probleme mit fehlerhaftem Primerdesign** (Mismatches, Dimerbildung, Schmelztemperatur) im SARS-CoV-2 spezifischen „Bestätigungstest“ namens RdRp-PCR für „RNA-abhängige RNA-Polymerase“ oder dem E-Gen-Assay.

Zu den in den Publikationen aufgezeigten Problemen gehören:

- dokumentierte Primer-Dimere und False-Positives in Nicht-Template-Kontrollen (NTCs),
- dokumentierte schlechte Sensitivität und False-Negatives im Vergleich zu anderen Assays,
- keine interne Kontrolle zur Normalisierung der Variabilität bei der Probenvorbereitung und deren Auswirkung auf die Abschätzung der Viruslast,

---

<sup>86</sup> WHO, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases*, 19.03.2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331501/WHO-COVID-19-laboratory-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>87</sup> Dr. Pieter Borger (MSc, PhD) et al, *Corman-Drosten Review Report*, 11.01.2021, <https://cormandrostenreview.com/addendum/>

- kein definiertes Ct, um Proben als “positive Fälle” zu bezeichnen,
- schlecht dokumentierte Positivkontrollen und Sequenzen, die in der Studie verwendet wurden.

Insbesondere die Kritik hinsichtlich der fehlenden Kontrollen wiegt schwer: Die Wissenschaftler zitieren mehrere Studien, die die Wichtigkeit interner Kontrollen bei der Beurteilung der Viruslast unterstreichen und **zugleich das Fehlen solch interner Kontrollen in der qPCR-Methode von Corman et al. kritisieren. Die internen Kontrollen sind erforderlich, um die Varianz der Abstrichproben zu normalisieren und sie sind entscheidend für die Interpretation der Viruslast. Im Corman PCR-Protokoll sind sie nicht vorhanden.**

Mehrere Wissenschaftler zeigten sich zudem irritiert hinsichtlich der von *Corman et al.* bereitgestellten Informationen in der Datenbank des National Center for Biotechnology Information (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), in der weltweit Test-Sequenzen erfasst werden. In den zur Verfügung gestellten Sequenzen fehlen zwei der Zielgen-Sequenzen des *Corman/Drosten*-Papiers. **Die einzigen Sequenzen, auf die im Manuskript verwiesen wird, sind aufgelistet (KC633203, KC633204, KC633201, GU190221, GU190222, GU190223) und keine dieser Sequenzen stimmt mit denen in der Studie angegeben N- und E-Gen-Primern überein. Dies stellt nicht nur ihre Validierung in Frage, sondern verhindert auch, dass andere Forscher die in *Corman et al.* vorgestellte Arbeit reproduzieren können.**

Angesichts dieser nach Einschätzung der 22 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern doch sehr deutlichen Ungereimten ist es umso erstaunlicher, dass der Review Prozess bei Eurosurveillance, dessen Herausgebergremium *Prof. Drosten* und eine Co-Autorin der Studie selbst angehören, in der **Rekord-Zeitspanne von maximal 27,5 Stunden** erfolgt ist. Möglicherweise ist das Papier aber sogar in lediglich 3,5 Stunden durchgewunken worden, wie eine Analyse des Einreichungsprozesses im Addendum zeigt. Verblüffend ist, dass das Journal nun für die Auseinandersetzung mit den Vorwürfen der Wissenschaftler zwei Monate benötigen will. Eine inhaltliche Antwort hatte das Magazin bis zum 31. Jänner 2021 in Aussicht gestellt.

Am 11. Jänner 2021 erhielten die Autoren eine Antwort:

*“Vielen Dank für Ihre E-Mail und Entschuldigung für die verspätete Antwort. Dies ist das erste Mal, dass sich Eurosurveillance zeitgleich mit kritischen Kommentaren zum wissenschaftlichen Inhalt, zur Bearbeitung der Artikel und zur redaktionellen Transparenz konfrontiert ist. Das Redaktionsteam untersucht die kritischen Kommentare rund um den Artikel von Corman et al., um diese vollständig beantworten*

zu können. Eurosurveillance wurde 1995 gegründet und wird seit 2007 vom Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten herausgegeben. Bis jetzt hat die Zeitschrift noch keine einzige veröffentlichte Arbeit zurückziehen müssen.“

**Wie schon erwähnt, basiert auf den nun in die Kritik geratenen wissenschaftlichen Darstellungen des sogenannten *Drosten*-Papers das massive, weltweite Testgeschehen, das Ursache für viele Quarantäneschicksale, Behandlungsprotokolle und Lockdownentscheidungen, mit ihren wirtschaftlichen und sozialen Folgen, nahezu aller der Regierungen auf der Welt ist.**

Die Autoren kommen im Addendum zum Schluss:

***„Wir sind der Meinung, dass die in diesem Addendum aufgeführten Referenzen den wissenschaftlichen Konsens in der Literatur bezüglich der Mängel der ursprünglichen PCR-Nachweismethode für SARs-CoV-2 auflisten, die von Corman et al. veröffentlicht wurde. Da mehrere wichtige Fehler in Fachzeitschriften mit Peer-Review veröffentlicht wurden, stellt das Fehlen einer Korrektur des ursprünglichen PCR-Protokolls entweder durch Eurosurveillance oder als Update im Charité-WHO-Protokoll die wissenschaftliche Integrität der Autoren von Corman et al. in Frage. Die Schnelligkeit des Peer-Reviews und die Interessenkonflikte sind sogar noch beunruhigender.“*** (Borger et al aaO)

Mittlerweile liegt mit **06. Februar 2021** eine Antwort von Eurosurveillance vor. Darin ist zu lesen, dass Eurosurveillance alles richtig gemacht habe, zwei – namentlich nicht näher genannte – Experten den Artikel von *Corman/Drosten* im Wege eines „fast-track“ Verfahrens einer „peer-review“ unterzogen hätten, womit – zusammengefasst – alle Formalerfordernisse erfüllt worden seien. Zudem wollte man im Dienst der öffentlichen Gesundheit handeln und einen Beitrag dafür leisten, dass Labore diesen neu aufgetretenen Virus entdecken könnten. Auf die massive inhaltliche Kritik ging man mit keinem Wort ein und veranlasste auch keine Überprüfung.

## **e. Sentinel-Programm**

Wieso der Ordnungsgeber angesichts dieser weitreichenden wissenschaftlichen Kritik nach wie vor an dem derart kritisierten PCR-Test-Design festhält, ist unerklärlich. **Es verwundert umso mehr, als das Instrument, um das gegenwärtige Gesundheitsgeschehen zuverlässig einzuschätzen, in Österreich längst existiert, nämlich im Bereich der Influenza-Überwachung: das Sentinel(a)-Programm.** Es ist nicht nachvollziehbar,

warum dieses nicht in viel stärkerem Maße auch für Corona genutzt wird, wenngleich es im Papier „*Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2*“ immerhin angesprochen wird (Ausweitung auf 185 niedergelassene Ärzte österreichweit) und auch Studien zu Screenings auf SARS-CoV-2-spezifische Antikörper in Aussicht gestellt werden<sup>88</sup>.

Das Influenza - Projekt „*Diagnostisches Influenzanezwerk Österreich (DINÖ)*“ erfasst stichprobenartig Influenza-Virus Infektionen in Österreich (das ist das sog. Sentinel-System). Diese Überwachung ermöglicht die zeitlich präzise Erfassung epidemischer Influenzavirusaktivität in Österreich. Zusätzlich erlauben die Ergebnisse der genauen Charakterisierung der zirkulierenden Influenzastämme – bereits während der Influenza Saison – eine Aussage über die Übereinstimmung der zirkulierenden Viren mit den in den Impfstoffen enthaltenen Viren. Ebenso kann auch frühzeitig die Zirkulation von Neuraminidasehemmer-resistenten Stämmen detektiert werden.

Im Rahmen dieses Projekts werden in der Zeit von November bis ca. März des Folgejahres österreichweit von ausgewählten Patienten mit akuten grippalen Infekten Nasen-Rachensekret Proben genommen, an das Zentrum für Virologie transportiert und dort auf das Vorhandensein von Influenzaviren untersucht. Dieser Nachweis erfolgt mittels Virusisolierung in Gewebekulturen und molekularbiologischen Methoden (PCR). Positive Proben werden weiteren Feinanalysen zur Identifizierung des Typs und Subtyps der zirkulierenden Virusstämme unterworfen.

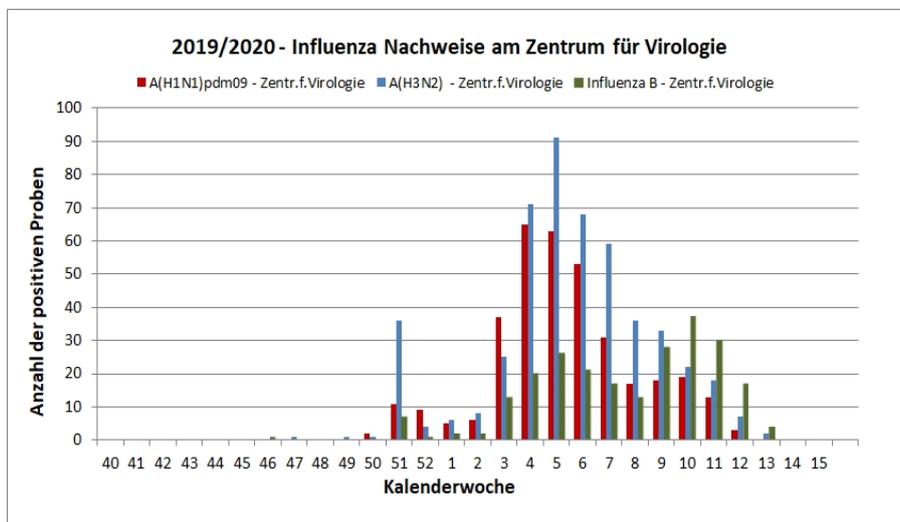
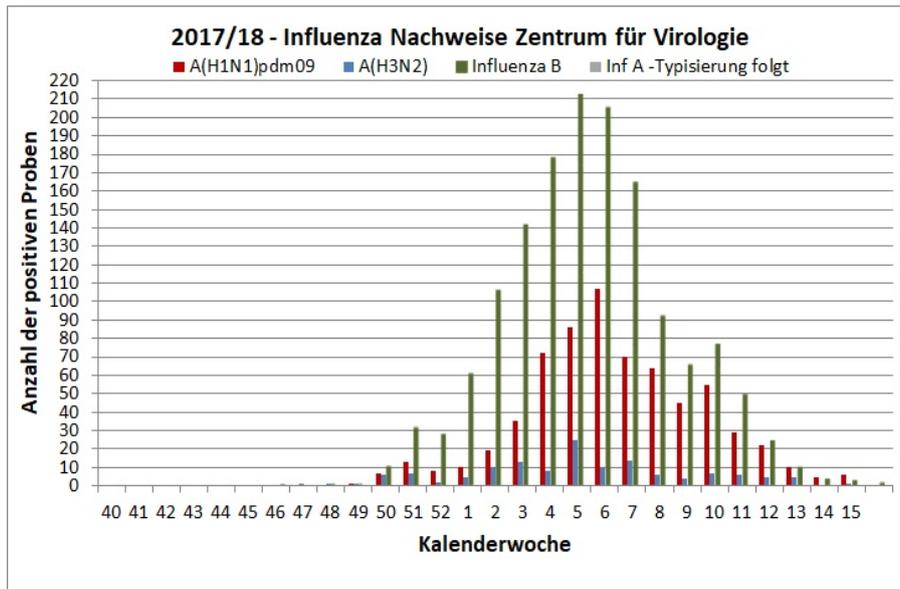
Die präsentierten wöchentlichen Zahlen entsprechen den – am **Zentrum für Virologie der Medizinischen Universität Wien** diagnostizierten – Influenza Virusinfektionen. Die untersuchten Proben stammen einerseits von wenigen ausgewählten niedergelassenen Ärzten in allen Bundesländern (Sentinel-System) sowie von hospitalisierten Patienten, vor allem im Raum Wien. **Es handelt sich somit um eine untersuchte Stichprobe**, die zwar österreichweit das Auftreten des Influenzavirus erfasst, aber nicht direkt das Ausmaß der Influenzawelle widerspiegelt.

## i. Saisonvergleich / grafische Darstellungen

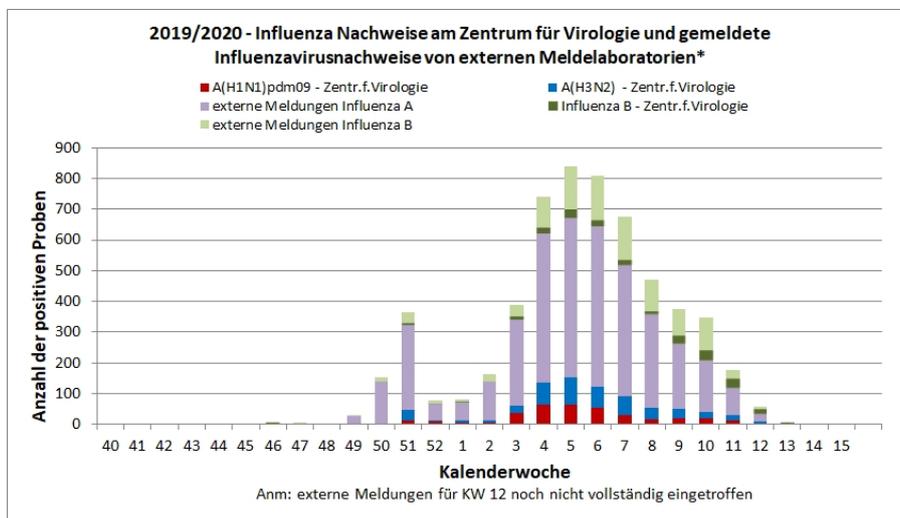
Vergleicht man nun die Saisonen 2018/2019, 2019/2020 mit der aktuellen Saison 2020/2021, ergibt sich ein bemerkenswertes Bild:

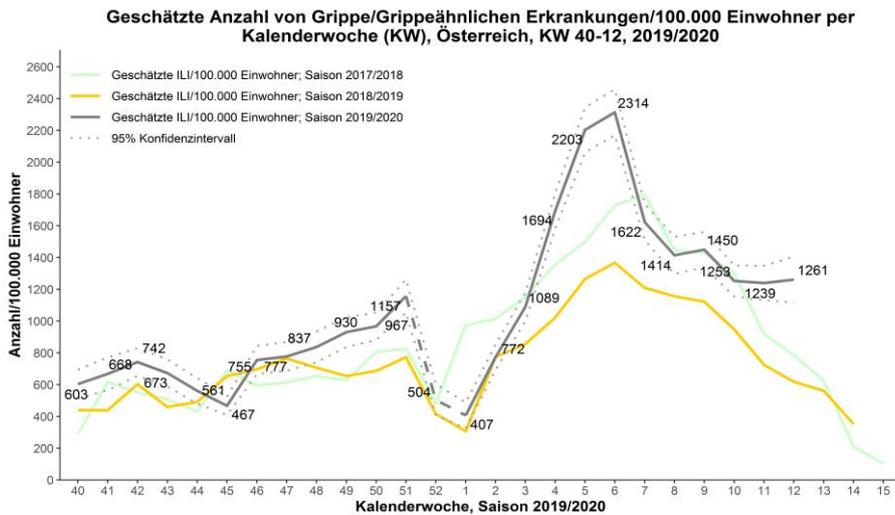
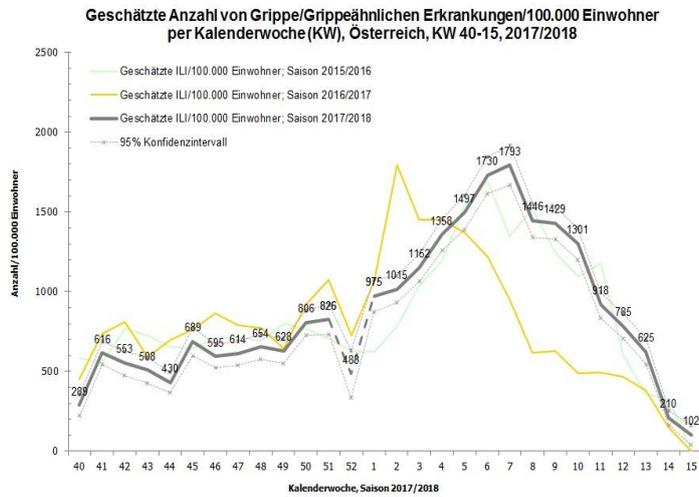
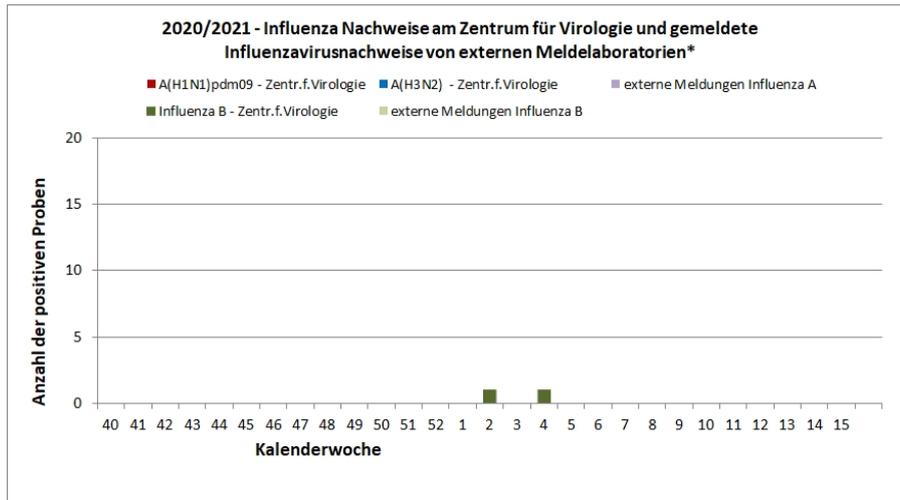
---

<sup>88</sup> BMSGPK, Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2, S 22, 17.12.2020, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6f6d7b10-0499-47f8-bf76-a93f521131ab/%C3%96sterr\\_Teststrategie\\_SARS-CoV-2\\_Update\\_20201216.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:6f6d7b10-0499-47f8-bf76-a93f521131ab/%C3%96sterr_Teststrategie_SARS-CoV-2_Update_20201216.pdf)

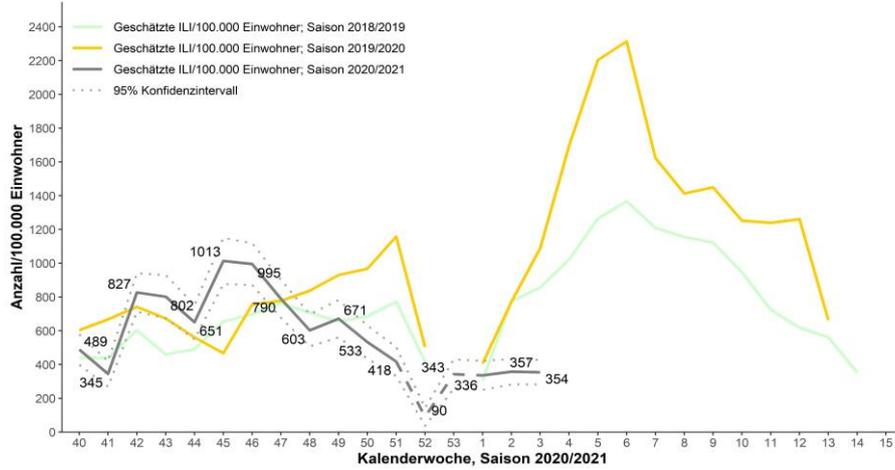


(eine entsprechende Grafik „Influenza Nachweise am Zentrum für Virologie“, war für die Saison 20/21 nicht auffindbar, Anm.)



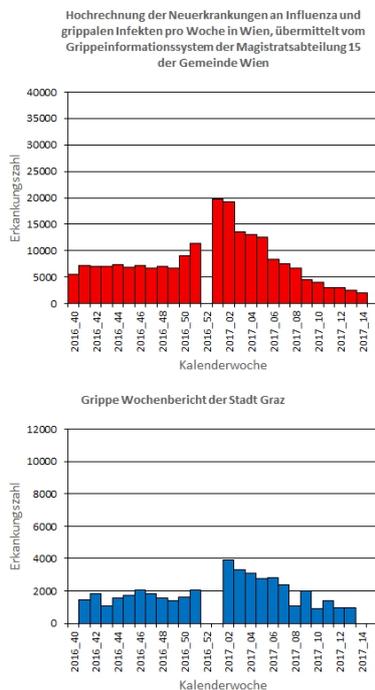


**Geschätzte Anzahl von Grippe/Grippeähnlichen Erkrankungen/100.000 Einwohner per Kalenderwoche (KW), Österreich, KW 40-03, 2020/2021**

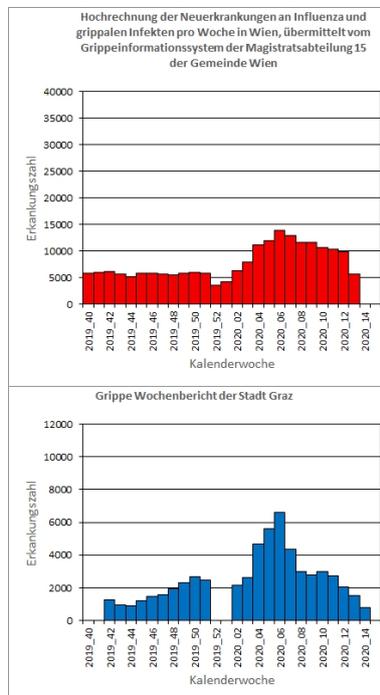


**Geschätzte Erkrankungszahlen an Influenza-ähnlichen Erkrankungen für den Großraum Wien und Graz** erhoben durch die Grippe-Informationssysteme des Magistrats 15 der Stadt Wien und der Abt. 7 der Stadt Graz:

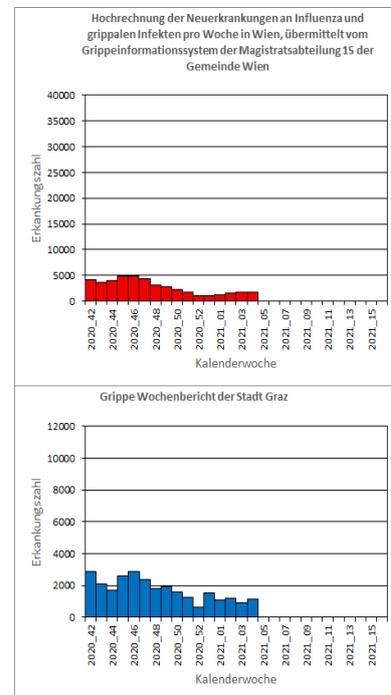
### Saison 2016/2017



### Saison 2019/2020



### Saison 2020/2021



Weitere Daten und Auswertungen finden sich auf der Homepage des **Zentrums für Virologie der Medizinischen Universität Wien**, und zwar im Besonderen für

- die Saison 2016/2017<sup>89</sup>
- die Saison 2017/2018<sup>90</sup>
- die Saison 2019/2020<sup>91</sup>
- die Saison 2020/2021<sup>92</sup>

Allein aus dieser grafischen Gegenüberstellung ergibt sich, dass Influenza in der Saison 2020/21 keine Relevanz hat. Jegliche Virusaktivität – mit Ausnahme von SARS-CoV2 – hat schlagartig mit der Saison 2019/2020 geendet.

Die AGES stellt in einer weiteren Grafik die Anzahl der Todesfälle pro Woche [der jeweiligen Saison] dar:

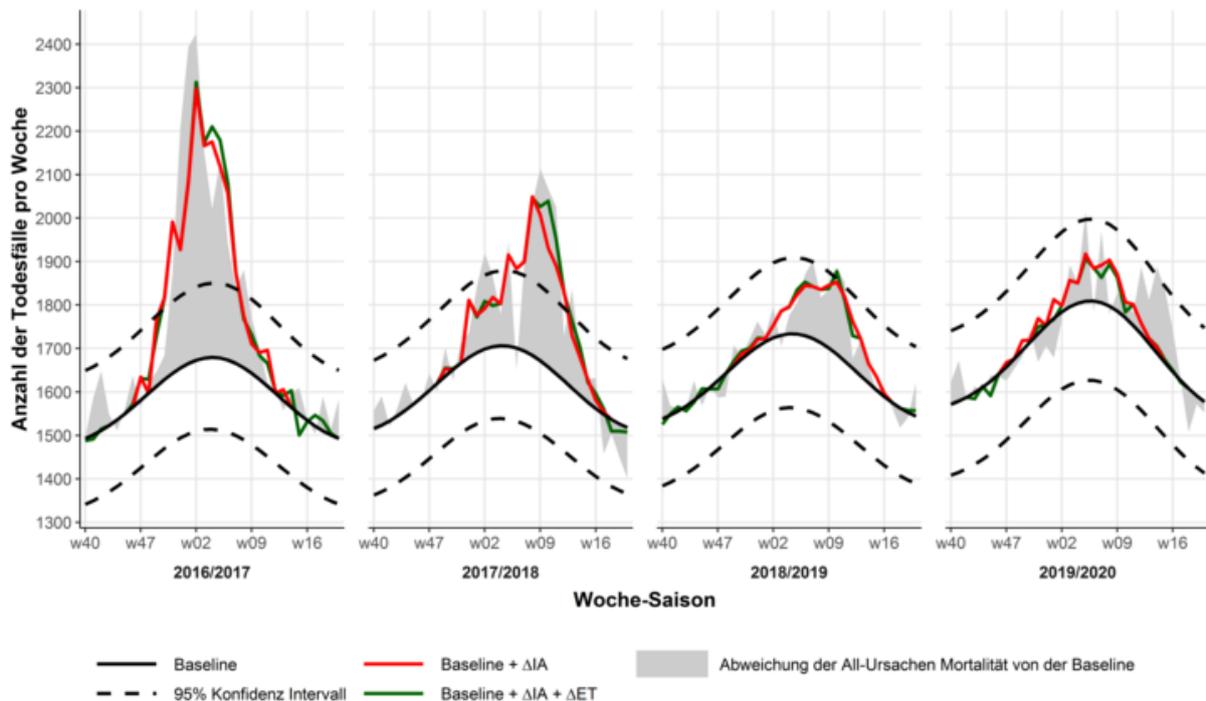
<sup>89</sup> DINÖ, Bericht Saison 2016/2017, <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/influenza-projekt-diagnostisches-influenznetzwerk-oesterreich-dinoe/vorhergehende-saisonen/saison-20162017/>

<sup>90</sup> DINÖ, Bericht Saison 2017/2018, <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/influenza-projekt-diagnostisches-influenznetzwerk-oesterreich-dinoe/vorhergehende-saisonen/saison-20172018/>

<sup>91</sup> DINÖ, Bericht Saison 2019/2020, <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/influenza-projekt-diagnostisches-influenznetzwerk-oesterreich-dinoe/vorhergehende-saisonen/saison-20192020/>

<sup>92</sup> DINÖ, Bericht Saison 2020/2021, <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/influenza-projekt-diagnostisches-influenznetzwerk-oesterreich-dinoe/aktuelle-saison-20202021/>

Abbildung 1: Erwartete All-Ursachen Sterblichkeit (d.h. Mortalität) mit 95 % Konfidenzintervall, KI (Baseline, schwarze Linie), Abweichung der All-Ursachen Mortalität von der Baseline (graue Fläche), geschätzter Effekt der saisonalen Influenza-Aktivität ( $\Delta IA$ , rote Linie), sowie geschätzter Effekt der Temperaturextremen ( $\Delta ET$ , grüne Linie) für die Saisonen 2016/2017-2019/2020 (Kalenderwoche [KW] 40-KW 20), Österreich.



## ii. Influenza-Jahresbericht Saison 2015/2016

Am Beginn der epidemiologischen Überwachung der Influenza, in der Kalenderwoche (KW) **40/2015**, war gemäß dem österreichischen klinischen Sentinella-Meldesystem die geschätzte Inzidenz von Grippe/Grippe-ähnlichen Krankheitsfällen (influenza like illness = ILI) **585,4 Fälle pro 100.000** Personen. Der Beginn der Influenzawelle wurde in **KW 4/2016** mit **1193,4 Fällen pro 100.000** ausgerufen. Sie erreichte ihren **Höhepunkt in KW 6/2016** mit **1694,8 Fällen pro 100.000** Personen, eine Woche früher als in der 2014/2015 Saison. Das virologische Sentinella-Überwachungssystem registrierte den Gipfel der Influenzawelle ebenfalls in KW 6/2016. Die wöchentliche Anzahl der Krankenstände wegen akuter respiratorischer Infektionen (ARI) pro 100.000 anspruchsberechtigter Versicherter bzw. Erwerbstätiger gipfelte in der KW 7/2016. Influenza B war der vorherrschende zirkulierende Virustyp, gefolgt von A(H1N1)pdm09. Die Influenza-Welle 2015/2016 erreichte auf ihrem Höhepunkt eine sogenannte typische Aktivität<sup>93</sup>.

<sup>93</sup> AGES et al, Nationale Referenzzentrale für Influenza - Epidemiologiejahresbericht Saison 2015/2016, [https://www.ages.at/download/0/0/0bb0ace24186eae3e96290c256cca9b10a1599e7/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger\\_Dateien/Influenza/Saison\\_2016\\_17/influenza\\_jahresbericht\\_2015\\_2016neu.pdf](https://www.ages.at/download/0/0/0bb0ace24186eae3e96290c256cca9b10a1599e7/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Influenza/Saison_2016_17/influenza_jahresbericht_2015_2016neu.pdf)

### iii. Influenza-Jahresbericht Saison 2016/2017

Gemäß der saisonalen, klinischen Sentinella-Surveillance der Influenza in Österreich wurde zu Beginn der Meldungen von Grippe/Grippe-ähnlichen Krankheitsfällen (Influenza like Illness) in Kalenderwoche (KW) **40/2016**, eine Inzidenz von **449,1 Fälle/100.000** Einwohner geschätzt. In **KW 2/2017** erreichte die Grippesaison 2016/2017 mit **1795 Fällen/100.000 Einwohner** ihren Höhepunkt, vier Wochen früher als in der 2015/2016 Saison und sieben Wochen später als in der 2009/2010-(Pandemie) Saison. Die Altersgruppe 0-4 Jahre war wie üblich am stärksten betroffen. Das virologische Sentinella-Surveillance-system registrierte den Gipfel der Influenzavirusaktivität ebenfalls in KW 2/2017. Der vorherrschende zirkulierende Virustyp war Influenza A/H3N2. Die Influenza-Saison 2016/2017 präsentierte sich in 20 der 24 Surveillance-Wochen mit endemischer Aktivität, in einer Woche mit moderater, in zwei Wochen mit typischer und in einer Woche mit hoher Aktivität<sup>94</sup>.

### iv. Influenza-Jahresbericht Saison 2017/2018

Gemäß der saisonalen, klinischen Sentinella-Surveillance der Influenza in Österreich wurde für Kalenderwoche (KW) **40/2017**, mit Beginn der Meldungen von Grippe/Grippe-ähnlichen Krankheitsfällen (influenza-like illness; ILI), eine Inzidenz von **289 Fälle/100.000** Einwohner geschätzt. In **KW 7/2018** erreichte die Inzidenz der Grippe/Grippe-ähnlichen Krankheiten mit **1.793 Fällen/100.000** Einwohner ihren Höhepunkt, fünf Wochen später als in der 2016/2017 Saison und zwölf Wochen später im Vergleich zur 2009/2010-(Pandemie-)Saison. Die Influenza-Saison 2017/2018 präsentierte sich in 17 der 25 Surveillance-Wochen mit endemischer Aktivität, in drei Wochen mit moderater, und in fünf Wochen mit typischer Aktivität. Die Altersgruppe 0-4 Jahre war wie üblich am stärksten betroffen. Das virologische Sentinella-Surveillance-system (Diagnostisches Influenza Netzwerk Österreich; DINÖ) registrierte höchste Positivraten in den Kalenderwochen KW 3 (66%; 61/93 Proben), KW 4 (73%; 69/95) und KW 5, 2018 (59%; 60/102). Der vorherrschende zirkulierende Virustyp war Influenza B gefolgt von Influenza Subtyp A/H1N1pdm09<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> AGES et al, Nationale Referenzzentrale für Influenza - EpidemiologieJahresbericht Saison 2016/2017, [https://www.ages.at/download/0/0/b000d4e74742d2aaf775d842ae5d57eef4307834/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger\\_Dateien/Influenza/influenza\\_jahresbericht\\_2016\\_2017.pdf](https://www.ages.at/download/0/0/b000d4e74742d2aaf775d842ae5d57eef4307834/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Influenza/influenza_jahresbericht_2016_2017.pdf)

<sup>95</sup> AGES et al, Nationale Referenzzentrale für Influenza - EpidemiologieJahresbericht Saison 2017/2018, [https://www.ages.at/download/0/0/5b8a8e6c0b5cb539c65a072b36bfef6491cac9e3/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger\\_Dateien/Influenza/Nationale\\_Referenzzentrale\\_f%C3%BCr\\_Influenza-Epidemiologie.pdf](https://www.ages.at/download/0/0/5b8a8e6c0b5cb539c65a072b36bfef6491cac9e3/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Influenza/Nationale_Referenzzentrale_f%C3%BCr_Influenza-Epidemiologie.pdf)

## v. Influenza-Jahresbericht Saison 2018/2019

Das österreichische klinische (ILI)-Sentinel-Überwachungssystem registrierte zu Beginn der epidemiologischen Überwachung der Influenzasaison 2018/2019 in **Kalenderwoche 40, 2018** eine Inzidenz von **439,5 Fällen** von Grippe-ähnlicher Krankheit (influenza like illness = ILI) **pro 100.000** Personen, von KW 42 bis KW 50 zeigte die **ILI-Inzidenz** einen wöchentlichen Durchschnittswert von **635,1/100.000** Personen (min.: 460/100.000; max.: 764/100.000). Der Grippewelle-Höhepunkt wurde in Kalenderwoche 6/2019 durch das klinische Sentinel-Überwachungssystem und in den KW 6, 7 und 8/2019 durch das virologische Überwachungssystem festgestellt. Die Altersgruppe 0-4 Jahre war wie üblich am stärksten betroffen. Die wöchentliche Anzahl der Krankenstände wegen akuter respiratorischer Infektionen pro 100.000 anspruchsberechtigte Versicherte bzw. Erwerbstätige erreichte ebenfalls in der Kalenderwoche 6 ihren Höhepunkt. Der vorherrschende zirkulierende Virustyp war Influenza A/H1N1pdm09. Ab KW 11/2019 dominierte dann die Influenza A/H3N2. Beginn der Überwachung der Influenza 2018/2019 in KW 40 wurde eine ILI-Inzidenz von 439,5 Fällen per 100.000 Personen registriert; von KW 42 bis KW 50 zeigte die ILI-Inzidenz einen wöchentlichen Durchschnittswert von 635,1/100.000 Personen (min.: 460/100.000; max.: 764/100.000). **Die Influenza-Saison 2018/2019 erreichte moderate Aktivität in drei der 27 Surveillance-Wochen der 2018/2019 Saison**<sup>96</sup>.

## vi. SARS CoV-2 Saison 2020/2021; nachträgliche Änderung der Zahlen

Aus den (nachfolgend dargestellten) harten Daten wie Hospitalisierungen, Belegungen der Intensivstation und Todesfällen lässt sich eindeutig erkennen, dass der Höhepunkt der zweiten Welle in Österreich Anfang November 2020 überschritten wurde. Vergleicht man die Zahlen mit vorangegangenen Jahren, kann festgehalten werden: **„Die Kurve verhält sich lehrbuchhaft.“**

Belegt kann dies mit Daten von „Our World in Data“ werden. Mittlerweile wurde offenbar die Daten teilweise gelöscht, zurückgezogen und nachträglich geändert, denn die Grafik mit dem Anteil der positiven Testergebnisse endet mit KW 4/2021 nun am 1. Jänner 2021 und nicht wie noch in der Vorwoche (KW 3/2021) am 19. Jänner 2021. 18 Tage sind „verschwunden“, wie hier im Vergleich der Screenshots zu sehen ist:

---

<sup>96</sup> BMASGK, Influenza – Jahresbericht 2018/2019, [https://www.ages.at/download/0/0/1d4512e786a8fffb4ea322da25fccb7aec13da91/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger\\_Dateien/Influenza/nationale\\_referenzzentrale\\_fuer\\_influenza-epidemiologie\\_2018.pdf](https://www.ages.at/download/0/0/1d4512e786a8fffb4ea322da25fccb7aec13da91/fileadmin/AGES2015/Themen/Krankheitserreger_Dateien/Influenza/nationale_referenzzentrale_fuer_influenza-epidemiologie_2018.pdf)

The share of daily COVID-19 tests that are positive  
Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases divided by the number of tests, expressed as a percentage. Tests may refer to the number of tests performed or the number of people tested - depending on which is reported by the particular country.



The share of daily COVID-19 tests that are positive  
Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases divided by the number of tests, expressed as a percentage. Tests may refer to the number of tests performed or the number of people tested - depending on which is reported by the particular country.



Was hat sich geändert? Die Umstellung auf die Antigentests bei der so genannten Massentestung hat zur Erhöhung der Akzeptanz das Versprechen nötig gemacht, dass im Falle eines positiven Ergebnisses noch mit einem PCR-Test nachkontrolliert wird. **Dabei stellte sich heraus, dass selbst bei den verwendeten recht genauen Antigentests noch 50 bis 80% falsch-positive Ergebnisse auftraten. Durch zwei Testungen mit unterschiedlichen Methoden, konnte man diese falsch-positiven bis auf etwa 3 bis 5% reduzieren. Die Positivenrate fiel in den Keller.** Offenbar wollte das der belangten Behörde nicht, da sich in diesem Fall das Pandemieszenario und damit die „Richtigkeit“ ihrer Maßnahmen nicht aufrecht erhalten ließen. Allenfalls gibt es eine andere Erklärung, doch hätte jedenfalls auf diesen Umstand reagiert werden müssen, etwa durch unverzügliche Lockerungen. Das ist offenkundig unterblieben.

Hierzu muss auf die veröffentlichte Empfehlung der WHO vom 20.01.2020 hingewiesen werden. Näheres dazu unter **F. IV. 3. lit c** „Sinneswandel der WHO“. (S.59)

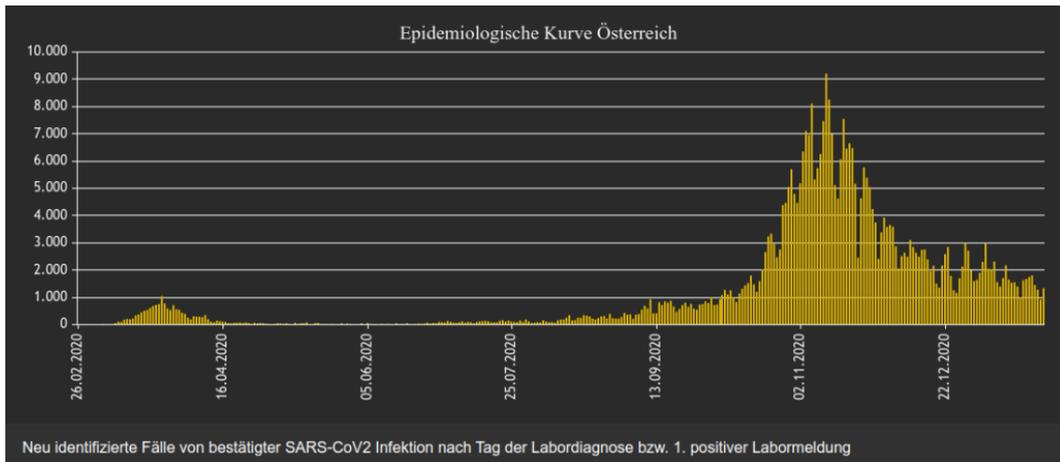
Wenn man also Personen ohne Symptome testet – und genau das geschah und geschieht bei den Massentests – so sollte man nachtesten. Das geschieht in Österreich erst seit der Einführung der Antigentests und damit ist die Positivrate auf einem Wert vom Sommer 2020 gefallen. Das ist die Bestätigung dafür, dass die zweite Welle mit Anfang November 2020 ausgelaufen ist. Hier der Vergleich:



Dabei ist aber eines zu bedenken: Gemeldet werden alle positiven Testergebnisse, auch wenn sie privat durchgeführt werden. Die Zahl der privaten Tests und solche von Firmen, Sportvereinen und anderen wird aber im negativen Fall nicht erfasst und diese Zahl ist seit dem Sommer mindestens so hoch wie jene der offiziell behördlich durchgeführten. **Das heißt: Österreich hat einen Anteil von positiven Testergebnissen von höchstens 0,2%.**

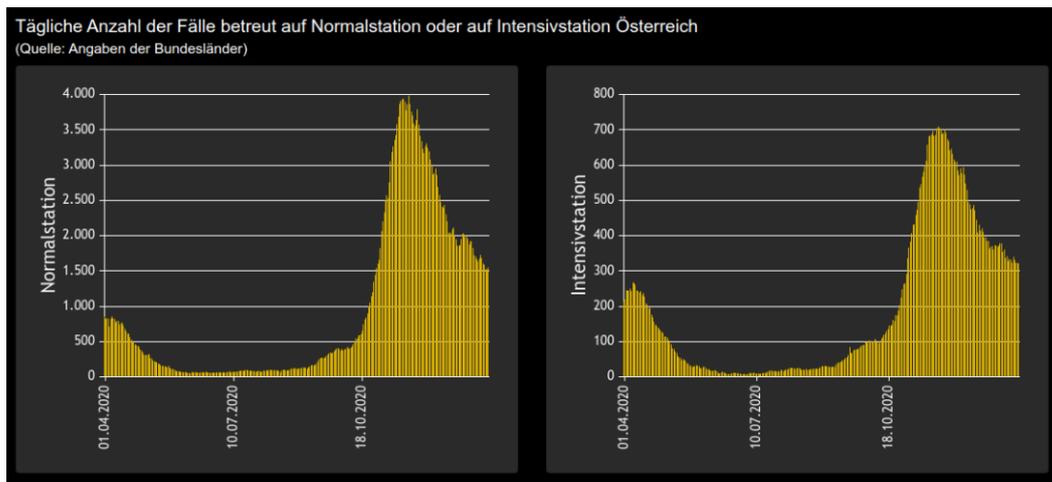
Der Höhepunkt der zweiten Welle kann mit Anfang November 2020 angesetzt werden:

Das zeigen die offiziellen Grafiken aus dem Dashboard der AGES. Nachfolgend zunächst die sogenannte „epidemiologische“ Kurve, in die die „bestätigten Fälle“, korrekt: „positiv getesteten Fälle“, eingetragen werden.

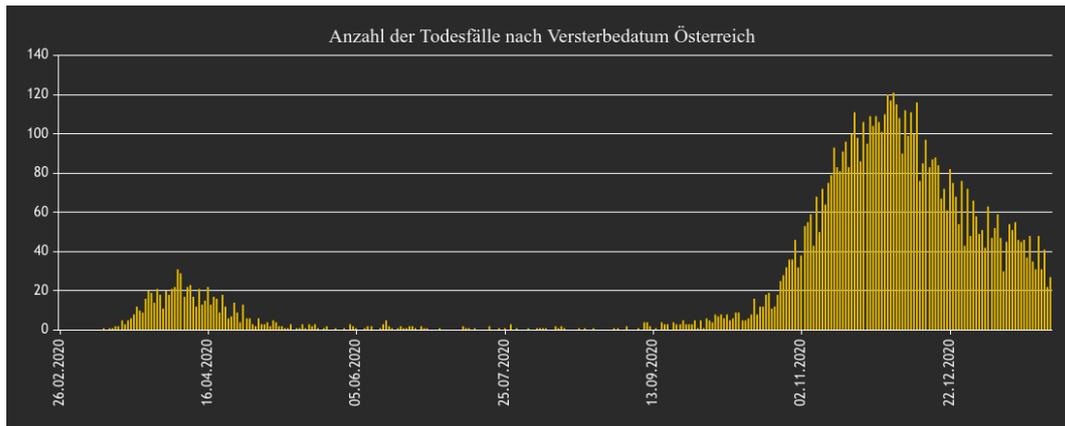


Aus dieser Grafik kann der Höhepunkt am 11. November 2020 entnommen werden. Mit Meldeverzug und den 2 bis 5 Tagen, bevor nach einer Infektion das Virus überhaupt nachweisbar ist, kann man also annehmen, dass der Höhepunkt der Infektionen Anfang November 2020 etwa zeitgleich mit dem 2. Lockdown überschritten wurde.

Nachfolgend die AGES Chart über Hospitalisierungen (links) und Intensivstation (rechts).



Wir sehen, dass der Höhepunkt der Hospitalisierungen ungefähr am 20. November 2020 und der Höhepunkt der Belegung der Intensivstationen am 25. November 2020 überschritten wurde. Das passt gut mit dem Überschreiten des Höhepunktes Anfang November 2020 überein. Auch der Höhepunkt der an und mit echten und vermuteten Covid-19 Verstorbenen am 3. Dezember 2020 passt ins Bild.



Es stellt sich an dieser Stelle die Frage der Verhältnismäßigkeit der getroffenen Maßnahmen, wie etwa Kontaktbeschränkungen, Ausgangssperren, etc. Weiters ist die Frage nach den „verschwundenen“ Daten des Zeitraumes 01. Jänner 2021 bis 18. Jänner 2021 zu stellen.

**All diese Umstände sind bei der Ableitung darauf basierender Entscheidungen des Verordnungsgebers, mithin bei der Frage der Angemessenheit der Maßnahmen, zu berücksichtigen. Dies hat zur Folge, dass die einschränkenden Maßnahmen zumindest in ihrem Umfang und in diversen Ausprägungen nicht zu rechtfertigen sind.**

## f. Die Antigen-Schnelltests

Zum Geleit: Die belangte Behörde schreibt in ihrem *Papier* „Antigen-Tests im Rahmen der Österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2“, Stand: 03.12.2020:

*„Neben dem PCR-Test besteht mit dem Antigen-Test eine weitere Möglichkeit eines direkten Erregernachweises. Im Unterschied zu PCR- oder LAMP-Tests wird bei Antigen-Tests innerhalb kurzer Zeit (15 bis 20 Minuten) nicht das Erbgut des Virus nachgewiesen, sondern dessen Protein bzw. Proteinhülle (i.e. Antigen). Damit ergibt sich eine weitere Testoption für den Nachweis von SARS-CoV-2-Infektionen welche ihre Vorteile vor allem in der Möglichkeit der Anwendung ausserhalb eines Laborsettings sowie in der Geschwindigkeit in der ein Ergebnis vorliegt und der vergleichsweise geringen Kosten hat. **Am verlässlichsten sind Anti-gen-Tests bei Personen mit einer hohen Viruslast, von präsymptomatisch bis zu 5 Tagen nach Auftreten der Symptome.**“<sup>97</sup>*

<sup>97</sup> BMSGPK, Antigen-Tests im Rahmen der Österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2, 17.12.2020, S 6,, [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:8a36edb1-8f3c-494b-90ec-ed669fe2f99f/201216\\_Antigen-Tests%20im%20Rahmen%20der%20%C3%96sterreichischen%20Teststrategie%20SARS-CoV-2.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:8a36edb1-8f3c-494b-90ec-ed669fe2f99f/201216_Antigen-Tests%20im%20Rahmen%20der%20%C3%96sterreichischen%20Teststrategie%20SARS-CoV-2.pdf)

- PCR- und Antikörper-Tests weisen das Erbmateriale des Virus nach, **Antigentests durchsuchen den Abstrich nach Eiweiß-Fragmenten des Virus.**
- Die **Sensitivität** gibt an, wie zuverlässig eine Infektion erkannt wird.
- Die **Spezifität** der Tests gibt an, in wie viel Prozent aller Fälle der Test richtig liegen muss.
- Bei dem Test handelt es sich um ein **Medizinprodukt**. Der Test darf laut Zulassung **nur von Fachpersonal** durchgeführt werden. Die Abnahme der Probe darf nur von einem Arzt durchgeführt werden. Die Durchführung durch Laien ist potentiell fehlerbehaftet.
- Die **Ungenauigkeit von 2 bis 20 % ist sehr hoch**. Wenn Tests von Laien und Kindern durchgeführt werden, potenziert sich die Ungenauigkeit, sodass die Ergebnisse nicht relevant sind.

Die österreichische Bundesregierung präsentierte am 20. November 2020 die Teststrategie für freiwillige Massentestungen mit Antigen-Tests (die noch unzuverlässiger als PCR-Tests sind). Als Kooperationspartner wurde unter anderem die Firma Roche Diagnostics angegeben. Der klinische Evaluierungsprozess dieser Tests (SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Kit) ist in einem Preprint Paper auch online verfügbar (siehe Beweisanbot). Die Evaluierung wurde anhand von 970 Patientenproben von Menschen mit milden Erkältungssymptomen durchgeführt.

- Der geplante Test mit dem SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Kit **kann nicht zwischen SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2** spezifischen Merkmalen **unterscheiden**.
- **Zusätzlich entsprach der geplante Einsatz an asymptomatischen Patienten nicht der Herstellerzulassung:** Er wurde nicht für diesen Zweck evaluiert (auf seine Wirksamkeit überprüft). Eine Anwendung an asymptomatischen Patienten ist laut Herstellerstudie nur theoretisch anzudenken, jedoch per Zulassung nicht möglich.

Der von der Firma Roche verwendete Test enthält ausdrücklich folgende Testinformation als Hinweis:

*„Das Testergebnis sollte nicht als alleinige Grundlage für Entscheidungen (...) verwendet werden. Es ist in Zusammenhang mit kürzlich erfolgter Exposition des Patienten, dessen Anamnese sowie klinischen Anzeichen und Symptomen, die auf COVID-19 hindeuten, zu interpretieren.“*

**Im Gegensatz dazu nimmt das von der belangten Behörde bzw. der BReg verfolgte Modell „Freitesten“ bzw. „Reintesten“ keinen Bezug auf die Vorgaben des Testherstellers, Firma Roche, sondern nur auf das (nichtssagende) Testergebnis. Daher ist der Antigen-Test nicht geeignet Infektionen mit SARS CoV-2 bei asymptomatischen Personen nachzuweisen.** Auf den Tests mit einem negativen Testergebnis wird ausdrücklich festgehalten, dass sie nur 24 Stunden gelten. Somit kann man nicht argumentieren, dass eine Unterscheidung zwischen solcher Art Getesteten und Ungetesteten, zum Beispiel beim Zutritt zu Restaurants für eine ganze Woche, eine geeignete Methode sei, um Infektionszahlen niedrig zu halten.

#### **Beweis:**

beizuschaffende Produktinformationen der Tests

### **g. Massentestungen**

Bei einer derzeit vorliegenden niedrigen Prävalenz der Infizierten bzw. positiv Getesteten (in Deutschland ca. 0,025%, in Österreich ca. 0,03%, in der Schweiz ca. 0,04% der Bevölkerung – die wahrscheinlich niedrige Dunkelziffer nicht berücksichtigt) werden in allen drei Ländern Massentestungen auf SARS-CoV-2 durchgeführt, in Österreich über 200.000, in Deutschland zuletzt fast 500.000 Tests pro Woche, und in der Schweiz etwa 148.000. Die Test-positiven-Rate liegt in Österreich bei etwa 0,75%, in Deutschland und in der Schweiz bei etwa 5%.<sup>98 99 100</sup>

Die Nationale Teststrategie in Österreich sieht vor, dass sowohl symptomatische als auch asymptomatische Personen getestet werden. Als „symptomatisch“ gelte „Jede Person, die die klinischen Kriterien erfüllt (entspricht möglichem Fall nach ECDC Falldefinition).“<sup>101</sup>. **Eine derartig weite Indikationsstellung führt zu einer wahllosen Überdiagnostik**, da pro Woche etwa bis zu 2,8% der Bevölkerung wegen eines respiratorischen Infekts einen Haus- oder Kinderarzt aufsuchen (Vergleich mit Erhebungen aus der BRD, vergleichbares aus Österreich ist den ASt nicht bekannt, Anm.)<sup>102</sup>. Darüber hinaus sollen asymptomatische Personen getestet werden, darunter auch Einreisende aus Nicht-Risikogebieten und

---

<sup>98</sup> ourworldindata.org, <https://ourworldindata.org/coronavirus-data?country=AUT>

<sup>99</sup> ourworldindata.org <https://ourworldindata.org/coronavirus-data?country=CHE>

<sup>100</sup> ourworldindata.org <https://ourworldindata.org/coronavirus-data?country=~DEU>

<sup>101</sup> BMSGPK, *Neuartiges Coronavirus (COVID-19; Falldefinition)*, 23.12.2020, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>

<sup>102</sup> RKI, *Zeitliche Trends in der Inzidenz und Sterblichkeit respiratorischer Krankheiten von hoher Public-Health-Relevanz in Deutschland*, 23.08.2020, <https://edoc.rki.de/handle/176904/2780>

nach Aufenthalt in Staaten, die im Anhang A der COVID-19-Einreiseverordnung nicht genannt werden (defacto alle Staaten dieser Erde).

Wie bei allen Massentestungen ist zu hinterfragen, welche Aussagekraft die Testergebnisse haben (siehe das bisherige Vorbringen in diesem Punkt) und welcher Nutzen für die Getesteten oder auch die Bevölkerung als Ganzes durch diese Tests zu erwarten ist.

**Bei der Betrachtung des Nutzens der derzeitigen Teststrategie ist festzustellen, dass es keine wissenschaftliche Evidenz für einen Nutzen gibt und dass offenbar auch nicht daran geforscht wird diesen Nutzen zu evaluieren.** Zumindest sollte dokumentiert und differenziert werden aus welchen Gründen die Tests durchgeführt werden und zu welchen Konsequenzen die Testergebnisse führen. Diese Zahlen müssen öffentlich zugänglich gemacht werden.

Die derzeitige Teststrategie und Informationspolitik erweckt eher den Anschein, dass die positiven Testergebnisse ohne Bezug zur Menge der durchgeführten Tests und ohne Bezug zur Bevölkerung benutzt werden, um die derzeitige Strategie zur Eindämmung der COVID-Pandemie zu rechtfertigen.

Die damit in Zusammenhang stehende Wertung wurde indes von *DDr. Christian Fiala* pointiert zusammengefasst<sup>103</sup>. Er befasst sich im Besonderen mit der **Aussagekraft der bei der AGES erfassten Testergebnisse:**

*„Ein weiterer wichtiger Faktor, welcher den scheinbaren Anstieg an positiven Test-Ergebnissen erklärt, sind die Schnelltests, welche auch ohne Arzt und Labor durchgeführt werden können. Sie werden seit etwa Mitte Oktober [2020] in sehr stark zunehmender Zahl durchgeführt, wobei ein positives Ergebnis durch einen PCR-Test bestätigt werden soll. Negative Ergebnisse werden jedoch nicht dokumentiert und scheinen in der Statistik nicht auf. Gesundheitsminister Anschöber hat in der 1. Novemberwoche die Verteilung von 100.000 Schnelltests angekündigt, sowie die Bestellung von weiteren 3 Millionen.[1] Damit findet seit Oktober [2020] eine stark zunehmende Vortestung in der allgemeinen Bevölkerung statt, wobei lediglich die positiven Ergebnisse in der Statistik aufscheinen, weil nur diese in einem Labor neuerlich getestet werden.*

*Obwohl es in der Bevölkerung nur wenige Corona positive Menschen gibt, werden diese durch das massenhafte Testen gefunden und gezielt in die Statistik aufgenommen. **Da aber die große Anzahl der negativen Schnelltests nicht gezählt wird,***

---

<sup>103</sup> *DDr. Christian Fiala*, Das Problem mit Statistiken – Gesund bis der Lockdown kommt Teil 2: Corona-Tests und Teststrategie, 15.11.2020, [https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/Problemstatistiken\\_CoronaTests\\_Oesterreich.pdf](https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/Problemstatistiken_CoronaTests_Oesterreich.pdf)

**ist die Statistik des Anteils positiver Testergebnisse seit Oktober [2020] zunehmend verfälscht und somit ohne Aussage.** Da von politischer Seite für die nächsten Wochen eine weitere deutliche Zunahme dieser Vortestung durch Schnelltests angekündigt wurde, ist auch mit einer weiteren Zunahme an positiven Ergebnissen zu rechnen, ohne dass dies etwas über den Gesundheitszustand der Bevölkerung aussagen würde.“

**Und auch die in Österreich von 02.12.2020 bis 18.12.2020 durchgeführten Massentests zeigen folgendes Ergebnis:**

<b>ANTIGEN - Massentests in Zahlen</b>	
Durchgeführte Tests	1.984.513
Negative Tests	1.978.594
Positive Tests	5.919
Anteil negativer Tests	99,75%
Anteil positiver Tests	0,25%
<b>Epidemiologische Einordnung</b>	
Die Ansteckungsrate bei symptomatischen Patienten liege bei	18%.
Bei asymptomatischen Personen liege hingegen nur bei	0,7%.
Potentiell ansteckende Teilnehmer (Anzahl positiver Tests x 0,007)	rund 41
Potentiell ansteckend in Prozent rund	0,002%

### Antigen-Massentest in Zahlen <sup>(1)</sup>

Durchgeführte Tests	1.984.513
Negative Tests	1.978.594
Positive Tests	5.919
Anteil negativer Tests	99,75 %
Anteil positiver Tests	0,25 %

### Epidemiologische Einordnung

„Die Ansteckungsrate bei symptomatischen Patienten liege bei 18 %. Bei asymptomatischen Personen liegt diese (...) hingegen nur bei 0,7 %.“ <sup>(2)</sup> **0,7 %**

**Potentiell ansteckende Teilnehmer ~ 41**  
(Anzahl positiver Tests x 0,007)

**Potentiell ansteckend in Prozent ~ 0,002 %**

Quellen: (1) <https://www.sn.at/56977629> (2) <https://tirol.orf.at/stories/3068149>

Die derzeit propagierte nationale Teststrategie ist teuer und mit hoher Wahrscheinlichkeit nutzlos, allein schon, weil es aufgrund der nicht ausreichend hohen Sensitivität, der hohen Rate asymptomatisch Infizierter und der unbekannteren Dunkelziffer von Virusträgern nicht gelingen kann, SARS-CoV-2 aus der Bevölkerung zu eliminieren. **Angezeigt wäre es, die Testungen auf Personen mit hohem Infektionsrisiko zu fokussieren, um die Vor-testwahrscheinlichkeit und damit die Aussagekraft des Testergebnisses zu erhöhen.**

#### i. Irreführender Begriff der Neuinfektionen

**Der von der belangten Behörde ständig verwendete Begriff der „Neuinfektionen“ ist irreführend, weil durch eine Testung nicht festgestellt werden kann, wann eine Infektion erfolgt ist, also ob sie tatsächlich „neu“ ist.** Dazu kommt, dass jede positive Testung an einer Person gezählt wird, wird also eine Person z.B. fünf Mal positiv getestet, so werden fünf „Neuinfektionen“ in die Statistik aufgenommen. **Die Zahl der „Neuinfektionen“ gibt keinen Aufschluss darüber, wie viele dieser Personen ohne Krankheitssymptome (nicht infektiös), mit leichten oder schweren Krankheitssymptomen sind.** Erst wenn die Zahl derjenigen Personen mit Krankheitssymptomen von **medizinisch gesundheitsgefährdender Relevanz, deren Alter und Vorerkrankungen** feststehen, kann die Zahl der angeblichen „Neuinfektionen“ überhaupt in Relation gesetzt werden. Auch ergibt die Zahl der Hospitalisierungen kein richtiges Bild, weil die konkrete Ursache für die Hospitalisierung unbekannt ist. Würde man das Alter und die Vorerkrankungen der hospitalisierten Personen erheben, so würde sich ergeben, dass es sich bei diesen Personen (zumindest überwiegend) um ältere Personen mit Vorerkrankungen handelt. Dasselbe gilt für die Anzahl der Personen auf Intensivstationen.

Je mehr getestet wird, desto mehr Fälle werden bestätigt. **Angebliche „Neuinfektionen“ bilden keine Grundlage für Maßnahmen und sind somit als Kriterium für die Entscheidung über eine zu ergreifende Maßnahme ungeeignet.**

Trotz der vorangeführten Umstände geht jeder positive Test als angebliche „Neuinfektion“ in die Statistiken der AGES ein und damit in eben jene Messgröße, die den daran anknüpfenden politischen Entscheidungen zugrunde gelegt wird. Erschwerend kommt ein weiterer Umstand hinzu: **Wenn eine Person in rascher Folge mehrfach getestet wird, wird jedes positive Testergebnis als „Neuinfektion“ deklariert.**

## ii. Todesfolge an/mit

Die **Österreichische Gesellschaft für klinische Pathologie und Molekularpathologie**, sowie die **Österreichische Abteilung der internationalen Akademie für Pathologie** haben in ihrer Richtlinie zur Obduktion im Zusammenhang mit COVID-19 in Österreich - Rahmenbedingungen und Informationen klar festgehalten, unter welchen Voraussetzungen die Todesursache „COVID-19“ angegeben werden kann:

*Bei Todesfällen nach klinisch diagnostizierter COVID-Erkrankung ohne fassbare Vorerkrankungen sowie bei Todesfällen nach COVID-Erkrankung und nachgewiesenen/vorbekanntem Komorbiditäten ist die COVID-Erkrankung als zugrundeliegende Todesursache anzusehen. **Bei Todesfällen mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion ohne entsprechende Zeichen der COVID-Erkrankung würde man nicht von COVID-19 als Todesursache ausgehen.** Die Tatsache der nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion ist vielmehr unter „sonstige wesentliche Zustände, die den tödlichen Ausgang des Krankheitsablaufs beeinflussten, die jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit der zum Tode führenden Krankheit standen“ im Totenschein zu vermerken.“<sup>104</sup>*

Diese Unterteilung ist nachvollziehbar und völlig eindeutig. Ob und inwieweit das Mittel der Obduktion zur Gefahreinschätzung genutzt wurde, ist nicht überliefert. Eine ausreichende Anzahl an Gelegenheiten zur medialen Präsentation einer solchen Maßnahme hätte es jedenfalls gegeben. Dabei wäre es wichtig (zumindest repräsentativ) im Rahmen einer Obduktion zu erheben, was die Ursache für den Tod gewesen sein könnte. **Diese weitere Erkenntnisquelle wurde** – soweit für die Antragsteller nachvollziehbar – jedenfalls **nicht genutzt**.

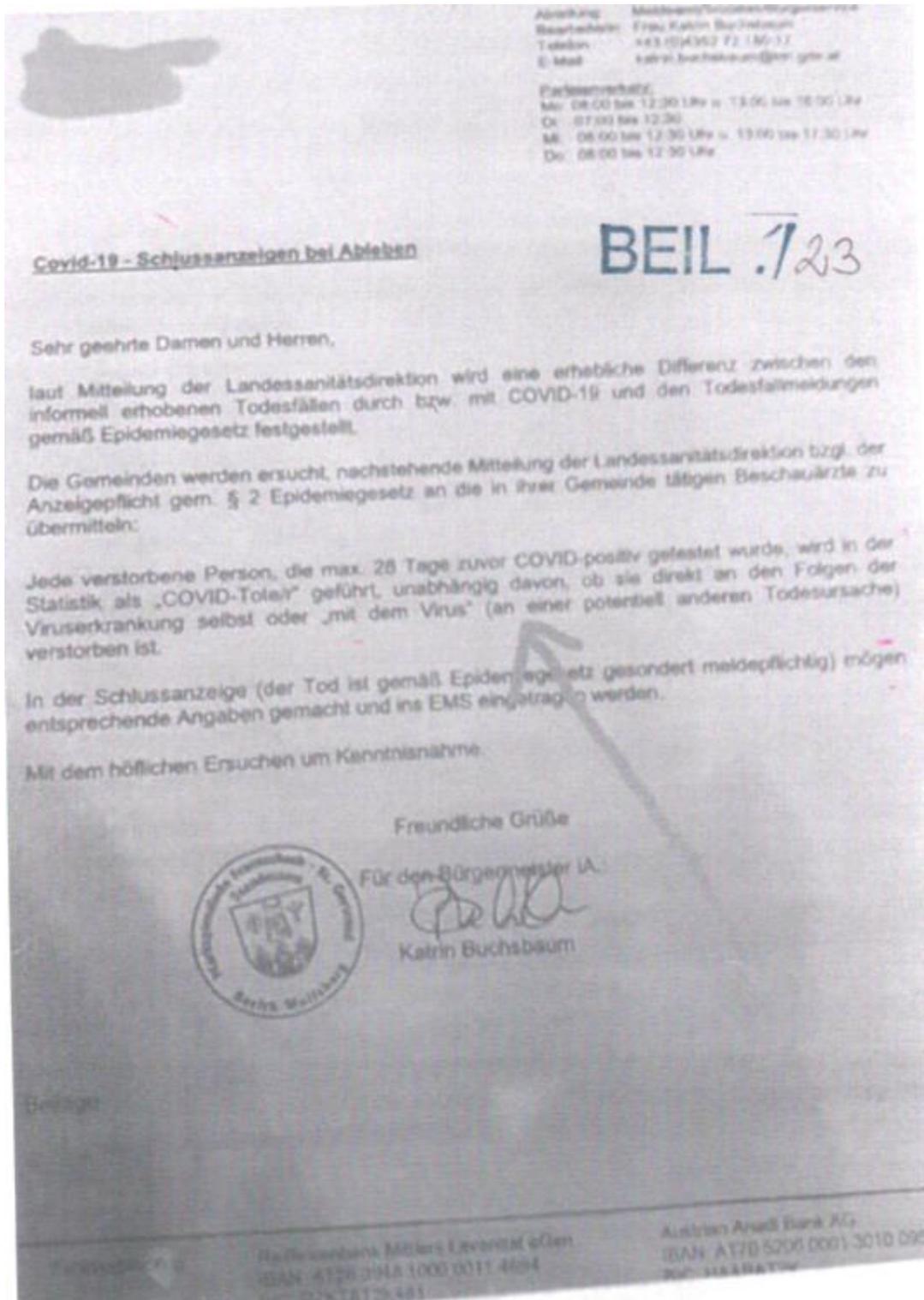
Wieso die belangte Behörde einen anderen Weg wählt, ist den Antragstellern nicht geläufig, denn nach dem amtlichen Dashboard der AGES (BMSGPK) wird jede verstorbene Person, die zuvor COVID-positiv getestet wurde, in der Statistik als „COVID Tote/r“ geführt<sup>105</sup>, **unabhängig davon, ob sie direkt an den Folgen der Viruserkrankung selbst oder mit dem Virus (an einer potentiell anderen Todesursache) verstorben ist**. Aus dieser Zählweise folgt, dass beispielsweise jemand der tödlich verunfallt ist und anschließend positiv auf SARS-CoV2 getestet wurde, ein COVID-Toter ist.

---

<sup>104</sup> ÖGPATh, IAP AUSTRIA, *Obduktion im Zusammenhang mit COVID-19 in Österreich - Rahmenbedingungen und Informationen*, 18.04.2020, abrufbar unter <https://oeggm.com/post/covid19/Rahmenbedingungen-und-Informationen-zur-Obduktion.pdf>

<sup>105</sup> AGES, *Erläuterungen zum Amtlichen Dashboard COVID19*, Stand 25.09.2020, <https://covid19-dashboard.ages.at/basisinfo.html>

Zudem wurde (zumindest zeitweilig) der alles verzerrende Befehl ausgegeben, als Todesursache COVID-19 bei jenen anzugeben, die in den letzten 28 Tagen vor ihrem Tod positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden. Den Antragstellern liegt ein Schreiben des Bürgermeisters der Marktgemeinde Frantschach vor:



### iii. Die Inzidenz muss weg!

Univ.Prof. Dr. Hans-Jürgen Bandelt (Universität Hamburg, Fachbereich Mathematik) hat in einem Gastbeitrag für tkp.at<sup>106</sup>, einem Science & Tech-Blog von Dr. Peter. F. Mayer, die – nach Ansicht der Antragsteller berechnete – Forderung nach einem völligen Entfall des Inzidenzwertes als Grundlage für freiheitsbeschränkende Maßnahmen aufgestellt. Er wählt dabei teils harte Worte, die auch als Warnung vor einer potentiellen Gefahr verstanden werden mögen („*allein die Möglichkeit...*“):

**„Das Konzept des Inzidenzwerts ist wissenschaftlich gesehen Unfug und führt wegen der inhärenten Manipulationsmöglichkeit zu Schwindel und Betrug.**

*Leider äußern das selbst kritisch denkende Virologen und Medizinstatistiker nicht in der nötigen Schärfe. Es reicht nicht zu sagen, dass der Inzidenzwert keine sinnvolle Richtschnur sei und nicht der alleinige Parameter für ein Ampelsystem sein solle. Ein solches System gibt es etwa in Deutschland [wie auch in Österreich, Anm.], aber der Inzidenzwert spielt dabei die wesentliche Rolle, zumindest für die Öffentlichkeit. [...] stattdessen bräuchte es unverfälschte wirkliche Kenngrößen des Infektionsgeschehens.“*

Wirkliche Kenngrößen gibt es allerdings derzeit in Österreich nicht.

*Wenn man von Inzidenz sprechen will, dann muss der traditionelle Bezug eben die Untersuchungsmenge von potentiell Erkrankten sein. Die könnte hier die Menge der überhaupt in dem Untersuchungszeitraum PCR-Getesteten sein, sofern man dem Grundirrtum erliegen will, dass ein positiver Test eine Erkrankung anzeigte. **Wenn jedoch die Positivenrate kennzeichnend sein soll für das Infektionsgeschehen, so müsste die wöchentliche Stichprobe, die dem PCR-Test unterworfen wird, repräsentativ sein** [was sie nicht ist, Anm.]*

*[...]*

***Es müsste das Hauptaugenmerk auf die Rate bezüglich klinisch manifester CoViD-19 Erkrankungen gerichtet sein** und insbesondere, wie oben im Zitat gesagt, auf schwere Verläufe und wirkliche CoViD-19 Todesfälle. Mit solchen Erhebungen hapert es, weil ein positiver PCR-Test schon bei einem Krebs- oder Herzinfarkt-Patienten oder gar einem Unfallopfer über die „Diagnose“ CoViD-19 entscheidet.*

*In oder um Berlin wurden pro Positivfall 5 bis 15 Menschen, laut Recherche zweier Journalisten, in Quarantäne geschickt [[https://www.youtube.com/watch?v=OVr\\_gho1v\\_w](https://www.youtube.com/watch?v=OVr_gho1v_w)].*

---

<sup>106</sup> Hans-Jürgen Bandelt, *Die Inzidenz muss weg!*, 25.02.2021 tkp.at, <https://tkp.at/2021/02/25/die-inzidenz-muss-weg/>

**Wiederum wird dabei Infizierung mit Erkrankung verwechselt.** Wer dauerhaft symptomlos bleibt, ist nicht krank, auch wenn er wochenlang den Makel des Infiziertseins trägt. Die Quarantäne wurde manchmal aufrechterhalten, bis ein negatives Ergebnis des PCR-Tests vorliegt. Hier ist – im Lichte des alten Infektionsschutzes betrachtet – das Prinzip der Quarantäne pervertiert worden!

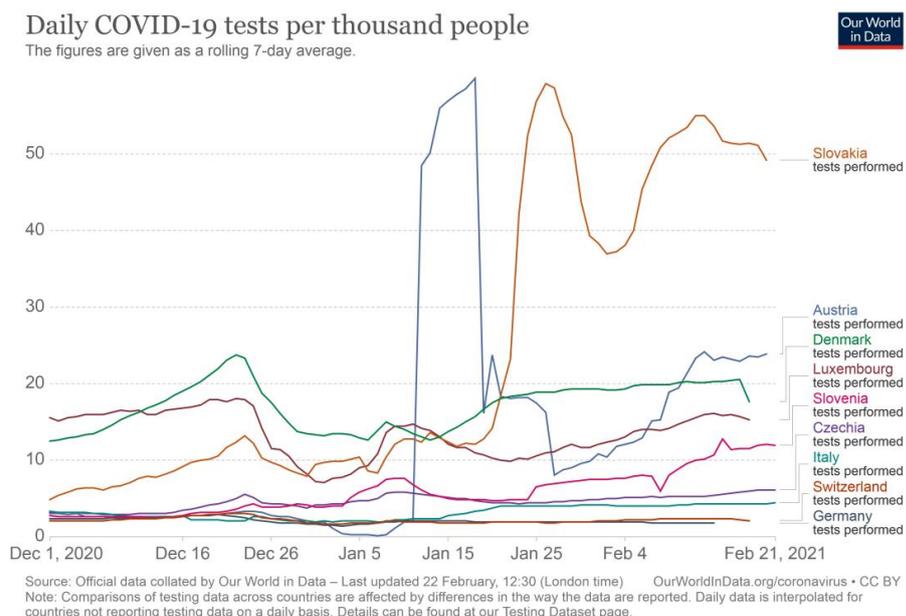
[...]

**Ampelsysteme** (z.B. von Rot über Orange zu Gelb und schließlich Grün) vermengen und gewichten ganz Unterschiedliches: einerseits angeblich überbordende Belastung des Gesundheitssystems durch mutmaßliche CoViD-19 Fälle und andererseits willkürlich gesammelte PCR-Positivzahlen von überwiegend Gesunden aus einer nicht näher definierten Stichprobe. Das ist unzulässig, weil so Infektion wieder als Krankheit gelten würde. Solange ein Test im besten Fall nur zwei Schnipsel aus dem RNA-Genom von SARS-CoV-2 in Gesunden ansteuert und nicht die Ursache einer klinisch manifesten Krankheit klärt, ist der Test nichts wert.

[...]

## Testen

**Der Bezug beim Inzidenzwert, die Bevölkerungsgröße, ist grundfalsch, da nur ein völlig beliebiger Bevölkerungsanteil PCR-getestet wird** – in Deutschland waren es seit 25. Juni 2020 wöchentlich nur 0,5% bis 2% der Bevölkerung. Pro Tag liegt das damit im Bereich von 5/7 (rund 0,71) bis 20/7 (rund 2,86) Promille (d.i. pro Tausend). Im letzten Jahr hatte es dagegen in Luxemburg regelrechte Ausbrüche von Massentests gegeben. Man schien dort wohl dem Glauben anzuhängen, man könne so das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen wegstesten. Das hat sich nicht erfüllt.



Quelle: <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing#how-many-tests-are-performed-each-day>

*Am 31. Jänner 2021 wurde in Dänemark zehnmal (!) und in Luxemburg sechsmal soviel getestet wie in Deutschland bzw. der Schweiz, jeweils relativ zur Bevölkerungsgröße. In diesem Jahr liegen beim Testen die Länder vorne, die offiziell PCR-Tests und Antigentests nebeneinander nutzen: Am 7. Februar hat Österreich Luxemburg in Sachen Testwahn überholt. Im Februar hat die Slowakei alle mit Abstand geschlagen: Allein vom 1. bis zum 21. Februar wurden mehr Tests durchgeführt, als es Einwohner gibt. Damit testet die Slowakei 500 Mal relativ soviel wie Bangladesch, ein Land, das eine relativ konstante Testrate seit Juli 2020 hat.*

**Die Hypertesterei hat Konsequenzen für die absoluten „Fallzahlen“:** Hätte man seinerzeit bei der alten Teststrategie in Deutschland zehnmal mehr getestet, so wäre wohl zumindest eine Verdopplung der Positivzahlen und so auch der Inzidenzwerte erreicht worden. Da in Deutschland mit der neuen Teststrategie die **Ergebnisse der Antigentests verheimlicht und Positivfälle mit PCR nachgetestet werden, bleiben die Positivenraten dauerhaft künstlich erhöht.**

*Der willkürlich gesetzte Inzidenzwert von 50 war bislang die heilige Grenze zwischen Lockdown und Lockerung. Aber was macht man, wenn die Ende Februar in immer mehr Landkreisen unterschritten wird? Man senkt die Grenze ab: Die 35 ist längst über uns gekommen. Aber darunter lauern schon die 20 und die 10...*

*[...]*

*In den sozialen Medien und in Leserkommentaren kursiert seit Anfang Februar ein Warnstufenkatalog als realsatirische Doku, die ich hier modifiziert und erweitert aufnehme:*

*Inzidenz unter 100: Experten warnen dennoch vor Lockerungen.*

*Inzidenz unter 50: Für Entwarnungen ist es noch zu früh.*

*Inzidenz unter 35: Die gefährlichen Mutanten dürfen nicht aus den Augen verloren werden.*

*Inzidenz unter 25: Der Abwärtstrend hat sich abgeschwächt.*

*Inzidenz unter 20: Die Zahlen sind gut, aber kein Anlass zur Entwarnung.*

*Inzidenz unter 10: Das Ziel ist ein schnelles Absenken der Infektionszahlen auf Null.*

*Inzidenz unter 7: Kein Grünes Licht: Das Virus ist noch unter uns.*

*Inzidenz bei 0: Wir dürfen das Erreichte nicht gefährden.*

**Einen bundesweiten Inzidenzwert von nahe Null wird es selbst im Juni nicht geben. [...] Schon der Inzidenzwert 10 scheint unerreichbar zu sein angesichts**

**der neuen Teststrategie. Dafür sorgen eben genau die Antigentests, die wöchentlich millionenfach [Österreich: 100.000fach] zur Anwendung kommen und die wenigen Positivfälle der PCR-Testung ausliefern.** Die im privaten Bereich künftig möglichen Schnelltests verschärfen die Lage nochmals. Wenn faktisch der Bereich, aus dem potentielle PCR-Positive gefischt werden, künftig wöchentlich bis zu 20 Millionen Proben umfasst, dann besteht kaum eine Chance, unter den Inzidenzwert 10 zu kommen.

[...]

**„Besser ist es gemeinsam zu agieren:** In Berlin fordern sämtliche Amtsärzte, die Lockerungen der in der Corona-Gesundheitskrise geltenden Kontaktbeschränkungen nicht mehr an generelle Inzidenzwerte zu knüpfen“. Aber auch spezielle sind nicht besser: Die Inzidenz muss weg. Und nicht nur die.“

Die **Berliner Amtsärzte** schreiben in ihrem Brief<sup>107</sup>:

**„Diese Inzidenzen bilden nicht das wirkliche Infektionsgeschehen ab.“**

Diese sind auch von den Testkapazitäten und dem Testwillen der Betroffenen abhängig. Dadurch kommt es zu Schwankungen, die nicht die infektiologische Lage widerspiegeln. Die Amtsärzte erläutern in ihrem Schreiben weiterhin, dass es einen gewaltigen Unterschied macht, ob bei einer Sieben-Tage-Inzidenz von 50 alle positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Personen auf symptomfreie Kinder zurückzuführen oder ob vor allem Personen aus der Risikogruppe betroffen sind. Demzufolge muss man auch die politischen Maßnahmen entsprechend anpassen.

**Es ist zudem ein Unterschied, ob die Inzidenzen durch Clusterausbrüche oder eine breite Durchseuchung zustande kommt und auch, welche Altersklasse betroffen ist.** Auch die sogenannte **No-COVID-Strategie**, die von einigen Wissenschaftlern proklamiert wird, kritisieren die Ärzte scharf, denn diese geht **„an der Lebenswirklichkeit vorbei“**. **Andere Fragen der öffentlichen Gesundheit werden bei dieser Strategie völlig außer Acht gelassen.**

---

<sup>107</sup> Klapsa, Crolly, Frigelj, „Wer breit schaut, wird viel finden“ – Der Zweifel an der Inzidenz wächst, 23.02.2021 Welt.de, <https://www.welt.de/politik/deutschland/article226880263/Corona-Unter-Amtsaezten-broeckelt-Rueckhalt-fuer-Inzidenz-Kurs.html>

Dennoch hält die belangte Behörde – und mit ihr der Gesetzgeber – eisern an dem Inzidenzwert (von kolportierten 200) pro 100.000 fest. Wohin das alles führt, zeigen die damit wahllos unter „Quarantäne“ gestellten Städte, Gemeinden und Bezirke, allen voran Wr. Neustadt. Sie dürfen nur mit negativem Test verlassen werden (sog. „Freitesten“). Das alleinige Festmachen einer Quarantäneentscheidung

- # an einer Kennzahl, die nur dem (inter)nationalen bzw. regionenübergreifenden Vergleich dient,
- # das tatsächliche epidemiologische Geschehen nicht abbildet und
- # andere Indikatoren völlig außer Acht lässt,

ist weder sachlogisch, noch zweckmäßig. Je kleiner die Region, desto weniger Aussagekraft besitzt der Inzidenzwert.

#### iv. R-Wert; Darstellung der Testergebnisse; Zusammenfassung

Stattdessen wählte die belangte Behörde einen Weg, der in Zeiten der Gefahr, die längerfristig droht, eine aus medizinischer Sicht mit Blick auf die psychische Gesundheit der Gesamtbevölkerung **äußerst fragwürdige Veröffentlichungspraxis auf ihrer Homepage** (später dann über das AGES Dashboard<sup>108</sup>). Offen sichtbar aufbereitet für die Bevölkerung war zunächst der mittlerweile allgemein bekannte R-Wert (Reproduktionswert). Später verschwand dieser aus den medial verbreiteten Berichten der belangten Behörde und auch in den Veröffentlichungen wird darauf kein Bezug mehr genommen.

Gräbt man allerdings etwas tiefer, **lässt sich der R-Wert dennoch wiederfinden**<sup>109</sup>. Diesem nicht wirklich ins Auge fallenden Bericht kann entnommen werden, dass der R-Wert etwa am 19. Februar 2021 österreichweit bei etwa 1 pendelte.

Darüber hinaus wurden und werden vor allem die täglichen und wöchentlichen Neuinfektionen (was ein fehlerhafter Begriff ist, da es sich lediglich um positive PCR-Tests handelt), Todesfälle, wobei hier keine Kausalität zur Infektion erforderlich ist und die aufsummierten Infektionen und Todesfälle dargestellt.

**Dabei ist jedem Epidemiologen bewusst, dass derartige Zahlen für sich genommen nicht aussagekräftig sind.** Es fehlen wesentliche weitere Werte, nämlich wie oft getestet wurde und die hieraus abzuleitende sogenannte **Positivrate**. **Nur so kann man gerade**

---

<sup>108</sup> AGES Dashboard COVID19, <https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard.html>

<sup>109</sup> AGES, *Epidemiologische Parameter des COVID19 Ausbruchs, Österreich, 2020/2021*, täglich abrufbar unter <https://www.ages.at/wissen-aktuell/publikationen/epidemiologische-parameter-des-covid19-ausbruchs-oesterreich-20202021/>; exemplarisch der 19.02.2021: [https://www.ages.at/download/0/0/3fd6a4231c52740698c6947be7d88699257bbe0c/fileadmin/AGES2015/Wissen-Aktuell/COVID19/Update\\_Epidemiologische\\_Parameter\\_des\\_COVID19\\_Ausbruchs\\_2021-02-19.pdf](https://www.ages.at/download/0/0/3fd6a4231c52740698c6947be7d88699257bbe0c/fileadmin/AGES2015/Wissen-Aktuell/COVID19/Update_Epidemiologische_Parameter_des_COVID19_Ausbruchs_2021-02-19.pdf)

**bei massiv variierenden Testzahlen die Werte ins Verhältnis setzen und ein seriöses Ergebnis erzielen und veröffentlichen, was dem Mindestmaß an wissenschaftlichen Standards genügt und auch eine ehrliche und seriöse Aufklärung der Bevölkerung darstellt.** Warum die belangte Behörde so vorgegangen ist und immer noch vorgeht, trotz des Umstandes, dass die großen Medien nahezu ausschließlich die so dargestellten Werte in breitem Umfang veröffentlichen und es so zu einer verzerrten Wahrnehmung des Gefahrenpotenzials in der Bevölkerung kommt, ist nicht ersichtlich. Es steht jedoch fest, dass dies erheblich dazu beigetragen hat, dass die Antragsteller anfänglich in große Angst versetzt wurden (bis sie sich durch intensive Recherchen selbst informierten).

Bei anderen Mitmenschen verursachte diese Form der Datenaufbereitung indes verzweifelte und irrationale Reaktionen.

Beispielsweise berichtete der Leiter der Berliner Rechtsmedizin der Charité *Prof. Dr. Tsokos* im **September 2020**, es gäbe kaum noch zu obduzierende Todesfälle betreffend Covid-19. Vielmehr hätte man in der Praxis eine Vielzahl von Menschen, die aufgrund der übermäßigen Angst sich in ihrer Wohnung mit Astronautennahrung verschanzt hätten und seit dem Lockdown im Frühjahr 2020 nicht mehr vor die Tür gegangen seien. Diese würden in der eigenen verwahrlosten Wohnung teils mit Gasmasken vor dem Mund tot aufgefunden.

Wörtlich berichtete er in Sendung „NDR Talk Show“ vom 02. Oktober 2020 ab ca. Minute drei:

*„Wir haben natürlich jetzt auch als Rechtsmediziner viel weniger Covid-19-Tote, sondern viel mehr die Kollateralschäden, die wir jetzt sehen. **Allein letzte Woche habe ich mehrfach Menschen obduziert, die seit dem Lockdown nie wieder aus ihrer Wohnung raus sind**, die da wirklich jetzt hochgradig fäulnisverändert in Messie-Wohnungen lagen, mit Gasmasken, mit Astronautennahrung, also fast schon preppermäßig vorbereitet, die auch keiner vermisst hat. Und das sehen wir jetzt ganz viel, dass Wohnungen aufgemacht werden und da werden eben hochgradig fäulnisveränderte Leichen gefunden von Menschen, die nicht ins Krankenhaus gegangen sind, weil ihnen eben aufgrund der ganzen Drohszenarien, die aufgemacht wurden, die Angst überwog rauszugehen. Also da sehen wir schon ganz andere Bilder.“<sup>110</sup>*

---

<sup>110</sup> NDR Talk Show, *Forensiker Michael Tsokos schreibt nebenbei Thriller*, ab Minute 03:00, 02.10.2020, [https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/ndr\\_talk\\_show/Forensiker-Michael-Tsokos-schreibt-nebenbei-Thriller,ndrtalkshow6208.html](https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/ndr_talk_show/Forensiker-Michael-Tsokos-schreibt-nebenbei-Thriller,ndrtalkshow6208.html), veröffentlicht in *Ärztblatt.de*, *Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Charité Berlin, schildert gruselige Kollateralschäden*, 07.10.2020, <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=22&s=die&typ=4&fid=137858>

Derartige Ereignisse sind für Österreich offiziell nicht überliefert. Sie zeigen aber in einem absolut vergleichbaren gesellschaftlichen Umfeld welche bittere Konsequenzen eine unvollständige (nicht augenfällige) Datenveröffentlichung auf verängstigte Menschen haben kann.

## 4. Vierte Fehlannahme: Freiheitsbeschränkungen als Heilmittel

**In keiner Weise belastbar ist schließlich die Annahme, individuelle oder kollektive Freiheitsbeschränkungen hätten irgendeinen positiven Effekt für die Pandemiebewältigung gehabt. Vielmehr ist einzig und allein das Gegenteil der Fall.**

Mit den Worten von US-Bundesrichter *William S. Stickman* (Pa), der in der Rechtssache *Cnty. of Butler v. Wolf* (sogleich unter **F. II.**) urteilte und dabei die Arbeit herausragender Historiker zitierte:

*„Obwohl diese Nation [die Vereinigten Staaten] mit vielen Epidemien und Pandemien konfrontiert war und die Regierungen der Bundesstaaten und Kommunen eine Vielzahl von Maßnahmen als Reaktion darauf ergriffen haben, hat es noch nie zuvor Abriegelungen ganzer Bevölkerungen gegeben - und schon gar nicht für längere und unbestimmte Zeiträume... Während die Bundesstaaten und Kommunen zweifellos bestimmte Aktivitäten für einen begrenzten Zeitraum einschränkten, um die Spanische Grippe einzudämmen, **gibt es keine Aufzeichnungen über die Verhängung einer Abriegelung der Bevölkerung als Reaktion auf diese oder eine andere Krankheit in unserer Geschichte. Abriegelungen sind nicht nur historisch beispiellos als Reaktion auf irgendeine frühere Epidemie oder Pandemie in der amerikanischen Geschichte, sondern sie werden auch nichteinmal in den jüngsten Richtlinien der U.S. Centers for Disease Control and Prevention ("CDC") erwähnt.**“*

In der Tat sind derartige Maßnahmen beispiellos. Sie wurden in der Geschichte noch nie als Reaktion auf eine Krankheit eingesetzt. Es scheint, als ob die Verhängung von Abriegelungen in totalitären Staaten Anfang 2020 einen Dominoeffekt auslöste, bei dem ein Land bzw. ein Staat nach dem anderen drakonische und bisher unerprobte Maßnahmen gegen die eigenen Bürger verhängte. **Soweit die ASt in Erfahrung bringen konnten, hat kein Wissenschaftler jemals öffentlich die Verhängung von Lockdowns in der heute bekannten Form unterstützt. Bis zum Frühjahr 2020.**

Donald Henderson<sup>111</sup>, dem weithin die Ausrottung der Pocken zugeschrieben wird, schrieb 2006:

*„Die Erfahrung hat gezeigt, dass Gemeinschaften, die mit Epidemien oder anderen widrigen Ereignissen konfrontiert sind, am besten und mit der geringsten Angst reagieren, wenn das normale soziale Funktionieren der Gemeinschaft am wenigsten gestört wird.“<sup>112</sup>*

### **Genau das Gegenteil passiert gegenwärtig.**

Als die Abriegelung der Provinz Hubei begann, bemerkte der Vertreter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in China, dass *„der Versuch, eine Stadt mit 11 Millionen Menschen einzudämmen, neu für die Wissenschaft ist... Die Abriegelung von 11 Millionen Menschen ist beispiellos in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens...“<sup>113</sup>* **Menschenrechtsbeobachter äußerten ebenfalls Bedenken**<sup>114</sup>. Aber diese Bedenken hielten die WHO nicht davon ab, die *„beispiellose“* Reaktion der Behörden in Wuhan nur wenige Tage nach dem Beginn des Lockdowns und **lange bevor dieser Ergebnisse erzielt hatte, überschwänglich zu loben:**

*„Die Maßnahmen, die China ergriffen hat, sind nicht nur für dieses Land gut, sondern auch für den Rest der Welt.“<sup>115</sup>*

WHO Direktor *Tedros Adhanom Ghebreyesus* lobte China am nächsten Tag dafür, *„einen neuen Standard für die Reaktion auf einen Ausbruch zu setzen.“<sup>116</sup>*

---

<sup>111</sup> Donald A. Henderson, Wikipedia, 02.03.2021, [https://de.wikipedia.org/wiki/Donald\\_A.\\_Henderson](https://de.wikipedia.org/wiki/Donald_A._Henderson)

<sup>112</sup> Inglesby/ Nuzzo/O’toole Henderson, Disease Mitigation Measures in the Control of Pandemic Influenza, Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science Vol. 4 №4, 2006, <https://pdfs.semanticscholar.org/253a/1b891323cc7538ee4b2aaabf1bab3033ac73.pdf>

<sup>113</sup> Baker, China extended its Wuhan coronavirus quarantine to 2 more cities, cutting off 19 million people in an unprecedented effort to stop the outbreak, Business Insider, 23.01.2020, <https://www.businessinsider.com/china-wuhan-coronavirus-quarantine-extended-cities-cut-off-2020-1>.

<sup>114</sup> Eve, China’s reaction to the coronavirus outbreak violates human rights, The Guardian, 02.02.2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/feb/02/chinas-reaction-to-the-coronavirus-outbreak-violates-human-rights>; Levenson, Scale of China’s Wuhan Shutdown Is Believed to Be Without Precedent, N.Y. Times, 22.01.2020, <https://www.nytimes.com/2020/01/22/world/asia/coronavirus-quarantines-history.html>.

<sup>115</sup> WHO, Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV), [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

<sup>116</sup> “In many ways, China is actually setting a new standard for outbreak response. It’s not an exaggeration.” WHO, WHO Director-General’s statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV), 30.01.2020, [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))

**Die Empfehlungen der WHO sind aus zwei Gründen bemerkenswert.** Erstens: Die Schlussfolgerung der WHO in ihrem Bericht vom Februar 2020, dass diese „*ziemlich einzigartige und beispiellose Reaktion des öffentlichen Gesundheitswesens in China kehrte den Trend zu ‚eskalierenden Fallzahlen‘ um*“<sup>117</sup>, veranschaulicht den Trugschluss durch Scheinkorrelation (*post hoc, ergo propter hoc*).

Während es möglich war, dass eine „flachere“ Kurve in Wuhan auf den Lockdown zurückzuführen war, war es mindestens genauso wahrscheinlich, dass Wuhan einfach den natürlichen Verlauf dieses Erregers miterlebt hatte. **Es hätte offensichtlich sein müssen, dass der bloße Erlass einer „in der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens noch nie dagewesenen“ Maßnahme nicht automatisch bedeutet, dass sie wirksam ist** – zumal die eigene WHO-Anleitung für pandemische Influenza aus dem Jahr 2019 unter **keinen Umständen zu Grenzsicherungen, Massenkontaktsuche oder Quarantäne nur von „exponierten Personen“ riet**<sup>118</sup>.

Zweitens: **Die WHO berücksichtigte nicht einmal die wirtschaftlichen Umstände anderer Länder**, deren demografischen Gegebenheiten oder sogar die Anzahl der COVID-19-Fälle – die in den meisten Ländern der Welt sehr gering waren – bevor sie der ganzen Welt die Anweisung gab auf Lockdowns zur Krankheitsbekämpfung zu setzen<sup>119</sup>. Diese Schlussfolgerung der weltweit führenden Gesundheitsbehörde war eine erhebliche Fehleinschätzung.<sup>120</sup>

Die Idee, einen ganzen Staat oder ein ganzes Land abzuriegeln und seine Geschäfte und öffentlichen Orte unter Androhung von Zwang zu schließen, wurde nie in Erwägung gezogen, nie diskutiert und nie in der Pandemie-Literatur umgesetzt bis es im Jänner/Februar 2020 ohne jegliche Praxiserfahrung getan wurde. Kurzum: **Lockdowns nach heutiger Definition wurden vor 2020 nie ausprobiert und getestet; nicht einmal auf theoretischer Basis.**<sup>121</sup>

---

<sup>117</sup> WHO, *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 16–24.02.2020, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

<sup>118</sup> WHO, Oktober 2019, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, [https://www.who.int/influenza/publications/public\\_health\\_measures/publication/en/](https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en/)

<sup>119</sup> WHO, *Subject: Press Conference of WHO-China Joint Mission on COVID-19*, 24.02. 2020, [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/joint-mission-press-conference-script-english-final.pdf?sfvrsn=51c90b9e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/joint-mission-press-conference-script-english-final.pdf?sfvrsn=51c90b9e_2)

<sup>120</sup> Stacey Rudin, *What's Behind The WHO's Lockdown Mixed-Messaging*, American Institute for Economic Research, 14.10.2020, <https://www.aier.org/article/whats-behind-the-whos-lockdown-mixed-messaging/>

<sup>121</sup> *Quails et al.*, *Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza*, United States, 2017 (Sonja A. Rasmussen et al. eds., 2017), <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/rr/rr6601a1.htm>

## a. Der Tanz mit dem Hammer

Am selben Tag, an dem die Provinz Hubei abgeriegelt wurde, überschwemmten „durchgesickerte“ Videos aus Wuhan die internationalen sozialen Medien wie Facebook, Twitter und YouTube – die alle in China blockiert sind (!) – und behaupteten die Schrecken der Epidemie in Wuhan und die Ernsthaftigkeit der Abriegelung zu zeigen, in Szenen, die mit „Zombieland“ und „The Walking Dead“ verglichen wurden.<sup>122</sup> Offizielle chinesische Konten verbreiteten ein Bild eines Krankenhausflügels, der angeblich in einem Tag gebaut wurde, das aber in Wirklichkeit eine Wohnhausanlage in knapp 1000 Kilometer Entfernung zeigte.<sup>123</sup>

Dann, ab März 2020, wurde die ganze Welt regelrecht mit Propaganda bombardiert, die die Tugenden der Lockdown-Politik pries.<sup>124</sup> Chinesische Staatsmedien kauften zahlreiche Facebook-Anzeigen<sup>125</sup>, die Chinas Pandemiebekämpfung anpriesen (die alle ohne den von Facebook geforderten politischen Disclaimer liefen) und begannen, die „Herdenimmunität“ – den unvermeidlichen Endpunkt jeder Epidemie (entweder durch natürlich erworbene Immunität<sup>126</sup> oder durch Impfung) – als eine „Strategie“ zu beschreiben, die „Menschenrechte“ verletze.<sup>127</sup> Schweden wurde zu einem primären Ziel der Propagandakampagne.<sup>128</sup>

In den Worten von Chinas staatlicher Zeitung Global Times:

*„Chinesische Analysten bezweifeln die Herdenimmunität und nannten sie eine Verletzung der Menschenrechte, wobei sie die hohe Sterblichkeitsrate im Land im Vergleich zu anderen nordeuropäischen Ländern anführten. **Sogenannte Menschenrechte, Demokratie, Freiheit gehen in Schweden in die falsche Richtung, und***

---

<sup>122</sup> Brendan McFadden, *Coronavirus: Infected people seen 'dead in streets' in Chinese city dubbed 'zombieland'*, Daily Mirror, 24.01.2020, <https://www.mirror.co.uk/news/world-news/infected-people-seen-dead-streets-21347952>; Simon Osborne, *'Like Walking Dead' Coronavirus hell as corpses litter hospitals while people drop dead*, Daily Express, 24.01.2020, <https://www.express.co.uk/news/world/1232931/coronavirus-outbreak-wuhan-hospital-footage-corpses-corridors-china>; Li Yuan, *A Generation Grows Up in China Without Google, Facebook or Twitter*, N.Y. Times, 6.08.2018, <https://www.nytimes.com/2018/08/06/technology/china-generation-blocked-internet.html>

<sup>123</sup> Jane Lytvynenko, *Chinese State Media Spread A False Image Of A Hospital For Coronavirus Patients In Wuhan*, BuzzFeed News, 27.01.2020, <https://www.buzzfeednews.com/article/janeltyvnenko/china-state-media-false-coronavirus-hospital-image>

<sup>124</sup> Raymond Zhong et al., *Behind China's Twitter Campaign, a Murky Supporting Chorus*, N.Y. Times, 08.06.2020, <https://www.nytimes.com/2020/06/08/technology/china-twitter-disinformation.html>

<sup>125</sup> Laurence Dodds, *China floods Facebook with undeclared coronavirus propaganda ads blaming Trump*, Daily Telegraph, 05.04.2020, <https://www.telegraph.co.uk/technology/2020/04/05/china-floods-facebook-instagram-undeclared-coronavirus-propaganda/>

<sup>126</sup> World Health Organization, *Coronavirus disease (COVID-19): Serology*, 09.06.2020, <https://web.archive.org/web/20201105013101/https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-serology>; Wikipedia, *Herd Immunity*, [https://web.archive.org/web/20201230030556/https://en.wikipedia.org/wiki/Herd\\_immunity](https://web.archive.org/web/20201230030556/https://en.wikipedia.org/wiki/Herd_immunity)

<sup>127</sup> Hu Xijin @HuXijin\_GT, Twitter, 14.03.2020, [https://twitter.com/HuXijin\\_GT/status/1238864397713305600](https://twitter.com/HuXijin_GT/status/1238864397713305600)

<sup>128</sup> David Hutt, *Sweden-China ties grow ever icier over Hong Kong and coronavirus*, Nikkei Asia, 11.06.2020, <https://asia.nikkei.com/Politics/International-relations/Sweden-China-ties-grow-ever-icier-over-Hong-Kong-and-coronavirus>

*Länder, die extrem unverantwortlich sind, verdienen es nicht, Chinas Freund zu sein ...*<sup>129</sup>

Das war natürlich bevor die WHO die **äußerst unübliche, widersprüchliche Strategie** verfolgte, zu **versuchen, die historische Definition der Herdenimmunität komplett umzuschreiben**. Noch im Juni 2020 hatte die WHO-Definition der Herdenimmunität korrekt die „*durch frühere Infektionen entwickelte Immunität*“ eingeschlossen – aber am 15. Oktober 2020 löschte die WHO die uralte Geschichte der natürlich erworbenen Immunität von ihrer Website:

*„Herdenimmunität“, auch bekannt als „Populationsimmunität“, ist ein Konzept, das für Impfungen verwendet wird, bei denen eine Bevölkerung vor einem bestimmten Virus geschützt werden kann, wenn ein Schwellenwert für die Impfung erreicht wird. Herdenimmunität wird erreicht, indem man Menschen vor einem Virus schützt, nicht indem man sie ihm aussetzt.“*<sup>130</sup>

Nachdem Italien erklärte, dem Beispiel Chinas zu folgen und eine Lockdown-Politik umzusetzen, trafen am **12. März 2020** chinesische Experten ein und rieten zwei Tage später zu einer strengeren Abriegelung:

*„Es sind immer noch zu viele Menschen und Verhaltensweisen auf der Straße, um sich [gemeint: das epidemiologische Geschehen, Anm.] zu verbessern.“*<sup>131</sup>

Am **19. März 2020** wiederholten sie, dass Italiens Lockdown „*nicht streng genug*“ sei:

*„Hier in Mailand, dem am stärksten von COVID 19 betroffenen Gebiet, gibt es keine sehr strenge Abriegelung [...] Wir brauchen jeden Bürger, der sich am Kampf gegen COVID-19 beteiligt und dieser Politik folgt.“*<sup>132</sup>

---

<sup>129</sup> Leng Shumei, *Sweden's herd immunity strategy coldblooded, indifferent: netizens*, Global Times, 25.04.2020, <https://www.globaltimes.cn/content/1186720.shtml>

<sup>130</sup> WHO, *Coronavirus disease (COVID-19): Herd immunity, lockdowns and COVID-19*, 15.10.2020, <https://web.archive.org/web/20201214195732/https://www.who.int/news-room/q-a-detail/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19>; *contra* WHO, *Coronavirus disease (COVID-19): Serology*, 09.06.2020, <https://web.archive.org/web/20201105013101/https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-serology>

<sup>131</sup> Huffington Post, *„Ci sono ancora troppe persone per strada e comportamenti da migliorare“*, 14.03.2020, [https://www.huffingtonpost.it/entry/ci-sono-ancora-troppe-persone-per-strada-e-comportamenti-da-migliorare\\_it\\_5e6cc3b5c5b6dda30fc9dcd0](https://www.huffingtonpost.it/entry/ci-sono-ancora-troppe-persone-per-strada-e-comportamenti-da-migliorare_it_5e6cc3b5c5b6dda30fc9dcd0)

<sup>132</sup> James Patterson, *Italy Coronavirus Lockdown 'Not Enough,' Says China, Healthcare Staff Stop Counting Bodies*, Int'l Bus. Times, 20.03.2020, <https://www.ibtimes.com/italy-coronavirus-lockdown-not-enough-says-china-healthcare-staff-stop-counting-2943402>

Aus heiterem Himmel machte in diesem Zeitraum eine Person auf sich aufmerksam, die einen – für alle verständlichen und mit zahlreichen Grafiken angereicherten – Artikel publizierte: **Tomas Pueyo, ein Ingenieur und MBA ohne jeglichen gesundheitlichen oder epidemiologischen Hintergrund**. Er kam am **10. März 2020** durch einen Artikel auf der Self Publishing-Website „Medium“ mit dem Titel „*Coronavirus: Why You Must Act Now*“ (Warum Sie jetzt handeln müssen) zu plötzlichem Ruhm. Darin beschwor er Staatsoberhäupter auf der ganzen Welt nach dem Vorbild Chinas Abriegelungen zu implementieren, um den steigenden COVID-19-Fällen entgegenzuwirken:

*„Die Gesamtzahl der Fälle wuchs exponentiell, bis China es eindämmte. Aber dann sickerte es nach draußen, und jetzt ist es eine Pandemie, die niemand aufhalten kann.“<sup>133</sup>*

Pueyos Artikel wurde hunderttausendfach geteilt (ging viral), darunter auch von vielen Prominenten.<sup>134</sup> Danach ging Pueyo auf „Tournee“ und beriet staatliche Gesetzgeber bei der Implementierung von Abriegelungen.<sup>135</sup> Ob er auch mit der belangten Behörde Kontakt hatte, ist nicht überliefert. Fest steht allerdings, dass sein Narrativ – man kann es nicht anders bezeichnen – auch in Österreich auf fruchtbaren Boden fiel.

Pueyo war nicht nur unqualifiziert, um diese Art von epidemiologischen Ratschlägen an Gesundheitsbehörden und Entscheidungsträgern zu erteilen, sein Artikel vom 10. März 2020 enthält auch eine Reihe von fraglichen Punkten. Erstens bezieht sich Pueyo mehrmals auf das Coronavirus als eine „Pandemie“. Zum Zeitpunkt des 10. März 2020 hatte die WHO das Coronavirus jedoch noch nicht zur Pandemie erklärt.<sup>136</sup> Laut dem Artikel machten die Fälle weniger als 0,0015% (!) der Weltbevölkerung aus. Darin appelliert Pueyo dann an die Verantwortlichen:

***„Aber in 2-4 Wochen, wenn die ganze Welt im Ausnahmezustand ist, wenn die wenigen kostbaren Tage der sozialen Distanzierung, die Sie ermöglicht haben, Leben gerettet haben, werden die Leute Sie nicht mehr kritisieren: Sie werden Ihnen danken, dass Sie die richtige Entscheidung getroffen haben.“***

Das Coronavirus war nicht nur noch keine Pandemie, sondern am **10. März 2020** gab es in der Welt, ausgenommen China, weniger als 200 registrierte Fälle. Pueyo hatte keinen triftigen Grund das Coronavirus als Pandemie zu bezeichnen, keinen triftigen Grund zu glauben, dass die ganze Welt in zwei bis vier Wochen eingeschlossen sein würde und vor

---

<sup>133</sup> Tomas Pueyo, *Coronavirus: Why You Must Act Now*, Medium, 10.03.2020, <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-act-today-or-people-will-die-f4d3d9cd99ca>

<sup>134</sup> So etwa Steven Pinker (Harvard): @sapinker, Twitter, 11.03.2020, <https://twitter.com/sapinker/status/1237761514989289472>

<sup>135</sup> Tomas Pueyo @tomaspueyo, Twitter, 25.03.2020, <https://twitter.com/tomaspueyo/status/1242711009254506497?s=20>

<sup>136</sup> WHO, *Archived: WHO Timeline — COVID-19*, 27.04.2020, <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

allem keinen triftigen Grund den Regierungen der Welt zu raten sich und die Bevölkerung einzusperren.

Offenbar (jedenfalls mittelbar) unter dem Eindruck seines vielfach geteilten Artikels vom 10. März 2020 stehend – wurde die Lockdown-Strategie mit 15. März 2020 in Österreich umgesetzt. Im Artikel wird auf das Italienische Lockdownmodell empfehlend verwiesen. Das beinhaltet uA Geschäftsschließungen bzw. Öffnungszeitenbeschränkungen, Ausgangsverbote, Kontaktverbote, Abstandsgebote etc. (s.o.).

Am **19. März 2020** veröffentlichte Pueyo einen weiteren Medium-Artikel mit dem Titel „*The Hammer and Dance*“ (Der Hammer und der Tanz), der wieder viral ging und die Strategie erklärte, die Pueyo als „*den Hammer*“ beschrieb – schnelle, aggressive Abriegelungen, wenn Ausbrüche auftreten –, gefolgt von „*dem Tanz*“ – Verfolgung, Überwachung und Quarantänemaßnahmen.<sup>137</sup>

In der **Erklärung des Bundeskanzlers** vom **03. April 2020** an den Nationalrat werden die weiteren Vorhaben der BReg zur Verhinderung der Verbreitung von SARS-CoV-2 dargestellt. Sie gibt die „Hammer und Tanz“-Strategie mit anderen Worten wieder:

*"[...] All diese Rückkehr zur Normalität wird verbunden sein mit Begleitmaßnahmen. Zum Ersten mit dem Schutz der Risikogruppen und der besonders gefährdeten Menschen, der älteren Bevölkerung. Zum Zweiten durch einen Kulturwandel – Abstand halten und Masken tragen. Ich weiß, dass ist nicht angenehm. Ich weiß, das ist fremd. Aber es ist notwendig, um andere zu schützen. [...] Und zum Dritten: Containment. Containment im Sinne von Tracking, einer möglichst breiten und schnellen Testung und der Isolation all jener, die sich potenziell angesteckt haben."*<sup>138</sup>

ORF.at berichtete am **7. April 2020** über die Vorhaben der Bundesregierung.

*„Begleitend zu der schrittweisen Lockerung der Ausgangsbeschränkungen kommt auf die Menschen in Österreich eine ganze Reihe neuer Maßnahmen zu. Dazu gehört zum Beispiel, dass ein Nase-Mund-Schutz künftig nicht nur im Supermarkt, sondern auch in allen anderen – wieder geöffneten – Geschäften zu tragen ist. Das Gleiche gilt beim Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln. Man werde „überall dort, wo es Öffnungen gibt, ebenfalls diesen Mundschutz realisieren“, sagte dazu Anshober.*

---

<sup>137</sup> Tomas Pueyo, *Coronavirus: The Hammer and the Dance*, Medium, 19.03.2020, <https://tomaspuoyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>; deutsche Übersetzung: Christina Müller, *Coronavirus: Der Hammer und der Tanz*, 21.05.2020, <https://medium.com/tomas-pueyo/coronavirus-der-hammer-und-der-tanz-abf9015cb2af>

<sup>138</sup> BKA, *Erklärung von Bundeskanzler Sebastian Kurz an den Nationalrat zur aktuellen Entwicklung zum Coronavirus*, 03.04.2020, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/bundeskanzler-sebastian-kurz/reden-bundeskanzler-sebastian-kurz/regierungserkl%C3%A4rung-zu-covid-19.html>

Dazu sollen laut dem Gesundheitsminister ein „umfassendes Controlling“ sowie weitere Stichprobentests „von Zeit zu Zeit“ kommen. Auch Antikörpertests will das Gesundheitsministerium in Zukunft verstärkt einsetzen, „vor allem dort, wo es um Hotspots geht“, so der Ressortchef. Zusätzlich will die Regierung in ihrer „Containment-Strategie“ auch auf „digitale Applikationen“ setzen. Wenngleich inzwischen feststehen dürfte, dass die vom Roten Kreuz entwickelte „Stopp Corona“-App nur auf freiwilliger Basis erfolgen soll.

[...]

Die Stoßrichtung hinter den neuen Maßnahmen ist klar: Die Neuinfektionen sollen trotz gelockerter Beschränkungen nicht wieder stark steigen. Und sollten sie es doch tun, will die Regierung auf jeden Fall verhindern, dass das unbemerkt geschieht – und möglichst schnell gegensteuern.

**Die Ausführungen der Regierung ließen am Montag an einen Text denken, der in den vergangenen Tagen millionenfach in den sozialen Netzwerken geteilt wurde: Der US-Autor Tomas Pueyo umriss darin Mitte März [2020, Anm.], wie Regierungen die Epidemie unter Kontrolle bringen und halten könnten. „Hammer und Tanz“ lautet der Titel des Aufsatzes. Laut Pueyo muss einer kurzen Zeit der ganz harten Einschnitte – von ihm als „Hammer“ bezeichnet – eine längere Periode des „Tanzes“ folgen. In dieser zweiten Phase müssten die Behörden ganz genau beobachten, wie sich die Infektionskurven entwickelten – und entsprechend reagieren. Für den Tech-Entrepreneur heißt das freilich auch – falls notwendig –, wieder härtere Einschnitte zu setzen. In den Worten von Anschöber ließe sich das wohl mit „die Notbremse ziehen“ übersetzen. Nur: Zu welchem Zeitpunkt, wie fest und wie lange diese gezogen werden muss, sind große Unbekannte.“<sup>139</sup>**

**Einzig: Der Begriff „Hammer and Dance“ hat keine Geschichte in der Epidemiologie – Tomas Pueyo hat ihn für seinen Artikel vom 19. März 2020 erfunden. Auch die von ihm empfohlenen Maßnahmen sind in ihrer Intensität beispiellos in der Epidemiologie. Zudem enthält der Artikel keine Quellenangaben, die eine Nachprüfung der vorgestellten Ergebnisse ermöglichen.**

Einen Überblick über die damals diskutierten Maßnahmen liefert Annett Stein (DPA) in einem Artikel vom **28. März 2020** für die Tiroler Tageszeitung. Darin stellt sie – rückwirkend

---

<sup>139</sup> ORF, Warnen vor der „zweiten Welle“, 07.04.2020, <https://orf.at/stories/3160851/>

betrachtet erstaunlich präzise – die **Kollateralschäden** der „*Hammer and Dance*“-Strategie dar, die mittlerweile zur leidvollen Realität der Antragsteller, wie auch zahlreicher Bürger, wurde.<sup>140</sup>

## b. Modellrechnung als Basis

### i. Imperial College London

Im Februar 2020 führte ein Team des **Imperial College London** unter der Leitung des Physikers *Neil Ferguson* eine Berechnung (Modellierung) durch, die eine tragende Rolle bei der Rechtfertigung von Lockdowns in den meisten Ländern spielen sollte. Das Imperial College prognostizierte eine Reihe möglicher Ergebnisse, darunter, dass bis Oktober 2020 mehr als 500.000 Menschen in Großbritannien und 2,2 Millionen Menschen in den USA an den Folgen von COVID-19 sterben würden und empfahl monatelange strenge soziale Distanzierungsmaßnahmen, um dieses Ergebnis zu verhindern<sup>141</sup>.

Das Modell sagte auch voraus, dass es in den Vereinigten Staaten bis zu einer Million Todesfälle geben könnte, selbst mit Richtlinien zur „*verstärkten sozialen Distanzierung*“ einschließlich der „*Abschirmung von älteren Menschen*“. Offenbar von diesen Berichten besorgt, entschloss sich auch die BReg bzw. die belangte Behörde freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu verfügen.

Eine **Studie von Forschern der UCLA und des Institute for Health Metrics and Evaluation** (IHME) verglich die Genauigkeit der Modelle verschiedener Institutionen zur Vorhersage der COVID-19-Sterblichkeit.<sup>142</sup> Über alle Zeiträume hinweg wurden bei den Modellen des Imperial College weitaus höhere Fehlerquoten gemessen als bei den anderen – immer auf der Seite der zu hohen Fehlerquote:

*„Die 12-wöchigen medianen absoluten prozentualen Fehler (MAPE), die die im Juli und August 2020 produzierten Modelle widerspiegeln, reichten von 22,4% für das*

---

<sup>140</sup> Annett Stein, „*Hammer und Tanz*“: Coronavirus als Experiment mit fast acht Milliarden Menschen, Tiroler Tageszeitung, 28.03.2020, <https://www.tt.com/artikel/30725880/hammer-und-tanz-coronavirus-als-experiment-mit-fast-acht-milliarden-menschen>

<sup>141</sup> *Ferguson et al.*, Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand, Imperial College COVID-19 Response Team, 16.03. 2020, <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf>

<sup>142</sup> *Friedman et al.*, Predictive performance of international COVID-19 mortality forecasting models, 19.11.2020, <https://doi.org/10.1101/2020.07.13.20151233>

SIK-J Alpha-Modell bis zu 79,9% für das Imperial-Modell... Die Delphi- und LANL Modelle vom Juli unterschätzten die Sterblichkeit mit medianen prozentualen Fehlern von -5,6% bzw. -8,3% nach 6 Wochen, während das Imperial-Modell zur Überschätzung neigte (+47,7%) und die übrigen Modelle relativ unvoreingenommen waren... Das Imperial Modell hatte größere Fehler, etwa 5-mal höher als andere Modelle nach sechs Wochen. **Dies scheint größtenteils auf die bereits erwähnte Tendenz zur Überschätzung der Mortalität zurückzuführen zu sein.** Nach zwölf Wochen waren die MAPE-Werte für das IHME-MS-SEIR Modell (23,7 %) am niedrigsten, während das Imperial-Modell den höchsten MAPE-Wert (98,8 %) aufwies... Bei den aktuellsten Modellen betrug der MAPE-Wert nach sechs Wochen modellübergreifend 7,2 %.

**Die Ungenauigkeit von Imperial hielt unvermindert an.** Im Oktober 2020 sagte das Modell des Imperial College für Großbritannien 2.000 Todesfälle pro Tag bis Mitte Dezember voraus<sup>143</sup>. Tatsächlich erreichten die Todesfälle pro Tag in Großbritannien nie 400<sup>144</sup>.

Im März 2020 erstellte das Imperial College einen Bericht mit dem Titel „*Evidence of initial success for China exiting COVID-19 social distancing policy after achieving containment*“<sup>145</sup> und kam zu dem Schluss:

*„Zum ersten Mal seit Beginn des Ausbruchs wurden bis zum 23. März 2020 an fünf aufeinanderfolgenden Tagen keine neuen bestätigten Fälle durch lokale Übertragung in China gemeldet. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die in China ergriffenen Maßnahmen zur sozialen Distanzierung zu einer Kontrolle von COVID-19 in China geführt haben... **nach sehr intensiver sozialer Distanzierung, die zu einer Eindämmung führte**, hat China seine strenge Politik der sozialen Distanzierung bis zu einem gewissen Grad erfolgreich verlassen.“*

**Das Imperial College hatte keine Möglichkeit herauszufinden, ob dies tatsächlich der Fall war** – Fälle nicht zu entdecken bedeutet nicht, dass sie nicht existieren, insbesondere bei einem Virus, der für kaum jemanden außer den Schwächsten tödlich ist und einer Staatsform, die alles dem Willen einer politischen Partei unterordnet. In einem Interview im Dezember 2020 erinnerte sich *Ferguson* daran wie China mit seinen Abriegelungsempfehlungen die britische Politik beeinflusste:

---

<sup>143</sup> Scientific Advisory Group for Emergencies, *SPI-M-O: Long term winter scenarios preparatory working analysis*, 31.10.2020, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/938967/201031\\_SPI-M\\_preparatory\\_analysis\\_long\\_term\\_scenarios.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/938967/201031_SPI-M_preparatory_analysis_long_term_scenarios.pdf)

<sup>144</sup> National Health Service, *COVID-19 Daily Deaths*, <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/covid-19-daily-deaths/>.

<sup>145</sup> *Ferguson/Riley et al.*, Report 11 — Evidence of initial success for China exiting COVID-19 social distancing policy after achieving containment, Imperial College COVID-19 Response Team, 24.03.2020, <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-11-china-exiting-social-distancing/>.

**„Ich glaube, das Gefühl der Leute, was in Bezug auf die Kontrolle möglich ist, sich zwischen Jänner und März [2020] ziemlich dramatisch verändert hat... Es ist ein kommunistischer Einparteienstaat, sagten wir. Wir dachten, wir könnten damit in Europa nicht durchkommen... Und dann hat Italien es getan. Und wir erkannten, dass wir es können... Wenn China es nicht getan hätte, wäre das Jahr ganz anders verlaufen.“<sup>146</sup>**

In einer Zeit der Panik ist es natürlich, dass sich die Öffentlichkeit auf die schlimmstmöglichen Ergebnisse konzentriert. Daher kann eine angesehene Institution, die besonders alarmistische Modelle produziert, einen übergroßen Einfluss auf den politischen Diskurs haben. **In diesem Fall irrte die fragliche Institution konsequent und ungeheuerlich in eine Richtung: die „Tendenz, die Sterblichkeit zu überschätzen“.**

## **ii. COVID-Prognose-Konsortium**

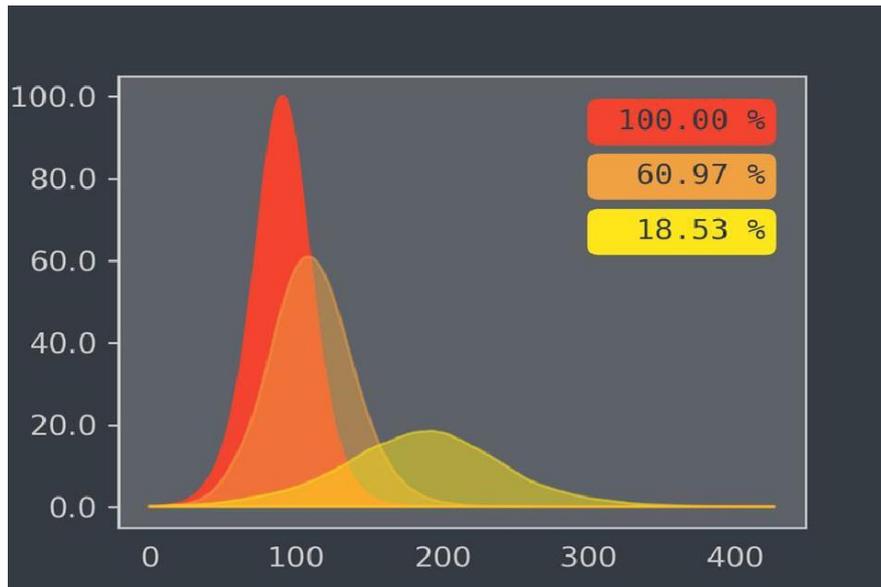
Für Österreich erstellt ein Covid-Prognose-Konsortium seit März 2020 wöchentlich konsolidierte Kurzfristprognosen zum Verlauf der an COVID-19 „erkrankten“ Personen sowie zu den aktuell verfügbaren Kapazitäten im Spitalsbereich. Es besteht aus Experten der *Technischen Universität Wien/DEXHELPP/dwh GmbH*, der *Medizinischen Universität Wien/Complexity Science Hub Vienna (CSH)* und der *Gesundheit Österreich GmbH (BMSGPK)*.<sup>147</sup>

Dieses prognostizierte am **12. März 2020** – in Anlehnung an die Aussagen der deutschen Bundeskanzlerin – (notgedrungen) eine Berechnung auf Basis damals sehr dünner Datelage und zahlreichen Annahmen:

---

<sup>146</sup> Whipple, *Professor Neil Ferguson: People don't agree with lockdown and try to undermine the scientists*, The Times of London, 25.12.2020, <https://www.thetimes.co.uk/article/people-don-t-agree-with-lockdown-and-try-to-undermine-the-scientists-gnms7mp98>.

<sup>147</sup> COVID-Prognose-Konsortium BMSGPK, *Wöchentlich konsolidierte Kurzfristprognosen zum Verlauf der an COVID-19 erkrankten Personen in Österreich*, 19.02.2021, [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html)



### **„Worst Case Szenario von Angela Merkel**

Angela Merkel sprach gestern (Mittwoch, 11.3.2020) auf ihrer Pressekonferenz davon, dass die COVID-19 Epidemie in Deutschland, über den gesamten Verlauf betrachtet, 60-70 Prozent der Bevölkerung infizieren könnte.

**Legt man diese Werte auf die Österreichische Gesamtbevölkerung (8,8 Millionen Einwohner) an, so müsste man von einem Worst-Case Szenario mit 5,3 bis 6,2 Millionen Infektionsfällen ausgehen.**

„In Anbetracht dieser Zahlen stellt sich klarerweise sofort die Frage, ob so ein Epidemieverlauf von unserem Gesundheitssystem bewältigbar ist. Es ist aktuell noch zu früh für seriöse, exakte Prognosen zum weiteren Epidemieverlauf. Solche Prognosen sind daher mit äußerster Vorsicht zu betrachten.

[...]

In der Grafik wird der Unterschied der Peaks durch eine Reduktion der Sozialkontakte für das Worst-Case-Szenario dargestellt. Als Basis (**100%**) wird der Peak ohne Einschränkung der Sozialkontakte (**rote Kurve**) herangezogen. **Orange** abgebildet ist die Kurve bei einer Reduktion um 10%. Bei der geforderten Reduktion um 25% liefert unser Modell die **gelbe Kurve**.<sup>148</sup>

Wohin derartige Empfehlungen führen können, zeigt sich auch in Österreich. Im Bericht heißt es weiter:

<sup>148</sup> dwh, BMSGPK et al, Corona: Worst Case Szenario und Gegenmaßnahmen, COVID-Prognose-Konsortium, 12.03.2020, <https://www.dwh.at/news/corona-worst-case-szenario-und-gegenmassnahmen/>

„In der Simulation dieses Worst-Case-Szenarios mit unserem Modell, würde es in Österreich Ende Mai einen Peak von etwa 2 Millionen Infizierten geben. **Dies ist zwar ein absolutes Worst-Case-Szenario, aber es verdeutlicht warum eine Senkung des Peaks notwendig ist.**

[...]

### **Reduktion des Epidemie-Peaks**

**Mithilfe der klassischen Epidemie-Gleichungen** (SIR-Modell von Kermack-McKendrick) lässt sich sehr einfach zeigen, dass bereits leichte Reduktionen der Kontaktrate den Höhepunkt der Epidemie (Peak) deutlich geringer ausfallen lässt. Aus genau diesem Grund vertritt Gesundheitsminister Anchober auch die Forderung nach einer Reduktion der Sozialkontakte um 25 % so vehement. Denn dies würde den Peak bereits auf nur mehr 52% des Basiswertes senken (im klassischen SIR-Modell), der Peak würde sich also fast halbieren.

In unserer agentenbasierten Epidemie-Simulation, welche einen deutlich höheren Detailgrad (u.A. genaue Demographie der österreichischen Bevölkerung, genauer Krankheitsverlauf) besitzt und dadurch in der Lage ist die sozialen Interaktionen viel genauer abzubilden, **zeigt sich nun, dass die von Anchober geforderte Maßnahme noch deutlich effektiver ist. Bei einer Reduktion der Kontaktrate um 25% ergibt sich eine Senkung des Peaks um ganze 80%. Für das Worst-Case-Szenario würden am Höhepunkt also statt ca. 2 Millionen "nur" mehr 360-tausend Menschen gleichzeitig Infiziert sein.**

[...]

### **Verlauf der Epidemiekurven ohne und mit Gegenmaßnahmen**

**Senkung des Epidemie-Peaks durch Reduktion der Kontaktrate: Es ist also deutlich ersichtlich, dass die von Anchober geforderte Reduktion dringend notwendig ist, um den Epidemieverlauf auf ein bewältigbares Niveau zu drücken.**

Der Grund für die noch besseren Zahlen als bisher ist, dass beim angenommenen klassischen SIR-Modell die Bevölkerung homogen ist. Das heißt das Virus wird gleichmäßig über die Bevölkerung verbreitet. **In unserem agentenbasierten Modell gibt es allerdings, durch die geografischen Eigenschaften, lokale Kontaktnetzwerke. Die Infektion verbreitet sich daher mit höherer Wahrscheinlichkeit (hauptsächlich) innerhalb dieser lokalen Netzwerke und muss erst in die anderen Kontaktnetzwerke weitergetragen werden.“**

Das ist eine wesentliche Feststellung, die sich – wie noch auszuführen sein wird – auch nachweisen ließ. Allerdings wurde die Mortalität und die Anzahl schwerer Krankheitsverläufe massiv überschätzt, weshalb aus der Prognose die falschen Schlüsse gezogen wurden. Dann allerdings irrt das Konsortium, wie sich mittlerweile herausstellte, wenn es weiter prognostiziert:

*„Die ohnehin bereits geringere Wahrscheinlichkeit ins nächste lokale Netzwerk übertragen zu werden, wird bei der Reduktion der Kontakte weiter reduziert. Dadurch verzögert sich die Ausbreitung noch stärker als bei einer homogenen Durchmischung.“*

### **Herkunft und Anzahl der aktuell bekannten Corona-Fälle in Österreich**

[...]

*Die Effektivität der 25%-Maßnahmen*

*Insgesamt sind die Schritte der Regierung zur Reduktion der Sozialkontakte auf jeden Fall zu begrüßen. Denn zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit ist, wie oben beschrieben, eine Verzögerung der Epidemieausbreitung mit einer einhergehenden Abflachung des Peaks zwingend notwendig.“*

Die Ausführungen vom **12. März 2020** schließen mit einer Fragestellung, die heute aktueller denn je ist:

**„Es stellen sich daher nun die Fragen:**

*Wie effektiv sind diese Maßnahmen zur Reduktion der Kontaktrate?*

*Treffen sie die richtigen Personengruppen und reichen sie bereits zur Erreichung des 25% Zieles aus, oder müssen weitere gesetzt werden?“*

Darauf wird im Weiteren noch einzugehen sein.

Zur abschließenden Illustration noch ein Streiflicht vom **04. September 2020**: An diesem Tag erreichte eine alarmistische OTS-Meldung Österreich. Das *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* an der University of Washington School of Medicine, modellierte drei Szenarien:

*„Seattle (ots/PRNewswire) - Wenn der Winter in die nördliche Hemisphäre zurückkehrt, wird ein "tödlicher Dezember" mit fast 30.000 Todesfällen pro Tag erwar-*

*tet [...] IHME-Direktor Dr. Christopher Murray. „Wir stehen vor einem tödlichen Dezember [2020, Anm.], insbesondere in Europa, Zentralasien und den Vereinigten Staaten.<sup>149</sup>“*

Übertitelt war diese OTS von „healthdata.org“ im Übrigen mit „*Erste weltweite COVID-19-Prognose: IHME geht davon aus, dass bis zum 1. Januar eine Dreiviertelmillion Leben gerettet werden könnten*“. Das war vermutlich verheißungsvoller, als auf eine Prognose mit ungewissem Eintritt zu setzen.

Einzig: Einen „*tödlichen Dezember [2020]*“ hat Österreich nie erlebt.

### iii. Prognosebasierten Frühwarnsystem in Österreich, Rückschau vom 20.10.2020

Etwa sieben Monate nach Beginn der Corona-Krise, veröffentlichten *Martin Bicher, Martin Zuba, Lukas Rainer, Florian Bachner, Claire Rippinger, Herwig Ostermann, Nikolas Popper, Stefan Thurner, Peter Klimek* auf medRxiv (Preprint Server für Medizinwissenschaft) am **20. Oktober 2020** einen Beitrag mit dem Titel „*Supporting Austria through the COVID-19 Epidemics with a Forecast-Based Early Warning System*“ (zu Deutsch: „*Unterstützung Österreichs durch die COVID-19-Epidemie mit einem prognosebasierten Frühwarnsystem*“).<sup>150</sup> Darin zeigten sie die Möglichkeiten und Limitationen der verwendeten Modellrechnungen auf. Es wird darauf hingewiesen, dass Mitautoren des Artikels Berater der Bundesregierung sind.

*„In einer Pressekonferenz im April erklärte der österreichische Bundeskanzler öffentlich, dass bald **„jeder jemanden kennen wird, der wegen COVID-19 gestorben ist“**, basierend auf einem externen SIR-Modell-basierten Worst-Case-Szenario, das eine Todesrate von 100.000 Menschen (1,1 % der österreichischen Bevölkerung) enthielt [30, Anm: der Verweis im Originaldokument auf die Seite des Bundeskanzleramtes ist nicht mehr abrufbar, 404 Error, Link gelöscht]. **Solche Szenarien sind aufgrund ihres undefinierten Aussagekraft problematisch und trugen zu einer öffentlichen Wahrnehmung von unzuverlässigen epidemiologischen Modellen bei.** Während Szenario-Analysen und numerische Experimente in "Was-wäre-wenn"-Szenarien ihre Vorzüge bei*

---

<sup>149</sup> Healthdata.org, *Erste weltweite COVID-19-Prognose: IHME geht davon aus, dass bis zum 1. Januar eine Dreiviertelmillion Leben gerettet werden könnten*, APA OTS 04.09.2020, [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20200904\\_OTS0167/erste-weltweite-covid-19-prognose-ihme-geht-davon-aus-dass-bis-zum-1-januar-eine-dreiviertelmillion-leben-gerettet-werden-koennten](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20200904_OTS0167/erste-weltweite-covid-19-prognose-ihme-geht-davon-aus-dass-bis-zum-1-januar-eine-dreiviertelmillion-leben-gerettet-werden-koennten)

<sup>150</sup> *Bicher, Zuba, Rainer, Bachner, Rippinger, Ostermann, Popper, Thurner, Klimek*, Supporting Austria through the COVID-19 Epidemics with a Forecast-Based Early Warning System, 20.10.2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.18.20214767>, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.18.20214767v2>

der Bewertung der Wirksamkeit bestimmter NPIs haben, verringern sie das Vertrauen in die Regierungspolitik, sobald klar wird, dass der schlimmste Fall nicht eintreten wird. **Wenn es die Angst vor Hunderttausenden von Opfern in Großbritannien oder Österreich ist, die uns zum Tragen von Masken zwingen sollte, warum sollten wir dann weiterhin Masken tragen, sobald klar ist, dass dieses Szenario vermieden wurde?**

[...] Außerdem beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Nicht-COVID-19-Patienten auf Intensivstationen in Österreich weniger als eine Woche. **Durch die Verschiebung von nicht-essentiellen Behandlungen wäre es daher möglich, rechtzeitig zusätzliche Betten freizumachen, wenn die Kapazitätsbereitstellung die Anzahl der verfügbaren Betten übersteigen würde. Basierend auf solchen Erkenntnissen beschloss die österreichische Regierung, die NPIs schrittweise in Intervallen von 14 Tagen zu lockern.**

Unsere Analyse ergab, dass der Treiber für die über den Prognosen liegende Belegung der Intensivstationen die über den Prognosen liegenden Gesamtfallzahlen waren, während die altersspezifischen Raten der Intensivstationen konstant blieben. Mit anderen Worten: **Die Prognosen für die Bettenbelegung waren aufgrund der prognostizierten Infektionszahlen ungenau, aber nicht, weil sich die Merkmale der erkannten Fälle änderten** (z. B. mehr symptomatische oder schwere Fälle). **Dieses Ergebnis gab den Krisenmanagern die Gewissheit, dass eine unkontrollierte Ausbreitung der Krankheit, die durch einen Anstieg der unentdeckten Fälle und in der Folge einen Anstieg der ICU-Raten gekennzeichnet war, nicht stattfand. Ausschlaggebend für diese Veränderung war eine Verschiebung der Altersverteilung der Fälle von jüngeren Patienten hin zu einer für die österreichische Bevölkerung repräsentativeren Demographie. Verstärkt wurde diese Entwicklung durch mehrere nicht vorhersehbare Infektionen in Pflegeheimen. [...]**

**Unsere prognosebasierte Entscheidungshilfe hat ihre Grenzen.** Zunächst einmal basiert die wöchentliche Prognose auf gemeinsam genutzten Daten des Gesundheitsministeriums und des Innenministeriums, was mit Einschränkungen in Bezug auf die Qualität und den Berichtsfehler verbunden ist. [...] **Des Weiteren basiert unsere Prognose auf Simulationsmodellen, die in der Regel mit Fehlern behaftet sind, die durch Abstraktion und Vereinfachung des realen Systems entstehen.** Durch die harmonisierte Handhabung von drei Modellen mit völlig unterschiedlichen Ansätzen haben wir versucht, solche strukturellen Unsicherheiten zu reduzieren. **Schließlich ist unser Entscheidungsunterstützungsrahmen vor allem durch seine politische und öffentliche Sichtbarkeit begrenzt. Unserer**

***Erfahrung nach war unsere Prognose in Zeiten schneller Bewegungen von besonderem öffentlichen und politischen Interesse, hatte aber auch eine bestätigende Wirkung in Zeiten sinkender Fallzahlen oder langsamen Wachstums in Bezug auf ergriffene politische Maßnahmen.***

***Abschließend argumentieren wir, dass die Worst-Case-Coronavirus-Wissenschaft vielleicht als akademische Übung interessant ist, aber die Modellierer müssen vorsichtiger und verantwortungsbewusster sein, wenn sie Politikern und der Öffentlichkeit die stark spekulative Natur ihrer Ergebnisse vermitteln. Selbst wenn ihre Grenzen in ausführlichen Berichten angemessen diskutiert werden, sind das, was im öffentlichen Diskurs oft auftaucht, Tweets und Powerpoint-Folien, die erschreckende zukünftige Fallzahlen und Todesfälle zeigen. Stattdessen argumentieren wir, dass kurzfristige epidemiologische Modelle wertvolle Bestandteile eines umfassenden Überwachungs- und Berichtssystems sein können, um epidemiologische Wendepunkte zu erkennen und dadurch Entscheidungen zur Erleichterung oder Verstärkung staatlicher Maßnahmen zu treffen.***

Zusammenfassend: Modellrechnungen können ergänzend bei der Abwägung herangezogen werden, ob Lockdown-Maßnahmen gerechtfertigt sind. Sie sind jedoch kein Hauptgrund (wie etwa per 15. bzw. 16. März 2020). Sie sind vor Allem kein alleiniger Grund, um gesetzgeberisches bzw. normgebendes Verhalten danach auszurichten. Eine Modellrechnung ist immer nur so gut, wie ihre Datengrundlage. Die Annahme bestimmter Parameter ist bestimmend für das Ergebnis und damit auch die daraus getroffenen Ableitungen.

Zu diesem Thema könnte noch weiter vorgebracht werden. Was im Kern bleibt, ist jedenfalls das Erkennen eines altbekannten Phänomens: Je öfter eine Aussage wiederholt wird, desto mehr Gewicht wird ihr beigemessen. **Vereinfacht: Je öfter man die gleiche Botschaft hört, desto eher glaubt man ihr. Tritt so ein Fall ein, muss geklärt werden, ob die stets wiederholte Botschaft („Glaubenssatz“) auch einer sachlichen Prüfung standhält.** Nach mehr als einem Jahr der praktischen Erprobung diverser Bekämpfungsmaßnahmen, liegen zahlreiche, fundierte Studien wohlbeleumundeter Institutionen vor, die eine Würdigung verdienen:

## c. Nachprüfende Kontrolle

**Würden Lockdown-Maßnahmen Todesfälle verhindern/vermeiden und das Gesundheitssystem entlasten, hätten jene Länder, die die härtesten Einschnitte verhängt haben, die größten Erfolge erzielt.** Im Ländervergleich lässt sich eine solche Korrelation indes nicht erhärten. Im Gegenteil: Es existieren mittlerweile zahlreiche Studien, die die Wirkungslosigkeit der Eindämmungsmaßnahmen belegen (sogleich). Vorweg: Die Studien werden immer zahlreicher; in der Sammlung von AIER (American Institute for Economic Research), die auf dem neuesten Stand gehalten wird, finden sich derzeit 31 Veröffentlichungen. Nachfolgend werden zu diesem Themenbereich vier davon vorgestellt.<sup>151</sup>

**Selbst die WHO veröffentlichte** – wie schon vorgebracht – **noch im Oktober 2019** (WHO aaO FN 118) (!) eine 91 Seiten starke Ausarbeitung, in der sie darlegte, **wie wenig solche Maßnahmen** (Schulschließungen, Kontaktpersonen-Quarantäne, Social Distancing usw.) **zur Bekämpfung von Influenza geeignet sind. Und ausgerechnet für Corona soll all das die Rettung sein?**

### i. Studie US-Militär „SARS-CoV-2 Transmission among Marine Recruits during Quarantine“

In einer **Studie unter angehenden US-Rekruten** kam es trotz einer Quarantäne unter militärischer Aufsicht zu einer Reihe von Infektionen, die laut einer Studie im New England Journal of Medicine vom 17. Dezember 2020<sup>152</sup> ohne Tests nicht aufgefallen wären. Angesichts einer Epidemie auf dem Flugzeugträger U.S.S. Theodore Roosevelt, bei der sich innerhalb weniger Wochen 1/4 der Besatzung infizierte, wollte und will das US-Militär bei der Ausbildung neuer Rekruten auf Nummer sicher gehen. Alle Anwärter mussten sich vor Eintreffen in der Kaserne für 2 Wochen in Quarantäne begeben. Bevor sie an der „Test-Quarantäne“ teilnehmen konnten, mussten alle Teilnehmer einen negativen PCR-Test vorweisen. In der Kaserne selbst folgt dann noch einmal eine Quarantäne von 2 Wochen.

---

<sup>151</sup> Peter F. Mayer, *Gründe für stärkere 2. Welle in manchen Ländern – staatliche Maßnahmen und Hoffnungslosigkeit*, 07.01.2021, <https://tkp.at/2021/01/07/gruende-fuer-staerkere-2-welle-in-manchen-laendern-staatliche-massnahmen-und-hoffnungslosigkeit/>; AIER, *Lockdowns Do Not Control the Coronavirus: The Evidence*, 19.12.2020 <https://www.aier.org/article/lockdowns-do-not-control-the-coronavirus-the-evidence/>

<sup>152</sup> Andrew G. Letizia et al, SARS-CoV-2 Transmission among Marine Recruits during Quarantine, 17.12.2020, DOI: 10.1056/NEJMoa2029717, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2029717>

An dem Versuch, der im Campus des Marine Corps Recruit Depot Parris Island in Beaufort, South Carolina stattfand, nahmen insgesamt 3.143 Rekruten der US-Marines teil. Von diesen stimmten 1.848 Rekruten zu, an einer Studie zur Übertragung von SARS-CoV-2 teilzunehmen. Die restlichen Personen dienten als Kontrollgruppe.

Während des Quarantäneversuchs vom **12. Mai bis zum 15. Juli 2020** wurden viele der Maßnahmen durchgesetzt, die auch in den meisten Ländern während des Lockdowns zum Tragen kommen:

Die Probanden **durften** den **Campus nicht verlassen** und hatten keinen Zugang zu persönlichen elektronischen Geräten und anderen Gegenständen, die einer Übertragung über die Oberfläche beitragen könnten. Weiters **wuschen** sie sich **regelmäßig** die Hände. Dasselbe galt für die Ausbilder. Den **Probanden** war auch **untersagt** mit dem **Küchenpersonal** oder dem **Hausmeister** zu **interagieren**.

Die Teilnehmer schliefen jedoch in **Doppelzimmern mit Waschbecken** und nutzen **Gemeinschafts-Badezimmer**. Die **Zimmer** wurden jedoch **täglich** von den Rekruten **gereinigt**, ebenso **desinfizierten** sie die **Toiletten nach jedem Gebrauch**. Ihre Mahlzeiten nahmen die Studienteilnehmer in einem Gemeinschaftsraum ein, der nach jeder Gruppe gereinigt und desinfiziert wurde. **Die meisten Trainingseinheiten** wurden **im Freien** durchgeführt. **Alle Bewegungen der Probanden** wurden zudem **beaufsichtigt** und sie unterzogen sich **jeden Tag Temperaturkontrollen** und einem **Symptomscreening**:

Wenn die Rekruten **irgendwelche Anzeichen oder Symptome** meldeten, die mit COVID-19 übereinstimmten, meldeten sie sich krank, unterzogen sich einem PCR-Test auf SARS-CoV-2 und wurden bis zum Vorliegen der Testergebnisse isoliert.

**Wöchentlich wurden zudem PCR-Tests durchgeführt und Blutproben entnommen, die dann auf SARS-CoV-2 spezifische Antikörper untersucht wurden.**

**Trotz aller Sicherheitsmaßnahmen kam es jedoch zu Positivtestungen.**

Von den **Rekruten der „Hygiene-Gruppe“** wurden insgesamt **51 positiv** auf SARS-CoV-2 getestet. In der **Kontrollgruppe** waren es **nur 26** von 1.556 Personen, bei denen der Test positiv war. Um herauszufinden, wie und in welchen Clustern sich das Virus ausbreitete, analysierten die Wissenschaftler um *Andrew Letizia* vom Naval Medical Research Center das Genom aus den Viren der positiv getesteten Personen.

Dabei stellten sie fest, dass **die meisten Fälle innerhalb der einzelnen Einheiten** auftraten. Die epidemiologische Analyse wies darauf hin, dass die Zugehörigkeit zu einem

Zug und die Unterbringung in Doppelzimmern **Risikofaktoren** für eine Infektion waren, **nicht** jedoch die **Nähe der Zimmer oder die gemeinsamen Badezimmer**.

**Dass die Soldaten sich trotz strenger Auflagen dieses Virus vom Stamm SARS-CoV-2 einfingen, ist nicht notwendigerweise beunruhigend: Nur 5 der 51 Fälle zeigten danach für SARS-CoV-2 typische Symptome wie Husten, Schnupfen, Fieber und Kopfschmerzen. Schwere Fälle kamen nicht vor.** Dies ist auch nicht verwunderlich, da alle Rekruten körperlich fit und jüngeren Alters sind und damit nicht zur Risikogruppe gehören. Im Endeffekt liefert die Studie Hinweise, dass ein Lockdown kein geeignetes Instrument zur Bekämpfung der Corona-Krise ist. Es muss vor allem darum gehen, die Risikogruppe effektiver zu schützen.

## ii. „Lockdown“ Studie Universität Sandford, Bendavid/Ioannidis

**Die wohl aktuellste Studie der Universität Stanford**<sup>153</sup> (05. Jänner 2021) kommt ebenfalls zum Ergebnis, dass sich die Vermeidung der Ausbreitung von SARS-CoV2 auch mit gelinderen Mitteln als einem „Lockdown“ erreichen lässt. Die Studienautoren, darunter die wohlbeleumundet und weithin anerkannten Professoren *Eran Bendavid* und *John P.A. Ioannidis* stellten fest, dass weniger harte Maßnahmen, wie Abstand halten, Kontaktverfolgung und der Schutz besonders gefährdeter Menschen, eigentlich ausreichend sind.

Die Autoren verglichen Auswirkungen und Wirksamkeit von Maßnahmen mit unterschiedlichem Grad der Strenge. Sie **kommen zum Ergebnis, dass die restriktiven Maßnahmen epidemiologisch sinnlos sind, aber enormen Schaden anrichten**. In der Studie werden die Auswirkungen von NPI (= *Non-pharmaceutical intervention, nichtpharmazeutische Maßnahmen*), unterteilt in stark restriktive NPIs (mrNPIs) und gering restriktive NPIs (lrNPIs), auf das Wachstum der Epidemiefälle bewertet.

*Dr. Peter F. Mayer* fasst die Ergebnisse der Studie in seinem *Science & Tech-Blog* wie folgt zusammen:<sup>154</sup>

*„Die Autoren schätzen zunächst das Wachstum der COVID-19-Fälle in Abhängigkeit von der Einführung einer NPI in Regionen von 10 Ländern ab: England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien, Südkorea, Schweden und die USA.*

---

<sup>153</sup> *Eran Bendavid, Christopher Oh, Jay Bhattacharya, John P.A. Ioannidis, Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19, European Journal of Clinical Investigation, 05.01.2021, <https://doi.org/10.1111/eci.13484>*

<sup>154</sup> *Peter F. Mayer, Stanford Studie mit Top Medizin-Wissenschaftler Ioannidis zeigt keinen Nutzen von Lockdowns, 11.01.2021 tkp.at, <https://tkp.at/2021/01/11/stanford-studie-mit-top-medizin-wissenschaftler-ioannidis-zeigt-keinen-nutzen-von-lock-downs/>*

Unter Verwendung von Erstdifferenzmodellen mit festen Effekten werden die Effekte von mrNPIs isoliert, indem die kombinierten Effekte von IrNPIs und Epidemiedynamik von allen NPIs abgezogen werden. Das Fallwachstum in Schweden und Südkorea, zwei Ländern, die keine obligatorischen Stay-at-home Regeln und Betriebs-schließungen eingeführt haben, wird als Vergleich für die anderen 8 Länder verwendet.

### **Kein Einfluss strikterer Maßnahmen auf Infektionsgeschehen**

Die Einführung jeglicher NPIs war in 9 von 10 Studienländern mit einer signifikanten Reduktion des Fallwachstums verbunden, einschließlich Südkorea und Schweden, die nur die (leicht restriktiven) IrNPIs vorschrieben, wobei Spanien einen nicht-signifikanten Effekt hatte. **Nach Abzug der Epidemie- und IrNPI-Effekte ist in keinem Land einen klarer, positiver Effekt von mrNPIs auf das Fallwachstum zu errechnen.** Aufgrund der potenziell gesundheitsschädlichen Auswirkungen von mrNPI – darunter Hunger, Suchtentwicklungen, versäumte Impfungen, Zunahme von Nicht-COVID-Krankheiten durch nicht funktionierende Gesundheitsdienste, häusliche Gewalt, verringerte psychische Gesundheit und zunehmende Fälle von Selbstmorden sowie einer Vielzahl wirtschaftlicher Folgen mit gesundheitlichen Auswirkungen, **sollte der Nutzen genauer bestimmt werden, statt ihn einfach zu behaupten, wie dies bisher geschah.**

Politiker und auch manche Berater aus dem wissenschaftlichen Umfeld behaupten den Einfluss auf die Infektionen zu kennen. Die Autoren der Studie merken dagegen an, dass es **unmöglich ist die Auswirkungen nationaler Maßnahmen auf die Übertragung neuer Infektionen zu bewerten, da die tatsächliche Zahl der Infektionen in keinem Land sichtbar ist.** Stattdessen folgen sie anderen Studien, die die Fallzahlen von Testungen verwenden und gehen implizit davon aus, dass sie der zugrunde liegenden Infektionsdynamik wenigstens annähernd entspricht.

In räumlich sehr beengten Bereichen hat sich auch gezeigt, dass **Hausarrest die Ansteckung beschleunigt** hat. Mit anderen Worten: Es ist möglich, dass Hausarrestanordnungen die Übertragung erleichtern, wenn sie den Kontakt von Person zu Person dort erhöhen, wo die Übertragung effizient ist, wie z. B. in geschlossenen Räumen.

**Die Studie hält auch fest, dass NPIs sehr starken Schaden anrichten.** Zum Beispiel können Schulschließungen sehr schwerwiegende Schäden verursachen, die allein im Frühjahr auf ein Äquivalent von 5,5 Millionen Lebensjahren für Kinder in den USA geschätzt werden. Die Berücksichtigung von Schäden sollte eine wichtige

*Rolle bei politischen Entscheidungen spielen, insbesondere wenn eine NPI bei der Reduzierung der Ausbreitung von Infektionen unwirksam ist.*

*Bemerkenswert ist, dass Schweden zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts keine Grundschulen während des gesamten Jahres 2020 geschlossen hat. Es wurden keine Beweise für ansteckungshemmende Effekte von verpflichtenden Schulschließungen gefunden.*

*Zusammenfassend haben England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien und die USA mit ihren Lockdowns, Schul- und Betriebsschließungen, sowie den Ausgangssperren und Hausarrest nicht mehr erreicht wie Schweden und Südkorea.*

***Es ist höchste Zeit, dass die Politik die Erkenntnisse der Wissenschaft akzeptiert und aufhört weiterhin immensen Schaden anzurichten.“***

Einen guten Vergleich lässt sich im gegebenen Zusammenhang zwischen Florida (kein Lockdown) und Kalifornien (strenge Lockdown-Maßnahmen) ziehen. *Peter F. Mayer* hat diesen ebenso im Einzelnen herausgearbeitet.<sup>155</sup>

**Zusammenfassung: Lockdowns haben keine signifikanten Auswirkungen auf das epidemiologische Geschehen.**

### **iii. Kanadische Studie „COVID-19: Das Lockdown-Gruppendenken überdenken“**

**Eine weitere Studie aus Kanada kommt zum gleichen Ergebnis<sup>156</sup>** (03.11.2020): Der Spezialist für Infektionskrankheiten an einem Kinderkrankenhaus im kanadischen Edmonton und Professor an der **Universität Alberta** *Dr. Ari Joffe* fordert Kosten-Nutzen-Analysen, bevor Lockdowns beschlossen werden. Sonst könne der Schaden zehnmal größer sein als durch COVID-19. *Joffe* galt ursprünglich als Befürworter von Lockdowns zur Bekämpfung von Corona. In seiner jüngsten Abhandlung mit dem Titel „*COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink*“ (zu Deutsch: „COVID-19: Das Lockdown-Gruppendenken überdenken“) stellt er fest, dass **durch (längere) Lockdowns ein Schaden entsteht, der**

---

<sup>155</sup> Peter F. Mayer, *Florida vs Kalifornien: keine Auswirkung von Lockdown und strikten Maßnahmen*, 23.02.2021 tkp.at, <https://tkp.at/2021/02/23/florida-vs-kalifornien-keine-auswirkung-von-lockdown-und-strikten-massnahmen/>

<sup>156</sup> *Ari Joffe*, COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink, 03.11.2020, doi: 10.20944/preprints202010.0330.v1, <https://www.preprints.org/manuscript/202010.0330/v1>

**etwa zehnmal größer ist als der beabsichtigte Nutzen.** Darin legt der Mediziner zunächst dar, warum er anfangs für Lockdowns eingetreten war. **So ging er ursprünglich von einer Sterblichkeitsrate von zwei bis drei Prozent nach Virusübertragung aus und gleichzeitig davon, dass mehr als 80 Prozent der Bevölkerung betroffen sein müssten, bevor sich eine Herdenimmunität einstellt. Beide Annahmen hätten sich jedoch als falsch herausgestellt.**

*Joffe* räumt zudem ein, dass er sich als Arzt für Infektionskrankheiten und Intensivmedizin anfangs allein auf die Virologie fokussiert hat. Er hat nur „die direkten Auswirkungen“ von COVID-19 in Betracht gezogen bzw. sein Wissen darüber wie man diese verhindern kann. **Die immensen Folgen durch gesamtgesellschaftliche Reaktionen wie Lockdowns auf die öffentliche Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen habe er damals nicht berücksichtigt.** Doch neue Daten hätten ihm gezeigt, dass gerade hier eine „schwindelerregende Menge“ an „Kollateralschäden“ entstanden ist.

In Ländern mit hohem Einkommen seien die negativen Auswirkungen auch durch verzögerte Gesundheitsversorgung, Arbeitslosigkeit, Einsamkeit, Verschlechterung der psychischen Gesundheit sowie vermehrte Todesfälle gegeben. ***Joffe* bemängelt in diesem Zusammenhang insbesondere, dass es seitens der politischen Entscheider offenbar keine Abwägung im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse gegeben hat. Dieser hätte es jedoch zwingend bedurft, um harte Maßnahmen wie Lockdowns zu begründen.**

So kritisiert der Mediziner auch die von der belangten Behörde immer wieder vorgetragene Behauptung, es gehe um die Entscheidung zwischen der Rettung von Menschenleben und der Rettung der Wirtschaft. Diese Darstellung sei so nicht statthaft. Vielmehr gebe es einen „*starken langfristigen Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Rezession und öffentlicher Gesundheit*“. **Anders ausgedrückt: Wer die Wirtschaft bewusst mit Regelungen wie etwa Erwerbseinschränkungen schädigt, wird auch für gesundheitliche Schäden in der Bevölkerung verantwortlich sein, denn es geht „statistisch“ Leben verloren.** So würden etwa Einsamkeit und Arbeitslosigkeit zu den stärksten Risikofaktoren für frühe Sterblichkeit, verkürzte Lebenserwartung und chronische Krankheiten gehören.

In seiner eigenen Kosten-Nutzen-Analyse stellt *Joffe* die durch Lockdowns erhoffte Verhinderung von COVID-19-Todesfällen den durch sie begründeten Auswirkungen gegenüber. Dabei bezieht er von den genannten Faktoren lediglich die Auswirkungen von Rezession, Einsamkeit und Arbeitslosigkeit auf die Sterblichkeit in die Berechnung mit ein. Auf dieser Basis seien die Kosten von Lockdowns jedoch bereits zehnmal höher als sie COVID-19 überhaupt verursachen könne: Lockdowns verursachten mehr als zehnmal so viele Tote wie die Krankheit, die sie bekämpfen sollen.

Dabei ist dem Mediziner jedoch wichtig zu erwähnen, dass er für den Schutz derjenigen eintrete, die tatsächlich ein hohes Gesundheitsrisiko durch COVID-19 haben – also Menschen „mit schweren Komorbiditäten und solche in Pflegeheimen und Krankenhäusern“. Es sei daher nun notwendig, eine „mühsame Pause“ einzulegen und die zur Verfügung stehenden Informationen neu zu überdenken. Rationale Kosten-Nutzen-Analysen müssen an die Stelle des „Gruppendenken“ in Bezug auf Lockdowns treten.

Es ist tatsächlich auffällig, dass die **Sterblichkeit** in zahlreichen Ländern gerade in den Zeitfenstern **direkt nach Verhängung von kollektiven Freiheitsbeschränkungen („Lockdown“) sprunghaft anstieg**. Das haben *John Pospichal*<sup>157</sup> und *Peter F. Mayer*<sup>158</sup> im Einzelnen herausgearbeitet.

Wenn wir COVID-19 dafür nachweisbar nicht verantwortlich machen können, fällt der **Blick auf die Kollateralschäden der Freiheitsbegrenzungen**: Demenzkranke verstarben mangels Fürsorge. Es wurden nachweisbar weniger Schlaganfälle und Herzinfarkte versorgt. Es wurde vermehrt von Suiziden berichtet. Die massenhaft durchgeführten Testungen führen zu fatalen Verwerfungen bei den Gesundheitsbehörden, weil sie ihren anderen Aufgaben nicht gerecht werden. Nähere Ausführungen dazu in Punkt **F. IV. 5.** „Fünfte Fehlannahme: Drohende Überlastung des Gesundheitssystems und erhöhte Sterblichkeit“. (S.144)

#### **iv. Studie (Un)Wirksamkeit von nichtmedizinischen Interventionen (NPIs)**

**Mit dem Thema (Un-)Wirksamkeit von nichtmedizinischen Interventionen** (NPI = *Non-pharmaceutical intervention*, vulgo freiheitsbeschränkende Maßnahmen, vulgo „Lockdown“) befasste sich zudem im August 2020 eine Studie des **National Bureau of Economic Research (NBER)**. Diese Metastudie von *Andrew Atkeson, Karen Kopecky, Tao Zha*, mit dem Titel „*Four Stylized Facts about COVID-19*“ (zu Deutsch: „*Vier stilisierte Fakten zu COVID-19*“)<sup>159</sup> hat sich auf Länder und US-Bundesstaaten mit mehr als 1.000 COVID-Todesfällen per Ende Juli 2020 konzentriert. Insgesamt umfasste die Studie 25 US-Bundesstaaten und 23 Länder. Die Einrichtung aus Cambridge, Massachusetts, wurde 1920 gegründet und ist ein unabhängiges, mit mehr als zwei Dutzend Nobelpreisträgern verbundenes Institut in den USA.

---

<sup>157</sup> John Pospichal, *Questions for lockdown apologists*, 24.05.2020, <https://medium.com/@JohnPospichal/questions-for-lockdown-apologists-32a9bbf2e247>

<sup>158</sup> Peter F. Mayer, *Strikte Lockdowns verursachen erhöhte Übersterblichkeit*, 14.11.2020, <https://tkp.at/2020/11/14/strikte-lockdowns-verursachen-erhoehte-uebersterblichkeit/>

<sup>159</sup> *Andrew Atkeson, Karen Kopecky, Tao Zha*, *Four Stylized Facts about COVID-19*, August 2020, [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w27719/w27719.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27719/w27719.pdf)

Basierend auf ihrer Analyse präsentieren die Autoren vier „stilisierte Fakten“ zu COVID-19:

1. **Sobald eine Region 25 COVID-Todesfälle erreicht hat, sinkt die Wachstumsrate der Todesfälle pro Tag innerhalb eines Monats auf ungefähr Null.** Mit anderen Worten, unabhängig von Land oder Staat und seiner Politik, steigen die Todesfälle im Durchschnitt pro Tag innerhalb von 20 bis 30 Tagen – nach Überschreiten einer Schwelle von 25 Todesfällen – nicht mehr an.
2. Sobald dies geschieht, beginnen die Todesfälle pro Tag entweder zu sinken oder der Trend bleibt unverändert.
3. Die Variabilität der Todesfälle in den Regionen ist seit Beginn der Epidemie stark zurückgegangen und bleibt gering. Alle untersuchten Bundesstaaten und alle untersuchten Länder sind sich in ihren Trends ähnlicher geworden und sind es geblieben.
4. Die Beobachtungen 1-3 legen nahe, dass die effektive Reproduktionszahl  $R$  nach den ersten 30 Tagen der Epidemie weltweit um eins schwankte.

**Die Schlussfolgerung des Papiers lautet, dass die oben beobachteten Datentrends mit hoher Wahrscheinlichkeit darauf hinweisen, dass nichtpharmazeutische Interventionen (NPIs) – wie Sperrungen, Schließungen, Reisebeschränkungen, Anordnungen für den Aufenthalt zu Hause, Veranstaltungsverbote, Quarantänen, Ausgangssperren und Maskenpflicht – das Virus und die Übertragungsraten insgesamt nicht zu beeinflussen scheinen.**

**Warum? Weil diese Richtlinien in ihrem Zeitpunkt und ihrer Umsetzung in den einzelnen Ländern und Staaten unterschiedlich waren, die Trends bei den Ergebnissen jedoch nicht.**

Diese Studien steht im Widerspruch zu früheren Studien, in denen behauptet wurde, dass NPI die Übertragungsraten in den frühen Stadien der Epidemie wirksam senken würden. Die Autoren erklären:

*„Angesichts der Beobachtung, dass die Übertragungsraten für COVID-19 während dieser frühen Pandemieperiode praktisch überall auf der Welt gesunken sind, befürchten wir, dass diese Studien die Rolle staatlich vorgeschriebener NPIs bei der Reduzierung der Krankheitsübertragung aufgrund einer ausgelassenen variablen Verzerrung erheblich überbewerten könnten.“*

Einer der Schlüsselkandidaten für die **Schlüsselvariable** „*ausgelassene Variable*“, dh. die wahre Ursache für den Rückgang der Übertragungsraten nach dem ersten Monat einer Epidemie, **ist, dass die menschliche Interaktion nicht einfachen epidemiologischen Modellen entspricht**. In der realen Welt überschneiden sich menschliche soziale Netzwerke so, dass sich ein Virus für eine kurze Zeit schnell ausbreiten kann, da einige Menschen mehr Netzwerke kontaktieren als andere, aber „*natürliche Sackgassen und Kreisverkehre*“ erreicht, wo potenzielle neue Wirte in einem „neuen“ sozialen Netzwerk bereits durch andere Netzwerke aufgedeckt wurden. Der Effekt kann dem ähneln, was manche als „*Herdenimmunität*“ bezeichnen, allerdings bei relativ niedrigen Infektionsraten.

**Die Autoren begründen, dass NPIs, selbst wenn sie frühzeitig wirksam waren, nicht mehr wirksam zu sein scheinen:**

*„Angesichts der Beobachtung, dass die Krankheitsübertragungsraten in den letzten Monaten aufgrund der Aufhebung der NPI bei relativ geringer Streuung über Standorte weltweit niedrig geblieben sind, als die NPIs aufgehoben wurden, sind wir darüber hinaus besorgt, dass Schätzungen der Wirksamkeit von NPIs bei der Reduzierung der Krankheitsübertragung aus dem früheren Zeitraum möglicherweise für die Prognose der Auswirkungen der Lockerung dieser NPI in der aktuellen Periode aufgrund eines unbeobachteten Regimewechsels nicht möglich sind.“*

**Diese Studie bietet eine starke statistische Unterstützung für das, was so viele seit Monaten beobachten: SARS (und allen anderen Influenza-Viren) hat die natürliche Tendenz sich zunächst schnell auszubreiten und sich scheinbar von selbst zu verlangsamen, um dann das Muster zu wiederholen. Epidemiologen würden sagen: Die Kurve (der Hospitalisierten) verhält sich lehrbuchhaft; von Ende Oktober bis Februar ist in Österreich Saison.**

## d. Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit

Eine exzellente Aufarbeitung der Fragestellung, ob MNS bzw. Masken vor Ansteckung durch respiratorische Krankheitserreger schützen, liefert *Prof. Dr. Ines Kappstein* in einem Beitrag für die Zeitschrift „*Krankenhaushygiene u2date*“<sup>160</sup>. Sie führt fundiert, unter Angabe bisheriger Studien, den aktuellen Stand des wissenschaftlichen Diskurses aus und setzt die bisherigen Arbeiten in einen Kontext mit der aktuellen Gesundheitskrise.

Ihre Zusammenfassung im Punkt „*Keine wissenschaftlichen Daten*“ ist so klar formuliert, dass sie hier wortwörtlich wiedergegeben wird:

**„Weder vom RKI oder von der WHO noch von ECDC oder CDC wurden wissenschaftliche Daten für eine positive Wirkung von Masken in der Öffentlichkeit (im Sinne einer reduzierten „Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in der Bevölkerung“[1]) vorgelegt, weil es solche Daten nicht gibt [1] [6] [7] [8] [9]. Ebenso stützt auch das Update des Cochrane-Reviews die Anwendung von Masken im öffentlichen Raum in keiner Weise [10]. Dies wird durch 2 weitere Reviews der relevanten Literatur vom April 2020 bestätigt [11] [12]. Dasselbe gilt für die schon vor einigen Jahren durchgeführte Studie aus Hongkong [5].**

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) kommt in einer Stellungnahme vom Mai 2020 zur Auswirkung von Masken auf den Eigen- und Fremdschutz zu dem Schluss, dass „nicht-medizinische, aus Stoffen hergestellte Masken (...) einen Fremdschutzeffekt“ haben [13]. **Die darin zitierten experimentellen Maskenuntersuchungen zur Filterleistung verschiedener Maskentypen und -materialien lassen eine solche Schlussfolgerung nicht zu.** Ebenso wenig wird dieses Resultat durch die zitierten epidemiologischen Studien gestützt, die auch Gegenstand der Untersuchung in dem aktualisierten Cochrane-Review waren [10].

In einer Anfang Juni 2020 publizierten **Modellierungsstudie** wird über den Effekt der Maskenpflicht am Beispiel der Stadt Jena sowie anderer Städte und Regionen in Deutschland berichtet [14]. Die Autoren (sämtlich Ökonomen) kommen zu dem Schluss, dass „die Maskenpflicht zu einer ca. 40%igen Reduktion der täglichen Zuwachsrate an COVID-19-Infektionen geführt“ habe. **Unberücksichtigt bleibt in dieser Studie jedoch der entscheidende Aspekt, dass bereits ab dem 1. März**

---

<sup>160</sup> Kappstein, Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit, *Krankenhaushygiene up2date* 2020; 15(03): 279-295, DOI: 10.1055/a-1174-6591, S 286ff (S 8 im PDF) mwN <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1174-6591>

**2020 (also knapp 5 Wochen vor der Einführung einer Maskenpflicht im öffentlichen Raum in der Stadt Jena) die Ausbreitungsrate von SARS-CoV-2 zurückging und dass am 10. März der R-Wert nach Angaben des RKI schon unter 1 lag [15] [16]. Daraus folgt, dass die Einführung der Maskenpflicht (ab 6. April zunächst in Jena, etwa 3 Wochen später dann auch im gesamten Bundesgebiet) in eine Phase der Corona-Epidemie fiel, in der es schon zu einem kontinuierlichen und deutlichen Rückgang der Infektionszahlen gekommen war, eine Entwicklung, die sich anschließend weiter fortsetzte.**

**Einen Effekt der Maskenpflicht auf den Rückgang der Infektionszahlen kann man daraus nicht ableiten, weil sich beides überlagert, dies aber in der Modellierungsstudie nicht einbezogen wurde.** Außerdem muss berücksichtigt werden, dass das **Meldedatum** der Fälle, das in der Studie verwendet wurde, keine auch nur annähernd sichere Aussage zulässt über den Zeitpunkt der Infektion, der sich nur über das Erkrankungsdatum (=Beginn der klinischen Symptomatik) genau genug festlegen lässt, wie es das RKI in seinen Modellierungsstudien praktiziert [16].

Gemäß RKI beträgt nämlich die Zeit zwischen Infektion und Meldedatum 14–21 Tage, und dieser Zeitraum setzt sich zusammen aus

- der Inkubationszeit,
- dem Zeitverzug, bis der Patient wegen zunehmender Symptome zum Arzt geht,
- der Zeit für die Durchführung des Tests (inkl. Transport ins Labor und Auswertung im Labor),
- den administrativen Verzögerungen bei der Meldung der Testergebnisse an das RKI sowie
- der Publikation durch das RKI [15]

Die aktuelle Modellierungsstudie geht jedoch nur von einer Verzögerung von etwa 8 Tagen aus [so wie auch in Österreich, mittlerweile auf 7 Tage reduziert, Anm.<sup>161</sup>]. Mit anderen Worten: **Der in dieser Untersuchung der Maskenpflicht zugeschriebene Effekt beim Rückgang der Infektionszahlen wird zum einen überlagert vom deutlichen Rückgang der Infektionszahlen**, der überall in Deutschland einige Wochen vor Einführung der Maskenpflicht in Jena und anderswo begonnen hatte. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die jeweils dem RKI **gemeldeten Infektionen 14–21 Tage zuvor entstanden sind**, die Maskenpflicht also

---

<sup>161</sup> COVID-Prognose-Konsortium BMSGPK, Wöchentlich konsolidierte Kurzfristprognosen zum Verlauf der an COVID-19 erkrankten Personen in Österreich, 19.02.2021, [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html); dwh GmbH, COVID-19: Prognosekonsortium des Gesundheitsministeriums mit verbesserter Transparenz, 15.02.2021, <https://www.dwh.at/news/covid-19-prognosekonsortium-des-gesundheitsministeriums-mit-verbesserter-transparenz/>

mindestens in den ersten 2–3 Wochen keinen Einfluss auf die Infektionszahlen gehabt haben kann.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Beurteilung eines Effekts der Maskenpflicht ist, dass in den gemeldeten Infektionszahlen immer auch Infektionen verborgen sein können, die aus Ausbruchsgeschehen, z. B. in Heimen oder Krankenhäusern, stammen. **Institutionelle Ausbrüche werden aber durch eine Maskenpflicht im öffentlichen Raum nicht beeinflusst**, sodass ein Rückgang der Infektionszahlen in einem Ort bzw. in einer Region daran liegen kann, dass zuvor Ausbruchsgeschehen die Zahl der Infektionsfälle erhöht haben, danach aber die Fallzahlen durch das Fehlen weiterer Ausbrüche niedriger waren als vor der Einführung der Maskenpflicht. **Ohne Berücksichtigung also, aus welchem epidemiologischem Zusammenhang die aus den verschiedenen Orten gemeldeten Infektionszahlen stammen** (d. h. ob Ausbrüche darunter waren oder nicht), **bleibt der Effekt von Masken in der Öffentlichkeit auf das Auftreten von Neuinfektionen notgedrungen unklar.**

**Dasselbe gilt für eine weitere Modellierungsstudie**, die für **Wuhan**, für **Italien** und für **New York City** gezeigt haben will, dass mit Einführung der Maskenpflicht in der Öffentlichkeit die Zahl der Neuinfektionen erheblich zurückging [17]. **Allerdings** haben – wie in [14] – auch diese Autoren (ebenfalls keine Mediziner, sondern Physiker und Chemiker) **übersehen, dass die Auswirkungen einer Maßnahme nicht sofort erkennbar sind**, sondern wegen des Intervalls zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Meldedatum frühestens ca. 2–3 Wochen danach erkennbar sein könnten. Bei einer **weiteren Arbeit** handelt es sich um eine **rein theoretische Modellierungsstudie, deren Aussagekraft für die Realität völlig offen ist** [18].

**Auch** der Anfang **Juni 2020** erschienene **systematische Review mit Metaanalyse liefert keine Hinweise** [19]. Darin geht es – neben physischer Distanz und Augenschutz – zwar auch um Masken, aber nicht um das Tragen von Masken im öffentlichen Raum zum Fremdschutz. In den meisten dort behandelten 44 vergleichenden Studien, die in die Metaanalyse eingeschlossen werden konnten, geht es um SARS bzw. MERS, in 7 davon um COVID-19, **aber in keinem Fall um eine Untersuchung, die Rückschlüsse auf das Tragen von Masken im öffentlichen Raum aus Gründen des Fremdschutzes zuließe**. Masken spielten sowieso nicht in allen der eingeschlossenen Untersuchungen eine Rolle, z. B. ging es manchmal auch nur um physische Distanz. Überwiegend waren es noch dazu Untersuchungen aus dem Bereich der Patientenversorgung in Krankenhäusern, nur 9 Studien sind aus anderen Lebensbereichen (Haushalte, nahe Kontaktpersonen, Flugzeug, Reisen) aufgeführt.

***In einer einzigen Studie*** – über Risikofaktoren für SARS in Peking aus dem Jahr 2004 – ***ging es tatsächlich u. a. um das Tragen von Masken in der Öffentlichkeit, jedoch zum Schutz der Träger (Eigenschutz) und nicht zum Fremdschutz.*** Ein Ergebnis dieser Studie aus Peking war, dass Personen, die aus eigenem Antrieb ausschließlich mit Maske das Haus verließen, weil sie sich selbst schützen wollten, ein geringeres Risiko hatten, SARS zu akquirieren. Insofern trägt diese Studie zu Masken als Fremdschutz ebenfalls nichts bei.

***Auch eine neue (im Übrigen von der WHO geförderte) systematische Übersichtsarbeit hat keine Untersuchungen zu Tage gefördert, die überhaupt eine oder sogar eine stützende Aussage zum Tragen von Masken im öffentlichen Raum erlauben würden.***

### ***Resümee zur wissenschaftlichen Grundlage***

***Trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz haben sowohl WHO, ECDC, CDC und RKI – allesamt in der Regel hochgeachtete nationale und internationale wissenschaftliche Gesundheitsbehörden – das Tragen von Masken im öffentlichen Raum empfohlen, wenn auch, wie bei der WHO [7], beschränkt auf spezielle epidemiologische Situationen, von allen aber mit deutlichen „Warnhinweisen“ versehen, mit der Folge, dass sich die Politik auf eben diese, aber ohne wissenschaftliche Grundlage vorgenommenen Einschätzungen beruft.*** Die „Warnhinweise“ jedoch beschränken sich dabei auf die Notwendigkeit, trotzdem Abstand zu wahren.

***Man muss feststellen, dass alle nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden entgegen der wissenschaftlich etablierten Standards der Evidence-based Medicine eine Einschätzung zum Tragen von Masken im öffentlichen Raum mit großer Tragweite abgegeben haben, die lediglich auf sog. plausiblen Überlegungen beruht, was jedoch nicht ausreichen kann, um der Politik in einer solchen Lage, d. h. für den Einsatz bei Millionen von Menschen, eine wissenschaftliche fundierte Entscheidungsbasis zu vermitteln.“<sup>160</sup>***

Die Autoren einer südtiroler Stellungnahme (30.11.2020)<sup>162</sup> kommen zum nämlichen Ergebnis:

*„Schlussfolgerungen*

***Bei Personen, die eine Maske tragen, liegt jeder gemessene CO<sup>2</sup> Wert (sowohl in der vorliegenden Studie als auch in der LS Studie der Provinz Bozen) außerhalb der akzeptablen Werte für die Raumluftqualität in Schulgebäuden (Tabelle 2) 51 und überschreitet sogar die zugelassenen Werte am Arbeitsplatz (5.000 ppm CO<sub>2</sub> Symptome, die von Patienten nach längerer Anwendung beklagt werden, können durch den hohen Kohlendioxid gehalt [37] erklärt werden; genau diese hohen Spiegel sind unvereinbar mit einer optimalen Oxygenierung des Blutes. Aus der Literaturanalyse ergibt sich keine eindeutige Evidenz zur Wirksamkeit des Tragens einer MNB, um ihre Anwendung zur Prävention von Infektionen auf die gesamte Bevölkerung im Alltag auszudehnen. Die MNB ist sinnvoll im Arbeitsambiente bei einer Belastung mit giftigen Stäuben, in Infektionsabteilungen der Krankenhäuser, oder aber in Situationen, in denen Personen, die an Atemwegsinfekten leiden, zum Schutz anderer Personen im gleichen Raum die MNB tragen und umgekehrt Personen, die sich um (an respiratorischen Infekten) Erkrankte, kümmern müssen. Es wäre also wichtig, dass Personen, die mit MNB ausgestattet arbeiten müssen, entsprechend geschult würden, und regelmäßig MNB freie Intervalle, in denen sie ohne dieselbe atmen können, zugestanden werden. Abschließend kann das Tragen einer MNB nur für kurze Zeitintervalle empfohlen werden, denn das Tragen einer solchen ist schädigend für die Gesundheit.“***

---

<sup>162</sup> Oberrauch et al, Ist der Gebrauch von Mund Nasen Bedeckungen in der Gesamtbevölkerung eher schädlich als nützlich unter Berücksichtigung der CO<sub>2</sub> Konzentration?, 30.11.2020, [https://static1.squarespace.com/static/5f7a395a2fb336072a713c84/t/5fc667444f98375720ba58a4/1606838097385/DT\\_Unabha%CC%88ngige+Studie\\_zur\\_Mund-Nasen-Bedeckung.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5f7a395a2fb336072a713c84/t/5fc667444f98375720ba58a4/1606838097385/DT_Unabha%CC%88ngige+Studie_zur_Mund-Nasen-Bedeckung.pdf)

## d.a. Kohlendioxid-Messungen der Luft unter MNS-Masken

Am 08. September 2020 wurden vom Ingenieurbüro *Traindl-consult* Messungen der Kohlendioxidkonzentration unter MNS-Masken bei drei Versuchspersonen durchgeführt. Die Untersuchungen wurden in Form eines Videos dokumentiert und am 11. September 2020 durch eine Verbreitung über das Internet einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Im vorliegenden Gutachten werden die Ergebnisse der Messungen sowie deren Beurteilung in schriftlicher Form detailliert dokumentiert.

Gasanalysator Biogas 5000 (Geotech)

Messgerät	Gasanalysator BM 5000
Hersteller	Geotech
Messbereich / Nachweisgrenze	Methan: 0 – 100 Vol.% / 0,1 Vol.% Kohlendioxid: 0 – 100 Vol.% / 0,1 Vol.% Sauerstoff: 0 – 25 Vol.% / 0,1 Vol.%
Anzeige-Genauigkeit	Methan: 0,1 Vol.% Kohlendioxid: 0,1 Vol.% Sauerstoff: 0,1 Vol.%
Sensor-Typen	Methan: IR-Sensor Kohlendioxid: IR-Sensor Sauerstoff: elektrochemischer Sensor
Ansprechzeit	Methan: ≤ 10 sec. Kohlendioxid: ≤ 10 sec. Sauerstoff: ≤ 20 sec.
Betriebstemperatur	- 10 °C bis + 50 °C
Absaugleistung, integrierte Pumpe	550ml/min.

Die jeweils einige Minuten andauernden kontinuierlichen Messungen zeigten bei allen Versuchspersonen unter den MNS-Masken erhöhte Kohlendioxid-Messwerte, in einem Konzentrationsbereich von ca. 3 - 5 Vol.%, auf gleichbleibendem Niveau. Auf Grund der geringen Probandenzahl von drei Versuchspersonen haben die gegenständlichen Messungen lediglich Stichprobencharakter und entsprechen daher keineswegs einer Studie, die natürlich wesentlich aufwändiger sein müsste. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen allerdings die Untersuchungen von *Dr. Butz* aus dem Jahr 2005, wonach sich Kohlendioxid aus der ausgeatmeten Luft unterhalb der MNS-Maske ansammelt und in Folge wieder rückgeatmet wird<sup>163</sup>.

<sup>163</sup> *Butz*, Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal, Diss 11.05.2005, <https://mediatum.ub.tum.de/doc/602557/602557.pdf>

Datum: 08.09.2020

Ort: Büro der Firma „Ing. Dr. Helmut Traindl“, Traindl-consult  
(Ing-Büro für Technischen Umweltschutz, Technische Chemie und Erdwissenschaften, allgemein besiedeter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, Sicherheitsfachkraft).  
1100 Wien, Hertha Firnbergstraße 14

Zeit: 13:30 – 14:30

Teilnehmer: Ing. Dr. Helmut Traindl (Traindl-consult)  
Fr. Edith Brötzner (Initiative „#Österreichistfrei“)  
Fr. Valentina Brötzner (Tochter von Fr. Brötzner)

Versuchsdurchführung / Versuchs-Aufbau:

Die Testperson positionierte nach Aufsetzen der MNS-Maske einen Schlauch unter der MNS-Maske. Danach wurde die Luft mit 0,55 l/Min. unterhalb der MNS-Maske abgesaugt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Absaugung im Ein-/Ausatmungsbereich zwischen Mund (Oberlippe) und Nase erfolgte.

Versuchspersonen / Art der verwendeten Mund-Nasen-Schutz-Maske:

Versuchsperson	Alter	Art Mund-Nasen-Schutz-Maske	Anmerkungen
Fr. Valentina Brötzner	13	Selbstgenähte MNS-Maske	Frisch, noch nicht verwendet
Fr. Edith Brötzner	36	Handelsübliche MNS-Maske	Frisch, direkt aus der Verpackung
Dr. Helmut Traindl	65	Handelsübliche MNS-Maske	Bereits einige Male verwendet, insgesamt maximal 30 Min.

Dauer der Versuche: Jeweils ca. 5 Minuten.

**Qualitätssicherung:** Der Gasanalysator wird als kalibriertes Gerät vom Erzeuger geliefert und ist ab Erhalt für die Luftmessungen einsetzbar. Die Parameter Methan, Kohlendioxid, Sauerstoff und Schwefelwasserstoff werden regelmäßig mit Prüfgasen auf die Richtigkeit der angezeigten Messwerte überprüft. Im Falle eines Überschreitens des Toleranzbereiches erfolgt sofort eine Nachkalibrierung des Messgeräts. Im Regelfall können keine wesentlichen Änderungen der Empfindlichkeit der im Messgerät eingesetzten Detektoren festgestellt werden. Die Anzeigen sind langfristig konstant und eine Nachkalibrierung ist nur selten notwendig.

Das Messsystem wird jeweils am Tag vor den Messungen mit Kalibriergasen auf die Richtigkeit der angezeigten Messwerte getestet und auf die notwendige Dichtheit geprüft. Einmal jährlich erfolgt eine externe Überprüfung sowie Wartung des Messgeräts durch den Vertreter des Herstellers.

Alle Messergebnisse sind in der nachfolgenden Übersicht zusammengefasst.

Versuchsperson	Alter	Kohlendioxid	
Fr. Valentina Brötzner	13	3,4 Vol.% - 5,0 Vol.%	34.000 ppm – 50.000 ppm
Fr. Edith Brötzner	36	2,8 Vol.% - 3,6 Vol.%	28.000 ppm – 36.000 ppm
Dr. Helmut Traindl	65	4,2 Vol.% - 5,0 Vol.%	42.000 ppm – 50.000 ppm

## Untersuchungsergebnis

**Die ersten erhöhten Kohlendioxid-Konzentrationen waren bereits wenige Sekunden nach Beginn der Messungen festzustellen.** In der Zeitspanne davor wurde die atmosphärische Luft im Messsystem, im Wesentlichen dem Absaugschlauch, abgesaugt. Die jeweils einige Minuten andauernden kontinuierlichen Messungen zeigten bei allen Versuchspersonen erhöhte Kohlendioxid-Messwerte in einem Konzentrationsbereich von ca. 3 - 5 Vol.% auf gleichbleibendem Niveau (Messwerterfassungs-Intervall ca.1 Sekunde).

**Zuvor durchgeführte Kontrollversuche ohne MNS-Maske ergaben nur minimale Kohlendioxid-Konzentrationen im gegenständlichen Messbereich.** Auf Grund der geringen Probandenzahl von drei Versuchspersonen haben die gegenständlichen Messungen lediglich Stichprobencharakter und entsprechen daher keineswegs einer Studie, die natürlich wesentlich aufwändiger sein müsste. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen allerdings die Untersuchungen von *Fr. Dr Butz* aus dem Jahr 2004, wonach sich Kohlendioxid aus der ausgeatmeten Luft unterhalb der MNS-Maske ansammelt und in Folge wieder rückgeatmet wird.

### Kohlendioxid-Konzentration unter der MNS-Maske

Die unter der MNS-Maske nachgewiesenen Kohlendioxid-Konzentrationen liegen deutlich über den in Österreich vorgegebenen gesetzlichen Arbeitsplatzgrenzwerten, MAK-Werte. (Grenzwertverordnung 2020, Anhang I/2020, Seite 59).

	MAK-Werte		Beurteilungszeitraum
	Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid)		
Tagesmittelwert (TMW)	5.000 ppm	0,5 Vol. %	8 Std./Tag, 40 Std./Woche
Kurzzeitwert (KZW)	10.000 ppm	1,0 Vol. %	Momentanwert 60 Minuten, max. 3x pro Schicht

Die Messergebnisse zeigen den Rückstau der ausgeatmeten Luft durch die MNS-Masken und der dadurch bedingten Ansammlung von mit Kohlendioxid belasteter Luft unter den MNS-Masken (Totraumvolumen).

### **i. Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft beim Tragen einer MNS-Maske**

Im Zuge der Einatmung kommt es, in Folge der Stauwirkung des unter der MNS-Maske angesammelten Kohlendioxids der ausgeatmeten Luft („Totraumvolumen“ unter der MNS-Maske), zu einer Rückatmung des Kohlendioxids. Durch Mischung dieser mit Kohlendioxid deutlich belasteten Luft aus dem Maskeninneren mit atmosphärischer Luft im Zuge des Einatmens erfolgt eine Verdünnung.

Das Mischungsverhältnis hängt unter anderem von Maskengröße, Maskentyp, Größe des Einatmungsvolumens und der Atmungsfrequenz ab. Grobe Abschätzungen ergaben für

erwachsene Personen eine **Kohlendioxidkonzentration in der eingeatmeten Luft zwischen 0,8 Vol.% (entsprechen 8.000 ppm) und 1,3 Vol.% (entsprechend 13.000 ppm (!))**. Bei Jugendlichen und Kindern ist auf Grund des unterschiedlichen Größenverhältnisses von „Totraumvolumen“ unter der MNS-Maske zu Einatemungsvolumen im Vergleich mit erwachsenen Personen mit höheren Kohlendioxid-Konzentrationen in der letztendlich eingeatmeten Luft zu rechnen.

**Beurteilung auf Grundlage der aktuellen Arbeitsschutz-Gesetzgebung:** Zusammengefasst kann auch die Konzentration von Kohlendioxid in der Atemluft, die letztlich beim Tragen einer MNS-Maske eingeatmet wird, wie folgt bewertet werden: Die eingeatmeten Kohlendioxid-Konzentrationen liegen beim Tragen einer MNS-Maske nach den gegenständlichen Untersuchungen über der in der Grenzwertverordnung 2020 gesetzlich vorgegebenen maximalen Arbeitsplatzkonzentration (Tagesmittelwert) von 5.000 ppm (0,5 Vol.%).

Abhängig vom Maskentyp, Maskengröße, Größe des Einatemungsvolumens und der Atemfrequenz kann aber auch der Kurzzeitwert von 10.000 ppm, entsprechend 1,0 Vol.% erreicht und sogar überschritten werden. Dieser **Kurzzeitwert ist als Momentanwert definiert** und darf zu keiner Zeit überschritten werden (**Grenzwertverordnung 2020, § 4 Abs. 4**). Es muss daher mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gerechnet werden.

**Die angegebenen maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen (MAK-Werte) gelten nur für gesunde Personen im erwerbsfähigen Alter.** Es wird in der Grenzwertverordnung 2020 davon ausgegangen, dass, bei Einhaltung der MAK-Werte im Allgemeinen, die Gesundheit von Arbeitnehmer nicht beeinträchtigt wird und diese nicht unangemessen belästigt werden. **Es wird aber auch angeführt, dass im Einzelfall, insbesondere bei schwangeren oder stillenden Arbeitnehmerinnen, jedoch auch bei Einhaltung der MAK-Werte eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder unangemessene Belästigung nicht ausgeschlossen werden kann** (Grenzwertverordnung 2020, § 2 Abs. 2). Sinngemäß kann daher davon ausgegangen werden, dass dieser Zusatz **auch auf Menschen mit Vorerkrankungen zutrifft**.

Andere Personengruppen (Kinder, Jugendliche, nicht erwerbstätige erwachsene Personen, kranke Personen und Personen mit Vorerkrankungen) sind nicht durch die Vorgaben der österreichischen Arbeitsschutzgesetze vor Gefahrstoffen in der Raumluft bzw. in der eingeatmeten Luft geschützt. Die Beurteilung des Gefährdungspotentials von Kohlendioxid in der Atemluft für diese Personengruppen wird im nächsten Abschnitt detailliert erläutert.

- **Es ist anzumerken, dass die Unterscheidung zwischen Raumluft in Arbeitsstätten und eingeatmeter Luft nur durch die gesetzlich verordnete Maskenpflicht notwendig geworden ist.**
- Auf Grund der Rückatmung des sich unter der MNS-Maske angesammelten Kohlendioxids, kommt – beim Tragen einer MNS-Maske – **zur Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft anteilmäßig das aus dem Totraumvolumen der Maske rückgeatmete Kohlendioxid hinzu.**
- **Die gesetzlichen Grenzwerte beziehen sich auf die Luft am Arbeitsplatz.** Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber bei der Festlegung von Konzentrationsgrenzwerten (MAK-Werten) von Gefahrstoffen in der Luft am Arbeitsplatz, im gegenständlichen Fall Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid), also de facto die Luft, die eingeatmet wird, gemeint hat. Darauf weist der Gesetzgeber auch in § 22 Abs. 3 des ASchG hin: *„In Arbeitsräumen muss unter Berücksichtigung der Arbeitsvorgänge und der körperlichen Belastung der Arbeitnehmer ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein und müssen raumklimatische Verhältnisse herrschen, die dem menschlichen Organismus angemessen sind.“* (Beurteilung auf Grundlage der Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft (BMLFUW).

**Die Grenzwerte der Arbeitsschutz-Gesetze gelten nur für Arbeitnehmer, nicht aber für den Rest der Bevölkerung** (Kinder, Jugendliche, nicht erwerbstätige erwachsene Personen, kranke Personen, Personen mit Vorerkrankungen). Für diese Personengruppen kann zur Beurteilung der Kohlendioxid-Konzentration in der eingeatmeten Luft unter MNS Masken die „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter“ herangezogen werden.<sup>164</sup>

In dieser Richtlinie wird Kohlendioxid als Lüftungsparameter herangezogen. Die wesentliche **Bedeutung** des relativ leicht zu ermittelnden Indikators Kohlendioxid (**CO<sub>2</sub>**) **liegt darin, dass durch ihn Konzentrationen definiert werden**, die einen **Hinweis auf hygienisch unzureichende Raumluftqualität** geben.

---

<sup>164</sup> Arbeitskreis Innenraumluft am Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW), „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter“, aktualisierte Fassung 2017 mwN, [https://www.bmk.gv.at/themen/klima\\_umwelt/luft/luft/innenraum/rl\\_luftqualitaet.html](https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luft/innenraum/rl_luftqualitaet.html); [https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:aedb6d1c-35cd-4369-9ed9-5b6f42e471e3/Innenraumluft\\_Richtlinie\\_Teil1\\_Allgemein.pdf](https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:aedb6d1c-35cd-4369-9ed9-5b6f42e471e3/Innenraumluft_Richtlinie_Teil1_Allgemein.pdf)

In der Richtlinie des BMLFUW werden folgende Richtwerte und Ziele für die Raumluftqualität angegeben (Seite 37, Tab. 7):

Klasse	Beschreibung	Arithmetischer Mittelwert der Momentanwerte für CO <sub>2</sub> [ppm]
Klasse 1	Ziel für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen	≤ 800
Klasse 2	Richtwert für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen, in denen geistige Tätigkeiten verrichtet werden bzw. die zur Regeneration dienen	≤ 1000
Klasse 3	Allgemeiner Richtwert für Innenräume für den dauerhaften Aufenthalt von Personen	≤ 1400
Klasse 4	Richtwert für Innenräume mit geringer Nutzungsdauer durch Personen	≤ 5000
Außerhalb der Klassen	Für die Nutzung durch Personen nicht akzeptabel	> 5000

## ii. Arbeitskreis Innenraumluft des BMLFUW (nun BMK)

Im Jahr **2017 war somit „Innenraumluft“ mit „Einatemungsluft“ gleichzusetzen**. Im Vergleich dazu setzt sich die Kohlendioxidkonzentration in der eingeatmeten Luft beim Tragen von MNS-Masken

- aus der Kohlendioxid-Konzentration der ausgeatmeten Luft, die sich unter der Maske ansammelt und rückgeatmet wird und
- der Kohlendioxid-Konzentration in der frischen atmosphärischen Luft zusammen (Mischung im Zuge der Einatmung).

Für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter bedeutet dies, dass die in der „*Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter*“ empfohlenen Kohlendioxid-Konzentrationen deutlich überschritten werden. Unter Punkt 5.2 („*Definitionen*“) werden Schul-, Unterrichts- und Vortragsräume als Innenräume definiert, in denen geistige Tätigkeiten verrichtet werden. Dies entspricht einer Klasse 2. Der empfohlene Richtwert liegt bei < 1.000 ppm Kohlendioxid, entsprechend < 0,1 Vol.%<sup>165</sup>. Anzumerken wäre, dass in einer Studie des deutschen Umweltbundesamts **eine Kohlendioxidkonzentration in der Atemluft von > 2.000 ppm (> 0,2 Vol.%)** als „**hygienisch inakzeptabel**“ bewertet wird. Zu diesem Ergebnis kommt auch der Arbeitskreis Innenraumluft des BMLFUW (nunmehr BMK; FN.73, S. 32).

<sup>165</sup> Arbeitskreis Innenraumluft am Bundesministerium für Land und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW), „Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter“, aktualisierte Fassung 2017, [https://www.bmk.gv.at/themen/klima\\_umwelt/luft/luft/innenraum/rl\\_luftqualitaet.html](https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/luft/luft/innenraum/rl_luftqualitaet.html); Teil 7: CO<sub>2</sub>, S 32 und 36, [https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:e791f304-7dcf-4783-bc5a-af25daa8afb3/Innenraumluft\\_Richtlinie\\_Teil7\\_CO2.pdf](https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:e791f304-7dcf-4783-bc5a-af25daa8afb3/Innenraumluft_Richtlinie_Teil7_CO2.pdf)

**Auf Grund der deutlichen Überschreitung ist, wie in der oben angeführten Richtlinie detailliert beschrieben, mit gesundheitlichen Auswirkungen zu rechnen. Mögliche gesundheitliche Auswirkungen** von erhöhten Kohlendioxid Konzentrationen in der eingeatmeten Luft:

- Aufgrund der Überschreitungen der gesetzlichen Grenzwerte (Grenzwerteverordnung 2020) und unter Berücksichtigung der vom BMLFUW in der „*Richtlinie zur Bewertung der Innenraumluft – Kohlenstoffdioxid als Lüftungsparameter*“ empfohlenen Richtwerte für Innenraumluft (gleichzusetzen mit eingeatmeter Luft) ist mit gesundheitlichen Auswirkungen zu rechnen. Bei der aktuellen Situation mit der Tragpflicht von MNS-Masken setzt sich die Kohlendioxid- Konzentration in der eingeatmeten Luft aus der Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft/Außenluft und der ausgeatmeten, mit Kohlendioxid angereicherten Luft, die sich unter den MNS-Masken ansammelt, zusammen. **Eine Messung der Kohlendioxid-Konzentration in der Raumluft/Außenluft allein zur Überprüfung, ob Arbeitsplatzgrenzwerte oder Innenraumluft-Richtwerte eingehalten werden, wäre unvollständig. Das Ergebnis entspräche nicht den tatsächlichen Belastungsverhältnissen.**

In der genannten Studie des BMLFUW werden die **physiologischen Wirkungen erhöhter Kohlendioxid-Konzentrationen** angeführt (Seite 26)<sup>165</sup>. Als akute Vergiftungszeichen sind bei hohen Kohlendioxidkonzentrationen **Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Reflexverlangsamung, motorische Unruhe etc.** zu beobachten.

In der Bekanntmachung des Umweltbundesamts (Deutschland) „*Gesundheitliche Bewertung von Kohlendioxid in der Innenraumluft*“ Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch -Gesundheitsschutz 2008 – 51:1358-1369, Springer Medizin Verlag 2008) wird im Abschnitt 5 „*Gesundheitliche Wirkungen von Kohlendioxid in der Atemluft*“ unter anderem eine Zunahme von ZNS-Symptomen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und Konzentrationschwäche bei Kohlendioxid-**Konzentrationen > 1.500 ppm, entsprechend > 0,15 Vol.%, in der Raumluft dokumentiert.**

**Symptome, die den oben beschriebenen entsprechen, treten in der letzten Zeit vermehrt auf. Ein Zusammenhang mit der gesetzlich verordneten Maskenpflicht scheint offensichtlich zu sein,** zumal durch die durchgeführten Versuche die Ansammlung von mit Kohlendioxid belasteter Luft unter der MNS-Maske nachgewiesen wurde und durch die Rückatmung ein augenscheinlicher Zusammenhang besteht.

Stellvertretend für mittlerweile viele Berichte von Betroffenen sei hier nur der Fall eines 12-jährigen Mädchens genannt, das auf Grund des Tragens einer MNS-Maske kollabierte.

Der Leidensweg des Kindes ist in einem Video-Interview mit der Mutter des Kindes dokumentiert. Es lässt Rückschlüsse auf die Auswirkungen einer Maskenpflicht zu, die ebenso von Betagten einzuhalten ist. Das Video wurde mittlerweile von Youtube gelöscht, „weil das mit diesem Video verknüpfte YouTube-Konto gekündigt wurde.“

Auf Grund der obigen Ausführungen wäre es an der belangten Behörde gelegen (ggf. im Wege eines Amtshilfeersuchens) im Sinne des Arbeitnehmerschutzes das Arbeitsinspektorat als zuständige österreichische Behörde anzuweisen unverzüglich entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen. Hierbei ist anzumerken, dass **gemäß § 22 Abs 3 ASchG in Arbeitsräumen ausreichend gesundheitlich zuträgliche Atemluft vorhanden sein muss**. Auf Grund der Maskentragepflicht sind beim Vergleich mit den gesetzlichen Arbeitsplatz-Grenzwerten, die geänderten Umstände (Rückatmung von ausgeatmeter, mit Kohlendioxid belasteter Luft, die sich unter MNS-Masken ansammelt) zu berücksichtigen.

**In § 2 der Grenzwerteverordnung 2020 wurden die maximalen Arbeitsplatz-Konzentrationen so festgelegt, dass bei deren Einhaltung die Gesundheit von Arbeitnehmer nicht beeinträchtigt wird. Der aktuelle Grenzwert der Grenzwerteverordnung 2020 für Kohlendioxid (Kohlenstoffdioxid) steht allerdings in Widerspruch zu den deutlich geringeren, vom BMK empfohlenen, Richtwerten für die Innenraumluft.**

Auch hier wäre das Arbeitsinspektorat hinsichtlich einer Klärung gefordert. Für den Schulbereich sehen die Antragsteller eine Verpflichtung des Bildungsministeriums die Direktoren und Lehrer, bei denen die Obsorgepflicht für alle ihnen unterstellten Schülern und Schülerinnen liegt, entsprechend anzuweisen.

**Da die, in der Richtlinie des BMK aus dem Jahr 2017 empfohlenen Kohlendioxid Konzentrationen in der eingeatmeten Luft beim Tragen von MNS-Masken deutlich überschritten werden, ist „Gefahr in Verzug“.** Es wäre daher dringend angezeigt eine sofortige Aussetzung der Masken-Tragepflicht und Umänderung in eine Freiwilligkeit zu verfügen.

### iii. Schutzwirkung von MNS/Masken?

Hinsichtlich der möglichen Schutzwirkung von MNS-Masken zur Eindämmung der Verbreitung von Viren, soll an dieser Stelle auf die aktuell immer größere Zahl wissenschaftlicher Publikationen hingewiesen werden, bei denen fundiert belegt wird, dass durch MNS-Masken keine Schutzwirkung besteht.

Fazit: Die gewählten Maßnahmen und die Empfehlung der belangten Behörde sind **arbeitsschutzrechtlich nicht gedeckt**. Auch die AUVA wird sich in einer Regress-Sachlage der Entschädigungen entziehen. **Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit wurde ohne Evidenz verordnet.**

### iv. Stellungnahme des Koordinierungskreises für Biologische Arbeitsstoffe (KOBAS) der DGUV vom 27.5.2020, aktualisierte Fassung 7.10.2020

*„In der Praxis werden sowohl Mund-Nase-Bedeckungen („Community Masken“) als auch medizinische Gesichtsmasken („OP-Masken“) getragen. Die DGUV und die gesetzlichen Unfallversicherungsträger wurden auf Probleme hinsichtlich der Tragedauer hingewiesen und um eine entsprechende Empfehlung gebeten.*

*Diese Empfehlung bezieht sich auf Tragezeiten im Geltungsbereich des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel und ausdrücklich nicht auf andere Bereiche, wie z.B. das Tragen von medizinischen Gesichtsmasken zum Patientenschutz im Gesundheitsdienst.*

#### **Empfehlung**

*Derzeit liegen im Zusammenhang mit dem SARS-CoV2 Arbeitsschutzstandard und der SARSCoV-2-Arbeitsschutzregel noch keine Empfehlungen zu Tragezeitbegrenzungen für Mund-Nase-Bedeckungen (MNB) vor. Die derzeit vorliegenden Erkenntnisse (siehe Erläuterungen) lassen den Schluss zu, dass Mund- Nase-Bedeckungen aus Baumwolle, Leinen oder Seide sowie medizinische Gesichtsmasken ähnliche Atemwiderstände wie partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil aufweisen können.*

*Es werden daher für Mund-Nase-Bedeckungen („Community-Masken“) und medizinische Gesichtsmasken, wenn sie im Rahmen des SARS-CoV-2 Arbeitsschutzstan-*

*dards und der SARSCoV-2-Arbeitsschutzregel getragen werden, Tragezeitbegrenzungen und Erholungspausen wie für filtrierende Halbmasken mit Ausatemventil nach DGUV Regel 112-190 „Benutzung von Atemschutzgeräten“ empfohlen.“<sup>166</sup>*

Die **DGUV-Regel 112-190** empfiehlt für partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil (einschließlich FFP1) bei **mittelschwerer Arbeit** (Atemminutenvolumen 20 bis 40 l/min.) **und fortwährendem Gebrauch** eine **Tragedauer von zwei Stunden mit einer anschließenden Erholungsdauer von 30 Minuten. Möglich sind dann drei Einsätze pro Arbeitsschicht.** Während der Erholungsdauer geht es darum, nicht die Maske zu tragen, es ist keine Arbeitspause gemeint. Tätigkeiten, die ohne Maske durchgeführt werden können, sind weiterhin in der Erholungsdauer möglich<sup>167</sup>.

## **d.b. FFP2-Masken**

### **i. Stellungnahme ECDC**

Nun äußert auch die Europäische Gesundheitsbehörde Bedenken. Die in Stockholm ansässige Behörde teilte am 4. Februar 2021 auf Anfrage von Agenturen mit:<sup>168</sup>

***„Der erwartete Mehrwert der universellen Verwendung von FFP2-Atemschutzmasken in der Gemeinschaft ist sehr gering“***

Auch die Kosten und möglichen Nachteile sprächen gegen eine Empfehlung, in der Öffentlichkeit FFP2-Masken anstelle von anderen Masken zu tragen. Details zu diesen möglichen Nachteilen wurden zunächst nicht genannt.

Die besonders dichten und dadurch besonders gesundheitsschädlichen Masken sollen vor Schadstoffpartikeln wie Staub oder auch Aerosolen schützen. Sie werden inzwischen in zahlreichen Mitgliedsstaaten anstelle normaler Alltagsmasken verlangt.

---

<sup>166</sup> Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), *Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung für Mund-Nase-Bedeckungen (MNB) im Sinne des SARSCoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2 Arbeitsschutzregel*, 27.05.2020, aktualisierte Fassung 07.10.2020, [https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/biologisch/kobas/tragezeitbegrenzung\\_kobas\\_27\\_05\\_2020n1.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/biologisch/kobas/tragezeitbegrenzung_kobas_27_05_2020n1.pdf)

<sup>167</sup> DGUV Regel 112-190, *Benutzung von Atemschutzgeräten*, Dezember 2011, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1011>

<sup>168</sup> Pharmazeutische Zeitung, *Mehrwert von FFP2-Masken im Alltag gering*, 04.02.2021, <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/mehrwert-von-ffp2-masken-im-alltag-gering-123502/>

EU-Gesundheitskommissarin *Stella Kyriakides* bestätigte in Brüssel die Einschätzung der EU-Behörde. „Die ECDC sagt, die Beweislage sei im Moment nicht stark genug für eine Notwendigkeit, dies im Alltag zu empfehlen“. Wichtig sei, überhaupt eine Maske korrekt zu tragen und Abstand zu halten. „Aber im Moment unterstützt das ECDC das Tragen von FFP2-Masken in der Gemeinschaft nicht, gemäß den ihnen vorliegenden Hinweisen.“

Das ECDC erklärte auch, selbst das Auftreten von neuen Varianten des Coronavirus mache keine anderen Maskentypen als diejenigen notwendig, die derzeit im Rahmen von nicht-pharmazeutischen Maßnahmen gegen Corona verwendet würden. Die Behörde ist nach eigenen Angaben gerade dabei, ein Dokument mit Einschätzungen zum Maskengebrauch im sozialen Umfeld zur Verringerung der Coronavirus-Übertragung zu aktualisieren.

## ii. Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Auch das **Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG)**<sup>169</sup> hat seine Bedenken:

*„Für den privaten Gebrauch empfehlen wir keine Atemschutzmasken. Auch in der aktuellen Situation mit der Ausbreitung der neuen Virusvarianten **empfehlen wir momentan für den privaten Gebrauch keine Atemschutzmasken, wie beispielsweise FFP2-Masken.** Atemschutzmasken wurden zum Schutz vor Feinstaub bei bestimmten Arbeiten entwickelt und sind beispielsweise für Pflegekräfte nur bei bestimmten, besonders riskanten Eingriffen empfohlen.“*

***Bei Atemschutzmasken, wie FFP2-Masken, ist die Zuverlässigkeit schwer zu gewährleisten, da unter anderem die Handhabung und das korrekte Tragen der Atemschutzmasken Schwierigkeiten darstellen.“***

---

<sup>169</sup> Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Coronavirus: Masken*, 04.03.2021 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/masken.html>



Anmerkung: Bei obigem Bild mit möglichen Maskentypen, ist die FFP2 Maske durchgestrichen.

**Warum in Österreich dennoch an der FFP2-Maskenpflicht festgehalten wird, ist nicht bekannt.** Sofern es hierfür moralisch-ökonomische Gründe gegeben haben soll (Investitionsschutz für Unternehmen, die in der FFP2-Maskenproduktion tätig sind), sind diese wohl unter dem Eindruck des in den Medien breit diskutierten Skandals um die „Hygiene Austria“ neu zu bewerten.<sup>170</sup>

### iii. Gefährdungspotenzial

In Österreich werden Verschärfungen regelmäßig dann in eine Verordnung mitaufgenommen, wenn die Infektionen mit allen Indikationen rückläufig sind. Das war so Ende März 2020 und das war bei Einführung der FFP2 Maskenpflicht am 25. Jänner 2021 wieder so. Bei FFP2 Masken kommt allerdings jetzt eine neue Dimension hinzu, denn diese können gesundheitsschädlich und für manche Menschen sogar gefährlich sein.

<sup>170</sup> ORF NÖ, *Masken-Causa: Mikl-Leitner fordert Aufklärung*, 05.03.2021, <https://noe.orf.at/stories/3093717/>

Beim RKI heißt es mit Stand **20. Jänner 2021** zum Beispiel<sup>171</sup>:

*„Beim bestimmungsgemäßen Einsatz von FFP2-Masken **muss** eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung im Voraus angeboten werden, um durch den erhöhten Atemwiderstand entstehende Risiken für den individuellen Anwender medizinisch zu bewerten.“*

In der Version vom **17. Februar 2021** hieß es dann:

*„Beim **korrekten Einsatz von FFP2-Masken** besteht ein erhöhter Atemwiderstand, der die Atmung erschwert. Deswegen **sollte** vor dem Tragen eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung angeboten werden, um Risiken für den Anwender individuell medizinisch zu bewerten.“*

Ähnliches findet sich in den Arbeitnehmerschutzbestimmungen in Österreich und Deutschland; wie oben näher dargestellt wurde. Wenn also die ältere und vulnerable Gruppe geschützt werden soll – und das wird ja, nebst der neuen Virus Variante, als Begründung angegeben – so gefährdet man damit genau diese Gruppe.

Der **Krankenhausthygieniker und Public Health Experte David Weissflog** hat auf Twitter<sup>172</sup> in einem Thread das Für und Wider ganz nüchtern abgewogen.

Zunächst ist die Idee des Mund-Nasen-Schutzes die Abgabe von virushaltigen Tröpfchen zu vermeiden. Das gelingt sicher zu einem hohen Grad. Ob eine FFP2 Maske das besser kann, ist umstritten. Auch wurde gezeigt, wie Masken aus den Tröpfchen Aerosole machen, die dann erst recht weit verbreitet werden können.

Die experimentellen Studien kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen; dies ist beim Thema Masken wenig überraschend<sup>173 174</sup>.

Das RKI stellt jedenfalls fest, dass ein mehrlagiger Schutz die Verbreitung von Tröpfchen aus dem Mund/Nasen Raum verhindern könne. **Dass FFP2 Masken beim Fremdschutz mehr leisten, kann jedenfalls nicht nachgewiesen werden.**

---

<sup>171</sup> RKI, *Infektionsschutzmaßnahmen*, 17.02.2021, [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Liste\\_Infektionsschutz.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Infektionsschutz.html)

<sup>172</sup> David Weissflog @infect\_prevent, Twitter, 18.01.2021, [https://twitter.com/infect\\_prevent/status/1351094081800327176](https://twitter.com/infect_prevent/status/1351094081800327176)

<sup>173</sup> Asadi, S., Cappa, C.D., Barraza, S. et al., Efficacy of masks and face coverings in controlling outward aerosol particle emission from expiratory activities. *Sci Rep* 10, 15665 (2020), 24.09.2020 <https://doi.org/10.1038/s41598-020-72798-7>, <https://www.nature.com/articles/s41598-020-72798-7>

<sup>174</sup> Emma P. Fischer, Martin C. Fischer, David Grass, Isaac Henrion, Warren S. Warren, Eric Westman, Low-cost measurement of face mask efficacy for filtering expelled droplets during speech, *Science Advances* 02.09.2020: Vol. 6, no. 36, eabd3083, DOI: 10.1126/sciadv.abd3083, <https://advances.sciencemag.org/content/6/36/eabd3083>

Wie sieht es nun mit dem Eigenschutz aus, im Vergleich zu dem was bisher erlaubt und vorgeschrieben war?

Weissflog führt zwei Studien an, die einen Vorteil gefunden haben, aber ein aktuelles Cochrane Review<sup>175</sup> findet keine Vorteile. Ebenso eine Reihe anderer Studien wie etwa von den Gesundheitsbehörden in Australien<sup>176</sup>, Großbritannien<sup>177</sup> und auch das RKI selbst finden bei Verdachtsfällen keinen Vorteil im Vergleich zu eng anliegenden Gesichtsmasken. Nochmal zu den Aussagen des deutschen RKI (20.01.2020, aaO):

**Beim bestimmungsgemäßen Einsatz von FFP2-Masken muss eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung im Voraus angeboten werden, um durch den erhöhten Atemwiderstand entstehende Risiken für den individuellen Anwender medizinisch zu bewerten. Der Schutzeffekt der FFP2-Maske ist nur dann umfassend gewährleistet, wenn sie durchgehend und dicht sitzend (d.h. passend zur Gesichtsphysiognomie und abschließend auf der Haut, Nachweis durch FIT-Test) getragen wird. Bei der Anwendung durch Laien ist ein Eigenschutz über den Effekt eines korrekt getragenen MNS hinaus daher nicht zwangsläufig gegeben. In den „Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“ werden FFP2-Masken nicht zur privaten Nutzung empfohlen.**

*Beim bestimmungsgemäßen Einsatz von FFP2-Masken muss eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung im Voraus angeboten werden, um durch den erhöhten Atemwiderstand entstehende Risiken für den individuellen Anwender medizinisch zu bewerten. Der Schutzeffekt der FFP2-Maske ist nur dann umfassend gewährleistet, wenn sie durchgehend und dicht sitzend (passend zur Gesichtsphysiognomie und abschließend auf der Haut, Nachweis durch FIT-Test) getragen wird. **Bei der Anwendung durch Laien ist ein Eigenschutz über den Effekt eines korrekt getragenen hinaus daher nicht zwangsläufig gegeben. In den „Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“ werden FFP2-Masken nicht zur privaten Nutzung empfohlen.***

---

<sup>175</sup> Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, van Driel ML, Jones MA, Thorning S, Beller EM, Clark J, Hoffmann TC, Glasziou PP, Conly JM, Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, van Driel ML, Jones MA, Thorning S, Beller EM, Clark J, Hoffmann TC, Glasziou PP, Conly JM., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5., **Druckhinweis: 256 Seiten, Anm.** <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub5/pdf/CDSR/CD006207/CD006207.pdf>

<sup>176</sup> Australian Government, *Guidance on the minimum recommendations for the use of personal protective equipment (PPE) in hospitals during the COVID-19 outbreak*, 09.11.2020, <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/guidance-on-the-use-of-personal-protective-equipment-ppe-in-hospitals-during-the-covid-19-outbreak.pdf>

<sup>177</sup> Public Health England, *COVID-19: Guidance for maintaining services within health and care settings*, ohne nähere Datumsangabe, Anm., [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/954690/Infection\\_Prevention\\_and\\_Control\\_Guidance\\_January\\_2021.pdf#page15](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/954690/Infection_Prevention_and_Control_Guidance_January_2021.pdf#page15)

Der Krankenhaushygieniker und Public Health Experte Weissflog kommt zum Schluss:

*„Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein größerer Fremdschutzeffekt durch FFP2-Masken nicht nachgewiesen ist, ein größerer Eigenschutzeffekt durch FFP2-Masken im Vergleich zu einem med. MNS ist ebenso nicht nachgewiesen.“*

Die belangte Behörde nimmt also durch die Pflicht zum Tragen einer FFP2 Maske unbekümmert eine mögliche Schädigung bei den gefährdeten Personengruppen (**so etwa bei der 6. ASt und dem 7. ASt**) in Kauf, obwohl der Nutzen einer FFP2-Maske vielfach nicht erreicht wird, womit ein weiterer Ermessensfehler (besser: Ermessensausfall) vorliegt.

### **d.e. Neue Meta-Stude zu Masken**

Eine neue umfangreiche Studie vom **22. November 2020** – veröffentlicht in *PMC, US National Library of Medicine* – setzt sich mit dem derzeitigen Wissensstand von Nutzen und Schäden auseinander.

*Baruch Vainshelboim* (*“Cardiology Division, Veterans Affairs Palo Alto Health Care System/Stanford University, Palo Alto, CA, United States”*) fasste sie unter dem Titel *„Gesichtsmasken in der COVID-19-Ära: Eine Gesundheitshypothese“* zusammen. Der Autor stellt wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit sowie über physiologische, psychologische und Langzeitfolgen vor (FN.330 *Vainshelboim B.* [2021]. *Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis, Medical hypotheses*, 146, 110411. 22.11.2020, <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110411>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680614/#b0130>).

Nachstehend werden die wesentlichsten Ergebnisse zusammengefasst:

*„Die Atmung ist eine der wichtigsten physiologischen Funktionen zur Erhaltung von Leben und Gesundheit. Der menschliche Körper benötigt eine kontinuierliche und ausreichende Versorgung aller Organe und Zellen mit Sauerstoff (O<sub>2</sub>) für eine normale Funktion und das Überleben. Die **Atmung ist auch ein wesentlicher Prozess zur Entfernung von metabolischen Nebenprodukten [Kohlendioxid (CO<sub>2</sub>)]**, die bei der Zellatmung entstehen. Es ist bekannt, dass ein akuter signifikanter O<sub>2</sub>-Mangel (Hypoxämie) und ein erhöhter CO<sub>2</sub>-Gehalt (Hyperkapnie) selbst für wenige Minuten schwer schädlich und tödlich sein können, während chronische Hypoxämie und Hyperkapnie eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, eine Verschlimmerung bestehender Erkrankungen, Morbidität und letztlich Mortalität verursachen.*

Die **Notfallmedizin zeigt**, dass ein 5-6-minütiger schwerer Sauerstoffmangel während eines Herzstillstands zum Hirntod führt, mit extrem schlechten Überlebensraten. Andererseits führen eine chronische leichte oder mäßige Hypoxämie und Hyperkapnie, z. B. durch das Tragen von Gesichtsmasken, zu einer Verlagerung auf einen höheren Anteil des anaeroben Energiestoffwechsels, zu einer Senkung des pH-Werts und einer Erhöhung des Säuregehalts von Zellen und Blut, zu Toxizität, oxidativem Stress, chronischer Entzündung, Immunsuppression und einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

### **Wirksamkeit von Gesichtsmasken**

Die physikalischen Eigenschaften von medizinischen und nicht-medizinischen Gesichtsmasken deuten darauf hin, dass **Gesichtsmasken aufgrund ihrer unterschiedlichen Größenordnungen nicht in der Lage sind, virale Partikel zu blockieren**. Nach derzeitigem Kenntnisstand hat das Virus SARS-CoV-2 einen Durchmesser von 60 nm bis 140 nm [Nanometer (Milliardstel Meter)], während der Fadendurchmesser von medizinischen und nicht-medizinischen Gesichtsmasken von 55 µm bis 440 µm [Mikrometer (Millionstel Meter)] reicht, was mehr als 1000 Mal größer ist. Aufgrund des Größenunterschieds zwischen dem Durchmesser von SARS-CoV-2 und dem Fadendurchmesser von Gesichtsmasken (das Virus ist 1000-mal kleiner) kann SARS-CoV-2 jede Gesichtsmaske problemlos passieren.

**Darüber hinaus ist die Effizienz der Filtrationsrate von Gesichtsmasken gering und reicht von 0,7 % bei nicht-chirurgischen Masken aus Baumwollgewebe bis zu 26 % bei Masken aus Baumwollsstoff**. Bei chirurgischen und medizinischen FFP2-Gesichtsmasken sinkt die Effizienz der Filtrationsrate auf 15 % bzw. 58 %, wenn auch nur ein kleiner Spalt zwischen Maske und Gesicht vorhanden ist.

**Klinische wissenschaftliche Nachweise stellen die Wirksamkeit von Gesichtsmasken zur Blockierung der Mensch-zu-Mensch-Übertragung oder der Infektiosität weiter in Frage**. In einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) mit 246 Teilnehmern [123 (50 %) symptomatisch]), denen entweder das Tragen oder das Nichttragen eines chirurgischen Gesichtsschutzes zugewiesen wurde, wurde die Übertragung von Viren, einschließlich Coronavirus, untersucht. Die **Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass es bei symptomatischen Personen (mit Fieber, Husten, Halsschmerzen, laufender Nase usw.) keinen Unterschied zwischen dem Tragen und Nichttragen eines Mundschutzes in Bezug auf die Übertragung von Coronaviruströpfchen mit Partikeln von >5 µm gab**.

**Bei asymptomatischen Personen wurden bei keinem Teilnehmer mit oder ohne Mundschutz Tröpfchen oder Aerosole mit Coronaviren nachgewiesen, was darauf hindeutet, dass asymptomatische Personen keine Viren an andere Personen übertragen** oder sie infizieren. Dies wurde auch durch eine Studie zur Infektiosität untermauert, bei der 445 asymptomatische Personen durch engen Kontakt (gemeinsamer Quarantänerraum) für einen Median von 4 bis 5 Tagen einem asymptomatischen SARS-CoV-2-Träger (der positiv für SARS-CoV-2 war) ausgesetzt wurden. Die Studie ergab, dass keine der 445 Personen mit SARS-CoV-2 infiziert war, was durch Tests bestätigt wurde.

Eine **Meta-Analyse unter Mitarbeitern des Gesundheitswesens** ergab, dass chirurgische Masken und FFP2/N95-Atemschutzmasken im Vergleich zu keinen Masken nicht wirksam gegen die Übertragung von Virusinfektionen oder grippeähnlichen Erkrankungen waren. **Unter Verwendung einer separaten Analyse von 23 Beobachtungsstudien fand diese Meta-Analyse keine schützende Wirkung von medizinischen Masken oder N95-Atemschutzmasken gegen das SARS-Virus.** Ein kürzlich durchgeführter systematischer Review von 39 Studien mit 33.867 Teilnehmern in Gemeinschaftssettings (Self-Report-Krankheit) fand keinen Unterschied zwischen FFP2-Filtermasken im Vergleich zu chirurgischen Masken und chirurgischen Masken im Vergleich zu keinen Masken in Bezug auf das Risiko, eine Influenza oder eine grippeähnliche Erkrankung zu entwickeln, was darauf hindeutet, dass sie in Gemeinschaftssettings keine Wirksamkeit bei der Blockierung von Virusübertragungen haben.

### **Die gesundheitlichen Effekte der Masken**

Das **Tragen einer Gesichtsmaske schränkt die Atmung mechanisch ein**, indem es den Widerstand der Luftbewegung sowohl während des Einatmungs- als auch des Ausatemungsprozesses erhöht. Unter normalen Bedingungen auf Meereshöhe enthält die Luft 20,93 % O<sub>2</sub> und 0,03 % CO<sub>2</sub>, was Partialdrücke von 100 mmHg bzw. 40 mmHg für diese Gase im arteriellen Blut ergibt. Diese Gaskonzentrationen ändern sich erheblich, wenn die Atmung durch eine Gesichtsmaske erfolgt. Die eingeschlossene Luft, die zwischen Mund, Nase und Gesichtsmaske verbleibt, wird wiederholt in den Körper ein- und ausgeatmet und enthält niedrige O<sub>2</sub>- und hohe CO<sub>2</sub>-Konzentrationen, was zu Sauerstoffmangel und CO<sub>2</sub>-Überschuss führt.

Ein niedriger Sauerstoffgehalt im arteriellen Blut kann Herzprobleme, Schwindel, Hypotonie, und anderes verursachen. Chronische niedriggradige Hypoxämie und Hyperkapnie als Folge der Verwendung der Gesichtsmaske können eine Verschlimmerung bestehender Erkrankungen verursachen.

Neben Sauerstoffmangel und CO<sub>2</sub>-Überschuss werden beim Atmen durch die Gesichtsmaske bakterielle und **keimhaltige Bestandteile** auf der Innen- und Außenschicht der Gesichtsmaske **zurückgelassen. Diese toxischen Bestandteile werden immer wieder in den Körper zurückgeatmet und verursachen eine Selbstkontamination.**

**Das Atmen durch Gesichtsmasken erhöht auch die Temperatur und Feuchtigkeit im Raum zwischen Mund und Maske, was zu einer Freisetzung von toxischen Partikeln aus den Materialien der Maske führt.** In einer systematischen Literaturübersicht wurde geschätzt, dass die Aerosolkontamination von Gesichtsmasken 13 bis 202.549 verschiedene Viren enthält. Das Wiedereinatmen kontaminierter Luft mit hohen bakteriellen und toxischen Partikelkonzentrationen zusammen mit niedrigen O<sub>2</sub>- und hohen CO<sub>2</sub>-Werten stellt eine ständige Herausforderung für den Körper dar und **verursacht Selbsttoxizität und Immunsuppression.**

Die **nachteiligen physiologischen Effekte wurden in einer Studie mit 53 Chirurgen bestätigt, bei der während einer größeren Operation eine Gesichtsmaske getragen wurde.** Nach 60 Minuten Tragen der Gesichtsmaske sank die Sauerstoffsättigung um mehr als 1 % und die Herzfrequenz stieg um etwa fünf Schläge/min.

Eine **andere Studie unter 158 Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die persönliche Schutzausrüstung, hauptsächlich N95-Gesichtsmasken, verwendeten, berichtete, dass 81 % (128 Mitarbeiter) während ihrer Arbeitsschichten neue Kopfschmerzen entwickelten,** da diese aufgrund des COVID-19-Ausbruchs obligatorisch wurden. Für diejenigen, die eine N95-Maske mehr als 4 h pro Tag verwendeten, war die Wahrscheinlichkeit, während der Arbeitsschicht Kopfschmerzen zu entwickeln, etwa viermal höher, während 82,2% der N95-Träger die Kopfschmerzen bereits innerhalb von ≤10 bis 50 min entwickelten.

### **Psychologische Auswirkungen des Tragens von Gesichtsmasken**

**Psychologisch gesehen hat das Tragen von Gesichtsmasken grundsätzlich negative Auswirkungen auf den Träger und Personen in der Nähe.** Die grundlegende Verbindung von Mensch zu Mensch durch den Gesichtsausdruck wird beeinträchtigt und die Selbstidentität wird teilweise aufgehoben.

Soziale Verbindungen und Beziehungen sind menschliche Grundbedürfnisse, die allen Menschen angeboren sind, während reduzierte Mensch-zu-Mensch-Verbindungen mit schlechter geistiger und körperlicher Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Trotz sich entwickelnder Technologie und Globalisierung, die vermutlich

soziale Verbindungen fördern würden, zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse, dass die **Menschen zunehmend sozial isoliert sind und die Häufigkeit von Einsamkeit in den letzten Jahrzehnten zunimmt**. Schlechte soziale Beziehungen stehen in engem Zusammenhang mit Isolation und Einsamkeit, die als bedeutende gesundheitsbezogene Risikofaktoren gelten.

Eine **Meta-Analyse von 91 Studien mit ca. 400.000 Personen zeigte ein um 13% erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Personen mit niedriger im Vergleich zu hoher Kontaktfrequenz**. Eine weitere Meta-Analyse von 148 prospektiven Studien (308.849 Teilnehmer) ergab, dass schlechte soziale Beziehungen mit einem 50% erhöhten Sterberisiko assoziiert waren. Menschen, die sozial isoliert waren oder sich einsam fühlten, hatten ein um 45 % bzw. 40 % erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Wichtig ist, dass das erhöhte Sterberisiko vergleichbar mit dem Rauchen war und über bekannte Risikofaktoren wie Adipositas und körperliche Inaktivität hinausging.

### **Langfristige gesundheitliche Folgen des Tragens von Gesichtsmasken**

**Die langfristige Praxis des Tragens von Gesichtsmasken hat ein hohes Potenzial für verheerende gesundheitliche Folgen**. Ein längerer Sauerstoff-reduzierter Zustand beeinträchtigt das normale physiologische und psychologische Gleichgewicht, verschlechtert die Gesundheit und fördert die Entstehung und das Fortschreiten bestehender chronischer Krankheiten. Vor allem Herzkrankheiten und Krebs werden durch Sauerstoffmangel stark gefördert.

**In Bezug auf die psychische Gesundheit zeigen globale Schätzungen, dass COVID-19 aufgrund von kollateralen psychologischen Schäden wie Quarantäne, Lockdowns, Arbeitslosigkeit, wirtschaftlichem Zusammenbruch, sozialer Isolation, Gewalt und Selbstmorden eine Katastrophe verursachen wird.**

Chronischer Stress zusammen mit Sauerstoffmangel und CO<sub>2</sub>-Überschuss bringt den Körper aus dem Gleichgewicht und kann Kopfschmerzen, Müdigkeit, Magenprobleme, Muskelverspannungen, Stimmungsstörungen, Schlaflosigkeit und beschleunigte Alterung verursachen. Dieser Zustand unterdrückt das Immunsystem, um den Körper vor Viren und Bakterien zu schützen, verringert die kognitive Funktion, fördert die Entwicklung und Verschlimmerung der wichtigsten Gesundheitsprobleme, einschließlich Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Alzheimer-Krankheit, steigende Angst- und Depressionszustände, verursacht soziale Isolation und Einsamkeit und erhöht das Risiko für vorzeitige Sterblichkeit.“

Die Studie schließt mit einer mehr als eindeutigen Zusammenfassung:

**„Die vorhandenen wissenschaftlichen Beweise stellen die Sicherheit und Wirksamkeit des Tragens von Gesichtsmasken als präventive Maßnahme für COVID-19 in Frage. Die Daten legen nahe, dass sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Gesichtsmasken unwirksam sind, um die Übertragung von Viren und Infektionskrankheiten wie SARS-CoV-2 und COVID-19 von Mensch zu Mensch zu verhindern, was gegen die Verwendung von Gesichtsmasken spricht. Das Tragen von Gesichtsmasken hat nachweislich **erhebliche nachteilige physiologische und psychologische Auswirkungen**. Dazu gehören Hypoxie, Hyperkapnie, Kurzatmigkeit, erhöhte Azidität und Toxizität, Aktivierung der Angst- und Stressreaktion, Anstieg der Stresshormone, Immunsuppression, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, Prädisposition für virale und infektiöse Erkrankungen, chronischer Stress, Angst und Depression. Langfristige Folgen des Tragens von Gesichtsmasken können eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, die Entwicklung und das Fortschreiten chronischer Krankheiten und einen vorzeitigen Tod verursachen. **Regierungen, politische Entscheidungsträger und Gesundheitsorganisationen sollten in Bezug auf das Tragen von Gesichtsmasken einen prosperierenden und auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Ansatz verfolgen, wenn das Tragen von Gesichtsmasken als präventive Maßnahme für die öffentliche Gesundheit betrachtet wird.**“**

## e. „Lockdown“-Schlussfolgerung

Will man aus heutiger Sicht Lockdown-Maßnahmen verfügen, wird eine – mit rechtsstaatlichen Grundsätzen vereinbare – Begründung angesichts der dargelegten Umstände kaum zu schaffen sein.

Hinzu tritt ein wesentlicher faktischer Umstand: Die ursprüngliche Logik hinter diesen Maßnahmen („flatten the curve“) hat sich durch die zwischenzeitliche tatsächliche Entwicklung erledigt. Wie der Epidemiologe *Gérard Krause* mit Recht feststellt: Das Virus ist sowieso schon überall<sup>178</sup>.

---

<sup>178</sup> *Gérard Krause* im Interview mit dem Spiegel, „Das Virus ist doch schon überall“, 08.10.2020, [https://www.spiegel.de/gesundheit/corona-massnahmen-wie-sinnvoll-ist-die-sperrstunde-a-7d5c63b1-05f4-4ab1-bbf6-b820553ff3ba?utm\\_source=pocket-newtab-global-de-DE](https://www.spiegel.de/gesundheit/corona-massnahmen-wie-sinnvoll-ist-die-sperrstunde-a-7d5c63b1-05f4-4ab1-bbf6-b820553ff3ba?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE)

## 5. Fünfte Fehlannahme: Drohende Überlastung des Gesundheitssystems und erhöhte Sterblichkeit

Die erste und wichtigste Voraussetzung für einen Lockdown nach dem COVID-19-Maßnahmengesetz ist, dass das Gesundheitssystem zusammenzubrechen droht<sup>179</sup>.

Gesundheitsökonominnen und Autor *Dr. Gerhard Pöttler* kommt – wie sogleich dargelegt wird – nach einer umfassenden Analyse der bundesweit zur Verfügung stehenden Betten- und Personalkapazitäten in Spitälern zum Ergebnis, dass die **Nachvollziehbarkeit eines dritten (oder vierten?) Lockdowns aus gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Sicht in keiner Weise gegeben ist.**

Weder bei den Normalbettenkapazitäten noch bei den Intensivbetten, und auch nicht beim Personal, sei laut *Pöttler* eine coronabedingte Überforderung des österreichischen Gesundheitssystems zu bemerken. Zwar sei in den vergangenen Jahren vieles eingespart worden und auch im Zuge der Coronakrise 1 habe man Betten reduziert und Intensivstationen aufgelassen, um sie woanders zusammenzuziehen und entsprechend qualifizierte Pflegekräfte zu bündeln, **aber – und das ist der springende Punkt – sogar in Spitzenzeiten des Corona-Geschehens waren ausreichend Reserven vorhanden.**

*Dr. Pöttler*, gibt überdies zu bedenken, dass Patienten, die derzeit als sog. Corona-Patienten gelten, **nicht ausschließlich Corona-Patienten** sind.

***„Sondern es sind Patienten, die möglicherweise einen Herzinfarkt haben, einen Schlaganfall haben, Patienten, die einen Autounfall haben und halt zufällig positiv getestet worden sind. Damit zählen sie automatisch schon als Corona-Patienten.“***

Jeder könne diese Zahlen, Daten und Fakten auf der Homepage des BMSGPK nachlesen, empfiehlt der Gesundheitsökonom. Dort findet sich auch der Bericht der Autoren *Florian Bachner et al*, Intensivpflege und COVID vom 27. November 2020<sup>180</sup>.

---

<sup>179</sup> *Aletheia Scimed*, Covid-19 – Infektionslage, Belastung der Spitäler in der Schweiz KW 50 Situationsanalyse, Reflexion, Lösungsansätze, 24.12.2020, [https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/eingabe\\_br\\_schweiz\\_24-12-2020.pdf](https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/eingabe_br_schweiz_24-12-2020.pdf)

<sup>180</sup> Florian Bachner et al, *Intensivpflege und COVID*, Stand 27.11.20, <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:7af191c6-b103-4794-86d9-06f050b355fa/Factsheet%20Coronavirus%20Hospitalisierungen%20auf%20Intensivstationen.pdf>



*Das St.-Elisabeth-Krankenhaus bestätigte: „Die Grippewelle 2018 übersteigt alles bisher Dagewesene.“ Man sei gezwungen, Patienten ambulant zu behandeln, sogar in andere Städte zu verlegen! Auch an der Uniklinik sind die Kapazitäten voll ausgelastet, die Situation angespannt.*

*Zwar will keines der Krankenhäuser von einem „Aufnahmestopp“ sprechen, da sie sich um alle Fälle kümmern müssen. Wie BILD erfuhr, haben aber allein gestern das Elisabeth- und Diakonissenkrankenhaus sowie die Kliniken von Oschatz und Zwenkau bei der Rettungsleitstelle um „Schonung“ gebeten. Heißt: die Häuser sollten so lange nicht angefahren werden, bis intern wieder Betten frei sind.*

*Schuld ist „Yamagata“, ein Virus vom Influenza-Typ B. Deutschlandweit hat das Robert-Koch-Institut in dieser Saison schon 358 Grippe-Tote gezählt. 261 davon waren mit „Yamagata“ infiziert. Sachsenweit starben bislang 39 Menschen, einer auch in Leipzig, vier im Landkreis Leipzig [...].*

## **ii. Hersfelder Zeitung, Grippewelle: Krankenhäuser in Hersfeld-Rotenburg stoßen an Kapazitätsgrenze, 15.03.2018**

Die **Hersfelder Zeitung** wusste am **15. März 2018** zu berichten<sup>184</sup>:

*Hersfeld-Rotenburg. Durch die anhaltende Grippewelle spitzt sich die Lage in den Krankenhäusern im Landkreis zu.*

*„So etwas haben wir hier noch nicht erlebt“, sagt Werner Hampe, Sprecher des Klinikums Hersfeld-Rotenburg. „Die Belastungsgrenze ist erreicht.“*

*Von den 600 Betten im Klinikum und den Akutbetten im Herz-Kreislauf-Zentrum (HKZ) seien seit Wochen alle belegt. Am Klinikum waren sowohl die Intensivstation als auch die Innere Medizin am Dienstag abgemeldet. Es konnten keine neuen Patienten aufgenommen werden.*

*Mittlerweile sind die Stationen wieder geöffnet. Die Intensivstation im HKZ ist allerdings weiter abgemeldet. „Die Kapazitäten sind erschöpft“, sagt Hampe. Auch das*

---

<sup>184</sup> Gudrun Schankweiler-Ziermann, *Grippewelle: Krankenhäuser in Hersfeld-Rotenburg stoßen an Kapazitätsgrenze*, Hersfelder Zeitung 15.03.2018, <https://www.hersfelder-zeitung.de/bad-hersfeld/grippewelle-krankenhaeuser-in-hersfeld-rotenburg-stossen-an-kapazitaetsgrenze-9693747.html>

*Personal bleibe nicht verschont. „Rund zehn Prozent, also etwa 150 von 1500 Mitarbeitern, sind erkrankt“, sagt Hampe.*

*Dass Krankenhausbetten in ganz Hessen derzeit Mangelware sind, verschärft die Situation zusätzlich. Die Kliniken im Landkreis werden von Krankenhäusern im Umland angefragt. Selbst aus Frankfurt gab es Anfragen, weil Patienten dort nicht mehr aufgenommen werden konnten. Hampe spricht von einem „absurden Patiententourismus“, der sich aktuell in Hessen abspiele.*

*Auch das Kreiskrankenhaus Rotenburg stößt wegen der Grippewelle an ihre Kapazitätsgrenze. Jede fünfte Pflegekraft ist in der vergangenen Woche selbst wegen Grippe ausgefallen. Das Haus war bis unters Dach belegt, sagt Geschäftsführer Frank Alemany.*

*Deshalb musste man die Bettenzahl um 20 Prozent senken und hat planbare Behandlungen verschoben. Auch die zehn Intensivbetten waren voll belegt, eine Anfrage für ein Bett kam sogar aus Wiesbaden. Bis Anfang nächster Woche rechnet Alemany mit einer Entspannung der Lage.*

#### *192 Grippe-Fälle im Landkreis*

*Bundesweit sind in der Grippesaison 2017/18 bereits 165 000 Menschen an Grippe erkrankt, 358 starben. Hessen zählt bis heute etwa 166 000 Influenza-Fälle. Im Landkreis Hersfeld-Rotenburg wurden insgesamt 192 und damit fast dreimal so viele wie im vergangenen Jahr gemeldet. Allerdings geht das Gesundheitsamt von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Der Höhepunkt der Grippewelle ist laut Robert-Koch-Institut erreicht. Und tatsächlich sind die Zahlen auch im Landkreis rückläufig: Hier zählt das Gesundheitsamt für die laufende Woche bislang „nur“ 15 Fälle – im vergangenen Monat waren im Schnitt 50 Patienten pro Woche erkrankt. (mol)“*

### **iii. Krone, So überfüllt sind Wiens Krankenhäuser, 04.01.2017**

Die **Kronenzeitung** berichtete (samt **eindrucksvoller Bildreportage**) am **04. Jänner 2017**:

*„In den Wiener Gemeindespitälern müssen Patienten stunden- und tagelang in Gangbetten "genesen" - Tag und Nacht, bei grellem Licht, jeglicher Intimsphäre beraubt. Die "Krone" fand in den Spitälern am Mittwoch prekäre Bedingungen für Patienten vor. Verstärkt werden sie durch die aktuelle Grippewelle und die Urlaubszeit.*

*"Da liegen jeden Tag Patienten auf dem Gang", sagt ein Besucher auf dem Weg zur Unfallchirurgie im Wilhelminenspital. Beim Eintreten stehen gleich vier Betten auf einem Flur. Es sind ausschließlich ältere Patienten, die am Mittwochvormittag hier untergebracht sind. Mit einem winzigen Fetzen Stoff "bedeckt", versucht eine Frau nach dem Griff zu schnappen, während Besucher, Ärzte und Pfleger vorbeigehen. Sie liegt zwischen Geräten und zwei kleinen Trennwänden.*

*Das gleiche Bild im Donauspital: Sieben Patienten liegen inmitten der Notfallambulanz, das Wartezimmer platzt aus allen Nähten. Sie verbringen Stunden in dem Raum. Auf der Unfall- und Sportchirurgie löffeln Gangpatienten in ihren Betten das Essen aus Tellern.*

*Geheimniskrämerei um die genauen Zahlen*

*Beim Krankenanstaltenverbund (KAV) leugnet man gar nicht, dass die "Kapazitäten aktuell an Grenzen stoßen". Grund seien die Grippewelle, Urlaube im niedergelassenen Bereich und die Zunahme der Zahl älterer Patienten. Aber um die Anzahl der Gangbetten macht der KAV ein Geheimnis. [...]"<sup>185</sup>*

**An der Geheimniskrämerei hat sich im Übrigen bis zum heutigen Tag nichts geändert. Hierzu sogleich.**

#### **iv. FAZ, Am Rande der Erschöpfung, 28.02.2015**

Die **Frankfurter Allgemeine Zeitung** berichtete in einer **lesenswerten Reportage** vom Krankenhausalltag im Frankfurter Nordwestkrankenhaus am **28. Februar 2015**<sup>186</sup>:

*„Die Influenza wütet in diesem Jahr besonders heftig. Zahlreiche Notaufnahmen sind überlaufen. Dienst nach Vorschrift können sich die Ärzte und Pfleger im Frankfurter Nordwestkrankenhaus nicht mehr leisten.*

*[...]*

*Dann kommen zwar keine Rettungswagen mehr. Aber Patienten, die sich noch auf den eigenen Beinen in die Notaufnahme schleppen können, wie der Mann mit dem schweren Husten. Wie alle Besucher der Notaufnahme stellt er sich in die Schlange vor der Anmeldung, nach ein paar Minuten ist er dran. Die Frau hinter dem Tresen fragt: „Was kann ich für Sie tun?“ Der Mann erzählt von Fieber, Gelenkschmerzen, Unwohlsein. Die Mitarbeiter an der Anmeldung müssen jetzt entscheiden: Grippe –*

---

<sup>185</sup> Kronenzeitung, *So überfüllt sind Wiens Krankenhäuser*, 04.01.2017, <https://www.krone.at/547179>

<sup>186</sup> Mona Jaeger, *Am Rande der Erschöpfung*, FAZ 28.02.2015, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/notaufnahmen-sind-wegen-grippewelle-ueberlaufen-13454864.html>

ja oder nein. Wenn nein, schicken sie den Patienten in den Warteraum. Wenn ja, wird er gleich in dem Gang neben dem Tresen in Empfang genommen, damit er die übrigen Patienten nicht ansteckt. Je nach Schwere der Symptome klassifizieren die Mitarbeiter an der Anmeldung die Patienten, ihre Akten bekommen einen grünen, gelben oder roten Vermerk. Die Grünen können noch einen Moment warten, die Roten müssen sofort behandelt werden.

[...]

Es ist Mittag, in der Notaufnahme wird es hektischer. Außer den Grippepatienten kommen jetzt auch die mit Rückenschmerzen und den dicken Beinen. Aus den Lautsprechern heult eine Sirene, ein Rettungswagen mit einer Schlaganfallpatientin wird gleich ankommen. Auch während der Grippezeit läuft der Krankenhausalltag weiter. Da kann es sich kein Arzt oder Pfleger leisten, Dienst nach Vorschrift zu machen, und den macht hier zurzeit auch keiner. Viele haben ihren Urlaub verschoben, machen Überstunden. Gerhard Cieslinski, der Leiter der Notaufnahme, sowieso. Er hofft, dass ihn auch dieses Mal die Grippe verschont. Die Influenza-Welle wird wohl noch mindestens vier Wochen rollen. [...]"

#### **v. Die Presse, Grippe: Wiens Spitäler überfüllt, 24.02.2012**

**Die Presse** befasste sich am **24. Februar 2012** mit der Situation in Wiens Spitalern:<sup>187</sup>

*„Grippewelle und Durchfallerkrankungen sorgen derzeit für Engpässe in Spitalern: Einige nicht akute Operationen werden verschoben, Patienten auf dem Gang behandelt. Die Versorgung sei jedoch nicht gefährdet.*

*Es sei eine Situation, „wie wir sie in den vergangenen 30 Jahren noch nie erlebt haben“ – Wiens städtische Spitäler werden derzeit von Menschen, die unter der Grippe leiden, regelrecht gestürmt. Die Krankenhäuser stünden „vor Herausforderungen, die wir bis jetzt nicht gekannt haben“, wie es Susanne Drapalik vom Krankenanstaltenverbund (KAV) formuliert.*

[...]

*Kurz gesagt: Die Spitäler sind, da diese Situation bereits seit einer Woche anhält, an ihrer Kapazitätsgrenze.*

[...]

*Wie groß die Zahl der zusätzlichen Patienten sei, könne man erst in einigen Wochen sagen, so Drapalik. Zu viele sind es jedenfalls: Mittlerweile müssen Patienten teilweise auf Gangbetten (der KAV nennt das „Überbelagsbetten“) versorgt werden oder*

---

<sup>187</sup> Mirjam Marits, Grippe: Wiens Spitäler überfüllt, Die Presse 24.02.2012, <https://www.diepresse.com/734726/grippe-wiens-spitaler-uberfullt>

werden auf eigentlich nicht zuständige Abteilungen innerhalb der Spitäler „umgeschichtet“. Einige nicht akute Operationen wurden verschoben, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Welche der elf städtischen Spitäler besonders betroffen seien? „Alle“, sagt Drapalik.

[...]

Hauptgrund für die außergewöhnlich hohe Zahl an Patienten ist die Grippe: In der Vorwoche wurden 14.700 Neuerkrankte gezählt, deutlich mehr als in der Woche davor (11.300). [...].“

**Kurzum: Am Befund über den Zustand unseres Gesundheitssystems hat sich bis heute nichts geändert.**

Ergänzt wird der Eindruck, wenn man den Blick in weitere europäische Staaten wirft: **Zu einer Überlastung der Gesundheitssysteme und zur Übersterblichkeit ist es nur in jenen Regionen gekommen, die sowieso schon immer mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben und in denen politische Fehlentscheidungen oder gravierende Fehler bei der Medikation zur Verschärfung der Krise beigetragen haben.** Insbesondere trifft dies für Italien zu. Die Schreckensbilder aus dem Fernsehen lieferten dem Publikum ein Zerrbild von den dortigen Zuständen. In Wirklichkeit haben Panikmache in den Medien und überhastete politische Entscheidungen die Patienten in die Kliniken hinein- und das Pflegepersonal aus den Kliniken und den Pflegeheimen hinausgetrieben.

**Angesichts sich permanent wechselnder Indikatoren** wann das Gesundheitssystem zu überlasten droht (zu erinnern sei an den sog. „R-Wert“, an eine bestimmte Tagesfallzahl, an die 7-Tage-Inzidenz [Infizierte hochgerechnet auf pro 100.000 Einwohner], die allesamt erreicht wurden) überrascht es nicht, wenn nunmehr ein weiterer Parameter verändert wird. Gegenwärtig ist dies die 7-Tage-Inzidenz von 200, die wieder in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt wurde (zuvor war 50 im Gespräch). Sie gilt als einer der Grundpfeiler zur Bewertung des „*Infektionsgeschehens*“ und zur Begründung der Corona-Maßnahmen der Bundesregierung. Die gleiche Inzidenz hat auch die BRD gewählt. Dort kam Kritik an diesem Schwellenwert auf, nachdem die Verbreitung des Coronavirus zur „*Pandemie nationaler Tragweite*“ erklärt wurde. Mittlerweile wurde dieser Wert in der BRD von 50 auf 35 abgesenkt, ein noch unerreichbarer Wert unter Einsatz verhältnismäßiger Mittel:

Am 22. Dezember 2020 meldete sich auch der ehemalige Direktor des Influenza-Programms der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ,Epidemiologe Klaus Stöhr zu Wort<sup>188</sup>. **Eine 7-Tage-Inzidenz von 50 sei in hiesigen Breitengraden nicht realisierbar**, so Stöhr

---

<sup>188</sup> Klaus Wedekind, *Epidemiologe nennt Corona-Strategie illusorisch*, ntv 22.12.2020, <https://www.n-tv.de/wissen/Epidemiologe-nennt-Corona-Strategie-illusorisch-article22251385.html>

zum Nachrichtenkanal ntv. Einen Inzidenzwert von unter 50 in den Wintermonaten bezeichnete Stöhr als „*illusorisch*“. Er verweist auf mit dem neuartigen Coronavirus vergleichbare Erreger wie etwa das Influenzavirus. Auch diese zirkulierten in der kalten Jahreszeit auf einem ähnlich hohen Niveau. Dies sei der Fall, „*obwohl dagegen viel mehr Menschen immun sind als gegen Corona*“. Das Instrument einer entsprechenden Kontaktverfolgung hält der Epidemiologe daher ebenfalls für wenig sinnvoll.

## **b. Stand der medizinischen Versorgung in Österreich**

Nachfolgende Ausführungen wurden aus der Stellungnahme zum Stand der medizinischen Versorgung in Österreich des Gesundheitsökonom **Dr. Gerhard Pöttler** übernommen. **Er war und ist seit 16 Jahren im Bereich Krankenhausmanagement und als FH-Professor tätig.** Anders als in der BRD gibt es kaum verwertbare Zahlen, um die Belastung des Gesundheitssystems täglich aktuell nachzuvollziehen. Es gibt in Österreich schlicht keine offizielle Stelle, die nachstehende Daten in einer für die Öffentlichkeit zugänglichen Weise sammelt und auswertet.

### **i. Bettensituation**

#### **Stand Ende 2019**

##### **(Abb. 1: Krankenhausbetten in den Jahren 2010-2019):**

österreichweit 63.838 Krankenhausbetten – dritthäufigste Zahl von Krankenhausbetten im Verhältnis zu den Einwohnern nach OECD Statistik: nach D und BUL

generell ist zu sagen, dass durchschnittlich in Spitälern die Auslastung (natürlich von Station zu Station unterschiedlich) bei rund 78% der Gesamtbetten ist

**Stand 18.11.2020:** belegt mit so genannten Corona Patienten: 4.525 Betten, das sind 7,1% der Gesamtbetten

**Stand 23.11.2020:** belegt mit so genannten Corona Patienten: 4.458 Betten, das sind 7,0% der Gesamtbetten

**Stand 01.01.2021:** belegt mit so genannten Corona Patienten: 2.342 Betten, **das sind 3,7% der Gesamtbetten**

**Was sind Corona Patienten?** Alle Patienten, die positiv getestet wurden, egal aufgrund welcher Indikation diese Patienten in eine Krankenhaus gekommen sind.

**Abb. 1: Krankenhausbetten in den Jahren 2010-2019**

### TATSÄCHLICH AUFGESTELLTE BETTEN

Betten (inkl. Tagesklinikbetten), die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht (Funktionsbetten, wie z.B. Dialysebetten, post-operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsbetten der Geburtshilfe u.a. zählen nicht zu den tats. aufgest. Betten)

Alle Krankenanstalten												
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN		
2010	64.008	1.610	5.013	11.187	10.352	4.792	10.707	4.643	2.070	13.434		
2011	64.417	1.537	4.859	11.255	10.323	4.859	10.598	4.904	2.214	13.725		
2012	64.691	1.716	4.939	11.343	10.206	5.091	10.545	4.993	2.231	13.627		
2013	64.825	1.741	4.874	11.366	10.099	5.078	10.477	5.056	2.221	13.913		
2014	64.815	1.742	4.810	11.540	9.935	5.056	10.202	5.061	2.224	14.255		
2015	65.138	1.719	4.799	11.536	9.895	4.980	10.153	5.004	2.217	14.835		
2016	64.838	1.757	4.693	11.427	9.875	5.029	10.085	5.014	2.202	14.756		
2017	64.805	1.813	4.544	11.220	10.133	4.948	10.182	5.051	2.197	14.717		
2018	64.285	1.772	4.593	11.282	10.149	4.891	10.122	5.042	2.113	14.321		
2019	63.838	1.726	4.511	11.141	10.057	4.840	9.974	5.031	2.095	14.463		
Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (LGF)												
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN		
2010	48.001	1.226	3.440	8.193	8.530	3.374	6.817	4.072	1.909	10.440		
2011	47.667	1.153	3.405	8.140	8.521	3.422	6.759	4.108	1.900	10.279		
2012	47.658	1.127	3.388	8.086	8.189	3.430	6.713	4.127	1.917	10.081		
2013	46.394	1.138	3.396	8.044	7.998	3.399	6.644	4.070	1.885	9.940		
2014	46.001	1.131	3.286	8.040	7.853	3.316	6.582	4.075	1.888	9.830		
2015	45.616	1.144	3.228	7.984	7.838	3.251	6.520	4.033	1.922	9.696		
2016	45.224	1.175	3.122	7.874	7.847	3.237	6.465	4.037	1.916	9.551		
2017	44.738	1.160	2.979	7.725	7.819	3.129	6.467	4.074	1.915	9.476		
2018	44.183	1.125	2.958	7.778	7.848	3.032	6.390	4.065	1.908	9.079		
2019	43.668	1.075	2.914	7.602	7.756	2.977	6.219	4.006	1.892	9.227		
Nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (NLGF)												
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN		
2010	16.007	354	1.573	3.194	1.822	1.418	3.890	571	161	2.994		
2011	16.750	384	1.567	3.115	1.802	1.467	3.859	796	314	3.446		
2012	17.633	589	1.551	3.257	2.017	1.661	3.852	866	314	3.546		
2013	18.431	603	1.538	3.322	2.101	1.739	3.833	986	336	3.973		
2014	18.814	601	1.524	3.500	2.062	1.740	3.620	966	336	4.425		
2015	19.522	575	1.571	3.552	2.097	1.729	3.633	971	295	5.139		
2016	19.614	582	1.571	3.553	2.028	1.792	3.630	977	286	5.205		
2017	20.067	653	1.571	3.495	2.314	1.819	3.715	977	282	5.241		
2018	20.102	647	1.635	3.504	2.301	1.859	3.732	977	205	5.242		
2019	20.170	651	1.597	3.539	2.301	1.863	3.755	1.025	203	5.236		

Datenquelle: Jahresmeldung Krankenanstaltenstatistik / Erstellt im Oktober 2020  
BMSGPK/Abt. VU/B/6

## ii. Intensivbetten

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Intensivbetten bzw. -stationen eine der teuersten Kostenstellen in einer Krankenanstalt sind und diese sehr oft ausgelastet sind. Das liegt sehr oft am Operationsspektrum und dem Schweregrad der zu operierenden Patienten. Faktum ist aber, dass der Öffentlichkeit mitgeteilt wird, dass aufgrund von Corona Operationen verschoben werden – also ist im Umkehrschluss davon auszugehen, dass die Intensivstationen bei Weitem nicht ausgelastet sind.

### **Intensivbetten: Stand Ende 2019, 2.567 Betten österreichweit**

#### **(Abb. 2 und 3: Betten nach Fachrichtungen 2019):**

Stand 18.11.2020: belegt mit so genannten Corona Patienten: 658 Betten, das sind 25,6 der Gesamt verfügbaren aufgestellten **Intensivbetten**

Stand 23.11.2020: belegt mit so genannten Corona Patienten: 683 Betten, das sind 26,6% der Gesamt verfügbaren aufgestellten **Intensivbetten**

Stand: 01.01.2021: belegt mit so genannten Corona Patienten: 396 Betten, **das sind 15,4% der Gesamt verfügbaren aufgestellten Intensivbetten**

#### **Höchststand der belegten Intensivbetten: 723 am 29.11.2020**

Diese Zahl der Intensivbetten könnte problemlos aufgrund sogenannter Apparatemedizin auf 3.000 Intensivbetten erweitert werden.

**Bericht ORF vom 17. November 2020 und 18. November 2020:** In der Schweiz und in Deutschland ist davon auszugehen, dass zurzeit 60% aller belegten Intensivbetten von Coronapatienten belegt sind. **Rückschluss für Österreich:** derzeit gesamt belegte Intensivbetten laut Rechnung ORF: 658 Betten. Das ergibt auch die Rückfragen bei den Krankenanstalten im Bundesland Salzburg (SALK, UKH Salzburg, BHB - Barmherzige Brüder) – es läuft alles ganz normal; ebenso an der Uniklinik Innsbruck, in Linz (BHB, BHS und Kepler Uni) sowie Klagenfurt.

**Bleibt zusammenfassend festzuhalten:** 2.567 Betten zur Verfügung und erweiterbar – dem gegenüber stehen 658 Betten, die zurzeit (01. Jänner 2021) belegt sind. Damit stehen genügend Kapazitäten zur Verfügung. Das ist auch das, was Mediziner unter der Hand – diese würden das nie öffentlich sagen – bestätigen.

Abb. 2: Betten nach Fachrichtungen 2019 S.1

## BETTEN nach Fachrichtungen 2019

Tatsächlich aufgestellte Betten

	Österreich	BGLD	STN	NO	OO	SBG	STM	TIR	VLB	WIEN
01 Anästhesiologie und Intensivmedizin/Intensivversorgung	2.567	84	157	378	378	178	400	213	77	702
02/1 Kinder- und Jugendheilkunde	1.298	52	69	207	235	99	155	152	74	255
02/2 Kinder- und Jugendchirurgie	266		22	37	37	36	66	15		90
02/3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	386		24	78	84	30	57	28	25	60
03 Chirurgie	5.305	181	310	962	971	364	813	496	182	1.026
04 Neurochirurgie	503		34	82	90	43	48	60	17	129
05 Innere Medizin	15.733	323	993	2.625	2.433	799	1.913	1.039	438	5.170
06 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2.712	75	145	565	481	191	296	289	130	540
07 Neurologie	3.410	55	219	546	715	182	586	256	110	741
07/1 Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe B : Ermittlung (LKF-Einstufung Neuro Stufe B)	348	9	40	74	43	22	40	34	12	74
07/2 Neurologische Akut-Nachbehandlung / Stufe C : Ermittlung (LKF-Einstufung Neuro Stufe C)	590	15	35	207	26	115	115	56	28	108
08 Psychiatrie	4.144	41	291	856	544	261	840	301	212	798
08/98 PSY-Abhängigkeitserkrankungen	794		56	132	40	19	139	61	85	262
08/99 PSY-Forensik	222			85	52	15	42	28		
09 Haut- und Geschlechtskrankheiten	500		33	68	98	52	64	53	12	120
10 Augenheilkunde	681	10	34	127	134	56	62	62	40	156
11 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1.010	28	46	163	180	84	150	105	37	217
12 Urologie	1.205	43	57	234	238	78	100	133	45	277
13 Plastische Chirurgie	250		20	40	27	24	26	35	16	62
15 Orthopädie und Traumatologie	8.044	266	842	1.780	1.344	540	846	676	329	1.421

Datenquelle: Jahresmeldung Krankenanstaltenstatistik / Erstellt im Oktober 2020

BMSGPK/ Abt. VII/B/6

Abb. 3: Betten nach Fachrichtungen 2019 S.2

## BETTEN nach Fachrichtungen 2019

Tatsächlich aufgestellte Betten

	Österreich	BURGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VUB	WIEN
16 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	178		15	15	32	24	22	26	8	36
17 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	4				0		0	0		4
18 Strahlentherapie-Radiunkologie	193	0	0	30	46	18	23	19	15	42
19 Nuklearmedizinische Therapie	61	0	16	0	3	9	0	12	5	16
50 Gemischter Belag	3.139	29	328	85	215	494	544	439	40	965
61/1 Psychosomatik/Erwachsene	440		47	100	47	38	125	22	14	47
61/2 Psychosomatik/KJ	113		11	6	30	15	23			28
62 Akutgeriatrie/Remobilisation	1.698		287		398	170	292	153		398
63 Remobilisation/Nachsorge	284			96	40	0	34			22
64/1 Palliativmedizin/Erwachsene	367	16	32	47	78	22	48	31	16	77
64/2 Palliativmedizin/KJ	5		2	3						
71 Rehabzentren (med.)	5.242	499	163	1.248	1.018	955	1.222	101	36	
72 Rehabzentren (chir.)	475			196			143	136		
80 Genesungstheilen	106			106						
99 Pflegeanstalt chronisch Kranker	1.565		183			22	740			620

### iii. Personalsituation

Keinerlei Personalproblem im medizinischen Bereich

**Stand Ende 2019: 264 Krankenanstalten (Abb. 4: Anzahl Krankenanstalten 2010-2019)**

**Nicht medizinischer Bereich Ende 2019:** 78.620 Stellen, davon rund 58.000 Stellen im Bereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (nicht inkludiert hierbei ehemalige Pflegehelfer bzw. nunmehr Pflegefachassistenten und Pflegeassistenten)

**(Abb. 5: Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (VZÄ) in den Jahren 2010-2019, sogleich)**

**Intensivpflegeausbildung** wird für die Tätigkeit auf Intensivstationen benötigt – Ausbildung 2 Semester an einschlägigen Fachhochschulen bzw. Ausbildungszentren. Derzeit rund 3.500 DGKP in Intensivpflege ausgebildet Mitarbeiter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dürfen jedoch auch schon 5 Jahre bevor sie die Ausbildung machen in Intensivbereichen arbeiten.

**Damit ist davon auszugehen, dass zurzeit rund 3.500 ausgebildete und rund 500 bis 700 weitere Mitarbeiter auf Intensivstationen arbeiten.** Die Zahlen sind deshalb so schwer zu ermitteln, da es zwar eine Registrierungspflicht für die Pflege gibt, aber keine für die einzelnen Unterbereiche der Pflege.

#### Situation auf Intensivstationen:

Kriterien für die Einstufung von Intensivseinheiten

Tabelle: INTENSIVMODELL 2020 (Erwachsene)

Einstufung	Intensiv-überwachung	Intensiv-behandlung Stufe I	Intensiv-behandlung Stufe II	Intensiv-behandlung Stufe III
Mittelwert der TISS-28-Punkte	kein	≥22	≥ 27	≥ 32
DGKP/system. Bett	≥ 1,50:1	≥ 2,00:1	≥ 2,50:1	≥ 3,00:1
Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF	ja	ja	ja	ja
Mindestbettzahl, systemisiert	4	6	6	6
Auslastungsfaktor	Ja <sup>1)</sup>	nein	nein	nein
Verpflichtende Intensiv-Dokumentation	optional	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3

Wesentlich hierbei ist: Es gibt 4 Arten von Intensivstationen – je nach Schweregrad der Patienten und damit einhergehend auch ein Personalschlüssel von 1,5 Pflegestellen pro Bett bis zu 3,0 Pflegestellen pro Bett. Wenn man nun den Durchschnitt annimmt, dann stoßen wir allerspätestens bei rund 2.000 belegten Intensivbetten à 2,0 diplomierte Pflegekräfte = 4.000 Intensivpflegekräfte an unsere Grenzen:

→ Derzeit (01. Jänner 2021) sind 660 Betten belegt – Grenze: 2.000 Betten.

### **Auch personell besteht somit kein Problem.**

**Personal auf Urlaub:** Gleichzeitig ist es offenkundig belegbar (von den Universitätskliniken in Salzburg, Innsbruck und Linz), dass nach wie vor Intensivpflegepersonal auf Urlaub geschickt wird, um Urlaub abzubauen (was arbeitsrechtlich völlig in Ordnung, jedoch verwunderlich ist, wenn diese Schlüsselkräfte in Zeiten einer angeblich gefährlichen Pandemie auf Urlaub geschickt werden).

**Schlussfolgerung: Massive Versäumnisse der letzten beiden Jahre.** Die Bundesregierung, wie auch die Landesregierungen, hätten die Ausbildungen der Intensivpflege dringend forcieren müssen; spätestens im April/Mai 2020 hätte man dringend Studien anbieten müssen, um rasch mehr Intensivpflegekräfte auszubilden; zumal man gewusst hat, was im Herbst 2020 passieren wird.

**Wichtige Anmerkung:** Bei „Personal“ geht es immer um sog. „VZÄ“ – gerade im Gesundheitsbereich gibt es aber viele Teilzeitkräfte. Bei den Krankenanstalten wird zwischen Landesfondsspitalern – das sind die, die über die jeweiligen Landesfonds (LKF System) abgerechnet werden und sonstigen weiteren Spitalern unterschieden.

### **Anmerkung:**

Weiters sind die Kollateralschäden, die dadurch verursacht wurden, dass Patienten wegen Corona nicht in den Spitalern aufgenommen wurden – allein in Österreich sind dies bei den Indikationen Herzinfarkt und Schlaganfälle 3.500 Fälle in der Zeit von März bis Mai 2020 – im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung zu berücksichtigen.

### **Beweis:**

Abb. 1: Krankenhausbetten in den Jahren 2010-2019

Abb. 2: Betten nach Fachrichtungen 2019 S.1

Abb. 3: Betten nach Fachrichtungen 2019 S.2

Abb. 4: Anzahl Krankenanstalten 2010-2019

Abb. 5: Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (VZÄ) in den Jahren 2010-2019

Abb. 4: Anzahl Krankenanstalten 2010-2019

## KRANKENANSTALTEN

Anzahl der Krankenanstalten, die im jeweiligen Berichtsjahr geöffnet waren

Alle Krankenanstalten										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	267	9	25	43	33	30	55	19	12	41
2011	272	9	27	43	33	31	54	18	13	44
2012	277	11	27	44	34	33	53	18	13	44
2013	278	11	27	44	34	33	53	19	12	45
2014	279	11	27	46	32	34	51	19	12	47
2015	278	11	29	44	32	33	49	18	12	50
2016	273	11	29	44	31	32	49	18	11	48
2017	271	11	29	43	32	32	48	18	11	47
2018	264	11	26	42	32	32	46	18	11	46
2019	264	11	26	42	32	32	44	19	11	47
Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (LGF)										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	130	5	11	20	18	10	26	11	7	22
2011	128	5	11	20	18	10	25	10	7	22
2012	127	5	11	20	18	10	24	10	7	22
2013	126	5	11	20	18	10	24	10	7	21
2014	123	5	11	20	16	10	23	10	7	21
2015	120	5	11	20	16	10	21	9	7	21
2016	117	5	11	20	14	9	21	9	7	21
2017	114	5	11	20	14	9	19	9	7	20
2018	112	5	11	20	14	9	18	9	7	19
2019	112	5	11	20	14	9	17	9	7	20
Nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (NLGF)										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	137	4	14	23	15	20	29	8	5	19
2011	144	4	16	23	15	21	29	8	6	22
2012	150	6	16	24	16	23	29	8	6	22
2013	152	6	16	24	16	23	29	9	5	24
2014	156	6	16	26	16	24	28	9	5	26
2015	158	6	18	24	16	23	28	9	5	29
2016	156	6	18	24	17	23	28	9	4	27
2017	157	6	18	23	18	23	29	9	4	27
2018	152	6	15	22	18	23	28	9	4	27
2019	152	6	15	22	18	23	27	10	4	27

Datenquelle: Jahresmeldung Krankenanstaltenstatistik / Erstellt im Oktober 2020

BMSGPK/Abt. VII/b/6

Abb. 5: Personal der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (VZÄ) in den Jahren 2010-2019

### PERSONAL DER NICHTÄRZTLICHEN GESUNDHEITSBERUFE (VZÄ)

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Berichtsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalten stehen.  
Nichtärztliche Gesundheitsberufe: Hebammen, Geh. Dienst f. Gesundheits- und Krankenpflege, Geh. med. technische Dienste, Masseure/innen, Pflegehelfer u. Sanitätshilfsdienste.

Alle Krankenanstalten										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	72.791	1.553	5.139	11.186	11.800	4.672	11.498	5.944	2.111	18.889
2011	73.829	1.539	5.159	11.194	11.877	4.777	11.666	6.189	2.162	19.328
2012	74.523	1.578	5.097	11.264	11.913	4.939	11.649	6.377	2.217	19.408
2013	75.106	1.637	5.137	11.233	11.937	5.052	11.639	6.520	2.243	19.720
2014	75.822	1.675	5.124	11.284	12.109	5.107	11.704	6.554	2.315	19.950
2015	76.827	1.710	5.232	11.396	12.256	5.174	11.719	6.611	2.358	20.372
2016	77.061	1.743	5.172	11.485	12.326	5.108	11.793	6.679	2.342	20.413
2017	77.407	1.784	5.206	11.489	12.429	5.086	11.861	6.733	2.377	20.442
2018	78.020	1.814	5.303	11.661	12.487	5.075	11.974	6.825	2.410	20.471
2019	78.620	1.834	5.348	11.693	12.588	5.091	11.987	6.928	2.429	20.721
Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (LGF)										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	64.045	1.454	4.331	10.256	10.916	3.943	9.467	5.522	2.037	16.119
2011	64.516	1.450	4.283	10.214	11.008	4.021	9.588	5.684	2.045	16.223
2012	64.805	1.430	4.232	10.284	10.953	4.138	9.557	5.849	2.095	16.268
2013	65.094	1.489	4.260	10.258	10.985	4.193	9.567	5.941	2.103	16.298
2014	65.468	1.518	4.292	10.274	11.129	4.213	9.605	5.998	2.174	16.265
2015	65.606	1.550	4.309	10.387	11.293	4.231	9.613	6.032	2.219	15.971
2016	65.925	1.576	4.267	10.448	11.339	4.231	9.715	6.127	2.223	16.000
2017	66.143	1.601	4.285	10.476	11.387	4.212	9.774	6.174	2.258	15.976
2018	66.641	1.630	4.358	10.660	11.444	4.191	9.840	6.267	2.289	15.961
2019	67.120	1.644	4.413	10.688	11.515	4.208	9.814	6.324	2.310	16.206
Nichtlandesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (NLGF)										
Jahr	Ö	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STM	TIR	VBG	WIEN
2010	8.747	99	807	930	884	729	2.031	423	74	2.770
2011	9.313	89	876	920	869	756	2.078	504	117	3.105
2012	9.718	148	865	980	960	801	2.093	528	122	3.220
2013	10.013	148	878	975	951	859	2.062	579	140	3.422
2014	10.354	157	833	1.009	980	893	2.099	556	141	3.685
2015	11.221	159	922	1.009	963	943	2.106	579	139	4.401
2016	11.137	167	905	1.037	988	878	2.078	552	119	4.414
2017	11.264	183	921	1.014	1.042	874	2.086	559	118	4.467
2018	11.379	185	945	1.001	1.042	884	2.134	557	121	4.510
2019	11.500	190	934	1.005	1.073	885	2.173	604	119	4.515

Datenquelle: Jahresmeldung Krankenanstaltenstatistik / Erstellt im Oktober 2020

BMSGPK/Abt. VII/8/6

## c. Übersterblichkeit?

**Das Coronavirus ist keinesfalls so tödlich, wie der Gesetzgeber und der Verordnungsgeber zum Zeitpunkt des Erlasses der jeweiligen Gesetze und Verordnungen, insbesondere im Frühjahr 2020, angenommen hatten.** Damals ist man entsprechend der WHO von einer Fallsterblichkeit in der Größenordnung von etwa 3,4 %<sup>189</sup> ausgegangen, mithin das 26-fache (sic!) des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnis! Anders formuliert: Die tatsächliche Sterblichkeit liegt nur bei 3,6 % (=0,1224%) der ehemals fälschlich angenommenen Sterblichkeit. Auch gegenwärtig weisen die Statistiken den großen Fehler auf, dass die Dunkelziffer der Infizierten nicht mit eingerechnet wird. So werden bei statista.com (auf Basis zu Verfügung gestellter Daten) zum **Stichtag 25. Februar 2021 abstrus überhöhte, wissenschaftlich nicht haltbare Sterblichkeitsraten präsentiert**, an denen sich die Medien und offenbar auch der Gesetzgeber sowie die belangte Behörde orientieren: Österreich 2%<sup>190</sup>, Deutschland 3,04%, Italien 3,90%, Mexiko gar 10,19%, weltweit 2,73%.<sup>191</sup>

Im Einzelnen ist zu den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen wie folgt auszuführen:

### i. **Metastudie von Prof. John Ioannidis (Stanford University) vom 14. Oktober 2020**

Eine Fallsterblichkeit von weltweit 0,23 % im Median belegt eindrucksvoll die bislang größte hierzu durchgeführte Studie vom **14. Oktober 2020** mit dem Namen „*Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data*“<sup>192</sup>, die im Bulletin der WHO im Oktober 2020 veröffentlicht wurde. Sie stammt von dem renommierten Mediziner, Epidemiologen und Statistiker *Univ.Prof. John Ioannidis (Stanford)*, Professor für Medizin und Professor für Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit. Er gehört heute zu den zehn meistzitierten Wissenschaftlern der Welt.<sup>192</sup>

---

<sup>189</sup> heise online, *Zahlen, bitte! 3,4 % Coronavirus-Fallsterblichkeit, eine "false Number"? Etwas Pandemie-Statistik*, fehlende Datumsangabe, abgerufen am 25.02.2021, <https://www.heise.de/newsticker/meldung/Zahlen-bitte-3-4-Coronavirus-Fallsterblichkeit-False-Number-4679338.html>

<sup>190</sup> worldometer, Abfrage für Österreich vom 07.03.2021, <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/austria/>

<sup>191</sup> de.statista.com, *Letalitätsrate beim Coronavirus (COVID-19) in den am stärksten betroffenen Ländern*, Stand 02.03.2021 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/#professionale>

<sup>192</sup> Bekannt wurde Ioannidis insbesondere durch seine Methodenkritik, mit der er einen breiten Diskurs um die Qualität und Integrität medizinischer Forschung anstieß; 2005 veröffentlichte er: „*Why Most Published Research Findings Are False*“, was die meistaufgerufene Fachpublikation in der Geschichte von Public Library of Science ist (~ 3 Millionen Zugriffe). Ioannidis gehört zu den meist-zitierten Wissenschaftlern weltweit; Wikipedia, *John Ioannidis*, abgerufen am 07.03.2021,

Es handelt sich dabei um eine Metastudie, die durchgeführte Studien auf der ganzen Welt einbezieht. Analysiert wurden darin 61 Studien und 8 nationale Schätzungen für 51 Regionen und Länder. Es handelt sich weltweit um die bislang aussagekräftigste Studie zur Verbreitung und zur Mortalität von Covid-19.

Florian Rötzer wertet die Studie wie folgt aus<sup>193</sup>:

*„Nach einer im Bulletin der WHO veröffentlichten Metastudie liegt die Infektionssterblichkeit im Median bei nur 0,23 Prozent, sie fällt aber regional sehr unterschiedlich aus.*

*Danach gäbe es eine große Spanne der Seroprävalenz zwischen 0,02 und 53,4 Prozent, also zwischen keinen vorhandenen Antikörpern und der Hälfte der Bevölkerung, die mit dem Coronavirus infiziert war. Das spiegelt sich dann auch in der Infektionssterblichkeit, die zwischen 0 und 1,54 Prozent variiert. Der Median liegt bei 0,23 Prozent, aber es gibt große regionale Unterschiede, die mit dem Median nicht mehr zur Geltung kommen.*

*Wo die Mortalität unter dem globalen Durchschnitt liegt (118 Tode pro Million), ist die Infektionssterblichkeit mit 0,09 Prozent sehr gering. Sie steigt auf 0,2 Prozent in Regionen mit 118-500 Toten pro Million, was etwa dem Doppelten einer Grippe-welle mit einer geschätzten IFR von 0,1 entspricht. In einer Region, in der es mehr als 500 Tote pro einer Million gibt, steigt die IFR schon auf 0,57 Prozent an. Bei Menschen unter 70 Jahren beträgt die IFR zwischen 0 und 0,31 Prozent, woraus Ioannidis einen Median von 0,05 Prozent berechnet, was aber wieder die Unterschiede des Risikos für Regionen/ Bevölkerungsgruppen nicht berücksichtigt. Ioannidis konstatiert: **Die Infektionssterblichkeitsrate von Covid-19 kann substantiell in verschiedenen Regionen variieren, das kann Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung, einer Fallmischung aus infizierten und verstorbenen Patienten und andere Faktoren widerspiegeln. Die abgeleiteten Infektionssterblichkeitsraten tendieren dazu, viel niedriger als die Schätzungen zu sein, die früher gemacht wurden.***

***Die Mortalität hängt also von der Region und mitunter auch von Stadtteilen ab - in Asien und Afrika ist sie deutlich niedriger als in Europa, Lateinamerika***

---

[https://de.wikipedia.org/wiki/John\\_Ioannidis](https://de.wikipedia.org/wiki/John_Ioannidis); Universität Stanford, *Lebenslauf John P.A. Ioannidis*, abgerufen am 07.03.2021, <https://profiles.stanford.edu/john-ioannidis>

<sup>193</sup> Florian Rötzer, *Ioannidis: Mehr als 500 Millionen sollen bereits mit Covid-19 infiziert gewesen sein*, 24.10.2021 heise online, <https://www.heise.de/tp/features/Ioannidis-Mehr-als-500-Millionen-sollen-bereits-mit-Covid-19-infiziert-gewesen-sein-4938011.html>

**und den USA - und vom Alter, aber auch von der Verfasstheit und den Praktiken des jeweiligen Gesundheitssystems, beispielsweise alte Menschen in Pflegeheime zu schicken.** Menschen in Risikogebieten, die einer erhöhten Infektionssterblichkeit ausgesetzt sind, dürften kaum beruhigt sein, wenn die durchschnittliche globale Mortalität ähnlich oder geringer als eine Grippewelle ist.

**Ioannidis weist selbst darauf hin, dass die von ihm analysierten Studien schwer vergleichbar sind und auch die Frage der tatsächlichen Repräsentativität besteht.** Besonders gefährdete Gruppen wie die Alten in Pflegeheimen, Obdachlose, Gefängnisinsassen oder benachteiligte Minderheiten werden kaum einbezogen. Dazu kommt, dass mitunter nur eine sehr grobe Abschätzung stattfindet, beispielsweise schreibt er: "Whenever the number or proportion of COVID-19 deaths at age < 70 years was not provided in the paper, I retrieved the proportion of these deaths from situation reports of the relevant location. If I could not find this information for the specific location, I used a larger geographic area. For Brazil, the closest information that I found was from a news report.[77] For Croatia, I retrieved data on age for 45/103 deaths through Wikipedia."

**Nur 24 Studien erhoben überhaupt Anspruch auf Repräsentativität.** Es wurden aber auch mehr Untersuchungen in Regionen/Ländern gemacht, in denen Covid-19 stärker gewütet hat: "Estimating a single infection fatality rate value for a whole country or state can be misleading, when there is often huge variation in the population mixing patterns and pockets of high or low mortality." **Dazu kommt, dass nur wenige Studien alle drei Antikörper IgG, IgM und IgA untersucht haben.**

Daraus eine Schätzung der Menschen abzuleiten, die bereits von Covid-19 infiziert wurden, ist schwierig. Die Seroprävalenz reicht denn auch von 0,002 bis 53,4 Prozent, im Slum von Mumbai bis 58 Prozent, in Brasilien von 0 bis 25 Prozent. Es kommt halt immer darauf an, wo und wer getestet wird.

[...]

In Gangelt, einem Hotspot mit 12.597 Einwohnern nach einer Karnevalsveranstaltung im Februar [2020, Anm.], wurde bei einer repräsentativen Stichprobe eine Seroprävalenz von 15,5 Prozent (12,3 % bis 19,0 %) der Bevölkerung festgestellt. Das entspricht 1956 Personen. Die **"Heinsberg-Studie" unter der Leitung von Prof. Dr. Hendrik Streeck von der Universität Bonn bestätigt die Ergebnisse von Ioannidis.** Die IFR lag mit 7 Gestorbenen bei 0,37 Prozent. 20 Prozent der Einwohner könnten sich während des Ausbruchs infiziert haben. Würde man diese Zahl auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands hochrechnen, hätte dies Anfang Mai bedeutet, dass zehnmal mehr Menschen infiziert als offiziell gemeldet waren. Aber es macht keinen Sinn, die Zahlen eines Hotspots auf das ganze Land umzulegen.

**Trotz all dieser Einschränkungen geht Ioannidis davon aus, dass bis 12. September über 500 Millionen Menschen infiziert worden sein könnten, "weit mehr als die 29 Millionen positiv Getesteten".**

In Deutschland gäbe es danach statt der 400.000 laborbestätigten COVID-19-Fälle um die 4 Millionen (was auch noch von einer Herdenimmunität weit entfernt wäre). Wenn wöchentlich in Deutschland etwa eine Million Menschen getestet werden, weiß man eben über die restlichen 81 Millionen nichts, **weswegen die 7-Tage-Inzidenz von positiv Getesteten auf 100.000 Einwohner im Unterschied etwa zu den Todesfällen pro 100.000 Einwohner nur einen ungefähren Trend erkennen lässt**. Er wird allerdings gespiegelt mit der Zunahme der Positivenrate bei den SARS-CoV-2-Testungen, deren Zahl seit 34. Woche zwar schwankt, aber in kleinerem Ausmaß. In der 34. Kalenderwoche lag die Positivenrate in Deutschland bei 0,84 Prozent, in der 42. Woche ist sie auf 3,62 angestiegen, also um mehr als das Vierfache.

**In den meisten Regionen, so Ioannidis, gäbe es nur eine Infektionssterblichkeit von weniger als 0,2 Prozent. Daraus leitet er seine Empfehlung ab, dass mit „geeigneten, präzisen nicht-pharmakologischen Maßnahmen, die versuchen, die gefährdeten Bevölkerungsgruppen und Bedingungen zu schützen, die Infektionssterblichkeitsrate weiter gesenkt werden kann“.**

Das berücksichtigt eben nicht die von ihm selbst immer wieder angemerkte unterschiedliche Gefährdung von Ländern, Regionen oder Städten, zudem werden diese Maßnahmen ja auch in vielen Ländern eingesetzt, um einen erneuten Lockdown zu vermeiden - offenbar mit zweifelhaftem Erfolg. **Sollte die hohe Seroprävalenz zutreffen, von der Ioannidis ausgeht, dann würden die bestätigten Infektionszahlen mitsamt der 7-Tage-Inzidenz wenig Aussagekraft besitzen. Es wären weitaus mehr Menschen infiziert, was den Anteil der schwer Erkrankten und Sterbenden im Durchschnitt nach unten drücken würde, was aber für bestimmte Regionen nicht zutreffen muss, wie eine gerade veröffentlichte Studie zur Übersterblichkeit in den USA deutlich macht.“**

**Beweis für das gesamte Vorbringen in Pkt. F. IV. 5.:**

wie bisher

Einzuholendes Sachverständigengutachten Prof. John Ioannidis (Stanford University, USA), Stanford Prevention Research Center Medical School Office Building, 1265 Welch Road, Stanford University, Stanford, CA 94305

(vgl. auch Beilage ./192 = FN 192)

Für Österreich gibt es, soweit den Antragstellern bekannt, keine vergleichbaren Studien. Für Deutschland sind zwei Studien eingeflossen: die Heinsberg-Studie<sup>194</sup> und eine Studie aus Frankfurt vom 17. April 2020. Die durchschnittliche Fallsterblichkeitsrate beider Studien verteilt auf alle Altersgruppen lag hier ebenfalls bei 0,23 %. **Die Fallsterblichkeitsrate der unter 70-jährigen lag bei 0,015 %, dies bedeutet, dass in dieser Altersgruppe von 100.000 erkrankten Menschen 15 versterben.**

Es ist davon auszugehen, dass diese Zahlen, die auf Fällen ganz zu Anfang der Pandemie bis maximal April 2020 beruhten, gegenwärtig deutlich günstiger ausfallen. Mittlerweile ist viel mehr über die Erkrankung Covid-19 und ihre Therapiemöglichkeiten bekannt. So ist nunmehr der Umstand der Blutgerinnungsstörung, die zu einer Vielzahl häufig tödlich endenden Thrombosen und Embolien geführt hat, bekannt. Dem kann leicht und sehr effektiv mit der Gabe von blutverdünnenden Mitteln, insbesondere Heparin, entgegengewirkt werden. Der nunmehr bekannten überschießenden Reaktion des Immunsystems kann mit der Gabe von Cortison begegnet werden. Ferner senkt Vitamin D in hohen Dosen die körperliche Entzündung. Im Übrigen ist das medizinische Personal mittlerweile deutlich eingeübter im Umgang mit Intensivpatienten.

## ii. Schätzung der WHO vom 5. Oktober 2020

*Dr. Michael Ryan*, Leiter der Abteilung für Notfälle der WHO, erklärte auf der Sitzung des Executive Board der WHO (Special Session) am **05. Oktober 2020**, nach gegenwärtiger Einschätzung hätten sich bereits insgesamt etwa 10 % der Weltbevölkerung mit dem Corona-Virus infiziert, wobei die Marke von 1.000.000 Toten zum damaligen Zeitpunkt überschritten worden sei<sup>195</sup>. Ausgehend von einer Weltbevölkerung von 7.800.000.000 Menschen entspricht dies bereits infizierten Menschen von 780.000.000. Die Fallsterblichkeit des Corona-Virus ist demnach ungefähr bei rund 0,13 % zu veranschlagen, was in der Größenordnung des Influenza-Virus liegt (0,1 - 0,2 %)<sup>196</sup>. Dabei ist sogar in Rechnung zu stellen, dass die Fallsterblichkeit bei der Grippe durch die Vielzahl der durchgeführten Impfungen sogar schon gedrückt ist.

---

<sup>194</sup> *Streeck/Hartmann/Exner/Schmid*, Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerungen der COVID-19 Case-Cluster-Study (Gemeinde Gangelt), Universitätsklinikum Bonn 09.04.2020, [https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/zwischenenergebnis\\_covid19\\_case\\_study\\_gangelt\\_0.pdf](https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/zwischenenergebnis_covid19_case_study_gangelt_0.pdf)

<sup>195</sup> WHO, *Executive Board: Special session on the COVID-19 response*, 5-6.10.2020, beginnend ca. ab Zeitmarke 1:00:00 bis 1:01:39 des Videos, <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/10/05/default-calendar/executive-board-special-session-on-the-covid19-response>

<sup>196</sup> *Lothar Wieler*, Präsident des Robert Koch-Instituts, zitiert im Deutschen Ärzteblatt, RKI: Sars-CoV-2 tödlicher als Influenzavirus, 27.02.2020, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109704/Robert-Koch-Institut-Sars-CoV-2-toedlicher-als-Influenzavirus>

**Diese Größenordnung ist auch plausibel, sie deckt sich ziemlich genau mit den in Österreich zu verzeichnenden Todesfällen. Ausgehend von einer Bevölkerung von 8.877.637 Menschen<sup>197</sup> und zum Stichtag 25. Februar 2021 an und mit dem Corona-Virus verstorbenen 8.356 Menschen<sup>198</sup> wäre von einer Fallsterblichkeit von 0,095% auszugehen.**

Diese Erkenntnis ist offenbar noch nicht beim Gesetzgeber bzw. Verordnungsgeber angekommen.

**Weil dies aus rechtsstaatlicher Sicht so besorgniserregend ist, ist neuerlich darauf hinzuweisen:** Niemand wäre seit Bestehen der 2. Republik, selbst in den Jahren einer stärkeren Grippewelle, auf den Gedanken gekommen auch nur annähernd massive Maßnahmen zur Eindämmung der Grippe zu verhängen.

Der einzige wirklich signifikante Unterschied ist der, dass das Corona-Virus zunächst neu war und in den Medien die Bilder aus anderen Ländern erschreckend wirkten. Dabei wurde verkannt, dass wir seit Jahrzehnten auch mit der Influenza leben und die hierdurch ausgelöste Grippe auch immer wieder zu Überlastungen der Gesundheitssysteme, gerade in Spanien, Italien und New York, führen. Die Menschen haben sich aber hieran gewöhnt und gelernt, gelassener mit der Gefahr umzugehen. Den Fernsehsendern ist dies keine größere Meldung mehr wert.

**Man betrachte im Übrigen den absurden Unterschied:** Die gegenwärtige Hysterie hat auch zu einer völlig verschobenen Bewertung der Sozialadäquanz im Bereich des Strafrechts bei – nun anzunehmenden – etwa gleich gefährlichen Erregern geführt. Wenn ein Antragsteller es aufgrund seiner Krankheitssymptome für möglich hält an Grippe erkrankt zu sein und dennoch beispielsweise mit der Bahn fährt und hierbei in Kauf nimmt jemanden anzustecken, ist dies wegen der akzeptierten Sozialadäquanz völlig straffrei; auch betreffend eine vorsätzliche oder fahrlässige Körperverletzung. Im Falle des „Corona“-Virus wird gegenwärtig – in der im Übrigen identischen Situation – mit einer Verurteilung nach **§ 178 StGB** (Vorsätzliche Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten) vorgegangen.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> Statistik Austria, *Bevölkerung*, abgerufen am 25.02.2021, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html)

<sup>198</sup> AGES Dashboard COVID19, <https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard.html>

<sup>199</sup> ORF NÖ, *Quarantäne-Verstoß: Mostviertler verurteilt*, 10.12.2021, <https://noe.orf.at/stories/3079926/>; Salzburger Nachrichten, *Salzburger Anklagebehörde will höhere Strafe für Covid-Isolierten, der Müll aus dem Haus trug*, 10.02.2021, <https://www.sn.at/salzburg/chronik/salzbürger-anklagebehörde-will-höhere-strafe-für-covid-isolierten-der-muell-aus-dem-haus-trug-99616243>

**Vor diesem Hintergrund bitten die Antragsteller den Verfassungsgerichtshof inständig, seine Rolle als kontrollierende Instanz wahrzunehmen und den diesbezüglichen Sachverhalt, nämlich die wirkliche Gefährlichkeit des Corona-Virus, sauber wissenschaftlich und unter Heranziehung diverser Stellungnahmen von Sachverständigen aus „allen Lagern“ zu ermitteln.**

Wer wirklich aufklären möchte, braucht Pluralität im Meinungsspektrum. Audiatur et altera pars. Hierzu ist es u.a. angezeigt, den oben zitierten *Univ.Prof. Dr. John Ioannidis* als den Wissenschaftler mit der wohl größten epidemiologischen und statistischen Sachkunde weltweit auf diesem Gebiet zu hören. Angesichts der Bedeutung der Sache und der Bedeutung des Verfassungsgerichtshofes darf und sollte in solch einem Fall ohne Frage auch ein Sachverständiger aus den USA eingeflogen oder im Wege der Videokonferenz gehört werden.

### **iii. Ursachen für Übersterblichkeit**

In einer Studie des **Klinikums Hochrhein Waldshut-Tiengen**<sup>200</sup> wurde die Übersterblichkeit im Landkreis Waldshut (170.000 Einwohner) im April 2020 untersucht. Dort starben im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019: 165 Menschen. 2020 waren es 227, was einer Übersterblichkeit von 37 Prozent entspricht. Von den 62 zusätzlichen Todesfällen ließen sich aber nur 34 mit Corona in Verbindung bringen, 28 und damit 45% der Übersterblichkeit gingen auf andere Todesursachen zurück. **Die Studienautoren führen diese Fälle auf die reduzierte Nutzung medizinischer Notfallstrukturen zurück. Dafür spricht auch, dass mehr als doppelt so viele Menschen wie im Vergleichsdurchschnitt zu Hause alleine tot aufgefunden wurden.** Ähnliche Untersuchungen für Österreich fehlen.

Für die BRD hat *Kuhbandner* indes mit einer Gegenüberstellung der Anzahl der Todesfälle in Deutschland im Zeitraum 1.-47. Kalenderwoche des Jahres 2020 mit dem Durchschnitt der Jahre 2016-2019 und der Anzahl der mit oder am SARS-CoV-2-Virus verstorbenen Personen gezeigt, dass **nur 51,1 % der Übersterblichkeit auf mit oder am SARS-CoV-2-Virus verstorbenen Personen zurückgeht**<sup>201</sup>. Dies bedeutet zwar nicht, dass sämtliche anderen Übersterblichkeitstodesfälle als Kollateralschäden des Lockdowns gewertet werden könnten, insbesondere die starke Übersterblichkeit in der BRD in der 33. Kalenderwoche ist vermutlich auf eine Hitzewelle zurückzuführen. **Dennoch geben diese Zahlen**

---

<sup>200</sup> *Kortüm et al*, Corona-Independent Excess Mortality Due to Reduced Use of Emergency Medical Care in the Corona Pandemic: A Population-Based Observational Study, 28.10.2020, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.27.20220558>  
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.27.20220558v1>

<sup>201</sup> *Kuhbandner*, Über die ignorierten Kollateralschäden von Lockdowns, heise.de 21.12.2020 <https://www.heise.de/tp/features/Ueber-die-ignorierten-Kollateralschaeden-von-Lockdowns-4993947.html?seite=all>

**einen deutlichen Hinweis auf Todesfälle, die auf unterbliebene oder verspätete Inanspruchnahme medizinischer Versorgung aus Angst vor Corona-Infektionen zurückzuführen sind.**

Eine im **August 2020** in der Fachzeitschrift *EClinicalMedicine* veröffentlichte Beobachtungsstudie<sup>202</sup>, in der die 50 Länder mit den meisten registrierten Fällen von COVID-19 zum Stichtag 01. April 2020 untersucht und Daten aus öffentlich zugänglichen Zahlen für den Zeitraum 01. April bis 01. Mai 2020 ausgewertet wurden, kam zu dem Ergebnis, dass die **Faktoren, die am stärksten mit der Zahl der COVID-19-Todesfälle in einem Land korrelieren, die Adipositasrate, das Durchschnittsalter der Bevölkerung und das Ausmaß der Einkommensunterschiede sind. Zwischen der Schwere und Dauer der Lockdowns und der Zahl der COVID-19-Todesfälle, zwischen Grenzschließungen und COVID-19-Todesfällen und zwischen durchgeführten Massentests und COVID-19-Todesfällen konnte dagegen keine Korrelation festgestellt werden. Dies spricht für fehlende oder jedenfalls nur schwache Kausalität.** Diese Ergebnisse wurden durch eine im November 2020 veröffentlichte Studie<sup>203</sup>, in der für 160 Länder der Einfluss verschiedenster Faktoren auf die Anzahl der COVID-19-Todesfälle untersucht wurde und zuletzt durch die Studie von *Bendavid/loannidis*<sup>153</sup> bestätigt.

Auch der im November 2020 zunächst nur für 2 Wochen („Wellenbrecherlockdown“) angeordnete und inzwischen mehrfach verlängerte Lockdown erbringt offensichtlich noch einmal den Beweis, dass sich mit Lockdowns das Infektionsgeschehen und insbesondere die Zahl der tödlich verlaufenden Fälle nicht signifikant beeinflussen lässt. Nach dem aktuellen Thesenpapier der deutschen Autorengruppe um *Schrappe*<sup>204</sup> ist die Lockdown-Politik gerade für die vulnerablen Gruppen, für die COVID-19 die größte Gefahr darstellt, **wirkungslos**. Für die BRD kommt der *CoDAG-Bericht Nr. 4 des Instituts für Statistik der LMU München*<sup>205</sup> zu demselben Ergebnis. Dessen Übertragbarkeit auf Österreich ist aufgrund des globalen Ereignisses und der vergleichbaren Struktur beider Staaten gegeben.

---

<sup>202</sup> Chaudhry, A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2820%2930208-X>

<sup>203</sup> De Laroche Lambert, Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.604339/full>

<sup>204</sup> Schrappe, Thesenpapier 7 vom 10.01.2021, S. 5, 24f, [http://www.matthias.schrappe.com/index\\_htm\\_files/Thesenpap7\\_210110\\_endfass.pdf](http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/Thesenpap7_210110_endfass.pdf)

<sup>205</sup> CoDAG-Bericht Nr. 4 des Instituts für Statistik der Ludwig-Maximilians-Universität München vom 11.12.2020, <https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/bericht-4.pdf>

#### iv. Falschbehandlung durch frühzeitiger mechanischer Beatmung

Anfang März 2020 veröffentlichte die WHO COVID-19-Leitlinien für das Gesundheitspersonal<sup>206</sup>. Die Leitlinien empfahlen eine schnelle mechanische Beatmung als frühe Intervention bei der Behandlung von COVID-19-Patienten und damit eine **Abweichung von früheren Erfahrungen bei Epidemien mit Atemwegsviren**.<sup>207</sup>

Dabei beriefen sie sich auf die Leitlinien chinesischer Fachzeitschriften, die im Jänner und Februar 2020 Artikel veröffentlichten, in denen behauptet wurde, dass ein „chinesischer Expertenkonsens“ eine „invasive mechanische Beatmung“ als „erste Wahl“ für Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Atemnot forderte; auch um das medizinische Personal zu schützen. Dies haben *Fujun Peng et al* zusammengefasst (im Übrigen mit einer Liste an „Lockdown-Maßnahmen“, die sich wie eine Anleitung für die in Österreich getroffenen Maßnahmen und Beschränkungen liest)<sup>208</sup>. Das Wall Street Journal berichtete später<sup>209</sup>:

*„Im letzten Frühjahr setzten Ärzte Patienten an Beatmungsgeräte, teilweise um die Ansteckung zu begrenzen, zu einer Zeit, als es weniger klar war, wie sich das Virus ausbreitete, als Schutzmasken und Kittel Mangelware waren. Die Ärzte hätten auch andere Arten von Atemunterstützungsgeräten einsetzen können, die keine riskante Sedierung erfordern, aber frühe Berichte legten nahe, dass Patienten, die sie benutzen, gefährliche Mengen des Virus in die Luft versprühen könnten, sagte Theodore Iwashyna, ein Intensivmediziner an der University of Michigan und dem Department of Veterans Affairs in Ann Arbor, Mich. Zu dieser Zeit, sagte er, befürchteten Ärzte und Krankenschwestern, dass sich das Virus in den Krankenhäusern verbreiten würde. **„Wir haben kranke Patienten sehr früh intubiert. Nicht zum Wohle der Patienten, sondern um die Epidemie zu kontrollieren und andere Patienten zu retten“**, sagte Dr. Iwashyna. „Das fühlte sich schrecklich an.“*

**Im Mai 2020 war es in der medizinischen Gemeinschaft allgemein bekannt, dass der frühe Einsatz von Beatmungsgeräten den COVID-19-Patienten schadet statt hilft und dass weniger invasive Maßnahmen in der Tat sehr effektiv sind, um die Genesung zu unterstützen**<sup>210</sup>. Eine Studie aus New York City fand eine Sterblichkeitsrate von

---

<sup>206</sup> WHO, *Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected*, 13.05.2020, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>

<sup>207</sup> Philippe Rola et al., *Rethinking the early intubation paradigm of COVID-19: time to change gears?*, Clin Exp Emerg Med Vol. 7(2), 10.06.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348679/>

<sup>208</sup> *Fujun Peng et al., Management and Treatment of COVID-19: The Chinese Experience*, Can J Cardiol Vol. 36(6), Apt. 17, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162773/>

<sup>209</sup> Melanie Evans, *Hospitals Retreat From Early Covid Treatment and Return to Basics*, Wall Street Journal, 20.12.2020, <https://www.wsj.com/articles/hospitals-retreat-from-early-covid-treatment-and-return-to-basics-11608491436>.

<sup>210</sup> Sharon Begley, *With ventilators running out, doctors say the machines are overused for Covid-19*, Stat, 08.04.2020, <https://www.statnews.com/2020/04/08/doctors-say-ventilators-overused-for-covid-19/>.

97,2 % bei den über 65-Jährigen heraus, die mechanisch beatmet wurden<sup>211</sup>. Die „Early Action“-Anleitung für Beatmungsgeräte, die die WHO weltweit verteilte, tötete Tausende von unschuldigen Patienten und stellt damit eine tragische weitere Fehleinschätzung der WHO in der ersten Phase der Pandemie dar; dies wohl aufgrund der ihr zu Verfügung stehenden Informationen. Informationen, die sich als nicht tragfähig herausstellten (sogleich unter **G.**). Dies gilt es in Zukunft zu verhindern. Darum wird in dieser Klarheit darauf hingewiesen.

Da vergleichbare Studien für Österreich fehlen, kann an dieser Stelle nicht quantifiziert werden, wie viele Menschen Opfer einer Falschbehandlung waren. Tatsache ist hingegen, dass die WHO Empfehlung in Österreich anfangs umgesetzt wurde. Zusätzlich wurde (medial begleitet) der „Engpass“ an Beatmungsgeräten thematisiert und schließlich auch zusätzliches Gerät angeschafft.

## v. Abgesagte Operationen

Das Schaffen bzw. Freihalten von Kapazitäten für Corona-Intensivbetten geht notwendigerweise zulasten anderer ärztlicher Versorgung. Dies hat allgemeinbekannt im Frühjahr und Sommer 2020 dazu geführt, dass bereits geplante Operationen abgesagt und neue Operationen nicht durchgeführt wurden – in tausenden Fällen. Auch hierdurch verursachte Todesfälle sind möglich und haben auch stattgefunden, beispielsweise durch nicht oder nicht zeitnah durchgeführte Operationen oder Behandlungen nach Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebsvorsorgeuntersuchungen.

Während des Lockdowns im Frühjahr 2020 wurden in Österreich unzählige Operationen abgesagt bzw. verschoben, und zwar nicht nur sog. elektive Operationen wie die Implantation von Kniegelenks- und Hüftgelenksendoprothesen, Kniegelenksarthroskopien, Katarakt-Operationen u.ä., sondern auch Krebs-Operationen. Laut einer im British Medical Journal im November 2020 veröffentlichten Meta-Analyse<sup>212</sup> erhöht bereits eine vierwöchige Verschiebung einer Krebstherapie das Sterberisiko je nach Krebsart um sechs bis 13 Prozent, ein Aufschub von acht Wochen bei Brustkrebs das Sterberisiko um 13 Prozent, ein Aufschub um zwölf Wochen um 26 Prozent. **Ohne dies hier näher beziffern zu können, kann danach kein Zweifel daran bestehen, dass die Absage von Operationen auch in Österreich zu Todesfällen geführt hat.**

---

<sup>211</sup> Safiya Richardson et al., Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area, JAMA 2020 323(20), 22.04.2020, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>.

<sup>212</sup> Hanna, Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis, BMJ 2020, 371, <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4087>

Diese sind Todesfälle nicht mit oder an Corona, sondern „wegen“ Corona-Maßnahmen.

#### **d. Dritte Welle?**

Seit Dezember 2020 ist ein überraschendes Phänomen zu beobachten: Parallel zum Fortschritt der Impfungen steigen die Fallzahlen und die Zahlen der Todesfälle. Auch aus Österreich und Deutschland ist derartiges zu vermelden. Handelt es sich dabei eindeutig um die sogenannte dritte Welle?

Zur raschen Annäherung an dieses kontroversiell (und verständlicherweise teils äußerst emotional) diskutierte Thema ist es hilfreich nach dem Ausschlussverfahren vorzugehen: Hat sich etwas maßgeblich verändert? Kaum. Die Lockdown-Maßnahmen blieben im Wesentlichen gleich streng, mit geringen Abweichungen. Die Belastung des Gesundheitswesens hatte in Österreich ihren Höhepunkt im November 2020 (siehe oben). Als einziger zusätzlicher Faktor kam der Start der Impfwelle hinzu.

Tatsache ist auch, dass mittlerweile zahlreiche Berichte aus den unterschiedlichsten Staaten vorliegen, die von (teils erheblichen) Nebenwirkungen oder Todesfolgen unmittelbar nach Verabreichung einer Impfung berichten. Ob dies eine bis dato noch nicht bekannte direkte Folge der Impfung oder auf eine Immunüberreaktion nach der Impfung oder auf „Zufall“ oder einen sonstigen Umstand zurückzuführen ist, muss Gegenstand weiterer wissenschaftlicher und behördlicher Überprüfungen sein und kann hier nicht abschließend geklärt werden.

Bekannt wurde im gegebenen Zusammenhang der Fall einer 49-jährigen Krankenschwester aus dem Spital Zwettl. Eine weitere 35-jährige Bedienstete ist an einer Lungenembolie schwer erkrankt. Aus einem Spital im Weinviertel ist ein Fall mit Gesichtslähmung bekannt geworden.

Zu den beiden Fällen berichten NÖN und ORF NÖ am 5. und 6. März 2021<sup>213</sup>:

*Beide Frauen wurden aus derselben Charge des Astra Zeneca-Impfstoffes geimpft. „Sicherheitshalber werden die Restbestände der betroffenen Impfstoff-Charge nicht mehr ausgegeben und nicht mehr verimpft“, heißt es auf NÖN-Nachfrage. Die 35-Jährige, die eine Lungenembolie entwickelt hat, sei aber am Weg der Besserung.*

---

<sup>213</sup> Markus Füxl, *Waldviertel: Todesfall nach Impfung wird untersucht*, NÖN 05.03.2021, <https://www.noen.at/zwettl/waldviertel-todesfall-nach-impfung-wird-untersucht-zwettl-redaktionsfeed-coronavirus-corona-impfung-todesfall-nofb-redaktion-252156430>; ORF NÖ, *Tod von Frau nach Impfung wird untersucht*, 06.03.2021, <https://noe.orf.at/stories/3093634/>

Und weiter über einen Kommentar des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG):

*„Aktuell gibt es noch keinen Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang mit der Impfung. Aufgrund der bekannten klinischen Daten ist ein kausaler Zusammenhang nicht herstellbar, da insbesondere thrombotische Ereignisse nicht zu den bekannten oder typischen Nebenwirkungen des betreffenden Impfstoffes zählen.“*

Allerdings warnt genau vor solchen Problemen im Zusammenhang mit den genbasierten Impfstoffen (so auch AstraZeneca) Professor Sucharit Bhakdi. Die Nanopartikel der Impfstoffe dringen in Endothelzellen der Wand der Blutgefäße ein und zwar vordringlich dort, wo das Blut sehr langsam fließt – also in den Kapillaren. Damit kommt es zu Verletzungen der Gefäßwände und durch deren Reparatur möglicherweise zu Blutgerinnseln. Genau das wurde bei den beiden Frauen in Zwettl beobachtet und vor genau diesen Folgen warnt der Mikrobiologe.

Auffallend ist jedenfalls, **dass in manchen Ländern schon eine sehr hohe Durchimpfungsrate erreicht** wurde. Damit wurde erwartet, dass dort die Sterblichkeit drastisch zurückgegangen ist. Vor allem auch deshalb, weil selbst nach den Angaben der WHO die Fallzahlen seit Wochen im freien Fall und um mehr als 50% gesunken sind. Doch dem ist nicht so, zu beobachten ist eher das Gegenteil.

Die hohen Sterblichkeitsraten in Großbritannien im Jänner 2021 standen in krassem Gegensatz (dreimal höher) zu jenen in den normalerweise vergleichbaren Ländern Spanien, Italien und Frankreich – und das zu einer Zeit, in der im UK die Impfungen viermal schneller durchgeführt wurden. Bedenklich ist, dass die Covid-Mortalität in Pflegeheimen um das Drei- bis Vierfache gestiegen ist gegenüber dem Beginn der Impfungen.

Und es gibt noch weitere Beispiele. Israel hat zwar, mit Stand Ende Februar 2021, 75 Dosen pro 100 Personen erreicht und fast 80 % der über 60-Jährigen geimpft (mit zwei Dosen), aber die tatsächliche Sterblichkeitsrate ist nur um ein Drittel gesunken und seltsamerweise sind die Krankenhaus- und Intensiveinweisungen nur um 25 % zurückgegangen. Dies wirft die offensichtliche Frage auf, woher diese neuen Einweisungen kommen.

Twitter-User *@ThorstenWiethl1*<sup>214</sup> hat sich die Mühe einer genauen **Analyse der Veränderung der Zahlen der Todesfälle und gemeldeten Infektionen von Mitte Dezember**

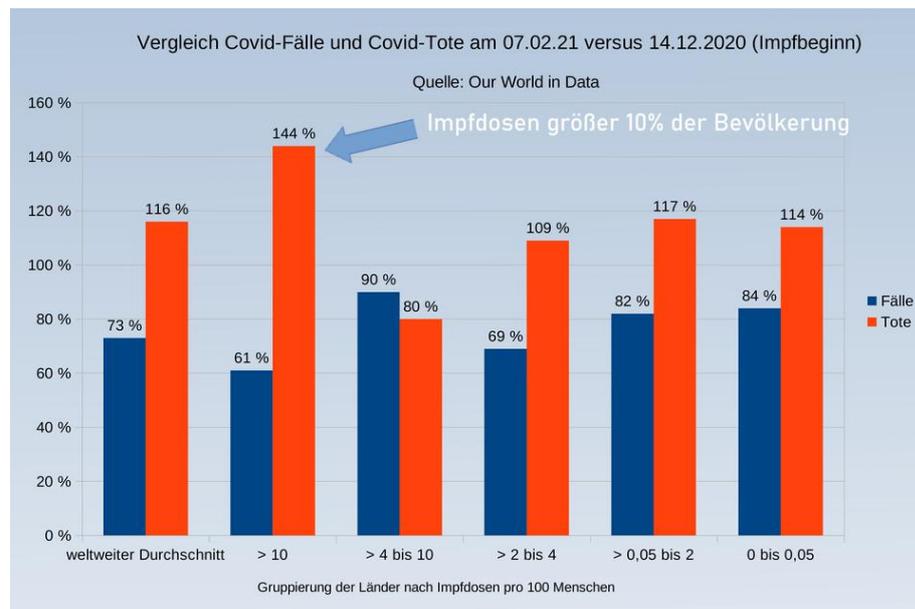
---

<sup>214</sup> Thorsten Wiethölter, *Ist die Wirkung der Impfungen messbar?*, 12.02.2021, <https://coronakrise-blog.jimdofree.com/start/12-02-2021-ist-die-wirkung-der-impfung-messbar/>; Ders., *Ist die Wirkung der Impfungen messbar? (Aktualisierung)*, 19.02.2021, <https://coronakrise-blog.jimdofree.com/start/19-02-21-ist-die-wirkung-der-impfung-messbar-aktualisierung/>; Ders., *Ist die Wirkung der Impfungen messbar? (Teil 3)*, 26.02.2021, <https://coronakrise-blog.jimdofree.com/start/26-02-2021-ist-die-wirkung-der-impfung-messbar-teil-3/>

**2020 bis Mitte Februar 2021** gemacht. Als Datengrundlage zog er „ourworldindata“ heran. Wie in der Grafik zu sehen, ist in der Ländergruppe mit mehr als 10 Impfdosen pro 100 Einwohnern die Sterblichkeit auf 144% (roter Balken) angestiegen, obwohl die Fallzahlen auf 61% (blauer Balken) abgesunken sind. Das ist das schlechteste Verhältnis im Vergleich zu allen anderen Gruppen.

*Ist die Wirkung der Impfung messbar?*

*Untertitel: Warum steigen die Covid-Totenzahlen gerade dort am stärksten, wo mehr als 10 Dosen pro Einwohner verabreicht wurden?*



Sieht man sich die Daten im Detail an, findet man diese Entwicklung ganz klar in einigen Ländern. Die Vereinigten Arabischen Emirate haben 50 Dosen pro 100 erreicht und dennoch ist die Sterblichkeitsrate dort seit Beginn der Kampagne um das Fünffache gestiegen. Und das kleine Fürstentum Monaco, das im gesamten Jahr 2020 nur drei Todesfälle zu beklagen hatte, hat nun einen Anstieg auf 21 zu verzeichnen; alles während einer massiven Impfkampagne seit Beginn des Jahres 2021.

In einigen dieser Beispiele sind die Fälle ebenfalls angestiegen, und es könnte nur ein Zufall sein, dass diese Länder mit so schnellen Impffortschritten zufällig zur gleichen Zeit eine Welle von Covid-Infektionen hatten. Ähnliches kann auch in Malta oder Serbien beobachtet werden.

In zwei Folgebeiträgen vom 19. Februar 2021 und 26. Februar 2021 legt er die näheren Umstände seiner Berechnung dar und weitet sie auf eine Betrachtung nach Regionen/Kontinenten aus.

Die Arbeitshypothese ist, dass die Impfung Erkrankungen und/oder Todesfälle verhindert. Man sollte also annehmen, dass die Gruppen der Länder mit einer höheren Impfquote bessere (geringere) Zahlen haben als die Gruppen der Länder mit einer geringeren Impfquote.

**Das ist bisher leider nicht zu erkennen! Eigentlich scheint (mindestens zum Teil) eher das Gegenteil der Fall zu sein. Erklärbar ist es nicht. Es wäre eine andere Entwicklung zu erwarten gewesen.**

Ich weise darauf hin, dass Korrelationen noch keine Kausalitäten bedeuten! Dennoch muss ich anmerken, dass bisher ein Impferfolg überhaupt nicht zu erkennen ist.

Adepten der Vorzüge einer Impfung werden mit Freuden darauf verweisen, dass in Ländern, in denen eine hohe Impfquote vorliegt, die Todeszahlen im allgemeinen sinken.

[...]

Objektiv betrachtet muss man aber anmerken, dass auch ganz allgemein und ohne Impfung die Fälle weltweit sinken. Dies allein ist also kein Argument.

[...]

**Falls negative Effekte einer Impfung stattfinden, dann werden sie aller Vermutung nach relativ kurz nach der Impfung verstärkt stattfinden. Je mehr Menschen also bereits geimpft sind, umso weniger wird man negative Folgen noch erkennen können, sofern sie denn vorliegen. (Mögliche Langzeitfolgen einmal außer Acht gelassen.)** Ab dem Erreichen einer bestimmten Impfquote ist davon auszugehen, dass keine statistischen Auffälligkeiten mehr nachweisbar sind. Beispielsweise ist eine Steigerung von 10 Impfdosen auf 20 Impfdosen pro 100 Einwohner eine Steigerung von 100%. Indes ist eine Steigerung von 50 Impfdosen auf 60 Impfdosen – obwohl es immer noch genauso 10 Dosen mehr pro 100 Einwohner sind - nur noch eine Steigerung von 20% (und eben nicht mehr von 100%). Und es ist auch einzukalkulieren, dass in diesem Fall alle bereits Geimpften nicht mehr Teil der Covid-Entwicklung sein können, sofern von einer effektiven Wirkung der Impfung ausgegangen werden kann.

[...]

- In jeder Gruppe zeigt der Trend, dass eine höhere Impfquote in der Impfphase eine höhere Covid-Todeszahl annehmen lässt als vor der Impfphase.
- Die einzigen Länder, in denen eine Verringerung der Todeszahlen stattgefunden hat, sind diejenigen Länder, die eine Impfquote unter 10 Prozent haben. **In der Gruppe der Länder mit mindestens 10 Impfdosen pro 100 Einwohner hat KEIN Land die Covid-Toten reduzieren können.**

- *Der maximale Zuwachs der Covid-Toten ist in der Gruppe der Länder mit keinen Impfungen oder mit sehr geringer Impfquote geringer als in den anderen Gruppen.*

Zum Schluss stellt er einen Ländervergleich auf:

*„Um hier mehr Klarheit zu erlangen, wurde für alle Länder aus der Datenbank von Our World in Data errechnet, wieviele Menschen pro 100 Tsd. im Zeitraum von 30 Tagen vor dem globalen Impfbeginn durchschnittlich pro Tag als an oder mit Covid verstorben aufgeführt sind (13.11.20 bis 13.12.20) sowie wieviele Menschen pro 100 Tsd. ab dem globalen Impfbeginn durchschnittlich als an oder mit Covid verstorben aufgeführt sind (14.12.20 bis 25.02.21 = 42 Tage).*

***Auf dieser Basis wurde dann errechnet, inwieweit sich die durchschnittlichen täglichen Covid-Toten pro 100 Tsd. im Zeitraum der bisherigen Impfphase erhöht oder aber verringert haben.*** So konnte jeweils die Entwicklung innerhalb eines Landes verglichen werden und diese ist damit unabhängig von der Unterschiedlichkeit der Testmethodik und – zumindest zum großen Teil - der unterschiedlichen Verbreitung von Covid.“

Diese Tabelle ist hier nun auszugsweise dargestellt:

Land	Impfquote am 25.02.21	Tote/100 Tsd. vor 14.12.20	Tote/100 Tsd. ab 14.12.20	Diff. ab Imp- fung
Gibraltar	97,073	0,396	6,219	5,8232
Portugal	6,809	0,777	2,481	1,7038
United King- dom	27,858	0,650	2,035	1,3850
Germany	6,439	0,393	1,342	0,9489
United States	19,647	0,597	1,468	0,8707
Sweden	6,389	0,459	1,246	0,7863
Israel	88,798	0,108	0,739	0,6312
Chile	16,219	0,207	0,551	0,3440
Malta	15,577	0,611	0,766	0,1542
United Arab Emirates	57,311	0,032	0,136	0,1043
[...]				
<b>Austria</b>	<b>5,950</b>	<b>1,060</b>	<b>1,063</b>	<b>0,0024</b>

Auch in Österreich, mit einer Durchimpfungsrate von gerade einmal um die 3%, häufen sich Fälle von Neuinfektionen in Heimen nach der Impfung. Die Antragsteller selbst haben von Clustern in Heimen erfahren, in denen monatelang (erfreulicherweise) kein positiver Fall zu verzeichnen war. Nach erfolgter Impfung wurden Erkrankungen in höherem Ausmaß festgestellt, auch bei Personen, die bereits die Infektion hinter sich hatten (bzw. zumindest positiv getestet waren). Erklärungen der belangten Behörde gibt es dazu nicht. Denkbar wäre, dass das Virus verbreitet, aber inaktiv ist. Impfungen haben anfangs eine Schwächung des Immunsystems zur Folge. Über Langzeitfolgen ist noch wenig bekannt. In den klinischen Versuchen haben Messungen ergeben, dass die Zahl der T-Zellen in den Tagen nach der Impfung massiv reduziert werden. Dadurch könnte es dann zum Ausbruch von bislang inaktiven Viren kommen.

Sofern also in den kommenden Wochen ein Anstieg der tatsächlich erkrankten (nicht nur positiv getesteten) sowie eine höhere Anzahl an Todesfällen zu verzeichnen ist, müssen diese auch unter dem hier dargelegten Aspekt berücksichtigt werden, wobei auch auf das diesbezügliche Beweisanbot verwiesen werden muss und erforderlichenfalls weiteres Vorbringen ausdrücklich vorbehalten wird (§ 18 VfGG).

## 6. Ergänzung zu bestehenden Therapien; neue wissenschaftliche Erkenntnisse

### a. Vitamin D3

Eine amerikanische Studie<sup>215</sup> zeigt eine interessante Möglichkeit zur Immunstärkung auf. Gemessen wurde der Vitamin D Spiegel und in Abhängigkeit davon die Häufigkeit von positiven PCR-Tests. Das Ergebnis: Je höher der Vitamin-D-Spiegel, desto seltener wurde ein Corona-Test positiv.

- Bei Vitamin D unter 20 ng/ ml testeten 12,5% der Patienten positiv.
- Bei Vitamin D 30 – 34 ng/ml testeten 8,1% positiv.
- Bei optimal versorgten Personen mit über 55 ng/ml wurde nur bei 5,9% ein positives Testergebnis erzielt.

Mit anderen Worten: Personen mit einem Vitamin D Mangel, das heißt weniger als 20 ng/ml, hatten um 54% öfter einen positiven Coronatest als suboptimal Versorgte und sogar eine 112% höhere Infektionsrate als jene mit einem optimalen Spiegel.

Das ist natürlich nur Statistik und kein eindeutiger Beweis, aber es gibt bereits eine ganze Reihe von Studien, die einen Zusammenhang von niedrigen Vitamin-D-Spiegeln und Erkrankung sowie Schwere des Verlaufs herstellen. Und es gibt auch Studien, die zeigen, dass eine relativ hoch dosierte Gabe der bioaktiven Form von Vitamin D bei der Aufnahme ins Spital die Wahrscheinlichkeit auf der Intensivstation zu landen um 96% und Todesfälle um 100% verringert<sup>216 217</sup>.

Man müsste also nicht viel mehr tun, als bei der Aufnahme eines Patienten ins Spital die Werte zu messen und dafür zu sorgen, dass sie mit der Gabe von Vitamin D3 auf das obere Ende des in jedem Laborbericht vermerkten Normbereiches angehoben werden und danach zu beobachten was passiert. **Nach der spanischen Studie<sup>217</sup> sollten sich damit die Aufnahmen in den Intensivstationen gravierend reduzieren.**

---

<sup>215</sup> Harvey W. Kaufman et al, SARS-CoV-2 positivity rates associated with circulating 25-hydroxyvitamin D levels,17.09.2020, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239252>

<sup>216</sup> David O. Meltzer, MD, PhD et al, Association of Vitamin D Status and Other Clinical Characteristics With COVID-19 Test Results, 03.09.20, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19722, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770157>

<sup>217</sup> Marta Entrenas Castillo et al, Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study, 29.08.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456194/>

Wer sich mit der Wirkung von Vitamin D befasst hat, weiß auch warum: Das Vitamin, das für die Funktion des Immunsystems unabdingbar ist, steuert auch die Signalisierung innerhalb des Immunsystems und vor allem auch die Abschaltung und Verhinderung von Autoimmunreaktionen, wie einen Zytokinsturm.

Offenbar spielt Vitamin D nicht nur eine Rolle in der Prävention von Erkrankungen, sondern kann sogar Infektionen verhindern. Das angeborene Immunsystem, das mit verschiedenen Antikörpern und einer Reihe von Abwehrzellen in den Schleimhäuten von Mund, Nase und den oberen Atemwegen sehr schnell und nachhaltig Viren entfernen kann, tut dies offenbar besser, wenn es reichlich mit Vitamin D versorgt ist.

## b. Ivermectin

Studien in verschiedenen Ländern<sup>218</sup> zufolge erzielt das Antiparasitenmittel Ivermectin – ein von der WHO als unentbehrlich eingestuftes Medikament – bei Covid-19 eine Risikoreduktion von bis zu 98% in der Prä-Expositionsprophylaxe und bis zu 91% in der Frühbehandlung. Eine kürzlich in Frankreich durchgeführte Studie **ergab eine Reduktion schwerer und tödlich verlaufender Covid-Erkrankungen um 100% selbst bei Hochrisiko-Patienten in Pflegeheimen mit einem Durchschnittsalter von 90 Jahren**<sup>219</sup>.

*Dr. Andrew Hill* von der **Abteilung für Pharmakologie an der Universität Liverpool** (UK) führt derzeit die von der WHO gesponserte Überprüfung<sup>218</sup> und Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien mit Ivermectin gegen Stechmücken durch. In einem Video<sup>220</sup> präsentiert *Dr. Hill* seine vorläufigen Ergebnisse, die auf **eine hochsignifikante Reduktion der Covid-Sterblichkeit um 83% (95% CI 65%-92%)** hinweisen.

Dieses Ergebnis basiert auf Studien im Krankenhaus, berücksichtigt also noch nicht die frühe ambulante und prophylaktische Behandlung. Die Autoren der Übersichtsarbeit beabsichtigen drei weitere Studien einzubeziehen, die vermutlich zeitnah zur Antragseinschubung veröffentlicht werden sollen, bevor sie eine endgültige Schlussfolgerung ziehen. **Am Ende seiner Präsentation beschreibt Dr. Hill das kostengünstige Ivermectin als eine potenziell „transformative Behandlung“ gegen Covid.**

---

<sup>218</sup> Ivermectin is effective for COVID-19: real-time meta analysis of 35 studies, Covid Analysis, Start 26.11.2020, <https://ivmmeta.com>, Aufgrund der sich laufend ändernden Datenlage, wird auf diese Beilage in ihrer Online-Version verwiesen, Anm.

<sup>219</sup> C. Bernigaud et al, Bénéfice de l'ivermectine: de la gale à la COVID-19, un exemple de sérendipité, Annales de Dermatologie et de Vénérologie 12/2020, <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.231>

<sup>220</sup> Ivermectin meta-analysis by Dr. Andrews Hill, youtube 27.12.2020, <https://www.youtube.com/watch?v=yOAh7GtvcOs>

## 7. Das Ineinandergreifen der fehlerhaften Lockdown-Annahmen

Bemerkenswert ist, wie auffällig die falschen Tatsachenannahmen hinter den Corona-Maßnahmen ineinandergreifen und einander bedingen. Darauf einen Blick zu werfen ist deshalb wichtig, weil auf diese Weise in der Gesamtschau erkannt werden kann, dass die gesamten Maßnahmen darauf angelegt sind völlig ohne Rücksicht auf das tatsächliche Infektionsgeschehen verstetigt zu werden.

- Nur weil man wider besseres Wissen davon ausgeht, ein Mensch könne andere mit SARS CoV-2 anstecken ohne selbst krank zu sein, werden massenweise Testungen auf diesen Erreger durchgeführt: Jeder einzelne von uns, so lautet die Doktrin, könnte ja unerkannt der Überbringer des todbringenden Virus sein.
- Im Winter 2021 bzw. Frühjahr 2022, da sämtliche Atemwegserreger ihre Aktivität wieder steigern, wird auch SARS CoV-2 zahlreiche Menschen befallen. Bei vielen werden die Viren auf den Schleimhäuten sitzen und gar nicht erst in die Körperzellen eindringen. Bei vielen anderen werden die Viren zwar in die Körperzellen eindringen, aber vom Immunsystem überwältigt und abgetötet werden. Diese Personengruppen werden die deutliche Mehrheit bilden. Bei ihnen allen wird man positive Testergebnisse zutage fördern – und zwar bei den folgenlos Infizierten noch bis zu drei Monate nach der Infektion. Werden diese Menschen dann positiv getestet, wird man sie wider besseres Wissen als „*Neuinfektionen*“ listen. Die Anzahl der Menschen deren Immunsystem das Virus abtötet, wird im Laufe der kalten Jahreszeiten zunehmen. **Deshalb wird auch die Zahl der positiv Getesteten zu nehmen – ohne dass deswegen irgendeine Ressource im Gesundheitswesen in Anspruch genommen wird.**
- Das Aufaddieren von „*Neuinfektionen*“ wird sich also potenzieren und vom Gesetzgeber bzw. Verordnungsgeber zur Rechtfertigung für weitere Einschnitte herangezogen werden. Da positive Tests wider besseres Wissen mit Neuinfektionen gleichgesetzt werden, wird der Anstieg der so deklarierten „*Neuinfektionen*“ **seinerseits der Unwahrheit Nahrung geben, wonach das Virus hoch ansteckend und niemand immun sei und deshalb der Kollaps im Gesundheitswesen drohe.**

**So, wie das Infektionsgeschehen derzeit abgebildet wird, ist es zielgerichtet darauf angelegt, dass der Lockdown bzw. die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nie enden werden.**

Wenn diese Art der Datenverarbeitung und Datenpräsentation nicht schnellstens gestoppt wird, wird der „*ewige Lockdown*“ (in der einen oder anderen Ausformung) bis 2024 weiter andauern. Was das für die wirtschaftliche Entwicklung, aber auch für die oben nur

angerissene gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung bedeutet, kann sich jeder ausmalen.

Angesichts der Beispiele von Schweden, Florida, South Dakota, Weißrussland oder Uruguay, die erfolgreich Mittel einsetzen, die weit weniger restriktiv sind als die österreichische Lockdown-Politik, um COVID-19 in den Griff zu bekommen – ohne dass es zu einer übermäßigen Sterblichkeit oder zu schlechteren Ergebnissen als in den abgeriegelten Gebieten kommt –, ist es schwer zu verstehen, wie irgendeine Behörde der Welt diese Maßnahmen weiterhin in gutem Glauben auferlegen kann.

## 8. Zwischenergebnis

- Bereits jetzt ist ein epidemiologisch relevanter Teil der Bevölkerung immun. Das gilt auch für Mutationen (aufgrund sog. Kreuzimmunitäten). Näheres unter **F. IV. 1.** „Keine Grundimmunität“ (S. 22)
- Von Symptomlosen geht keine Ansteckungsgefahr aus. Näheres unter **F. IV. 2.** (S. 44)
- PCR- und Antigentest-basierte Diagnostik ist nur als ergänzendes Kriterium, stets iZm ärztlicher Begleitung sinnvoll. Diese Tests sind nicht für den Einsatz an Asymptomatischen vorgesehen und auch nicht zugelassen. Ohne jedwede weitere Begründung folgt die belangte Behörde einer Empfehlung der WHO, die längst veraltet ist. Die WHO spricht selbst von dem hier soeben Dargelegten. Näheres dazu unter **F. IV. 3.** (S. 49)
- Lockdowns bewirken keine signifikante Änderung des Infektionsgeschehens. Sie schaden mehr, als sie nutzen. Näheres dazu unter **F. IV. 4.** (S. 93)
- Das Gesundheitswesen ist fernab jeglicher Belastungsspitze. Die Bettensituation, auch jene der Intensivbetten sowie die Personalsituation ist stabil. Sämtliche bisherige „Wellen“ erwiesen sich als lehrbuchhafte Abläufe jahreszeitenbedingter Atemwegserkrankungen (ca. Anfang November bis Anfang Februar). Die Übersterblichkeit liegt an anderen Ursachen bzw. mangelnder Sorgfalt in Pflegeheimen etc. (etwa 50% der Toten stammt von dort). Näheres dazu unter **F. IV. 5.** (S. 144)
- Es gibt günstige Ergänzungstherapien zur Prophylaxe, die auch bei der Akutbehandlung erkennbare Erfolge bewirkt. Näher dazu unter **F. IV. 6.** (S. 176)

## V. internationale Rechtsprechung

Dieser Abschnitt fällt thematisch unter den folgenden Punkt, ist als Übergang zwischen Sachverhalt und rechtlichen Erwägungen gedacht.

Auch in anderen Staaten ist die aktuelle Corona-Krise Gegenstand gerichtlicher Tätigkeit. Nachfolgend vorgestellte Entscheidungen werden ebenfalls zur Begründung der gestellten Anträge angezogen, da die in diesen Entscheidungen enthaltenen Überlegungen auch für den hier zu entscheidenden Sachverhalt bedeutsam sind.

### 1. USA

Mit Entscheidung des Bundesrichters *William S. Stickman IV* vom 28. Mai 2020 vom US District Court for the Western District of Pennsylvania, wurde der Klage jener Counties stattgegeben, die gegen die strengen Coronavirus Lockdown Regeln des Gouverneurs *Tom Wolf* (Dem. Pa) vorgingen<sup>221</sup>.

In seiner 66-seitigen Stellungnahme, entschied der Bundesrichter, dass die COVID-Lockdown Maßnahmen des Verordnungsgebers Gouverneur **gegen das Recht auf Versammlungsfreiheit** im ersten Verfassungszusatz **sowie gegen die Klauseln des ordentlichen Verfahrens und der Gleichbehandlung** (Due Process and Equal Protection) des vierzehnten Zusatzes zur Verfassung widersprechen.

Die Bezirke Butler, Fayette, Greene und Washington beantragten die Aufhebung einzelner, dort näher bestimmter Normen, die die **behördliche Schließung „nicht Lebensnotwendiger“ Unternehmen** zu Gegenstand hatten. Diese, so das Argument der Klage, verstießen gegen die *Equal Protection Clause des 14. Amendments*.

---

<sup>221</sup> Cnty. of Butler v. Wolf, Civil Action No. 2:20-cv-677 (W.D. Pa. May. 28, 2020), 28.05.2020, <https://casetext.com/case/cnty-of-butler-v-wolf>

Bundesrichter *Stickman* hält in seiner Entscheidung fest, dass die Maßnahmen des Verordnungsgebers „gut gemeint waren“ aber, dass

**„gute Absichten zu einem lobenswerten Zweck nicht allein genug sind um staatliche Maßnahmen auch verfassungsgemäß zu machen. In der Tat können die größten Bedrohungen für unser System der verfassungsmäßigen Freiheiten entstehen, wenn die Ziele lobenswert sind und die Absicht gut – vor allem in einer Zeit des Notstands.“**

und weiter:

*„Selbst eine wachsame Öffentlichkeit kann ihre Wachsamkeit in Bezug auf ihre verfassungsmäßigen Freiheiten vernachlässigen, nur um festzustellen, dass **einmal aufgegebene Freiheiten nur schwer wiedergewonnen werden können** und dass Einschränkungen – obwohl sie angesichts einer Notsituation sinnvoll sind – noch lange nach dem Ende der unmittelbaren Gefahr bestehen bleiben können“*

*Stickman* kommt zum Schluss, dass eine Richtlinie, die Versammlungen im Innen- und Außenbereich auf 25 und 250 Personen beschränkt, „das im ersten Verfassungszusatz verankerte Versammlungsrecht“ verletzt. **Er erklärt weiters, dass die Ausgangsbeschränkungen (Hausarreste) und Betretungsverbote (Geschäftsschließungen) des Staates verfassungswidrig sind. Die Verordnungen wurden bereits aufgehoben und die Entscheidung des Richters legt auch fest, dass sie nicht wieder in Kraft gesetzt werden dürfen.**

*„Es steht außer Frage, dass dieses Land mit Notfällen jeder Art konfrontiert wurde und wird [...] aber die Lösung einer nationalen Krise darf niemals die Verpflichtung zur individuellen Freiheit verdrängen, die das Fundament des amerikanischen Experiments darstellt.“*

**Denn die Verfassung „setzt gewisse Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen, auch nicht in einem Notfall.“**

*„Tatsache ist, dass die Anfang 2020 in den gesamten Vereinigten Staaten verhängten Lockdowns als Reaktion auf die Covid-19-Pandemie in der Geschichte unseres Commonwealth und unseres Landes beispiellos sind. Sie wurden noch nie als Reaktion auf eine andere Krankheit in unserer Geschichte eingesetzt. Sie wurden nicht von der CDC empfohlen.“*

Er betonte die Tatsache, dass die Regierung des Staates nie definiert hat, was ein „lebensnotwendiges“ Geschäft ist und dass die Schließung von nicht lebensnotwendigen Geschäften beispiellos in der Geschichte von Pennsylvania war.

*„Obwohl diese Nation [die Vereinigten Staaten] mit vielen Epidemien und Pandemien konfrontiert war und die Regierungen der Bundesstaaten und Kommunen eine Vielzahl von Maßnahmen als Reaktion darauf ergriffen haben, hat es noch nie zuvor Abriegelungen ganzer Bevölkerungen gegeben - und schon gar nicht für längere und unbestimmte Zeiträume... Während die Bundesstaaten und Kommunen zweifellos bestimmte Aktivitäten für einen begrenzten Zeitraum einschränkten, um die Spanische Grippe einzudämmen, gibt es keine Aufzeichnungen über die Verhängung einer Abriegelung der Bevölkerung als Reaktion auf diese oder eine andere Krankheit in unserer Geschichte. **Abriegelungen sind nicht nur historisch beispiellos als Reaktion auf irgendeine frühere Epidemie oder Pandemie in der amerikanischen Geschichte, sondern sie werden auch nichteinmal in den jüngsten Richtlinien der U.S. Centers for Disease Control and Prevention ("CDC") erwähnt.**“*

## 2. Portugal

In seiner Entscheidung vom 11. November 2020 urteilte das Tribunal da Relação de Lisboa (Appellationsgericht Lissabon) gegen die regionale Gesundheitsbehörde der Azoren in Bezug auf ein Urteil eines Untergerichts, die Quarantäne von vier Personen für unrechtmäßig zu erklären. Von diesen war eine Person mit einem PCR-Test positiv auf Covid getestet worden; bei den anderen drei Personen wurde davon ausgegangen, dass sie einem hohen Expositionsrisiko ausgesetzt waren. Infolgedessen entschied die regionale Gesundheitsbehörde, dass alle vier infektiös und gesundheitsgefährdend seien, weshalb sie isoliert werden mussten. Eine Vorgangsweise, die wir auch bei unseren Gesundheitsbehörden regelmäßig erleben.

Die Vorinstanz hatte **gegen die Gesundheitsbehörde entschieden** und das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung mit Argumenten, die die wissenschaftliche Ansicht vieler Experten, wie etwa des früheren Chief Science Officers von Pharma-Gigant Pfizer, wegen der mangelnden Zuverlässigkeit der PCR-Tests ausdrücklich unterstützen<sup>222</sup>.

Nachfolgend die wesentlichen Aussagen zusammengefasst:

**Eine medizinische Diagnose ist eine medizinische Handlung, zu der nur ein Arzt rechtlich befugt ist und für die dieser Arzt allein und vollständig verantwortlich ist.**

Keine andere Person oder Institution, einschließlich Regierungsbehörden oder Gerichten, hat eine solche Befugnis. Es ist nicht Aufgabe der regionalen Gesundheitsbehörde der Azoren, jemanden für krank oder gesundheitsgefährdend zu erklären. Nur ein Arzt kann dies tun. Niemand kann per Dekret oder Gesetz für krank oder gesundheitsgefährdend erklärt werden, auch nicht als automatische, administrative Folge des Ergebnisses eines Labortests, egal welcher Art.

Daraus folgert das Gericht, dass

*„bei Durchführung ohne vorherige ärztliche Beobachtung des Patienten, ohne Beteiligung eines durch den Ordem dos Médicos zertifizierten Arztes, der die Symptome beurteilt und die für notwendig erachteten Tests/Prüfungen verlangt hätte, jede Handlung der Diagnose, oder irgendeine Handlung zur Überwachung der öffentlichen Gesundheit (wie z.B. die Feststellung, ob eine Virusinfektion oder ein hohes Expositionsrisiko besteht, was die oben genannten Begriffe zusammenfassen) gegen [eine Reihe von Gesetzen und Vorschriften] verstößt und ein Verbrechen der*

---

<sup>222</sup> Tribunal da Relação de Lisboa (Appellationsgericht Lissabon), 11. November 2020, 1783/20.7T8PDL.L1-3, abrufbar unter <http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/79d6ba338dcbe5e28025861f003e7b30?OpenDocument> bzw. in holpriger, aber sinnerfassender deutscher Übersetzung: <https://drive.google.com/file/d/1t1b01H0jd4hsMU7V1vy70yr8s3jIBedr/view>

*usurpação de funções [unrechtmäßige Beruf- bzw. Funktionsausübung] darstellen kann, wenn diese Handlungen von jemandem ausgeführt oder diktiert werden, dem die Fähigkeit dazu fehlt, das heißt, von jemandem, der kein approbierter Arzt ist [um in Portugal Medizin zu praktizieren, reicht ein Abschluss nicht aus, Man muss als qualifiziert für die Ausübung des Arztberufs anerkannt werden, indem man sich einer Prüfung mit dem Ordem dos Médicos unterziehen]“.*

**Darüber hinaus stellt das Gericht fest, dass die Gesundheitsbehörde der Azoren gegen Artikel 6 MRK [8 MRK; § 1 DSG 2000, Art 8 MRK, Art 8 GRC] verstoßen hat, da sie es verabsäumt hat den Nachweis zu erbringen, dass die in dieser Erklärung vorgeschriebene informierte Zustimmung von den PCR-getesteten Personen erteilt wurde, die sich gegen die ihnen auferlegten Zwangsquarantänemaßnahmen beschwert hatten.**

Aus den dem Gericht vorgelegten Fakten schloss es, dass weder vor noch nach der Durchführung des Tests Beweise oder auch nur Hinweise darauf vorlagen, dass die vier fraglichen Personen von einem Arzt untersucht worden waren.

### **Grundlegende Kritik am PCR Test durch das Gericht**

Das Obige würde ausreichen, um die Zwangsquarantäne der vier Personen als rechtswidrig zu betrachten. Das Gericht hielt es jedoch für notwendig, einige sehr interessante Überlegungen betreffend die PCR-Tests hinzuzufügen:

*„Auf der Grundlage der derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Beweise ist dieser Test [der RT-PCR-Test] an und für sich nicht in der Lage, zweifelsfrei festzustellen, ob ein positives Testergebnis tatsächlich einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus entspricht, und zwar aus mehreren Gründen, von denen zwei von vorrangiger Bedeutung sind: Die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der Anzahl der verwendeten Zyklen ab; die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der vorhandenen Viruslast ab.“*

Unter Berufung auf *Jaafar et al.*<sup>223</sup> kommt das Gericht zu dem Schluss:

*„[...] wenn eine Person durch PCR als positiv getestet wird, wenn ein Schwellenwert von 35 Zyklen oder höher verwendet wird (wie es in den meisten Labors in Europa und den USA die Regel ist), die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person infiziert ist, <3% beträgt und die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis ein falsches Positiv ist, 97% beträgt“.*

---

<sup>223</sup> *Rita Jaafar et al*, Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, 28.09.2020, <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603>

Das Gericht stellt ferner fest, dass der Schwellenwert für die Zyklen, der für die derzeit in Portugal durchgeführten PCR-Tests verwendet wird, unbekannt ist.

Unter Berufung auf *Surkova et al.*<sup>224</sup> stellt das Gericht weiter fest, dass jeder diagnostische Test im Kontext der tatsächlichen Krankheitswahrscheinlichkeit interpretiert werden muss, wie sie vor der Durchführung des Tests selbst eingeschätzt wird und äußert die Meinung,

*„[dass] in der gegenwärtigen epidemiologischen Landschaft **die Wahrscheinlichkeit zunimmt**, dass Covid-19-Tests **falsch positive Ergebnisse** liefern, was erhebliche Auswirkungen auf den Einzelnen, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft hat“.*

Die Zusammenfassung des Gerichts zur Entscheidung gegen die Berufung der regionalen Gesundheitsbehörde lautet wie folgt:

*„Angesichts der von Experten, d.h. denjenigen, die eine Rolle spielen, geäußerten wissenschaftlichen Zweifel an der Zuverlässigkeit der PCR-Tests, angesichts des Mangels an Informationen über die analytischen Parameter der Tests und in Ermangelung einer ärztlichen Diagnose, die das Vorhandensein einer Infektion oder eines Risikos belegt, **kann dieses Gericht niemals feststellen, ob C tatsächlich ein Träger des SARS-CoV-2-Virus war oder ob A, B und D einem hohen Risiko ausgesetzt waren.**“*

---

<sup>224</sup> *Elena Surkova et al*, False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs, 29.09.2020, [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30453-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30453-7/fulltext)

### 3. Italien

**Die Dekrete des italienischen Premierministers, die seit Beginn der Pandemie aufeinanderfolgten, weisen Eigenschaften der Illegitimität auf, die ihre Nichtanwendung erzwingen:** Dies wird durch einen Beschluss des Tribunale di Roma [„ZRS“], Sektion VI Zivil, vom **16. Dezember 2020** festgestellt. In dem dem römischen Richter vorgelegten Streitfall (R.G. 45986/2020)<sup>225</sup> ging es um eine Räumung wegen Zahlungsrückstandes, gegen die der Schuldner Einspruch erhob: Dieser begründete die Nichtzahlung der Miete und bat um eine erhebliche Minderung aufgrund der aktuellen Krisensituation.

Der Richter stellte zunächst in Frage, ob die Beschränkung, die während des Jahres 2020 durch provisorische Verwaltungsakte und darauf basierende Verordnungen auferlegt wurde, rechtmäßig war. *„Unstrittig ist, dass die Grundfreiheiten des Einzelnen durch eine DPCM komprimiert werden“:* Der Verwaltungscharakter bleibt jedoch *„auch dann erhalten, wenn eine Maßnahme mit Gesetzeskraft sie zuvor 'legitimiert', und immer dann, wenn eine solche Legitimation 'delegiert' wird, innerhalb der zulässigen Grenzen“.*

Der Richter bezog sich auf das Gesetzesdekret Nr. 1 vom 2. Januar 2018 zum ZivilschutzG, auf dessen Grundlage der Ministerrat mit Beschluss vom 31. Jänner 2020 den nationalen Notstand wegen des Gesundheitsrisikos Covid 19 ausrief: Das Gesetzesdekret bildete die Grundlage für die *„Ausnahme“* der nachfolgenden Regierungsakte, unabhängig davon, ob es sich um Gesetzesdekrete oder DPCMs [vgl. COVID-19-SchuMaV et al] handelte und das nach Ansicht des Gerichts die Schranken der nachfolgenden provisorischen Akte nicht hinreichend determiniert sind (finale Programmierung von Verwaltungsakten, Anm.).

Bei der materiellen Prüfung der Dekrete des Ministers konzentrierte sich der Richter auf jenes vom 26. April 2020, das mit der Gesetzesverordnung Nr. 19 vom 25.03.2020 zur *„Deckung“* erlassen wurde (Anm: ein Dekret ist in diesem Rechtsgefüge ein Bescheid, letztlich ein Verwaltungsakt): *„Die dPCM ist rechtswidrig, weil die sie stützende Verordnung allgemeine und abstrakte Regeln enthält, die Befugnisse nicht typisiert und keine Frist festlegt“*, was gegen Art. 76 Cost verstößt, der festlegt, dass *„die Ausübung der Gesetzgebungsfunktion nicht an die Regierung delegiert werden kann, außer mit der Festlegung von Grundsätzen und richtungsweisenden Kriterien und nur für eine begrenzte Zeit und für definierte Zwecke“*, verstößt. Nach Ansicht des Richters sind die nachfolgenden Dekrete des

---

<sup>225</sup> Trib. Roma, Sez. 6° Civile, ord. n. 45986/2020 R.G., 16.12.2020, wie auch in Ö, werden Berufungsurteile nicht ins RIS gestellt, daher ist das Urteil nicht direkt bei Gericht abrufbar, wurde aber unter <https://www.casaclima.com/public/casa-clima/allegati/Tribunale-Roma-ordinanza-Dpcm-illegittimi.pdf> zum Download bereitgestellt. Zudem berichteten zahlreiche Fachbeiträge und die italienischen Tageszeitungen. So etwa *DPCM a seguito del Covid-19: perché per il Tribunale di Roma sono illegittimi*, 30.12.2020, <https://www.centrostudiilivaitino.it/dpcm-a-seguito-del-covid-19-perche-per-il-tribunale-di-roma-sono-illegittimi/>

Premierministers, die die sogenannte Phase 2 regeln, rechtswidrig, da sie im Widerspruch zu den Artikeln 13 bis 22 der Verfassung und Artikel 77 der Verfassung stehen.

**Ein weiteres Element der Rechtswidrigkeit ist für das Gericht die fehlende Angabe einer zeitlichen Begrenzung, da der vorübergehende Charakter der Dekrete „in Wirklichkeit nur formal erscheint“**, wie die jüngste Rechtsprechung des Regionalen Verwaltungsgerichts Latium hervorhebt, *„unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die bisher getroffenen Maßnahmen zur Bewältigung der Epidemie von Covid 19, deren vorübergehenden Charakter die Verteidigung [belangte Behörde] hervorhebt, in Wirklichkeit diese Konnotation angesichts der Erneuerung der meisten derselben vierzehntäglich oder monatlich im Wesentlichen verloren zu haben scheinen“* (Beschluss des Regionalen Verwaltungsgerichts Latium Nr. 7468/2020, die über die Verordnung des Ministerpräsidenten vom 3. November 2020 entschied).

**Das Gericht stellt auch „einen wiederkehrenden Mangel an Begründung“ aller Dekrete fest**, die gemäß Art. 3 des Gesetzes 241/1990 **als Verwaltungsakte angemessen begründet sein müssen**. Stattdessen wird im Hauptteil der Maßnahmen, die sich auf den epidemiologischen Notfall beziehen, die Begründung *„größtenteils mit der Technik der Begründung durch Verweise, unter Bezugnahme auf andere Verwaltungsakte und insbesondere (aber nicht nur) auf die Protokolle des Technisch-Wissenschaftlichen Ausschusses (STC)“* erstellt. *„Die Protokolle des STC sind jedoch größtenteils weder verfügbar noch bekannt, was eine Beantwortung durch Bezugnahme unmöglich oder äußerst schwierig macht. Die Protokolle wurden zunächst als ‚vertraulich‘ eingestuft und erst später veröffentlicht, allerdings mit einer solchen Verzögerung, dass es unmöglich war, den Rechtsschutz zu gewährleisten.“*

Die Motivation sei auch wesentlich, um die Überprüfung auf den sogenannten Leistungsüberschuss (Verhältnismäßigkeit, Anm.) zu ermöglichen. *„In diesem Punkt ließen die kombinierten Bestimmungen der DPCMs und der Protokolle des CTS teilweise nicht einmal eine adäquate Abwägung der auf dem Spiel stehenden verfassungsrechtlichen Interessen erkennen, d.h. eine Abwägung, die auf einer vollständigen Voruntersuchung und einer klaren und eindeutigen Würdigung der Sachlage beruhte“*. Dieser Mangel wurde vom Regionalen Verwaltungsgericht Latium in Bezug auf das Dekret des Ministerpräsidenten vom November 2020 festgestellt: *„Das angefochtene Dekret des Ministerpräsidenten enthält keine Elemente, die darauf schließen lassen, dass die Verwaltung eine angemessene Abwägung zwischen dem Grundrecht auf Gesundheit der Gemeinschaft und allen anderen unverletzlichen Rechten vorgenommen hat“* (Regionales Verwaltungsgericht Latium, Beschluss Nr. 7468/2020).

## 4. Ecuador

Am 21. Dezember 2020 verkündete Ecuadors Präsident *Lenín Moreno* den kompletten Lockdown. Das **ecuadorianische Verfassungsgericht** erklärte diesen am 27. Dezember 2020 für verfassungswidrig: Die Maßnahmen seien „*unverhältnismäßig*“, die aktuelle Lage sei kein „öffentlicher Katastrophenfall“<sup>226</sup>.

Die ecuadorianische Regierung hatte im Dezember als Grund für Ausgangssperren und einen nahezu vollständigen Lockdown des öffentlichen Lebens die Weihnachts- und Neujahrsfeiertage sowie die erstmals in Großbritannien nachgewiesene Mutation des Coronavirus angeführt und am 21. Dezember 2020 den Ausnahmezustand erklärt. Den Bürgern war es danach nur in wenigen Ausnahmefällen erlaubt ihre Wohnungen zu verlassen. Der öffentliche Verkehr kam nahezu zum Erliegen.

Sieben der neun Richter sehen es nun als erwiesen an, dass diese Maßnahmen nicht mit der ecuadorianischen Verfassung in Einklang stehen. Das Gericht kritisierte insbesondere die fehlende räumliche und zeitliche Abgrenzung wie auch die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen.

Der Gerichtshof unterstrich in seinem Urteil die Schwere der COVID-19-Pandemie und deren Auswirkungen auf die in der Verfassung geschützte Rechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dennoch sei die aktuelle Situation nicht als ein öffentlicher Katastrophenfall einzuschätzen, der die Maßnahmen gerechtfertigt hätte, da es an der Unvorhersehbarkeit und Unzeitigkeit fehle.

### Aus der Urteilsbegründung:

*Rz 36*

*Da es ohne Inanspruchnahme des Ausnahmezustands möglich ist, die Bestuhlung, die kommerziellen Aktivitäten, den Fahrzeugverkehr und andere Maßnahmen zur Regelung der Nutzung des öffentlichen und privaten Raums einzuschränken, ist nach Ansicht des Gerichts die Inanspruchnahme dieser Ausnahmefigur für die Verabschiedung solcher Maßnahmen nicht gerechtfertigt. Darüber hinaus kann die Unwirksamkeit der von den nationalen und lokalen Regierungen ergriffenen Maßnahmen zur Kontrolle von Menschenmengen und Massenansammlungen nicht als Grundlage für die Gestaltung des öffentlichen Unglücks dienen.*

---

<sup>226</sup> Corte Constitucional del Ecuador, 27.12.2020, 7-20-EE/20, Gerichtsakt abrufbar unter <http://portal.corteconstitucional.gob.ec:8494/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=7-20-EE/20>, E abrufbar unter "DICTAMEN Y VOTO(S) SALVADO(S)" [http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOicyYzM2ZDg1NC1iZDFjLTRkMWQyYjBkZS0xZGJjYWVmYjc3ZTcucGRmI30=](http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/e2NhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOicyYzM2ZDg1NC1iZDFjLTRkMWQyYjBkZS0xZGJjYWVmYjc3ZTcucGRmI30=)

Rz 40

Abgesehen von diesen scheinbaren Widersprüchen ist daran zu erinnern, dass nach der Definition des Gerichtshofs [...] unter einer öffentlichen Katastrophe jede Katastrophensituation zu verstehen ist, die auf natürliche oder anthropische Ursachen zurückzuführen ist und die, weil sie unvorhersehbar ist oder fortschreitet, schwerwiegende Folgen für die Gesellschaft hervorruft, insbesondere die Verletzung oder Gefährdung der Unversehrtheit des menschlichen Lebens oder der Natur. ...]. **Aus der obigen Definition gehen also zwei wesentliche Elemente hervor, deren Zusammentreffen für die Konfiguration einer öffentlichen Katastrophe erforderlich ist, nämlich (i) das Vorhandensein einer katastrophalen Situation, die auf natürliche oder menschliche Ursachen zurückzuführen ist und die sozialen Bedingungen einer Region oder des gesamten Landes ernsthaft beeinträchtigt; und (ii) dass das Zusammentreffen einer solchen Situation unvorhersehbar oder vorherrschend ist.**

Rz 41

**Das zu untersuchende Dekret zitiert zwar wörtlich dieselbe Definition als eine seiner Grundlagen, unterlässt es aber, auf die Unvorhersehbarkeit oder den überwiegenden Charakter der Ursachen zu verweisen, die die Ausrufung des Ausnahmezustands aufgrund einer öffentlichen Katastrophe rechtfertigen.** Der Gerichtshof ist sich der Schwere der COVID-19-Pandemie und ihrer enormen Auswirkungen u. a. auf die Rechte auf Leben und Gesundheit bewusst. Um eine öffentliche Katastrophe darzustellen, müssen die Ereignisse, die den Ausnahmezustand rechtfertigen, jedoch nicht nur schwerwiegend, sondern auch unvorhersehbar und unzeitgemäß sein. **Die Folgen dieser Pandemie, auf die im gesamten Dekret Nr. 1217 Bezug genommen wird, stellen keine unvorhersehbare Situation mehr dar, die eine öffentliche Katastrophe auslösen könnte, die die Ausrufung des Notstands erfordert. Im Gegenteil, ihre Vorhersehbarkeit erfordert, dass die Regierung in der Lage ist, diese Situation durch die Maßnahmen des ordentlichen Rechtssystems zu bewältigen.**

Rz 42

Wie in Absatz 26 oben erwähnt, warnte das Gericht in seinem Urteil Nr. 5-20-EE/20, dass **"es keine neue Erklärung zu denselben Tatsachen zulassen wird, die bei zwei früheren Gelegenheiten mit ihren jeweiligen Verlängerungen eine öffentliche Notlage dargestellt haben"**. Nach Ansicht des Gerichts stellen die Zunahme der Ansteckung und die mögliche Gefahr eines Überlaufens des öffentlichen Gesundheitswesens keine anderen Ursachen dar als die, die zur Rechtfertigung des Ausnahmezustands bei zwei verschiedenen Gelegenheiten, jeweils für neunzig Tage, angeführt wurden. **Folglich kann das Gericht eine neue Erklärung, die sich auf denselben Sachverhalt stützt, nicht zulassen.**



***Grundrechte in einer Weise regelt, die den Erfordernissen der Pandemie angemessen ist“, in der Erwägung, dass „der dringende Übergang zur institutionellen Normalität zwingend impliziert, dass die Dauer des Ausnahmezustands nicht auf unbestimmte Zeit durch Dekrete verlängert werden kann, die den Zustand oder die Ausnahme verlängern oder neue deklarieren“;***

dies insb. zum Vorbringen in **G. II. 1. lit f.**

## 5. BRD

Das **Amtsgericht Weimar**<sup>228</sup> hält in seiner Entscheidung vom 11. Jänner 2021 das allgemeine Kontaktverbot in der Thüringer Corona-Verordnung vom vergangenen Frühjahr für verfassungswidrig. Das hat das Gericht im Rahmen eines Bußgeldverfahrens entschieden. Hintergrund ist, dass Ende April des vergangenen Jahres ein Mann zusammen mit sieben weiteren Personen im Hof eines Wohnhauses in Weimar Geburtstag gefeiert hatte. Nach der kurz zuvor beschlossenen Verordnung war der gemeinsame Aufenthalt nur mit höchstens einer haushaltsfremden Person erlaubt.

Die Stadt verhängte sechs Monate später einen Bußgeldbescheid gegen den Mann. Laut dem Amtsgericht war das aber verfassungswidrig, da **in der Verordnung des Landes eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage fehle**. Zum anderen **verletze das Kontaktverbot die in Artikel 1 des Grundgesetzes garantierte Menschenwürde**. Ein solches Kontaktverbot sei **nur** mit der Menschenwürde **vereinbar, wenn es einen Notstand gebe, bei dem das Gesundheitssystem drohe zusammenzubrechen**. Eine derartige Gefahr sah das AG Weimar jedoch nicht.

Das Gericht spricht von „*Schreckensszenarien*“, die die Entscheidung über den Lockdown „*maßgeblich beeinflusst*“ hätten. Diese Szenarien hätten auf „*falschen Annahmen zur Letalität des Virus (...) und zur Frage einer bereits vorhandenen bzw. fehlenden Grundimmunität gegen das Virus in der Bevölkerung*“ beruht. Daher habe keine Situation bestanden, die ohne einschneidende Maßnahmen zu „*unvertretbaren Schutzlücken*“ geführt hätte.

Das Amtsgericht erklärt sogar, dass der Lockdown ab dem 23. März 2020 „*keinen messbaren Effekt hatte*“. Auch der zweite, im November 2020 beschlossene Lockdown habe wieder bewiesen, „*dass sich mit Lockdowns das Infektionsgeschehen und insbesondere die Zahl*

---

<sup>228</sup> AG Weimar, Urteil vom 11.01.2021 - 6 OWi - 523 Js 202518/20, <https://openjur.de/u/2316798.html>

der tödlich verlaufenden Fälle nicht signifikant beeinflussen lässt“. Das Gericht beanstandete zudem, dass die Folgekosten der Lockdowns größer seien als deren Nutzen.

**Intensiv geht das Gericht zugleich auf die inzwischen immer massiver zutage tretenden Kollateralschäden der Lockdown-Entscheidungen ein:**

1. Gewinneinbußen/Verluste von Unternehmen/Handwerkern/Freiberuflern, die unmittelbare Folgen der an sie adressierten Freiheitseinschränkungen sind
2. Gewinneinbußen/Verluste von Unternehmen/Handwerkern/Freiberuflern, die mittelbare Folgen der Lockdown-Maßnahmen sind (z.B. Gewinneinbußen von Zulieferern von unmittelbar betroffenen Unternehmen; Gewinneinbußen, die aus der Unterbrechung von Lieferketten resultieren und z.B. zu Produktionsausfällen führten; Gewinneinbußen, die aus Reisebeschränkungen resultierten)
3. Lohn- und Gehaltseinbußen durch Kurzarbeit oder Arbeitslosigkeit
4. Insolvenzen/Existenzvernichtungen
5. Folgekosten von Insolvenzen/Existenzvernichtungen

Die Datenbasis der Analyse entstammt einem Gutachten von *Prof. Dr. Murswiek*<sup>229</sup>. Dieser kritisierte im Sommer, dass der Lockdown des März 2020 nur in Teilen verfassungskonform war. Auch generelle Versammlungsverbote seien mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Die Bundesregierung habe aber vor allem auch ohne nachvollziehbare Faktenlage entschieden und keine Kosten-Nutzen-Analyse vorgelegt.

**Als weitere Folgen listet und belegt das Gericht:**

1. die Zunahme häuslicher Gewalt gegen Kinder und Frauen
2. Zunahme von Depressionen infolge sozialer Isolation/angst-Psychosen/Angst-Störungen infolge Corona
3. Angst und andere psychische Störungen/nervliche Überlastung wegen familiärer/persönlicher/beruflicher Probleme infolge des Lockdowns
4. Zunahme von Suiziden, beispielsweise infolge von Arbeitslosigkeit oder Insolvenz
5. gesundheitliche Beeinträchtigungen infolge von Bewegungsmangel
6. Unterlassung von Operationen und stationären Behandlungen, weil Krankenhausbetten für Coronapatienten reserviert wurden, Unterlassung von Operationen, stationären Behandlungen, Arztbesuchen, weil Patienten Infizierung mit Covid-19 befürchten.

---

<sup>229</sup> *Murswiek*, Verfassungsrechtliche Probleme der Corona-Bekämpfung. Stellungnahme für die Enquete-Kommission 17/2 „Corona-Pandemie“ des Landtags Rheinland-Pfalz, S. 24, S.33, <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/2-12-17.pdf>

## Das Urteil schließt mit folgender programmatischer Feststellung:

**„Nach dem Gesagten kann kein Zweifel daran bestehen, dass allein die Zahl der Todesfälle, die auf die Maßnahmen der Lockdown-Politik zurückzuführen sind, die Zahl der durch den Lockdown verhinderten Todesfälle um ein Vielfaches übersteigt. Schon aus diesem Grund genügen die hier zu beurteilenden Normen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgebot. Hinzu kommen die unmittelbaren und mittelbaren Freiheitseinschränkungen, die gigantischen finanziellen Schäden, die immensen gesundheitlichen und die ideellen Schäden. Das Wort „unverhältnismäßig“ ist dabei zu farblos, um die Dimensionen des Geschehens auch nur anzudeuten. Bei der von der Landesregierung im Frühjahr (und jetzt erneut) verfolgten Politik des Lockdowns, deren wesentlicher Bestandteil das allgemeine Kontaktverbot war (und ist), handelt es sich um eine katastrophale politische Fehlentscheidung mit dramatischen Konsequenzen für nahezu alle Lebensbereiche der Menschen, für die Gesellschaft, für den Staat und für die Länder des Globalen Südens [da diese von der Exportleistung der BRD wirtschaftlich abhängen, Anm.]“**

dies insb. zum Vorbringen in **G. II. 2.**

## Die Antwort ließ nicht lange auf sich warten:

*„Die Staatsanwaltschaft habe beim Amtsgericht den Antrag auf Zulassung einer Rechtsbeschwerde eingereicht, sagte der Sprecher der Behörde, Hannes Grünseisen, am Freitag in Erfurt der Deutschen Presse-Agentur. Die Staatsanwaltschaft wolle erreichen, dass das Urteil des Amtsgerichts mit den ihm zugrunde liegenden Feststellungen aufgehoben werde. Die Sache solle zu einer neuen Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Richter zurückverwiesen werden.“<sup>230</sup>*

Dabei ist in Erinnerung zu rufen, dass auf Ebene der EU-Gerichtsbarkeit die deutsche Staatsanwaltschaft als zu sehr der Politik unterworfen erachtet wird. Der Generalanwalt am EuGH hält die deutsche Staatsanwaltschaft für nicht unabhängig genug, um einen europäischen Haftbefehl auszustellen<sup>231</sup>.

Wenn der Generalanwalt in diesem Zusammenhang beim Europäischen Gerichtshof (EuGH) gleich zu Beginn seiner Schlussanträge schreibt, dass er auf eine „geeignete Gele-

<sup>230</sup> MDR Thüringen, 22.01.2021, <https://www.mdr.de/thueringen/mitte-west-thueringen/weimar/corona-urteil-kontaktbeschraenkung-weimar-100.htm>

<sup>231</sup> EuGH 27.05.2019, C-508/18 - OG (Parquet de Lübeck), <http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=de&num=C-508/18>

genheit gewartet“ und die sich nun ergeben habe, um allgemeine Aussagen zur Legitimation der Staatsanwaltschaften in den Mitgliedsstaaten zu treffen, dann lässt diese Aussage bereits ahnen: Es könnte wichtig werden. Am Ende der 23 Seiten Schlussanträge steht die Einschätzung von Generalanwalt Manuel Campos Sánchez-Bordona, dass die **Staatsanwaltschaft in Deutschland nicht unabhängig genug sei, um einen europäischen Haftbefehl zu erlassen** (C-508/18 u.a.).

## 6. Niederlande

Die (nächtliche) Ausgangsbeschränkung in den Niederlanden ist mit dem Beschluss der Rechtbank Den Haag („Bezirksgericht“) vom 16. Februar 2021<sup>232</sup> ungesetzlich, da keine diesen Schritt rechtfertigende Notlage bestehe. In einem Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Verfügung, fand das angerufene Gericht klare Worte:

„[...]

2.4.

*In den Erläuterungen zur vorläufigen Verordnung heißt es unter anderem, dass die Einführung der Ausgangssperre darauf abzielt, eine Störung des sozialen Lebens und der Sicherheit zu verhindern, die bereits unter dem Druck der Pandemie stehen, und zwar aus der Perspektive der drei Säulen, auf die sich die Regierungspolitik zur Bekämpfung der Epidemie stützt. **Diese drei Säulen sind (i) eine akzeptable Belastung des Gesundheitswesens durch das Virus, (ii) der Schutz gefährdeter Mitglieder der Gesellschaft und (iii) die Fähigkeit, die Verbreitung des Virus zu verfolgen und zu verstehen.** In der Begründung heißt es weiter, dass dies notwendig ist, weil die Zahl der Infektionen nach wie vor unerwünscht hoch ist, eine gefährdete epidemiologische Situation besteht und die Erfahrungen im Vereinigten Königreich und in Irland zeigen, dass ohne zusätzliche verpflichtende Maßnahmen die Gefahr besteht, dass die Belastung im Pflegesektor inakzeptabel wird, mit weitreichenden Folgen für das soziale Leben und die gefährdeten Menschen in der Gesellschaft. Diese Folgen sind so groß, dass sie die Sicherheit und die öffentliche Ordnung in unzumutbarer Weise belasten. Gleichzeitig wird dadurch die gezielte Bekämpfung der Pandemie gefährdet, was wiederum die Sicherheitsrisiken erhöht, heißt es in der Begründung.*

[...]

**Proportionalität und Subsidiarität**

---

<sup>232</sup> Rechtbank Den Haag 16.02.2021, C/09/607056 / KG ZA 21-118, ECLI:NL:RBDHA:2021:1100, <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBDHA:2021:1100>

#### 4.11.

Abgesehen von der Diskussion über den vom Staat gewählten Weg über den Wbbbg, sind die Parteien grundsätzlich unterschiedlicher Meinung über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer Ausgangssperre. Nach Ansicht des Staates ist die Ausgangssperre unter den gegebenen Umständen tatsächlich unvermeidbar. Viruswaar et al. sind anderer Meinung und halten die Ausgangssperre für eine unnötige, vor allem aber unzumutbar harte Maßnahme.

Der Ausgangspunkt bleibt, dass der Staat einen großen politischen Spielraum bei der Wahl der Maßnahmen hat, die er zur Bekämpfung der Pandemie ergreifen will (solange dies auf einem akzeptablen Weg geschieht). **Es ist jedoch wichtig, dass der Staat gute Gründe angibt, warum eine bestimmte Maßnahme unvermeidlich ist. Das Gericht ist im vorläufigen Rechtsschutzverfahren der Auffassung, dass zumindest erhebliche Zweifel an der sachlichen Begründung der Notwendigkeit der Ausgangssperre durch den Staat bestehen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass die Pandemie nun schon fast ein Jahr andauert und dass man erkannt hat, dass der Druck auf das Gesundheitssystem derzeit geringer ist als zuvor.** Selbst bei maximaler Auslastung des Gesundheitswesens wurde eine Ausgangssperre nicht für notwendig erachtet. **Der Staat wies insbesondere darauf hin, dass das Auftreten von Mutationen des Virus, die anscheinend ansteckender sind als das ursprüngliche Virus, derzeit großen Anlass zur Sorge gibt. Die Frage ist, ob dies allein für die Einführung einer weitreichenden Maßnahme wie der Ausgangssperre ausreicht. Abgesehen davon, dass die Informationen darüber, inwieweit die Mutationen ansteckender sind als das ursprüngliche Virus, inzwischen offenbar herabgestuft wurden, ist es im Moment nicht sicher, dass die Mutationen zu einer unhaltbaren Situation führen werden.** Das bedeutet nicht, dass sich die Regierung nicht auf neue Entwicklungen vorbereiten sollte, aber bevor eine weitreichende Einschränkung wie eine Ausgangssperre eingeführt wird, muss klar sein, dass keine anderen, weniger weitreichenden Maßnahmen zur Verfügung stehen und dass die Einführung der Ausgangssperre tatsächlich einen wesentlichen Effekt haben wird.

#### 4.13.

In diesem Zusammenhang haben Viruswaar et al. auch argumentiert, dass es nicht klar ist, warum nicht beschlossen wurde, **sich mit weiteren Informationen für die Bürger und einem dringenden Ratschlag, abends in den Häusern zu bleiben, im Hinblick auf neue Mutationen zu begnügen und zu beobachten, wie sich dies auswirken würde. Dies ist eine berechtigte Frage, da hierdurch möglicherweise deutlich wird, ob ein Sperrstundenhinweis auf freiwilliger Basis ordnungsgemäß befolgt wird und welche Auswirkungen dies tatsächlich hat.**

*Das Gericht im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes hat in diesem Zusammenhang festgestellt, dass das OMT [Outbreak Management Team, „Krisenstab“, Anm.] behauptet, keine Beweise dafür zu haben, dass die Ausgangssperre wesentlich zur Reduzierung des Virus beiträgt. [...]*

4.14.

*Darüber hinaus ist es eine erwiesene Tatsache, dass gleichzeitig mit der Verhängung der Ausgangssperre der dringende Rat erteilt wurde, nicht mehr als eine Person pro Tag zu Hause zu empfangen. **Wie aus den vom Staat vorgelegten Schaubildern hervorgeht, hat der OMT bei seiner Prognose der Auswirkungen von Maßnahmen nicht zwischen der Ausgangssperre einerseits und der Ein-Personen-Besuchsregelung andererseits unterschieden.** Die Prognose geht von einem Anstieg der Infektionen um ca. 10 % aus, wenn die Ausgangssperre und gleichzeitig die Ein-Personen-Besuchsregelung abgeschafft würden. Dies verzerrt das Bild über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Ausgangssperre erheblich und macht die Behauptung des Staates, eine Ausgangssperre sei unumgänglich, zumindest fragwürdig und auch nicht sehr überzeugend begründet. [...]*

Man mag mit der Motivation der hier dargestellten internationalen Entscheidungen einverstanden sein oder nicht, aber sie können nicht mit einem Achselzucken abgetan werden: Die Methoden, die gewählt wurden, um über die starke Einschränkung der verfassungsgesetzlich gewährleisteten Freiheiten zu entscheiden, wie auch die verfügbaren Maßnahmen, sind in jeglicher Hinsicht mit jenen in Österreich vergleichbar. Sie verdienen eine gründliche Reflexion; auch in der Perspektive, um zu vermeiden, dass das, was jetzt als vorübergehend und ausnahmsweise eingeführt, endgültig und gewöhnlich wird.

Fortsetzung folgt.