

Rechtsanwalt Stawrew • [REDACTED]

Sächsisches Obergerverwaltungsgericht
Nur per beA

Berlin, den 19.01.2026

In dem Normenkontrollverfahren
Julia Neigel ./ Freistaat Sachsen
Az. 3 C 90/21

wird zur Begründetheit des Antrags ergänzend wie folgt vorgetragen:

Inhalt

A. Eingriff in den Kernbereich der Grundrechte	2
B. Keine Rechtfertigung der Eingriffe	2
I. Mangelnde Geeignetheit	3
II. Mangelnde Erforderlichkeit	11
1. Wirksames Hygienekonzept als milderer Mittel	12
a. Aussagen von Experten	13
b. Studienlage	24
c. Daten von Ländern, die das Konzept umgesetzt haben	29
2. Weitere Einschränkungen der Erforderlichkeit	39
a. Nachrangige Inanspruchnahme von Nichtstörern	39
b. Ausbau und Sicherung der Krankenhauskapazitäten	40
c. Medizinische und therapeutische Alternativen	40
3. Prüfungsumfang der Gerichte und Einschätzungsspielraum	60
III. Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne (Angemessenheit)	64
1. Grundsatz	64
2. Fehlende Daten zu abwägungserheblichen Sachverhalten und offene Fragen	65
a. Fehlende Transparenz bezüglich Studien der Hersteller	65
b. Unzureichende Prüfung der Sicherheit der Impfstoffe	66
c. Fehlende Untersuchung in Bezug auf Auswirkungen auf Immunsystem	72
d. Fehlende Studien und öffentliche Falschbehauptungen zu Biodistribution	75
e. Unzureichende Untersuchungen der impfbedingten Sterblichkeit	78
f. Nicht erfragte / ungeklärte Nebenwirkungen	80
g. Unzureichendes Vertrauen in die eigenen Produkte / Haftungsfreistellungen der Hersteller	81
3. Folgen daraus für die Verhältnismäßigkeitsprüfung	85
4. Kausalität durch Dose-Response-Beziehung	86
C, Verletzung des Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG)	88

Einleitend ist klarzustellen, dass soweit Vortrag hier erfolgt, der in Widerspruch zum Vortrag von Prof. Dr. Martin Schwab in seinem Schriftsatz vom 13.01.2026 steht, der vorliegende Vortrag hilfsweise erfolgt, mithin für den Fall, dass das Gericht dem Vortrag des Prof. Dr. Schwab insoweit nicht folgen sollte.

Dies vorausgeschickt ist folgendes auszuführen:

Die Einführung der sogenannten 2G-Regelung (Zugang nur für Geimpfte und Genesene) durch die angegriffene Corona-Schutzverordnung war rechtswidrig, da sie die verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Geeignetheit, Erforderlichkeit und die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne verletzte.

A. Eingriff in den Kernbereich der Grundrechte

Die 2G-Regel stellt einen Eingriff in die Schutzbereiche mehrerer Grundrechte dar, insbesondere: die allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG), die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie – durch den erzeugten Impfdruck – in das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) und das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht.

Indem der Staat die „Wiedererlangung“ elementarer Freiheiten und Grundrechte für bis dahin nicht an SARS-CoV-2 erkrankte an den Nachweis einer Impfung knüpft, macht er den Bürger zum Objekt einer staatlichen Kollektivprävention, was zudem die Menschenwürdegarantie des Art. 1 Abs. 1 GG tangiert.

Eingegriffen wurde ferner in das Recht der Bürger aus Art. 1 GG i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip, Art. 20 Abs. 1 GG, auf völkerrechtlichen kulturellen Teilhabe des Art. 15 ICESCR und des kulturellen Rechtsschutzes aus dem UN-Sozialpakt 1. (siehe BVerfG, Urteil vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 2. Leitsatz, sowie Rn. 48, 86 sowie BVerfGE 125, 175).

B. Keine Rechtfertigung der Eingriffe

Diese Eingriffe waren nicht gerechtfertigt; sie waren weder geeignet, noch erforderlich, und auch nicht verhältnismäßig.

Hierzu im Einzelnen:

I. Mangelnde Geeignetheit

Das Land Sachsen begründet die streitgegenständliche Verordnung mit folgenden tragenden Erwägungen:

Ausschlaggebend für Schutzmaßnahmen bleibt weiterhin die Belastung des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser mit COVID-19-Patienten.

...

Ausschlaggebend für Schutzmaßnahmen bleibt weiterhin die Belastung des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser mit COVID-19-Patienten.

...

Der in den letzten Wochen speziell in Sachsen zu verzeichnende dramatische Anstieg der Neuinfektionen war ebenso verbunden mit einem Besorgnis erregenden Anstieg der Auslastung der Behandlungskapazitäten in den sächsischen Krankenhäusern.

...

Wegen des weiteren Anstiegs der Neuinfektionen und der Auslastung der sächsischen Krankenhäuser droht ebenso der Eintritt der sogenannten Überlastungsstufe. Nach derzeitigen Prognosen ist damit ab Mitte November 2021 zu rechnen. Mit Rücksicht auf das äußerst dynamische Infektionsgeschehen sollen deshalb mit dieser Verordnung die bereits eingeführten Schutzmaßnahmen nicht nur verlängert, sondern bis zum Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite auf das dringende Anraten von Medizinern weiter verschärft werden. Vorgesehen sind im Einzelnen:

...

Die Maßnahmen sind aufgrund der epidemiologischen Lage dringend erforderlich, um eine Überlastung des Gesundheitswesens zu vermeiden. Aktuell ist die Zahl der Patienten höher als im Vorjahr. Die Kliniken sind jedoch nicht so belastbar wie 2020. Der Grund dafür liegt unter anderem im fehlenden Personal infolge der Abwanderung von Pflegekräften nach der dritten Welle bedingt durch Erschöpfung und psychische Belastung. Aber auch weitere Belastungen wie das Auftreten des RS-Virus und die Zunahme von Grippefällen gilt es zu berücksichtigen.

Ziel der 2G-Regelung war es mithin, dass Infektionsgeschehen zu reduzieren und den Inzidenzanstieg zu verringern, um dadurch insbesondere eine (befürchtete) Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden.

Ob eine derartige Überlastung des Gesundheitssystems tatsächlich hätte eintreten können, soll hier nicht weiter erörtert werden, denn diesbezüglich wird sich der Kollege Prof. Dr. Martin Schwab ausführlich äußern.

Hier soll allein der Frage nachgegangen werden, ob die vom Land Sachsen angeordneten 2G-Maßnahmen tatsächlich geeignet waren, das Ziel – nämlich Verringerung der Inzidenzen – zu erreichen bzw. dazu beizutragen.

Sehr selten scheitern staatliche Maßnahmen bereits an der Hürde der Geeignetheit – doch hier scheint dies tatsächlich der Fall zu sein.

Nach dem damals ausgerufenen Motto: „Man folge der Wissenschaft (Follow the Science)“ sollten wir uns an dieser Stelle nochmals in Erinnerung rufen, was „die Wissenschaft“, hier in Gestalt der von Politik und Medien präsentierten und allseits bekannten Prof. Drosten, Streeck, Jonas Schmidt-Chanasit, Kekulé u.a., dazu zu sagen hatten.

Prof. Drosten sprach sich im November 2021 ausdrücklich gegen 2G aus. Nachzulesen auf <https://www.n-tv.de/politik/Drosten-2G-schuetzt-Ungeimpfte-kaum-article22932163.html> ist dabei folgendes:

Auch durch 2G - also den Zutritt nur noch für Geimpfte und Genesene - sind diese Menschen Drosten zufolge kaum geschützt, weil sie das Virus im Privatbereich "nach Hause getragen bekommen", unter anderem von Kindern aus der Schule. Der Virologe der Berliner Charité sprach sich daher für eine "zusätzliche Schutzschicht" für ungeimpfte Gruppen aus, die sich im Privaten infizieren können. Dies betreffe etwa die "Freiheit, sich zu treffen".

Dass diese Aussage nur dem Unterzeichner aufgefallen wären, während sie von der Politik weitgehend unbemerkt geblieben sei, kann nicht angenommen werden, denn in diesem Artikel heißt es ferner:

*Weder 3G- noch 2G-Regeln könnten verhindern, dass sich Ungeimpfte mit Corona anstecken, **warnt Virologe Christian Drosten die Abgeordneten im Bundestag**. Diese Gruppe sei vor allem "im Privatleben" unterwegs - dort muss laut Drosten die Politik ansetzen.*

Der Bonner Virologe Hendrik Streeck hat sich **gegen 2G-Begrenzungen** ausgesprochen, wonach nur noch Geimpfte und Genesene bestimmte Angebote nutzen zu lassen. In einem Interview mit der "Neuen Osnabrücker Zeitung" sagte Streeck, Getestete auszuschließen "ist weder sozial noch medizinisch sinnvoll. 2G mag in der Theorie einen Effekt haben. Es wird aber in der Realität nicht bewirken, was man auf dem Rechenschieber sehen mag."

Ferner führte er aus (nachzulesen unter <https://www.presseportal.de/pm/58964/5009211>):

"Es ist doch nicht so, dass Menschen, die nicht geimpft oder genesen sind, nur noch frustriert alleine zu Hause sitzen und kein soziales Leben mehr haben", fügte der Mediziner hinzu. "Wir würden lediglich mehr unkontrollierte und unkontrollierbare Ausbrüche im privaten Bereich haben, die dann auch nicht getestet werden."

Abgesehen davon kritisierte der Virologe, dass die 2G-Regel suggeriere, "dass von einem Getesteten ein höheres Risiko ausgehen würde als von einem Geimpften oder Genesenen". Wissenschaftlich sei das jedoch nicht belegt. Stattdessen drehte Streeck den Spieß um: "Man könnte auch anders herum argumentieren, dass ein Getesteter wahrscheinlich eine niedrigere Wahrscheinlichkeit hat, das Virus weiterzugeben als ein Geimpfter."

(Quelle: <https://www.rnd.de/politik/markus-lanz-virologe-hendrik-streeck-kritisiert-2g-regel-indirekte-impfpflicht-FC6U7WIMOBao7CQeJC7BYP4QGA.html>)

Der Virologe Jonas Schmidt-Chanasit sagte öffentlich (<https://www.berliner-zeitung.de/news/virologe-streeck-2g-regel-in-deutschland-waere-gefaehrlich-li.193314>) :

Virologe Schmidt-Chanasit: 2G-Regel vermittelt „Scheinsicherheit“

Unterdessen hat der Virologe Jonas Schmidt-Chanasit davor gewarnt, die Wirkung von 2G-Regeln zu überschätzen. 2G gebe eine „Scheinsicherheit“, sagte Schmidt-Chanasit am Samstag im Deutschlandfunk. Auch Geimpfte könnten sich infizieren und das Virus übertragen, auch wenn die Wahrscheinlichkeit geringer sei.

Der Virologe Prof. Kekulé warnte in der Sendung „Markus Lanz“ vom 02. September 2021, abrufbar unter https://youtu.be/ea5wd-cl8WY?si=bNPcbLdrL-q_Dr9A&t=395 vor unsichtbarer Corona-Welle und führt u.a. aus:

*Letztlich ist es so: Wir haben ja diese Geimpften, die sich sicher fühlen, weil sie gesund sind und auch nicht schwer krank werden. Dadurch wird ihr Verhalten riskanter. Es gibt jetzt das sogenannte „2G-Modell“ in Hamburg – **wovon ich überhaupt nichts halte, aus verschiedenen Gründen.***

An anderer Stelle (<https://www.rnd.de/medien/virologe-alexander-kekule-2g-ist-teil-des-problems-nicht-der-loesung-NKM5CJZDQJD3FEVFUCECRREXAA.html>) heißt es von Prof. Kekulé dazu:

3G, 2G, 2G+, Impfpflicht - in der Debatte um die vierte Corona-Welle stehen derzeit zahlreiche neue Regeln und Einschränkungen im Raum. Doch nicht alle Maßnahmen seien im Kampf gegen das Virus auch tatsächlich sinnvoll, wie der Virologe Alexander Kekulé am Montagabend im Interview mit dem Nachrichtensender n-tv erklärte.

*Ein Konzept halte er dabei sogar für gefährlich: **Das 2G-Modell sei „Teil des Problems und nicht Teil der Lösung“, bekräftigte Kekulé.** „Die Menschen, die geimpft oder genesen sind, glauben, sie wären sicher.“ Da sich jedoch auch Geimpfte und Genesene mit dem Virus infizieren können, müsse man sogar von einer „unsichtbaren Welle“ sprechen.*

Auch Prof. Detlev Krüger, bis 2016 Chef-Virologe der Berliner Charité, sprach sich öffentlich gegen 2G aus (<https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/ex-charit-chefvirologe-krueger-2g-ist-nicht-sicherer-aber-unfreier-78186550.bild.html>) :

„Die Hoffnung dieser Politiker ist es sicherlich, durch ‚2G‘ die Ausbreitung des Virus stärker kontrollieren zu können. Aber so einfach ist das nicht, weil sich immer mehr herausstellt, dass auch vollständig geimpfte Personen das Virus weitergeben können. Wir erreichen durch die Impfung keine sterile Immunität. Es ist, wie Hendrik Streeck es formuliert hat: Die Impfung ist vor allem Eigenschutz, nicht Fremdschutz. Insofern bezweifle ich, dass die 2G-Regelung eine Verbesserung zu 3G darstellt. Im Endeffekt bedeutet 2G nur mehr Unfreiheit, ohne mehr Sicherheit zu bieten. Deshalb hat auch das Testen weiterhin Bedeutung.“

Der Experte für mathematische Epidemiologie an der Universität Heidelberg Jan Fuhrmann teilte öffentlich mit <https://www.forschung-und-lehre.de/zeitfragen/was-wissenschaftler-nun-zur-pandemie-raten-4164>

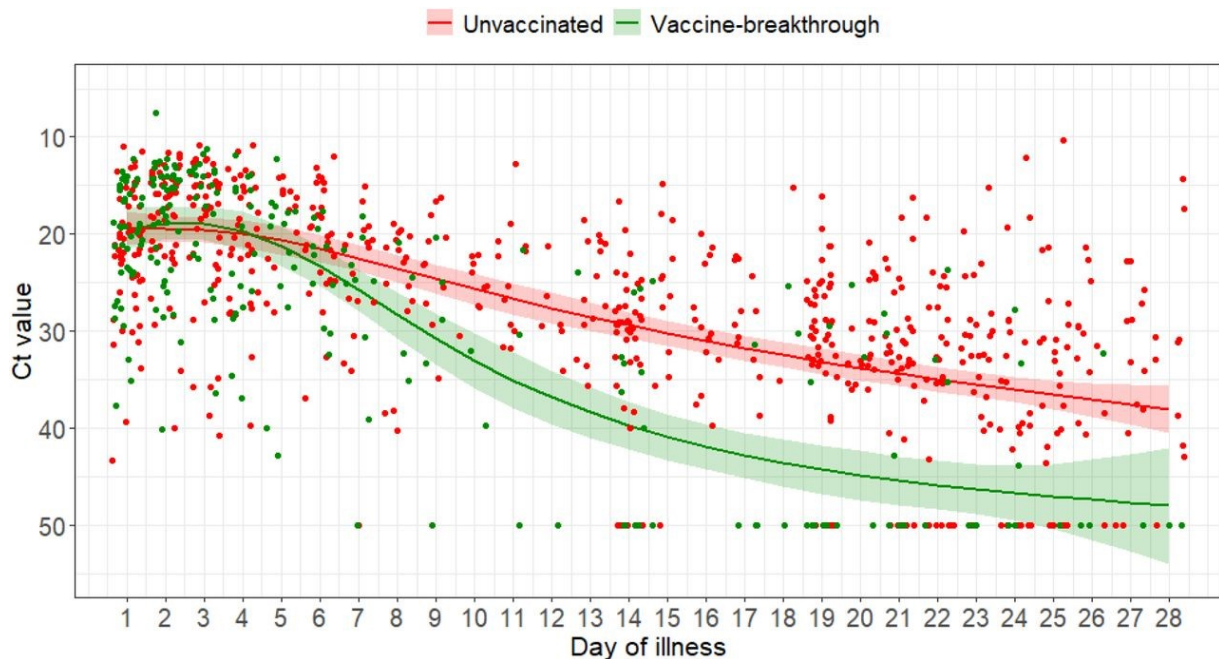
Reine 2G-Regeln etwa beim Einlass in Restaurants sind auch aus Fuhrmanns Sicht nicht die Lösung, wenn es um die reine Eindämmung der Infektionsausbreitung geht – solange sie nicht durch eine zusätzliche Testpflicht auch für Geimpfte und Genesene begleitet werden. "Was 2G bewirkt, ist ein zusätzlicher Impfanreiz und die Verringerung des Risikos, dass jemand der Anwesenden einen schweren Verlauf erleidet, falls doch Infizierte anwesend sind und Ansteckungen stattfinden."

Es bestand also unter den Wissenschaftlern die Auffassung, dass 2G gerade nicht geeignet ist, das Infektionsgeschehen zu reduzieren, da sich die Kontakte dann eher in den privaten Bereich verlagern, wo typischerweise keine Tests ausgeführt werden und das Infektionsgeschehen unkontrolliert bleibt, und zudem auch Geimpfte – sofern sie nicht getestet und bei Ansteckung in Quarantäne verbracht werden – das Infektionsgeschehen ihrerseits befeuert werden.

Das Portal Geo hatte mehrere Studien zu der Problematik vorgestellt und dabei auch die Studie aus Singapur erwähnt (<https://www.geo.de/wissen/gesundheit/corona--wie-ansteckend-sind-geimpfte--30947868.html>)

Die damals auch vom RKI angeführte Studie aus Singapur, wonach Geimpfte weniger ansteckend seien, abrufbar hier: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.28.21261295v1.full.pdf> und hier [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X\(21\)00638-8/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(21)00638-8/fulltext) insoweit aufhorchen lassen müssen.

Dort wurde die Entwicklung der Viruslast bei Geimpften und bei Ungeimpften wie folgt festgestellt:



Die Abbildung zeigt, dass sich die Viruslast bei Geimpften tatsächlich verringert – allerdings **erst nach dem 5. Tag!**

Bis zum 5. Tag sind Ungeimpfte und Geimpfte mit gleich hoher Viruslast, und das heißt: sie sind gleichermaßen ansteckend.

Die Studie stellt ferner fest, dass die Ungeimpften dabei weniger symptomatisch oder gar asymptomatisch sind – trotz gleich hoher Viruslast in den ersten fünf Tagen.

In dem Abschnitt „Discussion“ wird nämlich ausgeführt:

*Vaccination was associated with lower peak measures of systemic inflammation, **fewer symptoms, including more asymptomatic infection, and better clinical outcomes.***

Das bedeutet also: ein erheblicher Teil der Bevölkerung, nämlich die Geimpften, haben ganze fünf Tage lang eine ebenso hohe Viruslast wie Ungeimpfte. Man beachte, dass die Studie *nicht* zum Ziel hatte, einen möglichen *Fremdschutz* der COVID-Injektionen zu beweisen, sondern lediglich auf die Erforschung des *Eigenschutzes* abzielte. Sofern in der Studie also von asymptomatischer *Infektion* die Rede ist, bedeutet dies noch keine asymptomatische *Infektiosität*. Letztere wird in der hier zitierten Studie noch nicht einmal behauptet. Zur Frage der asymptomatischen *Ansteckung* verweise ich auf die Ausführungen von Prof. Dr. Martin Schwab in

seinem Schriftsatz vom 13.01.2026. Wollte man aber tatsächlich davon ausgehen, dass auch asymptomatische Ansteckungen möglich waren und stattfanden, so müsste man aus der hier zitierten Studie aus Singapur folgern, dass Geimpfte im Hinblick auf das Infektionsgeschehen sogar noch gefährlicher waren, da sie – wegen ihrer Asymptomatik – keinerlei Gefahrenbewusstsein dafür hatten, dass sie für andere ansteckend sein könnten.

Sie wurden – im Gegensatz zu den Geimpften – auch nicht getestet und fielen daher (ganz unabhängig, wie man die Tests als Diagnoseinstrument bewertet; siehe auch dazu die Ausführungen im Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab vom 13.01.2026) nicht auf.

Während also ein Ungeimpfter in den ersten fünf Tagen normalerweise spürbare Symptome entwickelt und seine Kontakte einschränkt, oder aber bei einem Test auffällt, würde ein Geimpfter in diesen ersten fünf Tagen - trotz gleicher Viruslast - weniger wahrscheinlich auffallen, da er möglicherweise – unterstellt, asymptomatische Ansteckungen seien möglich – asymptomatisch, aber zugleich (unerkannt) ansteckend ist, und damit gar keine Veranlassung hat, seine Kontakte zu beschränken, und zudem nicht getestet wird.

Es liegt auf der Hand, dass unter diesen Bedingungen die Geimpften mindestens ebenso, wenn nicht sogar noch mehr zur Befeuerung des Infektionsgeschehens beigetragen haben, wie die Ungeimpften und daher 2G kein geeignetes Mittel war, das Infektionsgeschehen zu reduzieren.

Davor hatte auch der Virologe Kekulé gewarnt, indem er ausführte (https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/focus-online-kolumne-von-alexander-kekule-2g-regel-ist-unsinn-weil-sie-auf-vollkommen-falscher-rki-behauptung-beruht_id_20910598.html):

„Hinzukommt, dass sich Geimpfte und Genesene im Vertrauen auf ihren vermeintlich sicheren Impfschutz eher unvorsichtig verhalten. Wenn sie sich dann anstecken, vermuten sie häufig keine Corona-Infektion, isolieren sich nicht und lassen sich auch nicht testen.“

Während die häufig proklamierte "Welle der Ungeimpften" anhand der Tests und Krankenhauseinweisungen sichtbar und berechenbar ist, rauscht die Welle der Geimpften wie ein Tarnkappen-Bomber durch die Bevölkerung.

Die Vorstellung des RKI, dass dies für die Epidemie unbedeutend wäre, ist eine Illusion: Außerhalb der 2G-Gaststätten treffen geimpfte Infizierte natürlich

ständig mit Ungeimpften zusammen. Das 2G-Modell schützt deshalb Ungeimpfte nicht, sondern setzt sie, im Gegenteil, durch steigende Inzidenzen einem höheren Infektionsrisiko aus. Wenn sich das Virus dann massiv unter Kindern und Jugendlichen ausbreitet, sind Schulschließungen vorprogrammiert. Für die große Freiheit der Großen zahlen am Ende die Kleinen.“

Weder die Studienlage, noch die Expertenmeinungen rechtfertigten daher die Einführung von 2G im November 2021 und ließen diese als geeignet erscheinen, das Infektionsgeschehen – wie vom Ordnungsgeber beabsichtigt – tatsächlich zu reduzieren.

Vielmehr hat die Politik hier – **entgegen** der Expertenmeinung und der Studienlage – aus nicht nachvollziehbaren Gründen und ohne wissenschaftliche Rechtfertigung Maßnahmen angeordnet, nämlich 2G, die einen tiefgreifenden Eingriff in die Grundrechte der Betroffenen darstellten.

Ergänzend sei noch folgendes angemerkt: Über einen Zeitraum von nahezu zwei Jahren, nämlich von Anbeginn der Coronapolitikzeit bis Ende 2021 gab es keine belastbaren und qualitativ hochwertigen Studien darüber, was eigentlich die Infektionstreiber sind und wo sich die Menschen überwiegend anstecken.

Hierfür wäre es erforderlich gewesen, repräsentative Ausschnitte der Bevölkerung, die sich infiziert haben, u.a. nach ihren Gewohnheiten in den letzten Tagen vor Auftritt der Symptome zu befragen, insbesondere ob sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit fahren und wenn ja, wie ausgelastet diese dabei sind, ob sie Restaurants, Bars, Veranstaltungen, Fitnesscenter, Freunde Bekannte u.a. besucht haben, so dass – nach Auswertung der Daten – Muster erkennbar werden über etwaige Gemeinsamkeiten, die in statistisch signifikanter Häufigkeit auftreten (z.B. signifikanter Anteil der Infizierten gab an, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen zu einer Zeit, in der sie überfüllt sind, daher kommen diese als Ansteckungsherde und Infektionstreiber in Betracht).

Solche Befragungen und Studien wurden in Deutschland allerdings nicht gemacht, daher hatte man keine tragfähigen Erkenntnisse darüber, was die sog. Infektionstreiber hier zu Lande waren.

Wenn man aber nicht weiß, was die tatsächlichen Infektionstreiber sind, kann man denklogisch auch keine effektiven Maßnahmen zur Begrenzung des Infektionsgeschehens ausfindig machen und anordnen.

Wenn ich z.B. nicht weiß, ob sich die Menschen überwiegend im öffentlichen Personennahverkehr, überwiegend in Restaurant, überwiegend in Bars, überwiegend in Handelsgeschäften, überwiegend in Fitnesscentern oder überwiegend am Arbeitsplatz anstecken, dann weiß ich auch nicht, wo ich sinnvollerweise ansetzen sollte, um das Infektionsgeschehen möglichst effektiv zu reduzieren.

Denn wenn sich die Menschen z.B. überwiegend in überfüllte S-Bahnen und Straßenbahnen anstecken, so macht es wenig Sinn, den Besuch von Restaurants zu verbieten, denn damit wird kein nennenswerter Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet. Notwendig wäre es stattdessen gewesen, sich zu überlegen, wie man die Ansteckungen in S-Bahnen und Straßenbahnen wirksam reduzieren könnte.

Aber gerade an diesem Wissen mangelte es, da die dafür erforderlichen qualitativ hochwertigen und belastbaren Studien nicht gemacht wurden. Bereits deswegen dürften viele der verhängten Maßnahmen, die blind ins Blaue hinein und ohne solide wissenschaftliche Grundlage beschlossen wurde, weitgehend wirkungslos geblieben sein.

II. Mangelnde Erforderlichkeit

Selbst wenn man – trotz der Studienlage und den oben aufgeführten Expertenmeinungen – zum Ergebnis käme, die angeordneten 2G-Maßnahmen seien dennoch irgendwie geeignet, das vom Verordnungsgeber verfolgte Ziel zu fördern und sei damit zumindest ein Beitrag zur Zielerreichung, so fehlt es jedenfalls an der Erforderlichkeit dieser Maßnahmen.

Eine staatliche Maßnahme ist nur dann erforderlich, wenn kein **milderes, gleich effektives Mittel** existiert.

Das Gebot der Erforderlichkeit ist daher verletzt, wenn das Ziel der staatlichen Maßnahmen auch durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreicht werden kann, dass das betreffende Grundrecht nicht oder weniger fühlbar einschränkt (BVerfGE 53, 135; 68, 193).

Als milderes Mittel gegenüber der – zudem ungeeigneten – 2G-Regelung hätte aber zumindest eine 3G-Regelung, da es Ungeimpften die gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht, ohne sie zu einem medizinischen Eingriff zu drängen.

Denn tatsächlich **war zu jeder Zeit der weitaus überwiegende Anteil auch unter den Ungeimpften gerade nicht ansteckend**, so dass es für diese auch keinerlei Grund gab, sie von der Teilnahme am öffentlichen Leben auszuschließen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass tagesaktuelle Tests Infektionen, insbesondere solche mit hoher Viruslast, zuverlässig aufdecken. Gerade die Infektionen mit hoher Viruslast sind die ansteckenden, während Infektionen mit geringer Viruslast nicht ansteckend sind - soweit ersichtlich gibt es keine belastbaren Studien, die bei einem Ct-Wert von über 30 ein nennenswertes Ansteckungsrisiko festgestellt hätten.

Da schon damals bekannt war, dass auch Geimpfte das Virus übertragen können (mangelnde sterile Immunität), bot die 2G-Regel gerade keinen signifikanten Sicherheitsvorteil gegenüber einer konsequent durchgeführten Teststrategie.

Im Gegenteil: Da Geimpfte von der Testpflicht befreit waren, konnten sie das Virus oft unbemerkt („als Tarnkappen-Bomber“, wie es Prof. Kekulé treffend formuliert hat) verbreiten, während Ungeimpfte durch Tests engmaschig kontrolliert wurden.

1. Wirksames Hygienekonzept als milderer Mittel

Ein weiteres milderer Mittel hätte darin bestanden, den Betreibern Hygienekonzepte zu gestatten, die es ermöglicht hätten, auch Ungeimpften den Zugang zu Veranstaltungen zu geben, anstatt sie einem Lockdown zu unterwerfen.

Bei Covid-19 geht es um eine Erkrankung, die sich typischerweise in mehrere verschiedene Phasen zeigt.

Die erste Phase ist gekennzeichnet durch die Vermehrung des Virus im Nasen- und Rachenraum, was zu einer Erhöhung der sog. „Viruslast“ führt.

Da die Viruslast im Nasen- und Rachenraum zunimmt, kommt es auch zu vermehrtem Ausscheiden von Viren beim Sprechen – das Ansteckungsrisiko für Dritte steigt damit mit der zunehmenden Vermehrung der Viren im Nasen- und Rachenraum.

Wer eine hohe Viruslast hat, der scheidet mehr Viren aus und ist ansteckender. Wer hingegen eine geringe Viruslast hat und kaum Viren ausscheidet, ist nicht oder jedenfalls weitaus weniger ansteckend.

Die naheliegende Frage, die sich jeder, der sich mit der Pandemiebekämpfung befasst, hätte stellen müssen, lautet daher: gibt es ggf. Mittel und Wege, um die Viruslast im Nasen- und Rachenraum zu senken?

Genau genommen muss man nicht einmal Medizin studiert haben, das Basiswissen und der gesunde Menschenverstand hätten zu dieser Frage führen müssen.

Umso unverständlicher ist es, dass Politik und Wissenschaft, insbesondere die öffentlichkeitswirksam präsentierten Virologen, nicht darauf gekommen sind, diese recht naheliegende Frage zu stellen und zu beantworten.

Andere Länder, vor allem in Asien, sind hingegen dieser Frage nachgegangen – mit beachtlichem Erfolg hinsichtlich der Pandemiebekämpfung, doch dazu später.

Wenn wir uns darauf verständigen, dass geringe Viruslasten zu weniger Ansteckungen und damit zu reduzierten Inzidenzen führen, dann sollten wir uns den Stand der Expertenmeinung, der Studienlage und den Daten aus denjenigen Ländern dazu anschauen, die entsprechende Konzepte tatsächlich umgesetzt haben.

a. Aussagen von Experten

Bekämpfung von Viren, Keimen und Bakterien gibt es nicht erst seit Anfang 2020, sondern tatsächlich schon etwas länger.

Zuständig dafür sind die Krankenhaushygieniker. Dabei handelt es sich um spezialisierte Ärzte (Facharzt für Hygiene/Umweltmedizin oder Mikrobiologie) oder ein entsprechend fortgebildeter Mediziner, die für die Prävention, Erkennung und Kontrolle von Infektionen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zuständig ist, indem sie Hygienepläne erstellt, Personal schulen, Abläufe überwachen und bei Ausbrüchen managen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Gibt es in den Krankenhäusern Probleme mit Viren, Keimen oder Bakterien, werden die Krankenhaushygeniker gerufen, und nicht etwa die Virologen, um das Problem zu lösen.

Daher lohnt es sich zu schauen, was diese zu sagen hatten:

aa.) Empfehlungen von Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow

Geäußert hatten sich nämlich bereits im Jahre 2020 sowohl die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene sowie Prof. Klaus-Dieter Zastrow, in den Medien (<https://www.hygiene-zastrow.de/Pressespiegel/>) oftmals als „Hygiene-Papst“ bezeichnet, und zwar nicht zu Unrecht:

Prof. Zastrow war zuletzt Chefarzt am Hygiene-Institut der Regiomed-Kliniken, davor hat er das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Vivantes-Kliniken Berlin geleitet.

Von 1987 bis 1995 war er am Bundesgesundheitsamt/Robert Koch- Institut unter anderem Vorsitzender der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie Geschäftsführer der ständigen Impfkommision des Bundesgesundheitsamtes.

In der Zeit 1985-1987 war er Leiter des Referats für Allgemeine Hygiene und gesundheitlichen Umweltschutz Seuchenreferent des Landes Berlin.¹

In Google.Scholar erscheinen 83 wissenschaftliche Publikationen zu einschlägigen Themen der Hygiene, wenn dort eine Suche nach „Klaus-Dieter Zastrow“ durchgeführt wird.

Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass er während der Zeit der Corona-Coronapolitikzeit auf Forschungsgelder der Pharmaindustrie oder der Wirtschaft angewiesen war und daher ein Näheverhältnis zu dieser besteht, welches seine Neutralität und Objektivität hätte negativ beeinflussen können. An seiner Unbefangenheit bestehen daher keine Zweifel (anders, als bei vielen anderen Experten, die auf der Payroll von Pharmaunternehmen steht).

¹ <https://www.hygiene-zastrow.de/Vita/>

In seiner Eigenschaft als anerkannter und unbefangener Experte auf dem Fachgebiet sprach sich Prof. Zastrow wiederholt insbesondere für Desinfektion des Rachens durch regelmäßiges Gurgeln aus.

Exemplarisch soll hier nur aus einem Beitrag in der Apothekerzeitung², als

Anlage K St 1

zitiert werden:

Die Erreger von COVID-19 werden unter anderem über die Schleimhaut im Mund-Rachen-Raum aufgenommen. Dort verbleiben sie zunächst, um sich zu vermehren. Wenn sie eine bestimmte Menge (die auch die Virologen nicht kennen) erreicht haben, verlagern sie sich schlagartig in die Lunge.

Die mittlere Inkubationszeit wird in den meisten Studien mit ca. fünf bis sechs Tagen angegeben. Das Robert Koch-Institut schätzt das serielle Intervall für SARS-CoV-2 im Median auf vier Tage (Interquartilsabstand: 3–5 Tage).

Bis dahin sind die Viren auf der Schleimhaut noch gut erreichbar, was auch durch die Erfassung der Viren per Abstrich für die PCR nachgewiesen ist.

Das Eindringen von SARS-CoV-2 über die Mund- und Rachenschleimhaut lässt sich mit Schleimhautdesinfektionsmitteln verhindern oder reduzieren.

Deshalb empfehle ich als Corona-Prophylaxe eine Spülung mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel jeden 3. Tag für ca. 1 Min.

Geeignet sind PVP-Iod (z. B. Betaisodona®, Braunol®): Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptikum oder Universelle PVP-Iod-Lösung zur Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptik.

Der Wirkstoff Povidon-Iod wirkt bakterizid, fungizid, tuberkulozid, protozid und virusinaktivierend. Er ist sowohl unverdünnt als auch verdünnt für Mundspülungen geeignet. Auch eine Spülung der Mundhöhle mit Octenidin (Octenident®) ist möglich.

² <http://www.hygiene-berlin.de/wp-content/uploads/2021/02/Zastrow-Apotheker-Zeitung-28.10.20.pdf>

Sie sollte aber nur erfolgen, wenn die gesamte Mundhöhle behandelt werden muss. Dann sind 20 ml über 20 Sekunden zu verwenden. Dequaliniumchlorid (Dequonal®, Gurgellösung ratiopharm®) wirkt auch, ist aber schlechter verträglich.

Es handelt sich um Desinfektionsmittel, die seit Jahren im Einsatz sind und sich als hocheffektiv erwiesen haben!

Ich bin überzeugt: Wer gespült und gegurgelt hat, ist praktisch nicht mehr ansteckungsfähig und wird auch nur mild erkranken!

Ich empfehle eine Minute Gurgeln und Mundspülen mit 1 ml Betaisodona plus 1 ml Wasser, und das, wie erwähnt, jeden dritten Tag abends nach dem Zähneputzen.“

Gefragt nach den Risiken einer Dauernutzung antwortet Prof. Zastrow:

„Da es sich um eine äußerst geringe Menge handelt und da PVP-Jod nicht resorbiert wird: keine!“³

Eine Besorgnis der Befangenheit ist bei Prof. Zastrow nicht dabei ersichtlich, insbesondere sind die von ihm empfohlen handelsüblichen Produkte kostengünstig und nicht geeignet, ihm einen erheblichen wirtschaftlichen Profit zu bringen.

Er selbst bietet auf seiner Internetseite auch keinerlei Produkte zum Kauf an, so dass ein wirtschaftliches Eigeninteresse, welches ggf. seine Objektivität beeinträchtigen könnte, hier nicht erkennbar ist.

Auf seiner Homepage (<https://www.hygiene-zastrow.de/Startseite/>) findet sich bis heute folgende

Empfehlung

Schützen Sie sich vor Corona auch ohne Impfung, durch Desinfektion des Rachens und der Mundhöhle. Dadurch werden Corona-Viren, die z.B. durch Sprechen, Husten, Singen und Niesen weiterverbreitet werden können, in 30 Sekunden inaktiviert bzw. abgetötet. Dazu nutzen Sie ein begrenzt viruzides Schleimhautdesinfektionsmittel (z.B. PVP-Jod), kein Mundwasser! Die

³ <http://www.hygiene-berlin.de/wp-content/uploads/2021/02/Zastrow-Apotheker-Zeitung-28.10.20.pdf>

Durchführung muss jeden dritten Tag erfolgen. Das Risiko zu erkranken und andere anzustecken ist dann nahezu unmöglich. Schützen Sie sich selbst und Ihre Mitmenschen!

Der PCR-Test und der Schnelltest sind nach Mundhöhlendesinfektion, falls man Corona-Viren im Mund hatte, trotzdem positiv! Denn die Tests können zwischen toten (inaktivierten) und lebenden, ansteckungsfähigen Viren nicht unterscheiden.

Nun sollte man meinen, wenn man schon einen so hochkarätigen Experten im Lande hat, dass dieser überall Gehör findet und seine Empfehlungen der Bevölkerung weitergeben kann.

Doch weit gefehlt: Prof. Dr. Zastrow hat es gerade einmal 2 Mal (!) in das öffentlich-rechtliche Fernsehen geschafft. Während zahlreiche Virologen, die niemals in ihrer Praxis Viren bekämpfen mussten, es gefühlt aller 5 Minuten in die Talkshows schaffen, hat Deutschlands renommiertester Experte auf dem Gebiet der Virenbekämpfung ganze zwei Auftritte!

Davon war einer in der Sendung von Maybrit Illner vom 17. September 2020, heute noch auf YouTube abrufbar unter:

<https://youtu.be/kkdaNKgxG00?si=OgVoSOYcboPfGknK&t=743>

Dort führte er u.a. aus:

*... der **Mund-Nasen-Rachenraum ist die Quelle** und deswegen brauchen wir wie Maske Wende, die wir nicht ausschalten, Maske auf und durch. Ja, ja, ich sage auch, da war es mehr. **Man kann natürlich auch noch mehr machen: Man kann auch seinen Mund desinfizieren.***

*Das ist ganz einfach **und damit streut man praktisch kaum noch Viren.** Eine **Mundspülung in regelmäßigen Abständen vernichtet die Viren** und dann haben wir auch in der Bevölkerung **eine deutlich niedrigere Viruslast.** Die Kollegen Virologen haben mir auch immer gesagt, ja, die Viruslast spielt eine Rolle.*

Dann frage ich mich, warum sagen wir nicht, Leute desinfiziert euch die Mäuler.

*Wir machen das in **Krankenhäusern schon seit April.***

*Ja, also das ist jetzt nicht so ganz neu und die Desinfektionsmittel, die Schleimhäute-Desinfektionsmittel, die wir verwenden, sind 40 Jahre alt, kosten 6,50 in der Apotheke [...]. Das ist aber ganz wichtig: Damit **senken wir die Viruslast in der Bevölkerung** und dann die Maske auf und **dann wird gar nichts mehr passieren.***

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Der zweite (und damit wohl auch letzte) Auftritt des Prof. Dr. Zastrow im ÖRR war auf Phönix und ist derzeit abrufbar unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=5pW-kbi8onw>

Hochgeladen wurde das Video auf dem Kanal des Senders Phoenix am 24.02.2021.

In der Beschreibung des Videos führt der Sender Phoenix aus:

*Hygiene-Experte Zastrow: **Regelmäßige Desinfektion der Mundhöhle macht Lockdown überflüssig***

Der Hygiene-Experte Prof. Klaus-Dieter Zastrow sieht in der regelmäßigen Desinfektion der Mundhöhle eine wirksame Maßnahme zur Eindämmung der Corona-Pandemie.

„Wir desinfizieren uns die Hände, jeder weiß das, jeder akzeptiert das. Und jetzt frage ich mal: Warum desinfizieren wir uns nicht die Mundhöhle, da wo das Virus sitzt?“, sagte Zastrow bei phoenix.

***Wenn man das befolge, könne man viele Einschränkungen wieder zurücknehmen. „Dann kann man alles aufmachen“,** so Zastrow, neben Kitas und Schulen gelte das auch für Einzelhandel und Gastronomie, Theater- und Konzertsäle oder Kinos.*

„Wir müssen uns immer mal wieder in Erinnerung rufen, wo das Virus eigentlich her kommt. Das ist nun mal die Mundhöhle des Menschen, es hat keine andere Quelle“, so Klaus-Dieter Zastrow, der Chefarzt der Hygiene-Abteilung am Klinikum Potsdam ist.

Das Desinfizieren durch Gurgeln halte zwei bis drei Tage vor. „Es ist so: Die Viren sind abgetötet, es wird irgendein Virus übrigbleiben, was sich dann wieder vermehrt über die nächsten zwei bis drei Tage, das bekommt aber nicht die Viruslast, die es braucht, um wieder ansteckungsfähig zu sein und vor allen Dingen auch, um selbst zu erkranken. Es ist auch ein ganz hoher Eigenschutz dabei. Und wenn man das alle drei Tage macht, dann kann gar nichts passieren, das Virus kommt nicht mehr zum Zug.“, erklärt Prof. Klaus-Dieter Zastrow.

Um den Einzelhandel wieder zu öffnen, reiche im Grunde auch schon die strenge Maskenpflicht. „Es reicht völlig der medizinische Mund-Nasen-Schutz, denn woanders kann das Virus nicht herkommen und wer das immer noch nicht verstanden hat, dem kann man auch nicht mehr helfen“, so der Arzt für Hygiene und Umweltmedizin im phoenix-Interview.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

In einer dem Unterzeichner vorliegenden Stellungnahme des Prof. Dr. Zastrow führt dieser wörtlich aus:

Die Zulassungskriterien für Schleimhautdesinfektionsmittel, also auch die Virusinaktivierung, sind erfüllt und das schon seit einigen Jahrzehnten (Octenidin 30 Jahre/ Povidon-Iod 40 Jahre). Bei Flächen- und Hautdesinfektionsmitteln werden keine klinischen Studien erstellt, denn entscheidend ist, dass der Nachweis der Virusinaktivierung im Labor erbracht ist.

Das Virus muss an der Quelle, dem Rachenraum, ausgeschaltet werden, das gelingt nur durch desinfizierendes Spülen und Gurgeln.

Schleimhautdesinfektionsmittel

Geeignet sind PVP-Iod (z. B. Betaisodona®, Braunol®): Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptikum oder Universelle PVP-Iod-Lösung zur Haut-, Schleimhaut- und Wundantiseptik.

Der Wirkstoff Povidon-Iod wirkt bakterizid, fungizid, tuberkulozid, protozid und virusinaktivierend. Er ist sowohl unverdünnt als auch verdünnt für Mundspülungen geeignet. Auch eine Spülung der Mundhöhle mit Octenidin (Octenident®) ist möglich. Mundwässer sind nicht geeignet.

Es handelt sich um Desinfektionsmittel, die seit Jahren im Einsatz sind und sich als hocheffektiv erwiesen haben.

Zuzulassen, dass das Virus den Mund-Rachen-Raum verlässt und Millionen Menschen ansteckt, ist unverantwortlich.

Anwendung erfolgt für mindestens 30 Sek. – 1 Minute Gurgeln und Mundspülen mit 1 ml Betaisodona plus 1 ml Wasser, jeden dritten Tag abends nach dem Zähneputzen und nach „kritischen“ Situationen, wie z.B. öffentliche Verkehrsmittel ohne Mund-Nasen-Schutz.

*Da es sich um eine äußerst geringe Menge handelt, die dann wieder ausgespuckt und PVP-Jod auch nicht resorbiert wird, **gibt es auch keine Risiken bei dauerhafter Anwendungsform.***

Diese Methode ist den derzeit verfügbaren Impfstoffen überlegen, denn sie inaktiviert jede Coronavirus-Variante/Mutante innerhalb von 30 Sek. Und damit wird die Viruslast in der Bevölkerung um mindestens 95% gesenkt.

Derart erfolgreich kann die Impfung nicht sein, denn eine ausreichende Antikörperbildung nimmt einige Tage in Anspruch.

Daher bietet diese neue Impfung keinen sicheren (100%-igen Schutz), aber sie ist ein erheblicher Eingriff in das Immunsystem des Menschen, deren Neben- und Spätwirkungen bislang noch nicht hinreichend bekannt sind.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner).

Beweis: Sachverständiges Zeugnis Prof. Dr. Klaus-Dieter Zastrow, Weinholdweg 5, 14089 Berlin

Wenn mithin die Impfung keinen Schutz gegen Ansteckung ermöglicht und damit keine Senkung der Inzidenzen, Nasen- und Rachenhygiene dagegen schon, dann ist die Nasen- und Rachenhygiene nicht nur das „mildere“ Mittel gegenüber einer umfangreichen Impfkampagne und 2G-Regeln, **sondern das einzig wirksame Mittel**, um das Ziel des Ordnungsgebers, nämlich Senkung der Inzidenzen und Vermeidung einer Überlastung der Krankenhäuser, tatsächlich zu erreichen.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass zu den von Prof. Zastrow erwähnten Eingriffen in das Immunsystem später ausführlich vorgetragen wird.

bb.) Empfehlung der Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. aus 2020

Aus dem Bereich der Experten hatte sich zudem die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. zu Wort gemeldet, und zwar bereits Ende 2020.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. ist die Fachgesellschaft für Krankenhaushygiene in Deutschland, in der sich die an der Krankenhaushygiene Interessierten und diesen Bereich arbeitenden im Gründungsjahr 1990 zusammengeschlossen haben.

Ihre Mitglieder sind unabhängige Wissenschaftler und Fachleute aus verschiedenen medizinischen Bereichen. Ihr Anliegen sind insbesondere die Verhütung und Bekämpfung krankenhauses- und praxisassoziierter Erkrankungen mit den Schwerpunkten Infektionsprophylaxe, Gesundheitsförderung und Umweltschutz⁴

Sie besteht aus mehreren verschiedenen Fachkommissionen, Sektionen sowie Arbeitsgruppen. Sie erstellt Leitlinien und Standardarbeitsanweisungen. Sie erarbeitet wissenschaftlich fundierte Empfehlungen, regelmäßige Stellungnahmen zu aktuellen Themen und tritt als Veranstalter von Kongressen, Symposien, Workshops, Fachtagungen und Weiterbildungen auf.

Sie ist darüber hinaus Herausgeber der Fachzeitschrift „GMS Hygiene and Infection Control“ - ein internationales Open-Access E-Journal. Es veröffentlicht Originalartikel, Übersichtsarbeiten und Fallberichte aus Theorie und Praxis der Infektionskontrolle und Krankenhaushygiene⁵.

In dieser Zeitschrift werden ausschließlich qualitativ hochwertige Beiträge nach einem konsequenten Peer-Review-Verfahren zur Veröffentlichung angenommen. Die Zeitschrift ist in PubMed gelistet und ihre Artikel werden im Repositorium PubMed Central abgelegt⁶.

⁴ <https://www.krankenhaushygiene.de/dgkh/8>

⁵ <https://www.egms.de/dynamic/de/journals/dgkh/index.htm>

⁶ <https://www.egms.de/static/de/journals/dgkh/about.htm>

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. gab ein Empfehlungsschreiben heraus, welches die Hygiene des Nasen- und Rachenraums zum Gegenstand hatte⁷. Darin heißt es u.a.:

„1. Einleitung

Zur Prävention von COVID-19 müssen alle infrage kommenden hygienischen Präventionsmaßnahmen ausgeschöpft werden, um insbesondere das medizinische Personal, aber auch die übrige Bevölkerung zu schützen.

Da ein großer Teil der Infizierten das Virus bereits vor Auftreten erster Symptome freisetzt, sind vor allem Schutzmaßnahmen sinnvoll, die die Viruslast an den Eintrittspforten reduzieren, da die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit der Exposition zunimmt und die anfängliche Viruslast Einfluss auf den Schweregrad der Infektion hat [1,2].

...

5. Für Deutschland abgeleitete Empfehlungen

...

5.2 Präexpositionsprophylaxe zum Schutz von Mitarbeitern im Gesundheitswesen

...

Seit März 2020 wird die Präexpositionsprophylaxe in der Universitätsmedizin Greifswald mit 1,25% wässriger PVP-Iod-Lösung und bei Kontraindikation mit dem Mundwasser auf Basis von Ethanol / ätherischen Ölen durchgeführt.

Seitdem gab es keinen einzigen Hinweis auf eine Unverträglichkeit und keine Übertragung vom Patienten auf behandelnde Ärzt*innen bzw. Zahnärzt*innen.

5.3 Präexpositionsprophylaxe zum Schutz der Bevölkerung

...

⁷ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2020_12_02_Empfehlung-viruzides-gurgeln-nasenspray.pdf

Für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen ist es sinnvoll, zuerst zu Hause und ein 2. Mal in der Einrichtung zu gurgeln, um ggf. unterwegs adhärierte Viren zu inaktivieren.

...

5.4 Postexpositionsprophylaxe zum Schutz von Mitarbeitern im Gesundheitswesen und ebenso der Bevölkerung

Nach Kontakt mit SARS-CoV-2 infizierten: Für 7 (bis 14) d Gurgeln (mehrmals täglich) mit Mundwasser auf Basis ätherischer Öle.

Alternativ kommt 0,23% wässrige PVP-Iod-Lösung in Betracht, sofern keine Kontraindikation für Iod in Form von Schilddrüsenerkrankungen oder Allergie vorliegt. Da in Deutschland keine Handelsprodukte in dieser Konzentration erhältlich sind, kann Betaisodona-Mund-Antiseptikum verdünnt werden (3 ml auf 100 ml Wasser). Zusätzlich sollte ein Nasenspray auf Basis von Carragelose verwendet werden, solange kein Nasenspray mit 0,23% PVP-Iod im Handel erhältlich ist (ggf. Apothekenherstellung).

(Hervorhebung durch den Unterzeichner).

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene bestätigte somit, dass dort, wo ein Hygienekonzept unter Einbeziehung von Nasen- und Rachenhygiene tatsächlich umgesetzt wurde, es **keine Übertragungen und keine Ansteckungen mehr** gegeben hat.

Diese Empfehlungen werden von anderen Fachleuten geteilt.

So erschien in der online-Ausgabe von „Management & Krankenhaus“ ein Artikel der Autoren Prof. Dr. Axel Kramer, Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald und Priv.-Doz. Dr. Maren Eggers, Labor Prof. G. Enders MVZ GbR, Stuttgart⁸, in dem es u.a. hieß:

*„Da ein großer Teil der Infizierten das Virus schon vor Auftreten erster Symptome freisetzt, **ist es sinnvoll, die Viruslast bereits prophylaktisch an den Eintrittspforten zu reduzieren, um die Wahrscheinlichkeit des***

⁸ <https://www.management-krankenhaus.de/news/infektionspraevention-durch-viruzides-gurgeln-und-viruziden-nasenspray>

Angehens der Infektion herabzusetzen und ihren Schweregrad abzuschwächen.

...

Präventive Wirksamkeit auch bei COVID-19

Bei Patienten im Stadium 1 (präsymptomatisches Stadium, 1–2 Tage vor Symptombeginn nach erfolgter Infektion) wurde die virale Clearance sowohl durch 1 % PVP-Iod als auch durch die Kombination von Ethanol mit ätherischen Ölen signifikant erhöht. Auch nach Erkrankungsbeginn konnte die Viruslast durch 1 % PVP-Iod gesenkt werden.“

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Unter den anerkannten Experten, die zudem kein Anlass zu einer Besorgnis der Befangenheit geben, besteht mithin die Auffassung, dass Nasen- und Rachenhygiene ein wirksames Mittel sind, um die Viruslast zu senken, und dadurch sowohl sich selbst, als auch vor allem Dritte vor einer Infektion zu schützen.

b. Studienlage

Soweit also die Aussagen und Empfehlungen von Experten. Betrachten wir als nächstes die hierzu bestehende Studienlage.

Zahlreiche Studien werden in dem Empfehlungsschreiben der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V., auf Seite 6, zitiert⁹. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird darauf Bezug genommen.

Eine große Anzahl wissenschaftlicher Studien zur Rachenhygiene waren schon damals und sind auch weiterhin in der Datenbank C19PvPi zu finden, abrufbar unter: <https://c19early.org/p>

Da es dem Verordnungsgeber im vorliegenden Fall darum ging, eine Überlastung des Gesundheitssystem zu vermeiden, also im Ergebnis die Hospitalisierungsrate zu reduzieren, und zudem den Anstieg der Inzidenzen zu vermeiden, also die Ansteckungen zu reduzieren, d.h. die Viruslast zu verringern, sollen hier nur

⁹ https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020_12_02_Empfehlung-viruzides-gurgeln-nasenspray.pdf

diejenigen Studien vorgestellt werden, die gezielt die **Reduzierung der Viruslast und die Hospitalisierungsrate** zum Gegenstand hatten.

Bereits im Dezember 2020 wurde hierzu eine Studie veröffentlicht, nämlich Choudhury et al., Bioresearch Communications, [doi:10.3329/brc.v7i1.54245](https://doi.org/10.3329/brc.v7i1.54245), Dec 2020, „Effect of 1% Povidone Iodine Mouthwash/Gargle, Nasal and Eye Drop in COVID-19“, die genau diese Fragestellung untersucht hatte ¹⁰.

Dabei handelte es sich um eine Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit 606 Patienten zu Povidon-Iod als Mundspülung/Gurgellösung, Nasentropfen und Augentropfen, die im Ergebnis eine signifikant geringere Sterblichkeit, Hospitalisierungsrate und PCR-Positivität am Tag 7 zeigte.

Wie aus den in der Studie enthaltenen Tabelle 2 hervorgeht, waren in **Gruppe A** (Patienten verwendeten PVP-I) am **7. Tag nur 2,64 % (N = 8)** der Patienten **RT-PCR-positiv**, während es in **Gruppe B** (Patienten verwendeten lauwarmes Wasser) **70,30 % (N = 213)** waren (Tabelle 2, Gruppen A und B) ($p < 0,05$).

Bereits am dritten Tag gab es signifikante Unterschiede: die Positiven in der Gruppe A laut Tabelle 2 waren: **35 (11.55%) am dritten Tag**, 24 (7.92%) am fünften Tag und 8 (2.64%) am 7. Tag.

Im Vergleich dazu waren die Positiven in der – nicht behandelten - Kontrollgruppe B **291 (96.039 %)**, **mithin fast alle in dieser Gruppe, am dritten Tag**, 268 (88.448%) am fünften Tag und 213 (70.297%) am 7. Tag.

Die Behandlung wird sich mithin ganz erheblich auf die Reduzierung der Viruslast und die Dauer der Ansteckungsgefahr aus.

Bereits diese Daten zeigen, dass eine Einführung von Rachen- und Nasenhygiene das Infektionsgeschehen signifikant zum Positiven beeinflusst hätte, indem die Inzidenzen erheblich reduziert worden wären und eine Überlastung des Gesundheitssystems damit ausgeschlossen gewesen wäre.

Die Daten aus **Tabelle 3 (Gruppen A und B)** zeigen, dass **3,30 % (N = 10)** der hospitalisierten Patienten in Gruppe A eine **Sauerstofftherapie** benötigten (mittels mechanischer Beatmung und/oder High-Flow-Nasenkanüle und/oder Non-Rebreather-Maske und/oder Gesichtsmaske und/oder Nasenkanüle), während in Gruppe B **20,79 % (N = 63)** der Patienten Sauerstoff benötigten.

¹⁰ <https://www.banglajol.info/index.php/BRC/article/view/54245/37954>

Die **Sterblichkeitsrate** war in Gruppe B mit **5,6 % (N = 17)** deutlich höher als in Gruppe A mit **0,66 % (N = 2)**.

Die Unterschiede waren **statistisch signifikant** ($p < 0,05$).

Wohlgemerkt – die Studie wurde bereits **im Dezember 2020 veröffentlicht**, mithin ca. 1 Jahr vor dem streitgegenständlichen Geschehen.

Im Zeitraum März 2021 bis Juli 2021 wurde eine weitere Studie zu dieser Thematik durchgeführt, nämlich: Elersy et al., Frontiers in Medicine, doi:10.3389/fmed.2022.863917, PACTR202101875903773, “Combined Nasal, Oropharyngeal Povidone Iodine Plus Glycyrrhizic Acid Sprays, Accelerate Clinical and Laboratory Recovery and Reduces Household Transmission of SARS-CoV-2: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial”.

Es handelt sich dabei um eine Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit 200 Patienten und 421 Kontaktpersonen, wobei 100 Patienten und deren Kontakte mit Nasen- und Rachensprays mit Povidon-Iod und Glycyrrhizinsäure behandelt wurden. Die Behandlung zeigte eine signifikant schnellere Viruselimination und Genesung sowie eine signifikant geringere Übertragung.

In die Studie wurden mithin **200 COVID-19-positive Patienten im Alter von 18–80 Jahren mit frühen Symptomen und unauffälligem Thorax-CT** sowie deren **Haushaltskontakte (6–80 Jahre)** eingeschlossen. Alle Teilnehmer gaben eine **informierte Einwilligung**. Die Randomisierung erfolgte computergestützt in eine **Behandlungsgruppe** und eine **Placebogruppe**, wobei jeweils der Patient und seine Haushaltskontakte als **eine Studieneinheit** behandelt wurden.

Ausschlusskriterien waren u. a. Lungenbeteiligung im CT, Sauerstoffsättigung < 90 %, schwere Vorerkrankungen (Schilddrüse, unkontrollierter Diabetes/Bluthochdruck), Beatmung oder Multiorganversagen.

Die **Behandlungsgruppe** erhielt Standardtherapie (Vitamin C, Paracetamol, Zink) sowie zusätzlich **Nasen- und Rachensprays** mit

- Glycyrrhizinsäure (2,5 mg/ml) und
- Povidon-Iod (PVI) 0,5 %.

Die **Placebogruppe** erhielt Standardtherapie plus **Placebo-Sprays**. Die Präparate wurden verblindet hergestellt und codiert; Patienten, Untersucher und Auswerter waren **doppelblind**.

Im Ergebnis stellten die Wissenschaftler in dieser Studie folgendes fest¹¹:

In the present study, the overall incidence of secondary infection transmission among household contacts was found to be 41% in both groups.

From a clinical symptom perspective, treatment with PVI-GA sprays resulted in a reduction in the transmission rate from 76 to 6% among the studied patient groups, while according to PCR testing, treatment reduced SARS-CoV-2 transmission from 69 to 4%; therefore, in the treatment arm, 94:96% of patients were protected from becoming infected (Table 2).

In Übersetzung:

In der vorliegenden Studie wurde die Gesamtinzidenz der Sekundärübertragung unter Haushaltskontakten in beiden Gruppen mit 41 % festgestellt.

Aus der Perspektive der klinischen Symptome führte die Behandlung mit PVI-GA-Sprays zu einer Reduktion der Übertragungsrate von 76 % auf 6 % in den untersuchten Patientengruppen.

Nach den Ergebnissen der PCR-Testung reduzierte die Behandlung die Übertragung von SARS-CoV-2 von 69 % auf 4 %.

Somit waren im Behandlungsarm 94–96 % der Patienten vor einer Infektion geschützt (siehe Tabelle 2).

Inzwischen gibt es zahlreiche Studien, die zum Ergebnis kommen, dass durch Rachen- und Nasenhygiene sowohl die Viruslast als auch die Hospitalisierungsrate erheblich hätten reduziert werden können.

Eine entsprechende Metaanalyse wird

als Anlage K St 2

beigefügt.

¹¹ <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2022.863917/full>

Dem Unterzeichner wäre es lieber, Studien aus Deutschland dazu zu zitieren – nur wurden derartige Studien hier nicht in Auftrag gegeben und auch nicht gemacht.

Warum die Verantwortlichen Entscheidungsträger in der Politik, einschließlich im Land Sachsen, der Meinung waren, den Hinweisen von renommierten Experten wie Prof. Dr. Zastrow und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene nicht weiter nachgehen zu müssen – z.B. mit der Anfertigung von Studien in 2020 und 2021 – ist hier nicht nachvollziehbar.

Andere Länder haben jedenfalls adäquater reagiert, wie man sehen kann.

Zumindest gab es in Deutschland allerdings eine Pressemitteilung der Universität Erlangen, in welcher nachdrücklich zum Einsatz eines aus Rotalgen gewonnenen Nasensprays geraten wurde. In der Pressemitteilung heißt es:¹²:

„Ein Carragelose-haltiges Nasenspray bewirkt eine 80-prozentige relative Risikoreduktion für eine Infektion mit SARS CoV-2“, sagt Prof. Dr. Ulrich Schubert, Forscher am Virologischen Institut – Klinische und Molekulare Virologie (Direktor: Prof. Dr. Klaus Überla) des Universitätsklinikums Erlangen.

Diese Erkenntnis stammt aus einer argentinischen Studie mit fast 400 Teilnehmern, die täglich direkten Kontakt zu COVID-19-Erkrankten hatten. Die gleichmäßig auf zwei Gruppen aufgeteilten Probanden verwendeten drei Wochen lang entweder viermal täglich das Carragelose-Nasenspray oder ein Placebo.

Das Nasenspray erwies sich, wie in allen bisherigen klinischen Studien mit Erkältungsviren, als sicher und gut verträglich.

Untersuchungen im Labor belegten die antivirale Wirkung von Carragelose gegen SARS-CoV-2 in verschiedenen humanen Zellsystemen. Prof. Schubert erklärt: „Zusammen mit der klinischen Untersuchung bilden die Laborbefunde die Basis für eine solide wissenschaftliche Begründung, dass Carragelose eine deutliche Wirkung gegen SARS-CoV-2 hat.

...

Möglichkeiten zur Prävention ausschöpfen

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene empfiehlt dem Klinikpersonal auf COVID-19-Stationen schon seit Dezember 2020 die

¹² <https://www.uk-erlangen.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/detail/nasenspray-gegen-covid-19/>

Verwendung von Carragelose-Nasensprays. „Aber auch die Allgemeinbevölkerung kann damit ihre persönlichen Schutzmaßnahmen zur Vorbeugung erweitern“, sagt Ulrich Schubert ...

...

„Carragelose ist ein Polymer, das das Virus durch eine elektrostatische Wechselwirkung umhüllt und es dabei neutralisiert. Deshalb sollte es für die Wirksamkeit auch keinen Unterschied machen, welche Virusvariante vorliegt“, erklärt Ulrich Schubert. „Gerade angesichts der Mutationen, die sich aktuell immer rasanter ausbreiten, halten wir die Carragelose für eine echte Option in der Bekämpfung der Pandemie.““

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Beweis: Sachverständiges Zeugnis Prof. Dr. Ulrich Schubert, zu laden über die Universität Erlangen

c. Daten von Ländern, die das Konzept umgesetzt haben

Nachdem wir die Auffassung führender und unbefangener Experten zur Kenntnis genommen haben und die Studienlage betrachtet haben, wäre nunmehr zu prüfen, ob die Daten und Erfahrungen von Ländern, die Nasen- und Rachenhygien als Teil ihres Pandemiebekämpfungskonzepts hatten, diese Ergebnisse bestätigen.

Es wäre mithin zu prüfen, ob dort, wo verstärkt auf die Nasen- und Rachenhygiene zur Covid-Bekämpfung gesetzt wurde, tatsächlich gute Ergebnisse ersichtlich sind, d.h. ob die „Praxis“ die „Theorie“ insoweit bestätigt.

In vielen Bereichen, wie z.B. Management, Musik oder Sport ist man bestrebt, stets von den Besten zu lernen, um dadurch selbst besser zu werden, mithin von denjenigen, die auf dem jeweiligen Gebiet die größten Erfolge vorweisen konnten. Bekannt ist dies unter den Stichworten „best practices“ oder „learning from the best“.

Ich wünschte, man hätte es hier zu Lande auch während der Corona-Krise getan, d.h. geschaut, wer damit wesentlich besser klar kommt, als wir, und was er „anders macht“, um diese besseren Resultate zu erzielen.

Hätte man nach solchen „Champions“ gesucht, so wären einem zahlreiche asiatische Länder und dabei insbesondere das sonst unscheinbare und unauffällige Vietnam aufgefallen.

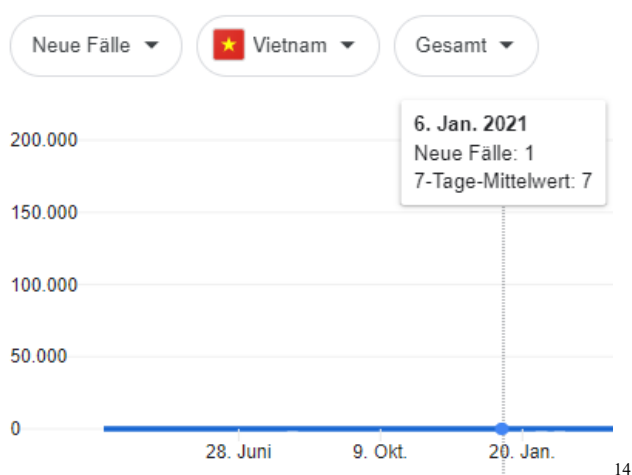
Doch kaum jemand in Europa hat sich darum bemüht, mit wenigen Ausnahmen: Der renommierte britische Medizinpädagoge Dr. John Campbell in einem Interview mit einer kanadischen Ärztin darauf hin, dass insbesondere in Vietnam vorrangig auf die Nasen- und Rachenhygiene als Mittel zur Bekämpfung des Infektionsgeschehens gesetzt wurde¹³.

Schaut man sich die Covid-Daten von Vietnam im Jahre 2020 an:

Statistik

Neue Fälle und Todesfälle

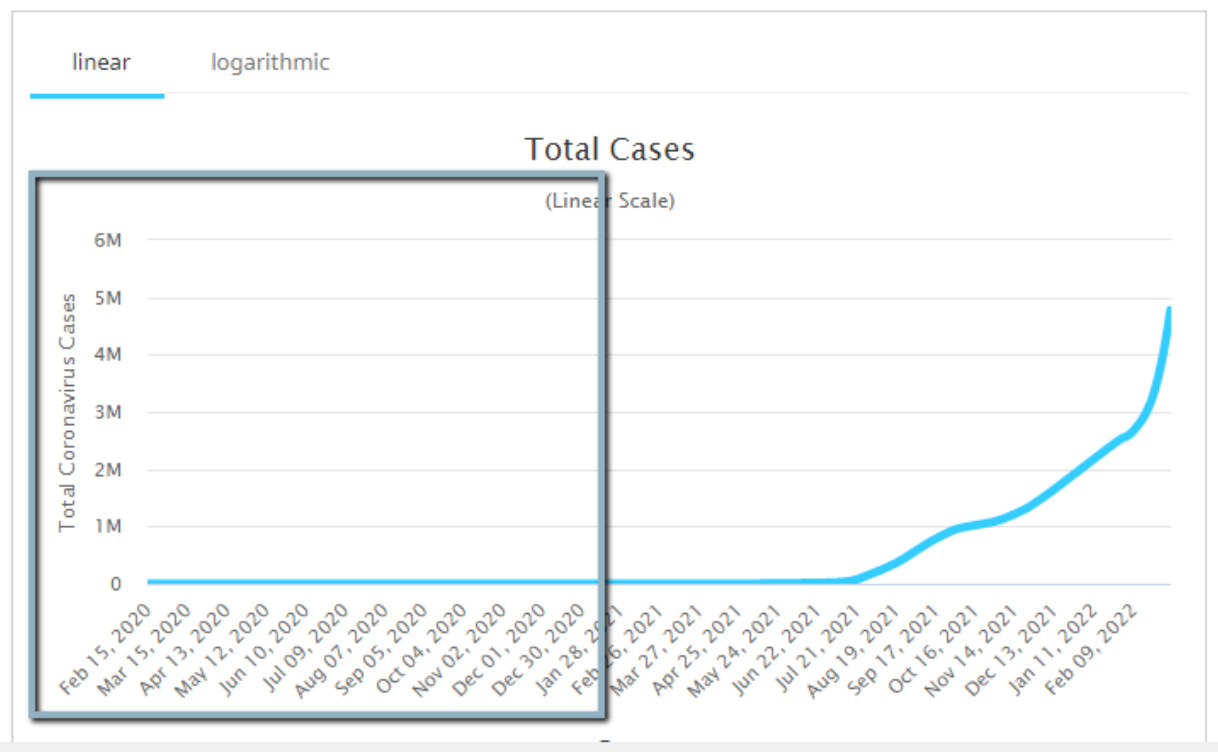
Quelle: [JHU CSSE COVID-19 Data](#) - Zuletzt aktualisiert: vor 15 Stu



¹³ <https://www.youtube.com/watch?v=ldFRt-i3QzY>

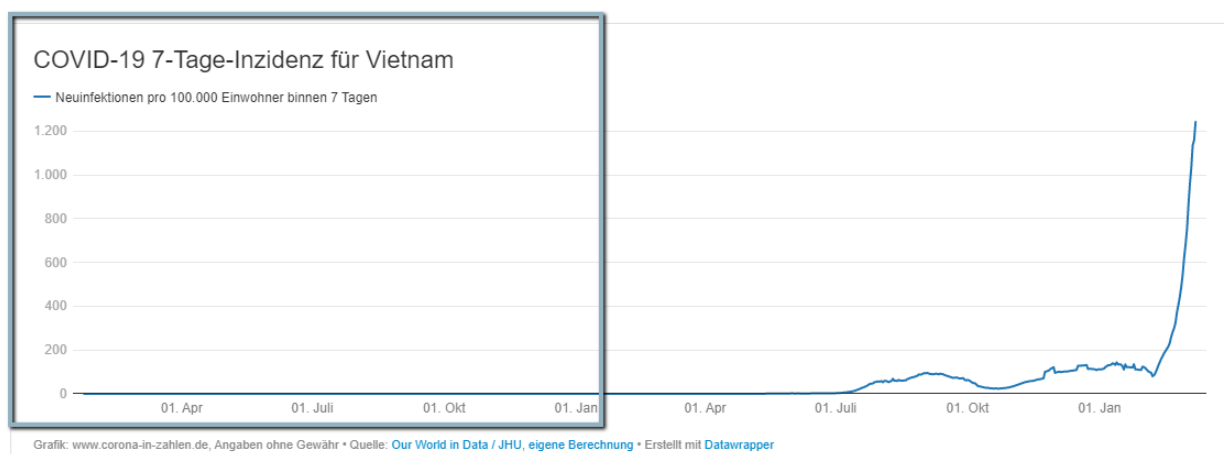
¹⁴ https://www.google.com/search?q=corona+in+zahlen+vietnam&rlz=1C1CHBF_enDE809DE809&oq=corona+&aqs=chrome.3.69i57j35i39l2j69i59j0i20i263i512l2j0i433i512j0i512j0i131i433i512j0i512.4390j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Total Coronavirus Cases in Vietnam



15

[weitere Kennzahlen einblenden](#)



16

so stellt man tatsächlich fest, dass es dort im Jahr 2020 kaum Covid-Fälle gab, und demzufolge sehr wenig schwere Verläufe und Todesfälle – anders als hier zu Lande.

¹⁵ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/viet-nam/>

¹⁶ <https://www.corona-in-zahlen.de/weltweit/vietnam/>

Dies hatte mich neugierig gemacht und ich übersetzte durch die im Internet gängigen Tools Begriffe wie „Gurgeln, Mundspülung, Rachen“ etc. auf Vietnamesisch, um anschließend mit den vietnamesischen Begriffen zu googeln und zu schauen, welche vietnamesischen Seiten dazu erscheinen und mit welchem Inhalt.

Ich wollte schlichtweg wissen, ob das, was Dr. Campbell und die von ihm interviewte kanadische Ärztin behaupten, tatsächlich so zutrifft.

Jedermann, auch in Politik und Medien, hätte das auf vergleichbare Weise nachprüfen können.

Diese Nachforschung ergab, dass tatsächlich seitens staatlicher Institutionen und Behörden in Vietnam eine starke und intensive Kampagne für Nasen- und Rachenhygiene betrieben wurde.

Die im Folgenden aufgeführten Links wurden im Februar 2022 vom Unterzeichner abgerufen und notiert. Wegen des Zeitablaufs ist es möglich, dass die im Jahre 2022 dort hinterlegten Informationen heute nur noch über <https://archive.org/> zugänglich sind.

So hieß es auf der Seite der Behörde für Lebensmittelsicherheit und Hygiene¹⁷:

Maßnahmen der persönlichen Hygiene

...

Mundwasser

+ Medikamente:

- *Zutaten: Ätherisches Zimtöl, Pfefferminze,*

- *Wirkung: Antiseptikum Mund, Rachen.*

Dosierung und Anwendung: 2 bis 4 mal täglich gurgeln.

+ Andere Mundspülungen

- *Inhaltsstoffe: Physiologische Kochsalzlösung oder andere Mundspülungen.*

- *Wirkung: Antiseptikum Mund, Rachen.*

- *Dosierung, Anwendung: Mund-Rachen-Stärke 2 bis 4 mal täglich.*

¹⁷ <http://atvstphagiang.org.vn/tin-tuc/han-che-lay-nhiem-phong-ngua-dich-covid-19-bang-cac-phuong-phap-y-hoc-co-truyen.html>

Das Gesundheitsministerium Vietnams empfahl auf seiner Internetseite ausdrücklich¹⁸:

„Gurgeln ... Sie regelmäßig mit Salzwasser oder Mundwasser.“

Auf der Internetseite eines vietnamesischen HNO – Krankenhauses findet sich eine Anleitung zum richtigen Gurgeln (mit Video), und es heißt dort¹⁹:

24. März 2020 Medizinische Informationen , GDSK, Kommunikation

Bevor das Covid-19-Virus in die Lunge gelangen und gefährlichere Folgen verursachen kann, muss es die oberen Atemwege passieren. Aber hier gilt der Rachen als letzte Station des Körpers, in der wir vorbeugen können, wenn wir diesem gefährlichen Virus leider ausgesetzt sind.

Richtiges und regelmäßiges Gurgeln, insbesondere wenn wir eine eigene Infektion vermuten, ist eine wichtige und notwendige Maßnahme, um den Körper zu schützen, denn dann wird die Viruslast vom Rachen bis zur Lunge minimiert, wodurch die Möglichkeit einer Infektion minimiert wird.

Hier wird uns Dr. BS Nguyen Thi Thanh Thuy – Leiter der Pädiatrie-Allgemeinabteilung des Hals-Nasen-Ohren-Krankenhauses in Ho-Chi-Minh-Stadt anleiten, wie man richtig gurgelt, um Covid-19 vorzubeugen.

Wir laden Sie ein, uns zu folgen und daran zu denken, zusammenzuarbeiten, um die Covid-19-Epidemie zu verhindern

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Auch andere Krankenhäuser hatten Videoanleitungen auf ihrer Internetseite²⁰.

Auf der Seite eines Regionalen Gesundheitszentrums von Vietnam wurde ausgeführt:²¹

¹⁸ https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/bo-y-te-huong-dan-phong-chong-va-anh-gia-nguy-co-lay-nhiem-dich-covid-19-tai-ho-gia-inh?inheritRedirect=false

¹⁹ <http://taimuihongtphcm.vn/huong-dan-suc-hong-dung-cach/>

²⁰ <http://benhvienquanl1.vn/tin-tuc-benh-vien/bac-si-huong-dan-lam-nuoc-suc-mieng-tai-nha-rat-don-gian-truoc-mua-dich-covid19-n833.html>

²¹ <https://web.archive.org/web/20250424213017/https://trungtamytecangio.medinet.gov.vn/tin-tuc-su-kien/huong-dan-xit-mui-suc-hong-cmobile2085-52117.aspx>

Für COVID-19-Patienten und enge Kontaktpersonen von COVID-19-Patienten verschreiben Ärzte eine Lösung zum Gurgeln mit Desinfektionsmitteln wie Povidon-Jod, Chlorhexidin.

Schritte zum Gurgeln:

...

Einige Anmerkung

- *Mindestens 5 Mal gurgeln: morgens, abends, nach den 3 Mahlzeiten sammelt sich im Rachen Schleim aus Nase, Rachen oder Reizstoffen in der Nahrung.*

Auf der Seite der Vietnamesischen Botschaft in Japan wird ausgeführt²²:

Um die Ausbreitung von COVID-19 zu verhindern, möchte die Botschaft Informationen darüber weitergeben, wie man mit einer antiseptischen Lösung gurgelt und gurgelt, und die Bürger dazu ermutigen, Mundwasser und antibakterielles Mundwasser zu verwenden, bevor sie das Haus verlassen oder bis zu alle 3 Stunden zurückkehren.

Laut Arzt Hoang Van Huan, Hanoi Lung Hospital, dringt Covid-19 zunächst in die Schleimhaut von Nase und Mund ein und vermehrt sich in den oberen Atemwegen (Pharynx).

Nach einer Inkubationszeit wandern sie in die unteren Atemwege (Lunge, Bronchien).

Die antiseptische Mundspülung und das Gurgeln helfen, Viren abzutöten, verhindern, dass sie in den Oropharynx gelangen, unterstützen die Infektionsprävention und verhindern, dass sich Viren stärker ausbreiten.

Covid-19 parasitiert auf der Schleimhaut des Wirts, ist aber sehr schwach, wenn es in der Sonne, im Wind oder in Kontakt mit Antiseptika tritt.

²² <https://web.archive.org/web/20210117160359/https://vnembassy-jp.org/vi/th%C3%B4ng-b%C3%A0o-7-s%C3%B0ng-h%E1%BB%8Dng-%C4%91%C3%B0ng-c%C3%A1ch-ph%C3%B2ng-covid-19>

*Bei der unterstützenden Behandlung von mit Covid-19 infizierten Patienten fordert der Arzt den Patienten auf, den Oropharynx zu reinigen, um die Viruskonzentration zu reduzieren. **Er empfiehlt, mehrmals täglich zu gurgeln.***

Beim Gurgeln sollte jede Person ca. 2 Minuten lang 5-10 ml Mundspülung verwenden, dabei 3 mal für 15 Sekunden tief in den Rachenraum. Sie sollten Ihren Rachen desinfizieren, bevor Sie ausgehen, von draußen nach Hause kommen, im Flugzeug, nach Gesprächen oder in engem Kontakt mit anderen Menschen.

Hier fand sich ein weiterer Hinweis auf Mitteilungen des vietnamesischen Gesundheitsministeriums²³ mit folgendem Inhalt:

Ermutigen Sie die Menschen, antibakterielle Mundspülungen und Mundspülungen zu verwenden, um Atemwegserkrankungen vorzubeugen

Das SARS-CoV - 2-Virus dringt in den menschlichen Körper ein, zunächst in die Schleimhäute von Nase und Mund, und vermehrt sich in den oberen Atemwegen (Rachen, Rachen).

Nach einer Inkubationszeit wandern sie in die unteren Atemwege (Lunge, Bronchien). Die antiseptische Mundspülung und das Gurgeln helfen, Viren abzutöten, verhindern, dass sie in den Oropharynx gelangen, unterstützen die Infektionsprävention und verhindern, dass sich Viren stärker ausbreiten. Bei der unterstützenden Behandlung von Patienten, die mit Covid-19 infiziert sind, fordert der Arzt den Patienten auf, den Mund-Rachenraum zu reinigen, um die Konzentration des Virus zu reduzieren. Wir sollten mehrmals täglich gurgeln und gurgeln.

Hinweise zur Durchführung der Gurgelmethode:

...

Es traf mithin zu, dass Gurgeln ein wesentlicher Bestandteil der Covid-Bekämpfungsstrategie Vietnams im Jahre 2020 war, und Vietnam eine beeindruckend gute Covid-Bilanz in diesem Zeitraum vorzuweisen hatte.

²³ <https://web.archive.org/web/20241111102620/https://benhvienhuulung.vn/khuyen-khich-nguoi-dan-dung-nuoc-suc-hong-suc-mieng-diet-khuan-de-phong-chong-cac-dich-benh-lay-qua-duong-ho-hap/>

Man sieht daran ferner – anders als hier zu Lande, war es in Vietnam eine groß angelegte Informationspolitik, beginnend vom Gesundheitsministerium bis hin zu Seiten von Krankenhäusern, die Menschen über den Nutzen und die Vorteile von Nasen- und Rachenhygiene umfassend zu informieren.

Zusammenfassend ist daher festzustellen:

Die Meinungen von qualifizierten, erfahrenen und unbefangenen Experten, die Studienlage sowie Daten von einem Land, welches schwerpunktmäßig auf Nasen- und Rachenhygiene setzte, belegen, dass regelmäßige Nasen- und Rachenhygiene die Viruslast erheblich reduziert und damit das Ansteckungsrisiko erheblich verringert.

Laut Studien sinkt das Risiko einer Hospitalisierung um 65 % und das Risiko eines schweren Verlaufs um 79% bei regelmäßiger Mundspülung.

Prof. Zastrow hatte diesbezüglich, wie bereits ausgeführt, geäußert:

„Wer gespült und gegurgelt hat,
ist praktisch nicht mehr ansteckungsfähig
und wird auch nur mild erkranken!“

Expertenaussagen, Studien und die Erfahrungen anderer Länder blieben hier jedoch unbeachtet. In seiner Verzweiflung richtete Prof. Zastrow einen offenen Brief an die damalige Bundeskanzlerin Merkel, als

Anlage K St 3

anbei, in welchem er u.a. ausführt:

Öffentlicher Aufruf an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel Ihre Bürgerinnen und Bürger jetzt endlich über eine der einfachsten, wirksamsten, kostengünstigsten und seit Jahrzehnten in der Medizin erfolgreich eingesetzten Maßnahmen der Virus-Bekämpfung zu informieren. Nämlich die hocheffektive Desinfektion des Ortes, an dem das Virus in unseren Körper eindringt, den Mund-Rachen-Raum, mit einem viruziden, also Viren abtötenden Mund-Antiseptikum. Geeignet sind z.B. PVP-Jod-Präparate (z. B. Betaisodona ® Mundantiseptikum, Braunol®).

...

Nur so wird die Weiterverbreitung des Virus verhindert.

...

Wer dies bestreitet, an dem ist das Basiswissen der Infektionsbekämpfung und Hygiene völlig spurlos vorbeigezogen. Zuzulassen, dass das Virus den Mund-Rachen-Raum durch Husten und Niesen verlässt und Millionen Menschen ansteckt, ist absolut unverantwortlich und kommt einem Attentat auf die Gesundheit unserer Bürger gleich!

...

Diese bewährte Form der Virus Inaktivierung hätte, zusammen mit dem Mund-Nasen-Schutz, unbedingt schon seit Beginn der Corona-Pandemie Anfang 2020 eingesetzt werden müssen, um so die ungehinderte Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung, die vermeidbare Erkrankung Hunderttausender und überflüssige Lockdowns erfolgreich verhindern zu helfen! Im Gegensatz zu Ihrer Darstellung haben Sie eben nicht alles unternommen, um die Pandemie in Deutschland einzudämmen!

...

Offenbar war die Beratung auf dem Gebiet der Hygiene katastrophal!

...

Und da dies trotz meines Einschreibens vom 14.11.2020 an Sie und die Ministerpräsidenten Laschet und Söder, noch immer nicht geschieht, rufe ich Sie heute öffentlich auf, mit der Mund-Rachen-Desinfektion, als Ergänzung zu den Impfungen, die Rückkehr zu einem Leben ohne große Zahl von Neuerkrankungen, Todesfällen, weiteren Lockdowns und vielen Corona Einschränkungen zu unterstützen!

Im April-Juni 2020 habe ich in 5 Krankenhäusern (1500 Betten) und 12 Pflegeeinrichtungen (1200 Bewohner) die Desinfektion der Mundhöhle eingeführt. Der Erfolg war, dass in diesen Einrichtungen kaum noch Covid-19-Erkrankungen auftraten. Empfehlen Sie den Bürgern endlich die Desinfektion von Mundhöhle und Rachen. Diese Maßnahme zerstört alle Corona-Viren und Mutanten, auch die Delta-Variante.

...

Wer mit Schleimhautdesinfektionsmittel gespült und gegurgelt hat, inaktiviert die Viren, ist nicht mehr ansteckungsfähig und wird, wenn überhaupt, nur mild erkranken! Damit wird jede Infektionskette unterbrochen! Die prophylaktische Mundspülung an jedem dritten Tag reduziert die vorhandenen Viren immer wieder auf nahezu null. Damit ist die Ansteckung anderer Menschen nicht mehr möglich. Damit werden auch unsere Kinder, die

*bisher nicht geimpft werden können, vor Corona geschützt. **Ein erneuter Lockdown ist gänzlich überflüssig!***

Die Politik ignoriert diese Methode seit nunmehr einem Jahr und hat damit tausende von Covid-Erkrankungen begünstigt. Von den AHA-Regeln wirkt nicht eine einzige viruzid!

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Wer also tatsächlich – wie der Verordnungsgeber – Infektionsketten unterbrechen und die Inzidenzen herabsenken will, der hätte, um es wirksam zu tun, vorrangig auf Nasen- und Rachenhygiene setzen müssen, da nur diese die Viren im Nasen und Rachenraum schnell und effektiv abtötet und die Ansteckungsfähigkeit damit beenden.

Dies war nicht nur die Auffassung von Experten, bestätigt durch die Studienlage. Vielmehr wurden überall dort, wo die Konzepte umgesetzt wurden, die Infektionsketten tatsächlich wirksam unterbrochen.

Dies bestätigte

- **die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Bezug auf seit März 2020 eingeführte Präexpositionsprophylaxe in der Universitätsmedizin Greifswald,**
- **Prof. Zastrow in seinem offenen Brief an die Bundeskanzlerin in Bezug auf die von ihm betreuten 5 Krankenhäusern (1500 Betten) und 12 Pflegeeinrichtungen (1200 Bewohner), sowie**
- **die verfügbaren und öffentlich zugänglichen Daten zur Pandemiebekämpfungspolitik in Vietnam, deren Bestandteil solche Hygienekonzepte waren.**

Insofern wären derartige Konzepte nicht nur „das mildere Mittel“ im Vergleich zur umfassenden Impfung der Bevölkerung und zu (laut zahlreicher Experten ohnehin ungeeigneten und unsinnigen) 2G-Regelung gewesen, sondern vielmehr **das allein wirksame Mittel zur Erreichung dieses Zwecks.**

Unterlässt der Staat aber den Einsatz wirksamer Mittel, , um das von ihm erstrebte Ziel zu erreichen, trotz so vieler Hinweise auf ihr Vorhandensein, und entscheidet er sich stattdessen für weniger wirksame oder gar unwirksame Mittel, **so sind die damit verbundenen Eingriffe in die Grundrechte der betroffenen Bürger nicht erforderlich.**

Zumindest hätten den von 2G betroffenen Betreibern und Bürgern die Möglichkeiten gegeben werden müssen, ihrerseits durch wirksame Hygienekonzepte, wie von Prof. Zastrow und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene empfohlen und in anderen Ländern erfolgreich umgesetzt, Alternativen zu schaffen, so dass die Betroffenen gleichwohl am kulturellen Leben teilnehmen können.

Hierzu hätte es ausgereicht, wenn die betroffenen Einrichtungen von ihren (ungeimpften) Besuchern verlangt hätten, vor Eintritt ca. 30 Sekunden zu gurgeln – was unschwer hätte organisiert und überwacht werden können.

Die dadurch erfolgte Desinfektion des Rachens hätte – wie Prof. Zastrow wiederholt ausgeführt hat – etwaige Viren in einem so erheblichen Umfang abgetötet, dass Ansteckungen praktisch verhindert worden wären.

Beweis: Einholung eines Sachverständigengutachtens

Ein so weitgehender Eingriff in die Grundrechte der Betroffenen war damit zu keinem Zeitpunkt erforderlich.

Die Begründung der fehlenden Erforderlichkeit von Corona-Maßnahmen wie der 2G- ist zudem auf den Vorrang des Schutzes von Grundrechten gesunder Personen und die Verfügbarkeit zahlreicher alternativer staatlicher Handlungsoptionen hinzuweisen.

2. Weitere Einschränkungen der Erforderlichkeit

a. Nachrangige Inanspruchnahme von Nichtstörern

Zunächst muss im Recht der Gefahrenabwehr unterschieden werden zwischen „Störern“ (Infizierten) und „**Nichtstörern**“ (Gesunden).

- **Definition:** Weit mehr als **99 Prozent der ungeimpften Personen waren gesund** und somit nicht infektiös; sie gelten daher im gefahrenabwehrrechtlichen Sinne als Nichtstörer.

- **Staatliche Eigenleistung:** Maßnahmen gegen Nichtstörer sind nur dann zulässig, wenn der Staat die Gefahr nicht mit **eigenen Mitteln** – also ohne Freiheitseinschränkungen – beseitigen kann. Zu solchen eigenen Mitteln des Staates, die hätten primär eingesetzt werden können, gehörten insbesondere:

b. Ausbau und Sicherung der Krankenhauskapazitäten

Der Staat hätte vorrangig die Kapazitäten der Intensivstationen (ITS) steuern und stärken müssen, anstatt sie während der Coronapolitikzeit abzubauen.

- **Finanzielle Anreize:** Durch die Wiedereinführung von **Freihaltepauschalen** und Boni für Intensivbetten hätte der Staat die Zahl der betreibbaren Betten wieder auf den Stand zu Beginn der Epidemie heben können.
- **Personalmanagement:** Die Anwerbung, bessere Bezahlung und Schulung von Pflegepersonal hätte die personelle Basis für mehr Intensivkapazitäten geschaffen.
- **Anpassung des Personalschlüssels:** Im Notfall hätte der Pflegeschlüssel (Verhältnis von Personal zu Betten) vorübergehend flexibilisiert werden können, um mehr Betten betreiben zu können.
- **Mobilisierung der Notfallreserve:** Es existierte eine **Notfallreserve von über 10.000 Intensivbetten**, die innerhalb von sieben Tagen hätte aktiviert werden können.
- **Bereitstellung von Medizintechnik:** Die Verteilung der bereits beschafften, aber teils nicht abgerufenen Beatmungsgeräte hätte zur Aufrüstung von Low-Care- auf High-Care-Intensivbetten genutzt werden können.

c. Medizinische und therapeutische Alternativen

Anstatt auf einen indirekten Impfzwang zu setzen, hätte der Staat die medizinische Behandlung fördern können, insbesondere durch den sog. „off-label“-Einsatz bestehender und bereits zugelassener Medikamente:

Das renommierte medizinische Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte im März 2024 eine Studie über die beeindruckend guten Ergebnisse einer Frühtherapie von Covid-Patienten mit bisher bekannten und sicheren Medikamenten, die off-label, d.h. „für einen anderen Zweck als ursprünglich zugelassen“ genutzt werden.

Die Studie hat den Titel: „Early treatment with fluvoxamine, bromhexine, cyproheptadine, and niclosamide to prevent clinical deterioration in patients with symptomatic COVID-19: a randomized clinical trial, Dhammika Leshan Wannigama et al, und ist abrufbar unter DOI:<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102517>).²⁴

Wie bereits dem Titel der Veröffentlichung zu entnehmen ist, ging es dabei u.a. um die Behandlung von Covid-Patienten mit den bereits seit längerem zugelassenen Medikamente Fluvoxamin und Bromhexin.

Dieser Befund ist besonders interessant, weil es sich dabei um Medikamente handelt, die gut verfügbar, kostengünstig, und hinsichtlich Nebenwirkungen gut erforscht sind.

In dieser Studie heißt es:

"Repurposed drugs with host-directed antiviral and immunomodulatory properties have shown promise in the treatment of COVID-19, but few trials have studied combinations of these agents. The aim of this trial was to assess the effectiveness of affordable, widely available, repurposed drugs used in combination for treatment of COVID-19, which may be particularly relevant to low-resource countries.

...

Interpretation: Early treatment with these combinations among outpatients diagnosed with COVID-19 was associated with lower likelihood of clinical deterioration, and with significant and rapid reduction in the viral load and serum cytokines, and with lower burden of PASC symptoms. When started very soon after symptom onset, these repurposed drugs have high potential to prevent clinical deterioration and death in vaccinated and unvaccinated COVID-19 patients.

In Übersetzung:

"Wiederverwendete Medikamente mit wirtsspezifischen antiviralen und immunmodulatorischen Eigenschaften haben sich als vielversprechend für die

²⁴ [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(24\)00096-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(24)00096-8/fulltext)

Behandlung von COVID-19 erwiesen, aber nur wenige Studien haben Kombinationen dieser Mittel untersucht. Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit erschwinglicher, weithin verfügbarer, wieder verwendeter Medikamente in Kombination zur Behandlung von COVID-19 zu bewerten, was insbesondere für Länder mit geringen Ressourcen von Bedeutung sein könnte.

...

Interpretation: Eine frühzeitige Behandlung mit diesen Kombinationen bei ambulanten Patienten, bei denen eine COVID-19-Infektion diagnostiziert wurde, war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer klinischen Verschlechterung, einer signifikanten und raschen Senkung der Viruslast und der Serumzytokine sowie mit einer geringeren Belastung durch PASC-Symptome verbunden. Wenn diese wiederverwendeten Medikamente sehr bald nach Auftreten der Symptome eingesetzt werden, haben sie ein hohes Potenzial, eine klinische Verschlechterung und den Tod bei geimpften und ungeimpften COVID-19-Patienten zu verhindern.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Weiter heißt es in der Studie (in Übersetzung):

Von insgesamt 1900 teilnehmenden Personen beendeten 995 die Studie vollständig. In den Gruppen, die mit den Kombinationen Fluvoxamin + Bromhexin, Fluvoxamin + Cyproheptadin oder Niclosamid + Bromhexin behandelt wurden, verschlechterte sich der Gesundheitszustand bei keinem einzigen Teilnehmer – weder nach 9, 14 noch nach 28 Tagen (0 %).

In der Gruppe, die nur Fluvoxamin erhielt, verschlechterte sich der Zustand bei 5,6 % der Teilnehmenden (9 Personen) bis Tag 28 so weit, dass sie Sauerstoff über eine Nasenbrille (Low-Flow-Oxygen) benötigten.

Zum Vergleich: In der Kontrollgruppe mit Standardbehandlung verschlechterte sich der Zustand der meisten Teilnehmenden – und zwar bereits früh. Bis Tag 9 mussten 32,7 % (110 Personen) ins Krankenhaus, weil sie weiter medizinisch betreut werden mussten – auch wenn sie noch keinen zusätzlichen Sauerstoff brauchten. Bis Tag 28 stieg dieser Anteil auf 37,5 % (21 Personen). Außerdem benötigten bis Tag 9 bereits 20,8 % (70 Personen) Sauerstoff über die Nasenbrille, und bis Tag 28 brauchten 12,5 % (16 Personen) eine nicht-invasive oder sogar mechanische Beatmung.

Alle Behandlungsgruppen unterschieden sich dabei statistisch hochsignifikant von der Standardgruppe – sowohl an Tag 9, 14 als auch 28 ($p < 0,0001$). Auch im direkten Vergleich schnitten alle drei Medikamenten-Kombinationen deutlich besser ab als die Gruppe mit Fluvoxamin allein ($p < 0,0001$).

Weitere Ergebnisse laut der Studie:

- In keiner der Studiengruppen kam es zu Todesfällen.
- Bereits am dritten Behandlungstag zeigten die Teilnehmenden unter den Kombinationspräparaten deutlich geringere Virusmengen im Körper ($p < 0,0001$).
- Ab Tag 5 sanken auch bestimmte Entzündungswerte im Blut (IL-6, TNF- α , IL-1 β), und IL-8 sank ab Tag 7 – ebenfalls statistisch hochsignifikant.
- Die Häufigkeit von Langzeitfolgen nach COVID-19 (Long COVID bzw. PASC) war in den Behandlungsgruppen ebenfalls deutlich geringer ($p < 0,0001$).
- In der Standardgruppe traten 23 schwere Nebenwirkungen auf, in der Fluvoxamin-Gruppe nur eine – und in den anderen Behandlungsgruppen gar keine.

In dieser klinischen Studie mit fast 1.000 vollständig behandelten COVID-19-Patienten zeigten sich also drei Medikamenten-Kombinationen als besonders wirksam: *Fluvoxamin + Bromhexin*, *Fluvoxamin + Cyproheptadin* und *Niclosamid + Bromhexin*.

In keiner dieser Gruppen verschlechterte sich der Zustand der Patienten – niemand musste ins Krankenhaus, keine Beatmung, keine Todesfälle.

Im Gegensatz dazu kam es in der Vergleichsgruppe mit Standardbehandlung bereits nach neun Tagen bei über 30 % der Patienten zu einer klinischen Verschlechterung. Bis zum 28. Tag benötigten viele zusätzlichen Sauerstoff oder sogar maschinelle Beatmung. Auch Long-COVID-Symptome traten deutlich häufiger auf.

Besonders bemerkenswert dabei war: Die Viruslast im Körper der Behandelten sank bereits ab dem dritten Tag, die Entzündungswerte im Blut ab Tag fünf. Schwere Nebenwirkungen waren extrem selten – in den wirksamen Kombi-Gruppen trat keine einzige schwerwiegende Nebenwirkung auf.

Die Ergebnisse verdeutlichen das große Potenzial dieser günstigen, gut verfügbaren Medikamente – sowohl zur frühen Behandlung als auch zur Vorbeugung schwerer Verläufe und Langzeitfolgen.

Doch warum wird hier eine Studie aus dem Jahre 2024 vorgestellt, wo doch der streitgegenständliche Sachverhalt Ende 2021 war?

Die Antwort ist einfach: wenn man sich nur einige Minuten Zeit nimmt, um online zu recherchieren, findet man etwas Erstaunliches, nämlich:

Dass sowohl Fluvoxamin als auch Bromhexin gegen Covid-Erkrankungen, wenn man die Medikamente in der Frühphase der Erkrankung verschreibt, helfen, **ist bereits bekannt und durch Studien belegt seit März 2020.**

Also nicht erst seit März 2024, sondern seit März 2020 – vier Jahre früher und damit seit Beginn der Corona-Krise.

Was im „The Lancet“ ganze 4 Jahre nach Beginn der Coronapolitikzeit als „bahnbrechende Erkenntnis“ zur Wirksamkeit frühzeitiger Covid-Therapie mit Fluvoxamin und Bromhexin zelebriert wird, wussten man eigentlich schon seit 4 Jahren – oder man hätten es zumindest wissen können, hätte man sich nur einige Minuten genommen, um zu recherchieren.

Die ersten Studien dazu wurden bereits im Frühjahr 2020 veröffentlicht. Sie waren zudem für jedermann seit Anbeginn öffentlich zugänglich.

Auf der Internetseite <https://c19early.org/> wurden von Anbeginn der Coronapolitikzeit zahlreiche Studien veröffentlicht, die den Einsatz von bereits zugelassenen und nebenwirkungsarmen Medikamenten bei der Therapie von Covid-19 untersuchten.

Geht man auf die Internetseite, so sieht man auf der linken Seite alle Medikamente aufgelistet, zu denen insoweit Studien gemacht wurden. Darunter finden wir sowohl Fluvoxamin²⁵ als auch Bromhexin²⁶.

Klickt man auf der Seite <https://c19early.org/> links auf „Fluvoxamin“ und scrollt anschließend nach unten, wird ersichtlich, dass die allererste dazu veröffentlichte Studie **aus März 2020 stammt.**

Bereits im August 2020 wurde eine Studie veröffentlicht, wonach Fluvoxamin das Sterblichkeitsrisiko um 44% reduziert (Hoertel et al, „Is late treatment with

²⁵ <https://c19early.org/f>

²⁶ <https://c19early.org/b>

fluvoxamine beneficial for COVID-19? Retrospective 7,230 patients in France”, NATURE - Molecular Psychiatry, doi:10.1038/s41380-021-01021-4)²⁷.

Die Studie mit dem Titel „Association between antidepressant use and reduced risk of intubation or death in hospitalized patients with COVID-19: results from an observational study“ beinhaltet u.a. folgende Aussagen:

In this multicenter retrospective observational study involving a large sample of patients hospitalized for COVID-19, we found that antidepressant use, at a mean dosage of 21.6 (SD = 14.1) fluoxetine-equivalent milligrams, was significantly and substantially associated with reduced risk of intubation or death, independently of patient characteristics, clinical and biological markers of disease severity, and other psychotropic medications.

In Übersetzung:

In dieser multizentrischen, retrospektiven Beobachtungsstudie mit einer großen Gruppe von wegen COVID-19 hospitalisierten Patienten fanden wir heraus, dass die Einnahme von Antidepressiva — in einer durchschnittlichen Dosis von 21,6 Milligramm (Standardabweichung = 14,1), umgerechnet auf Fluoxetin — signifikant und deutlich mit einem verringerten Risiko für Intubation oder Tod verbunden war. Dieser Zusammenhang bestand unabhängig von den individuellen Merkmalen der Patienten, klinischen und biologischen Anzeichen für die Schwere der Erkrankung sowie der Einnahme anderer Psychopharmaka.

Das bedeutet im Ergebnis folgendes:

Diese Studie analysierte rückblickend die Krankendaten einer großen Zahl von COVID-19-Patienten, die in mehreren Kliniken stationär behandelt wurden.

Dabei zeigte sich, dass Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthalts Antidepressiva erhielten – im Durchschnitt in einer Dosis von etwa 21,6 mg Fluoxetin-Äquivalent – ein signifikant geringeres Risiko hatten, entweder beatmet werden zu müssen (Intubation) oder an der Erkrankung zu sterben.

Bemerkenswert dabei ist, dass dieser schützende Effekt unabhängig von anderen Risikofaktoren wie z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen oder Laborwerten bestand. Auch andere - gleichzeitig eingenommene - Psychopharmaka konnten

²⁷ <https://c19early.org/hoertel.html> <https://www.nature.com/articles/s41380-021-01021-4>

diesen Zusammenhang nicht erklären. Das spricht nach Ansicht der Autoren dafür, dass die Wirkung spezifisch mit der Einnahme von Antidepressiva zusammenhängt.

Zwar handelte sich um dabei eine Beobachtungsstudie, das heißt, sie kann zwar Zusammenhänge aufzeigen, aber keine eindeutige Kausalität beweisen. Dennoch liefert sie einen starken Hinweis darauf, dass bestimmte Antidepressiva möglicherweise protektive Effekte bei schweren COVID-19-Verläufen haben könnten – und legt damit die Grundlage für weitere kontrollierte klinische Studien.

Dieses positive Ergebnis von Fluvoxamin in Bezug auf Covid wurde über die folgenden Jahre immer und immer wieder bestätigt – Stand heute (08. April 2024) finden sich 14 Studien hierzu, in denen die Reduktion des Sterberisikos (Mortality) durchschnittlich bei 44% liegt²⁸. Dieser Durchschnitt wurde aus insgesamt 10 Studien mit insgesamt ca. 5.000 Patienten gebildet.

Dass also allein Fluvoxamin die Sterblichkeitsrate um mehr als 40% senkt, wussten wir seit August 2020 – bzw. man hätte es, hätte man sich nur dafür interessiert und ein wenig auf Google recherchiert, schon damals wissen können – bzw. man hätte es sogar wissen müssen.

Doch nicht nur die Sterblichkeitsrate – eine ganz gewichtige Kennzahl – wurde durch Fluvoxamine gesenkt; auch die Hospitalisierungsrate wurde durch Fluvoxamin im Durchschnitt, ermittelt aus 13 verschiedenen Studien mit insgesamt ca. 7.000 Patienten, um 51 % reduziert.²⁹

Die Studienlage zeigt also:

Allein das längst zugelassene und gut verträgliche Medikament Fluvoxamin senkte die Hospitalisierungsrate um 51% und die Sterblichkeit um 44%.

Um sich die Bedeutung dessen bewusst zu machen:

Die Hälfte all derjenigen, die wegen COVID-19 hospitalisiert werden mussten, hätten bei rechtzeitiger Verschreibung und Einnahme von Fluvoxamin nicht hospitalisiert werden müssen.

Die Krankenhäuser und Intensivstationen hätten dann nur halb so viele Patienten aufnehmen und behandeln müssen.

²⁸ <https://c19early.org/fmeta.html>

²⁹ <https://c19early.org/fmeta.html>

Und über 40 % derjenigen, die an Covid gestorben sind, hätten heute noch leben können, wären ihnen Fluvoxamin mit dem Wissen, **was schon 2020 vorhanden und öffentlich auffindbar war**, verschrieben worden.

Allein die Verschreibung von Fluvoxamin hätte also den Krankenhäusern hier zu Lande mehr als die Hälfte der COVID-19-Patienten erspart. Wobei wir infolge der massiv lückenhaften Datenerhebung, auf die Prof. Dr. Martin Schwab in seinen Schriftsätzen hingewiesen hat, bis heute nicht wissen, wie viele Menschen denn nun tatsächlich *wegen* COVID-19 in den sächsischen Kliniken lagen.

Nicht wesentlich anders liegt es bei dem zweiten in der Lancet-Studie erwähnten Medikament, nämlich: Bromhexin.

Der Durchschnitt aus drei Studien zur Wirkung von Bromhexin auf Covid-Patienten mit insgesamt 550 Patienten zeigt eine Reduzierung der Sterblichkeit um sage und schreibe 77 %!

Hinzu kommt eine Reduzierung der Hospitalisierungsrate um durchschnittlich 10 %.³⁰ **Auch zu Bromhexin stammen die ersten Studien aus März³¹ bzw. August 2020³².**

In einer – bereits im Juli 2020 veröffentlichten – Studie von Ansarin et al., Bioimpacts, doi:10.34172/bi.2020.27 mit dem Titel „Effect of bromhexine on clinical outcomes and mortality in COVID-19 patients: A randomized clinical trial“ wurde sogar – und zwar bei frühzeitiger Behandlung der Covid- Patienten mit Bromhexin - eine **Reduzierung der Sterblichkeit um 91 % festgestellt**.

In der Studie heißt es:

Results: A total of 78 patients with similar demographic and disease characteristics were enrolled. There was a significant reduction in ICU admissions (2 out of 39 vs. 11 out of 39, $P = 0.006$), intubation (1 out of 39 vs. 9 out of 39, $P = 0.007$) and death (0 vs. 5, $P = 0.027$) in the bromhexine treated group compared to the standard group. No patients were withdrawn from the study because of adverse effects.

Conclusion: The early administration of oral bromhexine reduces the ICU transfer, intubation, and the mortality rate in patients with COVID-19. This

³⁰ <https://c19early.org/bmeta.html>

³¹ <https://c19early.org/hoffman2.html>

³² <https://c19early.org/maggio.html>

affordable medication can easily be administered everywhere with a huge positive impact(s) on public health and the world economy. Altogether, the verification of our results on a larger scale and different medical centers is strongly recommended.

In Übersetzung:

Ergebnisse: Insgesamt wurden 78 Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren demografischen Merkmalen und Krankheitsverläufen in die Studie eingeschlossen. In der mit Bromhexin behandelten Gruppe zeigte sich eine signifikante Reduktion von Aufnahmen auf die Intensivstation (2 von 39 vs. 11 von 39, $p = 0,006$), Intubationen (1 von 39 vs. 9 von 39, $p = 0,007$) sowie Todesfällen (0 vs. 5, $p = 0,027$) im Vergleich zur Kontrollgruppe mit Standardtherapie. Kein Patient musste aufgrund von Nebenwirkungen aus der Studie ausgeschlossen werden.

Schlussfolgerung: Die frühzeitige orale Gabe von Bromhexin senkt nachweislich die Notwendigkeit einer Intensivbehandlung, die Intubationsrate und die Sterblichkeit bei COVID-19-Patienten. Dieses kostengünstige Medikament lässt sich weltweit problemlos einsetzen und könnte damit einen erheblichen positiven Einfluss auf die öffentliche Gesundheit sowie die globale Wirtschaft haben. Eine Bestätigung dieser Ergebnisse in größeren Studien und an verschiedenen medizinischen Zentren wird ausdrücklich empfohlen.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

In dieser Studie wurden 78 Menschen mit COVID-19 behandelt, aufgeteilt in zwei Gruppen: Die eine Hälfte bekam das Schleimlöser-Medikament *Bromhexin*, die andere Hälfte erhielt die übliche Standardbehandlung.

Das Ergebnis war sehr deutlich: In der Bromhexin-Gruppe mussten viel weniger Menschen auf die Intensivstation (nur 2 statt 11), deutlich seltener künstlich beatmet werden (1 statt 9), und es starb in dieser Gruppe niemand – während in der Vergleichsgruppe 5 Personen starben.

Wichtig war zudem auch folgendes: Niemand musste die Behandlung wegen Nebenwirkungen abbrechen; das Medikament wurde also gut vertragen.

Was diese Studie aufzeigt, ist folgendes:

Wenn man Bromhexin den Covid-Patienten früh genug verabreicht –möglichst direkt nach Beginn der COVID-19-Erkrankung – kann es schwere Verläufe verhindern; deutlich weniger Menschen müssen auf die Intensivstation, weniger müssen künstlich beatmet werden, und es sterben deutlich weniger Patienten.

Bromhexin ist zudem ein einfaches, weltweit verfügbares und sehr günstiges Medikament, das seit Jahrzehnten gegen Husten eingesetzt wird.

Das wusste man schon – wie gesagt – im Jahre 2020. Oder man hätte es zumindest wissen können, wenn man sich nur wenige Minuten Zeit genommen hätte, um dazu online zu recherchieren.

Angesichts der Studienlage lag es auf der Hand, dass eine Kombination von Bromhexin und Fluvoxamin sogar einen besseren Effekt auf Covid-Patienten haben könnte, als die Verabreichung nur eines dieser beiden Medikamente.

Schon 2020 gab es nachweislich und durch Studien belegt mithin Medikamente, die einzeln oder – besser noch – in Kombination miteinander das Infektionsgeschehen hätten erheblich reduzieren und insbesondere die befürchtete Überlastung der Krankenhäuser hätten verhindern können.

Die hier angegriffenen Maßnahmen, insbesondere die Einführung von 2G-Regelungen, waren mithin auch aus diesem Grund nicht notwendig.

Selbst wenn man im Jahre 2020 bzw. 2021 Zweifel an der Qualität dieser Studien gehabt haben sollten – nichts hätte dagegen gesprochen, dann eben qualitativ hochwertige Studien zu machen; man hätte nicht erst bis 2024 – dem Jahr der Lancet-Studie – mit dieser Studie warten müssen; man hätte diese vielmehr auch schon in 2020 oder 2021 machen können.

Dann hätte man auch bereits in 2020 oder 2021 eine entsprechend qualitativ hochwertige Studie dazu gehabt.

Auch wenn man die hier zitierten Studien damals nicht kannte (obwohl man sie unschwer hätte finden können), zumindest die in hochkarätigen Fachzeitschriften, wie nämlich

- The New England Journal of Medicine (NEJM)
- The Lancet
- JAMA (Journal of the American Medical Association)

- BMJ (British Medical Journal)
- Annals of Internal Medicine
- Nature Medicine

veröffentlichten Studien sollte man „auf den Schirm“ gehabt haben.

Bei einer solchen handelt es sich um „Fluvoxamine vs Placebo and Clinical Deterioration in Outpatients With Symptomatic COVID-19 - A Randomized Clinical Trial“, von Eric J. Lenze; Caline Mattar; Charles F. Zorumski et al, veröffentlicht am 12. November 2020 im renommierten JAMA (Journal of the American Medical Association), doi:10.1001/jama.2020.22760 ³³

Darin heißt es:

Interventions *Participants were randomly assigned to receive 100 mg of fluvoxamine (n = 80) or placebo (n = 72) 3 times daily for 15 days.*

Main Outcomes and Measures *The primary outcome was clinical deterioration within 15 days of randomization defined by meeting both criteria of (1) shortness of breath or hospitalization for shortness of breath or pneumonia and (2) oxygen saturation less than 92% on room air or need for supplemental oxygen to achieve oxygen saturation of 92% or greater.*

Results *Of 152 patients who were randomized (mean [SD] age, 46 [13] years; 109 [72%] women), 115 (76%) completed the trial. Clinical deterioration occurred in 0 of 80 patients in the fluvoxamine group and in 6 of 72 patients in the placebo group (absolute difference, 8.7% [95% CI, 1.8%-16.4%] from survival analysis; log-rank P = .009). The fluvoxamine group had 1 serious adverse event and 11 other adverse events, whereas the placebo group had 6 serious adverse events and 12 other adverse events.*

Conclusions and Relevance *In this preliminary study of adult outpatients with symptomatic COVID-19, patients treated with fluvoxamine, compared with placebo, had a lower likelihood of clinical deterioration over 15 days. However, the study is limited by a small sample size and short follow-up duration, and determination of clinical efficacy would require larger randomized trials with more definitive outcome measures.*

In Übersetzung:

³³ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2773108>

Interventionen

Die Teilnehmenden wurden zufällig entweder der Behandlung mit 100 mg Fluvoxamin ($n = 80$) oder einem Placebo ($n = 72$) zugeteilt. Die Einnahme erfolgte dreimal täglich über 15 Tage.

Hauptendpunkte und Messgrößen

Der primäre Endpunkt war eine klinische Verschlechterung innerhalb von 15 Tagen nach Randomisierung, definiert durch das gleichzeitige Vorliegen beider folgenden Kriterien:

1. Atemnot oder Krankenhausaufnahme wegen Atemnot oder Lungenentzündung und
2. Sauerstoffsättigung unter 92 % bei Raumluft oder Bedarf an zusätzlichem Sauerstoff, um eine Sättigung von mindestens 92 % zu erreichen.

Ergebnisse

Von den 152 randomisierten Patienten (mittleres Alter 46 Jahre [SD 13]; 109 [72 %] Frauen) beendeten 115 (76 %) die Studie.

Eine klinische Verschlechterung trat bei 0 von 80 Patienten in der Fluvoxamin-Gruppe auf, jedoch bei 6 von 72 Patienten in der Placebo-Gruppe (absolute Differenz 8,7 %, 95 %-Konfidenzintervall 1,8–16,4 %; Log-Rank-Test $p = 0,009$).

In der Fluvoxamin-Gruppe trat 1 schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis und 11 weitere Nebenwirkungen auf, während in der Placebo-Gruppe 6 schwerwiegende unerwünschte Ereignisse und 12 weitere Nebenwirkungen berichtet wurden.

Schlussfolgerung und Bedeutung

In dieser vorläufigen Studie mit erwachsenen ambulanten COVID-19-Patienten war die Behandlung mit Fluvoxamin im Vergleich zu Placebo mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer klinischen Verschlechterung innerhalb von 15 Tagen verbunden.

Die Aussagekraft der Studie ist jedoch durch die geringe Teilnehmerzahl und die kurze Nachbeobachtungszeit begrenzt. Zur verlässlichen Beurteilung der Wirksamkeit sind größere randomisierte Studien mit klareren Endpunkten erforderlich.

Wenig später gab es dann tatsächlich auch eine im großen Umfang angelegte Placebo-kontrollierte, randomisierte Studie, die das Ergebnis nochmals bestätigte, nämlich den sog. TOGETHER-Trial.

Der TOGETHER-Trial zu Fluvoxamin (Effect of early treatment with fluvoxamine on risk of emergency care and hospitalisation among patients with COVID-19) wurde erstmals am 9. Dezember 2021 als Preprint auf medRxiv online veröffentlicht und damit abrufbar.

Die peer-reviewte Vollversion erschien am 10. Januar 2022 in The Lancet Global Health.

Veröffentlichungszeitpunkte somit:

- Preprint (medRxiv): 9. Dezember 2021 – Erste öffentliche Verfügbarkeit der vollständigen Ergebnisse³⁴.
- Peer-reviewed (The Lancet Global Health): 10. Januar 2022 (Online First), DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00448-4³⁵.
- Trial-Registrierung: NCT04727424, Rekrutierung Fluvoxamin-Arm ab 20. Januar 2021 bis 5. August 2021

Die Placebo-kontrollierte, randomisierte Studie wurde mit symptomatischen brasilianischen Erwachsenen durchgeführt, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden und ein hohes Risiko für schwere Verläufe hatten.

Krankenhausbehandlungen und Besuche der Notaufnahme aufgrund von COVID-19 wurden bis zu 28 Tage nach Randomisierung berücksichtigt. Ob die Behandlung wirkte, wurde nach mindestens 24-stündiger Behandlung erfasst, wenn Patienten zudem eine hohe Behandlungsadhärenz hatten, also das Medikament nach Plan eingenommen wurde (Adhärenz mind. 80 %). Die Patienten erhielten das Medikament in einer Dosierung von 100 mg zweimal täglich für 10 Tage.

³⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262323v1>

³⁵ [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00448-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00448-4/fulltext)

741 Patienten erhielten Fluvoxamin, 756 erhielten Placebo. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer war 50 Jahre, mit einem Altersbereich von 18 bis 102 Jahre. 58 % der Teilnehmer waren Frauen.

Der Anteil der Patienten, die aufgrund von COVID-19 ins Krankenhaus mussten, war in der Fluvoxamin-Gruppe niedriger als in der Placebo-Gruppe:

Fluvoxamin: 79 von 741 Patienten (11 %)

Placebo: 119 von 756 Patienten (16 %)

Das relative Risiko für eine notwendige Krankenhausbehandlung lag damit bei 0,68 bei Behandlung mit dem Antidepressivum.

In der Fluvoxamin-Gruppe verstarben 17 Personen, in der Placebo-Gruppe 25 Personen – auch hierbei senkte das Antidepressivum das Risiko (Odds ratio: 0,68). Es gab dagegen keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der behandlungsabhängigen unerwünschten Ereignisse in beiden Gruppen.

Die Behandlung mit Fluvoxamin unter ambulanten Hochrisiko-Patienten im Frühstadium von COVID-19 reduzierte demnach die Notwendigkeit für Krankenhausbehandlungen.

In dieser Studie wird ausgeführt:

Findings

The study team screened 9803 potential participants for this trial. The trial was initiated on June 2, 2020, with the current protocol reporting randomisation to fluvoxamine from Jan 20 to Aug 5, 2021, when the trial arms were stopped for superiority. 741 patients were allocated to fluvoxamine and 756 to placebo. The average age of participants was 50 years (range 18–102 years); 58% were female. The proportion of patients observed in a COVID-19 emergency setting for more than 6 h or transferred to a tertiary hospital due to COVID-19 was lower for the fluvoxamine group compared with placebo (79 [11%] of 741 vs 119 [16%] of 756); relative risk [RR] 0·68; 95% Bayesian credible interval [95% BCI]: 0·52–0·88), with a probability of superiority of 99·8% surpassing the prespecified superiority threshold of 97·6% (risk difference 5·0%). Of the composite primary outcome events, 87% were hospitalisations. Findings for the primary outcome were similar for the modified intention-to-treat analysis (RR 0·69, 95% BCI 0·53–0·90) and larger in the per-protocol analysis (RR

0.34, 95% BCI, 0.21–0.54). There were 17 deaths in the fluvoxamine group and 25 deaths in the placebo group in the primary intention-to-treat analysis (odds ratio [OR] 0.68, 95% CI: 0.36–1.27). There was one death in the fluvoxamine group and 12 in the placebo group for the per-protocol population (OR 0.09; 95% CI 0.01–0.47). We found no significant differences in number of treatment emergent adverse events among patients in the fluvoxamine and placebo groups.

In Übersetzung:

Ergebnisse

Das Studienteam überprüfte 9.803 potenzielle Teilnehmende für diese Studie. Die Studie begann am 2. Juni 2020; das vorliegende Protokoll berichtet über die Randomisierung zu Fluvoxamin im Zeitraum vom 20. Januar bis 5. August 2021, als die Studienarme wegen Überlegenheit der Behandlung beendet wurden.

741 Patienten wurden der Fluvoxamin-Gruppe und 756 Patienten der Placebo-Gruppe zugeteilt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 50 Jahre (Spanne 18–102 Jahre); 58 % waren weiblich.

Der Anteil der Patienten, die aufgrund von COVID-19 länger als 6 Stunden in einer Notaufnahme beobachtet oder in ein tertiäres Krankenhaus verlegt werden mussten, war in der Fluvoxamin-Gruppe geringer als in der Placebo-Gruppe (79 [11 %] von 741 vs. 119 [16 %] von 756); das relative Risiko (RR) betrug 0,68 (95 % Bayessches Glaubwürdigkeitsintervall [BCI]: 0,52–0,88). Die Wahrscheinlichkeit der Überlegenheit lag bei 99,8 % und überschritt damit den vordefinierten Schwellenwert von 97,6 % (Risikodifferenz 5,0 %).

Von den Ereignissen des zusammengesetzten primären Endpunkts waren 87 % Hospitalisierungen. Die Ergebnisse für den primären Endpunkt waren ähnlich in der modifizierten Intention-to-treat-Analyse (RR 0,69; 95 % BCI 0,53–0,90) und noch ausgeprägter in der Per-Protokoll-Analyse (RR 0,34; 95 % BCI 0,21–0,54).

In der primären Intention-to-treat-Analyse traten 17 Todesfälle in der Fluvoxamin-Gruppe und 25 Todesfälle in der Placebo-Gruppe auf (Odds Ratio [OR] 0,68; 95 % Konfidenzintervall 0,36–1,27). In der Per-Protokoll-Population gab es einen Todesfall in der Fluvoxamin-Gruppe und 12 Todesfälle in der Placebo-Gruppe (OR 0,09; 95 % CI 0,01–0,47).

*Es fanden sich **keine signifikanten Unterschiede** in der Anzahl der behandlungsbedingten Nebenwirkungen zwischen der Fluvoxamin- und der Placebo-Gruppe.*

17 Todesfälle in der Fluvoxamin-Gruppe im Vergleich zu 25 Todesfällen in der Placebogruppe bedeutet eine Reduktion der Sterblichkeit von 42%!

Fast halb so viele Todesfälle gibt es also bei Covid-Patienten, wenn diese Fluvoxamin einnehmen.

Auch ausgehend vom TOGETHER – Trial hätten mithin, bei rechtzeitiger Verabreichung nur von Fluvoxamin – 42% weniger Todesfälle verzeichnet werden können; damit einhergehend wären weitaus geringere Belastungen der Krankenhäuser und der Intensivabteilungen gewesen.

Und – wie gesagt – diese groß angelegte Studie, die jeder in Politik und Medien damals hätte kennen müssen, wurde bereits Anfang Dezember 2021 als Preprint veröffentlicht, und wenig später dann peer-reviewed im renommierten „The Lancet“.

Warum – angesichts dieser hochwertigen (andernfalls wäre sie nicht im Lancet erschienen) Studie die Verabreichung von Fluvoxamin nicht umfassend jedenfalls ab Anfang Dezember 2021 erfolgte und die Politik nicht darauf hinwirkte, ist hier unklar.

Maßnahmen wie 2G wären dadurch jedenfalls überflüssig gewesen, denn die Belastung der Krankenhäuser wäre – bei entsprechender medikamentöser Behandlung der betroffenen Patienten - wesentlich geringer ausgefallen.

Beweis: Einholung eines Sachverständigengutachtens

- **Informationsaustausch:** Der Staat hätte Informationen über bereits erfolgreich erprobte Therapien gezielt an Kliniken und Ärzte weitergeben können.

3. Gezielter Schutz vulnerabler Gruppen

Statt die gesamte Bevölkerung („Nichtstörer“) einzuschränken, hätte der Staat den Schutz auf die tatsächlich gefährdeten Gruppen konzentrieren können:

Auch hierzu gab es bereits frühzeitig durch Studien belegte wissenschaftliche Erkenntnisse, die von den politisch Verantwortlichen ignoriert wurden.

Bekanntlich war SARS-Cov-2 nicht das erste Corona-Virus, mit dem die Menschheit zu tun hatte.

Im Zusammenhang mit vorher aufgetretenen Viren hatte es bereits zahlreiche Studien gegeben, die einen Zusammenhang zwischen Vitamin D-Defizit und einer erhöhten Anfälligkeit für (virale) Erkrankungen aufzeigten.

Vitamin D wirkt als Immunmodulator, der Reifung, Aktivierung und Steuerung verschiedener Immunzellen (v. a. T-, B-Zellen, Monozyten/Makrophagen, dendritische Zellen) beeinflusst; ein Defizit ist in Studien mit erhöhter Infektanfälligkeit und veränderter Immunantwort assoziiert. Mehrere experimentelle, klinische und epidemiologische Arbeiten zeigen, dass niedrige Vitamin-D-Spiegel mit höherem Risiko für Atemwegsinfekte, schwerere Verläufe und teils abgeschwächte Impfantworten verknüpft sind³⁶.

Daher lag es nahe, nach Auftreten von Saars-Cov-2 zu prüfen, ob es auch in Bezug auf Covid einen Zusammenhang zwischen Vitamin D-Defizit und Erkrankungen gibt.

Und tatsächlich wurden auch Studien dazu gemacht.

In einer am 03. September 2020 im renommierten JAMA veröffentlichten Studie mit dem Titel „Association of Vitamin D Status and Other Clinical Characteristics With COVID-19 Test Results“ von David O. Meltzer et al, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19722 wird folgendes ausgeführt³⁷:

Findings *In this cohort study of 489 patients who had a vitamin D level measured in the year before COVID-19 testing, the relative risk of testing positive for COVID-19 was 1.77 times greater for patients with likely deficient vitamin D status compared with patients with likely sufficient vitamin D status, a difference that was statistically significant.*

In Übersetzung:

³⁶ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3166406/>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7281985/>
<https://academic.oup.com/ofid/article/12/12/ofaf706/8328415?login=false>
³⁷ <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770157>

Ergebnisse In dieser Kohortenstudie mit 489 Patienten, bei denen im Jahr vor dem COVID-19-Test der Vitamin-D-Spiegel bestimmt worden war, war das relative Risiko, positiv auf COVID-19 getestet zu werden, bei Patienten mit wahrscheinlich bestehendem Vitamin-D-Mangel um den Faktor 1,77 höher als bei Patienten mit wahrscheinlich ausreichendem Vitamin-D-Status. Dieser Unterschied war statistisch signifikant.

In einer aus Frankreich stammenden, und im Oktober 2021 veröffentlichten Studie heißt es³⁸:

Background: The objective of this extension phase of the quasi-experimental GERIA COVID study was to determine whether vitamin D3 supplementation taken prior to or during COVID-19 was associated with better 3- month survival in geriatric patients hospitalized for COVID-19.

Methods: Intervention group was defined as all participants supplemented with vitamin D3 prior to or during COVID-19 (n = 67). Supplements were either bolus vitamin D3 (ie, 50,000 IU per month, or 80,000 IU or 100,000 IU or 200,000 IU every 2–3 months), or daily supplementation with 800 IU. Comparator group involved those without vitamin D supplements (n = 28). Outcome was 3-month mortality. Covariables were age, sex, functional abilities, history of malignancies, cardiomyopathy, undernutrition, number of acute health issues, antibiotics use, systemic corticosteroids use, and 25(OH)D concentration.

Results: 76.1 % (n = 51) of participants survived at 3 months in Intervention group, compared to only 53.6 % (n = 15) in Comparator group (P = 0.03). The fully-adjusted hazard ratio for 3-month mortality was HR = 0.23 [95 %CI: 0.09;0.58](P = 0.002) in Intervention group compared to Comparator group. Intervention group had also longer survival time (log-rank P = 0.008).

Conclusions: Vitamin D3 supplementation was associated with better 3-month survival in older COVID-19 patients.

In Übersetzung:

Hintergrund:

Ziel dieser Erweiterungsphase der quasi-experimentellen GERIA-COVID-Studie war es zu untersuchen, ob eine Vitamin-D3-Supplementierung vor oder

³⁸ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960076021001515?via%3Dihub>

während einer COVID-19-Erkrankung mit einer besseren 3-Monats-Überlebensrate bei geriatrischen Patienten, die wegen COVID-19 hospitalisiert waren, verbunden ist.

Methoden:

Die Interventionsgruppe umfasste alle Teilnehmenden, die vor oder während der COVID-19-Erkrankung Vitamin D3 erhielten ($n = 67$). Die Supplementierung erfolgte entweder als Bolusgabe (z. B. 50.000 IE monatlich oder 80.000 IE, 100.000 IE oder 200.000 IE alle 2–3 Monate) oder als tägliche Gabe von 800 IE.

Die Vergleichsgruppe bestand aus Patienten ohne Vitamin-D-Supplementierung ($n = 28$).

Der Endpunkt war die Sterblichkeit nach 3 Monaten. Als Kovariablen wurden berücksichtigt: Alter, Geschlecht, funktionelle Fähigkeiten, Krebserkrankungen in der Vorgeschichte, Kardiomyopathie, Mangelernährung, Anzahl akuter Erkrankungen, Antibiotikatherapie, systemische Kortikosteroidtherapie sowie die 25(OH)D-Konzentration.

Ergebnisse:

Nach drei Monaten lebten 76,1 % ($n = 51$) der Patienten in der Interventionsgruppe, verglichen mit nur 53,6 % ($n = 15$) in der Vergleichsgruppe ($P = 0,03$).

Die vollständig adjustierte Hazard Ratio für die 3-Monats-Mortalität betrug $HR = 0,23$ (95 %-Konfidenzintervall: 0,09–0,58; $P = 0,002$) zugunsten der Interventionsgruppe.

Zudem zeigte die Interventionsgruppe eine längere Überlebenszeit (Log-Rank-Test $P = 0,008$).

Schlussfolgerung:

Eine Vitamin-D3-Supplementierung war bei älteren COVID-19-Patienten mit einer besseren Überlebensrate nach 3 Monaten assoziiert.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Zuvor, nämlich am 06. Juli 2021, war eine Studie veröffentlicht, die den Effekt von Vitaminzusätzen untersuchte³⁹.

Dort heißt es:

We present a 20-week study of our clinical experience with a multi-component over-the-counter (OTC) "core formulation" regimen used in a multiply exposed, high risk population. The OTC core supplementation formulations used include zinc and zinc ionophores; vitamins C, D3 and E; and L-lysine.

Results.

While both groups were moderate in size, the difference between them in outcomes over the 20-week study period was large and stark: Just under 4% of the compliant test group presented flu-like symptoms, but none of the test group was COVID-positive; whereas 20% of the non-compliant control group presented flu-like symptoms, three-quarters of whom (15% overall of the control group) were COVID-positive.

In Übersetzung:

Wir präsentieren eine 20-wöchige Studie unserer klinischen Erfahrungen mit einem mehrkomponentigen, frei verkäuflichen (OTC) „Basis-Supplementierungsregime“, das in einer mehrfach exponierten Hochrisikopopulation angewendet wurde.

Die verwendete OTC-Supplementierung umfasste Zink und Zink-Ionophore, die Vitamine C, D3 und E sowie L-Lysin.

Ergebnisse:

Obwohl beide Gruppen eine moderate Größe hatten, war der Unterschied in den Ergebnissen über den 20-wöchigen Studienzeitraum deutlich und ausgeprägt:

Knapp 4 % der therapietreuen Testgruppe entwickelten grippeähnliche Symptome, keine Person aus dieser Gruppe war jedoch COVID-positiv. In der nicht-therapietreuen Kontrollgruppe hingegen entwickelten 20 % grippeähnliche Symptome, und davon waren drei Viertel (entsprechend 15 % der gesamten Kontrollgruppe) COVID-positiv.

³⁹ <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2515690X211026193>

Insbesondere zum Schutz vulnerabler Gruppen in Alters- und Pflegeheimen hätte, zur Verringerung des Risikos schwerer Verläufe eine Zugabe von Vitaminen, allen voran Vitamin D, einen erheblichen Beitrag leisten können.

Aufklärung und Gesundheitsförderung

Der Staat hätte in diesem Zusammenhang verstärkt auf die Eigenverantwortung und Prävention setzen können, insbesondere durch:

- **Gesundheitsinformationen:** Aufklärung über gesunde Ernährung, Bewegung und Maßnahmen zur **Stärkung des Immunsystems** (z. B. Vitamin D-Gaben).
- **Zielgerichtete Überzeugungsarbeit:** Anstatt pauschalen Druck auszuüben, hätte die Überzeugungsarbeit in jenen Altersgruppen intensiviert werden können, die tatsächlich das höchste Risiko für das Gesundheitssystem darstellen.

Bevor die Freiheit gesunder Menschen massiv eingeschränkt wird, müssen zunächst alle Maßnahmen gegen die tatsächlichen Störer (Isolierung von Infizierten) ausgeschöpft werden.

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird hierzu auf das Rechtsgutachten des Prof. Dr. Dietrich Murswiek „Freiheitseinschränkungen für Ungeimpfte – Die Verfassungswidrigkeit des indirekten COVID-19-Impfzwangs“, vom 04.10.2021, abrufbar unter <https://impfentscheidung.online/wp-content/uploads/2021/10/Gutachten-Die-Verfassungswidrigkeit-des-indirekten-Corona-Impfzwangs.pdf>, insbesondere in den Randnummern 128 bis 146 Bezug genommen.

Das Gutachten wird zudem als

Anlage K St 4

beigefügt.

3. Prüfungsumfang der Gerichte und Einschätzungsspielraum

Die Beklagtenseite wird möglicherweise einwenden, der Prüfungsumfang des Gerichts sei hier reduziert, da der Verordnungsgeber einen Einschätzungsspielraum habe. Dies wäre allerdings nicht zutreffend.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich mehrfach dazu geäußert, und zwar wie folgt:

Im Beschluss des Ersten Senats vom 19. November 2021

- 1 BvR 781/21 -
- 1 BvR 798/21 -
- 1 BvR 805/21 -
- 1 BvR 820/21 -
- 1 BvR 854/21 -
- 1 BvR 860/21 -
- 1 BvR 889/21 -

(sog. „Bundesnotbremse I“) Rn. 190 ff, heißt es:

Fehlt ein gesicherter Erkenntnisstand über die Wirkungsweise und die Wirksamkeit gesetzlicher Maßnahmen kann sich zwar die auf die Eignung bezogene Einschätzungsprärogative mit der Zeit auch dadurch verengen, dass der Gesetzgeber nicht hinreichend für einen Erkenntnisfortschritt Sorge trägt. Je länger eine unter Nutzung von Prognosespielräumen geschaffene Regelung in Kraft ist und sofern der Gesetzgeber fundiertere Erkenntnisse hätte erlangen können, umso weniger kann er sich auf seine ursprünglichen, unsicheren Prognosen stützen (vgl. BVerfGE 152, 68 <119 Rn. 134>)

In seinem Urteil vom 5. November 2019 - 1 BvL 7/16 – stellt das BverfG fest (Rn. 134)

c) Hier ist der sonst bestehende Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers beschränkt. Zwar verfügt er regelmäßig über einen weiten Spielraum, die Wirkung der von ihm gewählten Maßnahmen auch im Vergleich zu anderen, weniger belastenden Maßnahmen zu prognostizieren, und kann sich dabei auch mit geringen Erfolgswahrscheinlichkeiten begnügen. Doch ist der Spielraum enger, wenn er auf existenzsichernde Leistungen zugreift. Der Gesetzgeber muss der Wahl und Ausgestaltung seines Konzepts eine verfassungsrechtlich tragfähige Einschätzung zugrunde legen; soweit er sich auf Prognosen über tatsächliche Entwicklungen und insbesondere über die Wirkungen seiner Regelung stützt, müssen diese hinreichend verlässlich sein

(vgl. BVerfGE 88, 203 <262>). Je länger eine Minderungsregel in Kraft ist **und der Gesetzgeber damit in der Lage, fundierte Einschätzungen zu erlangen, umso weniger genügt es, sich auf plausible Annahmen zur Wirkung der Durchsetzungsmaßnahmen zu stützen. Umso tragfähigerer Erkenntnisse bedarf es dann, um die Eignung, Erforderlichkeit und Angemessenheit dieser Sanktionen zu belegen** (zur abnehmenden Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers: BVerfGE 143, 216 <245 Rn. 71>).

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 971/21 Bundesnotbremse II

Rn. 176ff, führt das BVerfG aus:

(a) Eine Pandemie bewirkt eine lange andauernde, sich dynamisch entwickelnde und mit vielen Ungewissheiten behaftete Gefährdung von Leib und Leben. Die Eindämmung von Infektionen bedarf fortdauernder und wiederkehrender Maßnahmen. **In dieser Situation kann die Zumutbarkeit der im weiteren Fortgang zu treffenden Gefahrenabwehrmaßnahmen auch davon abhängen, ob und inwieweit die damit verbundenen Belastungen bei zwischenzeitlichem staatlichem Handeln vermeidbar gewesen wären.**

Dem Interesse der Betroffenen, von grundrechtsbelastenden Maßnahmen verschont zu werden, kann dann bei der Abwägung mit gegenläufigen Gemeinwohlbelangen ein umso größeres Gewicht zukommen, **je mehr im weiteren Fortgang einer lang andauernden Gefahrenlage absehbare weitere Belastungen bei einem rechtzeitigen, zumutbaren und sich in der Sache aufdrängenden Handeln des Staates vermeidbar gewesen wären.**

177

Das kann etwa der Fall sein, wenn die Ungewissheit über die Wirksamkeit milderer Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie bei weiteren Gefahrenabwehrmaßnahmen deshalb fortbesteht, weil die hierfür benötigten Daten mangels entsprechender staatlicher Regelungen nicht erhoben werden konnten.

Generell kann sich der Gesetzgeber umso weniger auf nicht abgesicherte Annahmen zu Wirkungszusammenhängen stützen, je länger belastende Regelungen in Kraft sind und sofern der Gesetzgeber fundiertere Einschätzungen hätte erlangen können. Je länger eine belastende Regelung

in Kraft ist, umso tragfähiger müssen die zugrundeliegenden Erkenntnisse sein, um die Maßnahmen aufrecht zu erhalten (vgl. BVerfGE 152, 68 <119 f. Rn. 134>).

Das verlangt vom Gesetzgeber, Ursachenzusammenhänge über den Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes hinaus im Blick zu behalten und für deren weitere Ergründung zu sorgen (vgl. auch BVerfGE 110, 141 <166>).

*Besteht die Situation der Ungewissheit fort, weil es der Wissenschaft nicht gelingt, die Erkenntnislage zu verbessern, wirkt sich dies aber nicht auf die verfassungsrechtliche Beurteilung des weiteren Vorgehens aus. **Anders kann es jedoch liegen, wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die eine bessere Einschätzung der Wirksamkeit milderer Alternativen zur Bekämpfung der Gefahr erlauben, deshalb nicht gewonnen werden konnten, weil es an der vom Staat zu schaffenden Grundlage für die Erhebung von Daten in einem von ihm verantworteten Bereich fehlt.***

Vereinfacht formuliert **gehen Unklarheiten und Unsicherheit zu Lasten des Staates, wenn dieser es versäumt (hat) rechtzeitig die erforderliche Klarheit zu schaffen.**

Auf einen etwaigen Einschätzungsspielraum kann sich der Staat dann auch nicht mehr berufen.

Insgesamt zeigen mithin die bisherigen Ausführungen, dass die vom Verordnungsgeber angeordneten 2G-Maßnahmen nicht geeignet, jedenfalls aber nicht erforderlich waren.

Durch sinnvolle und in der Praxis bewährte Hygienekonzepte (vor allem betreffend den Nasen- und Rachenbereich), durch frühzeitigen off-label-Einsatz von Medikamenten (wie Fluvoxamin und Bromhexin) sowie durch Stärkung des Immunsystems vulnerabler Gruppen (Zugabe von Vitaminen, insbesondere Vitamin D) hätte das Infektionsgeschehen signifikant reduziert und Infektionsketten wirksam unterbrochen werden können.

Es hätte sodann keinen Grund gegeben, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu befürchten.

Die vom Verordnungsgeber angeordneten, in die Grundrechte zahlreicher Nichtstörer schwerwiegend eingreifenden Maßnahmen waren daher nicht erforderlich.

III. Unverhältnismäßigkeit im engeren Sinne (Angemessenheit)

Die hier angegriffenen Maßnahmen waren zudem nicht verhältnismäßig.

1. Grundsatz

Insoweit muss die Prüfung der Verhältnismäßigkeit eines staatlichen Eingriffs als **konkrete Güterabwägung** zwischen den auf beiden Seiten betroffenen grundrechtlichen Schutzgütern erfolgen, wobei eine rein abstrakte Abwägung (z. B. „Leben gegen Freiheit“) verfassungsrechtlich unzulässig ist.

Es sind für eine korrekte Prüfung folgende Maßstäbe entscheidend:

- **Ermittlung des konkreten Nutzens:** Auf der „Nutzen-Seite“ der Abwägung darf nicht das abstrakte Ziel (z. B. der Schutz von Leben und Gesundheit) stehen, sondern nur der **konkrete Beitrag**, den die spezifische Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels leistet.
- **Risikominderung als Maßstab:** Da es bei Infektionsschutzmaßnahmen um Prävention geht, besteht der Gemeinwohlvorteil in der **Minderung eines Risikos** (Eintrittswahrscheinlichkeit × Schadensumfang). Es muss also abgeschätzt werden, um wie viel die Wahrscheinlichkeit einer Überlastung des Gesundheitssystems durch die Maßnahme tatsächlich sinkt.
- **Berücksichtigung der Eingriffsintensität:** Umfang und Schwere der Grundrechtsbeeinträchtigungen müssen exakt beschrieben werden. Dabei ist insbesondere die **Inanspruchnahme von „Nichtstörern“** (Gesunden) sowie die Dauer der Maßnahmen als erschwerender Faktor zu gewichten.
- **Gesamtbilanz der Folgen:** In die Waagschale müssen auf der Negativ-Seite auch alle **Kollateralschäden** (soziale, psychische und ökonomische Folgeschäden) sowie gegenläufige Effekte auf die Gesundheit (z. B. durch verschobene Operationen) eingestellt werden.
- **Kollektive vs. individuelle Abwägung:** Bei Gesetzen, die die Allgemeinheit betreffen, müssen entweder der **kollektive Gesamtnutzen** gegen die **Summe**

aller Belastungen abgewogen werden oder der winzige individuelle Nutzenbeitrag gegen die individuelle Belastung.

Bei der Verhältnismäßigkeitsprüfung der Einführung von 2G-Regelungen dürfen die Alternativen zu 2G - namentlich die Impfung - nicht außer Betracht bleiben. Dies gilt bereits deshalb, weil 2G ersichtlich auch dem Zweck diene, den Druck auf ungeimpfte Personen zu erhöhen, um sie zur Impfung zu veranlassen.

Ob eine 2G-Regelung und der hierdurch erzeugte Impfdruck verhältnismäßig sind, **ist dabei maßgeblich davon abhängig, um welche Art von Impfstoffen es sich handelt**. Eine solche Maßnahme ist im Hinblick auf ihre Verhältnismäßigkeit anders zu bewerten, wenn etablierte, hinreichend geprüfte und als sicher einzustufende Impfstoffe zur Verfügung stehen, als wenn Impfstoffe eingesetzt werden, die nicht ausreichend geprüft sind und deren Sicherheit nicht verlässlich feststeht.

Im letztgenannten Fall wäre eine 2G-Regelung, die den Druck auf ungeimpfte Personen erhöht, in deutlich geringerem Maße verhältnismäßig als in dem erstgenannten Fall.

2. Fehlende Daten zu abwägungserheblichen Sachverhalten und offene Fragen

Das Problem liegt allerdings darin, dass wegen nicht ausreichend erhobener Daten seitens des Staates bereits der Umfang der Eingriffsintensität nicht feststellbar ist.

Insbesondere ist nicht feststellbar, welche gesundheitlichen Risiken für die Betroffenen durch die hier mittels 2G eingeführte mittelbare Impfpflicht begründet wurden.

a. Fehlende Transparenz bezüglich Studien der Hersteller

Die Daten zum **Sicherheitsprofil der Impfstoffe**, die für die vorläufige Zulassung von Bedeutung waren, stammten von den Herstellern, wodurch bereits eine Befangenheit besteht.

Die renommierte Organisation Transparency International beanstandete dabei, dass die Hersteller der Impfstoffe **nicht alle Studien**, die sie gemacht haben, **veröffentlicht** haben, sondern weniger als die Hälfte, während mehr als die Hälfte

bei ihnen unter Verschluss bleiben; von den veröffentlichten Studien sind viele nur im Ergebnis bekannt, so dass eine Überprüfung durch andere, unabhängige Wissenschaftler und Institute bisher nicht erfolgen und eine umfassende wissenschaftliche Debatte darüber bisher geführt werden konnte.⁴⁰

Was in den anderen nicht veröffentlichten Studien steht und ob darin insbesondere gesundheitliche Risiken erwähnt wurden, das weiß man nicht.

Möglich wäre es, zumal es angesichts des mangelnden Vertrauens großer Teile der Bevölkerung in dieser neuartigen Technologie es durchaus Sinn gemacht hätte, ausnahmslos alle Studien zu veröffentlichen, wenn darin ohnehin nichts Bedenkliches stand.

b. Unzureichende Prüfung der Sicherheit der Impfstoffe

Auch die Prüfungen, die von den Herstellern vorgenommen wurden, waren unzureichend.

Die wenigen Prüfungen und Untersuchungen, die beispielsweise der Hersteller Pfizer absolvieren mussten, bevor sein Produkt die bedingte Zulassung erhalten konnte, hat Pfizer in dem Dokument „ANHANG I - ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS“

als Anlage K St 5 anbei

und abrufbar unter https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx_150522_de.pdf wie folgt beschrieben (dort Seite 9):

5.3 Präklinische Daten zur Sicherheit

Nichtklinische Daten zeigten auf der Grundlage konventioneller Studien zur Toxizität bei wiederholter Verabreichung sowie zur Reproduktions- und Entwicklungstoxizität keine besondere Gefahr für den Menschen.

⁴⁰ <https://web.archive.org/web/20210624121757/https://www.transparency.de/aktuelles/detail/article/weltweite-transparency-studie-zeigt-mangelnde-transparenz-von-impfstoff-studien-und-beschaffungsver/>

Allgemeine Toxizität

Ratten, denen intramuskulär Comirnaty verabreicht wurde (Gabe von einmal wöchentlich 3 vollen Humandosen, die bei Ratten aufgrund von Körpergewichtsunterschieden relativ höhere Werte erzeugen), zeigten an der Injektionsstelle Ödeme und Erytheme und einen Anstieg der weißen Blutkörperchen (einschließlich basophile und eosinophile Leukozyten), die mit einer Entzündungsreaktion übereinstimmen, sowie eine Vakuolisierung der portalen Hepatozyten ohne Anzeichen einer Leberschädigung. Alle Effekte waren reversibel.

Genotoxizität/Karzinogenität

Es wurden weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt. Es wird nicht erwartet, dass die Bestandteile des Impfstoffs (Lipide und mRNA) ein genotoxisches Potential haben.

Reproduktionstoxizität

Die Reproduktions- und Entwicklungstoxizität wurde an Ratten in einer kombinierten Fertilitäts- und Entwicklungstoxizitätsstudie untersucht, bei der weiblichen Ratten Comirnaty vor der Paarung und während der Gravidität intramuskulär verabreicht wurde (Gabe von 4 vollen Humandosen, die bei Ratten aufgrund von Körpergewichtsunterschieden relativ höhere Dosen erzeugen, und sich zwischen dem Tag 21 vor der Paarung und dem Tag 20 der Gravidität erstreckten). SARS-CoV-2 neutralisierende Antikörperreaktionen waren bei den mütterlichen Tieren von vor der Paarung bis zum Ende der Studie am postnatalen Tag 21 sowie bei den Föten und Nachkommen vorhanden. Es gab keine impfstoffbedingten Auswirkungen auf die weibliche Fertilität, die Trächtigkeit oder die Entwicklung des Embryos und Fötus oder der Nachkommen. Es liegen keine Daten zu Comirnaty zum Plazentatransfer des Impfstoffs oder zur Ausscheidung in der Milch vor.

Mehr als das wurden offensichtlich nicht geprüft.

Bekanntlich sind, was Krankheiten angeht, die Todesursachen in der westlichen Welt nach wie vor 1.: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 2.: Krebs.

Impfstoffe, die an Milliarden gesunde Menschen verabreicht werden, sollten daher zumindest darauf überprüft werden, ob sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder Krebserkrankungen auslösen, fördern oder bestehende Erkrankungen zumindest verschlimmern könnten.

Denn wir können es uns als Gesellschaft nicht erlauben, diesbezüglich „ins Blaue hinein“ zu agieren, und Milliarden Menschen Impfstoffe zu geben, von denen wir nur hoffen, dass es insoweit schon keine negativen Folgen haben wird. Wir hätte es prüfen und insoweit auf Nummer sicher gehen müssen!

Das wurde allerdings – unstreitig – nicht getan.

Im „ANHANG I - ZUSAMMENFASSUNG DER MERKMALE DES ARZNEIMITTELS“, dort auf Seite 9 unter 5.3. heißt es:

„Genotoxizität/Karzinogenität

Es wurden weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt. Es wird nicht erwartet, dass die Bestandteile des Impfstoffs (Lipide und mRNA) ein genotoxisches Potential haben.“

Das heißt: ob diese Impfstoffe krebsrelevant sein könnten, wurde nicht geprüft. Als Begründung wurde angegeben, der Hersteller „erwarte“ kein genotoxisches Potential. Insoweit wäre es aufschlussreich zu erfahren, auf der Grundlage welcher Studien der Hersteller zu dieser Erwartungshaltung gelangen konnte und ob diese tatsächlich plausibel war.

Hinzu kommt, dass ein Hersteller stets ein Interesse daran haben wird, nicht allzu viele negative Folgen seines Produkts „zu erwarten“ und möglichst wenig Prüfungen vorzunehmen, denn jede weitere Prüfung erhöht für ihn das Risiko, dass die Zulassung seines Produktes daran scheitern könnte.

Sich mithin hier auf die „Erwartungen“ des Herstellers zu verlassen, anstatt diesem aufzugeben, die Genotoxizität und Kanzerogenität ausführlich zu prüfen, ist grob fahrlässig.

Da sich Krebserkrankungen über viele Jahre und manchmal sogar über Jahrzehnte entwickeln, werden wir erst in mehreren Jahren wissen, ob sich die „Erwartungen“ des Herstellers hier bewahrheiten – es bleibt zu hoffen!

Wo kämen wir allerdings hin, wenn wir uns in Zukunft auf die Herstellerangaben verlassen, nach dem Motto: „Wenn uns der Hersteller sagt, da gibt es kein Problem, dann wird das schon so sein“. Wir könnten uns dann die Prüfung von Arzneimitteln und deren Zulassung vollständig „sparen“ – wir verlassen uns einfach auf das, was uns die Hersteller sagen.

Zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen räumen Pfizer/Biontech in ihrem Beipackzettel (engl. Version, abrufbar unter <https://www.fda.gov/media/151707/download>) selbst ein, dass sie die Spätfolgen diesbezüglich nicht einschätzen können (Seite 7 unter: 5.2.):

*„Although some cases required intensive care support, available data from short-term follow-up suggest that most individuals have had resolution of symptoms with conservative management. **Information is not yet available about potential longterm sequelae.**“ _*

In Übersetzung:

*„Obwohl in einigen Fällen eine intensivmedizinische Betreuung erforderlich war, deuten die verfügbaren Daten aus der kurzfristigen Nachbeobachtung darauf hin, dass die Symptome bei den meisten Personen mit einer konservativen Behandlung verschwunden sind. **Es liegen noch keine Informationen über mögliche Langzeitfolgen vor.**“*

Hierzu muss man wissen, dass es außer der akuten Myocarditis, die sofort symptomatisch auftritt, es auch die sog. chronische Myocarditis gibt, die sich schleichend über mehrere Jahre entwickelt, bis sich die ersten Symptome zeigen.

Eine **akute Myokarditis** entwickelt sich rasch, mit plötzlichen Symptomen wie grippeähnlichen Beschwerden, Brustschmerzen, Herzrasen oder Atemnot und kann schnell zu Herzschwäche oder lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen führen.

Die **schleichende (chronische) Myokarditis** ist hingegen eine langfristige, anhaltende Entzündung, die sich schleichender entwickelt, oft mit unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit, Leistungsschwäche und kann zur irreversiblen Schädigung des Herzmuskels (dilatative Kardiomyopathie) und chronischer Herzinsuffizienz führen und Betroffene müssen normalerweise lebenslang Medikamente einnehmen⁴¹.

⁴¹ <https://www.usz.ch/krankheit/myokarditis/>

Ob und in welchem Umfang die Impfstoffe chronische Myocarditis verursacht haben oder fördern, werden wir auch leider erst in mehreren Jahren wissen können.

Dort, wo etwas akute Myokarditis auslösen kann, erscheint es allerdings naheliegend, dass in einer weiteren Anzahl unbekannter Fälle es auch die chronische Myokarditis auslösen oder deren Entwicklung zumindest fördern wird.

Dabei wäre es unschwer möglich gewesen, schon im Zulassungsverfahren der Impfstoffe diese im Hinblick auf Gefahren für das Herz-Kreislaufsystem zu untersuchen.

Auf diese Weise hätte man beispielsweise schnell und ohne großen finanziellen Aufwand testen können, ob die mRNA-Impfstoffe die Marker IL-16, Fas und HGF signifikant erhöhen.

Diese wurden von in der Fachwelt als Marker beschrieben, die auf Entzündungen des Endothels sowie auf eine T-Zell-Infiltration des Herzmuskels hinweisen.

Zahlreiche andere Marker hätten auch untersucht werden können, wie z.B.:

- Herzmuskelmarker (Myokarditis/Perimyokarditis)
 - Troponin T/I: Hinweis auf akute Schädigung von Herzmuskelzellen; Anstieg über der 99. Perzentile spricht für Myokardschaden (Infarkt, Myokarditis o. a.).
 - CK, CK-MB: können bei Myokarditis ebenfalls erhöht sein, sind aber weniger spezifisch als Troponin.
- Entzündungsmarker (Myokarditis und Perikarditis)
 - CRP, BSG, Leukozytose: systemische Entzündungszeichen, unterstützen die Diagnose, sind aber unspezifisch.
- Herzinsuffizienzmarker
 - BNP/NT-proBNP: können bei Myokarditis erhöht sein, wenn eine Herzinsuffizienz oder entzündungsbedingte Belastung vorliegt.

Messung: Alle genannten Biomarker werden durch venöse Blutentnahme und standardisierte Laborverfahren (Immunoassays, Enzymtests) bestimmt; die Prüfung wäre mithin im Zulassungsverfahren unschwer möglich gewesen.

Wären diese Prüfungen erfolgt, so hätte man dann zumindest erste Hinweise (erhöhte Marker) auf möglich Folgen in Bezug auf Myocarditis und Pericarditis finden und dem ggf. weiter nachgehen können, durch tiefer gehende Untersuchungen mittels Echokardiographie (Herzultraschall), Herz-MRT (Kardio-MRT, Lake-Louise-Kriterien) etc.

Man hätte dann zielgerecht die Bevölkerung, vor allem die jüngeren, männlichen und sportlich Aktiven, die am meisten von Myo- und Perikarditis betroffen waren, darauf hinweisen und entsprechend warnen können.

In der Abwägungsentscheidung bezüglich der Impfpolitik als „Zentrales Mittel zur Bekämpfung der sog. Pandemie“ hätten die Ergebnisse zudem einfließen können.

Während in den Pfizer/Biontech -Studien Antikörper getestet und Nebenwirkungen anhand von Symptomen erfasst wurden, wurden **Nebenwirkungen auf subklinischer (vor-symptomatischer) Ebene** nicht untersucht.

Dies ist eine äußerst unsichere Vorgehensweise, da Symptome und Krankheiten in der Regel **Endpunkte von Prozessen** darstellen, die sich über Monate, Jahre oder sogar Jahrzehnte entwickeln können.

Bis die ersten Symptome auftreten, könne bereits erheblicher Schaden entstanden sein - man denke etwa an Diabetes oder Bluthochdruck, bei denen die Erkrankung oft weit fortgeschritten ist, bevor Beschwerden auftreten.

Die Zulassungsbehörden hätten Pfizer daher verpflichten müssen, **Biomarker** zu erfassen, die als **frühe Warnzeichen** für durch die Impfung verursachte Erkrankungen hätten dienen können.

Nur so hätte man Aussagen über die „Sicherheit“ der Impfstoffe machen können, insbesondere, wenn man sich auf eine vorläufige Zulassung einigt, bei der ohnehin nicht alle sonst üblichen Prüfungen vorgenommen werden können, da einige Zeitablauf voraussetzen, der hier nicht gegeben war.

Hochwertige Sicherheitsforschung hätte mithin bedeutet, dass vor und nach der Impfung folgende Parameter hätten getestet werden sollen:

- **D-Dimere** als Hinweis auf eine verstärkte Gerinnung / Thrombosebildung (mehrere Ärzte hätten erhöhte D-Dimer-Werte bei geimpften Patienten mit Schlaganfallähnlichen Symptomen beobachtet – Video vorhanden)
- **C-reaktives Protein (CRP)** als Hinweis auf verstärkte Entzündungsreaktionen
- **Troponine** als Hinweis auf Herzmuskelschäden
- **Occludin und Claudin** als Hinweis auf eine erhöhte Durchlässigkeit biologischer Barrieren
- **Blutsauerstoffwerte** als Hinweis auf verstärkte Hypoxie
- **Amyloid-Beta und phosphoryliertes Tau** als Hinweis auf eine erhöhte Veranlagung für Alzheimer-Erkrankung
- **Serum-HMGB1, CXCL13, Dickkopf-1** als Hinweis auf eine erhöhte Neigung zu Autoimmunerkrankungen

Beweis: Einholung eines Sachverständigengutachtens

c. Fehlende Untersuchung in Bezug auf Auswirkungen auf Immunsystem

Es fehlte ferner an Untersuchungen in Bezug auf etwaige (negative) Auswirkungen der Impfstoffe auf das Immunsystem.

Es ist bisher nicht geklärt, ob die Impfungen das Immunsystem negativ beeinflussen, so dass es gegen andere Viren oder Bakterien schlechter funktioniert und der Mensch dadurch anfälliger wird.

Eine Studie zeigt in diese Richtung. Cicero berichtete darüber (abrufbar unter: <https://www.cicero.de/wirtschaft/corona-impfung-biontech-studie-imunabwehr>, wobei die Studie selbst hier abrufbar ist:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.03.21256520v1>

Kein geringerer als Karl Lauterbach erklärte in einem Tweet vom 25. Juni 2021, dass dieser Aspekt **weiter untersucht werden muss**, da „nicht alle Veränderungen gut sein müssen“

← Post



Prof. Karl Lauterbach ✓
@Karl_Lauterbach

...

Spannende Studie aus Niederlanden, wie BioNTech Impfung unser Immunsystem verändert. Einige Effekte könnten erklären, weshalb tödliche Verläufe nach Impfung extrem rar sind. Trotzdem muss das tiefer erforscht werden, nicht alle Änderungen müssen gut sein...



7:38 nachm. · 25. Juni 2021

341 Reposts 367 Zitate 2.040 „Gefällt mir“-Angaben 264 Lesezeichen



264



Abrufbar unter: https://twitter.com/karl_lauterbach/status/1408479825564684288?lang=de

Derartige notwendige Untersuchungen wurden und werden jedoch nicht gemacht.

Die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang die Impfung das Immunsystem „reprogrammiert“, bleibt mithin weiterhin offen und unbeantwortet.

Des Weiteren gab es Hinweise darauf, dass die Impfstoffe das Immunsystem derartig „umprogrammieren“ könnten, dass es bei Mutationen sogar schlechter agiert.

In Fachkreisen wird dieses Phänomen diskutiert unter Begriffen wie: „immune imprinting“ bzw. „Original Antigenic Sin“, „Antigenic Imprinting“, „the Hoskins effect“, „immunological imprinting“, oder „primary addiction“.

Eine Studie aus Israel bezüglich der sog. Südafrika-Mutation deutet jedenfalls in diese Richtung. Darüber berichtete die Berliner Zeitung in einem Artikel vom 12.04.2021 (abrufbar unter: <https://www.berliner-zeitung.de/news/suedafrika-mutation-kann-offenbar-biontech-impfstoff-durchbrechen-li.151999>). In dem Artikel heißt es:

Tel Aviv-Einer israelischen Preprint-Studie zufolge könnte die südafrikanische Variante des Coronavirus den Impfstoff von Biontech/Pfizer durchbrechen. In der am vergangenen Wochenende veröffentlichten Studie wurden fast 400 Personen, die 14 Tage oder länger nach Verabreichung einer oder zweier Impfdosen positiv auf das Corona getestet worden waren, mit der gleichen Anzahl nicht geimpfter Patienten mit dem Virus verglichen.

*Adi Stern von der Universität Tel Aviv sagte: „Wir haben bei Menschen, die mit einer zweiten Dosis geimpft wurden, **eine unverhältnismäßig höhere Rate der südafrikanischen Variante festgestellt als bei der nicht geimpften Gruppe**. Dies bedeutet, dass die südafrikanische Variante den Schutz des Impfstoffs bis zu einem gewissen Grad durchbrechen kann“. Impflinge, die mindestens eine Woche nach der zweiten Dosis infiziert wurden, waren überproportional oft mit B.1.351 infiziert ..*

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Hier ist die dazugehörige Studie aus Israel abrufbar: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21254882v1> sowie: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01413-7>

All diese Studien sind **erst nach der Zulassung des Impfstoffs durchgeführt worden**; die entsprechenden Prüfungen fanden mithin ebenfalls erst nach dessen Zulassung statt.

Es bestand jedoch zu keinem Zeitpunkt ein sachlicher oder rechtlicher Hinderungsgrund, diese Studien bereits vor der Zulassung im Rahmen des Zulassungsverfahrens selbst durchzuführen.

Insbesondere kann nicht davon ausgegangen werden, dass erst nach der Zulassung technische oder methodische Möglichkeiten zur Verfügung gestanden hätten, die eine Durchführung solcher Studien zuvor unmöglich gemacht hätten. Vielmehr lagen sämtliche Voraussetzungen, die nach der Zulassung des Impfstoffs gegeben waren und die die Erstellung entsprechender Studien ermöglichten, bereits zuvor in gleicher Weise vor.

Die Studien hätten daher ohne Weiteres schon vor der Zulassung durchgeführt werden können. Dies hätte zur Folge gehabt, dass bereits zu diesem Zeitpunkt ein wesentlich belastbareres und umfassenderes Erkenntnisniveau darüber bestanden hätte, in welchem Umfang und in welcher konkreten Hinsicht sich der Impfstoff auf das Immunsystem auswirkt.

d. Fehlende Studien und öffentliche Falschbehauptungen zu Biodistribution

Obwohl Studien des Herstellers zur Biodistribution (Verteilung des Impfstoffs im Körper) nicht vorgenommen wurden, wurden in der Öffentlichkeit wahrheitswidrige Behauptung diesbezüglich unterbreitet, ohne dass der Staat oder von ihm geförderte „Faktenchecker“ dagegen eingeschritten sind.

So wurde beispielsweise in der Zeitschrift „Heilberufe“ des Springer-Verlags, Ausgabe 2/2021, abrufbar unter <https://www.springerpflege.de/sars-cov-2/sorgen-ernst-nehmen-die-covid-impfung/18823458?fulltextView=true> behauptet:

*Die mRNA der Impfung kommt nicht einmal in Kontakt mit dem Zellkern, sondern wird in das Zellplasma aufgenommen, **und zwar auch nur in die Zellen, die sich rund um die Einstichstelle befinden.** Dort wird sie abgelesen und produziert das Spike-Protein, welches an der Oberfläche unserer Zellen dem Immunsystem präsentiert wird. Dieses kann sich dann gegen Viren mit diesen Oberflächenstrukturen "schulen". Die abgelesene mRNA wird abgebaut.*

Nebenwirkungen gibt es - wie bei jeder Impfung

*Jede Impfung aktiviert unser Immunsystem und fordert es heraus, Antikörper gegen ein Antigen von Viren oder Bakterien zu bilden. **Daher sind die üblichen Nebenwirkungen einer Impfung Schmerzen und Schwellungen an der Einstichstelle, weil hauptsächlich dort die Impfung wirkt.***

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Auch die Tagesschau verbreitete 09.12.2020 diese Falschbehauptung (abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/corona-impfung-109.html>), die damit zur „Mainstreamauffassung“ wurde:

Probanden von Genimpfstoffstudien müssen erklären, dass sie nicht schwanger sind und sich verpflichten, dass sie in der Testphase verhüten. Allerdings sind solche Vorbedingungen aus ethischen Gründen bei vielen Impfstoff- und auch anderen Arzneimittelstudien üblich. Trotzdem hat dieses Vorgehen das Gerücht genährt, dass die Impfstoffe die Schwangerschaft beeinflussen, das Erbgut des Kindes verändern oder gar Unfruchtbarkeit auslösen könnten.

mRNA-Impfstoffe wirken nur auf wenige Körper- beziehungsweise Muskelzellen im Bereich der Einstichstelle ein.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Hier stellt sich die Frage: wie kann die Tagesschau ernsthaft etwas behaupten, wenn es dazu gar keine Studien gibt? Erst recht keine, die das so belegen?

Die EMA-Zulassungsberichte für Comirnaty (Pfizer/BioNTech) enthielten bei der bedingten Zulassung im Dezember 2020 zunächst **keine vollständigen Biodistribution-Daten** aus Phase-1/2-Studien.

Eine später eingereichte Studie (Nr. 185350) an Ratten zeigte jedoch eine breitere Biodistribution: Höchste Konzentrationen am Injektionsort und Lymphknoten, aber messbare Mengen in Leber, Milz, Niere, Lunge, Eierstöcken und anderen Organen. Die EMA notierte dies in ihrem Assessment report vom 19. Februar 2021 als "low and measurable radioactivity" außerhalb des Injektionsorts, ohne es als Sicherheitsrisiko einzustufen oder weitergehende Untersuchungen einzufordern.

Entgegen der Behauptungen, dass die Impfstoffe „keine Auswirkungen auf die Schwangerschaft“ hätten, kam eine – leider erst später gemachte – Studie insoweit zu einem ganz anderen Ergebnis:

In einem Artikel der Pharmazeutischen Zeitung vom 04.10.2022, abrufbar unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/spuren-von-impf-mrna-in-muttermilch-gefunden-135937/> wurde darüber berichtet, dass Spuren von Impf-mRNA bei späteren Studien z.B. in Muttermilch gefunden wurden:

In der dort erwähnten Studie heißt es:

Results

Of 11 lactating individuals enrolled, trace amounts of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 mRNA vaccines were detected in 7 samples from 5 different participants at various times up to 45 hours postvaccination

In Übersetzung:

Ergebnisse

Von den 11 stillenden Personen, die in die Studie eingeschlossen wurden, wurden in 7 Proben von 5 verschiedenen Teilnehmerinnen Spuren Mengen der COVID-19-mRNA-Impfstoffe BNT162b2 und mRNA-1273 zu unterschiedlichen Zeitpunkten bis zu 45 Stunden nach der Impfung nachgewiesen.

Die Pharmazeutische Zeitung schreibt darüber:

„Werden stillende Mütter mit einem mRNA-Impfstoff gegen Covid-19 geimpft, kann die Impf-mRNA in Spuren in die Muttermilch übergehen. Die Autoren einer aktuellen Publikation, die das nachgewiesen haben, halten es für unbedenklich“

Nun, ob es tatsächlich unbedenklich ist, dass Säuglinge mRNA ausgesetzt werden, werden wir erst in einigen Jahren oder gar Jahrzehnten wissen.

Dies deshalb, weil derartige Aussagen nur aufgrund langjähriger prospektiver Beobachtungsstudien getroffen werden können.

Prospektive Beobachtungsstudien sind eine Form der epidemiologischen Forschung, bei der Forscher eine Kohorte von Teilnehmern in Echtzeit über einen zukünftigen Zeitraum beobachten, ohne Interventionen vorzunehmen.

Sie dienen der Identifikation von Risikofaktoren oder Assoziationen, etwa zwischen Exposition (z. B. Impfung) und Outcome (z. B. „All Cause Mortality“, diverse Erkrankungen etc.), und werden vor dem Auftreten des Ereignisses gestartet.

Nur wenn man über einen längeren Zeitraum zwei Gruppen von Säuglingen beobachtet und miteinander vergleicht, nämlich diejenigen, deren Mütter geimpft wurden und diejenigen, deren Mütter ungeimpft waren, und man vor allem Faktoren wie die „All Cause Mortality“ (Todesrate gleich welcher Ursachen) sowie Umfang und Ausmaß verschiedener körperlicher und psychischer Erkrankungen in der einen und in der anderen Kohorte miteinander vergleicht, wird man zu belastbaren Aussagen kommen können.

Und zwar liegt das daran, dass in einigen Fällen Schäden und Beeinträchtigungen erst nach mehreren Jahren oder Jahrzehnten zu diagnostizierbaren Erkrankungen werden und daher erst nach einem längeren Zeitablauf zuverlässige Aussagen über schädigende Eigenschaften und deren Folgen gemacht werden können.

Auf Grund der Natur der Sache wird das erst in mehreren Jahrzehnten der Fall sein.

Zumindest zeigt das Vorgehen aber eine stufenweise und evidenzfreie Verharmlosung: erst heißt es, die Impfung verbleibt bei der Einstichstelle und sei deswegen harmlos. Dann heißt es, sie verteilt sich zwar im Körper, aber das sei harmlos (unklar, auf welche Studien diese Behauptung beruht). Schließlich heißt es, sie verbleibt nicht nur im Körper, sondern wird über die Muttermilch an auch Säuglinge weitergegeben aber – Sie ahnen es vermutlich schon – das sei harmlos.

Stets ist alles harmlos – und zwar **ohne** dass dem Studien (d.h. zuverlässige und qualitativ hochwertige Prospektive Beobachtungsstudien) zugrunde liegen, die das sorgfältig geprüft und festgestellt hätten.

e. Unzureichende Untersuchungen der impfbedingten Sterblichkeit

Nur unzureichend untersucht wurde ferner die Frage, ob und in welchem Umfang die Impfungen zu erhöhter Sterblichkeit führen könnten.

Im Zeitraum ab der Zulassung des Impfstoffs bis zum streitgegenständlichen Zeitraum wurden nicht in ausreichendem Umfang pathologische Untersuchungen durchgeführt, um die negativen Folgen des Impfstoffs vollständig und belastbar erfassen zu können. So wurde im Ärzteblatt eine Veröffentlichung publiziert, die sich mit der Sterbequote infolge des Impfstoffs befasst.

Die beteiligten Pathologen haben sich in diesem Zusammenhang ausdrücklich dafür ausgesprochen, dass weitere und insbesondere umfassendere Untersuchungen erforderlich seien, um eine sachgerechte und verlässliche Beurteilung dieses Themenkomplexes zu ermöglichen. In der Folgezeit wurden derartige Untersuchungen jedoch entgegen dieser ausdrücklichen fachlichen Empfehlung nicht durchgeführt.

Dies hat zur Konsequenz, dass bis zum heutigen Tage keine hinreichend gesicherten Erkenntnisse darüber vorliegen, in wie vielen Fällen und innerhalb welcher Zeiträume die Impfung möglicherweise tödliche Folgen hatte oder zumindest kausal zu einem vorzeitigen Versterben der Patienten beigetragen hat.

Im erwähnten Artikel im Ärzteblatt vom 02.08.2021, abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften> heißt es u.a.:

*Der Direktor des Pathologischen Instituts in Heidelberg warnt gar **vor einer hohen Dunkelziffer an Impftoten** und beklagt: Von den meisten Patienten, die nach und möglicherweise an einer Impfung sterben, bekämen die Pathologen gar nichts mit. ...*

Das Problem aus seiner Sicht: Geimpfte sterben meist nicht unter klinischer Beobachtung. „Der leichenschauende Arzt stellt keinen Kontext mit der Impfung her und bescheinigt einen natürlichen Tod und der Patient wird beerdigt“, berichtet Schirmacher. „Oder er bescheinigt eine unklare Todesart und die Staatsanwaltschaft sieht kein Fremdverschulden und gibt die Leiche zur Bestattung frei.“

In Baden-Württemberg arbeiteten die Pathologen daher mit Staatsanwaltschaften, der Polizei und niedergelassenen Ärzten zusammen, berichtet Schirmacher.

Mehr als 40 Menschen habe man bereits obduziert, die binnen zwei Wochen nach einer Impfung gestorben sind. Schirmacher geht davon aus, dass 30 bis 40 Prozent davon an der Impfung gestorben sind.

Die Häufigkeit tödlicher Impffolgen wird aus seiner Sicht unterschätzt – eine politisch brisante Aussage in Zeiten, in denen die Impfkampagne an Fahrt verliert, die Delta-Variante sich rasant ausbreitet und Einschränkungen von Nichtgeimpften diskutiert werden.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Der Forderung der Pathologen, durch mehr Obduktionen die Folgen und die Sterblichkeit bedingt durch Impfungen, zu prüfen, wurde allerdings nicht nachgekommen.

Wohlgemerkt wurden lediglich solche Personen obduziert, die innerhalb von zwei Wochen nach einer Impfung verstorben sind.

Ob und in welchem Umfang die Impfung jedoch auch für Todesfälle ursächlich war, bei denen die Betroffenen erst drei oder vier Wochen oder sogar noch später nach der Impfung verstarben, ist vollständig offen, da entsprechende Untersuchungen nicht durchgeführt wurden.

Dabei kann keineswegs ausgeschlossen werden, dass die Impfung auch über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen hinaus möglicherweise todesursächlich

gewesen ist oder zumindest den Tod gefördert beziehungsweise kausal zu ihm beigetragen hat.

Studien dazu wurden allerdings nicht in Auftrag gegeben, vielleicht auch deshalb, weil man befürchtete, sie könnten zu Ergebnissen führen, die für die ohnehin zähe Impfkampagne nicht gerade förderlich sein würden.

f. Nicht erfragte / ungeklärte Nebenwirkungen

Wie bereits ausgeführt haben die Hersteller nicht alle möglichen Nebenwirkungen und Spätfolgen geprüft, z.B. vaginale Blutungen und Zyklusstörungen wurden schlichtweg im Fragebogen der Hersteller nicht erwähnt. Und in den Zulassungsstudien der Hersteller wurden die geimpften Frauen nicht nach Unregelmäßigkeiten bei ihrer Monatsblutung befragt: Eine wissenschaftliche Untersuchung des Phänomens fehlt also bisher.“

Als sich zudem Berichte darüber häuften, dass die Impfung bei Frauen zu Blutungen führt, wurden diese Hinweise nicht nur von den behandelnden Ärzten der betroffenen Frauen nicht ernst genommen. Darüber hinaus wurden die Frauen, die sich zum Austausch ihrer Erfahrungen in Gruppen, etwa auf Facebook oder Twitter, zusammengeschlossen hatten, sogar „gecancelt“, indem diese Gruppen von den jeweiligen sozialen Medien geschlossen wurden.

Damit erhielten die Betroffenen nicht nur keine angemessene medizinische Unterstützung, und es blieb ihnen mangels vorheriger Untersuchungen zudem verwehrt, sich des bestehenden Risikos überhaupt bewusst zu sein. Vielmehr wurde ihnen darüber hinaus auch die Möglichkeit genommen, sich untereinander auszutauschen, sich gegenseitig zu informieren und Hilfestellung zu leisten.

Offenkundig zeigt dies zugleich, dass die Hersteller diese Nebenwirkungen nicht „erwartet“ haben. Dies wirft wiederum ein bezeichnendes Licht auf die Frage, in welchem Umfang auf „die Erwartungen“ eines Herstellers hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen vertraut werden kann, sowie auf dessen Einschätzung, „wonach keine Anhaltspunkte dafür vorgelegen hätten, dass entsprechende Nebenwirkungen oder Schäden eintreten würden“ (Stichwort: Genotoxizität und Kanzerogenität).

Darüber berichtete RND am 02.06.2021 (abrufbar unter <https://www.rnd.de/gesundheit/vaginale-blutungen-nach-corona-impfung-loesen-mrna-impfstoffe-zyklusstoerungen-aus-VM7W2HDUHFBELKO2LHQK7OOC5Q.html>)

Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich deutlich, dass die Impfstoffe nicht lediglich auf Grundlage der Erwartungen des Herstellers hätten beurteilt werden dürfen, sondern einer umfassenden Prüfung bedurft hätten.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass derartige Impfstoffe weltweit an Milliarden gesunder Menschen verabreicht werden und daher ein gesteigertes Erfordernis einer besonders ausführlichen und sorgfältigen Überprüfung besteht.

Es darf nicht hingenommen werden, dass gesunde Menschen geschädigt werden, nur weil mögliche Nebenwirkungen und Schäden nicht im Vorfeld hinreichend geprüft wurden und die Betroffenen hierüber folglich nicht aufgeklärt werden konnten. Selbstverständlich steht es jedem Einzelnen frei, sich impfen zu lassen.

Zugleich ist es jedoch Aufgabe und Pflicht des Staates, Impfstoffe, die an Gesunde verabreicht werden, umfassend zu prüfen, ihre Wirkungen und Risiken belastbar zu kennen und den Betroffenen dadurch eine verlässliche Grundlage für eine informierte Entscheidung zu verschaffen.

So wie ein Gebrauchtwagenhändler nicht „ins Blaue hinein“ behaupten kann, ein Fahrzeug sei unfallfrei, ohne es zuvor gründlich untersucht zu haben, so darf es auch dem Staat nicht gestattet sein, ohne vorherige umfassende und sachgerechte Prüfung Behauptungen über Impfstoffe und Medikamente aufzustellen, die an Milliarden von Menschen verabreicht werden, ohne sie zuvor unter allen relevanten Gesichtspunkten sorgfältig „auf Herz und Nieren“ geprüft zu haben.

g. Unzureichendes Vertrauen in die eigenen Produkte / Haftungsfreistellungen der Hersteller

Tatsächlich waren auch die Hersteller von der Sicherheit ihrer Produkte nicht überzeugt, sondern hatten insoweit Zweifel und Bedenken.

Die Hersteller waren daher auch nicht bereit, die Haftung für ihre Produkte zu übernehmen und begründen dies damit, ihre Produkte hätten „unkalkulierbare Risiken für Folgeschäden“. (Berliner Zeitung, Artikel vom 26.08.2020, abrufbar unter: <https://www.berliner-zeitung.de/wirtschaft-verantwortung/corona-impfung-wer-zahlt-fuer-moegliche-schaeden-li.101215?pid=true>) sowie: <https://app.screencast.com/CBxAi4xymkpDg>

In den Medien erschien zudem ein geleakter Vertrag zwischen Pfizer und Albanien (abrufbar unter: <https://de.rt.com/international/121804-pfizers-geheimvertrag-geleakt-vollstaendige-immunitat-pharmariese>).

Der in dem Artikel erwähnte Vertrag mit Albanien, abrufbar unter: <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2021/05/Albania-Pfizer.pdf>, wurde ausweislich des Datums auf der ersten Seite nicht vor Juni 2021 geschlossen.

Medienberichten zufolge erfolgte die Unterzeichnung am 16.6.2021. (siehe <https://exit.al/en/2021/06/18/albania-signs-new-vaccine-agreement-with-pfizer-for-undisclosed-amount/>)

In dem oben bezeichneten geleakten Vertrag zwischen Pfizer und Albanerinnen findet sich in folgende Regelung:

5.5 Purchaser Acknowledgement.

Purchaser acknowledges that the Vaccine and materials related to the Vaccine, and their components and constituent materials are being rapidly developed due to the emergency circumstances of the COVID-19 pandemic and will continue to be studied after provision of the Vaccine to Purchaser under this Agreement. Purchaser further acknowledges that the long-term effects and efficacy of the Vaccine are not currently known and that there may be adverse effects of the Vaccine that are not currently known. Further, to the extent applicable, Purchaser acknowledges that the Product shall not be serialized.

In Übersetzung:

5.5 Anerkennung des Käufers

Der Käufer erkennt an, dass der Impfstoff und die mit dem Impfstoff verbundenen Materialien sowie deren Bestandteile und Inhaltsstoffe aufgrund der Notlage der COVID-19-Pandemie in beschleunigtem Tempo entwickelt werden und auch nach der Bereitstellung des Impfstoffs an den Käufer im Rahmen dieser Vereinbarung weiterhin untersucht werden.

*Der Käufer erkennt ferner an, **dass die langfristigen Wirkungen und die Wirksamkeit des Impfstoffs derzeit noch nicht bekannt sind und dass es unerwünschte Wirkungen des Impfstoffs geben kann, die derzeit ebenfalls noch nicht bekannt sind.***

Soweit anwendbar, erkennt der Käufer außerdem an, dass das Produkt nicht serialisiert wird.

(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Das bedeutet also: noch bis Mitte 2021 bestand Pfizer darauf, dass es negative und bisher unbekannte Wirkungen geben könnte und dass die langfristige Wirksamkeit noch nicht abschließend beurteilt werden kann.

Soweit ersichtlich hat Pfizer die Richtigkeit dieser Behauptungen in den Medien und des Inhalts des Vertrags mit Albanien nicht in Abrede gestellt.

Auch mit der EU wurde – soweit bekannt – letztlich ein Haftungsausschluss dergestalt vereinbart, dass die EU die Unternehmen von etwaiger Haftung freistellen soll, letztlich also den Schaden trägt.

Hierzu berichtete der BR am 22.01.2021 (abrufbar unter: <https://web.archive.org/web/20210123130115/https://www.br.de/nachrichten/wirtschaft/corona-impfschaeden-wer-haftet-und-wie-hoch-ist-der-schadenersatz,SMRpwRK>):

EU-Verträge: Haftungsklauseln mit Herstellern noch intransparent

In diesem Zusammenhang interessant ist die Ausgestaltung der Verträge zwischen Europäischer Union und Herstellern eines COVID-19-Impfstoffes (Biontech/Pfizer, Moderna, Astrazeneca, Johnson&Johnson, Sanofi). Aus Haftungsgründen hatte sich die EU -anders als Großbritannien- gegen eine schnellere, sogenannte Notfallzulassung der Impfstoffe entschieden. Auch nach zögerlich gewährter Akteneinsicht Mitte Januar durch ausgewählte EU-Parlamentarier bleiben Haftungsfragen dennoch unklar. Nach Sprecheraussagen vom September 2020 liege die Haftung weiterhin bei den Unternehmen. Dies würden jedoch von den Mitgliedsstaaten "unter bestimmten und strengen Bedingungen entschädigt".

Somit hatten nicht nur Pfizer Zweifel an ihrem Produkt, sondern offensichtlich alle Hersteller.

AstraZenca beispielsweise hielt den Eintritt von erheblichen Nebenwirkungen noch nach vier Jahren für so hinreichend wahrscheinlich, dass sie damit die Ablehnung jeglicher Haftung begründen (Reuters, Artikel vom 30.06.2020, abrufbar unter: <https://www.reuters.com/article/us-astrazeneca-results-vaccine-liability-idUSKCN24V2EN>).

Dort heißt es:

"This is a unique situation where we as a company simply cannot take the risk if in ... four years the vaccine is showing side effects," Ruud Dobber, a member of Astra's senior executive team, told Reuters.

"In the contracts we have in place, we are asking for indemnification. For most countries it is acceptable to take that risk on their shoulders because it is in their national interest," he said, adding that Astra and regulators were making safety and tolerability a top priority.

In Übersetzung:

„Dies ist eine einzigartige Situation, in der wir als Unternehmen dieses Risiko schlicht nicht tragen können, falls sich in ... vier Jahren Nebenwirkungen des Impfstoffs zeigen sollten“, sagte Ruud Dobber, Mitglied des oberen Führungsteams von Astra, gegenüber Reuters.

„In den von uns geschlossenen Verträgen verlangen wir eine Haftungsfreistellung (Indemnifizierung). Für die meisten Länder ist es akzeptabel, dieses Risiko selbst zu übernehmen, da es in ihrem nationalen Interesse liegt“, sagte er und fügte hinzu, dass Astra und die Aufsichtsbehörden Sicherheit und Verträglichkeit zur höchsten Priorität machten.

Das zeigt zugleich, **dass Behauptungen seitens von Politik und Medien, wonach die Impfstoffe „sicher“ seien**, vor dem Hintergrund der eigenen Einschätzung der Hersteller, also derjenigen, die das am besten beurteilen konnten, da sie alle Studien dazu gemacht hatten – auch die, wie von Transparency International beanstandet: zahlreichen unveröffentlichten Studien –gleichwohl mit Risiken und Nebenwirkungen unbekannter Art rechneten, völlig **„ins Blaue hinein“ aufgestellt wurden**.

Die Hersteller wussten selbstverständlich, dass Untersuchungen zu zahlreichen Fragen (Genotoxizität, Kanzerogenität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Biodistribution, Auswirkungen auf das Immunsystem, Auswirkungen bei Schwangerschaft etc.) nicht gemacht wurden und sich deshalb über etwaige Risiken diesbezüglich nichts aussagen lässt, erst recht keine Haftung dafür übernommen werden konnte.

Politik und Medien müssten das ebenfalls gewusst haben, denn was dem Unterzeichner damals an Informationsgewinn aus online zugänglichen Quellen möglich war, war jedermann möglich.

Unter diesen Umständen „Druck auf Ungeimpfte“ zu machen und Bürger durch mittelbaren Zwang, wie die Einführung von 2G zur Einnahme eines Impfstoffs zu zwingen, von dem selbst die Hersteller nicht wussten, ob und ggf. welche negativen

Wirkungen und Schäden hervorbringen kann in den folgenden Jahren, ist verantwortungslos. Es degradiert den Bürger zu einem bloßen Objekt staatlicher „Gesundheitspolitik“ und stellt eine Verletzung seiner Menschenwürde aus Art. 1 GG dar.

In solchen Fällen muss stets der Grundsatz gelten:

**„When there is risk, there must be choice“ –
wo es ein Risiko gibt, da muss es Entscheidungsfreiheit geben,**

denn ob man sich einem – noch dazu unbekannten – gesundheitlichen Risiko aussetzen möchte, sollte unter der Geltung des Grundgesetzes jeder selbst und frei, ohne äußerlichen Druck, entscheiden können.

3. Folgen daraus für die Verhältnismäßigkeitsprüfung

Die Konsequenz hiervon ist jedoch, dass mangels hinreichender Studien und einer ausreichenden Überprüfung die gesundheitlichen Eingriffe auf Seiten der Betroffenen durch die Impfstoffe nicht sachgerecht beurteilt, insbesondere nicht quantifiziert werden können und folglich auch nicht verlässlich in eine Abwägungsentscheidung eingestellt werden können.

Denn es macht ersichtlich einen erheblichen Unterschied, ob eine Impfung etwa in relevantem Umfang chronische Myokarditiden auslöst und wir in den kommenden Jahren auf eine Vielzahl entsprechender Erkrankungen zusteuern, oder ob dies nicht der Fall ist.

Für die Abwägungsentscheidung im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung wäre ein solcher Umstand von maßgeblicher Bedeutung gewesen.

Da entsprechende Untersuchungen jedoch nicht durchgeführt wurden, keine einschlägigen Studien vorliegen und deshalb auch keine belastbaren Aussagen getroffen werden können, ist eine sachgerechte Abwägung und Verhältnismäßigkeitsprüfung faktisch unmöglich gemacht worden.

Man kann nur zwischen Größen abwägen, die man (ungefähr) kennt.

Gefragt, was schwerer wiegt, X oder Y, kann dies nur beantwortet werden, wenn man X und Y zumindest der ungefähren Größenordnung nach kennt: weiß man, dass X irgendetwas zwischen 1 und 10 ist, und Y irgendetwas zwischen 100 und 200 ist, kann man die Frage beantworten.

Hat man hingegen keine Kenntnis – weil die dafür notwendigen Daten vom einzigen, der sie hätte beschaffen können, nämlich der Staat, nicht ermittelt wurden, ist jegliche Abwägung unmöglich.

Dies muss jedoch zulasten des Staates gehen.

Zum einen deshalb, weil den Staat die Begründungslast trifft und er darzulegen und zu rechtfertigen hat, dass eine Maßnahme verhältnismäßig ist.

Zum anderen deshalb, weil allein der Staat in der Lage gewesen wäre, derartige Studien in Auftrag zu geben und durchführen zu lassen, da nur er über die hierfür erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen verfügt. Der einzelne Bürger wäre hierzu ersichtlich nicht in der Lage gewesen.

Unterlässt der Staat gleichwohl entsprechende Untersuchungen, kommt dies letztlich einer Beweisvereitelung gleich, die ebenfalls zu seinen Lasten zu berücksichtigen ist.

Ergänzend wird zur Frage der Verhältnismäßigkeit auf das Gutachten des Prof. Dr. Murswiek (Anlage K St 4), Seiten 44 bis 56, und hinsichtlich 2G insbesondere auf die Randnummern 148 bis 157 Bezug genommen.

4. Kausalität durch Dose-Response-Beziehung

Die Beklagtenseite wird einigen der in diesem Schriftsatz zitierten Studien möglicherweise entgegenhalten, diese würden allenfalls eine Assoziation aufzeigen und es gelte der Grundsatz, dass Korrelation keine Kausalität begründe.

Diese Sichtweise greift jedoch zu kurz und ist in dieser Pauschalität nicht zutreffend.

Vielmehr kann eine Korrelation sehr wohl ein erhebliches Indiz für eine Kausalität darstellen, insbesondere dann, wenn eine sogenannte Dose-Response-Relationship vorliegt, also ein Zusammenhang dahingehend besteht, dass höhere Dosen mit einer erhöhten Erkrankungshäufigkeit einhergehen. In einem solchen Fall gewinnt die beobachtete Korrelation eine eigenständige beweisrechtliche Relevanz im Hinblick auf die Frage der Kausalität.

Wird etwa in Beobachtungsstudien ein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und einem erhöhten Auftreten von Krebserkrankungen festgestellt, so handelt es sich zunächst lediglich um eine Assoziation, die für sich genommen nur eingeschränkte Rückschlüsse auf eine Kausalität zulässt. Wird jedoch darüber hinaus eine sogenannte Dose-Response-Relationship festgestellt, also gezeigt, dass mit zunehmender Intensität des Rauchens auch die Häufigkeit von Krebserkrankungen ansteigt, kann hieraus ein tragfähiger Schluss auf einen kausalen Zusammenhang gezogen werden.

Dies bedeutet, dass Studien, die sich nicht auf die bloße Feststellung einer Assoziation oder Korrelation beschränken, sondern gezielt auf die Untersuchung einer Dose-Response-Beziehung ausgerichtet sind, durchaus geeignet sind, Aussagen zur Kausalität zu treffen. Maßgeblich ist insoweit das jeweilige Studiendesign und die Frage, ob dieses darauf angelegt ist, neben dem bloßen statistischen Zusammenhang auch eine dosisabhängige Wirkung systematisch zu prüfen.

Studien, die folglich nicht lediglich Korrelationen erfassen, sondern ausdrücklich auch die Existenz und Ausprägung einer Dose-Response-Relationship untersuchen, sind grundsätzlich geeignet, belastbare Rückschlüsse auf das Vorliegen eines kausalen Zusammenhangs zuzulassen.

Eine Dosis-Wirkungs-Beziehung ist ein grundlegendes Konzept in der Pharmakologie, Toxikologie und Epidemiologie. Sie beschreibt, wie das Ausmaß einer Wirkung (z. B. die Häufigkeit einer Erkrankung) mit dem Ausmaß eines Reizes oder einer Exposition (z. B. der Kontakt mit einem bestimmten Faktor) zusammenhängt.

Im Kontext der Epidemiologie gilt die Dosis-Wirkungs-Beziehung als eines der zentralen Bradford-Hill-Kriterien zur Begründung eines kausalen Zusammenhangs zwischen einer Exposition und einer Erkrankung⁴².

Wie sie am Beispiel von Rauchen und Lungenkrebs angemerkt haben, kann der Nachweis einer Dosis-Wirkungs-Beziehung die Annahme von Kausalität stützen, da er auf einen biologischen Gradient hinweist⁴³:

- Höhere Exposition gegenüber dem Faktor führt zu einer höheren Häufigkeit oder Schwere der Erkrankung.
- Niedrigere Exposition führt zu einer geringeren Häufigkeit.

Dieser Gradient macht es weniger wahrscheinlich, dass der beobachtete Zusammenhang auf Störfaktoren (Confounding) oder Zufall beruht, und hilft Wissenschaftlern, die Gesamtevidenz in Richtung eines kausalen Zusammenhangs zu verschieben.

⁴² [https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/DOH/Module%202%20\(Bio_Epi\)/Epidemiology/EPIDEMIOLOGY/Causality/EPI11-1.htm#:~:text=LEARNING%20ACTIVITIES:%20THE%20BRADFORD%20HILL%20CRITERIA:%20These,lukemia%20as%20an%20outcome%20will%20be%20used.](https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/DOH/Module%202%20(Bio_Epi)/Epidemiology/EPIDEMIOLOGY/Causality/EPI11-1.htm#:~:text=LEARNING%20ACTIVITIES:%20THE%20BRADFORD%20HILL%20CRITERIA:%20These,lukemia%20as%20an%20outcome%20will%20be%20used.)

⁴³ https://journals.lww.com/epidem/fulltext/2004/01000/a_practical_guide_to_dose_response_analyses_and.11.aspx#:~:text=There%20are%20typically%20%20motivations%20for%20dose%2Dresponse,judging%20causality%20is%20a%20%E2%80%9Cpositive%E2%80%9D%20dose%2Dresponse%20relationship.

Die Stärke und Konsistenz dieser Beziehung liefern somit ein starkes Argument dafür, dass die Exposition tatsächlich die Ursache der beobachteten Wirkung ist.

Vereinfacht formuliert bedeutet das folgendes:

Eine Dosis-Wirkungs-Beziehung bedeutet, dass die Stärke einer Wirkung davon abhängt, wie stark jemand einem bestimmten Einfluss ausgesetzt ist.

Zum Beispiel: Je mehr jemand raucht, desto höher ist das Risiko einer Lungenkrebserkrankung.

In der Epidemiologie, also der Wissenschaft von Krankheiten in der Bevölkerung, gilt dieses Prinzip als ein wichtiges Kriterium, um zu beurteilen, ob ein Zusammenhang wirklich ursächlich ist.

Konkret bedeutet das:

- Mehr Exposition → höheres Krankheitsrisiko
- Weniger Exposition → geringeres Krankheitsrisiko

Wenn ein solcher Zusammenhang erkennbar ist, spricht das gegen Zufall oder andere Ursachen und dafür, dass der untersuchte Faktor tatsächlich zur Erkrankung beiträgt und für diese (mit)ursächlich ist.

Je klarer und gleichmäßiger dieser Zusammenhang zu beobachten ist, desto stärker ist der Hinweis auf einen echten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang.

C, Verletzung des Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG)

Die kategoriale Ungleichbehandlung von Geimpften und Ungeimpften ist vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen zudem **willkürlich**.

Es bestand kein hinreichender sachlicher Grund für eine solche Ungleichbehandlung.

Da die Schutzwirkung der Impfung gegen Übertragungen bereits nach wenigen Monaten (insbesondere bei der Omikron-Variante) rapide abnimmt, gab es keinen hinreichenden Grund, Geimpfte zeitlich unbegrenzt zu privilegieren, während Ungeimpfte trotz negativem Test ausgeschlossen bleiben.

Ein nur **gradueller Unterschied** in der Infektiosität rechtfertigt keinen kategorialen Ausschluss von Grundrechten.

Zusammenfassend ist mithin festzuhalten:

Die 2G-Regelung verkehrt das rechtsstaatliche Freiheitsverständnis in sein Gegenteil: Der Einzelne ist nicht mehr kraft seines Menschseins frei, sondern nur noch unter der Bedingung eines staatlich erwünschten medizinischen Verhaltens.

Vor dem Hintergrund der hier aufgezeigten Studien, Expertenmeinungen auch Praxiserfahrungen waren die 2G-Regelung nicht nur ungeeignet, das vom Verordnungsgeber verfolgte Ziel zu erreichen, sondern – angesichts der wirksamen Mittel zur Zielerreichung, wie z.B. Nasen- und Rachenhygiene, off-label-Einsatz bekannter Medikamente und besserer Schutz vulnerabler Gruppen, nicht erforderlich und angesichts der vielen ungeklärten Fragen, insbesondere zur Sicherheit der – ohnehin nur bedingt zugelassenen - Impfstoffe und der daraus resultierenden Risiken und Folgen, auch unverhältnismäßig.

Ergänzend wird dazu auf die Ausführungen des Prof. Dr. Murswiek in seinem Rechtsgutachten (Anlage K St 4), Seiten 57 bis 109, Bezug genommen.

Kiril Stawrew

Rechtsanwalt