



PROF. DR. JUR. MARTIN SCHWAB

Bielefeld

Tel.

@

Prof. Dr. Jur. Martin Schwab | Danziger Str. 45b | 33605 Bielefeld

An den
Hessischen Landtag

Bielefeld, den 27. Februar 2026

Öffentliche Anhörung am 27.2.2026
Rechtliche Bewertung der Corona-Maßnahmen

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordneten des Hessischen Landtags,

Gerne komme ich hiermit der Bitte nach, im Kontext des Dialog- und Maßnahmenprozesses für mehr Resilienz und Sicherheit (Landtags-Drucksache 21/1424) zur Frage der Rechtmäßigkeit der Corona-Maßnahmen Stellung zu nehmen.

I. Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Grundlagen

1. Die fatale Grundannahme der Corona-Politik: Der Mensch als Gefahrenquelle

Die Pandemie-Erzählung beruhte auf drei ineinandergreifenden und sich gegenseitig verstärkenden Behauptungen:

- a) SARS-CoV-2 sei auf eine gänzlich immun-naive Bevölkerung getroffen.
- b) SARS-CoV-2 könne von Menschen, die selbst keine Symptome haben, auf andere Menschen übertragen werden.
- c) Eine Infektion mit SARS CoV-2 könne mithilfe eines PCR-Tests nachgewiesen werden. Auf diese Weise könnten auch symptomlose Infektionen entdeckt werden.

Daraus wurde geschlossen, dass jeder Mensch unbemerkt Träger eines todbringenden Krankheitserregers sein könne. Die zahlreichen Testungen förderten zahlreiche positive Testergebnisse zutage. Dieser Befund schien wiederum die These zu befeuern, dass das Virus sich rasant ausbreite. Die allermeisten Corona-Maßnahmen beruhten somit auf der Annahme, dass der Mensch allein deswegen, weil er existiert und ausatmet, eine Gefahr für andere Menschen darstelle.

Diese Reduktion des Menschen auf den Status einer allgegenwärtigen Gefahrenquelle verletzt die Menschenwürde; weil sie den Menschen zum dauerhaften und immer wiederkehrenden Objekt staatlicher Gefahrenabwehrmaßnahmen stempelt. Zudem wird der Unterschied zwischen Gefahr und Risiko eingeebnet. Eine Gefahr liegt vor, wenn konkrete Anhaltspunkte vorliegen, dass es demnächst zu einer Störung der

öffentlichen Sicherheit, insbesondere Schädigung von individuellen Rechtsgütern kommen wird. Die Abwehr solcher Gefahren ist kategorisch geboten. Ein Risiko liegt vor, wenn man solche Anhaltspunkte nicht nachweisen kann, aber nach Lage der Dinge befürchten muss, eine Gefahr nicht zu erkennen. Risikovorsorge bedarf stets einer Abwägung mit den individuellen Freiheitsrechten. Selbst wenn man also unterstellt, dass symptomlose Menschen vielleicht ansteckend sein könnten, musste man gleichwohl sorgsam reflektieren, welche Schäden es auslöst, wenn man gesunde Menschen einsperrt, ihre Geschäfte schließt, ihnen Masken aufsetzt, sie zum Testen zwingt und zum Impfen drängt.

2. Kontrollversagen der Justiz: Das RKI hat immer recht

Die Gerichte nehmen bis heute die Verlautbarungen des RKI für bare Münze: Jene Verlautbarungen werden nicht hinterfragt. Der Gedankengang ist der folgende: Regierungen und Behörden hätten ihren Entscheidungen die Verlautbarungen des RKI wie ein Sachverständigengutachten zugrunde legen dürfen. Dem RKI werde vom Gesetzgeber kraft seiner in § 4 IfSG umschriebenen Aufgabe ein besonderer Sachverstand in Fragen des Infektionsschutzes beigemessen.

Diese Handhabung erscheint in mehrfacher Hinsicht in hohem Maße problematisch.

- a) Das gesamte Handeln der Exekutive unterliegt nach Art. 19 Abs. 4 GG der gerichtlichen Kontrolle. Diese Kontrolle erstreckt sich auch auf die Ermittlung des Sachverhalts. Wenn Verlautbarungen des RKI unhinterfragt und in einer auch von den Gerichten nicht mehr überprüfbar Art und Weise zugrunde gelegt werden, entsteht ein administrativer Einschätzungsspielraum, der jeglicher gerichtlichen Kontrolle entzogen ist. Das ist mit dem Auftrag unabhängiger Gerichte in einem Rechtsstaat unvereinbar.
- b) Legt man RKI-Verlautbarungen staatlichen Entscheidungen wie ein Sachverständigengutachten zugrunde, muss das RKI die Anforderungen erfüllen, die Behörden und Gerichte generell an ihre sachverständige Beratung stellen müssen: Objektivität und Neutralität. Beides war beim RKI in Corona-Angelegenheiten nicht der Fall, da es den Weisungen des BMG unterliegt, das seinerseits die Corona-Maßnahmen federführend vorangetrieben hat. Wie der Vorlagebeschluss des VG Osnabrück vom 3.9.2024 – 3 A 224/22 gezeigt hat, wurde dieses Weisungsrecht auch wahrgenommen und das RKI daran gehindert, öffentlich Erkenntnisse zu kommunizieren, die den Narrativen der Corona-Politik widersprachen.
- c) Gerade weil das RKI in Corona-Angelegenheiten *nicht* objektiv und neutral war, wäre es wichtig gewesen, in staatliche Entscheidungsprozesse auch andere uns insbesondere auch kritische Stimmen einzubeziehen. Zwar wurden z.B. im Beschluss des BVerfG vom 27.4.2022 auch Fachgesellschaften befragt. Ausgeblendet wurden aber jene Stimmen, die sich von Beginn an fundamental kritisch zur gesamten Corona-Politik geäußert und wegen ihrer Abweichung vom polit-medial geduldeten Meinungskorridor aus dem öffentlichen Diskurs ausgeschlossen worden waren.

- d) Die Verlautbarungen des RKI wurden zudem nur höchst selektiv ausgewertet. Ignoriert wurde alles, was Beruhigung hätte stiften können, namentlich die Erkenntnisse aus der Sentinel-Überwachung 2020 (unten III.2.).

Völlig inakzeptabel ist, dass die Protokolle des Corona-Krisenstabs beim RKI so lange unter Verschluss gehalten wurden. Der Staat, der so intensiv in die Grundrechte eingreift, wie es in der Corona-Zeit geschehen ist, muss Transparenz in seinen Entscheidungsprozessen herstellen.

3. Der Umgang der Gerichte mit den RKI-Protokollen

Bei den Gerichten herrscht eine bemerkenswerte Zurückhaltung, die RKI-Protokolle zum Anlass für eine strengere Überprüfung der Corona-Maßnahmen in den immer noch laufenden Gerichtsverfahren zu nehmen. Das zeigt sich z.B. im Urteil des BVerwG vom 19.12.2025 – 3 BN 6.25: Der Ordnungsgeber in Baden-Württemberg (dort war das Ausgangsverfahren geführt worden) habe sich auf die öffentlichen Äußerungen des RKI verlassen dürfen und sei nicht einmal gehalten gewesen, persönliche Rücksprache mit dem RKI zu nehmen. Der Gedankengang lautet also: Der Ordnungsgeber habe selbst von den RKI-Protokollen nichts wissen können; daher bleibe sein Einschätzungsspielraum bestehen. Damit wird der Grundrechtsschutz unzulässig gegen den Föderalismus ausgespielt.

4. Die Bundesnotbremse und das Prinzip der Gewaltenteilung

Mit der sog. Bundesnotbremse wurden in § 28b Abs. 1 IfSG Maßnahmen eingeführt, die ab einer 7-Tages- Inzidenz von 100 automatisch in Kraft traten, ohne dass es einer exekutiven Vollzugsentscheidung bedurfte. Damit wurde das Prinzip der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG) verletzt. Soweit es um Ausgangssperren ging, wurde zudem der Richtervorbehalt aus Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG verletzt, da es sich hierbei um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt. Jene Personen, für die keine der gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen (§ 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 IfSG in der damaligen Fassung) stritten, durften sich stundenlang nicht aus der Wohnung wegbewegen, in der sie sich gerade befanden. Die gegenteilige Ansicht des BVerfG in der Entscheidung Bundesnotbremse I (Beschluss vom 19.11.2021 – 1 BvR 781/21 Rn. 250) ist nicht haltbar. Vielmehr ist die Bewegungsfreiheit in gleicher Weise aufgehoben wie bei einem Hausarrest.

II. Unschärfen in Definition und Subsumtion

Zu jeder methodengerechten Rechtsanwendung gehört, dass man mit klar definierten Begriffen operiert und die einschlägigen Sachverhalte korrekt unter diese Begriffe subsumiert.

1. Pandemiebegriff

Die Zweifel beginnen damit, was wir unter einer Pandemie zu verstehen haben. Die Definition der „Pandemie“ wurde gerade in den Jahren seit der Schweinegrippe (2009) deutlich aufgeweicht. Aktuell verlangt die WHO nur noch, dass sich ein neues Virus

weltweit ausbreitet und die meisten Menschen keine Immunität haben. Nicht verlangt wird, dass an diesem Virus viele Menschen sterben oder schwer erkranken.

Quelle: <https://duckduckgo.com/?q=WHO+definition+pandemic&t=newext&atb=v298-1&ia=web>.

Die maßgebliche Eingriffsschwelle wird aus der Sicht der WHO nicht durch den Begriff „Pandemie“, sondern durch den Begriff „PHEIC“ (Public Health Emergency of International Concern) markiert. Dafür genügt nach Art. 1 IGV *ein außergewöhnliches Ereignis*, das durch *eine internationale Ausbreitung* von Krankheiten ein *Risiko* für die öffentliche Gesundheit anderer Staaten darstellt und *möglicherweise* eine koordinierte internationale Reaktion erfordert.“ Bereits diese Stelle in den IGV lässt den juristisch vorgebildeten Leser ratlos zurück. Denn das Erfordernis einer koordinierten internationalen Reaktion sollte doch eigentlich die *Rechtsfolge* einer globalen Gesundheitsnotlage sein. Wie kann es dann sein, dass dieses Erfordernis bereits den *Tatbestand* einer solchen Notlage (mit) beschreibt?

Insgesamt wird schon die Situation, die die angebliche Notwendigkeit besonderer Schutzmaßnahmen auslost, bemerkenswert unscharf beschrieben. Die hier vorgestellte PHEIC-Definition erlaubt es der WHO, einen globalen Gesundheitsnotstand auszurufen, wo keiner ist.

2. Infektion

Eine Infektion ist gemäß der Legaldefinition in § 2 Nr. 2 IfSG die Aufnahme eines Krankheitserregers und dessen Vermehrung im menschlichen Körper.

Das RKI hat im Laufe der Zeit mehrere unterschiedliche Definitionen eines COVID-19-„Falles“ bemüht. Den Gesundheitsämtern gab das RKI auf, u.a. folgende Situationen als COVID-19-„Fall zu melden:

„D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung (D1) oder labordiagnostischer Nachweis mittels Antigennachweis (D2) bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für COVID-19 nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung (E1) oder labordiagnostischer Nachweis mittels Antigennachweis (E2) bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).“

Quelle:

https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Meldewesen/Falldefinitionen/Downloads/COVID-19.pdf?__blob=publicationFile&v=6.

Bereits hier erkennen wir, dass ein „Nukleinsäurenachweis“ ausreichen soll. Vom Erfordernis einer *Vermehrung* des Erregers ist *nicht die Rede*. Dass ein positiver Labortest, insbesondere ein positiver PCR-Test, die Vermehrung des Erregers *nicht* nachweisen kann, zeigt ein Aufsatz im Epidemiologischen Bulletin Nr. 39/2020, an dem Lothar Wieler selbst beteiligt war.

Quelle: v. Kleist et al., Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19, Epidemiologisches Bulletin 38/2020, S. 3-11, https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2020/39_20.pdf?blob=publicationFile&v=1.

Darin ist auf Seite 5 zu lesen:

„Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist [richtig: sind], wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde“.

Und auf Seite 8:

„Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin.“

Ungeachtet dessen wurde in den Verlautbarungen des RKI vorstehend beschriebene COVID-19-„Fall“ als „Infektion“ gezählt. Die Aufgabe, unter § 2 Nr. 2 IfSG akkurat zu subsumieren, wurde seitens des RKI damit gründlich verfehlt. Zu erinnern ist daran, dass die Falldefinitionen des RKI ihre Grundlage in § 11 Abs. 2 IfSG haben. Nach dieser Vorschrift erstellt das RKI „die Falldefinitionen für die Bewertung von Verdachts-, Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern“. *Nicht* gesagt ist in dieser Vorschrift, dass das RKI eine Falldefinition für eine *Infektion* erstellen soll. Schon deshalb verbat es sich, jeden COVID-19-„Fall“ als Infektion in den Inzidenzwert aufzunehmen.

3. Wann ist eine Infektion „neu“?

Der Inzidenzwert berechnete sich anhand der Rechengröße „Neuinfektionen“. Dazu schreibt das RKI:

„Die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz erfolgt auf Basis des Meldedatums, also dem Datum, an dem das lokale Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst hat. Für die heutige 7-Tage-Inzidenz werden die Fälle mit Meldedatum der letzten 7 Tage gezählt.“

Quelle: Wöchentlicher Lagebericht des RKI zu COVID-19 vom 6.1.2022, https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-06.pdf? blob=publicationFile&v=1.

Dieses Meldedatum muss freilich nicht zwingend mit dem Datum übereinstimmen, an dem die Diagnose gestellt wurde. Das RKI räumt selbst ein, dass es zu Verzögerungen bei der Meldung kommen kann:

„Die Zuordnung zur Meldewoche wird durch den Tag bestimmt, an dem das Gesundheitsamt offiziell Kenntnis von einem Fall erlangt.“

Quelle: Wöchentlicher Lagebericht des RKI zu COVID-19 vom 17.11.2022, https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-11-17.pdf? blob=publicationFile&v=1.

Ebenda zeigt sich, dass die Meldewoche „ersatzweise“ anstelle des Erkrankungsbeginns eine Rolle spielte, d.h. es zwischen beiden Zeitpunkten zu Abweichungen kommen konnte (RKI ebenda):

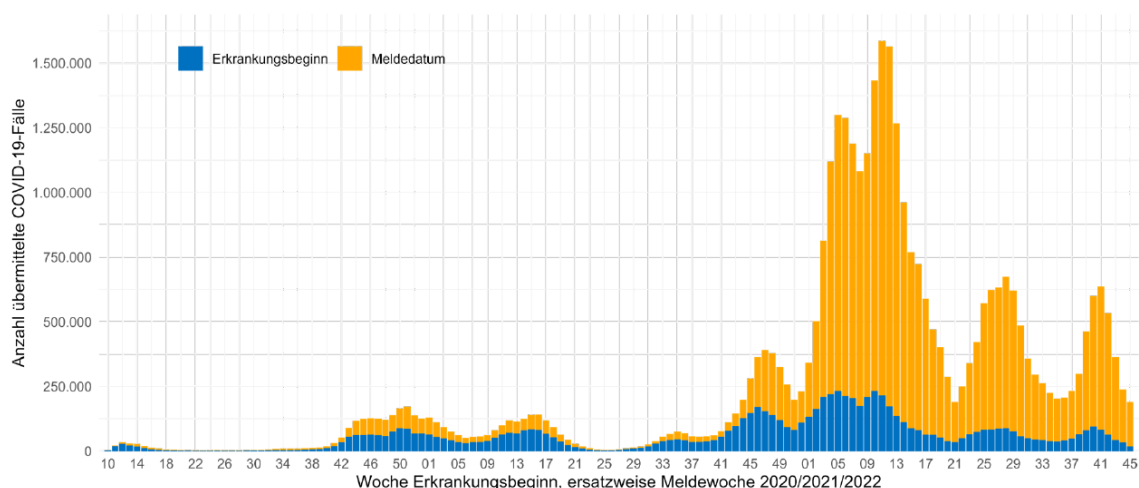


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Woche des Erkrankungsbeginns, ersatzweise nach Meldewoche. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldewoche seit MW 10/2020 (Datenstand 16.11.2022, 00:00 Uhr).

„Neu“ kann eine Infektion im Rechtssinne (§ 28 Abs. 3 Satz 4 IfSG in der damaligen Fassung) indes nur dann sein, wenn die Diagnose innerhalb der letzten 7 Tage gestellt wurde. Verzögerungen bei der Meldung einer Infektion an oder durch das Gesundheitsamt hätten daher dazu führen müssen, dass die entsprechenden Nachmeldungen aus dem Inzidenzwert herausgerechnet werden. Denn von Infektionen, die in der weiter entfernten Vergangenheit liegen, konnte für die öffentliche Gesundheitsvorsorge keine Gefahr mehr ausgehen.

Eine weitere Schwäche des Inzidenzwerts wird vom RKI selbst eingeräumt: Wenn in einer Meldewoche eine Person mehrfach positiv getestet wurde, ging dies als eine Mehrzahl von Infektionen in die Rechnung ein. Wörtlich das RKI (ebenda):

„Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da z. B. in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können (Tabelle 2).“

Solche Unschärfen dürfen nicht passieren, wenn der Inzidenzwert ganz wesentlich, wenn nicht gar ausschließlich darüber entscheidet, ob und in welchem Umfang Grundrechte noch ausgeübt werden dürfen.

III. Ignoranz gesetzlich vorgesehener und Verwendung offensichtlich untauglicher Überwachungsinstrumente

1. Inzidenzwert misst nur Testaktivität

Der Inzidenzwert fußte aber nicht nur auf einer unsauberen Subsumtion unter die Tatbestandsmerkmale „Infektion“ und „neu“, sondern litt außerdem an einer ganz offensichtlichen Schwäche: Die Höhe des Inzidenzwerts war direkt abhängig von der Anzahl der durchgeführten Tests. Der Inzidenzwert maß also nur die Testaktivität, nicht aber das wirkliche Infektionsgeschehen. Diese Einsicht wurde in den herkömmlichen Medien leider immer nur dann aufgegriffen, wenn es ins Narrativ passte. Beispiele:

a) Bayerischer Rundfunk, „Faktenfuchs“ vom 8.8.2021, <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/usa-corona-vergleich-von-north-und-south-dakota-irrefuehrend,SfHfO7q>: Dieser Artikel setzt sich damit auseinander, dass die Maßnahmen in North Dakota schärfer waren als in South Dakota, die Inzidenzwerte aber im Wesentlichen die gleiche Entwicklung nahmen. Der Bayerische Rundfunk schreibt hierzu (Hervorhebungen im Original):

„Zum Höhepunkt der Fallzahlen Mitte November wurde in North Dakota drei Mal mehr getestet als im Nachbarstaat. Zeitweise waren es sogar sechs Mal so viele Tests pro 100.000 Einwohner in North Dakota. Doch die Anzahl der Tests alleine lässt noch keine Rückschlüsse zu den tatsächlichen Fällen, und somit der Dunkelziffer an Corona-Infektionen, zu.“

Die „Faktenfuchse“ des Bayerischen Rundfunks merken gar nicht, dass sie damit die gesamte Corona-Berichterstattung von ARD, ZDF & Co. ad absurdum führen – in der ja immer der seitens des RKI verlautbarte Inzidenzwert ohne jede Hinterfragung übernommen wurde.

b) In einem Beitrag im Norddeutschen Rundfunk vom 6.11.2023, <https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Corona-Impfung-mit-neuem-Biontech-Booster,coronaimpfstoffe100.html> wird für die Corona-Auffrischungsimpfung geworben. Den möglichen Einwand, angesichts niedriger Fallzahlen bestehe für eine solche Auffrischungsimpfung kein Anlass, versucht der NDR wie folgt zu zerstreuen:

„Zwar liegt die Sieben-Tage-Inzidenz deutschlandweit aktuell lediglich bei rund 20 Covid-19-Fällen wöchentlich pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Da sich

viele Menschen nicht mehr testen lassen, sind die tatsächlichen Coronazahlen aber vermutlich höher.“

c) Im ZDF vom 13.3.2023, <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-inzidenz-sinkttests-100.html> wird über die Gründe der sinkenden Inzidenzzahlen räsoniert und u.a. ins Feld geführt, dass der Anspruch auf kostenlose Tests weggefallen sei, weswegen sich viele Menschen nicht mehr testen ließen. Sodann heißt es:

„Wegen der ausbleibenden Tests ist die Zahl der Corona-Fälle auf dem Papier noch nie so stark gesunken wie in diesem Monat - nicht mal während abklingender Infektionswellen. Zahlreiche Landkreise rutschen nun unter die einst so wichtige Inzidenz-Marke von 50.“

Hier zeigt sich die gleiche Herangehensweise wie zuvor beim NDR: Es wird weniger getestet, also ist der Inzidenzwert nicht mehr aussagekräftig.

Dann aber war der Inzidenzwert noch nie aussagekräftig! Im Corona-Untersuchungsausschuss des Thüringer Landtags wartete der frühere RKI-Präsident Lothar Wieler mit einem bemerkenswerten Eingeständnis auf:

„Die Inzidenzwerte spielten eine große Rolle bei den politischen Entscheidungen in der Corona-Pandemie. Sie seien aber nicht ‚wissenschaftlich evidenzbasiert‘ gewesen, erklärte Wieler bei seiner Vernehmung.“

Quelle: Epoch Times vom 13.11.2025, <https://www.epochtimes.de/etplus/thueringer-landtag-wieler-wieder-mit-rechtsbeistand-drosten-alle-massnahmen-essenziell-a5301464.html>.

2. Ignoranz der Sentinel-Ergebnisse

Der Rückgriff auf die Inzidenzwerte muss umso mehr verwundern, als das Infektionsschutzgesetz seit jeher ein epidemiologisch valides Beobachtungsinstrument kennt: die Sentinel-Überwachung (§ 13 Abs. 2 bis 4 IfSG). Bei einem Sentinel handelt es sich um ein Instrument epidemiologischer Überwachung, bei dem ausgewählte Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arztpraxen) an das RKI melden, welche Erkrankungen mit welchem Erreger dort aufgetreten sind.

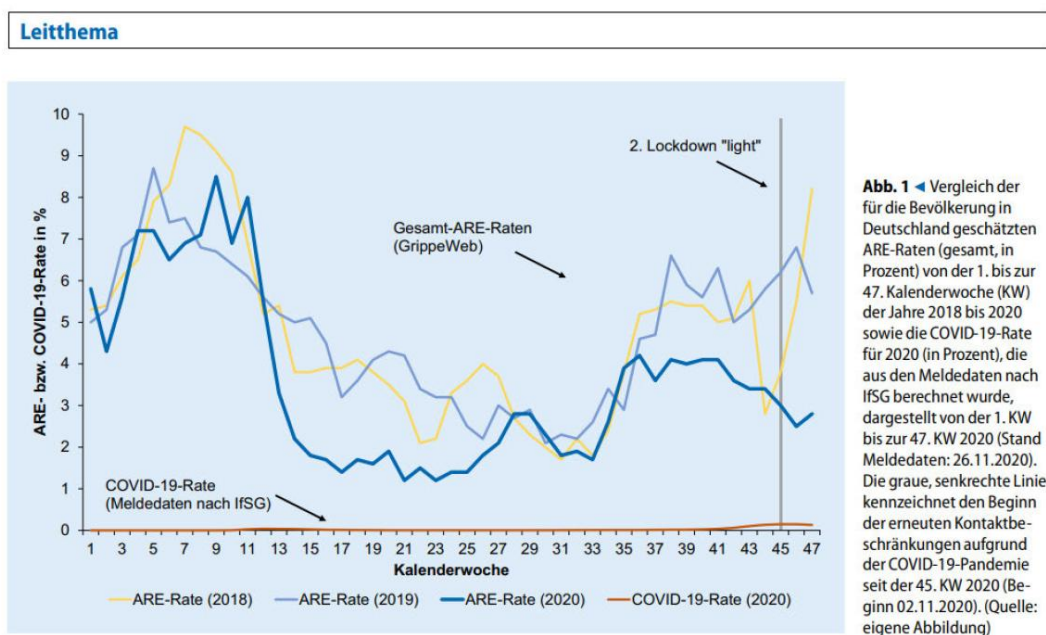
Es ist als schweres Versäumnis der Politik anzusehen, dass namentlich im Jahr 2020 die Sentinel-Ergebnisse der Arbeitsgruppe Influenza beim RKI keine Beachtung fanden. Hätte man diese Erkenntnisquelle genutzt, wäre aufgefallen, dass zwischen der 16. und der 38. Kalenderwoche 2020 war im Sentinel *nicht ein einziger Fall* von SARS CoV-2 gemeldet worden – während sich aber andere Atemwegserreger allen Maßnahmen zum Trotz weiter ausbreiteten. Wörtlich heißt es beim RKI:

„Seit der 8. KW 2020 werden die AGI-Sentinelproben bei Probeneingang am RKI auch auf SARS-CoV-2 untersucht. Durch nachträgliche Analysen zuvor eingesandter Sentinelproben wurden Daten für den Zeitraum vor der 8. KW erhoben. Seit der 40.

KW 2019 wurden damit bisher in 4.210 untersuchten Sentinelproben insgesamt in 14 (0,3 %) Proben SARS-CoV-2 nachgewiesen. 13 SARS-CoV-2-Nachweise wurden im Zeitraum zwischen der 10. bis 15. KW 2020 detektiert. In der 39. KW 2020 gab es den ersten weiteren Nachweis von SARS-CoV-2 nach 23 Wochen ohne Nachweis im Sentinel.“

Quelle: Bericht der Arbeitsgruppe Influenza zu KW 37-39/2020, https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-39.pdf.

Graphisch dargestellt sah das dann so aus:



Quelle: Goerlitz et al., Überwachung von COVID-19 durch Erweiterung der etablierten Surveillance für Atemwegsinfektionen, Bundesgesundheitsblatt 2021, 395 (396), <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03303-2>.

Das Autoren-Team besteht durchweg aus Beschäftigten des RKI. Und die Grafik (aaO. S. 396) spricht Bände: Die Sentinel-Ergebnisse besagen zwar nicht, dass es 2020 gar kein COVID-19 gab; es handelte sich nur um Stichproben. Sie besagen aber eines sehr deutlich: COVID-19 spielte im Konzert der Atemwegserreger eine merklich untergeordnete Rolle. Vom Motto „flatten the curve“ blieb nur noch ein rotbrauner Graph nahe der Null-Linie übrig.

Das Bundesverfassungsgericht hat in der Entscheidung „Bundesnotbremse I“ die Notwendigkeit evidenzbasierten Handelns bei Corona-bedingten Eingriffen in die Grundrechte mit den folgenden Worten hervorgehoben (BVerfG vom 10.12.2021 – 1 BvR 781/21 Rn. 178):

„Der sachlich fundierte Umgang mit einer neuartigen globalen Pandemie ist insofern gerade davon geprägt, dass wissenschaftliche Erkenntnisse, auf die Maßnahmen

gestützt werden, die Eingriffe in Grundrechte bewirken, fortlaufend gewonnen, aufbereitet und auch korrigiert werden. Hier hat der Gesetzgeber mit der Aufgabenzuweisung an das Robert Koch-Institut nach § 4 Abs. 1 IfSG im Grundsatz institutionell dafür Sorge getragen, dass die zur Beurteilung von Maßnahmen der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten benötigten Informationen erhoben und evaluiert wurden.“

Es ist völlig unverständlich, warum das BVerfG dann aber in eben dieser Entscheidung den Inzidenzwert als Messgröße akzeptiert (ebenda Rn. 192) und die gesetzlich vorgesehene Sentinel-Überwachung als geeignete Erkenntnisquelle zur Gänze ignoriert hat. Denn der Inzidenzwert war gerade *nicht* evidenzbasiert. Und das war so offensichtlich, dass das auch ohne medizinische Vorbildung hätte auffallen müssen.

In Wirklichkeit wäre es die Aufgabe von Regierungen und Gesundheitsbehörden gewesen, valide epidemiologische Daten zu erheben, und zwar sowohl zur Frage des Erkrankungs- als auch zur Frage des Hospitalisierungs- als auch zur Frage des Sterbegeschehens. Dabei hätten Hospitalisierungsgrund und – nach Beginn der Impfkampagne – auch der Impfstatus zuverlässig und regelhaft erhoben werden müssen. Beim Impfstatus hätte, um die Kurzzeitwirkungen der COVID-Injektionen zuverlässig auszumessen, zwischen die Kategorie „gar keine Impfung“ und „vollständig geimpft“ die Kategorie „teilweise geimpft“ eingeführt werden müssen.

In einem Normenkontrollverfahren in Sachsen, das ich als einer von mehreren Prozessbevollmächtigten vertrete, konnte ich anhand der Antwort der Sächsischen Staatsregierung auf entsprechende parlamentarische Anfragen nachweisen, dass die Datenerhebung regierungsseitig nur sehr nachlässig betrieben wurde. Näheres hierzu findet sich

- in meinem Schriftsatz vom 4.2.2024, Seite 21 f., 24 ff., 102 ff. abrufbar unter https://julianeigel.com/wp-content/uploads/2024-02-04-Inhaltsuebersicht_Schriftsatz_Prof-Schwab_04022024_Normenkontrollverfahren_Julia-Neigel.pdf;
- in meinem Schriftsatz vom 13.1.2026, Seite 382 ff., abrufbar unter <https://julianeigel.com/wp-content/uploads/Schriftsatz-vom-13.1.2026-signiert-geschwaerzt.pdf>.

Die Datenlage in Hessen ist mir nicht bekannt; ihr müsste, falls sie nicht öffentlich zugänglich sein sollte, ebenfalls mittels parlamentarischer Anfragen auf den Grund gegangen werden.

IV. Offener Gesetzesbruch

Bei zahlreichen Corona-Maßnahmen wurden offensichtlich einschlägige einfach-gesetzliche und verfassungsrechtliche Vorgaben auf unverantwortliche Art und Weise beiseitegeschoben.

1. Testpflicht und § 25 IfSG

Nach § 25 Abs. 3 IfSG ist bei der verpflichtenden Entnahme von Abstrichen von Schleimhäuten Folgendes zu beachten:

- Zur Duldung der Abstrich-Entnahme darf, wie die Bezugnahme auf § 25 Abs. 1 IfSG ergibt, nur verpflichtet werden, wer krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider ist,
- und zwar auf Anordnung durch das Gesundheitsamt,
- sowie mit der Maßgabe, dass der Abstrich von Beauftragten des Gesundheitsamts vorzunehmen ist.

Das Gesundheitsamt hat dabei sicherzustellen, dass das Personal, das den Abstrich entnimmt, dafür hinreichend qualifiziert ist. Also insbesondere *nicht* Lehrkräfte an Schulen. Und auch nicht jeder beliebige Arbeitgeber.

Die verpflichtende Massentestung symptomloser Personen war daher, soweit sie durch Rechtsverordnung oder Allgemeinverfügung angeordnet wurde, mit § 25 IfSG nicht vereinbar. § 25 IfSG enthält vielmehr die klare Aussage, dass der Eingriff einen konkreten Gefahrenverdacht erfordert.

2. Teststäbchen, Aerosole und die Biostoff-Verordnung

Gerade im Kontext der Schultestungen ist ferner zu monieren, dass Lehrkräfte und Schüler mit Laborchemikalien hantierten, die nur in die Hände von entsprechend ausgebildetem Fachpersonal gehören. Aber das war nicht die einzige Ungereimtheit im Umgang mit den Testungen. Hätte man die Gefährlichkeit, die man SARS-CoV-2 beimaß, wirklich ernst genommen, hätte dies zu ganz anderen Sicherheitsmaßnahmen führen müssen. Blicken wir zunächst auf Erwägungsgrund Nr. 7 der Richtlinie 2020/739/EU:

„Im März 2020 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation Leitlinien zur biologischen Sicherheit für Laboratorien in Bezug auf das neue Coronavirus und die Untersuchung klinischer Proben von Patienten, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind. (3) In diesen Leitlinien ist festgelegt, dass nichtproliferative diagnostische Labortätigkeiten, wie z. B. die Sequenzierung, in einer Einrichtung unter Anwendung von Verfahren durchgeführt werden können, die mindestens der Sicherheitsstufe 2 entsprechen (Biosicherheitsstufe 2, BSL 2), während proliferative Tätigkeiten mit SARS-CoV-2 in einem Hochsicherheitslabor mit Unterdruck zur Atmosphäre (Biosicherheitsstufe 3, BSL 3) durchgeführt werden sollten. Um ausreichende Kapazitäten sowie die Kontinuität der unentbehrlichen Arbeit der Diagnoselabors in der gesamten Union zu gewährleisten, sollte dies in Anhang III der Richtlinie 2000/54/EG deutlich gemacht werden.“

Im (entsprechend angepassten) Anhang III der hier erwähnten Richtlinie 2000/54/EG lesen wir folgerichtig;

Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Related-Virus (SARS-Coronavirus)	3
Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Related-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) ⁽²⁾	3

Quelle: https://gesetze.legal/eu/rl_2000_54_eg/anhang_iii.

Die Einstufung von SARS-CoV-2 als ein solcher Arbeitsstoff ist konsequent auch in der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe 462 (TRBA 462) niedergelegt:

Liste der human- und wirbeltierpathogenen Viren (Abschnitt 4.3 zur TRBA 462 "Einstufung von Viren und TSE-Agenzien in Risikogruppen")								Ausgabe April 2024
Familie	Unterfamilie	Genus	Spezies	Akronym	Varianten/Synonyme/ englische Bezeichnungen	Risiko- grupf	Bemer- kunge	Fußnote
Coronaviridae (ssRNA(+))	Orthocorona- virinae	Betacoronavirus	Severe Acute Respiratory Syndrome- Related Coronavirus	SARS-CoV	Virus des Schwere Akuten Respiratorischen Syndroms, Coronavirus des Schwere Akuten Atemwegssyndroms, SARS-Coronavirus	3	Z, 03	Zusätzlich zu den Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 3 wird das Tragen eines Atemschutzes (FFP3- Maske) empfohlen.
Coronaviridae (ssRNA(+))	Orthocorona- virinae	Betacoronavirus	Severe Acute Respiratory Syndrome- Related Coronavirus	SARS-CoV-2	Coronavirus 2 des Schwere Akuten Atemwegssyndroms, Virus des Schwere Akuten Respiratorischen Syndroms 2, SARS-Coronavirus 2	3	V, Z, 03	

Quelle: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/TRBA/xls/TRBA-462-Gesamtliste.xlsx?blob=publicationFile&v=6>.

Die Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA-100, abrufbar bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) schreibt für Tätigkeiten in Anwesenheit von biologischen Arbeitsstoffen der Risikostufe 3 die folgende persönliche Schutzausrüstung vor:

„In der Schleuse ist die für die Schutzstufe 3 vorgesehene Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung anzulegen und nach Beendigung der Tätigkeit abzulegen. Diese umfassen mindestens einen Rückenschlusskittel mit Kennzeichnung, (z.B. farblich abgesetzt zu den in anderen Schutzstufenbereichen getragenen Schutzkitteln), geschlossene Schuhe und geeignete Schutzhandschuhe (und mit einem AQL-Wert ≤ 1.5). In Abhängigkeit vom Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung können auch Mundschutz (Berührungsschutz) oder Atemschutz sowie Augenschutz (Spritzschutz) erforderlich sein.

Durch Einrichtung entsprechender Bereiche in der Schleuse ist zu gewährleisten, dass getragene Schutzkleidung getrennt von sonstiger Laborkleidung aufbewahrt wird. Für benutzte, zur Desinfektion und Reinigung vorgesehene Schutzkleidung sowie für gebrauchte persönliche Schutzausrüstung sind geeignete, dekontaminierbare Sammelbehälter in der Schleuse bereit zu stellen.

Hinweis: An Händen und Unterarmen dürfen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden, um eine effiziente hygienische Händedesinfektion zu gewährleisten und die Schutzfunktion der Handschuhe zu gewährleisten. Fingernägel müssen kurzgeschnitten sein.“

Um eine Vorstellung von einem Rückenschlusskittel zu vermitteln, diene dieses Bild zur Illustration:



Das hätte namentlich bedeuten müssen, dass alle Zahnärzte – die ja in der Mundhöhle ihrer Patienten arbeiten, wo die Aerosole erzeugt werden – sich bei ihrer Arbeit hätten kleiden müssen wie in einem Unterdrucklabor der Schutzstufe 3. Aber auch für die Testungen hätte es Konsequenzen geben müssen. Im Beipackzettel zu den Antigen-Schnelltests war bisweilen die Empfehlung zu lesen, alle Proben als potentiell infektiös zu behandeln:

MITGELIEFERTE MATERIALIEN

Bestandteile	Für 1 Test/Box	Für 5 Tests/Box
SARS-CoV-2 Antigen Testkassette (versiegelter Folienbeutel)	1	5
Steriler Abstrichtupfer	1	5
Extraktionsröhrchen	1	5
Extraktionslösung	1	5
Gebrauchsanweisung (diese Beilage)	1	1
Röhrchenständer	/	1

WICHTIGE INFORMATION VOR DER DURCHFÜHRUNG

1. Lesen Sie diese Anleitung sorgfältig.
2. Verwenden Sie das Produkt nicht nach Ablauf des Verfallsdatums.
3. Verwenden Sie das Produkt nicht, wenn der Beutel beschädigt oder das Siegel gebrochen ist.
4. Lagern Sie den Test zwischen 4 und 30°C im versiegelten Originalbeutel. Nicht einfrieren.
5. Das Produkt sollte bei Raumtemperatur (15°C bis 30°C) verwendet werden. Wenn das Produkt in einem kühleren Bereich (weniger als 15°C) gelagert wurde, lassen Sie es vor der Verwendung 30 Minuten bei normaler Raumtemperatur stehen.
6. Behandeln Sie alle Proben als potentiell infektiös.
7. Unzureichende oder ungenaue Probenentnahme, -lagerung und -transport können zu ungenauen Testergebnissen führen.
8. Verwenden Sie die im Testkit enthaltenen Tupfer, um eine optimale Durchführung des Tests zu gewährleisten.
9. Die korrekte Probenentnahme ist der wichtigste Schritt bei der Durchführung des Tests. Achten Sie darauf, dass Sie

Quelle: https://hg-klinikbedarf.de/files/BOSON_Rapid_SARS-CoV-2_Anleitung_Test.pdf.

Wenn nämlich alle Proben als potentiell infektiös behandelt werden sollten, war jeder Mensch, der sich in der Nähe eines gebrauchten Teststäbchens befand, einem biologischen Arbeitsstoff der Risikostufe 3 ausgesetzt. Hätte man diese Einstufung ernst genommen, so hätte dies für die Entsorgung von gebrauchten Teststäbchen gemäß der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA-100), Ziffer 5.4.2 (7) Folgendes bedeutet:

„(7) Alle Fest- und Flüssigabfälle aus dem Laboratorium sind vor deren Entsorgung zu autoklavieren. Hierfür muss im Schutzstufenbereich außerhalb der Schleuse ein Autoklav vorhanden sein. Der Autoklav muss so beschaffen sein, dass kontaminiertes Kondensat und kontaminierte Abluft nicht freigesetzt werden.

Alternativ kann auch ein gleichwertiges validiertes Inaktivierungsverfahren eingesetzt werden.

Hinweis: In der Regel wird das Kondensat im Druckbehälter mit sterilisiert.“

Quelle: TRBA-100, abrufbar hier: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/TRBA/TRBA-100>.

Um den Begriff „Autoklavieren“ zu erläutern: Es handelt sich um ein Sterilisationsverfahren.

„Autoklavieren ist eine Form der Dampfsterilisation und gilt als eines der zuverlässigsten Sterilisationsverfahren. Durchgeführt wird es in der Regel in einem sogenannten Autoklaven bei Temperaturen zwischen 110 °C und 140 °C sowie erhöhtem Druck. Einen 100%igen Sterilitätszustand gibt es nicht. Jedoch können durch das Autoklavieren auch Bakteriensporen abgetötet und ein unbedenklicher, praktisch-steriler Zustand von Reinraum-Verbrauchsmaterialien wie zum Beispiel Kleidung, Klebeband, Papier, Reinigungsutensilien und Edelstahlkomponente erreicht werden.“

Quelle: <https://www.pure11.de/de/glossar/autoklavieren>.

Daraus, dass dies alles in der Corona-Zeit unterblieben ist, kann nur der Schluss gezogen werden, dass Regierungen und Behörden selbst nicht an jene Gefährlichkeit von SARS CoV-2 geglaubt haben, die in der Öffentlichkeit tagtäglich proklamiert wurde.

3. Die Schultestungen im Spiegel der DSGVO

Wenn die Schulen von den Kindern und Jugendlichen verlangten, dass sie vor Betreten des Schulgeländes einen negativen SARS-CoV-2-Test vorlegten, erhoben sie Gesundheitsdaten i. S. des Art. 9 DSGVO. Mag man diese Testungen auch i. S. des Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO im Interesse der Abwehr öffentlicher Gesundheitsgefahren für gerechtfertigt erachten, so war doch gleichwohl Folgendes zu beachten:

- Es war der Grundsatz der Datenminimierung einzuhalten. In diesem Punkt hat das Land Hessen immerhin Problembewusstsein bewiesen, indem darauf hingewiesen wurde, dass das positive Testergebnis nur dem betroffenen Kind, seinen Erziehungsberechtigten, der verantwortlichen Lehrkraft und der Schulleitung mitgeteilt werden durfte (Datenschutz Hessen vom 11.5.2021, <https://datenschutz.hessen.de/datenschutz/hochschulen-schulen-und-archive/corona-selbsttestung-in-schulen>). Eingeräumt wurde aber, dass diese

Anforderungen die Schulen vor beträchtliche organisatorische Herausforderungen stellten.

- Den Schülern bzw. deren Erziehungsberechtigten hätte nach Art. 13 DSGVO eine Datenschutzerklärung dargereicht werden müssen, und zwar unaufgefordert.
- Da es sich um sensible Gesundheitsdaten handelte und die Menschen angesichts allgegenwärtiger medialer Angstbotschaften schon in Panik gerieten, wenn sie sich nur in der Nähe einer positiv getesteten Person befanden, hätte nach Art. 35 DSGVO eine Datenschutzfolgenabschätzung stattfinden müssen.

Insgesamt ist schwer vorstellbar, dass dies alles seinerzeit in der Praxis eingelöst wurde.

4. Maskenpflicht, Industrienormen und Arbeitsschutz

Die Maskenpflicht bedeutete nichts Geringeres als ein verpflichtender Off-Label-Use, d.h. eine verpflichtende Anwendung außerhalb des vorgesehenen Anwendungsbereichs. Das gilt für medizinische Masken (OP-Masken) ebenso wie für FFP2-Masken:

- Medizinische Masken dienen in ihrer Eigenschaft als Medizinprodukte der VO (EU) 2017/245 zwar dem Fremdschutz, müssen aber als Leistungsanforderung nur eine hohe *bakterielle* Filterleistung erfüllen. Von der Fähigkeit, *Viren* aufzuhalten, ist in der einschlägigen DIN EN 14683 keine Rede.
- FFP2-Masken (DIN EN 149) sind von vornherein nicht für den Fremdschutz gedacht, sondern persönliche Schutzausrüstung i.S. der VO (EU) 2016/425, also nur für den Eigenschutz bestimmt. Sie sollen ihren Träger vor Aerosolen und Staubpartikeln schützen.

Gerade weil das Tragen von Gesichtsmasken gesundheitsschädlich sein kann, gibt es Sicherheitsvorkehrungen in Gestalt von Unfallverhütungsvorschriften. Einschlägig ist namentlich für FFP2-Masken die DGUV 112-190. Danach (aaO. S. 72) dürfen FFP2-Masken als partikelfiltrierende Halbmasken nur maximal 75 Minuten am Stück, nur maximal 360 Minuten am Tag getragen und muss nach 75 Minuten eine Erholungspause von mindestens 30 Minuten eingehalten werden. Dort, wo einschlägige Rechtsvorschriften FFP2-Maskenpflicht vorsahen, wurde darauf keine Rücksicht genommen. Gesetz- und Verordnungsgeber spielten auf diese Weise mit Leben und Gesundheit der Rechtsunterworfenen.

5. Rechtsbrüche bei 2G-Regeln und Impfduldungs- und -nachweispflichten

a) Keine Impfeinwilligung unter Druck

Wer unter den Druck gesetzt wird, sich entweder impfen zu lassen oder seinen Beruf aufgeben zu müssen, kann in eine Impfung nicht mehr wirksam einwilligen. Schon deshalb hätte das BVerfG die einrichtungsbezogene Impfnachweispflicht im

Gesundheitswesen (§ 20a IfSG in der damaligen Fassung) wegen Verletzung von Art 2 Abs. 2 Satz 1 GG für verfassungswidrig erklären müssen. Stattdessen meint das BVerfG (Beschluss vom 27.4.2022 – 1 BvR 2649/21 Rn. 208 ff., 243 ff.), die Beschäftigten im Gesundheitswesen hätten es hinnehmen müssen, vor die Wahl gestellt zu werden, entweder die COVID-Injektion zu empfangen oder den Verlust ihrer Erwerbstätigkeit in Kauf zu nehmen.

In Wirklichkeit hat sich das BVerfG mit dieser Herangehensweise vor dem Eingeständnis gedrückt, dass es in Wirklichkeit – unter Verletzung des im Luftsicherheitsurteil (vom 15.2.2006 – 1 BvR 357/05) aufgestellten Leitsatzes, dass der Staat nicht befugt ist, Leben gegen Leben aufzuwiegen – das Leben und die Gesundheit der Beschäftigten gegen das Leben und die Gesundheit der Patienten ausgespielt hat.

Dieser Verfassungsbruch wiegt umso schwerer, als einerseits die einrichtungsbezogene Impfnachweispflicht auf der Annahme beruhte, mittels einer Impfung könne man die Patienten schützen, andererseits aber die COVID-Injektionen niemals auch nur dazu bestimmt waren, Fremdschutz zu vermitteln. Das konnte man bereits in den öffentlich einsehbaren Zulassungsdokumenten nachlesen, z.B. im Public Assessment Report der Humanarzneimittelkommission der EMA zum BioNTech-Impfstoff vom 19.2.2021:

- S. 97: *„It is presently not known if the vaccine protects against asymptomatic infection, or its impact on viral transmission. The duration of protection is not known.“* – *„Derzeit ist nicht bekannt, ob der Impfstoff vor einer asymptomatischen Infektion schützt oder wie er sich auf die Virusübertragung auswirkt. Die Dauer des Impfschutzes ist nicht bekannt.“*
- S. 132: *“The pivotal study was not designed to assess the effect of the vaccine against transmission of SARS-CoV-2 from subjects who would be infected after vaccination.”* – *“Die zulassungsrelevante Studie war nicht darauf ausgelegt, die Wirkung des Impfstoffs gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 durch Personen zu bewerten, die nach der Impfung infiziert würden.“*

Quelle: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf.

In einem Brief an den niederländischen EU-Abgeordneten Marcel de Graaff vom 18.11.2023 bekräftigte die EMA, dass es die COVID-Impfstoffe nur für den Eigen-, aber nicht für den Fremdschutz zugelassen worden seien.

Quelle: Transparenztest vom 15.12.2023, <https://www.transparenztest.de/post/europaeische-arzneimittel-agentur-zerstoert-maerchen-vom-fremdschutz>.

Und der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gab in der Sitzung der Corona-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages vom 15.12.2025 zu

Protokoll, es sei niemals das Ziel gewesen, auch nicht bei der WHO, dass die COVID-Injektionen Infektionsschutz gegenüber Dritten vermitteln sollen.

Quelle: Apollo News vom 15.12.2025, <https://apollo-news.net/jens-spahn-erklrt-corona-impfung-sollte-nie-dem-infektionsschutz-dienen/>.

In einer Rede vom 25.8.2021 hatte Jens Spahn demgegenüber noch behauptet:

„Ja, wer sich impfen lässt, wer sich für die Impfung entscheidet, der schützt sich selbst, aber er schützt eben auch diejenigen, die sich nicht impfen lassen können: Kinder unter zwölf Jahren beispielsweise.“

„Impfen macht einen Unterschied. Man schützt sich und andere.“

Quelle: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/newsletter-und-abos/bulletin/rede-des-bundesministers-fuer-gesundheit-jens-spahn--1954378>.

Mangels klinisch geprüfter Fremdschutzwirkung fehlte der einrichtungsbezogenen COVID-Impfnachweispflicht jegliche Grundlage. Impfungen, die zum Fremdschutz verabreicht werden sollten, stellten einen Off-Label-Use dar, der niemals für verpflichtend erklärt werden darf. Gleiches gilt für die Pflicht von Soldaten der Bundeswehr, auf der Folie des § 17a Soldatengesetz die COVID-Injektion zu dulden.

b) Der experimentelle Charakter der COVID-Injektionen

Jens Spahn ließ in besagter Sitzung noch mit einer weiteren bemerkenswerten Aussage aufhorchen: Die COVID-Injektionen würden bis heute am Markt getestet. In der Tat waren die COVID-Injektionen zunächst nur bedingt zugelassen worden (Art. 14 Abs. 7 VO [EG] 726/2004; Art. 4 VO [EG] 507/2006), was bedeutet: Es lagen noch keine abschließenden klinischen Daten vor. Die Zulassungsstudien waren noch nicht abgeschlossen.

Das bedeutet: Jeder Mensch, der unter Druck gesetzt wurde, sich für eine COVID-Injektion zu entscheiden, weil er andernfalls (wie im Gesundheitswesen oder bei der Bundeswehr) den Verlust eines Arbeitsplatzes riskierte oder aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen wurde, wurde unter gröblicher Verletzung des Nürnberger Kodex gezwungen oder zumindest unter massiven Druck gesetzt, an einem Medikamentenexperiment teilzunehmen. Die so geschehene Reduktion des menschlichen Individuums auf den Status eines Versuchstieres verletzte die Menschenwürde.

V. Verfolgung von kritischen Ärzten – Eingriffe in die Therapiefreiheit

Indem der BGH, Urteil vom 9.10.2025 – III ZR 180/24 die Ärzte als Verwaltungshelfer in Bezug auf die staatliche Impfkampagne stempelte (und sie damit wegen Art. 34 S. 1 GG von der persönlichen Haftung für Impfschäden befreite, für die nun der Staat aufkommen soll), wurde ein fatales Signal gesetzt. Mit dieser Handhabung wird nicht nur die Ausgangslage der Patienten in Haftpflichtprozessen verschlechtert (sie müssen jetzt die Fehlerhaftigkeit der Aufklärung beweisen, und der Staat kann als

Gegenbeweis den Impfarzt als Zeugen benennen), sondern ganz grundsätzlich der Fokus des ärztlichen Handelns weg vom Patienteninteresse hin zum staatlichen Interventionsinteresse gelegt. Der Arzt ist nicht mehr Diener individueller, sondern nur noch Diener einer wie auch immer verstandenen kollektiven Gesundheit.

Das Berufsgericht für Heilberufe beim VG Gießen verurteilte eine hessische Ärztin zu einem Ordnungsgeld, weil sie öffentlich erklärt hatte, sie werde die COVID-Injektionen nicht verabreichen, weil sie diese für gefährlich hält. Damit wurde die ärztliche Therapiefreiheit mit Füßen getreten.

Quelle: Apollo News vom 22.8.2024, <https://apollo-news.net/aerztin-warnte-vor-corona-impfung-gericht-verurteilt-sie-zu-geldstrafe-von-2-500-euro/>.

Die Berufsordnungen für Ärzte erzeugten einen Zielkonflikt, weil Ärzte nach § 2 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ärzte keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten dürfen, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können. Wenn Ärzte das Tragen von Masken aus wohlwogenen medizinischen Gründen für allgemein gesundheitsschädlich hielten (siehe dazu Kisielinski et al., Is a Mask That Covers the Mouth and Nose Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free of Potential Hazards?, <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4344>), mussten sie ihren Patienten entsprechende Atteste ausstellen dürfen, ohne dafür straf- und berufsrechtlich belangt zu werden. Die unerbittliche Verfolgung kritischer Ärzte durch deutsche Staatsanwaltschaften und Gerichte (allein über 1.000 Strafverfahren wegen angeblich falscher Maskenatteste, siehe WELT vom 29.10.2024, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus254188456/Befreiung-von-Maskenpflicht-Prozess-Welle-gegen-Aerzte.html>) ist aus rechtlicher Sicht klar zu missbilligen. Schon das unterschiedslos angewandte Prinzip, Atteste seien unrichtig, wenn sie ohne vorherige körperliche Untersuchung ausgestellt worden seien, ist in dieser Allgemeinheit haltlos, weil eine valide Datenlage in zahlreichen Fällen auch auf anderem Weg erlangt werden kann und die körperliche Untersuchung bei psychisch bedingter Maskenunverträglichkeit schlicht nutzlos ist.

Die Gerichte in Deutschland sind bis heute nicht offen für die Vorstellung, dass Impfdruck und Maskenpflicht einen in Gesetzesform gegossenen Angriff auf die körperliche Unversehrtheit der Menschen repräsentierten und dass die Ärzte, die versucht haben, ihre Patienten gegen diesen Angriff zu schützen, schlicht in Nothilfe (§ 32 Abs. 1, 2. Alt. StGB) gehandelt haben.

VI. Schiefelage in Impfschadensprozessen

Die Bundesrepublik Deutschland hat den Herstellern der COVID-Impfstoffe zugesagt, im Fall von Haftpflichtprozessen deren Anwaltskosten zu übernehmen und im Falle der Verurteilung auch in zahlreichen Fällen die Schadenssumme selbst zu tragen, d.h. die Hersteller von der Haftung freizustellen. Damit ergibt sich ein strukturelles Ungleichgewicht beim Zugang zu Gericht: Während die Hersteller auf fremde Kosten prozessieren, muss ein Impfgeschädigter sein Verfahren auf eigenes Risiko

vorfinanzieren. Das aus Art. 3 Abs. 1 GG abgeleitete Gebot der prozessualen Waffengleichheit wird auf diese Weise erheblich verletzt.

Inhaltlich bekommen die Impfgeschädigten von den Gerichten zu hören, eine Haftung nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 AMG scheidet schon deshalb aus, weil die EMA als EU-weit zuständige Zulassungsbehörde das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiko bereits mit positivem Ergebnis geprüft habe. Der Haftungstatbestand wird damit ad absurdum geführt; denn ohne ein solches positives Nutzen-Risiko-Verhältnis hätte schon die Zulassungsentscheidung nicht ausgesprochen werden dürfen (§ 2 Abs. 2 Nr. 5 AMG sowie speziell für die bedingte Zulassung Art. 4 Abs. 1 Unterabs. 1 lit .a VO [EG]). Besonders schwer stößt der Beschluss des OLG Frankfurt vom 29.4.2025 – 23 W 25/24 auf, bei dem einer Impfgeschädigten Prozesskostenhilfe verweigert wurde. Unter anderem führt das OLG Frankfurt aus:

„Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin selbst für den Zeitraum bis Februar 2021 auf 1.223 Todesfälle nach der Impfung mit Comirnaty verweist („Post Marketing Pharmacovigilance-Report“ vom 28.02.2021, betitelt mit „5.3.6 Cumulative Analysis of Post-Authorization Adverse Event Reports of PF-07302048 (BNT162b2) Received Through 28-FEB-2021“, abrufbar unter <https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>). Ungeachtet der Frage, inwiefern in jedem der bezeichneten Fälle auch eine Kausalität zu bejahen ist, ist diese Zahl als unauffällig zu bewerten, nachdem bis dahin viele Millionen Dosen Impfstoff verabreicht worden sind.“

1.223 Verdachtstodesfälle sollen also „unauffällig“ sein. Das ist keine Rechtsanwendung mehr. Das ist purer Zynismus.

In Wirklichkeit lässt sich ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis aber schon deshalb gar nicht feststellen, weil die Impfstoffe, die Gegenstand des Zulassungsverfahrens waren, in einem anderen, weniger für Verunreinigungen anfälligen Verfahren produziert wurden als die Impfstoffe, die sodann auf den Markt gelangten und breitflächig verabreicht wurden. Und die Bundesregierung wusste das von Anfang an.

Quelle: Transparenztest vom 26.1.2024, <https://www.transparenztest.de/post/bundesregierung-wusste-bevoelkerung-biontech-massen-impfstoff-nach-anderem-herstellungsverfahren>.

Damit hätten die Gerichte den Impfstoffherstellern die Beweislast für ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis auferlegen müssen. Und diesen Beweis könnten sie nur erbringen, wenn sie eine komplett neue randomisierte, doppel-verblindete und Placebo-kontrollierte Studie auflagen würden. Denn die bisherigen Studien, zu denen Ende 2020 Zwischenergebnisse veröffentlicht worden waren, wurden in der Folgezeit ihrer Aussagekraft dadurch beraubt, dass den Teilnehmern gegenüber während der laufenden Studie eröffnet wurde, ob sie das Verum oder das Placebo erhalten hatten. Eigentlich hätte die EMA daraus die Konsequenz ziehen müssen, die bedingte Zulassung aufzuheben und die endgültige Zulassung zu verweigern. Stattdessen erließ sie den Herstellern die Nachlieferung der klinischen Daten mit der Begründung,

es sei unethisch gewesen, den Probanden der Placebo-Kohorte die Impfung zu verweigern – was natürlich einen Zirkelschluss darstellt, weil Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe nicht erwiesen sind, solange die klinische Studie nicht abgeschlossen ist. Im Oktober 2022 erhielten daher die Injektionen von BioNTech und Moderna die endgültige Zulassung – ohne den Nachweis ihrer Sicherheit und Wirksamkeit jemals erbracht zu haben.

VII. Ausblick

Es fällt schwer, anhand der Erfahrungen aus der Corona-Zeit für die rechtliche Behandlung zukünftiger Gesundheitskrisen Empfehlungen auszusprechen. Denn bereits eine methodisch korrekte Anwendung geltenden Rechts hätte die massiven Übergriffe in die vom Grundgesetz verbürgten Freiheitsrechte verhindern können. Und zwar selbst dann, wenn man die medizinischen Prämissen der Pandemie-Erzählung allesamt für zutreffend hält (ich stelle hiermit klar, dass mich auch die medizinischen Grundannahmen der Pandemie-Erzählung *nicht* überzeugt haben).

Die besten Gesetze können nicht verhindern, dass der Bundesgesundheitsminister die Bevölkerung über die angebliche Fremdschutzwirkung einer Impfung vorsätzlich falsch informiert und dass der Präsident des RKI jeden von den Gesundheitsämtern gemeldeten positiven Corona-Test als „Neuinfektion“ verkauft, obwohl er selbst maßgeblich (nämlich als Letztautor und damit als wissenschaftlich Gesamtverantwortlicher) an einer Publikation im eigenen Hause mitgewirkt hat, aus der sich klar und deutlich ergibt, dass ein positiver PCR-Test nicht imstande ist, die für eine Infektion konstitutive Vermehrung eines Krankheitserregers nachzuweisen. Jedes System ist immer nur so gut wie seine Akteure, oder um es mit den Worten von Ernst-Wolfgang Böckenförde auszudrücken: Der freiheitliche, säkularisierte Staat lebt von Voraussetzungen, die er selbst nicht garantieren kann.

An die Justiz habe ich für die Zukunft die folgenden Wünsche:

- Ein (gesundheitlicher oder sonstiger) Ausnahmezustand liegt nicht allein schon deswegen vor, weil eine Regierung einen solchen Zustand behauptet. Die Gerichte sollten darauf bestehen, dass bereits vorhandene Daten offengelegt und nicht vorhandene Daten zeitnah und engmaschig erhoben werden. Von den Behörden ist dabei absolute Transparenz einzufordern. Aktuell laufen verwaltungsgerichtliche Verfahren mit dem Ziel, das Paul-Ehrlich-Institut zur Offenlegung der Daten zu zwingen, die das PEI aus der SafeVac-App gewonnen hat (siehe Barucker Press vom 25.11.2025, <https://www.barucker.press/p/update-gerichtsverfahren-mit-dem>). Solche Anspruchsbegehren müssen zeitnah und – auch in Eilverfahren – positiv beschieden werden.
- Auch in Zeiten breitflächiger medialer Angstbotschaften ist von den Gerichten professionelle kritische Distanz zu erwarten. Es ist unerträglich, wenn – wie aber leider im Urteil des LG Osnabrück vom 8.12.2025 – 5 NBs/ 580 Js 11969/22 – 101/23 geschehen – gleich an zehn Stellen der Kampfbegriff

„Coronaleugner“ verwendet wird. Noch bedenklicher mutet es an, wenn die Justizverwaltungen Saarland und Rheinland-Pfalz – wie am 23.3.2022 geschehen – eine Fortbildungsveranstaltung anbieten mit dem Titel „Reichsbürger, Corona Leugner - Verschwörungstheorien und ihre Anhänger als Herausforderung und Gefahr für die Justiz“ (siehe Jahresprogramm 2022, https://jm.rlp.de/fileadmin/05/Fortbildung/Hinweise/Jahresprogramm_2022.pdf, Seite 6, unter „Sonstige Tagungen“). Damit wurde jegliche Kritik an den Corona-Maßnahmen diskreditiert, was befürchten lässt, dass die teilnehmenden Richter bereits darauf getrimmt wurden (und sich darauf trimmen ließen), auch wissenschaftlich gut begründeten Einwänden gegen die Pandemie-Erzählung und gegen die Corona-Maßnahmen von vornherein (unter Verletzung von Art. 103 Abs- 1 GG) kein rechtliches Gehör zu schenken. Besagte professionelle kritische Distanz stellt eine unerlässliche Vorbedingung für jene akkurate Rechtsanwendung dar, die in Bezug auf Corona-Fälle in weiten Teilen nicht stattgefunden hat – ein Defizit, das leider auch bis heute andauert. *Wenn wir von Resilienz reden, bedeutet das für die Justiz insbesondere: Resilienz gegen polit-medial verbreitete angsterzeugende und Feindbilder aufbauende Propaganda.*

- Gerichten kann vielleicht nicht immer abverlangt werden, zu erkennen, wenn sich medizinische Fachleute irren. Ihnen kann aber abverlangt werden, zu erkennen, wenn medizinische Fachleute vorsätzlich die Unwahrheit sagen oder wenn an ihrer Objektivität und Neutralität Zweifel bestehen – wie dies in der Corona-Zeit namentlich beim RKI der Fall war.

Von den Trägern der gesetzgebenden und vollziehenden Gewalt müssen für die Zukunft vor allem zwei Dinge verlangt werden: Wahrhaftigkeit und Transparenz. Beides haben wir in der Corona-Zeit leider schmerzlich vermissen müssen.

Ein Wunsch ist mir besonders wichtig: Kinder sollten in Zukunft nie wieder Opfer von wie auch immer gearteten kollektiven Infektionsschutzmaßnahmen werden. Schulschließungen, Masken- und Testpflicht an Schulen, Klassen-Quarantäne beim Auftreten eines positiven Testfalls, auch die Schließung von Sport- und Spielplätzen – all das sollte durch eine Anpassung des Infektionsschutzgesetzes endgültig aus dem Katalog zulässiger Maßnahmen gestrichen werden. Kindern und Jugendlichen geht es aktuell schlecht wie nie (siehe DocCheck vom 26.2.2026, <https://www.doccheck.com/de/detail/articles/52870-eine-erschöpfte-generation>) – und daran haben die Corona-Maßnahmen unverkennbar einen Anteil (siehe Tagesschau vom 25.4.2024, <https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/corona-gesundheit-jugendliche-kinder-schulschliessungen-pandemie-auswirkungen-100.html>). Es wurde von den Jüngeren Solidarität mit den Älteren eingefordert, aber nie die Frage gestellt, wo denn die Solidarität der Älteren mit den Jüngeren bleibt. Die Corona-bedingen Übergriffe auf die körperliche und seelische Gesundheit von Kindern dürfen sich niemals wiederholen!

Besonders nachdenklich muss es stimmen, dass Christian Detmar, früher Richter am AG Weimar, die Kinder vor den Kindeswohlgefährdung durch die Masken- und

Testpflicht an den Schulen schützen wollte – und dafür wegen angeblicher Rechtsbeugung zu zwei Jahren Haft auf Bewährung verurteilt und aus dem Richterdienst entfernt wurde (bestätigt durch BGH, Urteil vom 20.11.2024 – 2 St 54/24; ausführliche und berechtigte Kritik bei *Matthias Guericke* auf der Internetseite der Vereinigung Kritische Richter und Staatsanwälte vom 6.3.2025: <https://netzwerkkrista.de/2025/03/06/kein-irrtum-das-schriftliche-revisionsurteil-im-rechtsbeugungsverfahren-gegen-richter-christian-dettmar/>). Christian Dettmar wurde in Wirklichkeit nicht für die Beugung von Recht, sondern für die Beugung von Unrecht bestraft.

Prof. Dr. Martin Schwab