

dem Kläger unmittelbar Ge- und Verbote auferlegt werden, die diesen insbesondere in seiner allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) sowie in seinem Grundrecht auf Freizügigkeit (Art. 11 Abs. 1 GG) einschränken und die sein körperliches Wohlbefinden nachteilig beeinträchtigen (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).

II.

Die Klage ist begründet.

Die Klage ist begründet, da die Corona-Verordnung des Beklagten in dem geltend gemachten Umfang rechtswidrig, dem Kläger gegenüber daher unwirksam ist und den Kläger in seinen Rechten verletzt. Die Corona-Verordnung ist in dem mit der Klage geltend gemachten Umfang rechtswidrig, weil die gesetzlichen Voraussetzungen für ihren Erlass nicht vorliegen.

1. Der Beklagte ist der irrigen Ansicht, seine Corona-Verordnung zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) auf § 32 i.V.m. §§ 28 bis 31 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der vom 19.11.2020 bis 31.12.2020 geltenden Fassung stützen zu können. Die seit 01.01.2021 geltenden Gesetzesänderungen sind für den vorliegenden Rechtsstreit ohne Bedeutung.

Nach § 32 Satz 1 IfSG werden die Landesregierungen ermächtigt, unter den Voraussetzungen, die für Maßnahmen nach den §§ 28 bis 31 maßgebend sind, auch durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Dabei können die Grundrechte der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz), der Freizügigkeit (Artikel 11 Abs. 1 Grundgesetz), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 Grundgesetz), der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) und des Brief- und Postgeheimnisses (Ar-

tikel 10 Grundgesetz) insoweit eingeschränkt werden (§ 32 Satz 3 IfSG).

Die mit der Klage geltend gemachten Gebote und Verbote betreffen Schutzmaßnahmen i.S.v. § 28a Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 und 10 IfSG. Die Voraussetzungen für diese Schutzmaßnahmen liegen indes nicht vor.

2. Voraussetzung für die Anordnung solcher Schutzmaßnahmen ist nach § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG, dass Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt werden oder dass sich ergibt, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war.

Nach § 28a Abs. 3 Satz 4 IfSG ist Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-COV-2 je 100.000 Einwohnern innerhalb von sieben Tagen. Nach § 28a Abs. 3 Satz 12 IfSG werden die in den Landkreisen, Bezirken oder kreisfreien Städten auftretenden Inzidenzen zur Bestimmung des nach § 28a Abs. 3 IfSG jeweils maßgeblichen Schwellenwertes durch das Robert-Koch-Institut im Rahmen der laufenden Fallzahlenberichterstattung auf dem RKI-Dashboard unter der Adresse <http://corona.rki.de> im Internet veröffentlicht. Bei **Neuinfektionen** handelt es sich nach dieser Vorschrift um Infektionen innerhalb der letzten sieben Tage. Eine **Infektion** ist nach § 2 Nr. 2 IfSG die **Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus**. Ein Krankheitserreger ist nach § 2 Nr. 1 IfSG ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann. Eine übertragbare Krankheit ist nach § 2 Nr. 3 IfSG eine durch Krankheitserreger oder deren toxische Pro-

dukte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, verursachte Krankheit.

3. Die vom Robert-Koch-Institut an der vorgenannten Stelle publizierten Werte enthalten keine Inzidenzen, welche die streitgegenständlichen Schutzmaßnahmen rechtfertigen würden. Das Robert-Koch-Institut gibt zwar vordergründig als „7-Tage-Inzidenz“ Werte an, welche die Schutzmaßnahmen zu rechtfertigen scheinen (am 02.01.2021 für Baden-Württemberg: 14.522 „Fälle“ / 11.100.394 Einwohner = 130,8 „Fälle“ / 100.000 Einwohner). Diese Werte sind jedoch aus mehreren Gründen grob falsch und spiegeln nicht die tatsächlichen Neuinfektionen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes wider. Die tatsächlichen Inzidenzen in Baden-Württemberg lagen bei Erlass der streitgegenständlichen Verordnung und liegen auch noch aktuell deutlich unter 35 und rechtfertigen daher keine Maßnahmen i.S.v. § 28a Abs. 3 Sätze 5 und 6 IfSG.

a) Die vom Robert-Koch-Institut gemeldeten Zahlen sind schon deshalb falsch, weil die diesen Zahlen zugrunde liegenden Testverfahren nicht zwischen vermehrungsfähigen Viren und bloßen DNA-Schnipseln unterscheiden können.

Die gemeldeten Zahlen beruhen allesamt auf einem von Drosten (Charité Berlin) entwickelten PCR-Test (Tests mittels der Polymerase-Kettenreaktion <https://de.wikipedia.org/wiki/Polymerase-Kettenreaktion>). PCR-Tests sind (nur) in der Lage, **definierte (kurze) Sequenzen einer DNA bzw. RNA**, also eines mehr oder weniger großen Abschnitts eines Genoms anzuzeigen. Der Nachweis eines bloßen Abschnitts eines Genoms lässt aber nicht den Schluss zu, dass es sich hier um einen Krankheitserreger, also ein vermehrungsfähiges Agens, handelt.

Schon der Erfinder des PCR-Tests Kary Mullis, der für diese Entwicklung im Jahr 1993 den Nobelpreis für Chemie erhielt, betonte, dass PCR-Tests nicht für die medizinische Diagnose von Krankheiten geeignet ist. Dies ist auch für den Laien einleuchtend, weil ein Bruchstück eines Virus-Genoms kein vollständiges und vermehrungsfähiges Virus darstellt, so, wie auch ein Lenkrad (oder ein anderes Teil) eines Autos kein vollständiges und funktionsfähiges Auto darstellt. Sogar der Hersteller des SARS-CoV-2 Coronavirus Multiplex RT-qPCR Kit (CD019RT) weist in seiner Produktinformation darauf hin, dass der PCR-Test nicht für diagnostische Zwecke geeignet ist (**Anlage K1**).

b) Ein PCR-Test weist eine Infektion im Sinne von § 2 Nr. 2 IfSG auch deshalb nicht nach, weil er **die** der Aufnahme eines Krankheitserregers **nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus nicht** nachweist. Die der Aufnahme des Krankheitserregers nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus ist aber Bestandteil der Definition in § 2 Nr. 2 IfSG. Solche Nachweise fehlen bei allen vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Inzidenz-Werten.

c) Selbst wenn der deutschlandweit verwendete Drosten-PCR-Test ein SARS-COV-2-Virus bei einem Bürger nachweisen würde, wäre damit eine Infektion i.S.v. § 2 Nr. 2 IfSG auch noch aus einem weiteren Grund nicht nachgewiesen. Die Aufnahme eines oder weniger Krankheitserreger (Viren) reicht schon aus biologischen Gründen nicht aus, um eine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus zu bewirken. Denn ein einzelnes oder nur wenige Viren würden vom Immunsystem umgehend vernichtet. Für eine der Aufnahme des Krankheitserregers nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus eine **Mindestzahl von Viren** aufgenommen werden.

Nach einer jüngst (anhand von lediglich 23 Infektionsfällen erstellten und) erschienenen Studie müssen rund 500 (2⁹) SARS-COV-2-Viren aufgenommen werden (Andreas Bergthaler vom Forschungszentrum für Molekulare Medizin in Wien, <https://www.derstandard.de/story/2000120895157/durchschnittlich-500-sars-cov-2-viren-machen-krank>; <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.07.15.204339v1.full>). Erst dann könnte, falls sich diese Größenordnung von rund 500 SARS-COV-2-Viren auch in weiteren Studien bestätigen sollte, von einer Infektion i.S.v. § 2 Nr. 2 IfSG die Rede sein.

Der PCR-Test ist aber nicht in der Lage, eine bestimmte Anzahl (oder Mindestzahl) von aufgenommenen Krankheitserregern festzustellen bzw. nachzuweisen, die für eine Infektion ausreichend wäre. Es kann mit diesem Test bestenfalls auf die Anzahl der in der genommenen Probe enthaltenen DNA-Schnipsel geschlossen werden.

Die Technik des PCR-Tests besteht nämlich darin, dass die zu untersuchende Probe einer DNA in mehreren Zyklen **jeweils verdoppelt** wird (<https://de.wikipedia.org/wiki/Polymerase-Kettenreaktion>). So entstehen in der Probe mit bloß einem einzelnen DNA-Abschnitt nach dem ersten Zyklus zwei DNA-Abschnitte, nach dem zweiten Zyklus vier DNA-Abschnitte, nach 25 Zyklen $2^{25} = 33.554.432$ DNA-Abschnitte und 35 Zyklen insgesamt $2^{35} = 34.359.738.368$ gleiche DNA-Abschnitte usw. In den unterschiedlichen Laboren (laut RKI mehr als 250 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Testzahlen-gesamt.html), welche die PCR-Tests durchführen, werden allerdings unterschiedlich viele Zyklen durchlaufen, da ein bestimmter Zyklus-Schwellenwert (**Ct-Wert**) nicht vorgeschrieben ist. Werden aber in den Laboren unterschiedlich viele Zyklen durchlaufen, kann nicht auf eine bestimmte Kontamination der genommenen Probe, also

auf eine bestimmte Anzahl von Viren in der Probe, und schon gar nicht auf die Aufnahme einer bestimmten Anzahl des Krankheitserregers mit nachfolgender Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus zurückgeschlossen werden.

d) Ein weiteres praktisches Problem der betriebenen Massentestungen (seit der 34. Woche 2020 über 1 Million Tests pro Woche (RKI a.a.O.) besteht in der sogenannten **Kreuzkontamination**. Denn wenn nach jedem positiven Testergebnis nicht die gesamte Laboranlage 100-prozentig gereinigt wird, ist davon auszugehen, dass auch die nachfolgend ins Labor gegebenen Proben anderer Bürger als positiv angezeigt werden, obwohl sie in Wirklichkeit negativ sind.

e) Hinzu kommt, dass der PCR-Test zum vermeintlichen Nachweis von SARS-COV-2 **nicht exakt zwischen SARS-COV-2 und anderen Coronaviren** unterscheiden kann, die jedoch seit Menschengedenken in Hülle und Fülle existieren (https://de.wikipedia.org/wiki/Coronaviridae#Innere_Systematik).

f) Die vom Robert-Koch-Institut angeführten Zahlen sind auch deshalb **keine Neuinfektionen der letzten sieben Tage**, weil hierbei auch positive Testergebnisse von Personen einfließen, die eine Infektion bereits Wochen vor der Probeentnahme – mit oder ohne Krankheitssymptome – hatten und bei denen SARS-COV-2 mit dem PCR-Test (auch aus den bereits genannten Gründen) immer noch nachweisbar ist (RKI, Epidemiologisches Bulletin Nr. 39/2020 vom 24.09.2020, S. 5 letzter Absatz). Bei solchen positiven Testergebnissen handelt es sich nicht um Neuinfektionen im Sinne von § 28a Abs. 3 IfSG, da diese Infektionen **schon länger als sieben Tage** zurückliegen.

In die Zahlen des Robert-Koch-Instituts fließen weiter auch positive Testergebnisse von Personen ein, die in den Tagen zuvor – unter Umständen schon mehrfach – positiv getestet wurden. Sehr häufig werden beispielsweise bestimmte Personen, die einmal positiv auf SARS-COV-2 getestet wurden, zu einer beruflichen Tätigkeit erst wieder zugelassen (zum Beispiel Ärzte, Altenpfleger oder Polizisten), wenn sie einen negativen PCR-Test vorweisen können. Diese Personen lassen sich folglich in Abständen von einzelnen oder wenigen Tagen so lange testen, bis der Test negativ ausfällt. All die dabei anfallenden positiven Tests einer einzigen Person fließen in die vom Robert Koch angeführten Zahlen mit ein, obwohl es sich **nicht** um eine **Neuinfektionen** handelt.

Als weitere Fehlerquelle erweist sich der Umstand, dass auch wegen der massenweisen Testungen und der damit verbundenen ständig auftretenden **Staus in den Laboren** (Probenrückstau in der 42. KW 2020 rund 100.000, RKI, Epidemiologisches Bulletin Nr. 45/2020 vom 05.11.2020, S. 4) Proben, die älter als sieben Tage sind, vom Robert-Koch-Institut als „neu“ mitgezählt werden.

g) Jeder der vorgenannten Gründe führt bereits für sich genommen dazu, dass die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Werte zur „7-Tage-Inzidenz“ keine Neuinfektionen innerhalb von sieben Tagen im Sinne von § 28a Abs. 3 IfSG abbilden. In der Summe der genannten Gründe liegt es evident auf der Hand, dass die Neuinfektionen deutlich unter 35 je 100.000 Einwohner liegen und folglich keine Maßnahmen im Sinne von § 28 Abs. 3 Sätze 5 und 6 IfSG rechtfertigen. Die im Klageantrag angeführten Gebote und Verbote erweisen sich damit als rechtswidrig.

Im Hinblick auf die Ausgangsbeschränkungen (Klageanträge Nrn. 2 und 3) kommt nach dem Gesagten hinzu, dass auch die verschärfte Voraussetzungen der Ermächtigungsgrundlage des