



REHKATSCH RECHTSANWÄLTE | Zülpicher Platz 7 | 50674 Köln

Robert Koch-Institut
An den Präsidenten
Herrn Lothar H. Wieler
Nordufer 20
13353 Berlin

PER E-MAIL: presse@rki.de; informationszugang@rki.de

Köln, den 17.03.2023

**Az: 3954/22 Transition Media ./ Robert Koch-Institut
Aufforderung zur Auskunftserteilung**

Sehr geehrter Herr Wieler,

wie Ihnen bekannt ist, vertreten wir die rechtlichen Interessen der Genossenschaft Transition Media, c/o Oakway Multimedia, Dorfstrasse 4, CH-4704 Niederbipp, Schweiz, ihrem Redakteur Herrn Konstantin Detemer, sowie des freien Journalisten Herrn Torsten Engelbrecht, Gertigstr. 20, 22303 Hamburg zu vertreten. Ordnungsgemäße Bevollmächtigung wird anwaltlich versichert.

Bei der Genossenschaft Transition Media handelt es sich um die Betreiber von *Transition News* (<https://transition-news.org>), eine redaktionelle Informations-Plattform. Im Rahmen der Aufarbeitung der Corona-Pandemie und der mit dieser im Zusammenhang stehenden damaligen politischen Entscheidungen arbeitet unsere Mandantschaft an einer ausführlichen Berichterstattung.

In diesem Zusammenhang fordern wir Sie Namens und in Vollmacht unserer Mandantschaft auf, hinsichtlich folgender Fragen vollständig und vollumfänglich Auskunft zu erteilen:

(Die Fragen sind trotz unterschiedlicher Thematiken durchgehend nummeriert zwecks besserer Übersichtlichkeit)

Nachweis von „SARS-CoV-2“

Auf Ihrer Homepage sind unter dem Link

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/EM/Aufnahmen/EM_Tab_covid.html

Entertainment | Musik | Film

Patrick-Marvin Rehkatsch
Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Urheber-/Medienrecht

Juliette Sarvan de Castro*
Rechtsanwältin

Sekretariat:
Miriam Marie Kiriazis
Rechtsanwaltsfachangestellte

Zülpicher Platz 7
D-50674 Köln
T +49 (0) 221-420 10 74
F +49 (0) 0221-420 66 40
E info@rehkatsch.de

Zweigstelle Berlin:

Winzerstr. 6
D-13593 Berlin
Besprechungs-Büro:
Potsdamer Platz

Kooperationspartner:**

Dr. Faßbender Rechtsanwälte
und Mediatoren, CH-Zürich
www.dr-fassbender.ch

Bankverbindung

Deutsche Bank
IBAN DE17 3707 0024 0233
3268 00
BIC DEUTDE33

USt-IdNr. DE229654743

www.rehkatsch.de

* angestellte Rechtsanwältin
**keine GbR, keine Partnerschaft

vier Aufnahmen des SARS-Coronavirus-2 veröffentlicht. Als Quelle wird jeweils Ihr Institut angegeben.

Fragen:

1. Wann und in welchem Zusammenhang entstanden die Aufnahmen? Falls diese im Rahmen von Studien entstanden sind, bitten wir um Nennung der entsprechenden Studie(n).
2. Welche Methode wurde angewandt, um die dargestellten „Viren“ als SARS-Coronavirus-2 zu identifizieren/klassifizieren?
3. Wie werden die dargestellten Viren von anderen Viren/Partikeln unterschieden?
4. Toxische Stoffe wie Antibiotika können In-vitro-Kulturen stark „stressen“, sodass sich neue Gensequenzen bilden, die zuvor nicht nachweisbar waren - und die nicht viral sind (siehe dazu z.B. Edit I. Buzás et al. Antibiotic-induced release of small extracellular vesicles (exosomes) with surface-associated DNA, Scientific Report, 15. August 2017; oder siehe auch die Ausführungen der Nobelpreisträgerin Barbara McClintock in ihrer Nobelpreisrede vom 8. Dezember 1983 „The Significance of Responses of The Genome to Challenge“). Wie also wurde sichergestellt, dass die Gensequenzen, die SARS-CoV-2 zugeordnet werden, nicht durch den Einsatz von Antibiotika oder anderen Stoffen, die während der Reagenzglas-Versuche eingesetzt werden, entstanden sind?
5. Hat das RKI selbst oder in Kooperation mit einem weiteren Labor eine Partikelreinigung vorgenommen, um das Virus nachzuweisen bzw. um sicherzustellen, dass es sich bei diesen Partikeln nicht um nicht-virale Partikel handelt?
6. Falls nein, ist dem RKI eine vollständige Partikelreinigung durch ein anderes Labor bekannt?
7. Wurde aufgezeigt, dass die (gereinigten) Partikel in kausalem Zusammenhang mit einer Krankheit stehen, indem eine Gruppe von gesunden Probanden (meist Tiere) diesem isolierten, gereinigten Partikel in der Art und Weise ausgesetzt wurden, in der die Krankheit vermutlich übertragen wird - und dann geschaut, ob die Probanden anschließend auch tatsächlich die gleiche Krankheit bekommen?
8. Der Stand der Wissenschaft und Technik erfordert, dass man seine Ergebnisse konsequent selbst anzweifelt und kontrolliert und dies entsprechend dokumentiert (siehe „Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG),

<http://doi.org/10.1002/9783527679188.othj>; Dokument der DFG zur Replizierbarkeit in der Klinischen Forschung, http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/senat/klinische_forschung/workshop_1515/foliensaetze_veranstaltung/replizierbarkeit_replikation_frank_wissing.pdf, Leitlinie 11 "Methoden und Standards in den Lebenswissenschaften" der DFG, <https://wissenschaftliche-integritaet.de/kommentare/methoden-und-standards-in-den-lebenswissenschaften/>); auch das RKI bekennt und verpflichtet sich zur Einhaltung der Leitlinien der DFG, siehe https://www.rki.de/DE/Content/Forsch/Grundlagen/grundlagen_node.html. In welcher Studie wurden im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 entsprechende Kontrollversuche durchgeführt und dokumentiert?

PCR-Test:

Auf Ihrer Website heißt es unter der Überschrift: „Direkter Erregernachweis durch RT-PCR“

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html?nn=13490888#doc13490982bodyText11):

Für eine labordiagnostische Untersuchung zur Klärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 wurden PCR-Nachweissysteme entwickelt und validiert. Sie gelten als „Goldstandard“ für die Diagnostik. Nähere Angaben sind auch über die Webseite der WHO zu Coronaviren bzw. der Foundation for Innovative New Diagnostics verfügbar. Es steht eine Reihe von kommerziellen Testsystemen mit hoher Spezifität und unterschiedlicher Bearbeitungsdauer zur Verfügung ... Es steht eine Reihe von kommerziellen Testsystemen mit hoher Spezifität und unterschiedlicher Bearbeitungsdauer zur Verfügung.

Indikation zur Testung

Testung symptomatischer Personen (klinischer Verdacht)

Die Infektion mit SARS-CoV-2 weist ein breites aber unspezifisches Symptomspektrum auf. Fieber und Husten sind wichtige Leitsymptome, doch können auch andere Symptome im Zusammenhang mit den konkreten Umständen wegweisend sein ...

Zur Verminderung des Übertragungsrisikos sind in allen drei Konstellationen - die schnelle Isolierung von positiv getesteten Personen,

die Identifikation und die empfehlungsgerechte frühzeitige Quarantäne enger Kontaktpersonen - wirksam.

Fragen:

9. Was genau meinen Sie damit, wenn Sie schreiben, die SARS-CoV-2-PCR-Tests wurden „validiert“ - und wie genau wurden sie „validiert“?
10. Sie schreiben auch, es seien „PCR-Nachweissysteme entwickelt“ worden, die „zur Klärung des Verdachts auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2“ dienen. Auf welcher faktische Basis beruht Ihre Aussage, dass man mit der PCR eine Virus-Infektion nachweisen kann?
11. Und wie passt diese Aussage von Ihnen mit folgenden Aussagen zusammen:
- „Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar“ (RKI. Epidemiologisches Bulletin, 39/2020)?
12. Sie schreiben, die „PCR-Nachweissysteme ... gelten als ‚Goldstandard‘ für die Diagnostik“. Bei einem Schwangerschaftstest zum Beispiel ist der Goldstandard die Schwangerschaft selbst. Welches also ist der „Goldstandard“ für die sogenannten „SARS-CoV-2 PCR-Tests“ - und wie genau wurden diese Tests auf diesen Goldstandard „geeicht“?
13. Zu Ihrer Aussage, die PCR-Test würden „als ‚Goldstandard‘ für die Diagnostik gelten“ und es stünde „eine Reihe von kommerziellen Testsystemen mit hoher Spezifität ... zur Verfügung“: Können Sie eine Studie nennen, in der für die PCR-Kits, von denen es heißt, sie würden zur Diagnose von COVID-19-Fällen verwendet werden, die diagnostische Spezifität nachgewiesen wurde?
14. Sie schreiben: „Die Infektion mit SARS-CoV-2 weist ein breites aber unspezifisches Symptomspektrum.“ Gibt es für COVID-19 charakteristische spezifische, also unverwechselbare Symptome?
15. Bestätigen Sie nicht selbst - und das seit geraumer Zeit-, dass ein „positiver“ PCR-Test keinen viralen Krankheitserreger nachweisen kann? Und zwar damit, dass bei mehr als 30 Millionen Testungen lediglich 750.000 oder 2,5 Prozent Symptome und etwa 10.000 oder 0,03 Prozent Anzeichen einer Pneumonie hatten (siehe Ihren Epidemiologisches Bulletin 2/2021 vom 14. Januar 2021), sowie damit, dass in Ihrem Epidemiologischem Bulletin 2/2021 folgende drei wesentliche Aussagen getroffen werden:
 - a) Zu testen ist zunächst ein „Patient“ - dies ist eine Person mit Beschwerden oder Krankheitssymptomen - und nicht etwa ein gesunder Mensch.
 - b) Ein positiver PCR-Test trifft keinerlei Aussage über die Ansteckungsfähigkeit (= Infektiosität) eines Patienten.

c) Denn bei 100 positiven Tests besteht eine Wahrscheinlichkeit bis zu 99 %, dass keine infektiösen Viruspartikel nachgewiesen werden.

16. Was Ihre Aussage angeht, „zur Verminderung des Übertragungsrisikos sind in allen drei Konstellationen - die schnelle Isolierung von positiv getesteten Personen, die Identifikation und die empfehlungsgerechte frühzeitige Quarantäne enger Kontaktpersonen - wirksam“, stellen sich folgende Fragen: Liegt Ihnen eine Studie vor, die nachweist, dass „positiv“ getestete Personen mit Krankheitssymptomen jemand anderen krank (nicht nur „positiv“) gemacht haben? Wenn ja, welche? Und gibt es Ihrem Kenntnisstand nach eine Studie, die nachweist, dass eine „positiv“ getestete Person eine andere Person hat „positiv“ werden lassen? Wenn ja, welche?

Asymptomatische Virus-Übertragung/Ansteckung:

Auf Ihrer Website heißt es unter der Überschrift „Übertragung durch asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Infizierte "

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888#doc13776792bodyText3):

Schließlich gibt es vermutlich auch Ansteckungen durch Personen, die zwar infiziert und infektiös waren, aber gar nicht erkrankten (asymptomatische Übertragung) ... (30)

Dass die Hypothese der asymptomatischen Übertragung /Ansteckung für Ihre Institut von Beginn der „Corona-Zeit“ an von zentraler Bedeutung war, zeigt sich auch daran, dass Sie auf Ihrer Website am 7. Mai 2020 schrieben (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/19/Art_02.html):

[Die Empfehlung, Masken zu tragen beruht] auf einer Neubewertung aufgrund der zunehmenden Evidenz, dass ein hoher Anteil von Übertragungen unbemerkt erfolgt, und zwar bereits vor dem Auftreten von Krankheitssymptomen

Fragen:

17. Was genau heißt „vermutlich“? Gibt es solide Beweise dafür, dass es asymptomatische Personen ansteckend sind? Wenn ja, um welche handelt es sich?

18. Bei Ihrer Aussage nehmen Sie mit Referenz (30) auf eine Studie Bezug (Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws M-L, Glasziou P.

Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. medRxiv, 4. Dezember 2020, <https://jammi.utpjournals.press/doi/10.3138/jammi-2020-0030>), in der Folgendes geschlussfolgert wird: „Further robust epidemiological evidence is urgently needed, including in subpopulations such as children, to better understand how asymptomatic cases contribute to the pandemic.“ Wenn aber „further robust evidence“ notwendig ist, um die These der asymptomatischen Ansteckung zu belegen, wie rechtfertigen Sie es dann, diese Hypothese weithin vertreten zu haben - immerhin basierte auf ihre ein wesentlicher Teil der Corona-Maßnahmen, darunter sogar eine Maskenpflicht für „negativ“ getestete Schulkinder ohne Krankheitssymptome?

19. Am 7. Juli 2020 äußern Sie sich in der „Stellungnahme des RKI zu Vorwürfen, Erkenntnisse zu asymptomatischer Übertragung ignoriert zu haben“ (<https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Stellungnahme-2020-07-01.html>) wie folgt: „Relevant ist immer, wie häufig bestimmte Phänomene stattfinden. Wichtiger für die Einschätzung des RKI waren daher die Untersuchungsergebnisse des Ausbruchs bei der Firma Webasto. Aus diesen ging zweifelsfrei hervor, dass bei mehreren Fällen eine frühe Übertragung, d.h. am Tag des Symptombeginns oder vielleicht schon davor, festgestellt werden konnte.“ Stehen Sie nach wie vor zu dieser Aussage? Wenn Ja, wie genau wurde „zweifelsfrei“ die Virus-Übertragung festgestellt und zugleich zweifelsfrei(!) ausgeschlossen, dass die betroffenen Personen nicht durch nicht-virale Faktoren krank geworden sind? In Ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2020 nehmen Sie Bezug auf einen Fallbericht, der am 5. März 2020 im New England Journal of Medicine erschienen war (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2001468>). Darin wurde behauptet, dass eine symptomlose chinesische Geschäftsfrau in München vier Mitarbeiter eines dortigen Unternehmens getroffen hätte, die hinterher alle an COVID-19 erkrankt seien. In Wuhan sei diese Dame dann „positiv“ auf SARS CoV-2 getestet worden - und das sei Beweis dafür, dass auch symptomlose Menschen ansteckend sein könnten. Dieser Fallbericht war bereits am 30. Januar 2020 als Preprint veröffentlicht worden. Am 3. Februar 2020 erschien dann aber hierzu ein Kommentar, der darauf hinwies, dass die Dame aus China sehr wohl Symptome hatte und diese lediglich mithilfe von fieber- und schmerzsenkenden Medikamenten unterdrückt hatte (Kai Kupferschmidt am 3. Februar 2020 auf <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-trans-mitting-coronavirus-wrong>). Dies hatten Gespräche mit dieser Dame ergeben, die am 30. Und 31. Januar 2020

stattgefunden hatten, und zwar, wie Sie schreiben, „zwischen der chinesischen Indexpatientin und Vertretern des (federführenden) Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und des RKI“. Die Autoren des im New England Journal of Medicine veröffentlichten Fallberichts ließen diese Gespräche aber unerwähnt - und hatten auch selbst keine solchen durchgeführt. Wie Sie in Ihrer Stellungnahme schreiben, wurden die Ergebnisse der Befragung am 30. und 31. Januar 2020 sogar auch noch „an die WHO, das European Centre for Disease Control (ECDC) und die Europäische Kommission weitergegeben“. Dennoch wurde der Fallbericht am 5. März 2020 im New England Journal of Medicine abgedruckt. Hätte folglich nicht auch das RKI fordern müssen, dass dieser Fallbericht spätestens nach Bekanntwerden des Irrtums sofort zurückgezogen werden muss - zumal der am 5. März 2020 abgedruckte Fallbericht nach wie vor die Falschinformation enthält, „during her stay, she had been well with no signs or symptoms of infection“? Wenn nein, wieso nicht?

Ct-Wert und Viruslast:

Zum so genannten Ct-Wert schreiben Sie auf Ihrer Website in Ihren „Empfehlungen zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition, Stand 2.5.2022“

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html) Folgendes:

Zur Wiederaufnahme der Tätigkeit sind ein negatives PCR-Resultat oder ein positives Testresultat mit einem Ct-Wert >30 zulässig. D.h. es liegt ein negatives PCR-Ergebnis oder ein quantitatives PCR-Ergebnis vor, das gemäß Laborbericht für eine Viruslast unterhalb eines definierten Schwellenwertes spricht, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt.

Fragen:

20. Viele PCR-Tests haben einen „cycle quantification“-Wert (Cq-Wert oder auch Ct-Wert) von mehr als 35, und einige, einschließlich des Corman/Drosten-PCR-Testprotokolls, sogar einen Cq von 45. Wörtlich heißt es in dem Corman/Drosten et al. Paper: „Thermal cycling was performed at 55 °C for 10 min for reverse transcription, followed by 95 °C for 3 min and then 45 cycles of 95 °C for 15 s, 58 °C for 30 s.“ In diesem Zusammenhang erklärte Kary Mullis, der 1993 für die Erfindung der PCR den Chemienobelpreis erhielt: „Wenn Sie

mehr als 40 Zyklen benötigen, um ein Gen mit einer einzigen Kopie zu amplifizieren, stimmt etwas mit Ihrer PCR nicht.“ Und in einem Podcast-Interview weist der weltweit bekannte PCR-Experte Stepehn. A. Bustin darauf hin, dass „ein Cq in den 20ern bis 30ern angestrebt werden sollte und es Bedenken hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Ergebnisse bei einem Cq über 35 gibt.“ Stimmen Sie damit überein? Wenn nein, inwiefern nicht?

21. Hat das RKI einen Überblick darüber, mit welchen Ct-Werten die so genannten SARS-CoV-2 PCR-Tests angewendet werden? Wenn nein, wie können die PCR-Testergebnisse dann als valide betrachtet werden?
22. In diesem Zusammenhang konzedierte Ihr Institut, dass es keine Daten liefern könne, die aufzeigen, bei welcher Zyklen-Zahl die in der Praxis eingesetzten sogenannten SARS-CoV-2 PCR-Tests jeweils „positiv“ ausschlagen. Wenn aber diese Daten fehlen, wie soll dann die PCR in Bezug auf die Feststellung einer Virusinfektion eine Aussagekraft haben?
23. In der zitierten Textpassage sprechen Sie auch von einem „quantitativen PCR-Ergebnis“ und einer „Viruslast“. Doch ist es nicht vielmehr so, dass die PCR nur der qualitativen Identifizierung von Substanzen dient und aufgrund ihrer Beschaffenheit nicht geeignet ist, Mengen zu messen? Wenn nein, wieso nicht?
24. Kennen Sie eine Studie, die unmissverständlich aufzeigt, dass es im Zusammenhang mit COVID-19 PCR-Tests gibt, die eine wirkliche „quantitative“ Messung ermöglichen?
25. Sie suggerieren, dass mit der sogenannten „viral load“ („Viruslast“) die Anzahl der Viren im Blut gezählt wird. Doch wie genau soll die Anzahl der Viren mithilfe der PCR gemessen werden können?
26. Müsste nicht, um überhaupt die Grundlage für eine solche Messung zu ermöglichen, folgendes Experiment durchgeführt werden: Man nimmt z.B. ein paar 100 oder sogar 1.000 Menschen und entnimmt ihnen Proben. Dabei vergewissert man sich, dass die Personen, die die Proben entnehmen, nicht dieselben sind, die die PCR-Tests durchführen. So werden die Forscher nie wissen, wer die Patienten sind und in welchem Gesundheitszustand sie sich befinden. Dann führen die Wissenschaftler die PCR an den Proben durch und notieren, welches Virus sie in welcher Menge gefunden haben. Anschließend kommen sie zum Beispiel zu dem Ergebnis, dass sie bei den Patienten 33, 159, 332, 556, 887 und 991 einen Haufen von dem gefunden haben, was sie als Virus bezeichnen. Im nächsten Schritt wird geschaut, wie fit die Patienten sind. Dabei sollten die Patienten 33, 159, 332, 556, 887 und 991 natürlich sehr krank sein, da sich ja gemäß PCR-Testergebnis in ihrem Körper unglaublich

viele Viren vermehren. Aber sind sie wirklich krank – oder sind sie womöglich sogar fit wie ein Turnschuh? Wäre ein solches Experiment nicht also unerlässlich? Wenn nein, wieso nicht?

Schutz vor Transmission:

Im Artikel „#Faktenfuchs: Übertragungsschutz nicht Hauptziel des Impfstoffs“, veröffentlicht unter dem Link

<https://www.br.de/nachrichten/wissen/faktenfuchs-schutz-vor-ansteckung-nicht-hauptziel-des-pfizer-corona-impfstoffs,TNMDIYM>

heißt es [Unterstreichung durch Unterzeichner]:

Ansteckungen zu verhindern sei nicht das vorrangige Ziel gewesen bei der Impfstoffentwicklung, sagt Ulrike Protzer, Leiterin des Virologischen Instituts an der TU München im Interview mit dem #Faktenfuchs. "Die Impfung heißt ja Covid-19-Impfung, und ist entwickelt worden, um einen Schutz vor Covid-19, also vor der Erkrankung, zu bieten."

Brands Formulierung, die Pfizer-Präsidentin habe etwas "zugegeben", ist daher irreführend. Das Pharma-Unternehmen Pfizer/Biontech hat vor der Zulassung des Impfstoffes im Dezember 2020 nie behauptet, dass es den Corona-Impfstoff auf einen möglichen Übertragungsschutz hin untersucht habe.

Die für die Zulassung wegweisende klinische Phase-3-Studie, deren Protokoll im November 2020 veröffentlicht wurde, wurde laut Pfizer konzipiert und durchgeführt, "um die Wirksamkeit von BNT162b2 [Bezeichnung des Impfstoffs] zur Vorbeugung von durch SARS-CoV2 [Bezeichnung des Virus] verursachten Krankheiten, einschließlich schwerer Krankheiten, zu bewerten", schreibt ein Pfizer-Sprecher in einer Mail-Antwort an den #Faktenfuchs. "Die BNT162b2-Studien waren nicht darauf ausgelegt, die Wirksamkeit des Impfstoffs gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 zu bewerten."

Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA), die dem Pfizer-Impfstoff am 11. Dezember 2020 eine Notfallzulassung für die USA erteilte, schrieb schon damals in einem Pressestatement: "Derzeit sind weder Daten verfügbar, um zu bestimmen, wie lange der Impfstoff Schutz bietet, noch gibt es Hinweise darauf, dass der Impfstoff die Übertragung von SARS-CoV-2 von Mensch zu Mensch verhindert."

Auch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), die den Pfizer-Impfstoff am 21.12.2020 zur Zulassung durch die EU-Kommission empfahl,

war sich über fehlende Erkenntnisse zum Übertragungsschutz bewusst. Bei einem virtuellen Meeting am 11. Dezember 2020, bei dem der Entwicklungsstand und die mögliche Zulassung verschiedener Impfstoffe besprochen wurde, hielt die EMA in einer Präsentation fest, dass die Frage der Virusübertragung noch spezifische Studien nach der Zulassung benötige.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut entwickelt auf Basis evidenzbasierter Medizin Impfeempfehlungen für Deutschland. Laut STIKO war es durchaus ein Ziel der Covid-19-Impfung, Übertragungen des Virus zu verhindern. So steht es im Beschluss für die Empfehlung der COVID-19-Impfung mit Datum vom 14. Januar 2021.

Gleichzeitig verweist aber auch die STIKO darauf, dass es hierzu noch nicht genügend Daten gebe. So könne man noch nicht abschließend bewerten, inwiefern die COVID-19-mRNA-Impfstoffe eine Übertragung des Virus von Mensch zu Mensch reduzieren oder verhindern.

Auf Ihrer Internetseite heißt es unter folgendem Link

<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>:

Schutz vor Transmission

Nach erstem Auftreten der Omikron-Variante wurde eine reduzierte Wirksamkeit gegen Transmission beobachtet im Vergleich zur zuvor zirkulierenden Delta-Variante. Die Virusvariante hat sich seit Durchführung der bekannten Studien weiter verändert, wobei zur aktuell zirkulierenden Subvariante von Omikron keine Daten zum Transmissionsschutz bekannt sind.

Da Sie schreiben, dass zur Subvariante Omikron keine Daten vorliegen, müssen Ihnen im Umkehrschluss Daten zu den vorherigen Varianten vorliegen.

Fragen:

27. Wann lagen Ihnen erstmals Daten zum Transmissionsschutz vor?
28. Welche Daten/Studien lagen Ihnen zum Transmissionsschutz vor? Wir bitten um Nennung der Studien.
29. Auf Basis welcher Daten wurde vorher (vor Vorliegen der ersten Daten/Studien) der Transmissionsschutz hergeleitet?

Zur Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes:

Auf Ihrer Homepage unter dem Link

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Infektionsschutz.html?nn=13490888#FAQId13528008

schreiben Sie unter anderem:

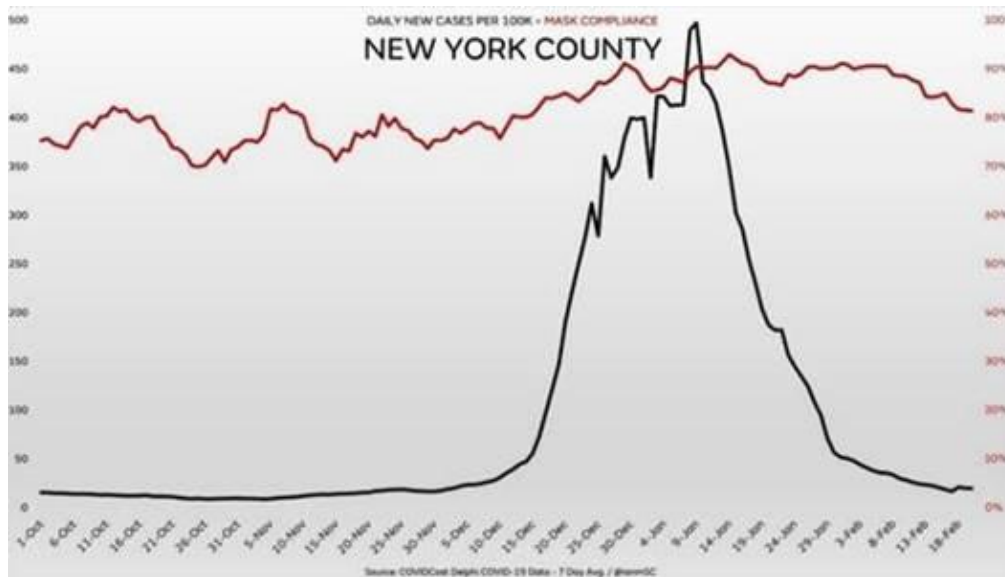
Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt weiterhin das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS, "OP-Maske") in Innenräumen, wenn sich viele Menschen im Raum aufhalten und kein Abstand eingehalten werden kann, um die Übertragung von SARS-CoV-2 und anderen akuten Atemwegsinfektionen in der Bevölkerung zu reduzieren. Verschiedene Studien zeigen, dass MNS zu einer relevanten Reduktion der Verbreitung von Atemwegsviren führen und das Ansteckungsrisiko reduzieren.

Sie beziehen sich in diesem Abschnitt auf verschiedene Studien.

Frage:

30. Welche Studien sind für diese Schlussfolgerung herangezogen worden? Und ist darunter auch eine randomisierte klinische Studie (randomized clinical trial, kurz RTC)? Ihr „Dienstherr“, die Bundesregierung, schreibt dazu im Bericht ihres Sachverständigenausschusses zur Evaluation der Corona-Maßnahmen, erschienen am 1. Juli 2022, also knapp 28 Monate nach Beginn der Maßnahmen, auf Seite 87: „[Es] ist nicht abschließend geklärt, wie groß der Schutzeffekt von Masken in der täglichen Praxis ist, denn randomisierte, klinische Studien zur Wirksamkeit von Masken fehlen“.
31. Können Sie dem zustimmen? Wenn nein, wieso nicht? Etliche Statistiken zeigen auf, dass das Maskentragen keinen Einfluss hat auf die Zahl der „positiven“ Tests. Als Beispiel sei der US-Bundesstaat New York genannt (siehe Grafik unten). So blieb dort von Oktober 2021 bis Februar 2022 die Zahl der „positiven“ Tests praktisch unverändert (rote Linie), egal ob viel oder wenig

Maske getragen wurde (schwarze Linie). Wie erklären Sie das?



Quelle: Twitter-Account @ianmSC

Unter dem Link

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Masken.html

schreiben Sie

FFP2-Masken kamen bisher zweckbestimmt und zielgerichtet im Rahmen des Arbeitsschutzes zum Einsatz. Daher wurden außerhalb des Gesundheitswesens noch keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, gegebenenfalls auch langfristigen Auswirkungen ihrer Anwendung (z.B. bei Risikogruppen oder Kindern) durchgeführt. In Untersuchungen mit Gesundheitspersonal wurden Nebenwirkungen wie z.B. Atembeschwerden oder Gesichtsdermatitis infolge des abschließenden Dichtsitzes beschrieben.

Stand: 29.08.2022

Weiter unten heißt es:

Beim Einsatz von FFP2-Masken bei Personen mit z.B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen sind negative gesundheitliche Auswirkungen nicht auszuschließen. Das Tragen von FFP2-Masken durch Personen, die diesen Gruppen angehören, sollte möglichst ärztlich begleitet werden. Die Anwenderinnen und Anwender sollten gut über das korrekte Tragen, die Handhabung und max. Nutzungsdauer der FFP2-Masken sowie Risiken und Limitationen aufgeklärt werden. Zudem sollten die für die Trägerinnen und Träger vertretbaren Tragedauern unter

Berücksichtigung der Herstellerangaben individuell festgelegt werden, um mögliche gesundheitliche Auswirkungen zu minimieren.

Stand: 29.08.2022

Fragen:

32. Zahlreiche Studien belegen die negativen Auswirkungen des Maskentragens. Dazu zählen ein Abfall des Blutsauerstoffgehalts und ein Anstieg des CO₂-Gehalts im Blut. Dies wiederum kann sich in vielerlei Hinsicht negativ auf Organsysteme und Stoffwechselfvorgänge auswirken. Zuletzt (Ende 2022) legte in diesem Zusammenhang der Mediziner Kisielinski zusammen mit anderen Forschern eine Meta-Analyse vor. Resultat: „[Das Tragen von] Masken behindert die Sauerstoffaufnahme und CO₂-Abgabe und beeinträchtigt die Kompensation der Atmung ... Die Ergebnisse bestätigen unabhängig voneinander das maskeninduzierte Erschöpfungssyndrom (MIES). MIES kann langfristige klinische Folgen haben“ (https://www.researchgate.net/publication/366534053_Physio-metabolic_and_clinical_consequences_of_wearing_face_masks_-_Systematic_review_with_meta-analysis_and_comprehensive_evaluation). Inwiefern finden diese Studienergebnisse in Ihre Empfehlung Berücksichtigung?
33. Wurden in der Zwischenzeit Untersuchungen zu langfristigen (gesundheitlichen) Auswirkungen des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes bei Kindern durchgeführt?
34. Falls ja, im Rahmen welcher Studie?
35. Falls ja, mit welchen Ergebnissen?
36. Falls nein, auf Basis welcher Daten ist die Abwägung einer Nutzen/Risiko-Abschätzung erfolgt, die letztlich zur Empfehlung des RKI zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bei Kindern geführt hat?
37. Ist Ihnen eine Studie bekannt, die unmissverständlich aufzeigt, dass der Nutzen des Tragens einer Maske das Gesundheitsrisiko (merklich) überwiegt, und zwar für Erwachsene und für Kinder?
38. Basis welcher Daten stammt die Annahme, dass die Empfehlung für Personen mit eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen nicht auch für Kinder gelten sollte, die ein geringeres Lungenvolumen haben als ein gesunder erwachsener Mensch?

Für die Auskunftserteilung setzen wir Ihnen eine Frist bis

Freitag, den 31. März 2023.

Wir verweisen auf die presserechtlichen Auskunftsansprüche unserer Mandantschaft auch aus Art 5 GG, als auch auf das IFG.

Mit freundlichen Grüßen

J. Sarvan de Castro

Juliette Sarvan de Castro
Rechtsanwältin