

Anton Huber
Waldweg 6
83417 Kirchanschöring

Kirchanschöring, 20.02.2022

Anton Huber – Waldweg 6 – 83417 Kirchanschöring

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof
Ludwigstr. 23
80539 München

Verwaltungsstreitsache Anton Huber ./ Freistaat Bayern, Ihr AZ: M 10 CS 22.415

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu meiner Beschwerde vom 05.02.2022, die am 14.02.2022 vom Bayerischen Verwaltungsgericht München an Sie weitergeleitet wurde, erhalten Sie folgende Begründung:

Allgemeines:

Das Verwaltungsgericht München hat ja schon richtig erkannt, dass das Landratsamt sich mit der Einführung des Buchstaben k) in der Allgemeinverfügung vom 07.01.2022 bzw. m) vom 21.01.2022 vergaloppiert hat. Nicht erkannt wurde jedoch die Unverhältnismäßigkeit der Anordnung von Abständen und Maskenpflicht. Zum Beweis der Verhältnismäßigkeit hat das Gericht die Risikobewertung des RKI herangezogen
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html .

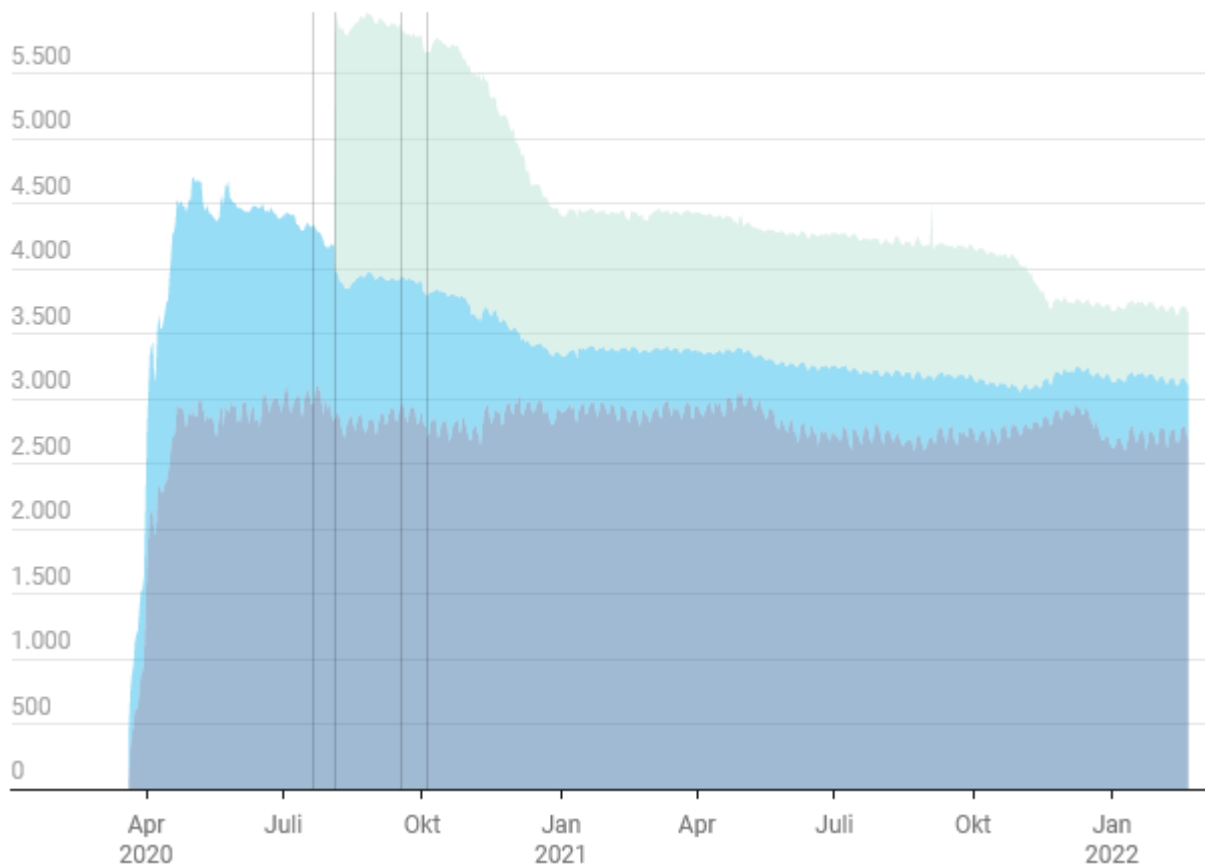
Nach § 2 des BGA-NachfG ist das RKI eine selbständige Bundesoberbehörde des Gesundheitsministeriums. Damit ist es dem Bundesgesundheitsminister unterstellt und man kann nicht mehr von einem unabhängigen Institut sprechen. Gleichwohl stützen sich die Verwaltungsgerichte seit Beginn der Pandemie kritiklos auf die Expertise des RKI. Dieses Vertrauen ist nicht gerechtfertigt, wie ich im Folgenden beweisen werde und die Gerichte hätten längst unter Hinzuziehung von unabhängigen Experten, die gesundheitlichen Aspekte selbst ermitteln müssen. Ich hoffe, dass Sie nun diese überfällige Arbeit verrichten.

Es gibt unter diesem Link <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen> eine sehr schöne tagesaktuelle Grafik:

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)

Bayern, Erwachsenen-Intensivstationen

■ Belegte Betten ■ Freie Betten ■ Notfallreserve

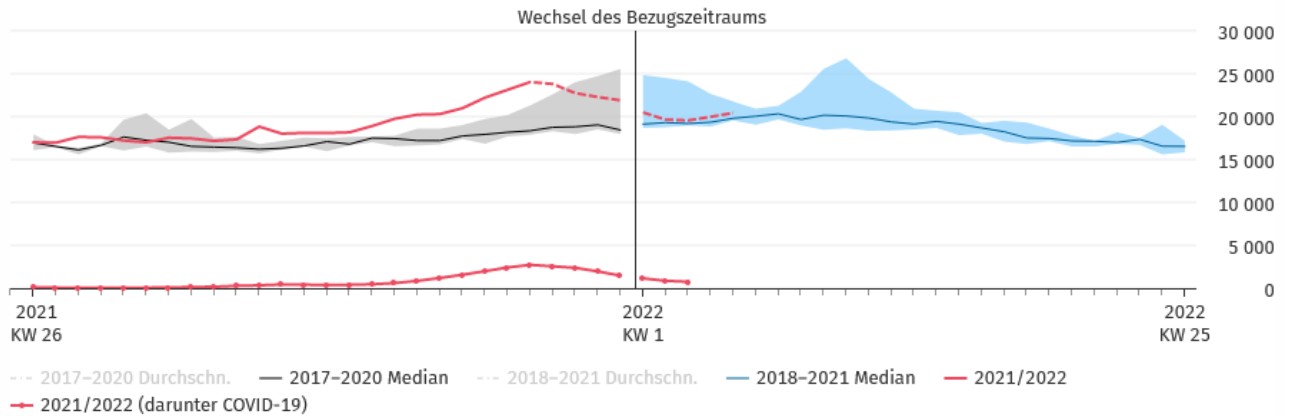


Diese Grafik sagt uns, dass in Bayern (übrigens gibt es dieselbe Situation für ganz Deutschland) die Intensivbetten niemals ausgelastet waren. Nicht nur das, es gab auch niemals die Gefahr einer Auslastung. Die höchste Auslastung der letzten 2 Jahre lag bei 90%. Intensivbetten können nur mit einer Auslastung von mindestens 85% rentabel betrieben werden. Am Anfang der Pandemie lag die Auslastung auf weite Strecken bei nur 70%. Folgerichtig hat die Regierung die Intensivbetten erst ab einer Auslastung von 75% bezuschusst. Dies hatte zur Folge, dass beständig Intensivbetten abgebaut werden. Diese Tatsache ist ebenfalls in der Grafik sehr schön zu sehen. Auch die darin dargestellte Notfallreserve beruhigt ungemein. Was wir aber noch sehen können ist, dass die Belegung der Intensivbetten in den letzten beiden Jahren ziemlich konstant war. Dazu hört man das Argument, dass wegen Corona viele OP's abgesagt wurden und deshalb die Intensivbetten ohne Corona fast leer gewesen wären. Dazu ist zu sagen, dass die wenigsten Patienten aufgrund einer OP auf intensiv liegen. Meist sind es akute Krankheiten oder Unfälle. Somit ist eine Pandemie im Intensivregister nicht zu erkennen.

Auch in dieser Grafik des Statistischen Bundesamtes ist keine Pandemie zu sehen. Die Sterbezahlen bewegen sich seit 2020 bis heute in einer natürlichen Bandbreite.

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland

(gestrichelte Werte enthalten Schätzanteil)



Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt (Stand 14.02.2022), COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut (Stand 10.02.2022)

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Die Risikobewertung des RKI trug und trägt diesen Umständen in keiner Weise Rechnung. Stattdessen beginnt jede Risikobewertung mit dem Satz „Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein.“ ohne dafür irgendwelche Belege zu nennen. Vielmehr sind die Zahlen des eigenen Hauses Beweise gegen diese Einschätzung. Stattdessen werden Gefühlswörter wie „beunruhigend“ oder „rasante Verbreitung“, „schlagartige Erhöhung“ verwendet.

Somit ist das Vertrauen, dass die Gerichte in das RKI setzen in keiner Weise gerechtfertigt. Die Verwaltungsgerichte müssen nun zu eigenen Ermittlungen schreiten, damit eine objektive Klärung der Lage erfolgen kann. Dem Verwaltungsgericht habe ich ja bereits Gegenargumente mit dem Aufsatz „Pathologie des Maskentragens von Prof. Dr. A. Burkhardt-Reutlingen“ geliefert. Erstaunlich ist auch, dass es bis 01.03.2020 praktisch keine Studien gab, die die Wirksamkeit von Masken, egal welcher Qualität, gezeigt hätten. Auch Prof. Drosten, der Leib- und Magenvirologe der Bundesregierung sagte damals, die Datenlage sei nicht gut. Hier nun detaillierte Ausführungen zu den Masken, die deren Unwirksamkeit und Schädlichkeit beweisen:

1. Rechtliche Grundlagen

Bevor die medizinischen Fragen zu klären sind, ein kurzer Blick auf die rechtlichen Grundlagen des Masken-Tragens:

1.1 VERORDNUNG (EU) 2016/425

Die derzeit verwendeten FFP2-Masken basieren auf der VERORDNUNG (EU) 2016/425 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 9. März 2016 über persönliche Schutzausrüstungen und zur Aufhebung der Richtlinie 89/686/EWG des Rates. Das Wort „Virus“ oder „Viren“ taucht darin nicht auf. Deshalb ist diese Richtlinie überhaupt nicht darauf ausgelegt, den Träger der Maske vor Viren zu schützen.

Die Verordnung wurde bisher auch nicht geändert, sodass sich an der Einschätzung zur Untauglichkeit dieser Masken zur Virenabwehr nichts geändert hat. Es drängt sich damit der Schluss auf, dass die Anforderung an FFP2-Masken, Viren abzuhalten, durch diese Technologie gar nicht möglich ist oder jedenfalls nicht, ohne schwere gesundheitliche Schäden beim Träger der Maske zu verursachen. Das sehen auch die Hersteller so (*siehe sogleich*).

1.2 SARS-COV-2 Viren sind rechtlich in die Risikoklasse 3 einzuordnen

Es ist ein rechtlicher Kunstfehler, wenn man sich zur Rechtfertigung der Argumentation, dass das Tragen von FFP2-Masken gegen den Virus SARS-COV 2 schütze, auf die Behauptungen des RKI beruft. Das wäre genauso, als wenn sich Beklagte auf ihre eigenen Gutachter berufen würden. **Das ist nichts anderes als Parteivortrag der Bundesregierung, die diese Anordnung getroffen hat.** Denn die **Falschinformation** über die Wirksamkeit der FFP2-Masken gegen den Virus SARS-COV-2 **kommt ja gerade vom RKI**, einer weisungsabhängigen Behörde der Bundesregierung. Daran ändert auch die Gesetzes- und Verordnungslage nichts.

Denn dass die Angaben des RKI nicht vertrauenswürdig sind, zeigt sich bei der **Verkürzung der Genesungsdauer auf 3 Monate** durch das RKI. Nur wenige Tage später hat das **PEI** festgestellt, dass die **T-Zellen Immunität gegen SARS-COV-2 mit offenem Endpunkt 430 Tage dauert**¹, was bedeutet, dass man bis heute nicht feststellen kann, wie lange die T-Zellen Immunität tatsächlich andauert, jedenfalls mehr als 430 Tage nach.

Das zeigt, dass das RKI nicht der einzige Wissensträger ist, dem man zuhören sollte, denn dieses Institut wurde schon immer für politische Zwecke missbraucht.

1.3 Kein Hersteller stellt FFP2 Masken für Viren her

Wie anders ist es ferner erklärbar, dass keiner der Hersteller für FFP2-Masken schreibt, dass diese auch gegen Viren wirken und nur das RKI das behauptet?

Um das zu belegen, haben wir Ihnen beispielhaft in der **Anlage 1** mehrere Herstellerangaben zusammengefasst. Selbst die Firma **Würth**, die für qualitativ hochwertige Produkte bekannt ist, sieht sich nicht in der Lage, ihre FFP2-Maske als geeigneten Schutz gegen Viren auszuweisen.

Das ist auch völlig klar. Denn die Antwort darauf, warum FFP-2 Masken den Virus nicht zurückhalten, liegt in der Eingruppierung des SARS-COV-2-Virus in die Risikoklasse 3! Nicht in die Risikoklasse 2!

Nach der **DIN EN 149 „schützen FFP2-Masken nämlich nicht gegen Partikel radioaktiver Stoffe und luftgetragene biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppe 3 und Enzyme“**.

¹ Journal of Clinical Virology, Volume 146, January 2022, 105052,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S138665322100319X?via%3Dihub>

SARS-COV-2-Viren fallen nach der Einstufung der „Arbeitsausschüsse für Biologische Arbeitsstoffe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ **in die Kategorie der Risikogruppe 3²**. Das entspricht übrigens auch der Einstufung der EU³ und nach Kenntnis des Unterzeichners auch der WHO. Das ist der Generalstaatsanwaltschaft, die auch für den Schutz der Bürger vor unrechtmäßigen Eingriffen in ihre körperliche Unversehrtheit zuständig ist, möglicherweise noch unbekannt.

Und wie den markierten Stellen der **Würth-Broschüre** zu entnehmen ist (s. S. 6 der Anlage 1), **schützen FFP2-Masken nicht einmal gegen die Stäube von Hartholz, sondern nur gegen solche von Weichholz!**

Und diese Masken sollen dann gegen Viren schützen? Schon der gesunde Menschenverstand sagt etwas anderes!

Notwendig wären allenfalls FFP3-Masken (s. S. 5 und 8 der Anlage 1). Diese haben aber wegen des erhöhten Atemwiderstandes aufgrund engerer Maschenführung alle ein Ausatemventil, weshalb sie zum Fremdschutz nicht geeignet sind.

Deshalb entfalten FFP2-Masken keine Wirkung gegen den SARS-COV 2 Virus. Und deshalb ist eine Bezugnahme auf die Feststellungen des RKI mangels ausreichender Prüfung der Angaben unzulässig!

1.4 Zwischenergebnis der rechtlichen Einordnung von FFP2-Masken

Damit ist also festgestellt und begründet, dass SARS-COV-2 Viren zur Risikoklasse 3 gehören und deswegen **allenfalls FFP3 Masken** in der Lage wären, Schutz vor ihnen zu bieten, **nicht aber FFP2-Masken**.

2. Keine Wirksamkeit der FFP2-Maske gegen die Übertragung von Viren

Dieses Zwischenergebnis lässt sich weiter begründen:

Dass die Hersteller keine Angaben zum Schutz durch FFP2 Masken machen, weil diese nicht dagegen schützen, sieht nämlich auch Professor Dr. Markus Veit⁴ so, der schon am 21.01.2021 den sog. „Faktenfuchs“ des BR 24 scharf kritisierte. Dieser hatte nämlich behauptet, **die Beipackzettel enthielten lediglich eine „Haftungsablösung der Hersteller“**, da die FFP2-Masken bei der Herstellung nicht auf Viren geprüft werden – dafür jedoch angeblich auf sog. „Test-Aerosole“, die wesentlich kleiner seien als die Coronaviren.

² https://www.baua.de/DE/Aufgaben/Geschaeftsfuehrung-von-Ausschuessen/ABAS/pdf/SARS-CoV-2.pdf?__blob=publicationFile&v=14

³ RICHTLINIE (EG) 2020/739 DER KOMMISSION vom 3. Juni 2020; ergänzt Anhang III der RICHTLINIE 2000/54/EG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS U.D. RATES v. 18.09.2000

⁴ Prof. Dr. Markus Veit, Alphas Topics GmbH Regulatory Affairs | GxP, Consulting & Training, Iglingerstraße 27, 86916 Kaufering; siehe auch <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2020/daz-33-2020/hauptsache-maske>

Professor Dr. Markus Veit erwiderte daraufhin auf Twitter; sein Thread wurde zwischenzeitlich von Twitter aufgrund des Netzwerk Durchsetzungsgesetzes, welches keine der Regierungsmeinung entgegenstehende Meinungen mehr zulässt, zensiert. Glücklicherweise gibt es aber das Internet, in dem solche Dinge erhalten bleiben⁵. Professor Dr. Veit wird dort wie folgt zitiert:

„Nachdem ich 25 Jahre in die Prüfung von Masken involviert war, frage ich mich, woher die in der Sache bestenfalls halb gebildeten „Redakteure“ vom @br24#faktenfuchs zu diesen abenteuerlichen Aussagen kommen und vor allem wissen, welche Teilchengröße Viren-Aerosole haben...“

Weiter führt er aus, dass die Größe der Aerosole nicht durch ein zufällig enthaltenes Virus bestimmt werde, sondern durch die Art des Erzeugermechanismus (*Mensch, Spraydose, etc.; dazu sogleich unter Ziff. 2.1*).

2.1 Übertragung durch Tröpfchen oder Aerosole

Wie es sich mit der Übertragung von **durch Menschen erzeugte Tröpfchen oder Aerosole** verhält, ist derzeit noch in der wissenschaftlichen Untersuchung.

Einige Wissenschaftler gehen nach aktuellem Stand davon aus, dass sich ein Virus auch über Aerosole verbreiten könne. Anders Dr. Gerhard Scheuch, 35285 Gemünden an der Werra, früherer Präsident der „*Internationalen Gesellschaft für Aerosole in der Medizin*“ und Aerosolforscher, der schon die Nordrhein-Westfälische Regierung beraten hat, als Gutachter in einem Verfahren vor dem Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen⁶ aussagte und vom Bundesverfassungsgericht um die Erstellung eines Gutachtens gebeten wurde. Er ist der Meinung, dass es völlig offen sei, wie sich Aerosole beim Sprechen verbreiten oder welche Rolle die Temperatur spiele.

Aerosole sind Tröpfchenkerne, die kleiner als 5 µm sind. Dagegen ist das Corona Virus nur rund 0,1 bis 0,14 µm groß, also um das ca. 35 bis 50-fache kleiner als Aerosole⁷.

Deswegen erfolgt laut Robert-Koch-Institut (*wenn man dieses denn zitieren möchte*) **die Übertragung eben gerade nicht über Aerosole, sondern hauptsächlich über Tröpfchen**, die beim Husten und Niesen entstehen. Wobei Singen im Übrigen ziemlich harmlos ist. Denn nach den Erkenntnissen eines Teams um Christian Kähler vom „*Institut für Strömungsmechanik und Aerodynamik an der Universität der Bundeswehr*“ in München, das mit einer Sängerin Experimente gemacht hat, wurde

⁵ <https://unser-mittleuropa.com/experten-und-hersteller-warnen-ffp2-masken-schuetzen-nicht-vor-viren/>

⁶ Az. 2 Cs 12 Js 47757/20

⁷ https://www.focus.de/gesundheit/news/welche-rolle-spielen-aerosole-selbst-ffp-masken-helfen-nicht-die-grosse-corona-unbekannte-laesst-forscher-raetseln_id_12051924.html

festgestellt, dass die Luft sogar beim Singen nur bis 0,5 m vor dem Mund in Bewegung versetzt wird. Unabhängig davon, wie laut der Ton ist.⁸

Deshalb ist davon auszugehen, dass auch beim Sprechen max. 0,5 m Übertragungsraum IN GESCHLOSSENEN RÄUMEN besteht. Wie sieht es dann erst im Freien aus?

Beim leichten Husten dagegen sieht das etwas anders aus. Hier verbreiten sich die Aerosole in geschlossenen Räumen aber auch nicht weiter als 2 m, auch wenn sich die Aerosole **im geschlossenen Raum ohne Außenluftzufuhr** länger halten können.

Auch gilt als geklärt, dass kleine Tröpfchen, die beim Sprechen entstehen, **bei stehender Luft** ca. 8 bis 14 Minuten messbar sind. Wird häufig gelüftet, gilt das nicht.

Um allerdings Aerosole zurückzuhalten, reichen nach der Aussage von Herrn Dr. Gerhard Scheuch FFP-2 Masken nicht aus; denn die sind allenfalls für größere Bakterien konstruiert.⁹ Denn die Corona-Viren mit einer Größe von 0,1 bis 0,14 µm sind zu klein, als dass FFP2-Masken diese aus der Atemluft filtern könnten.

Ferner müssten Personen, um eine Ansteckungsgefahr zu begründen, für längere Zeit (*das Robert-Koch-Institut [RKI] spricht hier von mindestens 10 Minuten, Herr Drosten von 15*) unmittelbar dicht gegenüberstehen und hierbei beim Sprechen, Niesen oder Husten winzige Aerosolpartikel durch die Atemluft ausstoßen, damit überhaupt eine Virenlast übertragen werden könnte, die eine Ansteckung des Gegenübers ermöglichen könnte.

Personen, die in die gleiche Richtung schauen oder nebeneinander hergehen, wie dies auf Versammlungen, Demonstrationen oder Umzügen der Fall ist, können sich daher gar nicht gegenseitig anstecken¹⁰.

2.2 Gesellschaft für Aerosolforschung

Soweit Argumente für das Tragen von Masken herangezogen werden, hat die „Gesellschaft für Aerosolforschung“ eine Stellungnahme¹¹ abgegeben, die ausschließlich aus der Sicht der Aerosolforschung erstellt wurde. Ausdrücklich wird deshalb auf S. 7 Folgendes hervorgehoben:

⁸

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0021850220301063?token=138B96266218DCA4A04B397B8F69B47A9A2CB8979974FC0EA573FB4163E32BE76B3283373B45B873D86B5A75E42CDD74&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220119112000>

⁹ Vgl. Fn. 7.

¹⁰ Siehe Fn. 7.

¹¹ <https://www.info.gaef.de/position-paper>

„Dabei wird die Thematik rein aus der Sicht der Aerosolforschung betrachtet und es werden keine medizinischen, epidemiologischen, biologischen oder infektionslogischen Schlüsse gezogen.“

Damit räumen die Aerosolforscher selbst ein, dass sie bei ihrer Einschätzung der Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit des Tragens von Gesichtsmasken **in keiner Weise z.B. die Gefahren der Selbstschädigung des Trägers der Masken berücksichtigt haben.**

Es liegen aber derart schlagende Argumente vor, das Tragen von Masken als völlig sinnlos einzustufen, dass es wert ist, diesen Gründen später noch mal ein wenig Aufmerksamkeit zu schenken (*dazu unter Ziff. 3*).

2.3 Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages

Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages hat sich mit der Wirksamkeit von Gesichtsmasken gegen SARS-COV-2 beschäftigt¹². Nachfolgend eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der dort zitierten einzelnen Untersuchungen:

1. „Da die Größe der saisonalen Corona-Viren mit der des SARS-COV 2 Virus vergleichbar ist, gehen die Forscher davon aus, dass die **chirurgische Gesichtsmaske** die Verbreitung von Coronaviren **vermindern kann, wenn sie von Personen getragen wird, die mit dem Virus infiziert sind.**“
(Feststellung einer Infektion ist also Voraussetzung).
2. „Das Experiment zeigte, dass **weder die Baumwollmaske noch die chirurgische Maske das Corona-Virus aufhalten** konnte.“
3. „Zum **Selbstschutz** müssten diese Masken einen Filter enthalten, wobei auch **Staubsaugerbeutel mit Feinstaubfilter** für die Maskenherstellung **geeignet** seien.“
4. „Öffnungen zwischen der Maske und dem Gesicht reduzieren **unabhängig vom Stoff** die Wirksamkeit schon bei einer **Öffnung von 1% der Maskenfläche um bis zu 50 Prozent. Eine auf das Gesicht zugeschnittene Passform sei daher unumgänglich.**“

Da keine der Masken passend auf die Gesichtsform eines Trägers zugeschnitten ist, ist die Schutzwirkung also nahezu nicht gegeben. Zudem kommen alle Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen und beziehen sich zum Teil nur auf den **Selbstschutz, den jeder Träger aus freien Stücken ablehnen kann.**

2.4 Aussagen des Herrn Drosten – Teil 1

Zur Wirksamkeit von Masken wird das politisch vorbelastete RKI nicht zitiert, allen voran Herr Wieler, der nämlich sagte: *„Diese Maßnahmen darf man nicht hinterfra-*

¹² <https://www.bundestag.de/resource/blob/702524/0aadb59d08c3c4434658df3de976db3a/WD-9-047-20-pdf-data.pdf>

gen, das muss man einfach mal so machen!“¹³, sondern Herr Drosten von der Charité, Chefvirologe, Entwickler und Modellierer des Drosten-PCR-Tests und Berater der Bundesregierung. Er teilte bereits bei RBB-Talk aus Berlin am 30.01.2020 in einem Interview mit Jörg Thadeusz über das Tragen von FFP2-Masken bei Corona-Infektionen¹⁴ mit:

Drosten: Oje, ich habe jetzt Fieber, und ich weiß über die Erkrankung, die wird für mich nicht so schlimm sein, aber ich bleibe jetzt besser zu Hause, weil ich nicht möchte, dass sich in meiner Umgebung jemand infiziert.

Thadeusz: Aber Sie können doch die Maske aufsetzen.

Drosten: Damit hält man das nicht auf.

Thadeusz: Ach, damit hält man das nicht auf?

Drosten: Da können wir noch einmal separat darüber reden. Aber die technischen Daten dazu sind nicht gut für das Aufhalten mit der Maske.

Herr Drosten sagte das gleiche in seinem Podcast (31.03.2020) zum Thema Mundschutz:

„Das ist ja genau auch die Wahrnehmung, warum jetzt Gesichtsmasken kaum etwas bringen zum Eigenschutz zum Beispiel im Supermarkt. Es gibt keine tatsächlichen wissenschaftlichen Daten. [...] es gibt keine wissenschaftliche Evidenz dafür, dass man sich selbst durch Masken schützen kann. Das liegt einfach daran: Man atmet ein etwas länger im Raum stehendes Aerosol auch seitlich durch so eine Maske ein.“

Was konnte man aus diesen Aussagen schon damals lernen:

1. Die Krankheit wird nicht so schlimm.
2. Nur symptomatisch Erkrankte bleiben zu Hause und können das Virus übertragen; ergo: es gibt keine asymptomatische Übertragung¹⁵.
3. Feststellung der Infektion anhand klinischer Symptome wie Fieber! (Also Kontrolle der Körpertemperatur).

¹³ <https://www.youtube.com/watch?v=EtsGdxitwMA>

¹⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=pcu-h9FAGpw>

¹⁵ Später behauptete derselbe Herr Drosten, es gäbe symptomlose Übertragungen; eine frühe Unwahrheit seitens Herrn Drosten selbst, die er anhand der angeblich symptomlos erkrankten Chinesin aufstellte, die das SARS-CoV-2-Virus bei einem Firmenbesuch bei Webasto in Stockdorf eingeschleppt hatte; ein Journalist klärte auf, dass diese Dame Fieber hatte und die Symptome durch die Einnahme von Paracetamol unterdrückte.

4. Maskentragen schützt nicht vor Übertragung des Virus!

2.5 Feststellungen der WHO

All das sind medizinische Binsenweisheiten, die sogar die WHO mittlerweile wieder zitiert:

„Das Virus kann sich in kleinen flüssigen Partikeln aus dem Mund oder der Nase einer infizierten Person verbreiten, wenn diese hustet, niest, spricht, singt oder atmet.“

Auch die WHO geht also davon aus, **dass nur infizierte Personen das Virus verbreiten können**. Übrigens: kein Wort von Aerosolen! Und das Tragen von FFP 2 Masken wird auch nicht empfohlen, sondern ebenso evidenzbefreit nur medizinische Masken nach EN 14683 Type I!¹⁶

Heute wird die WHO seitens der Bundesregierung nicht mehr zitiert, anders als das noch zu Beginn der angeblichen Pandemie der Fall war. Wohl deshalb, weil ihre Feststellungen nicht mehr das Narrativ der Bundesregierung stützen. **Honi soit qui mal y pense!**

Und was ist eine infizierte Person? Das steht auf der Seite der WHO¹⁷. Kurz gefasst ist die Voraussetzung, um als infizierte Person nach der Definition der WHO zu gelten, alternativ folgendes:

- A) Eine Person mit **festgestellten klinischen Symptomen** und einem nachfolgenden positiven **PCR Test**. Zu den festzustellenden Symptomen gehören **Fieber und Husten** oder das Vorhandensein von 3 oder mehr der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Myalgie, raue Kehle, Schnupfen, Atembeschwerden, Übelkeit, Durchfall, veränderter mentaler Status (*der Unterzeichner sieht keine anderen Symptome als bei einer Grippe*).
- B) Eine Person (1) mit einem positiven Antigentest und Brustaufnahme mittels Röntgen, CT oder Ultraschall, die Befunde liefert, die auf eine COVID-19 Erkrankung hinweisen (*welche das sind, steht da nicht*), sowie eine Person, (2) die Kontakt hatte zu einer weiteren Person, die die klinischen Kriterien erfüllt und die ebenfalls in Kontakt stand zu einer wahrscheinlich oder bestätigt erkrankten Person oder einem COVID-19-Cluster.

¹⁶ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-masks>; Erläuterung zu Masken nach EN 14683 Type I: <https://www.gts-commerce.com/Informationen-Gesichtsmasken>

¹⁷ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2; dazu muss man aber auch die zweite Seite lesen: <https://www.who.int/publications/i/item/diagnostic-testing-for-sars-cov-2>; erst aus der Zusammenschau ergibt sich, dass ein PCR-Test erst dann erforderlich ist, wenn ein Patient klinische Kriterien aufweist.

Damit dürfte auch jedem Laien klar sein, dass allein das Vorliegen eines positiven PCR- oder eines Antigen-Tests in keinem Fall ausreicht, eine Infektion anzunehmen, sondern, dass immer auch klinische Befunde vorliegen müssen, die sich sichtbar äußern. Symptomlose Infektionen sind daher ausgeschlossen.

Deshalb kann niemanden infizieren, wer symptomlos, also GESUND ist.

Kommen wir aber zurück zur Maske:

2.6 Aussagen des Herrn Drostén – Teil 2

Bei dieser obigen Aussage des Herrn **Drostén** zur Wirksamkeit von Masken blieb es nicht. So sagte er bei einer **Anhörung des Gesundheitsausschusses** unter Vorsitz von Harald Weinberg (*Die Linke*) schon am Mittwoch, 9. September 2020¹⁸, zu einem Gesetzentwurf (19/20042) und einem Antrag der SPD (19/20046) sowie einem Antrag von Bündnis 90/Die Grünen (19/20565) folgendes:

*„Und es gibt einen anderen Punkt, den man nicht von der Hand weisen kann. Wir wissen nicht, ob nicht die Verwendung von Alltagsmasken in großer Verbreitungsweite, ob das nicht dazu führt, dass im Durchschnitt die erhaltene Virusdosis in einer Infektion geringer ist und dass im Durchschnitt der Krankheitsverlauf auch weniger schädlich sein könnte, aber das ist eine reine Spekulation. **Dazu gibt es keine wissenschaftlichen Belege.** Und es gibt umgekehrt eben Länder, in denen man sagen kann, es wurde von Anfang an durchgängig Maske getragen, dazu gehören sehr viele asiatische Länder und trotzdem ist es zu großen Ausbrüchen gekommen.“*

Es gibt also nach seiner Aussage keine wissenschaftlichen Belege dafür und es ist eine reine Spekulation, ob durch das Tragen einer Alltagsmaske

- die übertragene Virusdosis reduziert und
- im Durchschnitt der Krankheitsverlauf weniger schädlich wird.

Deshalb verwundert auch die weitere Feststellung nicht, dass selbst in Ländern, in denen von Anfang an durchgängig Masken getragen wurde, große Ausbrüche stattfanden.

Warum also sollte man mit einer Maske die eigene Gesundheit gefährden, wenn man selbst und andere nicht geschützt werden?

2.7 Gutachten der Frau Dr. med. Ines Kappstein

Dass diese mangelnde Wirkung nicht nur für Alltagsmasken, sondern für jede Art von Maske einschließlich der viel gepriesenen FFP2-Maske gilt, die ein Mensch in diesen Zeiten nach Anordnung der Regierenden sinn- und evidenzbefreit

¹⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=jU0Ej3c3CKg>

tragen soll, hat unter sehr vielen anderen auch Frau Professor Dr. med. Ines Kappstein festgestellt, die einen beeindruckenden Lebenslauf und Ausbildungen im Bereich allgemeine Hygiene und Bakteriologie, Facharztausbildung für Mikrobiologie, Biologie und Infektionsepidemiologie sowie für Hygiene und Umweltmedizin mit Tätigkeiten von 1998-2006 am Klinikum rechts der Isar der TU München und von 2006-2016 als Chefärztin in der Abteilung Krankenhaushygiene in den Kliniken der Südostbayern AG der Landkreise Traunstein und Berchtesgadener Land vorzuweisen hat.

Sie stellt auf 16 Seiten¹⁹ ausführlich dar, dass die „Neubewertung“ des RKI im Hinblick auf das Tragen von Masken (*Alltags- wie FFP2-Masken*) fachlich nicht tragfähig ist. **Die vom RKI herangezogene Untersuchung (eine Studie aus Hongkong)** wurde zwischen 2013 und 2016 durchgeführt, interessanterweise jedoch **erst 4 Jahre später** im Frühjahr 2020 und noch interessanter Weise genau zu Beginn der „Corona-Pandemie“ publiziert. Frau Professor Dr. med. Kappstein stellt dabei fest, dass erwartungsgemäß bei den Proben, die bei den **Probanden mit einer Virusbelastung** genommen worden seien, die eine Maske trugen, die Virusfreisetzung durch die Maske reduziert werde. Jedoch stellt sie berechtigterweise die Frage, welche praktische Relevanz ein MNS²⁰ eigentlich haben soll, **wenn nämlich ein Großteil der INFIZIERTEN Personen auch ohne MNS gar kein Virus freisetzt und dann noch dazu bei denjenigen mit Virusausscheidung die Viruskonzentration äußerst gering ist und zudem ein längerer engerer Kontakt von 30 Minuten erforderlich sei, damit es überhaupt zu einer Erregerübertragung kommen kann.**

Zudem stellten die Autoren der vom RKI herangezogene Studie selbst fest, dass MNS nur von **kranken, also symptomatischen Personen** getragen werden sollten.

Selbst die Autoren der vom RKI herangezogenen Studie betrachten ihre Ergebnisse also nur als eingeschränkt aussagekräftig, **weil bei einem großen Teil der Probanden auch ohne MNS keine Virusfreisetzung nachgewiesen werden konnte und das trotz der Messdauer von 30 Minuten.** Auch konnte natürlich nicht festgestellt werden, ob die in niedriger Konzentration freigesetzten Viren auch infektiös waren, was insbesondere für die Coronaviren galt.

Und das gilt alles nur für GESCHLOSSENE RÄUME!!

All das findet sich bei den aktuellen Aussagen des RKI nicht wieder!

2.8 Zur Verwendung der Masken in der Medizin

Ist bekannt, warum die Krankenhausmitarbeiter einen medizinischen Mundschutz tragen? Nicht wegen der Infektionsgefahr durch Viren, sondern damit ihnen keine Körperflüssigkeiten von Patienten in Mund und Nase spritzen. Das gilt übrigens auch für die Gerichtsmedizin und die Pathologie. Die FFP2 Masken werden dort erst

¹⁹ <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf>

²⁰ Mund-Nasen-Schutz

getragen, seit die Krankenhausverwaltungen von oben gesteuert, das Tragen von FFP2 Masken vorschreiben. Jede Krankenschwester, die man fragt, bestätigt das.

Das ist auch verständlich. Denn schon in der Studie von Th. Göran Tunevall 1991²¹ trug ein allgemeinchirurgisches Team **bei der Hälfte seiner Operationen zwei Jahre lang keine Maske**. Nach **1.537 mit Masken** durchgeführten Operationen lag die **Wundinfektionsrate** bei **4,7%**, während nach **1.551 Operationen ohne Masken** die **Wundinfektionsrate** nur **3,5%** betrug.

Und wenn FFP2-Masken nützen würden, um den Eintrag von Viren in offene Wunden oder in Mund, Nase oder Lungen der Operateure zu verhindern, **wäre es dann nicht so, dass es schon seit vielen Jahren Pflicht wäre, bei einer Operation FFP2-Masken zu tragen? So ist es aber nicht! Und das aus gutem Grund.**

Denn FFP2 Masken schützen nicht vor der Übertragung von Viren!

3. Zur Gefährlichkeit der Masken

Nun zur Gefährlichkeit des Tragens von Gesichtsmasken:

Das Tragen einer Gesichtsmaske ist keine „Unannehmlichkeit“, Gesichtsmasken sind nicht trivial. Es gibt eine ganze Anzahl von schweren Folgen, die das Tragen dieser Masken insbesondere über einen längeren Zeitraum hat.

Beginnen wir mit den psychologischen Effekten des Tragens einer Maske.

3.1 Psychologische Effekte des Tragens von Masken

Wie bereits im Jahr 2006 von T. Inglesby, J. Nuzzo und D. Henderson in der Veröffentlichung „Disease mitigation measures in the control of pandemic influenza“²² festgestellt wurde, gilt beim Tragen von Gesichtsmasken in Gesellschaften, die einer Epidemie ausgesetzt sind, folgendes:

„Die Erfahrung hat gezeigt, dass Gemeinschaften mit Epidemien oder anderen widrigen Ereignissen am besten und mit den geringsten Ängsten reagieren, wenn das normale soziale Funktionieren der Gemeinschaft am wenigsten gestört wird.“²³

Das **Tragen von Masken** ist keine „normale soziale Funktion der Gemeinschaft“, sondern hat durch die **massive Störung des sozialen Funktionierens der Gemeinschaft** folgende Konsequenzen:

²¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccd.1810170306>; Bezahlschranke Springer

²² „Maßnahmen zur Eindämmung der Seuche bei der Bekämpfung einer Influenzapandemie“ DOI:10.1089/BSP.2006.4.366Corpus ID: 10745529

²³ So war es von Anfang an in Schweden, aber nicht in Deutschland. Man vergleiche nun den Zustand beider Länder und frage sich, was sinnvoll war. Die richtigen Erkenntnisse gab es bereits seit spätestens 2006!

1. Enorme psychische Belastung, die ungemein starke negative Emotionen hervorruft.
2. Entzug der persönlichen Autonomie, die durch die Mimik ausgedrückt wird.
3. Entwertung der persönlichen Identität, die durch das Gesicht charakterisiert wird.
4. Verunmöglichung menschlicher nonverbaler Interaktion, die durch die Mimik erfolgt.
5. Gefahr der Persönlichkeitsveränderung im Lauf der Zeit (*Verringerung der Sozialkontakte, des Ausgehens, Steigerung des Misstrauens, verringerte Neigung oder Wunsch, freundlich zu sein usw.*)
6. Generelles Gefühl, in einem Albtraum gefangen zu sein.
7. Schwierigkeiten bei der Kommunikation.
8. Nachteile, die durch misslungene Kommunikation entstehen.
9. Eingriffe in das persönliche Leben durch ständige Belästigung wegen Unterlassens von oder angeblich falschen Maskentragens.
10. Leben in ständiger Sorge, Angst und Wut entweder wegen der Befürchtung, sich selbst anzustecken oder der Wut auf andere, die keine Maske tragen.
11. Entzug der Lebensfreude bei verschiedenen Aktivitäten, sei es Einkaufen, Sportveranstaltungen etc.
12. Leben in ständigem Stress mit den „Sozialschützern“.
13. Öffentliche Herabwürdigung bis hin zu körperlichen Übergriffen²⁴.
14. Ein Gefühl der Angst und Instabilität, erzeugt durch irrationales Regierungshandeln (*Beispiel Biergarten unter Ziff. 4*).
15. Aufgrund offensichtlicher kognitiver Dissonanz Zweifel am eigenen Realitäts-sinn: auf der einen Seite die wissenschaftlich fundierte Erkenntnis, dass Maskentragen sinnlos ist, auf der anderen Seite die staatliche Anordnung, Masken tragen zu müssen.
16. Zerstörung des Gefühls von Vertrauen und Stabilität: resultierend aus dem Zwang, irrationale und unvernünftige Dinge zu tun.
17. Zerstörung der Menschlichkeit und der Würde der Menschen: irrationale Dinge zu tun führt zum Verlust des Gefühls der Würde im Hinblick auf einen intellektuellen Anspruch, was den Menschen vom Tier unterscheidet (*Beispiel: Pawlowscher Reflex, s. Ziff. 4. unten*)
18. Entmenslichung durch erzwungene Anonymität: Das Gesicht ist die stärkste sichtbare Manifestation des Charakters, das den Menschen von anderen unterscheidet; Masken nivellieren diesen Unterschied

²⁴ <https://www.berlin.de/polizei/polizeimeldungen/2021/pressemitteilung.1174189.php>

Sie sehen, die Folgen sind zahlreich und erklären vieles von dem, was wir in dieser Gesellschaft gerade beobachten.

3.2 Pragmatische Nachteile des Tragens von Masken

Neben diesen psychologischen Effekten gibt es auch eine ganze Reihe von pragmatischen Nachteilen, die die oben genannte Studie hervorgebracht hat und die das Tragen von Masken hervorruft:

- Förderung von Autoritarismus und Faschismus: Die Anordnung einer Maskenpflicht führt dazu, dass die Menschen autoritäre Regierungen als normal, akzeptabel und nicht als böse verinnerlichen. Jedes genozidale Regime hat so begonnen! Außerdem führen Maskenpflichten dazu, dass sich Offizielle dazu verstehen, wie Tyrannen zu agieren. Das kann man u.a. auf vielen Demonstrationen erleben und einige Landräte und Bürgermeister sind auch nicht ganz frei davon.
- Fördert die Entstehung eines religiösen Kults²⁵: wenn man die derzeitige Spaltung der Gesellschaft betrachtet, kann man zu keinem anderen Schluss kommen. Corona wird wie ein Kult hochgehalten. Unsere Regierung tut alles, um Abweichler abzustrafen, zu erniedrigen und auszugrenzen. Bestes Beispiel: Verbot der Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen; 2G ohne jeden Sinn und Zweck.
- Gesellschaftliche Konditionierung der Bürger führt zu Fügsamkeit und Unreflexiertheit: „Expertenmeinungen“, die im starken Gegensatz zu Fakten stehen, konditionieren Menschen dahin, fügsam zu sein und ihre eigenen Erkenntnisse als falsch anzusehen. Das zerstört die Lebendigkeit und Energie der Gesellschaft.
- „Balkanisierung“ der Gesellschaft: die Maskenpflicht trägt dazu bei, Spaltung und Feindschaft zwischen den Fraktionen der Gesellschaft zu säen, indem sie eine Fraktion unterdrücken, während sie der anderen Fraktion die moralische Grundlage für die Behauptung liefern, dass die Anti-Masken-Fraktion gegen das Gesetz verstößt und unmoralisch handelt, wenn sie sich der Zwangspolitik nicht anschließt, die die gesellschaftlichen Befürworter der Maskenpflicht als wichtige Gesundheitsmaßnahme ansehen.

Wer wachen Geistes und offenen Auges durch diese Gesellschaft geht, wird feststellen, dass sämtliche der vorstehenden Punkte zutreffend sind und sich ständig verstärken! Schlechtestes Beispiel ist Herr Wüst, seines Zeichens Ministerpräsident von Nordrhein-Westfalen, der in geradezu menschenverachtender Weise im Zusammenhang mit der „Impfpflicht“ von sich gab:

„Jetzt sind die anderen dran, die sich bisher geweigert haben.“

²⁵ Der Unterzeichner empfiehlt die Beantwortung der Checkliste auf der Seite des „Zentrum Familie und Soziales – Bayerisches Jugendamt“ zur qualifizierten Beurteilung des Gefährdungspotenzials von Sekten und Psychogruppen: <https://www.blja.bayern.de/service/bibliothek/fachbeitraege/checklistesekten.php>; das Wort „Gruppe“ durch „der Geimpften“ ergänzen.

„Wir lassen das nicht weiter zu, dass Menschen ihre individuelle Freiheit über die Freiheit der gesamten Gesellschaft stellen. Jetzt kümmern wir uns um die Ungeimpften.“²⁶

Offensichtlich hat Herr Wüst noch nie etwas vom **Nürnberger Kodex** gehört, geschichtsvergessen wie dieser Mann ist. Und von Epidemiologie und Virologie hat er ganz offensichtlich überhaupt keine Ahnung. Grundrechte sind ihm offensichtlich ebenso egal wie dem Bundeskanzler, für den es ja keine roten Linien mehr gibt (*auch diese Aussage ist eine nähere Prüfung wert*). Die Strafbarkeit dieser Aussagen zu prüfen, bliebe der zuständigen Staatsanwaltschaft überlassen, die aber nach den Feststellungen des Europäischen Gerichtshofes nicht unabhängig ist²⁷. Da diese Anweisungen zudem von oben nach unten durchgereicht werden, ist mit einer Strafverfolgung solcher Personen nicht zu rechnen. Willkommen in der besten Demokratie, die es je gegeben hat!

3.3 Zwischenfazit

Allein aufgrund der Liste dieser psychologischen Argumente ist das Tragen einer Maske menschenunwürdig und verstößt gegen Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 GG.

Das insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Masken (*ganz gleich, ob medizinische oder FFP2-Masken*) aus physikalischen, medizinischen und epidemiologischen Gründen keinerlei Wirkung im Hinblick auf das Infektionsgeschehen haben und sogar gefährlich sind. Zu Letzterem nun im Detail.

3.4 Medizinische Gründe gegen das Maskentragen

Falls es noch nicht bekannt sein sollte: **Florida (USA) hatte bereits im Mai 2021 alle Maßnahmen samt Maskenpflicht aufgehoben**²⁸. Der Bundesstaat hat damit auch in der Praxis bewiesen, was die weltweit führenden Epidemiologen, Immunologen und Public Health Experten immer schon gesagt haben:

Lockdowns, Schul- und Geschäftsschließungen, Quarantäne und Kontaktverfolgung sowie Maskenpflicht helfen genau gar nicht, schaden aber erheblich.

Florida – und in Europa natürlich Schweden – haben eindrucksvoll bewiesen, dass diese wissenschaftlichen Erkenntnisse korrekt sind, während wieder die gleichen Virologen und angeblichen „Gesundheitsexperten“ (*Drosten, Wieler und Lauterbach*) erneut (*siehe Schweinegrippe*) praktisch auf der ganzen Linie versagt und falsche Ratschläge gegeben haben. **Es geht schließlich um Politik für Menschen und nicht für Viren.** Florida ist sehr gut vergleichbar mit Kalifornien, das drakonische

²⁶ <https://www.merkur.de/politik/ard-anne-will-corona-omikron-impfpflicht-digitalisierung-wuest-buschmann-zr-91255804.html>

²⁷ Entscheidung vom 27.05.2019, Az. C-508/18 und andere.

²⁸ <https://www.nau.ch/news/amerika/auch-florida-hebt-alle-corona-beschränkungen-auf-65919403>

Maßnahmen über viele Monate hinweg umgesetzt hat. Ohne irgendeinen Vorteil bei Infektionen, Hospitalsierungen und Todesfällen zu erreichen, hat es mehr Arbeitslosigkeit und erheblich schlechtere Wirtschaftsdaten eingefahren. **So wie Deutschland im Vergleich zu Schweden!**

Es gibt neben diesen, weitere zahlreiche wirtschaftliche und gesellschaftliche Gründe gegen das Tragen einer Gesichtsmaske.

Das zeigte sich zuletzt in einer deutschen Metastudie vom 25.04.2021²⁹, die detailgenau zahllose Nebenwirkungen des Tragens von Mund-Nasen-Bedeckungen aufzeigt. Nachstehend werden aus einer anderen Quelle nur einige benannt, die sich auch in der Meta-Studie finden.

3.4.1 CO₂ - Rückatmung

Allein die Tatsache, dass eine ausgeprägte Kohlendioxid-Rückatmung stattfindet, schließt eine Maskenpflicht aus. Die Kohlendioxid-Konzentration der Atmosphäre, also auch der Luft im Freien, beträgt 0,04 Volumenprozent (vol%). **Das Umwelt-Bundesamt gibt als bedenkliche CO₂ Konzentration eine Überschreitung von 0,2 vol% an.** Die maximale Arbeitsplatzkonzentration „**MAK**“, also der Wert, der gesunden Erwachsenen am Arbeitsplatz zumutbar ist, liegt bei **0,5 vol%**.

Bereits im September 2020 hat eine Messung an drei Probanden (*zwei Erwachsenen und einem Kind*) durch Dr. Helmut Traindl³⁰ ergeben, dass die CO₂ Konzentration **schon hinter Stoffmasken** gesundheitsbedrohliche Ausmaße erreicht. Ein Südtiroler Team hat in einer Studie die CO₂ Werte der eingeatmeten Luft **hinter Stoffmasken** bei 24 Personen (*darunter sieben Kinder*) gemessen. Die ermittelten Werten lagen zwischen 0,8 und 2,4 vol%; **der niedrigste Wert war somit deutlich und der höchste Wert fast fünfmal so hoch wie die zulässige Konzentration am Arbeitsplatz eines Erwachsenen**³¹.

Weiter wurde 2005 in einer experimentellen Arbeit (*randomisierte Crossover-Studie*³²) gezeigt, dass das **Tragen von OP-Masken** bei gesundem medizinischem Personal (*15 Probanden, 18-40 Jahre alt*) zu messbaren physikalischen Effekten mit **erhöhten transkutanen Kohlendioxidwerten nach 30 min** führt. Die Rolle des Totraumvolumens und der CO₂-Rückhaltung als Ursache für die signifikante Verän-

²⁹ Kisielinski, K.; Giboni, P.; Prescher, A.; Klosterhalfen, B.; Graessel, D.; Funken, S.; Kemp-ski, O.; Hirsch, O. *Is a Mask That Covers the Mouth and Nose Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free of Potential Hazards?*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 4344. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084344>
Siehe auch den Abstract unter <https://tkp.at/2021/04/23/deutsche-meta-studie-beweist-massive-schaedigung-durch-masken/>

³⁰ https://www.afa-zone.at/?smd_process_download=1&download_id=3928

³¹ https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/DT_Unabha%CC%88ngige-Studie_zur_Mund-Nasen-Bedeckung-1.pdf

³² Butz, U. Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal. Ph.D. Thesis, Fakultät für Medizin der Technischen Universität München, Munich, Germany, 2005.

derung der Blutgase auf dem Weg zur Hyperkapnie (= *erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut*) wurde in diesem Artikel diskutiert. Masken erweitern durch die verringerte Strömungsgeschwindigkeit der ausgeatmeten Luft den natürlichen Totraum (*Nase, Rachen, Trachea, Bronchien*) nach außen und über Mund und Nase hinaus, nämlich vor und neben die Maske.

Gelten diese gesundheitsgefährdenden Kohlendioxidwerte nach 30 Minuten bereits bei Stoff- bzw. OP-Masken, möchte man gar nicht fragen, wie die Testergebnisse aussehen, wenn FFP2 Masken verwendet werden.

3.4.2 Professor Dr. med. Arne Burkhardt

Wir könnten noch zig Seiten damit füllen, welche Untersuchungen beweisen, dass das Tragen von Masken schwere gesundheitliche Schäden zur Folge hat, auch wenn diese nur kurzfristig getragen werden. Stattdessen überlassen wir Ihnen eine Liste von Fundstellen, aus denen sich das ergibt (**Anlage 2**).

Zur Unterstützung dieser überwältigenden Erkenntnisse über die Sinnlosigkeit und Gefährlichkeit des Tragens von Gesichtsmasken nachstehend daher auszugsweise die Ausführungen des Professor Dr. med. Arne Burkhardt, die dieser in seiner im März 2021 verfassten „*Pathologie des Maskentragens*“ – „*Die Maske: Devil in Disguise – heimlicher Pandemie-Treiber?*“³³ zusammengefasst hat.

Professor Dr. med. Arne Burkhardt kommt dabei zu folgenden Erkenntnissen:

³³ <https://www.mwgfd.de/wp-content/uploads/2021/03/2021-03-13-Pathologie-des-Maskentragens-Prof.-Dr.-A.-Burkhardt-Reutlingen.docx.pdf>

Das Tragen von Mund-Nasen-Gesichts-Masken (Mund-Nasen-Bedeckung, Face Masks, Filtering Facepiece, Respirator, mascara oroficialis) war in westlichen Ländern und größten Teilen der Welt bis zum Jahre 2019 auf speziell exponierte Tätigkeiten gesunder Erwachsener beschränkt und i.d.R. arbeitsmedizinisch kontrolliert.

Als Folge der Corona-Epidemie kam es zu einer fast weltweiten Einführung der Maske – Bevölkerungsweit, für alle Altersgruppen, wenigen Ausnahmen und mit Masken-Pflicht. Verstöße gegen diese Pflicht und angebliche Falsch-Atteste zur Befreiung werden und wurden in einigen Ländern mit harten Sanktionen belegt.

Eine, bei derartiger Ausweitung ethisch verpflichtende seriöse wissenschaftliche Prüfung von Nutzen, Schaden und Langzeitfolgen des Maskentragens erfolgte weder vor noch nach Einführung der Pflicht und Implementierung dieser Zwangsmaßnahmen.

Nicht nur in den USA wird deshalb ein Ende dieses groß angelegten Menschen-Experiments gefordert.

Die Schutzwirkung eines allgemeinen Mund-Nasen-Schutzes (Maske) in einer Bevölkerung mit überwiegend gesunden Trägern, ist für die Betroffenen selber, die Umgebung und die Ausbreitung einer luftübertragenen Seuche fragwürdig und bestenfalls sehr begrenzt.

Dem stehen Risiken für den Träger gegenüber.

In Anbetracht der komplexen pathophysiologischen und organischen Folgen des Maskentragens kann die Maske nicht als harmloses Körper-Accessoire wie Mütze, Hut, Schuhe etc. gelten, sondern stellt einen Eingriff in körperliche Integrität und lebenswichtige Körperfunktionen des Trägers dar.

Die Folgen für den Organismus bei Schaffung eines künstlichen äußeren (Neo-)Oberen-Luftweges sind durch typische Beschwerden und objektiv nachweisbare physiologisch-organische Veränderungen gekennzeichnet und führen zu einem charakteristischen Krankheitsbild der

Masken-Dyspnoe.

Jeder Maskenträger, auch ohne Vorerkrankung, weist dieses Krankheitsbild bzw. entsprechende physiologische Veränderungen des Gesamt-Organismus auf. Das subjektive Empfinden oder der Leidensdruck sind individuell sehr unterschiedlich, von Euphorie aufgrund „happy hypoxemia“ über subjektiver Beschwerdefreiheit („gesunde Kranke“) bis zu hochgradiger Einschränkung, Bewusstlosigkeit und erhöhter Unfallgefahr mit potentieller Gefährdung auch Anderer.

Maskentragen oder -Abgabe dürfte entsprechend nur mit einem „informed consent“ und Hinweise auf erhöhte Unfall-Gefahr erlaubt sein.

Die Masken-Dyspnoe (selten Masken-Apnoe mit Ohnmachtsanfall, fragliche Todesfälle bei Kindern) ist eine **Erkrankung nach WHO-Definition.**

Es dürfte die erste Krankheit sein, die man durch staatliche Verordnung und Verbote negiert und deren Behandlung verfolgt wird.

Auch Verordnung von wahllosen Eingriffen in körperlich-lebensnotwendige Funktionen einer gesunden Bevölkerung unter Einschluss von Kindern, dürfte ohne Präzedenz sein.

Die Diagnose ist – wie bei vielen Erkrankungen (z.B. Polymyalgia rheumatica) auch allein aufgrund des typischen Beschwerdebildes ohne körperliche Untersuchung möglich, zumal eine solche Untersuchung sehr komplex wäre.

Ärztliche Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht sind auch ohne weitere (Grund-) Erkrankung bei typischem Krankheitsbild und Beschwerden medizinisch indiziert.

Gesundheitsschäden und Langzeitfolgen durch Maskentragen werden bisher offiziell – auch von Ärzteverbänden – verleugnet oder verniedlicht.

Das Tragen von effektiven, d.h. Atemstrom-filternden Masken über längere Zeit hat aber schwerwiegende Folgen für die Gesichtshaut, Atemwege, Lunge und den Gesamtorganismus. Die Pathomechanismen und Folgen sind analog und weitgehend identisch mit dem bekannten Krankheitsbild der sog. Schlaf-Dyspnoe/Apnoe, die bei (nächtlicher) Strömungs-Behinderung in den *inneren* Oberen Luftwegen beobachtet wird.

Im Einzelnen sind folgende Auswirkungen des Maskentragens dokumentiert und unterschiedlich bewertet.

1. Veränderungen der Aerodynamik durch vergrößertem Atem-Totraum mit den Folgen verminderter Sauerstoff- und erhöhter Kohlendioxid-Konzentration in der inneren Atemluft sowie in Blut und Gewebe. Kinder mit relativ größerem Totraum und alte Menschen mit Lungeneinschränkung sind Risikogruppen.

2. Die beschriebenen Veränderungen der Blutgase führen zur Ausschüttung von Stresshormonen, Vasokonstriktion und weiteren Veränderungen im Gesamtorganismus wie bei anderen Zuständen von Sauerstoffmangel und Hyperkapnie.

3. Der erhöhte Atemwiderstand bewirkt stärkere Muskelaktivität der Atemmuskulatur mit Hyperventilation und kompensatorische Verminderung der Aktivität der übrigen Körpermuskulatur mit Folge der Adipositas vor allem bei Kindern.

4. Schädigung der Lungenreinigung.- diese zweite, neben dem Gasaustausch wichtige Funktion der Atemwege ist vielen nicht bewusst und wird in diesem Zusammenhang kaum beachtet. Diese Lungenreinigung erfolgt durch Fresszellen, die mit Schadstoffen in der Wasser/Schleimschicht der Luftwege durch aktives Flimmern der respiratorischen Zellen nach oben/außen ausgeschieden werden. Dies erfordert Energie. Verminderter Luftstrom, geringere Sauerstoffzufuhr und weitere Veränderungen des Milieus schädigen diese Zellen, Folgen sind Abwurf der Zilien (Ciliocytophthorie), Verschleimung, produktiver Husten und Atembeschwerden.

5. Die Lungenreinigung ist abhängig von Feuchtigkeit und Temperatur der Atemluft. Im maskenfreien Zustand wird vom Körper durch die Nasenschleimhaut ein Optimum konditioniert.

Sowohl Unter-als auch Überschreiten dieser optimalen Werte schaden der Lungenreinigung. Unterschreiten führt im Winter in geheizten Räumen zum Austrocknen des Oberflächen-Filmes, Einschränkung der Reinigung und vermehrter Infektionsanfälligkeit. Hier kann die Maske sich theoretisch durch Hydratation allerdings unkontrolliert günstig auswirken. Überschreiten des Feuchtigkeitsoptimums (Overhumidification) mit Kondensation des Wassers tritt bei Maskentragen in erheblichem Maße regelhaft auf, vermindert die Lungenreinigung; dies ist von der Feuchtigkeit der Außenluft abhängig. Es gibt Hinweise, dass dies bereits einen Virusinfekt begünstigt.

Unter extremen Bedingungen kann ein retrograder Fluss des kontaminierten Wasser/Schleimgemisches, in dem sich auch infektiöse Viren befinden können, zurück in die Lunge erfolgen.

6. Eine retrograde Flutung der Lungenbläschen (Alveolen) verdünnt den für die Lungenentfaltung unabdingbaren oberflächenaktiven Surfactant und begünstigt einen lokalen Lungenkollaps (Atelektase) –

Masken-Pneumopathie,

diese wiederum einen Virus-Befall aber auch Bakterien- und Pilzbesiedlung.

7. Eine bei Virusbefall dokumentierte Zerstörung der Surfactant-produzierenden Pneumozyten Typ II führt endgültig zum Surfactant-Mangel-Syndrom mit Atelektase, atelektatischer Induration, Alveolitis, bakterieller oder mykotischer Pneumonie und Lungenfibrose: **Virus-Pneumopathie** mit der letzten Konsequenz des Atemversagens.

8. Maskentragen und Luftverschmutzung potenzieren ihre negative Wirkung auf diesen pathogenetischen Prozess. Pollenbelastung, die nachweislich temperatur- und feuchtigkeitsabhängig mit höheren Virus-Infektionszahlen einhergeht, Pilzsporen sowie schlecht-filternde Klimaanlage und das Mikroplastik der Masken sind in ihrer ursächlichen Wirkung noch vollkommen ungenügend untersucht. Es besteht aber offensichtlich eine vielfältige Komplizenschaft von Maske („Devil in Disguise“), Luftverschmutzung/Belastung, klimatischen Bedingungen und Virus.

9. Langzeitfolgen der verminderten Lungenreinigung, Retention und Rückfluss von Schadstoffen in die Lunge sowie dauerhafte Gewebeeinlagerung sind nicht untersucht. Bei Störungen der Clearance sind wiederum Kinder (besondere Atemdynamik) und alte Personen (verringerte Clearance, reduzierte Immunkompetenz altersbedingte Lungen-Veränderungen/Erkrankungen) herausragende Risikogruppen.

Wirkung und Schaden des Maskentragens von Gesunden im Rahmen einer generellen Maskenpflicht müssen anhand dringend notwendiger Studien weiter untersucht und gegeneinander abgewogen werden.

Eine Überwachung des Schleimhaut- und Lungen-Status durch zytologische Untersuchungen (Entzündungs-Typisierung, Ciliocytophthorie) und weitere biochemisch-immunologisch-molekularbiologische Analysen sowie Messungen des mucociliaren Transportes erscheinen dringend angezeigt. Faktoren bei der Desintegration und Stabilisierung Oberflächenfilms als Grundlage der Lungenreinigung müssen weiter geklärt werden.

Gleichzeitig sollten Strategien zur Optimierung von Funktion und Therapie der Lungen-Luftweg-Einheit, insbesondere des Wasser/Gel/Schleim Oberflächenfilms, sowie der Zilienfunktion der respiratorischen Zellen untersucht werden: z.B. medikamentöse Feuchtigkeitsregulation, Energie-Versorgung und Surfactant-Substitution.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass durch das Maskentragen folgende gesundheitliche Gefährdungen hervorgerufen werden, die schwere Krankheiten zur Folge haben können:

- **Maskentragen führt AUSNAHMSLOS BEI JEDEM zu Masken-Dyspnoe** als Folge der Schaffung eines künstlichen äußeren (Neo-)Oberen-Luftweges mit typischen Beschwerden und objektiv nachweisbaren physiologischen-organischen Veränderungen.

Es handelt sich hierbei um eine ERKRANKUNG nach WHO-Definition (ICD-10/R06.0 Dyspnoe), die erste Krankheit, die man durch staatliche Verordnung und Verbote negiert und deren Behandlung verfolgt wird.

- Atemstrom-filternde Masken haben schwerwiegende Folgen für die Gesichtshaut, Atemwege, Lunge und den Gesamtorganismus, was den Folgen von **Schlaf-Dyspnoe** weitgehend entspricht.
- Veränderung der Aerodynamik mit **verminderter Sauerstoff- und erhöhter Kohlendioxid-Konzentration** in der inneren Atemluft, Blut und Gewebe.
- Ausschüttung von **Stresshormonen** und Vasokonstriktion.
- Stärkere Muskelaktivität der Atemmuskulatur mit **Hyperventilation**.
- Schädigung der Lungenreinigung durch **Schädigung der Zilien**.
- Veränderung der Befeuchtung der Atemluft und **Begünstigung von Virusinfektionen**, bei Extrembedingungen durch Rückfluss infektiöser Viren in die Lunge, also z.B. bei längerem Tragen der Maske, ohne diese zu wechseln.
- Begünstigung eines lokalen **Lungenkollapses**, der Virus-Befall, aber auch Bakterien- und Pilzbesiedlung begünstigt.
- Bei Virusbefall droht **Virus-Pneumopathie** mit letzter Konsequenz Atemversagen.
- **Mikro-Plastik** und Nano-Partikel der Masken, die beim Einatmen in die Lunge geraten, sind in ihrer ursächlichen Wirkung noch vollkommen ungenügend untersucht.
- Langzeitfolgen der verminderten Lungenreinigung, Retention und Rückfluss von Schadstoffen sowie damit verbundene **dauerhafte Gewebeeinlagerungen** sind nicht untersucht.
- Die **Diagnose** ist – wie bei vielen Erkrankungen – allein aufgrund des typischen Beschwerdebildes **ohne körperliche Untersuchung möglich**, zumal eine solche Untersuchung komplex und gefährlich wäre.
- Ärztliche **Atteste** zur Befreiung von der Maskenpflicht sind auch **ohne weitere (Grund-) Erkrankung** bei typischem Krankheitsbild und Beschwerden medizinisch **indiziert**.

Damit ist alles gesagt.

4. **Einziger Zweck der Anordnung von FFP2-Masken im Freien**

Der einzige Zweck, den die Anordnung von FFP2-Masken im Freien hat, ist, als eine Gehorsamslektion für all diejenigen zu dienen, die sich diesem Diktat unterwerfen.

Dafür ein **Beispiel**: Der **Biergarten** im letzten Sommer; wenn man ihn betrat, musste man die Maske aufsetzen. Wenn man sich setzte, konnte man sie abnehmen, obwohl die Nähe zum nächst Sitzenden auf gleicher Höhe wesentlich geringer war als während des Gangs durch den Biergarten und sich die ausgeatmete Luft auch auf einer ganz anderen Höhe bewegte.

Durch die Anordnung, eine Maske in einem Biergarten zu tragen, während man ihn betritt, um sie dann abzunehmen, wenn man sich setzt, bezweckt also nichts anderes, als einen **Pawlow'schen Gehorsamsreflex zu trainieren**, aber ganz offensichtlich nicht, die Gesundheit zu schützen.

5. **Ergebnis**

Die **offensichtliche Rechtswidrigkeit der Anordnung des Tragens von FFP2-Masken im Freien** führt dazu, dass keine Verordnung, kein Verwaltungsakt, keine Allgemeinverfügung erlassen und keine individuelle Anordnung getroffen werden darf, die folgendes während einer Versammlung vorschreiben:

5.1 **Tragen von Masken**

Das Tragen von Masken, auch von FFP-2-Masken, im Freien, ist evidenzbefreit und gefährlich.

Denn dieses

- stellt eine Verletzung der Menschenwürde dar,
- verletzt das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit,
- macht medizinisch keinen Sinn, weil weder Fremd- noch Eigenschutz,
- führt zu erheblichen gesundheitlichen Schäden und
- wird von keinem Hersteller von Masken als zur Abwendung einer Infektion durch Viren geeignet bestätigt oder garantiert,
- zerstört den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

5.2 **Anordnung eines Mindestabstandes von 1,5 m**

Die Anordnung, ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Beteiligten einzuhalten, ist nicht haltbar und strafrechtlich relevant.

Denn für eine Übertragung von Viren im Freien gibt es keine medizinische Evidenz.

Die Einhaltung von Abstand ist allenfalls in folgender Form gerechtfertigt:

Personen, die sich während der Veranstaltung miteinander unterhalten, dürfen sich nicht weniger als 50 cm und nicht mehr als 10 Minuten direkt gegenüberstehen.

5.3 Fazit

Wirkungslose und für die Gesundheit der Menschen und vor allem unserer Kinder gefährliche Masken und menschenfeindliche Abstände sollen was noch gleich verhindern? Eine Ansteckung durch den Virus SarsCov2. Die von diesem Virus verursachte Krankheit Covid19 ist lt. Prof Ioannidis von der Stanford-Universität in Kalifornien (<https://profiles.stanford.edu/john-ioannidis>) in etwa so gefährlich wie eine Grippe. Bei der Schätzung der Sterblichkeitsrate musste er sich immer wieder nach unten korrigieren und ist nun bei 0,1%. Einer von Tausend Erkrankten stirbt. Das ist statistisch gesehen nichts.

Von welcher Pandemie reden wir hier? Da soll das Tragen von Masken und die Anordnung von Abständen unter Androhung von Sanktionen verhältnismäßig sein? Hohes Gericht, das kann doch alles gar nicht wahr sein. Man denkt, man ist in einem falschen Film. Hohes Gericht, gehen Sie in sich.

Mit freundlichen Grüßen

Anton Huber

Anlage 1: Prospekt der Firma Würth zu Masken (s. 1.3)

Anlage 2: Quellenliste (s. 3.4.2), daneben sei anempfohlen:

<https://www.aerztefueraufklaerung.de/masken/index.php>

Filterierende Halbmasken zum Schutz gegen Partikeln
EN 149:2001+A1:2009

Anlage K

1

Geräteart	Vielfaches des Grenz- wertes	Bemerkungen, Einschränkungen
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP1 NR	4	Nicht gegen Partikeln krebserzeugender und radioaktiver Stoffe, Mikroorganismen (Viren, Bakterien und Pilze und deren Sporen) und
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP2 NR		Nicht gegen Partikeln radioaktiver Stoffe, Viren und Enzyme
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP3 NR	30	

Technische Informationen gemäss EN 149:2001+A1:2009

Tests	Typ FFP1 NR	Typ FFP2 NR	Typ FFP3 NR
Gesamte nach innen gerichtete Leckage	<22%	<8%	<2%
Durchlass des Filtermediums	<20%	<6%	<1%
Kohlendioxid-Gehalt der Einatemluft	<1%	<1%	<1%
Einatem-Widerstand 30 l min.	<0,6mbar	<0,7mbar	<1mbar
Einatem-Widerstand 95 l min.	<2,1mbar	<2,4mbar	<3mbar
Ausatem-Widerstand 160 l min.	<3mbar	<3mbar	<3mbar

4 D Gebrauchsanleitung für partikelfiltrierende Halbmasken FFP1, FFP2, FFP3

Verwendungszweck

Die partikelfiltrierende Halbmaske ist ein vollständiges Atemschutzgerät, das ganz oder überwiegend aus Filtermaterial besteht.

Partikelfiltrierende Halbmasken werden ausschließlich zum Atemschutz gegen nicht leichtflüchtige feste oder flüssige Partikel (Stäube, Rauche, Aerosole, Aerosolnebel) eingesetzt.

Vorraussetzungen für den Gebrauch partikelfiltrierender Halbmasken

- Nationale Vorschriften sind zu beachten, z.B.: BGR 190 (ehemals ZH1/701) – Regeln für den Einsatz von Atemschutzgeräten BGI 504-26 (ehemals ZH1/600.26) – Auswahlkriterien für die spezielle arbeitsmedizinische Vorsorge nach dem Berufsgenossenschaftlichen Grundgesetz, G26 „Atemschutzgeräte“.
- Die Gebrauchsanleitung muss gelesen und beachtet werden.
- Der Benutzer muss mit dem Gebrauch und Handhabung des Gerätes vertraut sein.
- Der Sauerstoffgehalt der Atemluft muss mindestens 17 Vol-% betragen.
- Unbelüftete Behälter, Gruben, Kanäle und kleine Räume dürfen mit partikelfiltrierenden Halbmasken nicht betreten werden.
- Art und Konzentration der Gefahrstoffe müssen bekannt sein.

- Partikelfiltrierende Halbmasken schützen nicht gegen Gase und Dämpfe.
- Bei unangenehm hohem Atemwiderstand ist die Maske zu wechseln.
- Atemschutzgeräte sind entsprechend Art und Konzentration der Gefahrstoffe auszuwählen.
- Atemschutzgeräte sind ungeeignet bei Personen mit Bärten, Koteletten oder tiefen Narben im Bereich der Dichtlinien der Atemschutzhose.
- Bei Gefahr von Sauerstoffmangel, zu hoher Gefahrstoffkonzentration oder unbekannten Verhältnissen sind umgebungsunabhängige Isoliergeräte zu verwenden.

Kontrollen vor Gebrauch

- Die partikelfiltrierende Halbmaske soll vor Gebrauch nach Haltbarkeitsdatum und sichtbaren Beschädigungen überprüft werden.
- Beschädigte oder atmungs- oder verschmutzte partikelfiltrierende Halbmasken, oder partikelfiltrierende Halbmasken bei denen das Lagerablaufdatum überschritten ist, dürfen nicht verwendet werden.

Aufsetzanleitung

Folgen Sie den Anweisungen zu den jeweiligen Piktogrammen auf der Verpackung:

- a) Dehnen Sie vorsichtig das Kopfband mit beiden Händen etwas vor.

Einsatzgrenzen

Gerätekategorie	Vielfaches des Grenzwertes (GW)	Bemerkungen, Einschränkungen
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP1	4	Nicht gegen Partikel krebserzeugender und radioaktiver Stoffe, Mikroorganismen (Bakterien, Viren und Pilze und deren Sporen) und Enzyme.
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP2	10	Nicht gegen Partikel radioaktiver Stoffe, Viren und Enzyme.
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP3	30	–

*) GW sind z. B. die in der TRGS 900 aufgeführten Grenzwerte in der Luft am Arbeitsplatz – MAK – und TRK – Werte.
(MAK = maximale Arbeitskonzentration; TRK = technische Richtkonzentration)



Gebrauchsanweisung muss gelesen werden.

EU-Konformitätserklärung einsehbar unter:
www.xprom.de/media/FFP2.pdf

Gebrauchsanweisung FFP2-Atemschutzmaske

Unsere Atemschutzmaske erfüllt die Anforderungen der Europäischen Norm EN 149:2001+A1:2009, filternde Halbmasken zum Schutz gegen Partikel. Sie hat die dort formulierten Leistungsprüfungen auf Filterdurchlass, Entflammbarkeit, Atemwiderstand und Gesamtleckage nach Innen erfolgreich durchlaufen und entspricht der Schutzklasse FFP2. Darüber hinaus hat die Maske die Belastungsprüfung nach EN 13274-7 (Prüfverfahren mit Paraffinöl) erfolgreich durchlaufen. Die Atemschutzmaske erfüllt die Sicherheitsanforderungen der Verordnung (EU) 2016/425, Persönliche Schutzausrüstungen.

Die Prüfungen wurden von der Universal Certification, Necip Fazil Bulvarı Keyap Sitesi E2 Blok No:44/84 Yükan Dudullu Ümraniye, Istanbul, Türkei, durchgeführt. Universal Certification (NB 2163) hat die Baumusterprüfbescheinigung ausgestellt. Die Maske trägt die entsprechende CE-Kennzeichnung.

Geräteklassen	Schützt bis zu folgenden Vielfachen des Grenzwertes (GW*)	Einsatzbereich
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP1	4	Schutzwirkung vor Partikelgrößen (max. 0,6 µm) für nicht-toxische und nicht-fibrogene Stäube.
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP2	10	Schutzwirkung vor Partikelgrößen (max. 0,6 µm) und Schutzwirkung mindestens 95%; für gesundheitsschädliche Stäube, Nebel und Rauch; nicht für feste und flüssige Partikel.
Partikelfiltrierende Halbmaske FFP3	30	Schutzwirkung vor Partikelgrößen (max. 0,6 µm) und mindestens 99%; Schutz vor giftigen Stoffen sowie vor Tröpfchenaerosolen, krebserzeugenden Stoffen, radioaktiven Stoffen, Enzymen, Mikroorganismen (<u>Viren, Bakterien</u> , Pilzen und anderen Sporen).

* GW sind z.B. die in der TRGS 900 aufgeführten Grenzwerte in der Luft am Arbeitsplatz, MAK- und TRK-Werte. (MAK = maximale Arbeitskonzentration; TRK = technische Richtkonzentration)

ATEMSCHUTZ- GUIDE

Tipps zur richtigen Atemschutzauswahl



Stoffname	CAS-NR.	Grenzwert ml/m ³	Grenzwert mg/m ³	Zustand	Filter- typ	Würth Atemschutzmasken
Talk				fest	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Tellur, -Verbindungen				fest	P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter
Terpentinöl	8006-64-2			flüssig	A	0899 175 010
Tetrachlor-difluorethan (R 112)	76-12-0	200	1700	flüssig	A P2	0899 175 010 & 0899 175 014 & 0899 175 015
1,1,2,2-Tetrachlorethan	79-34-5	1	7	flüssig	A	0899 175 010
Tetrachlorethylen	127-18-4	20	138	flüssig	A	0899 175 010
Tetrachlormethan	56-23-5	0,5	3,2	flüssig	A	0899 175 010
Tetrahydrofuran (THF)	109-99-9	50	150	flüssig	A	0899 175 010
Thiram	137-26-8		1	fest	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Tierhaare				fest	P1	alle FFP1-Masken oder Halbmaske mit P1-Filter
Titandioxid			3	fest	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
o-Toluidin	95-53-4			flüssig	A	0899 175 010
Toluol	108-88-3	50	190	flüssig	A	0899 175 010
1,1,1-Trichlorethan	71-55-6	200	1100	flüssig	A	0899 175 010
1,1,2-Trichlorethan	79-00-5	10	55	flüssig	A	0899 175 010
Trichlorethylen (Tri)	79-01-6			flüssig	A	0899 175 010
Trichlormethan s. Chloroform		0,5	2,5	flüssig	AX	auf Anfrage
Triethylamin	121-44-8	1	4,2	flüssig	A	0899 175 010
Trimethylbenzols (alle Isomere)		20	100	flüssig	A	0899 175 010
Tuberkulose (TB) multiresistent				fest/flüssig	P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter
Uranverbindungen				fest	P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter
Vanadiumpentoxid	1314-62-1		0,05	fest	P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter
Vinylacetat	108-05-4	5	18	flüssig	A	0899 175 010
Vinylchlorid	75-01-4	3	7,7	gasförmig	AX	auf Anfrage
Viren Risikogruppe 2					P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Viren Risikogruppe 3					P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter
Wasserstoffperoxid	7722-84-1	0,5	0,71	flüssig	NO P3, Spezial- filter	auf Anfrage
2,4-Xylidin	95-68-1	5	25	flüssig	A P3	0899 175 011
Xylol (alle Isomere)	1330-20-7	100	440	flüssig	A	0899 175 010
Zement				fest	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Zinkoxid-Rauch	1314-13-2		0,1	fest	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Zinn (Pulver)				fest (flüssig)	P2	alle FFP2-Masken oder Halbmaske mit P2-Filter
Zinnverbindungen, org.					A P3	0899 175 011
Zytostatika				fest	P3	alle FFP3-Masken oder Halbmaske mit P3-Filter

HINWEIS

Für die Filterklassen P1 bis P3 kann auch die Vollmaske **Art.-Nr. 0899 175 100** mit entsprechenden P1 bis P3 Filtern verwendet werden.

EINWEGMASKEN FFP2 NR D

Perfekter Schutz bei angenehmem Tragekomfort durch spezielle, weiche Filtermaterialien

- Geringe Atemwiderstände
- Perfekter, dichter Sitz durch
 - Vorgeformtes Design
 - Nasenbügel zur besseren Fixierung
 - Halbe Dichtlippe im Nasenbereich
- Durchgeschlautes Baumwoll-Kopfband
- Gute Kombinierbarkeit mit Würth Schutzbrillen für perfekten Schutz

Anwendungsgebiet

Schützt gegen gesundheitsschädliche bzw. mindergiftige Partikel, Stäube, feste und flüssige Aerosole, Nebel und Rauche bis zum 10-fachen des Grenzwertes, z.B. beim Schleifen, Schneiden und Bearbeiten von Weichholz, bei der Verarbeitung von Glas- und Mineralfasern, bei staubbelasteten Tätigkeiten in der Bauindustrie und Landwirtschaft.

Korbmaske CM 3000 FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 502
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Ohne Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	20

Korbmaske CM 3000 V FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 503
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	15

In praktischem, flachgefaltetem Design

- Hygienische Einzelverpackung
- Perfekter Schutz bei angenehmem Tragekomfort durch spezielle, weiche Filtermaterialien
- Geringe Atemwiderstände
- Nasenbügel zur besseren Fixierung
- Halbe Dichtlippe im Nasenbereich
- Durchgeschlautes Baumwoll-Kopfband
- Gute Kombinierbarkeit mit Würth Schutzbrillen für perfekten Schutz

Anwendungsgebiet

Schützt gegen gesundheitsschädliche bzw. mindergiftige Partikel, Stäube, feste und flüssige Aerosole, Nebel und Rauche bis zum 10-fachen des Grenzwertes, z.B. beim Schleifen, Schneiden und Bearbeiten von Weichholz, bei der Verarbeitung von Glas- und Mineralfasern, bei staubbelasteten Tätigkeiten in der Bauindustrie und Landwirtschaft.

Faltmaske FM 3000 FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 522
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Ohne Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	20

Faltmaske FM 3000 V FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 523
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	15

EINWEGMASKEN FFP2 NR D

Mit Aktivkohle gegen unangenehme Gerüche und bei Schweißarbeiten unterhalb des AGW

- Ausatemventil sorgt für ein angenehmes Klima in der Maske
- Perfekter Schutz bei angenehmem Tragekomfort durch spezielle, weiche Filtermaterialien
- Geringe Atemwiderstände
- Vorgeformtes Design
- Nasenbügel zur besseren Fixierung
- Halbe Dichtlippe im Nasenbereich
- Durchgeschlaufes Baumwoll-Kopfband
- Gute Kombinierbarkeit mit Würth Schutzbrillen für perfekten Schutz

Anwendungsgebiet

Schützt gegen gesundheitsschädliche bzw. mindergiftige Partikel, Stäube, feste und flüssige Aerosole, Nebel und Rauche bis zum 10-fachen des Grenzwertes, z.B. beim Schleifen, Schneiden und Bearbeiten von Weichholz, bei der Verarbeitung von Glas- und Mineralfasern, bei staubbelasteten Tätigkeiten in der Bauindustrie und Landwirtschaft, bei der Müllsortierung, Entsorgung und bei Schweißarbeiten.

Korbmaske CM 3000
Carbon V FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 504
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	15

Faltmaske FM 3000
Carbon V FFP2 NR D



Art.-Nr.	0899 110 524
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	10

Komfortmaske CM 3000

Pro V FFP2 NR D

Perfekte Schutzwirkung bei maximalem Tragekomfort

- Zwei Extra-Filter sorgen für längere Nutzungsdauer und geringen Atemwiderstand
- Verbessertes Klima in der Maske durch Ausatemventil und zwei zusätzliche Einatemventile (Hitze + Feuchtigkeit)
- 3D-Nasenbereich für optimale Passform, klares Sichtfeld und Kompatibilität mit Würth Schutzbrillen
- Flexible Anpassung der Kopfbandlänge
- Umlaufende Dichtlippe für optimale Abdichtung

Anwendungsgebiet

Schützt gegen gesundheitsschädliche bzw. mindergiftige Partikel, Stäube, feste und flüssige Aerosole, Nebel und Rauche bis zum 10-fachen des Grenzwertes, z.B. beim Schleifen, Schneiden und Bearbeiten von Weichholz, bei der Verarbeitung von Glas- und Mineralfasern, bei staubbelasteten Tätigkeiten in der Bauindustrie und Landwirtschaft.

Art.-Nr.	0899 110 510
Filterklasse	FFP2 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	5



EINWEGMASKEN FFP3 NR D

Korbmaske CM 3000

V **FFP3** NR D



Faltmaske FM 3000

V **FFP3** NR D



Komfortmaske CM 3000

Pro V **FFP3** NR D



Perfekter Schutz bei angenehmem Tragekomfort durch spezielle, weiche Filtermaterialien

- Ausatemventil sorgt für angenehmes Klima in der Maske
- Geringe Atemwiderstände
- Vorgeformtes Design
- Nasenbügel zur besseren Fixierung
- Umlaufende Dichtlippe
- Einstellbare Kopfbebänderung
- Gute Kombinierbarkeit mit Würth Schutzbrillen für perfekten Schutz

In praktischem, flachgefaltetem Design

- Hygienische Einzelverpackung
- Ausatemventil sorgt für angenehmes Klima in der Maske
- Perfekter Schutz bei angenehmem Tragekomfort durch spezielle, weiche Filtermaterialien
- Geringe Atemwiderstände
- Perfekter, dichter Sitz durch
 - Nasenbügel zur besseren Fixierung
 - Umlaufende Dichtlippe
 - Längenverstellbares Kopfband
- Gute Kombinierbarkeit mit Würth Schutzbrillen für perfekten Schutz

Perfekte Schutzwirkung bei maximalem Tragekomfort

- Zwei Extra-Filter sorgen für längere Nutzungsdauer und geringen Atemwiderstand
- Verbessertes Klima in der Maske durch Ausatemventil und zwei zusätzliche Einatemventile (Hitze + Feuchtigkeit)
- 3D-Nasenbereich für optimale Passform, klares Sichtfeld und Kompatibilität mit Würth Schutzbrillen
- Flexible Anpassung der Kopfbandlänge
- Umlaufende Dichtlippe für optimale Abdichtung

Art.-Nr.	0899 110 505
Filterklasse	FFP3 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	5

Art.-Nr.	0899 110 525
Filterklasse	FFP3 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	10

Art.-Nr.	0899 110 511
Filterklasse	FFP3 NR D
Ausführung	Mit Ventil
EN-Norm	149:2001 + A1:2009
VE/St.	5

Anwendungsgebiet

Schützt gegen schädliche/giftige Partikel, Stäube, feste und flüssige Aerosole, Nebel und Rauche, sowie krebserzeugende und radioaktive Stoffe, Enzyme und Mikroorganismen (Viren, Bakterien, Pilze) bis zum 30-fachen des Grenzwertes, z.B. beim Schleifen und Bearbeiten von Buchen-, Eichen- und Tropenholz, bei Arbeiten mit Asbest, bei Schweißarbeiten, beim Umgang mit Bakterien, Viren, Schimmel, Sporen und radioaktiven Partikeln.

- Das Autorenteam – Harald Walach, Ronald Weigl, Juliane Prentice, Andreas Diemer, Helmut Traindl, Anna Kappes und Stefan Hockertz – untersuchte **45 Kinder** zwischen 6 und 17 Jahren und maß dabei als wichtigsten Parameter den CO₂-Gehalt der Einatemluft beim Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB), jeweils OP- und FFP2-Maske. Ergebnis: Kinder tragen die Masken etwa 270 Minuten im Mittel. Das Kind mit der niedrigsten CO₂ Konzentration unter der Maske hatte einen dreifach höheren Wert als der Grenzwert von 0,2 Vol%. Die Ergebnisse der Studie wurden am 30.06.2021 in der international renommierten pädiatrischen Fachzeitschrift „*JAMA Pediatrics*“ mit dem Titel „[Experimental Assessment of Carbon Dioxide Content in Inhaled Air With or Without Face Masks in Healthy Children- A Randomized Clinical Trial](#)“ veröffentlicht.
- Ein [Forscherteam](#) bestehend aus Dr. Kai Kisielinski (20. April 2021) aus Düsseldorf und sieben anderen Medizinerinnen und Psychologen hat beim renommierten „*International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*“ die [Studie](#) „Ist eine Mund und Nase bedeckende Maske in der Alltagsanwendung frei von unerwünschten Nebenwirkungen und möglichen Gefahren?“ eingereicht. Das Forscherteam hat 109 internationale Masken-Studien ausgewertet und die Ergebnisse in einem renommierten Fachjournal veröffentlicht. Resultat: Die Auswirkungen des Tragens von Mund-Nasen-Bedeckungen im Alltag über einen längeren Zeitraum seien erheblich.
Die Anzahl der negativen Auswirkungen des Maskentragens, die diese Studie zusammengetragen hat, hatte auch den Studieninitiator Dr. Kisielinski erschrocken, wie er im [Interview mit Milena Preradovic](#) zugab.
- Prof. Dr. med. Arne Burkhardt/Reutlingen (Mitglied bei MWGFD) [Wissenschaftliche deutsche Arbeit März 2021](#): Pathologie des Maskentragens; Die Maske: „Devil in Disguise“ – heimlicher Pandemie-Treiber?
- Stellungnahme der [DGKH](#) (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.) FFP2-Maskenpflicht in Berlin gefährdet mehr als dass sie nützt März 2021 – „[Hier der Link zur Stellungnahme](#)“
- [Wissenschaftliche deutsche Arbeit 2021](#): Herausgegeben von dem Verein Eltern stehen auf e.V., Ortsgruppe Rommerskirchen, Grevenbroich, Dormagen (NRW). Umfrage und Erhebungen zur Maskenpflicht und Covid-19 Maßnahmen an **Schulen** sowie Zusammenstellung themen-spezifischer Studien, Publikationen und Medienberichte
- Baruch Vainshelboim Januar 2021 – „[Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis](#)“ – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Die vorhandenen wissenschaftlichen Beweise stellen die Sicherheit und Wirksamkeit des Tragens von Gesichtsmasken als präventive Maßnahme für COVID-19 in Frage. Die Daten legen nahe, dass sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Gesichtsmasken unwirksam sind, um die Übertragung von Viren und Infektionskrankheiten wie SARS-CoV-2 und COVID-19 von Mensch zu Mensch zu verhindern, was gegen die Verwendung von Gesichtsmasken spricht. Das Tragen von Gesichtsmasken hat nachweislich erhebliche nachteilige physiologische und psychologische Auswirkungen. Dazu gehören Hypoxie, Hyperkapnie, Kurzatmigkeit, erhöhte Azidität und Toxizität, Aktivierung der Angst- und Stressreaktion, Anstieg der Stresshormone, Immunsuppression, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, Prädisposition für virale und infektiöse Erkrankungen, chronischer Stress, Angst und Depression.
- Deutsche Studie 2020, u.a. mit Dr. med. Silke Schwarz und Prof. Dr. med. David Martin – „[Corona children studies „Co-Ki“](#)“. **Vorabveröffentlichung der Studie** am

18. Dezember 2020.

Bei einer durchschnittlichen Tragedauer von 270 Minuten am Tag waren bei 68 % der Kinder physische und psychische Belastungen festzustellen. An der Studie nahmen 25.930 Kinder (vertreten durch Eltern) teil.

Mehr Details dazu findest du in unserem Blogbeitrag – „[CoKi Umfrage zur Mund-Nasen-Bedeckung \(Maske\) bei Kindern](#)“.

- Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann, et al. (ausgeschrieben et alii, bedeutet u.a.) – „[Hier der Link zur Studie](#)“
„Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China“
Eine chinesische Studie mit 10 Millionen Teilnehmern im Alter zwischen 10 und 89 Jahren.
- Artikel ([DAZ 2020, Nr. 33, S. 26](#), 13.08.2020) von Prof. Dr. Markus Veit 13.08.2020, Apotheker und Geschäftsführer der Alphasopics GmbH in der „[Deutschen Apothekerzeitung](#)“
„Die mangelhafte Schutzwirkung von Alltagsmasken (und auch von chirurgischen Masken) als Schutz vor Infektionen mit Viren ist in der wissenschaftlichen Welt basierend auf den bisher vorliegenden Daten unstrittig. Das wissen auch unsere Politiker und das RKI, deshalb wurde auch zunächst von der Verwendung von Masken abgeraten. Warum es zu einer Änderung in der Kommunikation mit der Öffentlichkeit kam und einem Zwang, Masken in bestimmten Situationen zu tragen, darüber kann man nur spekulieren – zumal das zu einem Zeitpunkt passierte, als der Infektionsdruck bereits am Abklingen war.“
- Daniela Prousa 2020 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Sie veröffentlichte eine Studie zu „psychischen und psychovegetativen Beschwerden mit den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen“, welche die psychischen Folgen verdeutlicht.
- [Amerikanische Studie vom Dezember 2020](#): Die American Association for Cancer Research hat herausgefunden, dass Masken das statistische Risiko an Lungenkrebs zu erkranken erhöht. Über die Studie wird z.B. [hier](#) oder [hier](#) berichtet.
- Dänische Studie 2020, u.a. mit Prof. Christian Torp-Pedersen (Chefarzt in der Forschungsabteilung am North Zealand Hospital) – Veröffentlichungsstopp – „[Hier findest du den Artikel dazu](#)“
Ein dänisches Team forschte zur Effektivität von Masken im Zusammenhang mit den Maßnahmen gegen das Coronavirus. **Zahlreiche Fachzeitschriften weigerten sich, die Ergebnisse zu veröffentlichen.**
Die Autoren der Studie deuteten an, dass die Ergebnisse „unangenehm“ für den Status quo seien.
Die Forscher, die die Studie leiteten, hüllten sich bezüglich ihrer Erkenntnisse in Schweigen, allerdings deuteten sie durch eine Vielzahl von Hinweisen an, dass es das Ergebnis der Studie und nicht die Methodik war, das zur Ablehnung der Studie führte.
Update 19.11.2020: Die Studie wurde nun erst gestern in einem [medizinischen Journal veröffentlicht](#). Ein kleiner Auszug aus dem Fazit: **„The recommendation to wear surgical masks to supplement other public health measures did not reduce the SARS-CoV-2 infection rate among wearers [...]“**
- Neil W. M. Orr 1981 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Die Studie von **Dr. Neil Orr** wurde **1981** in den Annals of the Royal College of Surgeons of England veröffentlicht. Dr. Orr war Chirurg in der Multiple Surgical Unit in Colchester. Sechs Monate lang, von März bis August 1980, beschlossen die Chirurgen und das Personal dieser Einheit zu prüfen, was passieren würde, wenn sie während der Operationen keine Masken tragen würden.

Sie trugen sechs Monate lang keine Masken und verglichen die Rate der chirurgischen Wundinfektionen von März bis August 1980 mit der Rate der Wundinfektionen von März bis August der vorangegangenen vier Jahre. Sie stellten zu ihrem Erstaunen fest, dass, wenn niemand während der Operationen Masken trug, die Rate der Wundinfektionen weniger als halb so hoch war wie die, wenn alle Masken trugen. Ihre Schlussfolgerung: „**Es scheint, dass eine minimale Kontamination am besten erreicht werden kann, wenn überhaupt keine Maske getragen wird**“ und dass das **Tragen einer Maske während der Operation „ein Standardverfahren ist, auf das man verzichten könnte“**.

- M. A. Ritter et al. (ausgeschrieben et alii, bedeutet u.a.) 1975 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Ritter et al. stellten zuvor im Jahr 1975 fest, dass „**das Tragen einer chirurgischen Gesichtsmaske keinen Einfluss auf die gesamte Umgebungskontamination im Operationssaal hatte**“.
- Ha’eri G.B. & Wiley A.M. 1980 – Bezahlsschranke PDF habe ich eingefügt
Ha’eri und Wiley brachten 1980 in 20 Operationen Mikrosphären aus menschlichem Albumin auf das Innere von Operationsmasken auf. Am Ende jeder Operation wurden die Wundspülungen unter dem Mikroskop untersucht. In allen Experimenten wurde eine Partikelkontamination der Wunde nachgewiesen.

[3.Haeri-GB-Wiley-AM-1980Herunterladen](#)

- [Prof. Dr. Hendrick Streeck](#) (Virologe aus Bonn)
Paper/Studie von Hendrick Streeck, „**die Aerosolbildung spielt also eine untergeordnete Rolle**“.

[Prof. Dr. Streeck Heinsberg Studie 2020Herunterladen](#)

- **Christian Drosten** sagt in seinem [Podcast](#) (31.03.2020) zum Thema Mundschutz: „Das ist ja genau auch die Wahrnehmung, warum jetzt Gesichtsmasken kaum etwas bringen zum Eigenschutz zum Beispiel im Supermarkt. Es gibt keine tatsächlichen wissenschaftlichen Daten. [...] es gibt keine wissenschaftliche Evidenz dafür, dass man sich selbst durch Masken schützen kann. Das liegt einfach daran: Man atmet ein etwas länger im Raum stehendes Aerosol auch seitlich durch so eine Maske ein.“ Dies deckt sich mit den Aussagen Anfang des Jahres (30.01.2020) im [RBB Interview](#).

09.09.2020 Prof. Christian Drosten berät den [Deutschen Bundestag](#): „[...] Einen anderen Punkt den man nicht von der Hand weisen kann, wir wissen nicht ob für die Verwendung von Alltagsmasken in großer Verbreitungsweite ob das nicht dazu führt, dass im Durchschnitt die erhaltene Virusdosis in einer Infektion geringer ist und das im Durchschnitt deshalb der Krankheitsverlauf auch wenig schädlich sein könnte aber das ist eine reine Spekulation, dazu gibt es keine wissenschaftlichen Belege und es gibt umgekehrt Länder in denen man sagen kann es wurde von Anfang an durchgängig Maske getragen – dazu gehören sehr viele asiatische Länder – und trotzdem ist es zu großen Ausbrüchen gekommen. So kann ich es zusammen fassen und meine Einschätzung ist auf dieser Basis, eben überhaupt nicht, dass sich die Grundsituation verändert hat.“

- Die [WHO](#) schreibt, dass es keine Evidenz zum Tragen einer Maske gibt: „At the present time, the widespread use of masks by healthy people in the community setting is not yet supported by high quality or direct scientific evidence and there are potential benefits and harms to consider.“

Inzwischen wurde von der WHO dieses Dokument vom Dezember 2020 ersetzt. In diesem [Beitrag](#) findest du noch das Dokument von Dezember 2020.

- Sven Fikenzer et al. 2020 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Die Studie weist auf eine deutliche Reduzierung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch das Tragen einer Stoffmaske hin.
- Lawrence J. Laslett & Alisa Sabin 1989 – „[Hier der Link zur Studie](#)“ (Bezahlschranke)
Laslett und Sabin stellten **1989** fest, dass Kappen und Masken während der Herzkatheterisierung nicht erforderlich waren. „**Bei keinem Patienten wurden Infektionen gefunden, unabhängig davon, ob eine Kappe oder Maske verwendet wurde**“, schrieben sie. Sjøl und Kelbaek kamen 2002 zu der selben Schlussfolgerung.
- Th. Göran Tunevall 1991 – „[Hier der Link zur Studie](#)“ (Bezahlschranke Springer)
In der Studie von **Tunevall** aus dem Jahr **1991** trug ein allgemeinchirurgisches Team bei der Hälfte seiner Operationen zwei Jahre lang keine Maske. Nach **1.537 mit Masken** durchgeführten Operationen lag die **Wundinfektionsrate** bei **4,7%**, während nach **1.551 Operationen ohne Masken** die **Wundinfektionsrate** nur **3,5%** betrug.
- M. W. Skinner & B. A. Sutton 2001 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Eine Untersuchung von **Skinner** und **Sutton** im Jahr **2001** kam zu dem Schluss, dass „**die Evidenz für die Einstellung der Verwendung von chirurgischen Gesichtsmasken durch Anästhesisten stärker zu sein scheint als die verfügbaren Beweise für ihre weitere Verwendung**“.
- T. Lahme et al. 2001 – „[Hier der Link zur Studie](#)“ (Bezahlschranke Springer)
Lahme et al. schrieben **2001**, dass „**chirurgische Gesichtsmasken, die von Patienten während der Regionalanästhesie getragen wurden, in unserer Studie die Konzentration luftübertragener Bakterien über dem Operationsfeld nicht reduzierten. Daher sind sie entbehrlich**“.
- Ana Elizabeth Figueiredo et al. 2001 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Figueiredo et al. berichteten **2001**, dass in den fünf Jahren, in denen die **Peritonealdialyse ohne Masken** durchgeführt wurde, die **Peritonitis-Raten** auf ihrer Station sich **nicht** von den Raten in Krankenhäusern **unterschieden**, in denen **Masken** getragen wurden.
- Z. M. Bahli 2009 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Bahli führte **2009** eine systematische Literaturrecherche durch und stellte fest, dass „**kein signifikanter Unterschied in der Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen zwischen Gruppen mit Masken und Gruppen, die ohne Masken operiert wurden**, beobachtet wurde“.
- Eva Sellden 2010 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Die Chirurgen des Karolinska-Instituts in Schweden erkannten den Mangel an Evidenz für die Verwendung von Masken und stellten **2010** die Verwendung von Masken für Anästhesisten und anderes Personal, welches sich nicht „steril“ für den Operationssaal macht. „**Unsere Entscheidung, keine routinemäßigen chirurgischen Masken mehr für nicht chirurgisches Personal im Operationssaal zu verlangen, ist eine Abweichung von der üblichen Praxis. Aber die Beweise zur Unterstützung dieser Praxis existieren nicht**“, schrieb Dr. Eva Sellden.
- Joan Webster et al. 2010 – „[Hier der Link zur Studie](#)“ (Bezahlschranke)
Webster et al. berichteten **2010** über geburtshilfliche, gynäkologische, allgemeine, orthopädische, brust- und urologische Operationen, die an 827 Patienten durchgeführt wurden. Alle nicht geschrubbten Mitarbeiter trugen bei der Hälfte der Operationen Masken, und keiner der nicht geschrubbten Mitarbeiter trug bei der Hälfte der Operationen eine Maske. **Die Infektionsraten stiegen nicht an, wenn das ungeschrubbte OP-Personal keine Gesichtsmaske trug.**

- Allyson Lipp & Peggy Edwards 2014 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Lipp und Edwards überprüften **2014** die chirurgische Literatur und stellten fest, dass **„in keiner der Studien ein statistisch signifikanter Unterschied in der Infektionsrate zwischen der maskierten und der unmaskierten Gruppe bestand,“**. Vincent und Edwards aktualisierten diese Übersicht 2016, und die Schlussfolgerung war die gleiche.
- T. Carøe 2014 – „[Hier der Link zur Studie](#)“ (Nur Abstract)
Carøe schrieb in einer **2014** erschienenen Übersicht, die auf vier Studien und 6.006 Patienten basierte, dass **„keine der vier Studien einen Unterschied in der Anzahl der postoperativen Infektionen feststellte, unabhängig davon, ob Sie eine chirurgische Maske verwendeten oder nicht,“**.
- Tiare E. Salassa & Mark F. Swiontkowski 2014 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Salassa und Swiontkowski untersuchten **2014** die Notwendigkeit von Peelings, Masken und Kopfbedeckungen im Operationssaal und kamen zu dem Schluss, dass **„es keinen Beweis dafür gibt, dass diese Maßnahmen die Prävalenz von Infektionen an der Operationsstelle verringern,“**.
- Patrick Saunders-Hastings, James A.G. Crispo, Lindsey Sikora, Daniel Krewski 2017 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Wirksamkeit von persönlichen Schutzmaßnahmen zur Reduzierung der Übertragung von pandemischer Influenza: Eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse
Ergebnis: „Trotz fortbestehender Wissenslücken in Bezug auf die relative Wirksamkeit verschiedener Interventionen und Bevölkerungsgruppen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Kampagnen zur Erhöhung der Häufigkeit der Händehygiene zusammen mit der Verwendung von Gesichtsmasken in Situationen mit hohem Expositionsrisiko wahrscheinlich zur Verhinderung einer pandemischen Influenza-Infektion beitragen können.“
Die Maske bietet also keinen signifikanten Schutz.
- Charlie Da Zhou et al. 2015 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Da Zhou et al. kamen bei der Durchsicht der Literatur im Jahr **2015** zu dem Schluss, dass **„es keine substanziellen Beweise für die Behauptung gibt, dass Gesichtsmasken entweder den Patienten oder den Chirurgen vor infektiöser Kontamination schützen,“**.
- Tom Jefferson et al. 2020 – „[Hier der Link zur Analyse](#)“
Jefferson et al. stellten **2020** in einer Metaanalyse fest, **„dass Gesichtsmasken keine nachweisbare Wirkung gegen die Übertragung von Virusinfektionen haben.“**
- Jingyi Xiao et al. 2020 – „[Hier der Link zur Analyse](#)“
Eine Metaanalyse von **Xiao et al.** aus dem Jahr **2020** ergab, dass Beweise aus randomisierten kontrollierten **Studien mit Gesichtsmasken keinen wesentlichen Effekt auf die Übertragung der im Labor bestätigten Influenza unterstützen** – weder wenn sie von infizierten Personen, noch von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung getragen werden.“
- Tom Jefferson & Carl Heneghan – Oxford CEBM 2020 – „[Hier der Link zur Veröffentlichung](#)“
Eine Überprüfung durch das **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine** vom Juli **2020** ergab, **„dass es keinen Beweis für die Wirksamkeit von Stoffmasken gegen Virusinfektion oder Virusübertragung gibt.“**
- Thomas Wieland 2020 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Eine Studie von **Thomas Wieland** aus dem Juni **2020** **„fand keine Wirkung der Einführung von Maskenpflicht und öffentlichen Verkehrsmitteln.“**
- Paul Raymond Hunter et al. – Universität East Anglia 2020 – „[Hier der Link zur Studie](#)“

Eine länderübergreifende Studie der **University of East Anglia** ergab **2020**, „**dass eine Maskenpflicht keinen Nutzen bringt und sogar das Infektionsrisiko erhöhen kann**. In drei von 31 Studien wurde eine sehr leicht verringerte Wahrscheinlichkeit festgestellt an einer Grippe ähnlichen Krankheit zu erkranken.“

- Lisa M. Brosseau & Margaret Sietsema 2020 – „[Hier der Link zur Untersuchung](#)“
Die im April 2020 von Brosseau und Sietsema (Professorinnen für Atemwegs- und Infektionskrankheiten) an der University of Illinois durchgeführte Untersuchung kam zu dem Schluss: „**dass Gesichtsmasken im Alltag keine Wirkung haben. Weder als Selbstschutz noch zum Schutz Dritter.**“
- Lewis J. Radonovich et al. 2019 – „[Hier der Link zur Studie](#)“
Eine 2011 bis 2016 durchgeführte Studie von Radonovich et al. mit 2.862 Teilnehmern zeigte, „**dass sowohl N95 Atemschutzmasken, als auch Operationsmasken, zu keinem signifikanten Unterschied im Auftreten der im Labor bestätigten Grippe führten.**“
- Jeffrey D. Smith et al. 2016
Eine 2011 von bin-Reza et al. durchgeführte Metaanalyse von 17 Studien zu Masken und Wirkung auf die Übertragung von Influenza ergab: „**dass keine der Studien eine schlüssige Beziehung zwischen dem Gebrauch von Masken, Atemschutzmasken und dem Schutz vor einer Influenzainfektion hergestellt hat. Die Verwendung von Gesichtsmasken erwies sich im Vergleich zu kontrollen ohne Gesichtsmaske bei medizinischem Personal ebenfalls als nicht schützend vor Erkältungen.**“
- Faisal bin-Reza et al. 2011 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“

Eine 2011 von bin-Reza et al. durchgeführte Metaanalyse von 17 Studien zu Masken und Wirkung auf die Übertragung von Influenza ergab: „**dass keine der Studien eine schlüssige Beziehung zwischen dem Gebrauch von Masken, Atemschutzmasken und dem Schutz vor einer Influenzainfektion hergestellt hat. Die Verwendung von Gesichtsmasken erwies sich im Vergleich zu kontrollen ohne Gesichtsmaske bei medizinischem Personal ebenfalls als nicht schützend vor Erkältungen.**“

- Kazunari Onishi 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Eine im Juli 2020 vom japanischen Forscher Onishi durchgeführte Untersuchung ergab: „**dass Stoffmasken aufgrund ihrer großen Porengröße und der allgemein schlechten Passform keinen Schutz gegen Corona-Viren bieten.**“
- Baskaran Chandrasekarang & Shifra Fernandez 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Eine 2020 von Chandrasekarang und Fernandez durchgeführte Studie befasste sich mit den negativen Auswirkungen des Masketragens. Neben einem falschen Gefühl von Sicherheit sind dies vor allem physische Folgen, wie die dass das **Lungenkreislauf,- und Immunsystem** durch Gesichtsmasken bei körperlicher Aktivität **stark belastet** werden können, da u.a. der **CO2-Austausch reduziert** wird. Als Folge einer Hyperkapnie kann es u.a. zu einer Überlastung des Herzens und zur metabolischen Azidose kommen.
- E. Person et al. 2017 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“ (Bezahlschranke)
Eine von Person et al. 2017 publizierte Studie ergab: „**dass Stoffmasken von 97 % der Partikel durchdrungen werden und das Infektionsrisiko erhöhen können, indem sie Feuchtigkeit zurückhalten oder wiederholt verwendet werden. Chirurgische Maskenträger hatten nach einem sechsminütigen Fußmarsch eine signifikant höhere Atemnot als nicht Maskenträger. 19 % der Träger von N95 Atemschutzmasken entwickelten verschiedene Grade von Sauerstoffmangel im Blut.**“

- A. Beder et al. 2008 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“ (Bezahlschranke)
Eine Studie von **Beder et al.** aus dem Jahr **2008** ergab, „dass Chirurgen nach Operationen, die sogar nur 30 Minuten dauerten, eine **verminderte Sauerstoffsättigung** hatten.“
- Michael Klompas et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Im Leitartikel des New England Journal of Medicine zum Thema „Maskengebrauch in der Covid-19-Zeit“ wird von **Klompas et al.** im April **2020** u.a. vorgebracht: „Wir wissen, dass das **Tragen einer Maske** außerhalb von Gesundheitseinrichtungen **wenn überhaupt nur wenig Schutz vor Infektionen bietet**. Viele Staaten die im Frühjahr oder Frühsommer in öffentlichen Verkehrsmitteln und in Geschäften obligatorische Gesichtsmasken einführten, wie Kalifornien, Argentinien, Spanien und Japan, verzeichneten ab Juli immer noch einen starken Anstieg von Infektionen.“
- Jeremy Howard et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Literaturreview zur Wirksamkeit des Maskentragens in der Öffentlichkeit, um die Pandemie einzudämmen, mit dem Ziel der Politik eine Entscheidungshilfe zu geben. Die Autoren werten in diesem Review Literatur zu den Bereichen: Übertragungseigenschaften von COVID-19, Filtereigenschaften und Wirksamkeit von Masken, geschätzte Auswirkungen des weit verbreiteten Gebrauchs von Masken in der Bevölkerung und soziologische Überlegungen zur Politik des Maskentragens aus. Schlussfolgerung der Autoren: Das Tragen von Alltagsmasken **kannzusammen mit anderen Maßnahmen** ein Mittel zur Reduzierung der Virusübertragung in der Gemeinschaft **sein**.
- Julii Suzanne Brainard et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Systematischer Review von 31 Studien (RCTs und Beobachtungsstudien) zum Sinn des Maskentragens in der Öffentlichkeit.
Schlussfolgerung der Autoren: Die **Evidenz für** das **Maskentragen** ist **nicht stark** genug, um eine weit verbreitete Verwendung von Gesichtsmasken **als Schutzmaßnahme** gegen COVI D-19 zu unterstützen. Die kurzzeitige Verwendung für besonders gefährdete Personen in vorübergehenden Situationen mit höherem Risiko erscheint den Autoren jedoch sinnvoll.
- Angela N. Desai & Preeti Mehrotra 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Artikel zur Verwendung von zwei Typen von medizinischen Masken (Gesichtsmasken und N95 Atemschutzmasken) im Vergleich.
Empfehlungen der Autoren: Gesichtsmasken sollten nur von Personen getragen werden, die Symptome einer Atemwegsinfektion aufweisen oder von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die Menschen mit Atemwegsinfektionen betreuen.
Gesichtsmasken sollten nicht von gesunden Personen getragen werden, da es keine Belege dafür gibt, dass Gesichtsmasken wirksam vor Krankheiten schützen können. Da N95-Atemschutzmasken spezielle Passformtests erfordern, werden sie nicht für den Gebrauch durch die Allgemeinheit empfohlen.
- BfArM 2020 worauf auch das [RKI](#) verweist – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Hinweise zur Verwendung von Mund-Nase-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken und partikelfilternde Halbmasken im Zusammenhang mit dem Coronavirus.
Mund-Nasen-Bedeckungen aus Stoff (DIY): Träger können sich nicht darauf verlassen, dass diese sie oder andere vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 schützen, da für diese Masken **keine** entsprechende **Schutzwirkung nachgewiesen** wurde.
Medizinische Gesichtsmasken dienen vor allem dem **Fremdschutz** und schützen das Gegenüber vor der Exposition möglicherweise infektiöser Tröpfchen desjenigen, der den Mundschutz trägt.

Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-Masken) sind für den **Eigenschutz** (PSA) im Rahmen des Arbeitsschutzes und haben die Zweckbestimmung, den Träger der Maske vor Partikeln, Tröpfchen und Aerosolen zu schützen. Masken ohne Ventil filtern sowohl die eingeatmete Luft als auch die Ausatemluft und bieten daher sowohl einen **Eigenschutz** als auch einen **Fremdschutz**. Masken mit Ventil filtern nur die eingeatmete Luft und bieten daher **keinen Fremdschutz**.

Hier ein Zitat von dem [Bundesinstitut](#): „Träger der beschriebenen Mund-Nasen-Bedeckungen können sich nicht darauf verlassen, dass diese sie oder andere vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 schützen, da für diese Masken keine entsprechende Schutzwirkung nachgewiesen wurde“.

- So werden selbst unsere **Bundestagsabgeordneten** vor dem CO₂-Anstieg im Blut gewarnt ([Quelle: Focus](#)):
„Bereits nach 30 Minuten Tragedauer kann es je nach Art der Mund-Nasen-Bedeckung zu einem signifikanten Anstieg der CO₂-Werte im Blut kommen, da die ausgeatmete Luft unter Umständen nicht so gut entweichen kann. Ein ständiges Aus- und wieder Anziehen der Mund-Nasen-Bedeckung ist aber auch nicht sinnvoll, da so das Risiko einer Kontamination erhöht wird. Zwischendurch sollte man sie also zum Durchatmen eher unters Kinn schieben, aber weitertragen.“
- John Hardie 2016 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Review zum Thema Wirksamkeit von Gesichtsmasken zum Infektionsschutz insbesondere für zahnärztliches Personal.
Schlussfolgerung des Autors: **Gesichtsmasken** sind aufgrund ihrer schlechten Passform und ihrer begrenzten Filtereigenschaften **nicht in der Lage** zahnärztliches Personal **vor luftübertragenen Krankheitserregern zu schützen**.
- Hyejung Jung et al. 2014 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Studie zur Bewertung und zum Vergleich der Filtrationseffizienz und des Druckabfalls verschiedener Typen zugelassener und nicht zugelassener Masken sowie Taschentüchern.
Schlussfolgerung der Autoren: Die Mehrzahl der Gelbsand- u. Quarantäne-Masken erfüllten die Normen. Die meisten Medizinmasken zeigten eine Penetration von über 20%. **Allgemeine Masken und Taschentücher haben keine Schutzfunktion** im Hinblick auf die Filtrationseffizienz von Aerosolen. Es bedarf genauer Richtlinien für die Benutzung von Masken für die Bürger, um das Einatmen externer schädlicher Substanzen zu vermeiden.
- Colleen Huber 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Durchsicht und Zusammenfassung der medizinischen Literatur (Metaanalysen und Studien) über die Auswirkung des Maskentragens auf die menschliche Gesundheit zur Risiko-Nutzenanalyse für die breite Öffentlichkeit und jeden Einzelnen.
Schlussfolgerung der Autorin: **Masken behindern** eher die normale **Atmung** und **dienen nicht als wirksame Barrieren gegen Krankheitserreger**. Daher **sollten Masken nicht von der Allgemeinheit, weder von Erwachsenen noch von Kindern, verwendet werden** und ihre Einschränkungen als Prophylaxe gegen Krankheitserreger sollten auch in medizinischen Einrichtungen in Betracht gezogen werden.
- Ulrike Butz 2005 – [Hier der Link zur Publikation](#)
Dissertation zur Rückatmung von CO₂ bei Verwendung von OP-Masken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Personal.
Ergebnis der Arbeit: Die Studie zeigt eine **verstärkte Rückatmung von Kohlendioxid** und einen **signifikanten Anstieg von CO₂ im Blut**. Diese **Hyperkapnie** kann zur Einschränkung verschiedener Hirnfunktion führen. Deshalb ist

der Einsatzbereich von OP-Masken kritisch zu diskutieren, um unnötige Tragezeiten zu vermeiden.

- C. Raina MacIntyre et al. 2015 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Studie zum Vergleich der Effizienz von Stoffmasken zu medizinischen Masken bei Personal im Gesundheitswesen.
Schlussfolgerung der Autoren: Diese Studie ist das erste RCT von Stoffmasken. Die Ergebnisse **warnen vor** der Verwendung von **Stoffmasken**. Feuchtigkeitsrückhaltung, Wiederverwendung von Stoffmasken und schlechte Filterung können zu einem **erhöhten Infektionsrisiko** führen.
- Derek K. Chu et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Diese Studie wurde von der **WHO** selbst finanziert. Es wurden 172 Beobachtungsstudien und 44 vergleichende Studien analysiert. **Es wird** zusammenfassend **postuliert, dass** ein Mindestabstand von 1 m und das Tragen von **Masken mit einem erhöhten Schutz assoziiert** sind. Dies wäre **gültig für** chirurgische Einwegmasken und **12-16-lagige Baumwollmasken**. Es wird darauf hingewiesen, dass keine Intervention, auch wenn sie richtig eingesetzt wurde, mit einem vollständigen Schutz vor Infektion verbunden war.
- The Royal Society & The British Academy 2020
Dieses noch nicht kontrollierte Review behandelt hauptsächlich den Umgang und die Compliance der Bevölkerung mit den verordneten Maßnahmen und Empfehlungen, wie deren Zustimmung und Umsetzung erreicht werden kann. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit der Maßnahmen im Speziellen des Tragens der Masken wird in der Diskussion/Disclusio erwähnt, dass die **diversen Studien oftmals mangelhaft** und nicht vergleichbar seien. Zusätzlich gäbe es **keine klinischen Studien über die Wirksamkeit von social distancing**, Husten in die Armbeuge und Quarantäne **auf die Virus Transmission**. **Dennoch** seien diese Maßnahmen **von der Öffentlichkeit und Politik als wirksam anerkannt** worden.
- Christopher T. Leffler et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
In dieser Studie wurden multiple Variablen, welche die Coronavirus Mortalität beeinflussen können, miteinander verglichen. Dazu gehörten: Alter, Geschlechterverhältnis, Adipositas-Prävalenz, Temperatur, Verstädterung, Rauchen, Infektionsdauer, Sperren, Virustests, Richtlinien zur Rückverfolgung von Kontakten sowie öffentliche Normen und Richtlinien zum Tragen von Masken.
Sie postuliert, dass in Ländern, in denen von der Regierung das Tragen von Masken empfohlen wurde, eine geringere pro-Kopf Mortalität aufgetreten wäre. Diese **These basiert** allerdings **auf** einer eigenwilligen **Hochrechnung ohne Evidenz**.
- Ines Kappstein – CME-Fortbildung „Krankenhaushygiene“ 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit
CME-Fortbildung: Beitrag zur Bewertung der Empfehlungen des RKI zum generellen Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung im öffentlichen Raum
Schlussfolgerung der Autorin: Es gibt **keine wissenschaftliche Grundlage** für die Empfehlung des **Tragens von MNBs** im öffentlichen Raum. Sie sind sogar potenziell kontraproduktiv, da durch die unsachgemäße Handhabung ein höheres Infektionsrisiko besteht. Angesichts der niedrigen Inzidenz von COVID-19 (Juli 2020) besteht keine Überlastung des Gesundheitssystems und der Intensivbehandlungskapazitäten. Eine so einschneidende Maßnahme wie die generelle **Maskenpflicht** im öffentlichen Raum ist **nicht zu begründen** und **entspricht nicht den Empfehlungen der WHO**.
- Shuo Feng et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Rationelle Verwendung von Gesichtsmasken bei der COVID-19-Pandemie.
Die Autoren der Studie kommen zum folgenden Schluss: Ein wichtiger Grund, von

der weit verbreiteten Verwendung von Gesichtsmasken abzusehen, ist die Erhaltung begrenzter Vorräte für den professionellen Einsatz in Gesundheitseinrichtungen. Von der universellen Verwendung von **Gesichtsmasken** in der Gemeinschaft **wird abgeraten**, da Gesichtsmasken **keinen** wirksamen **Schutz vor** einer **Coronaviruserkrankung** bieten.

- Kiva A. Fisher et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Diese vom US **Center for Disease Control** and Prevention CDC publizierte in der Studie „**Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults ≥18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities — United States, July 2020**“ kommt zu folgendem Schluß: **85% der COVID-19-Fälle waren Personen, die häufig oder immer Masken tragen.**
- Nancy H. L. Leung et al. 2020 – „[Hier der Link zur Publikation](#)“
Die Studie „**Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks**“ lässt die Verfasser zu folgendem Schluss kommen: „Chirurgisches Gesichtsmasken reduzierten den Nachweis von Influenza-Virus-RNA erheblich in Atmungströpfchen und Coronavirus-RNA in Aerosolen, **mit ein Trend zu einem reduzierten Nachweis** von Coronavirus-RNA in Atemwegströpfchen.“
- Alexander Karaivanov et al. 2020 – „[Hier der Link zum Arbeitspapier](#)“
Die „Arbeit“ mit dem Titel ***Face Masks, Public Policies and Slowing the Spread of COVID-19: Evidence from Canada***, welche von Ökonomen der Simon Fraser University in Kanada, gemeinsam mit dem US National Bureau of Economic Research erstellt wurde, handelt es sich **nicht** um eine **wissenschaftliche Studie**. Es handelt sich um ein „Arbeitspapier“, welches üblicherweise zu Diskussionszwecken und Anmerkungen verfasst wird. Dieses Arbeitspapier ist auch **kein Review-Verfahren** durchlaufen. Der bedeutsamste Kritikpunkt aber ist der, dass es sich um eine Arbeit von Ökonomen handelt, die weder epidemiologische, noch medizinische, wie auch physikalische Eigenschaften von Mund-Nasen-Bedeckungen angemessen einzuschätzen befähigt sein dürften. Auch ist das Ergebnis nur ein Versuch, kausale Zusammenhänge irgendwie als ggf. wahrscheinlich einschätzen zu wollen und das hat mit Wissenschaft nicht viel gemeinsam.