



Bernard Korn & Partner, Stromberger Straße 2, 55545 Bad Kreuznach

Oberverwaltungsgericht
Berlin-Brandenburg
Hardenbergstraße 31
10623 Berlin

Anhörungsrüge!

Bitte sofort vorlegen!

Nur per beA

DATUM	AKTENZEICHEN	DURCHWAHL	E-MAIL
24.11.2020	0703/2020-JH	(06131) 5547666	hamed@ckb-anwaelte.de

In dem Verwaltungsrechtsstreit
Prousa ./ Bundesrepublik Deutschland
OVG 1 S 119/20

wird gegen den Beschluss vom 13.11.2020

Anhörungsrüge gemäß § 152a Abs. 1 VwGO

erhoben.

Begründung

Die Voraussetzungen des § 152a Abs. 1 VwGO liegen vor. Der Beschluss ist unanfechtbar und das Gericht hat den Anspruch der Antragstellerin auf rechtliches Gehör in entscheidungserheblicher Weise verletzt.

Im Einzelnen:

Der Senat verneint zu Unrecht die Antragsbefugnis.

Für die Antragsbefugnis genügt die konkrete und substantiierte Darlegung der **Möglichkeit**, dass das beanstandete Verhalten der Antragsgegnerin rechtswidrig ist und die Antragstellerin dadurch in

Michael Bernard
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht

Timo Korn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Familienrecht
Fachanwalt für Strafrecht

Prof. Dr. Hanno M. Kämpf
Strafverteidiger

Anna Deus-Cörper
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Verkehrsrecht

Sven Hartmann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Bankkaufmann

Denis Skaric-Karstens, Mag. rer. publ
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht

Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Jessica Hamed
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Strafrecht

Nadia Thibaut
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht

Timo Berneit
Rechtsanwalt

Hanna Wöllstein
Rechtsanwältin

Partnerschaftsgesellschaft
Amtsgericht Koblenz PR 155
USt-Ident-Nr. DE 219 123 576

www.ckb-anwaelte.de
info@ckb-anwaelte.de

Kanzleisitz Bad Kreuznach
Stromberger Straße 2
55545 Bad Kreuznach
Telefon +49 671 920 275 0
Telefax +49 671 920 275 9

Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz 3
55118 Mainz
Telefon + 49 6131 55 47 666
Telefax + 49 6131 55 47 667

Kanzleisitz Wiesbaden
Klingholzstraße 7
65189 Wiesbaden
Telefon +49 611 341 487 5
Telefax +49 611 341 532 1

Commerzbank Bad Kreuznach
IBAN DE60 5504 0022 0112 9212 01
BIC COBADEFFXXX

einem subjektiv-öffentlichen Recht verletzt wird und somit die Unterlassung des sie in ihren Rechten beeinträchtigendes Verhalten verlangen kann.

Die hier geltend gemachten Ansprüche, die insbesondere auf eine präzise und situationsangemessen sowie wissenschaftlich korrekte Darstellung des Infektionsgeschehens seitens der Antragsgegnerin abzielen, ergeben sich u.a. aus § 10 IfSGKoordinierungs-VwV Dort heißt es:

„1) Ein wesentlicher Teilbereich der Bewältigung einer epidemisch bedeutsamen Lage ist die externe Kommunikation der Behörden mit

1.
den gesundheitlich betroffenen Bevölkerungsgruppen,
2.
der medizinischen Fachöffentlichkeit,
3.
weiteren betroffenen Akteuren,
4.
der allgemeinen Öffentlichkeit und
5.
den Medien.

(2) Die zuständigen Behörden achten darauf, dass die Kommunikation mit den in Absatz 1 genannten Gruppen möglichst einheitlich ist und deren jeweiligen Informationsbedürfnissen entspricht. Die Behörden sollen die Lage, ihre Bewertung, die Ermittlungen sowie die Maßnahmen

einschließlich Verhaltensempfehlungen, deren Zustandekommen und ihre Gründe kontinuierlich, nachvollziehbar und reaktionsschnell vermitteln. Der Umfang der Kommunikation ist an die Gefahrenlage sowie an das erwartete öffentliche und mediale Interesse anzupassen.“

Hieraus ergibt sich die Pflicht der Antragsgegnerin zu einer **nachvollziehbaren** Darstellung und Bewertung eines epidemischen Infektionsgeschehens – dieser Pflicht wird die Antragsgegnerin aber, wie bereits umfassend dargelegt, gerade nicht gerecht.

Ferner ergeben sich auch aus dem „Nationalen Pandemieplan Teil II“ vom 30.06.2016 Grundsätze für die Kommunikation im Rahmen einer pandemischen Situation, an die sich die Antragsgegnerin ebenfalls zu halten hat. Ein zentraler Punkt ist hierbei die „Sicherstellung von Glaubwürdigkeit und Vertrauen“ (10.5. Nationaler Pandemieplan Teil II, S. 194 f.). Dort ist u.a. zu lesen (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„...gilt es, über die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der verbreiteten Informationen das Vertrauen in den Absender zu erhalten, so dass dieser weiterhin als relevante Informationsquelle gesehen wird [6]. **Vertrauensverlust und Unsicherheit entstehen in der Öffentlichkeit dann, wenn sich der Eindruck verfestigt, dass Wissen und Nichtwissen von offizieller Expertenseite nicht vollständig kommuniziert werden, bzw. Risiken einseitig oder unverständlich, nicht nachvollziehbar und intransparent dargestellt werden [37, 38, 56].“**

[...]

Zentrale Fragen, auf die den Medien und der (Fach-)Öffentlichkeit Antworten zu geben sind, beziehen sich auf 1.)

epidemiologische Aspekte, 2.) das individuelle Erkrankungs- und Sterberisiko, 3.) Vorsorgemaßnahmen, 4.) auf (verfügbare) Medikamente und die Arzneimittel- und Impfstoffsicherheit sowie 5.) auf weiterführende Informations- und Beratungsangebote [29, 31, 32, 43 – 45, 61, 66].“

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?blob=publicationFile.

Mithin ist in dem hier beanstandeten Verhalten der Antragsgegnerin auch ein erheblicher Verstoß gegen die im Pandemieplan festgelegten Kommunikationsgrundsätze zu erblicken.

Hierauf ist der Senat jedoch mit keinem Wort eingegangen, obwohl das Vorbringen evident **entscheidungserheblich** ist.

Das Verwaltungshandeln des RKI greift nämlich – entgegen der Annahme des Senats – konkret in die Rechte der Antragstellerin ein:

Als Mit-Adressatin der RKI-Lageeinschätzungen und der täglich in der Tagesschau berichteten RKI-„Infektionszahlen“ – dass dieser zentrale Ausdruck seit nun über einem halben Jahr falsch verwendet wird, wurde dargelegt – hat sie ein Recht auf **wahrheitsgemäße Information** sowie ein Recht darauf, nicht durch wiederholt unzutreffende sowie in eine unzutreffende „Stimmungsmache“ eingebettete Information zum Opfer von „Panikmache“ und damit per definitionem von Psychoterror zu werden. Das Agieren der Antragsgegnerin lässt sich mit dem absoluten Recht auf Menschenwürde nicht in Einklang bringen.

Ferner verkennt der Senat, dass das Robert Koch-Institut durch sein autoritäres faktisches Monopol der diffizilen Beurteilung der COVID-19-Infektionslage in Deutschland unmittelbar den Spielraum für das Regierungshandeln festlegt.

Hält man den Regierenden ihr Handeln (gerichtlich) als fraglich unverhältnismäßig vor Augen, verweisen sie oder auch die Gerichte (wie diesseits bereits ausführlich dargelegt) regelmäßig auf die RKI-Daten-Grundlagen. Zwar ist dem Senat zuzugeben, dass die diesseits angeführten Judikate andere Streitgegenstände hatten, indes dürfte gerichtsbekannt sein, dass, soweit ersichtlich, kein deutsches Gericht die Aussagen des RKI auch nur ansatzweise in Zweifel gezogen hat – obwohl dies dringendst geboten wäre. Die Unterzeichnerin führt seit Ende März 2020 zahlreiche Normenkontroll(eil)verfahren und hat im Rahmen dieser stets auch die Risikobewertung des RKI fundiert kritisiert, ohne diesbezüglich innerhalb der Eilverfahren gehört worden zu sein. Eine gerichtliche Klärung ist realistisch erst in den Hauptsacheverfahren, die soweit ersichtlich sich noch Monate hinauszögern dürften, zu erwarten. Diese Umstände dürften auch dem Senat bekannt sein.

Aufgrund der herausragenden Stellung des RKI ergibt sich zu Lasten der Bürger*innen – und damit auch der Antragstellerin – zwischen RKI, Regierenden und Gerichten **ein sich perpetuierender Teufelskreis der Verantwortungs-Delegation für die praxisbezogene Auslegung der im Zentrum von allem stehenden COVID-19-Fallzahlen**. Dieser endlose Kreislauf einer – wie dargestellt nachweislich inadäquat dar- und ausgelegten Infektionslage – sollte doch am ehesten im **Ursprungsglied dieser Kette durch direkte Anfechtung** wie von der Antragstellerin initiiert, durchbrochen werden können müssen.

Ersichtlich ist diese Möglichkeit auch **prozessökonomisch** den Vorzug zu geben. Schließlich führt die weitere Verweisung auf gerichtliche Verfahren zur Überprüfung konkreter freiheitsbeschränkender Infektionsschutzmaßnahmen, etwa im Rahmen von abstrakten Normenkontrollen, auf vielfältige Weise zu einer unnötigen Ressourcenbelastung.

Es ist auch deshalb geradezu zwingend, eine solche rechtliche Möglichkeit anzuerkennen.

Insbesondere ist zu befürchten, dass das Schadens-Ausmaß weiter anwächst, wenn es nicht gelingt, die hier aufgeworfenen Rechtsfragen alsbald zu klären. Eine jüngst bereits eingetretene Schadensvertiefung ist beispielsweise in den nunmehr gesetzliche verankerten - völlig unsinnigen - „Schwellenwerten“ (§ 28a Abs. 3 IfSG) zu erblicken.

Die vergangenen Monate zeigen indes bedauerlicherweise, dass die Antragsgegnerin trotz erheblicher Kritik an ihren Darstellungen nicht willens ist, ihre wissenschaftlichen Fehler zu korrigieren.

Am 22.11.2020 brachte die Autorengruppe um Prof. Dr. Matthias Schrappe erneut die Fehler der Antragsgegnerin auf den Punkt.

In ihrem 6. Thesenpapier kritisierten sie u.a. die fehlerhafte Verwendung des Begriffs „Inzidenz“ und bestätigen damit auch die umfassend vorgetragene tatsächliche Kritik der Antragstellerin.

Dort heißt es u.a.:

2.2. Häufigkeitsmaße: die falsche Verwendung des Begriffs „Inzidenz“ und seine Folgen

Allen in der Epidemiologie verwendeten Häufigkeitsmaßen ist gemeinsam, dass Merkmale oder Ereignisse in Bezug zu einer bekannten Grundgesamtheit (Nenner) dargestellt werden. Dies kann entweder in Form einer Querschnittsuntersuchung geschehen (Prävalenz) oder in Form einer Kohorten-Studie (Inzidenz), wobei in der Infektionsepidemiologie die Besonderheit zu beachten ist (s.o.), dass die Merkmale nicht stabil sind, sondern sich durch Ansteckung rasch verändern.

Da im offiziellen Sprachgebrauch immer von „Inzidenz“, „Inzidenzrate“ und „7-Tages-Inzidenz“ die Rede ist, muss besonders auf die Charakteristika und Voraussetzungen des Begriffs der Inzidenz eingegangen werden (s. Lehrbücher der Epidemiologie, hier herausgegriffen Fletcher, Fletcher und Wagner 1996, s. 77ff). **Für die Verwendung des Begriffs „Inzidenz“ bei einem Infektionsgeschehen sind folgende Aspekte unverzichtbar:**

- (1) als Bezugsgröße muss die untersuchte Population bekannt sein (um einen Nenner bilden zu können),

[Beispiel: Angaben zu nosokomialen Infektionen müssen sich auf die Zahl der untersuchten Patienten (Inzidenzrate) oder sogar auf die Zahl der Beobachtungstage (spezifische Inzidenzrate) beziehen.]

(2) die Population muss vollständig untersucht werden (oder es muss eine repräsentative Stichprobe gebildet werden),

[eine Untersuchung zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen kann sich nicht auf drei absichtslos ausgewählte, nebeneinanderliegende Zimmer auf Station A beschränken, sondern muss das gesamte Krankenhaus umfassen oder sich auf eine begründete, zufällig gebildete Stichprobe von Zimmern beziehen.]

(3) die gleiche Population muss komplett über einen Zeitraum hinweg untersucht werden, um tatsächlich das Neu-Auftreten einer Infektion erfassen und bewerten zu können,

[eine Untersuchung zur Inzidenz nosokomialer postoperativer Wundinfektionen kann nicht montags in drei Zimmern an Station A, dienstags in drei Zimmern auf Station B etc. stattfinden (es sei denn, dies sei eine repräsentative Stichprobe), sondern alle Zimmer und somit alle Patienten müssen über den Beobachtungszeitraum hinweg jeden Tag untersucht werden – und nicht nur die symptomatischen Patienten, s. CoVID-19.]

(4) die untersuchte Population muss aus bei Eintritt in den Untersuchungszeitraum merkmalsfreien Personen bestehen,

[eine Untersuchung zur Inzidenz nosokomialer postoperativer Wundinfektionen bezieht sich immer auf Patienten, die vorher keine solche Infektion hatten; Patienten, die z.B. bereits bei Aufnahme eine Infektion haben, werden nicht in die Berechnung der Inzidenz eingeschlossen (s. present-on-admission Problematik im Zusammenhang Qualitätserhebung und Surveillance von nosokomialen Infektionen).]

(5) aus dem gleichen Grund muss der Zeitraum der Beobachtung lang genug bemessen sein, um das Neuauftreten des Merkmals wirklich beobachten zu können.

[wenn man bei der Erhebung von nosokomialen Wundinfektionen die drei Zimmer nur 2 Tage lang anschaut, wird man die Wundinfektionen in vielen Fällen nicht erkennen, soweit sie später auftritt (die Beobachtungszeit sollte daher mindestens 4 Wochen betragen). Ebenso wenig ist es sinnvoll, das Neuauftreten von SARS-CoV-2/CoVID-19 während einer einwöchigen Beobachtungsdauer zu erfassen, wenn die PCR 14 Tage positiv ist und die Inkubationszeit allein 5 Tage bemisst.]

In der gegenwärtigen Situation liegt kein einziges Merkmal vor, das für die Verwendung des Begriffs „Inzidenz“ notwendig wäre (s. Abb. 1):

- die Grundgesamtheit ist nicht bekannt (Punkt 1), denn es werden keine repräsentativen Stichproben verwendet, sondern es werden anlassbezogene Testungen durchgeführt. Übertragen auf das Gebiet der nosokomialen Infektionen mit seinen jährlich 700.000 Fällen würde das bedeuten, man würde Erhebungen zu diesem Problem nach dem Prinzip „hier müsste man mal schauen“ durchführen.
- die Population (oder eine Stichprobe) wird nicht vollständig untersucht (s. Punkt 2), sondern es werden montags andere Personen getestet als dienstags (usw.),
- die Population wird nicht über einen Zeitraum untersucht (Punkt 3), was dem Begriff der Inzidenz im Sinne von „Neuerkrankungen in einen Zeitraum“ diametral entgegengesetzt ist,

- die Merkmalsträger zu Beginn des Untersuchungszeitraumes werden nicht ausgeschlossen (Punkt 4), obwohl deren Infektion nicht mehr „neu auftreten“ kann, und

- der Untersuchungs- bzw. Berichtszeitraum von einem Tag bzw. von 7 Tagen ist inadäquat kurz, denn eine Infektion mit einer Inkubationszeit von 5 Tagen und einer PCR-Nachweisbarkeit von 14 Tage (Näherungswerte) sind dadurch nicht vollständig zu beschreiben (Punkt 5). Das *European Center of Disease Control* (ECDC) nimmt daher einen Berichtszeitraum von 14 Tagen an, zwar immer noch sehr kurz, aber immerhin schon sinnvoller.⁹

Letztlich lässt sich die Situation leicht auflösen: bei den täglichen Berichten des Robert-Koch-Institutes (RKI) handelt es sich nicht um eine Inzidenz oder eine „7-Tage-Inzidenz“, sondern um eine Kombination von mehreren „1Tages-Inzidenzen“, bei näherem Hinsehen identisch mit der täglich erhobenen Prävalenz⁹. Wir haben es also mit einer Zusammenstellung bzw. Addition von mehreren, unsystematisch generierten¹⁰ Punktprävalenzen zu tun, die in täglich sich ändernden Stichproben Häufigkeiten beschreiben, die dann zu einem „7-Tage-Wert“ zusammengefasst werden. Am ehesten lässt sich dieses Konstrukt unter dem (etwas außer Mode gekommenen) Begriff der Periodenprävalenz beschreiben. In Abb. 1 werden die Begriffe graphisch dargestellt. Der Begriff der „7-Tages-Inzidenz“ z.B. wird daher auf der europäischen Ebene gar nicht verwendet, so spricht das *European Center of Disease Control* (ECDC) richtigerweise von *notification rates*, also von Melderaten¹¹. Es wäre für den deutschen Sprachgebrauch zu empfehlen, sich hier auf eine adäquate Verwendung der Grundbegriffe rückzubesinnen, man könnte z.B. von einer „7-Tage-Melderate“ sprechen. In Kap. 2.5. wird eine Alternative vorgeschlagen, die aus mehreren Parametern zusammengesetzt ist (*notification index*).

Es bleibt dabei die Frage offen, warum ist dieser Punkt so wichtig? Das Problem ist gewaltig und bestimmt die gesamte weitere Diskussion, denn die Verwendung des Begriffs der „Inzidenz“ gibt vor, man habe eine Kenntnis der in einem Zeitraum (7 Tage) tatsächlich neu auftretenden Infektionen, und man könne daran die Entwicklung zutreffend ablesen. Diese Sichtweise ist sehr wirkmächtig, denn sie insinuiert eine

⁹ so z.B. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>, letzter Zugriff 15.11.2020

¹⁰ zum Zusammenhang zwischen Inzidenz und Prävalenz über die Merkmalsdauer s. ausführlicher Tp2, Kap. 2.1.2

¹¹ Das kommt noch hinzu: die Prävalenzen müssten eigentlich an repräsentativen Stichproben erhoben werden, dies ist aber nicht der Fall, stattdessen werden anlass-bezogene Stichproben verwendet (s. Tp2, Kap. 2.1.1, Nr. 1)

¹¹ so z.B. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>, letzter Zugriff 15.11.2020

Handlungsgrundlage, auf der politische und gesellschaftliche Entscheidungen von großer Tragweite getroffen werden. Allerdings ist diese Handlungsgrundlage nicht tragfähig, zum anderen wird auf diese Weise der dringend notwendige Weg zur Nutzung sinnvollerer Vorgehensweisen versperrt.

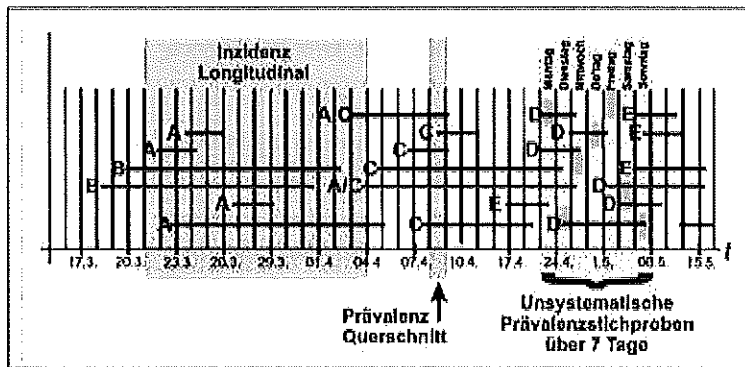


Abb. 1: Inzidenz (longitudinale Perspektive), Prävalenz (Querschnittsuntersuchung) und unsystematische Prävalenzstichproben, bei denen unvollständige Tagesprävalenzen kombiniert werden. A im Berichtszeitraum neu aufgetretene Infektionen (= Inzidenz), die Fälle B waren vorbestehend und werden nicht berücksichtigt. C Prävalenz in einer das ganze Kollektiv umfassende Querschnittsuntersuchung. D Fälle wie in den RKI-Berichten als „7-Tage-Inzidenz“ bezeichnet, obwohl es unsystematisch erhobene Prävalenzen sind. E werden nicht erfasst, da diese anlassbezogenen Stichproben nicht das ganze Kollektiv erfassen.

Wie im nachfolgenden Kapitel ausgeführt wird, wird die Entwicklung bereits seit langer Zeit von der Infektionsdynamik im Bereich der *nicht untersuchten Bevölkerung* bestimmt. Man kann es auch anders ausdrücken: die Dunkelziffer dominiert die quantitative Realität der Epidemie und die verwendeten Grenzwerte. Allerdings befinden wir uns (selbstverschuldet) in der schwierigen Situation, dass wir uns der Dunkelziffer nur indirekt annähern können, da Kohorten-Studien, die wir heute national und auch regional (z.B. in Großstädten) bräuchten, gegen jeglichen fachlichen Rat unterblieben sind. Um es nochmals zu wiederholen: die Auswirkungen dieses Defizits werden in Zukunft noch

dramatischer werden, denn wir werden verlässliche Häufigkeitsdaten dringend benötigen, wenn man z.B. den Erfolg von Impfkampagnen und evtl. auch von therapeutischen Strategien darstellen möchte.

These 3: Der Begriff der Inzidenz wird in der Berichterstattung falsch verwendet. Bei den Häufigkeitsangaben des RKI handelt es sich um unsystematisch gewonnene, anlassbezogene Prävalenzwerte, die über 7 Tage hinweg addiert werden (am ehesten als Periodenprävalenz zu bezeichnen). Der durch den Begriff „Inzidenz“ bzw. „7-Tages-Inzidenz“ geweckte Eindruck, man wisse über den Stand der Epidemie und die tatsächlich in einem Zeitraum auftretenden Neuerkrankungen Bescheid, täuscht und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Handelns.

Wobei hier anzumerken ist, dass diese Kritik von Schrappe auf einer weiterführenden Betrachtung beruht; ganz basal stimmen die seitens des RKI ausgegebenen „Inzidenzen“ bereits schlichtweg schon deshalb nicht, weil die ihnen zugrunde liegenden „Infektionen“/ „Covid-19-Fälle“ bereits – wie dargelegt – nicht stimmen.

Auch hieraus ergibt sich, dass mit falschen Zahlen und inadäquater Zahleninterpretation keine richtigen politischen Entscheidungen getroffen werden können – was in diesem hochsensiblen Bereich schwerwiegende Folgen hat.

So ist etwa der soziale Friede in diesem Land durch genau diese nachweislich statistisch nicht fundierten Grundrechtseinschränkungen bzw. -außerkräftsetzungen bekanntlich bereits stark beeinträchtigt (vgl. die medial viel zitierte Spaltung der Gesellschaft, die jüngsten Anti-Corona-Demonstrationen in Leipzig und Berlin, der Brandanschlag und die Cyberattacke auf das RKI).

Die seitens des Senats in Abrede gestellte objektive Rechtsverletzung, die in der – nach hiesiger Ansicht bewussten – fehlerhaften Datenkommunikation zum Infektionsgeschehen zu erblicken ist, liegt auch vor dem Hintergrund, dass hier gerade nicht nur die Antragstellerin betroffen ist, sondern alle Bürger*innen der Bundesrepublik, vor.

Im Einzelnen sind die folgenden Aspekte besonders hervorzuheben:

1. Die Begründung des Senats, sofern sich die Antragstellerin aufgrund der unwissenschaftlichen, verzerrenden und aggravierenden Infektionslage-Darlegungen seitens des RKI in ihrer (psychischen und) körperlichen Unversehrtheit und in ihrer Gewissensfreiheit verletzt erlebt, „kann dies nur auf ihrer subjektiven, offenbar besonders ausgeprägten Empfindsamkeit beruhen“ (Beschluss vom 13.11.2020, dort S. 3) ist lediglich eine Behauptung bzw. eine als Wahrheit

ausgegebene Hypothese. Sie hält den Kriterien einer wissenschaftlich fundierten Argumentationspraxis jedoch nicht stand.

Im Einzelnen:

a. Es ist zunächst zu konstatieren, dass die naheliegende Alternativhypothese / Alternativerklärung völlig außer Acht gelassen wurde: Die Antragstellerin ist hinsichtlich der statistischen Details, Hintergründe und Zusammenhänge der (RKI)-Daten zur COVID-19-Infektionslage besonders gut informiert und erkennt deshalb besonders deutlich deren gravierende (und gesellschaftspolitisch extrem folgenreiche) Verzerrungen und Fehler, was im Rahmen des umfangreichen Antragsvorbringens deutlich geworden sein dürfte. Die Richtigkeit des hiesigen Vorbringens unterstellt sind diese Empfindungen und Verletzungen der Antragstellerin verständlich, ohne dass man weiter hergeholte Erklärungen, wie etwa eine besondere Empfindsamkeit, heranziehen muss.

Die Alternativhypothese müsste also weiter lauten: Wären sehr viele Menschen derart gründlich und kritisch informiert, würden auch sehr viele Menschen eine in ihrem Ausmaß vergleichbare Betroffenheit erleben. Der Antragstellerin sind unter den diesbezüglich kritisch Denkenden im Übrigen etliche Fälle von Übererregung / Blutdrucksteigerung, von stellenweise auftretender Angst, von aus der Motivation der Aufdeckung dieser Datenverzerrungen bedingter Überarbeitung, Auswanderung, Auswanderungsplänen uvm. bekannt.

Außerdem ist die Antragstellerin als Psychologin und als sehr aktives Mitglied der Gesellschaft mit den sozialen und politischen Auswirkungen der Fehlinformationen stark konfrontiert. Man kann in der Alternativhypothese / Alternativerklärung also zusammenfassend schlussfolgern: Jemand, der derart gründlich und kritisch informiert ist und mit den sozialen und politischen Auswirkungen so deutlich konfrontiert ist, kann leicht derartige Empfindungen und Verletzungen

(bewusst) erleben. Vielmehr müsste sich der Senat außerdem fragen: Wenn eine psychisch grundlegend gesunde Psychologin (vgl. Attest, in dem lediglich eine Belastungsreaktion diagnostiziert wurde, d. h. eine situativ bedingte Reaktion) bereits eine gesundheitliche Einwirkung davon trägt – welche schlimmeren Folgen mag die auf den Datenverzerrungen aufbauende politische Stimmungserzeugung (mit all ihren Konsequenzen) dann erst für wesentlich labilere Menschen haben?

Solange diese sich aufdrängende Alternativhypothese nicht widerlegt ist, kann die gerichtsseits „favorisierte“ Hypothese nicht ohne Weiteres als Wahrheit ausgegeben bzw. behauptet werden.

b. Um (im weitesten Sinne psychologisch) beurteilen zu können, ob eine Reaktion eines Menschen auf einen nicht alltäglichen Sachverhalt „besonders ausgeprägt“ ist, muss man die Reaktionen aller Menschen bzw. einer repräsentativen Stichprobe von ihnen kennen (bei gleicher „Informiertheit“, um diese Störvariable vor der Schlussfolgerung herauszufiltern) oder zumindest psychologische Fachkompetenz und Erfahrung aufweisen – insbesondere dann, wenn es sich um Eigenschafts-Zuschreibungen („Empfindsamkeit“) an einem Menschen handelt.

Die bloße Behauptung des Senats kann ein solches Vorgehen nicht ersetzen.

Ferner drängt sich hier die seitens des Senats bemühte Erklärung keineswegs auf. Dass ein staatliches Wissenschaftsinstitut, das (**trotz anhaltender Kritik immer noch**) fehlerhafte Datenauswertungen verlautbart und dessen Einschätzung faktisch die Geschicke des Landes bestimmen, Angst und Hilflosigkeit auslöst, ist naheliegend und alles andere, als „nicht nachvollziehbar“ (Beschluss vom 13.11.2020, S. 3).

c. Im Übrigen ist die Beurteilung, ob eine menschliche Reaktion in **Relation zu einem Sachverhalt „besonders ausgeprägt“ ist, nicht ohne Betrachtung des maßgeblichen Sachverhaltes möglich.**

Der Senat hat hier den maßgeblichen Sachverhalt **nicht** erhoben. Mithin ist eine Wertung, der nach seiner Sicht als angemessen/durchschnittlich zu betrachtenden Reaktion, bereits **nicht** möglich. Der Senat führte u.a. aus (Beschluss vom 13.11.2020, dort S. 3):

Die überwiegend allgemeinen (Rechts-)Ausführungen sowie die Kommentierung des Infektionsgeschehens in der am 2. Oktober 2020 bei dem Oberverwaltungsgericht eingegangenen Beschwerdeschrift vom „01.01.2020“ (S. 4 ff.) führen auf kein anderes Ergebnis. „Dass der Bevölkerung wider der Evidenz bewusst vor dem Infektionsgeschehen in Bezug auf SARS-CoV-2 Angst gemacht werden“ und „diese eingeschüchert werden soll, „die Antragstellerin nicht `nur` auf diese Weise - aggravierende Datendarstellung zum Zwecke der Angsterzeugung - zum Experimentierobjekt staatlicher Behörden gemacht wird“, ist objektiv nicht nachvollziehbar. Sofern sich die Antragstellerin aufgrund der angeblich „unwissenschaftliche(n), verzerrende(n) und aggravierende(n) Darstellung des Infektionsgeschehens um das SARS-CoV-2-Virus seitens der Antragsgegnerin zunehmend in einem unauflösbaren ethischen Dilemma befinde, in dem sie Ihre Gewissensfreiheit und körperliche Unversehrtheit als stark verletzt erlebe, kann dies nur auf ihrer subjektiven, offenbar besonders ausgeprägten Empfindsamkeit beruhen; dies begründet indes nicht die Möglichkeit einer objektiven Rechtsverletzung. Dass durch die Verlautbarungen des RKI objektiv, d.h. auch bei einem durchschnittlichen Empfänger, „Einwirkungen auf die Psyche“ hervorgerufen würden, legt die Beschwerde nicht dar. Auf die durch bei der Antragstellerin im Rahmen einer diag-

Um beurteilen zu können, ob eine Reaktion „nachvollziehbar“ ist, muss der Sachverhalt feststehen. **Der Senat hätte somit zunächst feststellen müssen, ob und wenn ja, inwieweit die Antragstellerin mit ihrem Vorbringen, dass die Antragsgegnerin das Infektionsgeschehen unwissenschaftlich, verzerrend und aggravierend darstellt, Recht hat.**

In der fehlenden Sachverhaltsermittlung ist mithin ebenfalls eine Gehörsverletzung zu erblicke.

Jessica Hamed
Rechtsanwältin