

Daniela Prousa
(...)

An das
Bundesverfassungsgericht
Postfach 1771
76006 Karlsruhe

- EILT! ANTRAG AUF ERLASS EINER EINSTWEILIGEN ANORDNUNG! -

XXX, 15. Dezember 2020

Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gem. § 32 BVerfGG

Die Antragstellerin

Daniela Prousa, (...)

beantragt

die Außervollzugsetzung von Normen der 9. Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung, nämlich:

§2 Nr.2 zweiter Satzteil, §12 Abs.1 S.1 Nr.3 Hs.1 und S.2 Nr.1, §12 Abs.4 S.3, §29 Nr.5 der neunten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (9. BayIfSMV) vom 30. November 2020 (BayMBI. 2020 Nr. 683, BayRS 2126-1-13-G) werden im Wege der einstweiligen Anordnung außer Vollzug gesetzt.

Diese Normen der 9. BayIfSMV sind im Einzelnen:

§2 Nr.2 zweiter Satzteil:

„Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (Maskenpflicht), gilt: [...] 2. [...] die Glaubhaftmachung erfolgt bei gesundheitlichen Gründen insbesondere durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD-10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält.“

§12 Abs.1 S.1 Nr.3 Hs.1 und S.2 Nr.1:

„Für Betriebe des Groß- und Einzelhandels mit Kundenverkehr gilt: [...] Für das Personal, die Kunden und ihre Begleitpersonen gilt Maskenpflicht [...] Für Einkaufszentren gilt:

1. Hinsichtlich der einzelnen Ladengeschäfte gilt Satz 1 [...].“

§12 Abs.4 S.3:

[„Wochenmärkte und andere Märkte zum Warenverkauf unter freiem Himmel [...] sind zulässig“]. [...] „Für das Verkaufspersonal, die Kunden und ihre Begleitpersonen gilt Abs. 1 S. 1 Nr. 3 entsprechend.“

§29 Nr.5:

„Ordnungswidrig im Sinne des §73 Abs. 1a Nr. 24 IfSG handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig [...] 5. entgegen §§8, 9 und §20 Abs. 2 und 4, §21 Satz 3 oder entgegen §§12 und 14 als Besucher, Kunde, Begleitperson oder Gast der Maskenpflicht nicht nachkommt“.

Der Antrag erfolgt aufgrund insbesondere folgender **als verletzt erlebter und betrachteter Grundrechte**:

- Art. 1, Abs. 1 GG: Die Menschenwürde;
- Art. 4, Abs. 1 GG: Die Freiheit des Gewissens;
- Art. 2, Abs. 2, S. 1 GG: Das Recht auf körperliche Unversehrtheit (inkl. psychischer Unversehrtheit, sofern eine biopsychologische Beteiligung dabei vorliegt, nach gängiger Rechtsprechung);
- Art. 1, Abs. 2 GG: Unverletzliche Menschenrechte *als Grundlage des (sozialen) Friedens*
- Art. 3, Abs. 1 und 3 GG: Gleichheit vor dem Gesetz
- Art. 2, Abs. 1 GG: Das allgemeine Persönlichkeitsrecht / die allgemeine Handlungsfreiheit.

(Auch die mit diesen Rechten verbundenen Rechte aus der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Europäischen Sozialcharta erlebt die Antragstellerin als verletzt, so sei an dieser Stelle schon einmal angemerkt. Insbesondere betrifft dies Art 8, Abs. 1 EMRK, der eine umfassende gesundheitliche, d. h. körperliche *und psychische* Integrität, gewährt, wobei der ECHR in einem Urteil ausführt:

„The court notes that **the concept of `private life` is a broad term not susceptible to exhaustive definition. It covers the physical and psychological integrity of a person (...). It can therefore embrace multiple aspects of a person's physical and social identity (...)**“ (CASE OF S. AND MARPER V. THE UNITED KINGDOM; Application nos.30562/04 and 30566/04)

In einem anderen Urteil stellt der ECHR klar: **“The chamber considers that States were required to minimise, as far as possible, interference with article 8 rights, by trying to find alternative solutions and by generally seeking to achieve their aims the least onerous way as regards human rights.”** (HATTON AND OTHERS V. UNITED KINGDOM; Application no. 36022/97)

Auch betrifft dies die Europäische Sozialcharta, Artikel 11 (Das Recht des Schutzes der Gesundheit), wobei es hierzu in den Erläuterungen im zugehörigen offiziellen DIGEST auf S. 28 heißt: „The right to protection of health guaranteed in Article 11 of the Charter complements Articles 2 and 3 of the European Convention on Human Rights (...). The rights relating to health embodied in the two treaties are inextricably linked, since **`human dignity is the fundamental value and indeed the core of positive European human rights law – whether under the European Social Charter or under the European Convention of Human Rights – and health care is a prerequisite for the preservation of human dignity`**. **Respect for physical and psychological integrity is an integral part of the rights to the protection of health guaranteed by Article 11.** (...) Article 11 enshrines the right to the highest possible standard of health (...). **Under Article 11, health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity**, in accordance with the definition of health in the Constitution of the World Health Organisation (WHO), which has been accepted by all Parties of the Charter“.

Artikel 15 der Europäischen Sozialcharta (**Das Recht von Personen mit Handicaps auf Unabhängigkeit, soziale Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben**) ist ebenso betroffen, hinsichtlich Punkt 3 seiner Erläuterungen im o. g. DIGEST: „(...) the Parties undertake, in particular: (...) 3. **to promote their full social integration and participation in the life of the community** (...)“.

(Hervorhebungen durch die Antragstellerin).

Erlauben Sie mir folgende sehr kurze Vorausschickung:

- „Es ist leichter einen Atomkern zu spalten als ein Vorurteil.“ (Albert Einstein)

...Es kostet Mühe, aber es geht. Bitte machen Sie sich, sehr geehrte Richterin, sehr geehrter Richter, diese Mühe.

Weiterer Überblick und Kontext (weitere rechtliche, ethische, gesellschaftsbezogene Aspekte dieses Antrages)

Die Antragstellerin, von Beruf Dipl.-Psychologin mit umfangreicher statistischer Grundausbildung, sieht vor dem Hintergrund ihrer monatelangen intensiven Einarbeitung in die Thematik, ihrer Durchführung einer eigenen Studie über Beschwerden und bereits eingetretene Folgeschäden durch die Mund-Nasenschutz-Verordnungen sowie einer von ihr geführten Unterlassungsklage gegen das Robert-Koch-Institut, das die Datenbasis für die

Verordnungen liefert, folgende Aspekte, die im weiter unten folgenden Begründungsteil näher ausgeführt werden:

- Abwägungsausfall seitens der Ordnungsgeber durch fehlende Fokussierung auch der (potenziellen) Schadensseite der „Maskenpflicht“, entgegen der Empfehlung der WHO;
- dadurch findet mit diesen Verordnungen in unserer freiheitlich geprägten Gesellschaft unweigerlich ein „Experiment am Menschen“ statt, das mit der Menschenwürde unvereinbar ist;
- zumal es mittlerweile Belege für die Belastungen und Schäden durch diese tiefgreifende Verordnungen gibt;
- bei genauerer Betrachtung widersprechen sie sogar der Evidenz und sind damit willkürbehaftet;
- primäre Probleme sind der demographische Wandel, die hierzulande vergleichsweise sehr hohe Lebenserwartung, die zunehmenden Zivilisations-Vorerkrankungen, der Pflegenotstand und die Investitionsprobleme im vermehrt privatisierten Klinikbereich, was seit ein paar Jahren zu einer grundlegenden Überlastungsproblematik des Gesundheitssystems und insbesondere auch der Intensivstationen in jeder auch nur überdurchschnittlich verlaufenden Grippe- / Infektionswelle führt – dies vornehmlich SARS-COV-2 zuzuschreiben, ist irreführend, einer Lösungsorientierung zuwiderlaufend, damit ethisch höchst problematisch, teilweise „sachfremd“ (willkürlich) und kann kein legitimer Hintergrund für diese Verordnungen sein;
- zumal prinzipiell keine über den Bereich von Grippewellen hinaus erhöhte Sterblichkeit an Covid-19 besteht, kaum jemand ohne (meist mehrere) Vorerkrankungen daran verstirbt und das Medianalter der Verstorbenen im Bereich des üblichen liegt, außerdem nach aktuellem Erkenntnisstand die asymptomatische Übertragung sowie die durch Aerosole wohl überschätzt worden ist;
- vor allem ist auch die Basis der hier beanstandeten Ordnungspunkte, die vom RKI bereitgestellten „Infektionszahlen“ / „Fallzahlen“ willkürlich, insofern, als dass die PCR-Tests bzw. die hierzulande übliche PCR-Test-Praxis und damit verbunden die Praxis der Datenübermittlung keine Infektionen nachweisen und dokumentieren im Sinne des §2 des Infektionsschutzgesetzes („Begriffsbestimmungen“, darin: der Erreger muss nicht nur aufgenommen worden sein, sondern sich auch im Körper entwickelt bzw. vermehrt haben), in Abgrenzung zu vor vielen Wochen bis Monaten durchgestandenen SARS-COV-2-Infektionen, harmlosen Virusfragmenten und z. T. anderen Corona-Erkältungsviren;
- wenn diese „Infektionszahlen“ nicht stimmen, können auch keine „Inzidenzen“ stimmen, wie sie in §28a, Abs. 3, darin auch insbes. dem letzten Satz, gefordert sind – als Grundlage der Maßnahmen;
- den Inzidenzen fehlt zudem jegliche Normierung / Relativierung auf die Testzahlen (testet man mehr, erhält man mehr Fälle durch Abbau des Dunkelfeldes), womit auch diese Inzidenzen sowie das Erreichen der „Schwellenwerte“ des §28a, Abs.3, willkürlich sind;
- sie widersprechen auch dem Vorhersehbarkeitsprinzip für die BürgerInnen, dem Bestimmtheitsgrundsatz;
- damit widerspricht auch die darauf basierende Maskenverordnung dem Bestimmtheitsgrundsatz;
- eine längere Aufrechterhaltung der Verordnungen läuft dem ethischen Grundsatz „ein allgemeines Lebensrisiko ist von jedermann zu akzeptieren“ (Deutscher Ethikrat, März 2020) entgegen, wobei dieser Tabubruch einen tiefgreifenden Wandel unseres Menschenbildes vollzieht, unter grundlegender Disposition seiner damit in ihrem Wesensgehalt angetasteten Grundrechte;
- diese epochale Zäsur schafft einen Präzedenz- und Gewohnheitsfall für jede etwas überdurchschnittlich verlaufende Grippewelle und jedes andere neuere Virus, die / das Gesundheitssystem unter dem gegebenen demographischen Wandel belastet;
- auf unmittelbarer sozialer Ebene ist die „Maskenpflicht“ nachweislich ein massiver Spaltungsfaktor unserer Gesellschaft, sorgt für alltäglich gewordene Diskriminierungen, psychische und sogar körperliche Gewalt und gefährdet damit den sozialen Frieden in diesem Land, was angesichts des Art. 1, Abs. 2 unseres Grundgesetzes nicht verwundert, der über die *unverletzlichen und unveräußerlichen* Menschenrechte deutlich sagt: Sie sind

die „Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt“;

- das mildere Mittel „Freiwilligkeit“ des Masken-Tragens in den hier beanstandeten Bereichen ist in seinem etwa ebenbürtigen Nutzen und der dafür vorhandenen ausreichenden Bereitschaft in der Bevölkerung mehrfach belegt und deshalb vorzuziehen – zumal durch die neu installierte Verteilung von effektiven FFP-2-Masken an Risikogruppen zu deren Eigenschutz eine neue Sachlage geschaffen worden ist, die eine neue Abwägung auf den Plan ruft;

I) - - - Zulässigkeit des Antrages - - -

Der Antrag ist zulässig.

Für die Zulässigkeit eines isolierten Antrags im einstweiligen Rechtsschutz ist es zunächst nicht erforderlich, dass bereits ein Hauptsacheverfahren anhängig ist. Voraussetzung ist lediglich, dass ein Antrag in der Hauptsache noch in zulässiger Weise gestellt werden kann (vgl. hierzu *Walter*, in: *Walter/Grünwald*, BeckOK VerfGG, 9. Ed., Stand 1. Juli 2020, § 32 BVerfGG Rn. 18). Diese Voraussetzung liegt hier vor.

Darüber hinaus liegen auch die weiteren Zulässigkeitsvoraussetzungen des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vor.

Der Rechtsweg zum Bundesverfassungsgericht ist auch im einstweiligen Rechtsschutz vorliegend eröffnet, da sich die Antragstellerin in der potentiellen Hauptsache gegen Akte der Legislative und damit gegen Akte der öffentlichen Gewalt im Sinne des Art. 90 Abs. I Nr. 4a GG, zur Wehr setzt. Hierfür ist das BVerfG auch zuständig.

Als natürliche Person ist die Antragstellerin entsprechend dem potentiellen Hauptsacheverfahren auch antragsberechtigt.

Die Antragstellerin hat weiterhin auch den **Grundsatz der Subsidiarität** des verfassungsrechtlichen Eilrechtsschutzes gewahrt, da sie bereits im fachgerichtlichen Verfahren umfänglich um Eilrechtsschutz gesucht hat (vgl. *Walter*, in: *Walter/Grünwald*, BeckOK VerfGG, 9. Ed., Stand 1. Juli 2020, § 32 BVerfGG Rn. 39 m.w.N.):

Vor dem **Bayerischen Verfassungsgerichtshof (BayVerfGH)** hat die Antragstellerin im Wege einer Popularklage sowie der Beantragung einer einstweiligen Anordnung gem. Art. 26 des Bayerischen Verfassungsgerichtshofgesetzes die Außervollzugsetzung der Normen zu erreichen gesucht. Dies betraf Normen der nunmehr außer Kraft getretenen 7. Bayl fSMV;

diese sind aber größtenteils wortgleich mit den Normen der hier angegriffenen 9. BayLfSMV, wobei **im hier nun vorliegenden Antrag bewusst eine noch weitere Begrenzung vorgenommen wurde auf diejenigen Normen, welche zweifelsfrei entgegen der Evidenz in Kraft sind und zugleich wirklich der unmittelbaren Lebensgrundlage dienen (Lebensmittelversorgung)**. Der Antrag auf Erlass der einstweiligen Anordnung vom 25. August 2020, der in der Folge mehrfach ergänzt und umgestellt wurde – nicht zuletzt durch die mehrmalige Neufassung der BayLfSMV – wurde durch Entscheidung vom 29. Oktober 2020 abgewiesen und der Antragstellerin eine Gebühr in Höhe von EUR 1.000,- auferlegt. Das Verfahren vor dem BayVerfGH lief unter dem Az. **Vf. 81-VII-20**. Auf den Akteninhalt wird verwiesen (**Anlagen 1a bis 1l** sowie auch diesem Gericht vorliegend sind die **Anlagen 2b, 2c**).

Parallel hierzu hat die Antragstellerin vor dem **Bayerischen Verwaltungsgerichtshof (BayVGH)** im Wege der Beantragung einer einstweiligen Anordnung gem. § 47 Abs. 6 VwGO die Außervollzugsetzung der Normen betrieben. Der diesbezügliche Antrag vom 2. Oktober 2020, der ebenfalls ergänzt und modifiziert wurde, ist durch den Bayerischen Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) am 15. Oktober 2020 abgelehnt worden. Das Verfahren vor dem BayVGH lief unter dem Az. **20 NE 20.2202**. Auf den Akteninhalt wird verwiesen (**Anlagen 2a bis 2f**).

Außerdem wurde seitens der Antragstellerin eine „**Unterlassungsklage**“ gegen das **Robert-Koch-Institut (RKI) (OVG 1S 119/20, VG 14 L 382/20)** geführt, aufgrund „irreführender Datenkommunikation“ bezüglich COVID-19, welche letztlich die Grundlage für die hier angefochtenen Normen ist. Diese Klage wurde – aufgrund einer aus Sicht der RichterInnen „**fehlenden Antragsbefugnis**“ - zuerst vom Verwaltungsgericht Berlin und zuletzt vom Obergerverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg am 13.11.2020 abgelehnt, eine Anhörungsrüge am 27.11.2020 ebenfalls (bis auf die kurze formale Beschwerdeschrift beigefügt als **Anlagen 3a bis 3j**).

Vor der Klage gegen das RKI hatte die Antragstellerin bereits **außergerichtlich interveniert**, ohne Erfolg, insbesondere:

- im E-Mail-Verkehr mit dem RKI im April 2020,
- mit einer Fachaufsichtsbeschwerde gegen das RKI vor dem Bundesgesundheitsministerium am 03.05.2020,
- mit einer Petition an den Deutschen Bundestag (Fokus: Bitte um Hinwirken auf valide RKI-Daten) am 26.04.2020,
- mit einer Strafanzeige gegen das RKI bei der Berliner Polizei am 15.08.2020,

dargelegt auch im Antragsschriftsatz vom 30.08.2020 im RKI-Verfahren auf S.22/23 (**Anlage 3a**, wobei zugunsten der Entlastung des Gerichts diese vier Dokumente hier zunächst nicht mit eingereicht werden, auf Bitte aber selbstverständlich umgehend vorgelegt werden).

II) - - - Begründetheit - - -

Der Antrag ist auch begründet.

Die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wäre zulässig und begründet

In der Hauptsache wäre eine Rechtssatzverfassungsbeschwerde gegen die oben angegebenen Normen der 9. BayIfSMV zulässig und begründet.

1. Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wäre zulässig

Die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wäre zulässig.

a. Antragstellerin wäre beschwerdebefugt

Im Rahmen einer Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wäre die Antragstellerin beschwerdebefugt. Durch die hier angegriffenen Normen der 9. BayIfSMV kann sie im Sinne der Art. 93 Abs. 1 Nr. 4a GG, § 90 Abs. 1 BVerfGG schlüssig behaupten, selbst, gegenwärtig und unmittelbar in ihren grundrechtlich geschützten Positionen verletzt zu sein.

Alle zu Beginn zitierten Vorschriften verletzen die Antragstellerin in diesem Sinne durch die weiter unten (vgl. übernächster Abschnitt „a2“) dargestellten negativen Auswirkungen in ihren zu Beginn aufgezählten Grundrechten.

a1. Vorangestellt sei der konkreteren, grundrechtsbetreffenden Darstellung der Beschwerdebefugnis zunächst aber **eine wichtige Ausführung zum Aspekt „Unmittelbarkeit / Mittelbarkeit“ von Betroffenheit:**

Entgegengetreten werden muss deutlich den Ausführungen des BayVGh in seiner Entscheidung vom 15. Oktober 2020. Der BayVGh hatte in seinem ablehnenden Beschluss dargelegt, dass die Antragstellerin durch die angegriffenen Rechtsvorschriften nicht in

eigenen Rechten verletzt sein könne, da sie vom Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung gem. § 2 Nr. 2 der (jetzt 9.) BaylfSMV befreit sei (Antragstellerin ist Inhaberin eines ärztlichen Attests, **Anlage 4 – *allerdings ist sie seit der 9. BaylfSMV durch den plötzlich neu hinzugekommenen Zusatz der Diagnose- und Begründungsforderung in § 2 Nr. 2 mit diesem Attest nun auf einmal nicht mehr von der Tragepflicht befreit, sei an dieser Stelle vorweg genommen; weiter unten wird darauf näher eingegangen***). Eine unmittelbar belastende Wirkung sei damit ausgeschlossen, die Antragsbefugnis sei nicht gegeben. Soziale Folgen der Befreiung von der Maskenpflicht seien nicht justiziabel, da sie keine unmittelbare Beeinträchtigung darstellten (vgl. BayVGH, Beschl. v. 15. Oktober 2020 – 20 NE.2202 Rn. 12).

Diese Ansicht ist aus Sicht der Antragstellerin nicht richtig und bedarf einer dringenden Korrektur durch das BVerfG. Nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG ist ein Beschwerdeführer dann durch eine Rechtsnorm unmittelbar betroffen, wenn diese ohne weiteren vermittelnden Akt in den Rechtskreis des Beschwerdeführers einwirkt (vgl. *Morgenthaler*, in: *Epping/Hillgruber*, BeckOK GG, 44. Ed., Stand 15. August 2020, Art. 93 Rn. 66 m.w.N.). Die Rechtsnorm muss spürbare Rechtsfolgen mit sich bringen (vgl. *Kment*, in: *Jarass/Pieroth*, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 16. Aufl. 2020, Art. 93 GG Rn. 32 m.w.N.).

So liegt der Fall hier. Durch die bußgeldbewehrte Anordnung der Maskenpflicht in verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens ist der Rechtskreis der Antragstellerin berührt, ohne dass es eines weiteren wie auch immer gearteten Umsetzungsaktes bedarf. Die Antragstellerin erleidet, wie in diesem Antrag gezeigt wird, mannigfaltig spürbare negative Rechtsfolgen.

In der oben genannten Entscheidung verkennt der BayVGH in diesem Zusammenhang, dass nicht nur durch die Maskenpflicht selbst unmittelbar in die Grundrechte der Antragstellerin eingegriffen wird, sondern auch und gerade durch die sozialen Folgen, die das Nicht-Tragen der Maske in Folge der Befreiung von der Maskenpflicht mit sich bringt.

Die gesellschaftliche Stimmung ist durch die seit Monaten bestehende Spaltung in weiten Teilen der Bevölkerung so angespannt, dass sich der Druck vermehrt an Personen wie der Antragstellerin entlädt. Diese Spaltung ist psychologisch zweifelsfrei zu einem großen Teil auf die verzerrende und aggravierende Corona-Daten-Kommunikation des RKI und den darauf aufbauenden politischen Corona-Verordnungen zurückzuführen, die ein Teil der Menschen mit propagiert, während andere diese Aggravation erkennen und daher „dagegen“ sind (vgl. Internet-Inhalte zu Wortführern von „Querdenken“ wie Bode Schiffmann oder die

der Verbindung nahe stehenden „Ärzte für Aufklärung“, die allesamt die RKI-Kritik der Antragstellerin teilen). Während durch diesen datenkommunikativen und politischen Prozesse bei den einen eine z. T. übermäßige Angst vor dem Virus induziert wurde, wurde in anderen eine Angst vor dem fortlaufenden Abbau unseres freiheitlich-demokratischen Rechtsstaates ausgelöst. „Die Maske“ ist damit für viele zum (vermeintlichen und überwertigen) Erkennungsmerkmal geworden für die rasch vorgenommene Unterscheidung zwischen „Gleichgesinnt“ und „Andersdenkend“, kurz „Freund“ und „Feind“. An ihr scheiden sich stark die Geister (vgl. die Titelstory des SPIEGEL vom 14. August 2020: „Der Zündstoff“).

Dies führt zu **alltäglich gewordenen Diskriminierungen, psychischen und sogar körperlichen Gewaltvorfällen**, die weit davon entfernt sind, Einzelfälle zu sein, und die damit juristisch mit in der Waagschale liegen (vgl. Auflistung offizieller, exemplarischer Beispiele in **Anlage 5**).

Es erscheint nicht nur aus Bürgersicht, sondern auch juristisch äußerst unbefriedigend, sich auf den Standpunkt zu stellen, dass der Ordnungsgeber für diese schwerwiegenden Folgen gerade nicht mehr verantwortlich sein soll. Die Ansicht des BayVGh, eine Antragsbefugnis sei deshalb nicht gegeben, stellt sich vor diesem Hintergrund doch als eine nur schwer vermittelbare „Förmelei“ dar.

Hinzu kommt, dass eine solche Betrachtungsweise, die der Antragstellerin die Befugnis zum Ersuchen von Rechtsschutz gegen die von ihr als äußerst belastend empfundenen Maßnahmen schlicht in Gänze nimmt, im Lichte einer grundrechtlich gebotenen Auslegung nicht zu überzeugen vermag.

So ist – beispielhaft – in der Eingriffslehre zur allgemeinen Handlungsfreiheit des Art 2 Abs. 1 GG anerkannt, dass nach dem dort geltenden weiten Eingriffsbegriff auch nichtfinale, rein faktische und nur mittelbare Beeinträchtigungen als Eingriff zu werten sind. Eingriffe müssen demnach nicht als unmittelbare Beeinträchtigung des Schutzgutes durch den Staat vorgenommen werden, sondern können auch durch die Auferlegung von Nachteilen bei der Verweigerung von Maßnahmen entstehen. Dabei ist auch anerkannt, dass der Schutzbereich des Art. 2 Abs. 1 S. 1 GG nur dann effektiv geschützt werden kann, wenn nicht nur solche Verhaltensweisen, die darauf abzielen, das Schutzgut zu beeinträchtigen, bzw. die diese Wirkung mit Sicherheit zur Folge haben, als Eingriff angesehen werden, sondern wenn auch die Verursachung des Risikos einer Schutzgutbeeinträchtigung als Eingriff zu qualifizieren ist. Unbeabsichtigte Schutzgutverletzungen lassen sich nur dann vermeiden, wenn auch solche Verhaltensweisen verboten werden, von denen man nicht

sicher weiß, dass sie den Verletzungserfolg herbeiführen werden, der sich andererseits nicht relativ sicher ausschließen lässt (Risiken). Der Schutzbereich von Art. 2 II 1 umfasst mithin auch das Freisein von Risiken für Leben und Gesundheit, und die Verursachung solcher Risiken ist ein Eingriff in dieses Grundrecht (vgl. hierzu *Murawiek/Rixen*, in: *Sachs*, Grundgesetz, 8. Aufl. 2018, Art. 2 GG Rn. 151a, 157, 160 f. m.w.N.).

Unter Heranziehung dieser Grundsätze stellen die sozialen Anfeindungen und Stigmatisierungen der Antragstellerin, die sie bei der Nutzung ihrer / einer Befreiung von der Maskenpflicht erleidet, ständige und fortwährende Eingriffe in ihre Grundrechte dar. Denn erst durch die Maskenpflicht hat der Ordnungsgeber, unter Abwägungsausfall, das Risiko geschaffen, dass es zu derartigen schwerwiegenden Entgleisungen gegenüber der Antragstellerin kommt. Dieses Risiko wird auch faktisch durch den Befreiungstatbestand in § 2 Nr. 2 9. BayIfSMV nicht gemindert, da es aus Sicht des auf die Maske verzichtenden Menschen im Moment der Diskriminierung durch das Umfeld nicht darauf ankommt, ob er ein Attest vorweisen kann oder nicht.

Ist aber anerkannt, dass es sich dabei um Eingriffe in die Grundrechte der Antragstellerin handelt, so kann auf der vorgelagerten Prüfungsebene der Antragsbefugnis nichts anderes gelten. Ein hoheitlicher Akt, der einerseits einen Eingriff in ein Grundrecht darstellt, andererseits aber nicht die im Rahmen der Beschwerdebefugnis zu prüfende mögliche Betroffenheit des Beschwerdeführers auslöst, muss denklogisch ausgeschlossen sein.

Das Verfassungsprozessrecht ist stets im Lichte der grundgesetzlich garantierten Grundrechte zu betrachten. Eine Verweigerung der Beschwerdebefugnis trotz des Vorliegens grundrechtlicher Eingriffe würde einen eklatanten Verstoß gegen dieses Prinzip darstellen.

Im Übrigen stellt sich der Befreiungstatbestand des § 2 Nr. 2 9. BayIfSMV auch nicht als die behauptete Verwirklichung des Verhältnismäßigkeitsprinzips dar (so aber der BayVGh in seiner Entscheidung), weil sowohl das Tragen der Maske selbst als auch der (attestbedingte) Verzicht auf die Maske mit erheblichen hoheitlichen Eingriffen in Grundrechte verbunden sind. Eine aus Bürgersicht schlicht unausweichliche Situation.

Die Entscheidung des BayVGh, den Antrag bereits auf der Ebene der Zulässigkeit mangels Antragsbefugnis scheitern zu lassen, ist zudem auch deshalb befremdlich, da sogar die Landesadvokatur Bayern in ihrer Stellungnahme zum Verfahren von einer Zulässigkeit des Antrags ausging.

Schließlich ist auch eine teleologische Betrachtung der im Rahmen der Beschwerdebefugnis zu prüfenden unmittelbaren Selbstbetroffenheit hier sinnvoll. Der Zweck dieses Kriteriums, nämlich der Ausschluss von Popularklagen, würde auch dann erfüllt, wenn die unmittelbare Selbstbetroffenheit in der vorliegenden Konstellation bejaht werden würde. Denn dies würde nicht dazu führen, dass gänzlich unbeteiligte Bürger nunmehr vor das Bundesverfassungsgericht ziehen würden; vielmehr bliebe die Beschwerdebefugnis auf die stark abgrenzbare Gruppe der von der Maskenpflicht befreiten Bürger begrenzt.

a2. Konkrete Sachverhalts-Darstellung zur Antragsbefugnis / Betroffenheit

*(Die folgende Zusammenfassung bezieht sich auf die beigelegten Ausführungen in der Eidesstattlichen Versicherung vom 20. September 2020, deren Ergänzung vom 21. September 2020 sowie auf die aktualisierte Ergänzung vom 15.12.2020, **Anlagen 6a bis 6c**).*

Als Psychologin, die mit ihren ethischen Ausbildungsprinzipien beruflich und als Mensch konsequent identifiziert ist (sie darf unrealistisch starke Angst therapieren, nicht aber suggerieren; sie darf eine nachweislich verzerrte Realitätswahrnehmung nicht noch fördern), gerät die Antragstellerin durch die Maskenverordnung in verschiedenen Lebensbereichen in einen massiven Gewissenskonflikt:

Durch das (beruflich zuletzt in bestimmten Situationen trotz ihres Attestes verpflichtend gewesene) Tragen einer Maske und durch das z. T. ersatzweise Tragen eines Visieres (in zuletzt bestimmten beruflichen Situationen und seit ein paar Monaten auch für Attestinhaber verpflichtend in einem Lebensmittelgeschäft ihres Ortes) ist sie bei Nutzung eines Attests gezwungen, ihren Mitmenschen ständig nonverbal die Botschaft einer aggravierten, starken „Bedrohungslage“ durch SARS-COV-2 zu suggerieren, ihnen somit entgegen der sachlichen und tiefen ethischen Überzeugung „Angst zu machen“ (selbst wenn viele eine Mund-Nasen-Bedeckung als Schutz empfinden, so doch nur vor der propagierten starken „Bedrohung“, vor der er sie eben angeblich schützen soll). Zudem muss sie permanent, entgegen ihrer tiefsten inneren Überzeugung und ihrer Identität, anderen (und sich selbst) suggerieren: „Du bist gefährlich“, „Ich bin gefährlich“. Psychologisch stellt dies eine massive Suggestion dar, vereinfacht gesagt: „Gehirnwäsche“. **Seit dem ihr Attest nun urplötzlich, durch den Zusatz der Diagnose- und Begründungsforderung in §2 Nr.2 der 9. BayIfSMV, von einem Tag auf den anderen für sie - unvorhersehbar - ungültig geworden ist (tatsächlich sieht sie dies jetzt erst, bei der Endkorrektur dieses Antrages und**

Ersetzung der 8. durch die 9. BaylfsMV), kommt diesem Begründungspunkt nun sogar vollste Bedeutung zu, da sie mit diesem jetzt ungültigen Attest in diesen Tagen nun zum Maskentragen *genötigt* ist.

(...)

Doch als Psychologin, die um die strafbelegte, sehr hohe Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht weiß, die ja auch ein Patientenrecht darauf beinhaltet, erlebt sie den Schutz des Vertrauensverhältnisses zu ihrem Arzt, ihre Daten und ihre Privatsphäre als verletzt, wenn sie ein solches Attest nach den neuesten (ihrer Auffassung nach rechtswidrigen) Anforderungen einzuholen gedenkt – zumal (...).

Von daher entschließt sie sich hier bewusst, das Einholen eines solchen Attests zu vermeiden, um sich in diesen für sie ebenfalls enorm wichtigen Belangen zu schützen.

Damit befindet sie sich aktuell in einem mehrfachen und schweren, für sie unauflösbaren Dilemma, wird zur Abwägung zwischen für sie allseits sehr hohen Rechtsgütern gezwungen (körperliche Unversehrtheit versus Schutz ihrer Daten, ihrer Privatsphäre und ihres Ansehens; ethische- / Gewissensfreiheit versus Vermeidung der Begehung von Ordnungswidrigkeiten; psychische Unversehrtheit versus körperliche Unversehrtheit - weiter unten im Zusammenhang mit den sozialen Angriffen dargestellt). Sie ist damit aktuell handlungsunfähig in Bezug auf eine Teilhabe am Leben, und sei es auch nur der Einkauf von Lebensmitteln.

Auch in Situationen, in denen sie ihr Attest bis vor Kurzem wirklich voll nutzen konnte – oder, würde dieser Anforderungszusatz an ein Attest aus der Verordnung gestrichen werden, auch wieder könnte - : Das dann anderen mit einem solchen Attest nonverbal kommunizierte Signal ist ja ein rein medizinischer Ausnahmegrund, der der propagierten starken Bedrohungslage rein gar nichts gegenüberstellt, und der diese somit wiederum unfreiwillig bestätigt (nach dem Motte „Ich bin gesundheitlich zu belastet und kann daher leider nicht mithelfen, dieser außerordentlich starken Bedrohungslage entgegen zu wirken“).

Für die Antragstellerin ist dies vergleichbar mit der Vorstellung, man würde einen Vegetarier oder einen Muslimen regelmäßig über viele Monate hinweg und auf unabsehbare weitere Dauer dazu zwingen, Schweinefleisch zu essen – obwohl es deren tiefster innerer Überzeugung und Identität sowie der äußeren Notwendigkeit zuwider läuft. Dieser, in ihrem Fall bezogen auch die Sachlage real berechnete, immense Gewissenskonflikt tangiert somit sogar ihre Menschenwürde.

Beruflich hat dieser Situation mittlerweile dazu geführt, dass die Antragstellerin – zentral aus diesem Grund und den anderen in diesem Antrag hier dargelegten Gründen – ihre Arbeitsstelle gekündigt hat. Mittlerweile (...), aus all der hier in diesem Kapitel dargelegten,

vielfältigen Betroffenheit als Individuum und als Part der Gesellschaft (vgl. E-Mail zur Einleitung des Auflösungsvertrages, **Anlage 7a**, sowie Auflösungsvertrag selbst, **Anlage 7b**).

Andere Situationen wie insbesondere Restaurantbesuche, Kulturveranstaltungen, Einzelhandelsgeschäfte wie z. B. Bekleidungsgeschäfte (mit Ausnahme eines einmaligen dringend notwendigen Schuhkaufs) meidet sie, zentral mit aus den ethischen Gründen, seit April / Mai 2020 vollständig.

Lebensmittelgeschäfte sind aber kaum ganz zu meiden, will sie nicht völlig ihre Autonomie verlieren durch stets Erledigung seitens anderer. Hier bestehen diese starken belastenden Konflikte also weiter.

Zudem leidet die Antragstellerin unmittelbar unter (...), wenn sie eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen muss, und ist wegen in diesem Zusammenhang bedeutsamer(...), die in einer ärztlichen Untersuchung einschließlich EKG verifiziert wurde, seit dem x.x.2020 deshalb durch ärztliches Attest von der Maskenpflicht befreit *gewesen* (vgl. Ärztliches Attest, **Anlage 4**).

Die Befreiung von der Maskenpflicht stellt(e) jedoch auch in anderer Hinsicht keine wirkliche Erleichterung dar: Macht sie von der medizinisch begründeten Befreiung zum Tragen der Maske Gebrauch, sieht sie sich ständig Beschimpfungen, verleumdenden Unterstellungen, Drohungen, diskriminierenden Äußerungen und Handlungen ausgesetzt.

Auch aus diesem Grund sieht sie sich trotz diverser „Ausweichstrategien“ (...) bei Nutzung eines Attests z. T. genötigt, die für sie nachweisbaren negativen medizinischen Auswirkungen des Maskentragens doch hinzunehmen und die Maske aufzusetzen.

In diesen Situationen erlebt sie sich selbst dann mit einem an und für sich unfreiwilligen „Feldexperiment“ ausgesetzt, so wie sie ihre attestlosen Mitmenschen diesem zumeist noch stärker ausgesetzt sieht: Welche Art von „Maske“ bei welchen konstitutionellen Voraussetzungen, welcher Tragedauer, welchen Umständen und welcher Regelmäßigkeit des Tragens womöglich welche Spätfolgen auslösen kann, weiß niemand – nicht zuletzt, weil der Verordnungsgeber bzw. seine Behörden dies entgegen der WHO-Empfehlung „versäumten“ zu eruieren (dargestellt in der *Studie der Antragstellerin*, **Anlage 8**, S. 2, dritter Absatz; bzw. WHO, 05.06.2020, WHO Reference Number WHO/2019-nCov/IPC_Masks/2020.4). Dieser Situation ausgesetzt zu sein und ihre Mitmenschen dieser

ausgesetzt zu erleben, empfindet sie als tief verletzend, sich und andere klar auf Objekte staatlichen Handelns degradiert. Es widerspricht ihrem Verständnis von Menschenwürde, insbesondere nach nun recht langer Dauer dieser Verordnung.

Andere Läden und Einrichtungen besucht die Antragstellerin – auch mit vor diesem Hintergrund - seit April / Mai 2020 gar nicht mehr.

Die o. g. selbst erfahrenen sozialen Anfeindungen, das Wissen um diskriminierende, psychische und physische Gewalterfahrungen im unmittelbaren Zusammenhang mit den Maskenverordnungen aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis sowie zu Hauf und vielfältig aus diversen Medien (**Anlage 5**) sowie ferner die in Videoaufzeichnungen und Zeitungsberichten bekanntlich teils starken sozialen Spannungen bei Demonstrationen, bis hin zum Einsatz von Wasserwerfern - wegen Verletzung der Maskenpflicht - aber auch der vor Kurzem erfolgte Brandanschlag auf das RKI oder die bereits in die Alltagssprache vieler aufgenommenen dehumanisierenden Begriffe (Beleidigungen) „Covidiot“ zeigen der Antragstellerin und Psychologin klar: Der soziale Frieden in diesem Land ist bereits stark angeschlagen, er ist deutlich in Gefahr – und alles letztlich vor allem wegen falscher Daten und darauf fußender, zur Evidenz bei genauerer Untersuchung sogar gegenläufiger „Symbolpolitik“. Die Antragstellerin möchte vor einer solchen, sie durch starke Zukunftssorgen belastenden Entwicklung geschützt werden – in der Form, dass die Justiz die Verordnungsgeber wieder zurückführt zur Basis unseres Grundgesetzes: Die *„unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechte als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“*

II.1.b) Erschöpfung des Rechtswegs und Subsidiarität wäre gegeben

Durch eine letztinstanzliche Entscheidung in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes ist der Rechtsweg des Eilverfahrens erschöpft, wenn der Beschwerdeführer die Versagung gerade des vorläufigen Rechtsschutzes rügt und das Hauptsacheverfahren keine ausreichenden Möglichkeiten bietet, der Grundrechtsverletzung abzuhelpen (vgl. BVerfGE 79, 275/278 f; 86, 15/22 f; 104, 65/71); vgl. *Kment*, in: *Jarass/Pieroth*, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 16. Aufl. 2020, Art. 93 GG Rn. 42).

So stellt sich die Lage hier dar. Die Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutz sowohl vor dem BayVerfGH als auch vor dem BayVGH sind letztinstanzlich. **Ein Einschreiten in der Hauptsache bietet keine ausreichende Möglichkeit, den Grundrechtsverletzungen abzuhelpen.** Eine Hauptsache-Entscheidung innerhalb eines absehbaren Zeitrahmens ist

durch die üblicherweise lange Verfahrensdauer nahezu ausgeschlossen. Hierfür spricht auch, dass die vor dem BayVerfGH parallel zum Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung erhobene Popularklage vom 25. August 2020 noch immer nicht entschieden ist.

II.1.c. Antragstellerin wäre rechtsschutzbedürftig

Schließlich läge auch das Rechtsschutzbedürfnis für eine in der Hauptsache zu erhebende Verfassungsbeschwerde vor. Insbesondere hat sich die Beschwer der Antragstellerin nicht dadurch erledigt, dass die von ihr im verwaltungsgerichtlichen bzw. landesverfassungsrechtlichen Verfahren angegriffenen Vorschriften der 7. BayIfSMV nunmehr durch die 9. BayIfSMV ersetzt wurden. Diese sind nämlich größtenteils wortlautidentisch / inhaltsgleich; die Fortgeltung der angegriffenen Vorschriften über die verschiedenen Fassungen der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung kann nicht zu einem Wegfall des Rechtsschutzbedürfnisses führen, da die Antragstellerin sonst praktisch jeden Monat neue Hauptsacheverfahren anstrengen müsste und dadurch schlicht schutzlos gestellt würde.

II.2. Hauptsache wäre begründet

Die Verfassungsbeschwerde wäre in der Hauptsache auch begründet. Die angegriffenen Vorschriften der 9. BayIfSMV verletzen die Antragstellerin in zahlreichen Grundrechten und verstoßen zudem auch gegen verfassungsrechtliche Grundsätze (Verhältnismäßigkeit, Willkürverbot, Vorhersehbarkeitsprinzip / Bestimmtheitsgrundsatz).

2a. Umfassende Auseinandersetzung mit Grundrechtsverletzungen (und verfassungsrechtlichen Verstößen) bereits im Antragsschriftsatz vor dem BayVGH vom 2. Oktober 2020 (Az. 20 NE 20.2202)

In ihrem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vor dem BayVGH vom 2. Oktober 2020 hat sich die Antragstellerin bereits en detail mit den Grundrechtsverletzungen auseinandergesetzt, die sie durch die angegriffenen Vorschriften der (nun 9.) BayIfSMV erleidet. Unter diesen Voraussetzungen ist es auch in der Rechtsprechung des BVerfG anerkannt, dass dem Begründungserfordernis der Verfassungsbeschwerde (§ 23 Abs. 1 S. 2, 92 BVerfGG) genüge getan ist, wenn grundsätzlich auf den Vortrag im fachgerichtlichen Verfahren verwiesen und dieser punktuell ergänzt wird (vgl. *Scheffczyk*, in:

Walter/Grünwald, BeckOK BVerfGG, 9. Ed., 1. Juli 2020, § 92 BVerfGG Rn. 70; BVerfG, Beschl. v. 16. August 2017 – 2 BvR 336/16, Rn. 21).

Zur entbehrlichen Vermeidung von Wiederholungen wird daher ausdrücklich auf den Antragsschriftsatz vom 2. Oktober 2020 vor dem BayVGH samt Anlagen sowie den weiteren Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen, deren Beziehung notwendigerweise zu beantragen empfohlen wird (BayVGH Az. 20 NE 20.2202). Ohne (ggf. hier auch entbehrliche) Anlagen ist dieser Schriftsatz aber natürlich auch hier beigefügt, als Anlage 2a).

Auf den Seiten 11 bis 13 dieses Antragsschriftsatzes vor dem BayVGH vom 2. Oktober 2020 wird dargelegt, dass die Maskenpflicht eine Verletzung der Menschenwürde des Art. 1 Abs. 1 GG darstellt.

Auf S. 14 bis 16 dort wird aufgezeigt, dass Eingriffe in das Grundrecht auf den Schutz der körperlichen Unversehrtheit des Art. 2 Abs. 1 S. 1 GG vorliegen.

Auch die Betroffenheit des Grundrecht des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG (S. 16 dort) wurde dargelegt sowie die der allgemeinen Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG (S. 18 dort).

Auf den Seiten 18 bis 49 wird dort dargelegt, dass diese Eingriffe verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt werden können: Die eingreifenden Vorschriften sind insbesondere unverhältnismäßig im Sinne des Art. 20 Abs. 3 GG, da sie weder geeignet noch erforderlich sind, um die Ziele der Maskenpflicht – nämlich insbesondere den Schutz des Gesundheitssystems vor Überlastung zu gewährleisten – zu erreichen. Das gilt insbesondere für die Maskenpflicht im Freien / auf (Lebensmittel)märkten.

Zudem ist die Maskenpflicht aber auch nicht im engeren Sinne verfassungsgemäß, da die Schadensseite der Maskenpflicht bei der Erstellung der Verordnung keine Rolle gespielt hat und daher bereits ein Abwägungsausfall seitens des Verordnungsgebers vorliegt.

Eindringlich wird auf den Vortrag über die Schadensseite der Maskenverordnung, unter Berücksichtigung der Studie der Antragstellerin, verwiesen (S. 32 – 38) sowie in diesem Zusammenhang hier gleich ergänzend dazu

- auf den Anhang 4 dieser Studie (in der Studie S. 90-128: hunderte von Originalantworten zu Fragen aus dem Bereich Belastung / Folgen / Assoziationen zur Maskenverordnung und dergl.; Studie hier als **Anlage 8**),

- auf eine umfangreiche Liste mit vielfältigen, exemplarischen Fällen von psychischer und physischer Gewalt durch diese Verordnungen (**Anlage 5** hier),

- sowie weitere Belege dazu (vgl. Popularklage vom 25.08.2020, hier **Anlage 1a**, S. 6 bis S.9 oben; vgl. Entgegnung vom 14.10.20 auf die Stellungnahme der LAB, hier **Anlage 2e**, S.26 Mitte bis S.27 oben)

Zur Zurückweisung der von der Gegenseite vorgebrachten Kritik an dieser Studie der Antragstellerin vgl. S. 22-25 im Schriftsatz vom 14.10. an den VGH, hier in Anlage 2e).

Auch die zeitlich nur scheinbar begrenzte Dauer der Maßnahmen spricht, isoliert betrachtet, bereits gegen eine Verhältnismäßigkeit.

Auf den Seiten 56 bis 58 des Antragsschriftsatzes vor dem BayVGH vom 2. Oktober 2020 wird sodann eine weitere verfassungsrechtliche Problematik erläutert, nämlich die §19, Abs. 4 GG zuwiderlaufende Rechtsschutzlücke, die dadurch auftritt, dass / wenn sich alle drei Gewalten ohne weitere eigene oder in Auftrag gegebene Sachprüfung auf die Einschätzungen des Robert-Koch-Instituts stützen.

Einige Passagen dieses Schriftsatzes sind durch die jüngsten saisonalen / epidemiologischen und rechtlichen Entwicklungen mittlerweile nicht mehr aktuell (insbes. Kap. 3d ab S. 49, Überschrift 3b auf S. 38, Passage auf S. 46 oben) und werden durch die hier nachfolgenden ergänzenden Vorträge z. T. ersetzt:

II.2b. Ergänzender Vortrag zu den Grundrechtsverletzungen und den Verletzungen verfassungsrechtlicher Grundsätze:

Wie hier im ersten Teil des Kapitels II.1.a2. dargestellt, verstoßen die hier angefochtenen Normen auch gegen **Art. 4, Abs. 1 GG: die Freiheit des Gewissens und des weltanschaulichen Bekenntnisses**.

Dabei verspürt die Antragstellerin im Rahmen dieser Normen nicht nur ein rechtlich unzweifelhaft hinzunehmendes mäßiges „schlechtes Gewissen“, sondern ihr werden aktive Handlungen aufgezwungen (sei es das Tragen von Maske oder Visier oder das Vorzeigen eines rein medizinischen Attests), die ihren Mitmenschen und ihr selbst andauernd tiefgreifende, bedrohliche und in diesem Ausmaß der Bedrohlichkeit unzutreffende Spiegelungen über andere, sie selbst und die Realität bedeuten. Dies ist mit ihrer tiefsten inneren Überzeugung und ihrer Identität (die längst verinnerlichten ethischen Aspekte ihrer Ausbildungsinhalte mit gehören dazu) unvereinbar. Der Vergleich mit Vegetariern oder Muslimen, die regelmäßig über einen langen und in der Fortdauer noch unbestimmten

Zeitraum zum Essen von Schweinefleisch gezwungen werden würden (oder zur „Bewerbung“ von Schweinefleisch gegenüber Mitmenschen) zeigt die Unvereinbarkeit dieser aufgenötigten Handlungen mit dem Grundrecht auf Gewissensfreiheit (und mit tangierend der Menschenwürde) sowie welches Gewicht diesem Grundrecht unter Umständen zukommen kann.

Für die Antragstellerin wiegt dieser Eingriff so schwer, dass sie deshalb bereits ihre Arbeitsstelle gekündigt hat und sich sogar mit dem Gedanken trägt, dieses Land vorübergehend zu verlassen.

Als ein informiertes und noch nicht weitgehend passives Mitglied der Gesellschaft ist die Antragstellerin selbstverständlich, wie im letzten Teil des Kapitels II.1.a2. hier dargestellt, von den **massiven sozialen Spannungen**, ja auch der medial bekanntlich vielfach benannten „Spaltung“, direkt betroffen, die sich insbesondere an den Mund-Nasenschutz-Verordnungen festmacht (vgl. eigens vorgebrachte Beispiele über soziale Angriffe, **Anlage 2a, S.8** („Sachverhaltsdarstellung“), sowie Liste von Fremdbeispielen, **Anlage 5**).

Dabei liegt der Kausalzusammenhang zwischen den mit der „Maskenpflicht“ verbundenen Grundrechtseinschränkungen (mit ihren dahinter stehenden betroffenen Menschenrechten und der Europäischen Sozialcharta) und diesem **sozialen Unfrieden** nicht nur durch die vorgebrachten Beispiele auf der Hand, sondern eindeutig auch durch **Art. 1, Abs. 2 GG** selbst: Demnach fungieren die *„unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechte als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“*

Anders ausgedrückt: *Ohne die Achtung dieser Rechte kann eine Gemeinschaft nicht funktionieren.*

Dies zeigt deren gewichtige Bedeutung: Der Frieden in diesem Land, der im Kleinen mit verantwortlich ist für den Frieden in der Welt, ist einem autoritär aufoktroierten „Gesundheitsschutz“ keinesfalls nachgeordnet – sondern im Gegenteil.

Daraus ergibt sich: *Nicht zwingend oder zumindest sehr dringend indizierte, faktisch längerfristig verordnete Grundrechtseingriffe müssen zur Sicherung des Friedens schnellstmöglich wieder zurückgenommen werden.*

Die dargelegten Verletzungen des Vertrauensverhältnisses zu ihrem Arzt (Patientenrechts-Aspekt der Schweigepflicht), das bei Einholung einer Attest-Aktualisierung Offenbaren-Müssen ihrer Gesundheitsdaten gegenüber „Hinz und Kunz“ (gegenüber z. B. jeder Kassen-Aushilfskraft, die womöglich nicht über Verschwiegenheit belehrt worden ist), das mit einer Verbreitung dieser Daten einhergehende Risiko einer (auch berufsbezogenen) Rufschädigung, widerspricht zudem dem Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 GG, Abs. 1 und 3,

denn: *Menschen ohne Attest sind diesen Einbrüchen in ihre Daten- und Privatsphäre sowie dem Risiko einer Rufschädigung dadurch nicht ausgesetzt.*

Gegen Art. 20, Abs. 3 GG (hier: gegen das Willkürverbot) verstößt die erkennbare **Willkür** der angefochtenen Normen:

- Die Erweiterung der Attestanforderungen nach §2 Nr. 2 9. Bayl fSMV (Diagnose- und Grund-Darstellung) ging sprichwörtlich „von einem Tag auf den anderen“, *ohne Übergangsregelung*, sodass AttestinhaberInnen wie die Antragstellerin (...) gar nicht rechtzeitig ein neues Attest besorgen konnten / können, ohne eine Ordnungswidrigkeit mit Strafzahlungen auf dem Hinweg zum Arzt zu begehen.
- Sie sind nicht evidenzbasiert, bei genauerer Betrachtung sogar **entgegen der Evidenz**:

Nahezu sämtliche Studien und anderweitige Quellen, die von der Bayerischen Staatskanzlei in ihrer Stellungnahme (**Anlage 1j**, darin insbes. S. 5-9) auf die o. g. Popularklage der Antragstellerin als stützend für die „Maskenpflicht“ angegeben wurden sowie von der Landesrechtsanwaltschaft Bayern (LAB) in ihrer Stellungnahme im o. g. Verfahren vor dem VGH (**Anlage 2d**, darin S. 4, insbes. S. 5-7, aber auch S. 12-14, S. 17-18) angegeben wurden, wurden von Fachleuten bzw. der Antragstellerin selbst hinsichtlich ihrer Aussagekraft klar bereits in ihren ersten Schriftsätzen bzw. vor allem in ihrer Replik auf diese Stellungnahmen demontiert:

- vgl. insbes. in der am 14.10.2020 verfassten Entgegnung auf die Stellungnahme der LAB S. 10-12, aber auch S.13-22 (**Anlage 2e**; *wobei sich bei den dort auf S. 15 genannten Verweisen auf die RKI-Klage-Schriftsätze bitte am jeweiligen Datum des RKI-Schriftsatzes orientiert werden sollte anstatt an den dort genannten, hier nun nicht doppelt eingereichten Anlagen*);

- vgl. auch in der am 25.10.2020 verfassten Entgegnung auf die Stellungnahme der Staatskanzlei S. 3-5 (**Anlage 1k**);

- vgl. auch Popularklage vom 25.08.2020, S. 10-12 oben (**Anlage 1a**);

- vgl. auch im Eilantrag an den VGH Bayern vom 02.10.2020 S.20-26 (**Anlage 2a**);

- ergänzt werden kann hierzu noch: auch der Leiter der österreichischen AGES (Agentur für Gesundheit) sagt, dass weder Maskenpflicht noch ihre Aufhebung messbare Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen in Österreich gehabt haben.

<https://www.youtube.com/watch?v=qjsAy6cEGTk>.

So bleibt von den von der Gegenseite als stützend für die „Maskenpflicht“ angeführten Quellen, bei genauer Betrachtung, quasi „nichts mehr übrig“.

Diese Tatsache scheint aber nicht im Geringsten berücksichtigt worden zu sein vom VGH in seinem Beschluss.

- Dabei existieren mittlerweile mehr als 40 (!) aussagekräftige Studien, die keinen oder nahezu keinen positiven Effekt von öffentlichen Maskentragen (auf die Infektionszahlen) belegen (vgl. Auflistung als **Anlage 9**).
- Abgesehen vom Anführen von Studien, die zur jeweiligen persönlichen Meinung passen, gibt es noch weitere, **aus der Situation selbst klar entstandene wissenschaftliche Evidenz**:
 - Die Ergebnisse des im Frühjahr unweigerlich gelaufenen „Feldexperiments“ mit normalen bzw. um den Lockdown herum sogar „Hamster“-Einkäufen“ ohne Masken sowie die Ergebnisse des bis vor Kurzem gelaufenen unweigerlichen weiteren „Feldexperiments“ der wiederkehrenden, vielfachen Massendemonstrationen ohne Masken (dargelegt in der Entgegnung vom 14.10.2020 auf die Stellungnahme der LAB, S. 2-9 in **Anlage 2e**);
 - die Tatsache, dass trotz überaus breit angelegter „Maskenpflicht“ in der Öffentlichkeit sich die Infektionszahlen *nicht* positiv entwickeln; selbst wenn man dennoch die Hypothese aufrecht erhalten könnte, dass sie sich ohne diese Pflicht noch schlechter entwickeln würden, spricht gegen deren Gültigkeit die bekanntlich und auch lt. RKI überdurchschnittlich schlechte Infektionszahlen-Entwicklung in Bayern, wo bereits am frühesten und breitesten diese Pflicht galt: *Einen bedeutsam positiven Einfluss kann sie demnach kaum haben.*
- Zur RKI-Kontakt-Tracing-App, die nur Kontakte ab 15 Minuten Dauer unterhalb von 1,5m aufzeichnet und hinsichtlich der in der Handreichung für Ärzte zusätzlich die Bedingung „mit zugewandten Gesichtern“ benannt wird (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Handreichung-Arzt.html), stehen die Mund-Nasen-Schutz-Verordnungen in einem klaren Widerspruch: Beim Lebensmittelkauf, insbesondere unter freiem Himmel, wird eine derartige Exposition in aller Regel eindeutig nicht erreicht.
- Eine Verordnung kann zudem niemals wissenschaftlich fundiert sein, wenn – wie im vorliegenden Fall - von vornherein **kategorisch viele stark kritische Experten vom (verhinderten) Diskurs systematisch ausgeschlossen** werden. Dann herrscht statt Wissenschaft einseitige Propaganda – also Willkürbehauptung. (Experten, die dies betrifft, sind z. B.: der nach seiner Kritik strafversetzte Epidemiologe und frühere bayerische Gesundheitsamtsleiter Friedrich Pürner (<https://www.merkur.de/bayern/corona-bayern-soeder-kritik-puerner-friedrich-gesundheitsamt-strategie-straefe-maske-zr-13922061.html>), der Arzt und Initiator der bedeutsamen Untersuchungen zur „Schweinegrippe“ 2009/10 und zur Rolle der Impfstoffhersteller und der WHO seitens des Europarates, Dr. Wolfgang Wodarg

(<https://www.wodarg.com>), der sich seit jeher in den hier betreffenden Angelegenheiten um politisches Gehör bemühen. Professor im Ruhestand Sucharit Bhakdi (Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, der 22 Jahre lang Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Universität Mainz war und Bundeskanzlerin Merkel im April 2020 einen offenen Brief schrieb, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/188/1918844.pdf>) sowie die medizinische Initiative „Ärzte für Aufklärung“ (<https://www.aerzte-fuer-aufklaerung.de>).

- Vor allem aber haben die Länder – wie Deutschland - mit der höchsten Lebenserwartung und demographischem Wandel, zunehmenden Zivilisations-Vorerkrankungen, Pflegenotstand und Investitionsproblemen im (zunehmend privatisierten) Gesundheitssektor bekanntermaßen **eine grundlegende**, bei jeder mehr als durchschnittlich verlaufenden Infektions-/Grippewelle sich klar zeigende und politisch bislang ungelöste **Überlastungsproblematik des Gesundheitssystems** – dies vornehmlich oder gar (nahezu) ausschließlich SARS-COV-2 (und in vielleicht 2 Jahren dem nächsten Erreger) zuzuschreiben, ist **irreführend, ethisch höchst problematisch** und lenkt von der eigentlich dringendst notwendigen Lösungsfindung ab.

(Gibt man in Google einmal die Begriffe „Grippewelle“, „Klinik“ und „Limit“ ein, erhält man zahlreiche, zur aktuellen Lage inhaltsgleiche oder zumindest sehr ähnliche Ergebnisse für sehr viele der letzten Jahre. Die Ärztezeitung titelte am 08.01.2019 „Neue Zahlen der Bundesagentur – Rund 40.000 Pflegestellen unbesetzt“: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/RUnd-40000-Pflegestellen-unbesetzt-252108.html> . Dass die immensen Privatisierungen von Kliniken stark mit zum Negativen veränderter Personalpolitik einhergehen, auf Kosten von Angestellten und PatientInnen, uvm. vgl. <https://www.labournet.de/category/branchen/dienstleistungen/gesund/gesund-privatisierung-allgemein/> ; vgl. auch die Quellen des nächsten Absatzes).

- **Auch die Intensivstationen waren schon vor der Corona-Krise überlastet.** (In einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 2019 mit dem Titel „Intensivmedizin: Versorgung der Bevölkerung in Gefahr“ heißt es: „Schon heute sind in zahlreichen Krankenhäusern Intensivbetten gesperrt, weil es zu wenig Pflegekräfte gibt. Eine Umfrage unter Intensivpflegenden zeigt nun, dass sich die Situation in den nächsten Jahren weiter zuspitzen wird. (...) Der Mangel an Pflegepersonal in der Intensivmedizin nimmt immer deutlichere Ausmaße an. Bereits jetzt kommt es in Spitzenzeiten wie der Grippewelle 2017/2018 zu Einschränkungen in der

Notfallversorgung der Bevölkerung. Doch auch der Normalbetrieb ist in vielen Intensivstationen angesichts des Personalmangels häufig nicht mehr aufrecht zu erhalten, sodass vielfach Intensivbetten gesperrt werden müssen“, Dtsch Ärztebl 2019; 116 (10): A 462-6; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr> . Anderswo heißt es: „Die Zahl der Intensivbetten ist schon vor Corona angestiegen. 1991 gab es nach dem Statistischen Bundesamt 20.200 Intensivbetten, 2018 bereits 27.500. Das sind 36 Prozent mehr. Nicht erfährt man hier, aus welchem Grund der Ausbau erfolgte, der aber zur Folge hatte, dass das Pflegepersonal [dafür; D. P.] knapp wurde. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2018 waren deswegen durchschnittlich auf jeder Intensivstation 1-2 Betten gesperrt, 2019 wurden in 37 Prozent der Krankenhäuser wegen Personalmangel Intensivbetten geschlossen“, <https://www.heise.de/tp/features/Krankenhaeuser-Zahl-der-Intensivbetten-ist-schon-vor-Corona-angestiegen-aber-das-Personal-ist-knapp-4924053.html>).

- Dass kaum jemand ohne eine, zumeist mehrere **Vorerkrankungen** an COVID-19 stirbt, wie der Rechtsmediziner Prof. Dr. Püschel zeigen konnte (<https://www.forschung-und-lehre.de/forschung/alle-obduzierten-corona-toten-hatten-vorerkrankungen-2714/> ; <https://www.swr.de/swr1/bw/swr1leute/klaus-pueschel-102.html>), und dass hier **prinzipiell keine über den Bereich von Grippewellen hinaus erhöhte Sterblichkeit** besteht, sondern eine solche sehr leichte Erhöhung in Ländern wie Deutschland **auf besonders alte Bevölkerungsanteile zurückzuführen** ist mit ihrer für derartige Einflüsse generell erhöhten Vulnerabilität, wie aus der Meta-Studie des weltbekannten Professors Prof. Ioannidis hervorgeht (https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf ; <https://www.merkur.de/welt/who-corona-studie-tote-uebersterblichkeit-infektion-pandemie-zr-90073439.html>), belegen dieses Grundproblem sowie die von wegführende, irreführende Kausalverschiebung auf SARS-COV-2.
- Laut RKI-Situationsbericht vom 08.12.2020 (dort S. 8 Mitte) waren hinsichtlich Covid-19 „von allen Todesfällen (...) 16.851 (87%) Personen 70 Jahre und älter, der **Altersmedian lag bei 83 Jahren.**“ (Bericht verfügbar zum Download unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html .) (Zwar wird angefügt, der Anteil an übermittelten Covid-19-Fällen habe in dieser hohen Altersgruppe dabei nur 13% betragen (was die besondere Sterblichkeit in dieser Altersgruppe unterstreicht); aber bekanntlich ist dieser Bevölkerungsanteil überhaupt an der Gesamtbevölkerung in Deutschland auch relativ gering, was diese implizite Überbetonung wiederum etwas relativiert.) Angesichts der Tatsache, dass **das Medianalter der Gestorbenen in Deutschland**

heute allgemein laut offizieller Statistik des Bundes bei knapp 82 Jahren für Männer und knapp 85 Jahren für Frauen liegt (<https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S30-Medianalter-Gestorbene-ab-1952.html>), ist hier, nach diesen „harten Fakten“, kein deutlich verfrühtes Versterben durch das Virus erkennbar. (Eine Studie, die also von über 10 Jahren verfrühtem Versterben durch dieses Virus ausgeht (Hanlon P, Chadwick, F, Shah A et. al, 2020: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15849.1>, obwohl vor dem Peer-Review, schon über die Tagesschau am 08.05.2020 verbreitet: <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/corona-lebenserwartung-101.html>), steht im klaren Widerspruch zu diesen harten Fakten und kann in ihren Rechenmodell-basierten Aussagen in der Realität nicht haltbar sein. Dies urteilt auch die Ärztezeitung, wenngleich mit anderen Begründungen (<https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/Wie-viele-Lebensjahre-kostet-uns-das-Coronavirus-409432.html>).

- Ferner bestehen erwiesenermaßen im Hintergrund der SARS-COV-2-Dynamik, nämlich der Regierungsberatung bzgl. Impfprogrammen und zugleich eigener enormer Kapitalsteigerung, starke Interessenskonflikte von Hauptakteuren (vgl. z. B. große Pharmafirmen sind Mitglied der Impfallianz GAVI und nehmen so direkten Einfluss auf deren Arbeit: <https://www.tagesschau.de/ausland/impfallianz-gavi-103.html> oder vgl. z. B. die Aussage des Investors in GAVI, Bill Gates: „In fact, they are probably the best investments our foundation has ever made“: <https://www.cnbc.com/2019/01/17/bill-gates-says-this-is-the-best-investment-he-has-ever-made.html>, der zugleich ohne Fachexpertise seit vielen Jahren insbesondere auch über Deutschland beratenden Einfluss auf die „weltweite Gesundheitsversorgung“ ausübt (hier 2014): <https://www.weser-kurier.de/deutschland-welt/deutschland-welt-fotos-galerie,-Angela-Merkel-empfaengt-Bill-Gates-im-Kanzleramt-mediagalid,31652.html> und der, auch als Mitgründer von CEPI, psychologisch ins Größenwahnsinnige hineinreichende Aussagen über eine COVID-19-Impfung macht: „Humankind has never had a more urgent task than creating broad immunity for coronavirus“, <https://www.gatesnotes.com/Health/What-you-need-to-know-about-the-COVID-19-vaccine>. Vgl. z. B. auch die Tatsache, dass sich im Pandemiegesehen eine bedeutsame Rolle spielende globale Organisationen über die Gründung von schein-unabhängigen Unter-Organisationen letztlich selbst die Berichte schreiben, die Staaten die Erhöhung ihrer Finanzierungen in diesem Bereich empfehlen: <https://gloria.tv/post/v3HqgEZ7QNw31MmAob2gmVEve>, dort

insbesondere verbleibende Minute 24:07 bis verbleibende Minute 23:25, also Minute minus 24:07 bis Minute minus 23:25).

Wie in diesen Absätzen dargestellt, spielen damit **sachfremde Erwägungen** in das Regierungshandeln rund um das SARS-COV-2-Geschehen hinein – und damit Willkür-Aspekte.

Dieser Willküraspekt wird erschwert durch die Tatsache, dass auch bzw. sogar **die Basis der hier beanstandeten Verordnungspunkte**, die täglich von RKI und Medien berichteten „**Infektionszahlen**“ / „**Fallzahlen**“ bei genauer Betrachtung zu einem großen Teil einer sachlichen Grundlage entbehren und in diesem Sinne **willkürlich** sind: **PCR-Tests, vor allem aber auch die hierzulande übliche PCR-Test-Praxis und Praxis der Datenübermittlung, können eindeutig keine SARS-COV-2-Infektionen im Sinne des §2 Infektionsschutzgesetz** („Begriffsbestimmungen“, darin: der Erreger muss nicht nur aufgenommen worden sein, sondern sich auch im Körper entwickelt bzw. vermehrt haben) **nachweisen** in Abgrenzung zu vor vielen Wochen bis Monaten durchgestandenen SARS-COV-2-Infektionen, harmlosen Virusfragmenten und z. T. anderen Corona-Erkältungsviren. **Wenn diese „Infektionszahlen“ nicht stimmen, können auch keine „Inzidenzen“ stimmen, wie sie in §28a, Abs. 3, darin auch insbes. dem letzten Satz, gefordert sind – als Grundlage der Maßnahmen.**

Quellen zu diesem zentral bedeutsamen Absatz:

- **!!! Dass der PCR-Test keine Infektiösität nachweisen kann, wurde vom OVG NRW am 25.11.2020 bestätigt !!!** (Verfahren von Rechtsanwältin Jessica Hamed, [https://www.ckb-anwaelte.de/download/OVG NRW Beschluss vom 25.11.2020.pdf](https://www.ckb-anwaelte.de/download/OVG_NRW_Beschluss_vom_25.11.2020.pdf))
- **Die Klageschriftsätze der Antragstellerin gegen das RKI (Anlagen 3a bis 3j)**, vor allem:
- **Ergänzende Beschwerdebegründung vom 07.11.2020, diese 10 Seiten ganz** (aktuell relevanteste Aspekte, **Anlage 3g**);
- **Die Anhörungsrüge vom 24.11., S. 5 Mitte bis S. 11 Mitte (Anlage 3i**; sich perpetuierender Teufelskreis der Verantwortungsdelegation für die RKI-Daten als Grundlage für die Verordnungen / Prozessökonomie, aktuell zunehmendes Schadensausmaß durch auf den RKI-Zahlen fußenden hochproblematischen „Schwellenwerten“, falsche Verwendung des Begriffes „Inzidenz“)
- **Antragsschriftsatz vom 30.08.2020, S.16-19 (Anlage 3a**, Positivenquote, falsch-positive Ergebnisse, Auswirkung von Testzahlerhöhungen, Strategiepapier des Bundesinnenministeriums)
- **Entgegnungs-Schriftsatz vom 06.09.2020** auf die Stellungnahme des RKI, **Anlage 3c S.7 Mitte bis S.19 oben, insbesondere S.16 bis 19 oben** (CT-Werte, Problem der Fokussierung absoluter Fall-/Infiziertenzahlen, Auswirkungen von Testanzahlerhöhungen)

- **Beschwerdebegründung vom 01.10.20** (versehentlich datiert auf 01.01.20), **Anlage 3e S.39 Mitte bis S.40 Mitte, S. 58 Mitte bis S. 61 Mitte, S.70 unten bis S.81 unten, S.82 Mitte bis S.89 Mitte** (falsch-positive Tests bei Testzahlerhöhung, CT-Wert, Positivenquote, Prävalenz, Begriffsverwischung „COVID-19-Fälle“, PCR-Test-Ergebnis zeigt nur den bloßen Kontakt einer Person mit dem Erreger in der Vergangenheit)

- **Die Stellungnahme von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe vor dem Deutschen Bundestag am 28.10.2020**, darin z. B. „Die derzeitig verwendeten Testverfahren lassen keine sinnvolle Aussage zur Infektiosität zu und können daher daraus abgeleitete Maßnahmen nicht begründen. Als Mindesforderung ist die Einbeziehung des CT-Wertes zu fordern.“ (S.5 darin); auch z. B.: „Mit den Testergebnissen lässt sich kein aussagekräftiger Grenzwert darstellen, und es ist daher nicht möglich, politische Entscheidungen hiermit zu begründen.“ (auch S. 5 darin); auch z. B. „Bei der Entwicklung einer Teststrategie muss der Schutz und die Wahrung von Würde und Humanität eine entscheidende Rolle spielen. Hierzu ist jedoch ein grundlegender Wandel im konzeptionellen Verständnis der SARS-2-Epidemie notwendig, der das bisherige Grundverständnis (so wie von der Bundesregierung vertreten) deutlich erweitert. In den bisherigen politischen Vorgaben nimmt eine auf Kontrolle ausgerichtete, auf Bedrohungsszenarien beruhende Vorgehensweise den größten Raum ein, der dringend notwendige Schutz vulnerabler Gruppen wird nicht in den Mittelpunkt gestellt.“ (S. 6 darin).

(https://www.bundestag.de/resource/blob/801784/787fe252606b0cff7d8c75b007269bfc/19_14_0233-6_ESV-Matthias-Schrappe_Cov19-Teststrategie-data.pdf)

- Die „**Mindestanforderung**“ **der verpflichtenden Einbeziehung des CT-Wertes** in die PCR-Testergebnis-Übermittlung an die Gesundheitsbehörden wurde nun **vom Staat Florida** offiziell **umgesetzt** (<https://www.flhealthsource.gov/files/Laboratory-Reporting-CT-Values-12032020.pdf>)

- **Der von Wissenschaftlern jüngst „demontierte Drosten Test“**, in dessen Protokoll zehn z. T. folgenschwere Fehler gefunden wurden: (Originaldokument vom 27.11.2020 unter: <https://cormandrostenreview.com> ; eine deutsche Zusammenfassung vom 1.12.2020 davon hier: <https://laufpass.com/wissenschaft/wissenschaftler-demontieren-drosten-test/>)

- Der in diesem Zusammenhang aktuell mehrere Prozesse führende bzw. beginnende **Rechtsanwalt Dr. Reiner Füllmich**, der den „Corona Ausschuss“ mit leitet, dort zahlreiche Experten und relevante Zeugen gehört hat und vor diesen soliden Hintergründen in einem Interview mit der Fuldaer Zeitung am 08.12.2020 auf den Satz des Interviewers „Noch einmal: Das RKI sagt, der PCR-Test sei höchst präzise, wenn er richtig gemacht wird“ z. B. sagt: „Ja, warum macht man die Tests dann nicht richtig? Warum macht Drosten dann, wider besseres Wissen, 45 Zyklen? Warum wird, wider besseres Wissen, meist nur eine Gensequenz untersucht – und nicht sechs, wie es die Chinesen vorgeschlagen haben?“

Deren Methode ist viel präziser, aber es ist offenbar das Ziel in der westlichen Welt, möglichst viele positive, aber eben falsch positive Fälle zu produzieren. Bei dieser Pandemie handelt es sich um eine Test-Pandemie.“

Und hinsichtlich der „vielen Covid-Toten“ in den USA weist er treffend darauf hin, dass es sich dabei um kein monokausales Geschehen handelt, sondern folgende Faktoren eine Rolle spielen: Missstände im Gesundheitssystem, besonders alte Bevölkerungen, Fehlbehandlungen wie die Gabe von Hydroxychloroquin bei farbigen Menschen mit häufig Favismus, Probleme mit Krankenhauskeimen, produzierte Schreckensbilder aus New York trotz der Tatsache alljährlich zur Grippesaison dort stark überlasteter Krankenhäuser, die als „War Zone“ bekannt sind.

<https://www.fuldaerzeitung.de/panorama/corona-luege-reiner-fuellmich-christian-drosten-lothar-wieler-anwalt-virologe-goettingen-pcr-test-rki-90096522.html>

Den Inzidenzen fehlt zudem jegliche Normierung / Relativierung auf Testzahlen: Wird mehr getestet, erhält man automatisch mehr positiv Getestete (durch Abbau des Dunkelfeldes, nach dessen Abbau bei (saisonal) niedriger Prävalenz durch falsch Positive, die dann bedeutsam werden); damit sind **diese Inzidenzen** bzw. das Erreichen der „Schwellenwerte“ des §28a, Abs.3 **eindeutig willkürlich**. Sie **widersprechen dem „Vorhersehbarkeitsprinzip“** für den Bürger / die Bürgerin, **dem Bestimmtheitsgrundsatz**. ***Damit widerspricht auch die darauf basierende Maskenverordnung dem Bestimmtheitsgrundsatz.***

Wenn die Antragstellerin mit diesem Wissen sowie mit dem Wissen um die enorme Schadensseite der Masken-Verordnung in unserer freiheitlichen Gesellschaft als Leiterin der dies fokussierten Studie aufgrund der massiven sozialen Spannungen genötigt ist, trotz Attest eine Maske zu tragen, oder wenn sie trotz Attest von einem Supermarkt zum Visier-Tragen genötigt wird, und mit dieser Art „Kleidungsstück“ diese für sie unhaltbare Situation dann mit aufrecht erhalten muss, entgegen ihrer tiefsten inneren Überzeugung, verstößt dies nicht nur gegen Art. 4, Abs.1 GG (Gewissensfreiheit), sondern auch gegen Art. 2, Abs. 1 GG (das allgemeine Persönlichkeitsrecht bzw. die allgemeine Handlungsfreiheit).

Zusammenfassend lässt sich aber vor allem sagen:

Das politische Handeln entgegen der Evidenz, die deutliche Willkürbehaftung und das - entgegen seiner aktuell offiziellen Zuschreibung - grundlegend *nicht* SARS-COV-2-spezifische, sondern basale ungelöste Überlastungsproblem des Gesundheitssystems in unserer Gesellschaft mit einer der höchsten Lebenserwartungen der Welt, demographischen Wandel, zunehmenden Zivilisations-Vorerkrankungen, Pflegenotstand und

Investitionsproblemen im (zunehmend privatisierten) Kliniksektor **bilden keinen legitimen Zweck / Grund / Hintergrund. Die Maskenverordnung**, speziell im Bereich Lebensmittelversorgung, erst recht unter freiem Himmel (Märkte), **erfüllt keinen fundierten legitimen Zweck.**

Zumal laut dem Deutschen Ethikrat im Zusammenhang mit COVID-19 „ein allgemeines Lebensrisiko von jedermann zu akzeptieren“ ist (vgl. Ad-hoc-Stellungnahme dieses Rates vom 27.03.2020: „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“, <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>) und sich hier für doch sehr besorgt die Frage stellt: Befinden wir uns noch diesseits oder schon jenseits dieser ethischen Grenze?

Mit dem Durchschreiten der Grenze würde ohne Zweifel ein Tabubruch geschehen: Die Ersetzung des allgemeinen Lebensrisikos durch ein Unsterblichkeitsideal und damit ein „von Oben“ vollzogener **Wandel unseres Menschenbildes**: weg von einem primär sozioemotionalen und **hin zu einem „virozentrischen“** Bild, einem Wesen, das letztlich gar nicht mehr von seinem Immunsystem, sondern von der Impf- und Pharmaindustrie abhängig ist – **unter Disposition seiner damit in ihrem Wesensgehalt angetasteten Grundrechte.** Mit ihnen wird der – so prinzipiell „unfreie“ - Mensch dann erpressbar – **welch ein Graus**, auch für die Väter unserer Verfassung.

Diese epochale Zäsur würde einen **Präzedenz- und potenziellen Gewohnheitsfall schaffen für jede etwas überdurchschnittlich verlaufende Grippewelle** (in der sogar eher kleine Kinder sterben als an diesem Virus hier) und jedes andere neuere Virus, die/das das Gesundheitssystem unter dem demographischen Wandel ähnlich belastet

Und sie tut es bereits. Wollen wir das?

Diese Tragweite ist unermesslich...

Außerdem ist zusammenfassend unzweifelhaft festzustellen:

Durch falsche Zahlen kann sich keine „richtige“ Verordnung begründen.

Deshalb appelliert die Antragstellerin hiermit auch an die/den RichterIn, die hier hoch berechtigterweise massiv in Frage stehenden **RKI-Daten / Lagebeurteilungen selbst kritisch zu prüfen** (was mit Hilfe der mit eingereichten Klage-Schriftsätze gegen das RKI gut möglich ist) – **auf ein solches Vorgehen weist auch das Verwaltungsgericht Berlin in seinem Beschluss am 10.09.2020 (Anlage 3d) hin**, auf das diesseitige Aufzeigen einer durch gerichtliche kritiklose Übernahme der RKI-Daten entstehende Rechtsschutzlücke (darin S. 5, bei Seitenzählung durch obig-mittige Ziffern) :

„Die Gerichte sind an dessen [RKI; D.P.] Erkenntnisse und Bewertungen bereits nicht gebunden. (...) Vorbehalte gegen die Erkenntnisse und Bewertungen des Robert-Koch-Instituts sind ggf. in dem jeweiligen konkreten Verfahren geltend zu machen.“

II.2.c Ergänzender Vortrag zur weiteren Sachlage / weiteren Begründung

Dass die Pflicht zum Tragen einer Maske in den hier angegriffenen Verordnungen / Verordnungsbereichen problemlos durch **Freiwilligkeit als milderes Mittel** ersetzt werden kann, zeigt nicht nur die laut COSMO-Studie (Stand Dezember 2020, <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/40-masketragen/>) : 92% halten Maskentragen in der Öffentlichkeit für eine wirksame Schutzmaßnahme, 94% geben an, dort Masken zu tragen), sondern auch – offiziell unbemerkt und von den Autoren wohl auch unbeabsichtigt – eine Studie mit einem eigentlich anderem Fokus (Maskenwirksamkeit in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren: Howard et. al., 2020, <https://www.preprints.org/manuscript/202004.0203/v1>), aus der diese vielsagende Grafik hier einmal herausgegriffen wird (ohne Grafik-Einfügung benannt wurde sie schon im Erwidierungsschriftsatz der Antragstellerin vom 25.10.2020 an den Verfassungsgerichtshof auf die Stellungnahme der Bayer. Staatskanzlei, S. 3, da letztere diese Studie – ohne *diesen* Aspekt mit zu benennen - für Ihre Argumentation auch einseitig anführte):

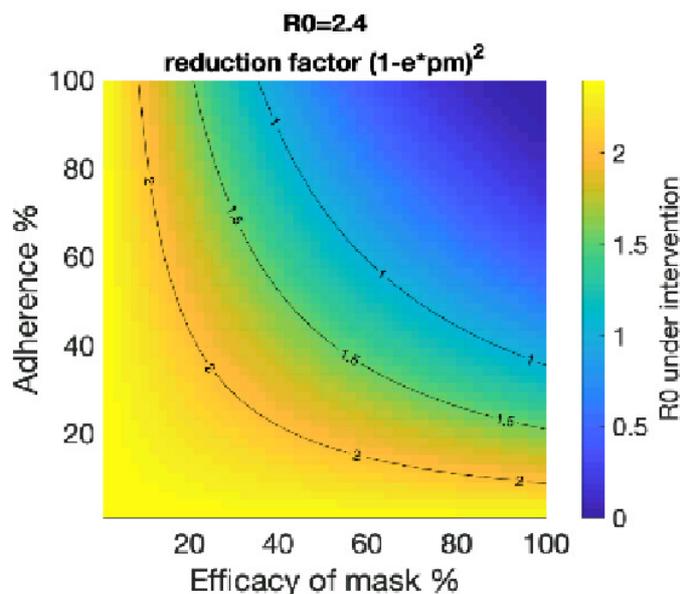


Fig. 1. Impact of public mask wearing under the full range of mask adherence and efficacy scenarios. The color indicates the resulting reproduction number R_0 from an initial R_0 of 2.4 (7).

(Quelle der „Fig. 1“: siehe vorgenannte Studienquelle, darin S.6)

Es zeigt sich hier klar: Bei einer Maskenträger-Quote (hier: „adherence“) ab ca. 75%, auf jeden Fall 80% (entspricht der o. g. Freiwilligenquote) in der Gesamtbevölkerung sind so gut wie keine Effekteinbußen im Vergleich zu einer Quote von 100% Maskenträgern vorhanden, bzw. **bei 100% Maskenträgern keine erkennbare Effekterhöhung im Vergleich zu ca. 80% Maskenträgern!**

(Dieses Argument wird angeführt, falls die Richterin / der Richter trotz der hier massenhaft angeführten Studien, die keine bzw. kaum eine Wirksamkeit von Masken in der Öffentlichkeit belegen, und der anderen Evidenz-Darlegungen weiter am Postulat einer bedeutsamen Wirksamkeit festhalten möchte.)

(Die nun folgenden weiteren, vertiefenden Ausführungen wurden bereits von meiner in der RKI-Angelegenheit beauftragten Rechtsanwältin Frau Jessica Hamed in einem anderen Verfahren in Bayern schriftlich vorgetragen und werden hier mit ihrer freundlichen Genehmigung aus ihrem veröffentlichten Schriftsatz (https://www.ckb-anwaelte.de/download/2020000338JHJH1026-BayerischerVerwaltungsgerichtshof_1.pdf) stellenweise leicht verändert übernommen.)

Das eben genannte Argument passt dazu, dass der Präsident des RKI am 28. April 2020 in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt vom ‚geringen Mehrwert‘ von Masken gesprochen hat, der zudem auch nur dann zum Tragen komme, wenn sie ‚korrekt‘ benutzt würden.

(<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112349/Masken-Geringer-Mehrwert-laut-RKI-nur-bei-richtigem-Umgang>)

Kurz danach, in dem bzw. seit dem Epid Bull 19 / 2020 vom 07.05.2020, empfiehlt das RKI ‚ein generelles Tragen einer MNB in bestimmten Situation im öffentlichen Raum als einen Baustein neben anderen Maßnahmen, um Risikogruppen zu schützen und den Infektionsdruck und damit die Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in der Bevölkerung zu reduzieren; diese Empfehlung beruhe auf einer Neubewertung aufgrund der zunehmenden Evidenz, dass ein hoher Anteil von Übertragungen unbemerkt erfolgt, und zwar bereits vor dem Auftreten von Krankheitssymptomen‘. (Epid Bull 2020; 19: 3-5; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/epid_bull_form.html)

Hätte das RKI die Beurteilung ‚geringer Mehrwert‘ bereits in diesen Beitrag geschrieben, wäre die Verhängung der Maskenpflicht mutmaßlich nicht möglich gewesen bzw. nicht erfolgt!

Wie bereits im Schriftsatz an den VGH dargelegt: Der RKI-Beitrag im Epid Bull 19 / 2020 wurde in einem Artikel in einer Fachzeitschrift aus dem Bereich der Krankenhaushygiene daraufhin analysiert, ob die vom RKI herangezogenen Publikationen diese ‚Neubewertung‘ des RKI bestätigen mit dem Ergebnis, dass das RKI dafür keine wissenschaftliche Evidenz vorlegen konnte, sondern lediglich behauptet hat, dass die MNB zusammen mit anderen Maßnahmen, wie Abstandhalten, also in einem Maßnahmenpaket, den gewünschten Effekt habe.

Krankenhaushygiene up2date (KHHu2d) 2020; 15: 279, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1174-6591>)

In einem Ende September aufgenommenen Audio-Podcast wurde von der Autorin dieses Artikels, Prof. Dr. Ines Kappstein, in KHHu2d die Thematik nochmals und ausführlicher dargestellt und durch weitere Publikationen ergänzt, die sämtlich keine Wirkung von MNB zeigten.

<https://www.youtube.com/watch?v=zQIHP2fmmns>

Das Zusammenwirken einzelner Maßnahmen (Maßnahmenpaket oder sog. Bündelmaßnahmen) kann zudem nicht einfach behauptet werden, sondern dieses Zusammenwirken muss ebenso wie zuvor die Wirksamkeit der Einzelmaßnahmen wissenschaftlich belegt werden, wird aber in dem RKI-Beitrag nur postuliert.

Das RKI spricht in Epid Bull 19 / 2020 davon, dass ein „hoher Anteil von Übertragungen unbemerkt“ erfolge, verweist dafür aber im Text dieses Beitrags nicht auf eine Quelle. In der Literaturliste zu dem Beitrag finden sich jedoch zwei Publikationen, auf die sich das RKI bei seiner Aussage vermutlich bezogen hat (und im Text wurden vielleicht nur die Literaturverweise dazu vergessen).

Es handelt sich zum einen um eine mathematische Schätzung, wonach die präsymptomatische Übertragung sehr hoch, nämlich zwischen 48% und 77%, gelegen haben soll. (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.17.2000257>)

Dem Ergebnis der zweiten Publikation liegt ebenfalls eine mathematische Schätzung mit einer hohen präsymptomatischen Übertragungsrate von 79% zugrunde.

(<https://doi.org/10.1126/science.abb3221>)

Auf den Internetseiten des RKI heißt es in der Rubrik ‚Häufig gestellte Fragen (FAQ) > Infektionsschutzmaßnahmen > Was ist beim Tragen einer MNB in der Öffentlichkeit zu beachten?‘ vom 15. Juli 2020 und 21. August 2020 dann nicht mehr ‚hoher Anteil‘, sondern

nur noch ‚gewisser Anteil‘, um schließlich in den FAQ seit dem 7. September (und zuletzt in der Fassung vom 20. Oktober bis jetzt in der Fassung vom 9. November 2020) von einem ‚relevanten Anteil‘ zu sprechen. Literaturangaben sind dort nicht vorhanden und sind bei den FAQ i.d.R. auch nicht üblich.

Eine Literaturangabe dazu macht das RKI aber im Epid Bull 39 / 2020 (online vorab am 23.09.). In diesem Beitrag geht es um die „Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19“. Dort heißt es auf S. 5 (unten links): „Beispielsweise demonstrierten He et al., dass präsymptomatische Übertragungen für einen Großteil (44%) von SARS-CoV-2-Übertragungen verantwortlich sind, ...“.

In der Publikation von He et al. wird eine mathematische Schätzung vorgenommen beruhend auf Annahmen, wie sich die Viruslast im respiratorischen Sekret vor Auftreten von Symptomen verteilen könnte.

(Nature Medicine 2020; 26: 672–675; <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>)

Zu diesem Artikel wurde am 17. August (also 5 ½ Wochen vor der online-Publikation des RKI im Epid Bull 39 / 2020) in derselben Zeitschrift unter der Rubrik ‚Matters arising‘ eine kritische Stellungnahme von Slifka MK und Lao L veröffentlicht unter dem Titel ‚Is presymptomatic spread a major contributor to COVID-19 transmission?‘

(<https://doi.org/10.1038/s41591-020-1046-6>)

Darin führen diese Autor*innen Folgendes aus:

„In terms of larger COVID-19 studies that calculated the proportion of presymptomatic versus post-symptomatic spread, a study examining 468 COVID-19 cases in China found that 12.6% of transmission occurred prior to symptom onset [12]. Likewise, contact tracing studies of 157 locally acquired cases in Singapore identified 10 cases of presymptomatic COVID-19 transmission, but this only accounted for 6.4% of transmission events [13]. Although many factors are involved with transmission efficiency, it appears that asymptomatic / presymptomatic transmission measured by direct contact tracing studies [7 – 9, 12, 13] is lower than that predicted by COVID-19 transmission models [1, 6].“

(Die Ziffern in [] entsprechen den Literaturangaben in dem zitierten Artikel von Slifka und Lao).

Daraus folgt: Bei der Auswertung realer Kontakt-Szenarien fanden sich deutlich geringere Raten präsymptomatischer Übertragungen, wie 12,6% (China; im Juni publiziert) oder 6,4% (Singapur; im April publiziert). Eine abschließende Beurteilung ist derzeit noch nicht möglich, aber bei der mathematischen Schätzung (mit unbekanntem Erregerkonzentrationen im Nasenrachenraum vor Auftreten der ersten Symptome) von 44% (He et al.) handelt es sich

um ein theoretisches Ergebnis, das vermutlich viel zu hoch liegt. Außerdem gibt es nicht mehr als die Annahme, dass bei höheren Erregerkonzentrationen im respiratorischen Sekret daraus auch eine höhere Infektiosität resultiert.

Das klingt zwar plausibel, aber entscheidender für derartige potentielle Erregerkontakte und damit für die Infektiosität sind die realen Szenarien, unter denen es zu einem Kontakt zwischen infizierten und nicht-infizierten Personen kommt.

Reale Kontakt-Szenarien aus Kontakt-Tracing-Untersuchungen auszuwerten, ist jedenfalls mühsamer und langwieriger, als einem Computerprogramm Zahlen einzugeben und verschiedene Szenarien berechnen zu lassen. Es kommt bei der Klärung dieser Frage aber gerade darauf an, reale Szenarien auszuwerten, denn dabei wird erst deutlich, um welche Art von Kontakten es sich in der Realität gehandelt hat.

So wurde in der Studie aus Singapur ermittelt, dass bei 7 Kontaktauswertungen 3 x (Ehe-)Paare und 1 x ein Mitglied aus einer Wohngemeinschaft von einer präsymptomatischen Erregerübertragung betroffen waren, also Situationen mit engen Dauer-Kontakten, bei den Paaren sogar mit Schleimhautkontakt.

(Wei WE et al.: MMWR 2020; 69: 411-415).

In solchen Lebenssituationen ist mit präsymptomatischen Übertragungen zu rechnen, aber nicht bei den üblichen Kontakten im öffentlichen Raum zwischen Menschen, die sich nicht (so) nahekommen und höchstens kurz aneinander vorübergehen oder hintereinanderstehen.

Das RKI berücksichtigt bzw. zitiert in seinem Beitrag im Epid Bull 39 / 2020 weder den kritischen Artikel von Slifka und Lao, der dafür Mitte August 2020 lange genug vor der online-vorab-Publikation des RKI erschien, noch geht es auf die sogar noch früher publizierten Untersuchungen aus China

(publiziert im Juni; <https://doi.org/10.3201/eid2606.200357>) und / oder aus Singapur (publiziert am 1. April; Wei WE et al.: MMWR 2020; 69: 411-415) ein, die in dem kritischen Beitrag zitiert werden.

Hieraus wird erkennbar, dass das RKI sich in seinem Beitrag aus dem Epid Bull 39 / 2020 nicht an die wissenschaftliche Grundregel hält, alle zur Verfügung stehenden Daten aus wissenschaftlichen Untersuchungen in seine Überlegungen einzubeziehen.

Stattdessen beruft es sich lediglich auf die einzige Untersuchung, die aus einer Modellrechnung theoretisch ermittelte und sehr hohe Rate präsymptomatischer Übertragungen erzielt hat.

Die aus realen Szenarien bei der Nachverfolgung von Kontakten ermittelten Übertragungsraten, die sehr viel niedriger liegen, enthält das RKI den Leser*innen vor: Seite 62 von 121

Das ist nicht nur eine Missachtung der wissenschaftlichen Grundsätze, sondern dieses Vorgehen lässt sogar vermuten, dass das RKI beabsichtigte, das Risiko einer präsymptomatischen, also unbemerkten Übertragung, bewusst hoch darzustellen, schließlich war der Aspekt der angebliche Anlass für die ‚Neubewertung‘ (‚hoher Anteil‘).

Es ist ersichtlich inadäquat, dass das RKI die kritische Stellungnahme von Slifka und Lao noch nicht einmal erwähnt und damit auch nicht diskutiert hat. Dasselbe kann man in einem Mitte September 2020 als Preprint publiziertem systematischen Review anderer Autor*innen beobachten, der im COVID-19-Steckbrief vom RKI zitiert wird.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20097543v3>

Es fehlt dort nicht nur relevante Literatur zu der fraglichen Thematik, die über wesentlich geringere präsymptomatische Übertragungen berichtet, sondern es werden alle Ergebnisse zusammengenommen dargestellt, ohne nach epidemiologischer Situation zu unterscheiden:

Es ist aber ein bedeutender Unterschied, ob eine Erregerübertragung in Familien stattfindet, wo enger Körperkontakt und Schleimhautkontakt die Regel ist, oder im öffentlichen Raum, wo es zu solchen Kontakten unter den Menschen, die z.B. einkaufen gehen, gerade nicht kommt. Wichtig ist es also bei solchen Untersuchungen die jeweiligen Settings getrennt auszuwerten.

Jedenfalls ist es im wissenschaftlichen Diskurs und gerade bei systematischen Reviews inadäquat, wenn selektiv zitiert wird, und es widerspricht zudem dem Auftrag des RKI aus § 1 Abs. 2 IfSG, nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft zu arbeiten, denn dazu gehört auch, dass einzelne Ergebnisse der Wissenschaft nicht einfach übergangen werden.

Eine derartige selektive, mutmaßlich interessengeleitete Auswahl von Veröffentlichungen gehört, zu den ‚Todsünden‘ in der Wissenschaft.

Inzwischen ist eine am 20.11.2020 veröffentlichte peer-reviewte Studie mit 10 Millionen Teilnehmer*innen aus Wuhan veröffentlicht worden. Hiernach sind asymptomatisch positive Getestete nicht infektiös:

“Previous studies have shown that asymptomatic individuals infected with SARS-CoV-2 virus were infectious³, and might subsequently become symptomatic⁴. Compared with symptomatic patients, asymptomatic infected persons generally have low quantity of viral

loads and a short duration of viral shedding, which decrease the transmission risk of SARS-CoV-25. In the present study, virus culture was carried out on samples from asymptomatic positive cases, and found no viable SARS-CoV-2 virus. All close contacts of the asymptomatic positive cases tested negative, indicating that the asymptomatic positive cases detected in this study were unlikely to be infectious.”

(<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>)

Außerdem steht ebenfalls auf den RKI-Seiten von einem etwas anders zusammengesetzten Autor*innen-Team, aber mit demselben Erst-Autor (Pozo-Martin, F.) die Zusammenfassung einer Literaturübersicht (im Titel ‚Rapid Review‘ genannt).

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neues_Coronavirus/Projekte_RKI/Rapid-Review-NPIs.pdf?__blob=publicationFile ; auch bei dieser vorläufigen Publikation fehlt die Zitierung von Arbeiten, die sich kritisch mit den Corona-Maßnahmen auseinandersetzen.)

Darüber hinaus werden darin auffällig viele Preprints (Vor-Publikationen der eingereichten Manuskripte) zitiert, wobei es sich also um noch nicht unabhängig begutachtete Publikationen handelt. Das erkennt man jedoch erst, wenn man in die Literaturliste schaut. Mit solchen noch nicht begutachteten und damit auch von den Zeitschriften noch nicht akzeptierten Manuskripten in einer Literaturübersicht zu arbeiten, ist nicht unproblematisch (siehe unten).

Unterhalb des Links zu dieser Übersicht schreibt das RKI auf seinen Internetseiten aber Folgendes: „Im Rahmen eines Rapid Review hat das Robert Koch-Institut (RKI) in Fachzeitschriften (Hervorhebung D. P.) veröffentlichte Studien zur Wirksamkeit von nicht-pharmazeutischen Interventionen (NPIs) zur Eindämmung der ...“ und gibt damit vor, dass die behandelten Untersuchungen bereits in Fachzeitschriften veröffentlicht seien. Dies trifft jedoch von den 6 Zitaten, in denen u.a. die Effektivität von Masken untersucht wurde, bei 4 Zitaten nicht zu, weil sie sich noch im Preprint-Stadium befinden.

Im September 2020 ist ein weiterer Artikel (systematischer Review mit Metaanalyse als Preprint) über den Anteil asymptomatischer Fälle an allen Fällen und über das Ausmaß der asymptomatischen Übertragung erschienen.

Byambasuren O et al.: <https://doi.org/10.1101/2020.05.10.20097543>

Demzufolge waren asymptomatische Übertragungen selten (zwischen 0% und 2,2%). Das Risiko solcher Übertragungen war in dieser Auswertung 42% geringer als bei Übertragungen ausgehend von symptomatischen Fällen. Die Autor*innen schlussfolgern, dass es unwahrscheinlich ist, dass asymptomatische Übertragungen ein bedeutender Treiber bei der

Entstehung von Clustern (zeitliche und lokale Häufungen bzw. Ausbrüche) oder bei der Übertragung der Infektion in der Öffentlichkeit seien, und deshalb solle die Bedeutung asymptomatischer Fälle für die Verbreitung der Infektion mit Vorsicht betrachtet werden.

Zum Thema „Aerosole“:

Im ‚Steckbrief‘ zum neuen Coronavirus wird Literatur zur Aerosolfreisetzung angegeben, was bekannt ist, aber nicht dazu, dass die Erregerübertragung durch Aerosole als solche belegt wäre. Dass eine MNB das Risiko der Erregerübertragung ‚durch Partikel jeglicher Größe‘ reduzieren könne, wird vom RKI nur behauptet, aber nicht belegt. (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neues_Coronavirus/Steckbrief.html)

Gemäß der (immer noch) aktuellsten Darstellung der Übertragungswege durch die WHO (vom 09.07.2020) wird das neue Coronavirus (wie alle anderen respiratorischen Viren) über (große) Tröpfchen respiratorischen Sekrets und über direkte und indirekte Kontakte mit respiratorischem Sekret infizierter Menschen übertragen.

(<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>)

Die WHO stellt in diesem Beitrag fest, dass eine Übertragung via Aerosole außerhalb der medizinischen Versorgung (wo ggf. Aerosol-produzierende Maßnahmen angewendet werden, wie z.B. das offene endotracheale Absaugen intubierter Patienten) zwar nicht ausgeschlossen werden könne, aber die detaillierte Untersuchung aller bisher publizierten Cluster, bei denen die jeweiligen Autor*innen eine Aerosol-Übertragung postuliert oder zumindest für wahrscheinlich gehalten haben, legten jedoch nahe, so die WHO, dass eine Übertragung via sog. große Tröpfchen und / oder kontaminierte Gegenstände (also Kontakt) die Erregerübertragung innerhalb dieser Cluster ebenfalls erklären könne.

Außerdem wird die eventuelle Möglichkeit einer Übertragung durch Aerosole von der WHO nur für viel kontaktintensivere Settings als der Lebensmitteleinkauf, insbesondere als der auf Märkten unter freiem Himmel, für nicht auszuschließen erklärt:

„Outside of medical facilities, some outbreak reports related to indoor crowded spaces (40) have suggested the possibility of aerosol transmission, combined with droplet transmission, for example, during choir practice (7), in restaurants (41) or in fitness classes.(42) In these events, short-range aerosol transmission, particularly in specific indoor locations, such as crowded and inadequately ventilated spaces over a prolonged period of time with infected persons cannot be ruled out.

<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>

Dennoch wird seit einigen Monaten die aerogene Übertragung (Tröpfchen-Kerne bzw. Aerosole: < 5 µm) in den Vordergrund gestellt und, undifferenziert, „in der Öffentlichkeit“ als mindestens ebenso wichtiger Übertragungsweg wie die Übertragung durch (große) Tröpfchen (> 5 µm) dargestellt.

Selbst wenn aber z.B. die Virus-RNA des neuen Coronavirus (und sonstiger respiratorischer Viren) in Aerosolen nachgewiesen werden konnte, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass es sich um vermehrungsfähige und infektionstüchtige Viren gehandelt hat. Ebenso ist die Freisetzung von Aerosolen beim Sprechen, Niesen, Husten oder Singen kein Beleg für die Aerosol-Übertragung, weil das Zustandekommen einer Infektion neben der Abwehrlage der Kontaktpersonen u.a. von der Art des Kontaktes, von der Menge des Erregers und von der Dauer des Kontaktes abhängt.

Die Übertragung von SARS-CoV-2 durch infektiöse Aerosole ist also derzeit (immer noch) eine Hypothese – und zudem eine, die für die Bereiche Lebensmitteleinkauf, insbesondere unter freiem Himmel auf Märkten – nicht relevant ist.

Außerdem: Wenn der Erregerkontakt maßgeblich oder wenigstens in relevantem Maße durch die Luft, also via Inhalation, stattfinden würde, müsste man von einer relativ hohen Zahl von Folgeinfektionen (ausgelöst durch eine infizierte Person) ausgehen, weil ja die Luft alle Menschen umgibt und ihr niemand entkommen kann.

(Klompas M et al.: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12458>)

Die Basisreproduktionszahl (R₀) von ca. 3 (also etwa 3 Folgeinfektionen durch einen Infizierten bei fehlender Immunität der Bevölkerung gegen den Erreger) wäre dafür aber bei dem neuen Virus auffallend gering; man würde wegen der unvermeidlichen Luft-Exposition aller Menschen bei einer Erregerübertragung durch die Luft mit wesentlich mehr Folgefällen rechnen.

Allerdings könnte R₀ bei dem neuen Coronavirus auch deshalb so gering sein, weil die für eine Infektion erforderliche Zahl von Erregern (sog. ‚Infektionsdosis‘) bei diesem Virus eher hoch ist, so dass es trotz Übertragung durch die Luft nur so wenige Folgeinfektionen gibt, weil es selten zu einem Schleimhaut-Kontakt mit ausreichend hohen Erregerzahlen kommt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) ist nicht überzeugt von der hohen Bedeutung, die den Aerosolen im öffentlichen Diskurs zugeschrieben wird, sondern

hält die Tröpfchenübertragung für den bedeutenderen Übertragungsweg und die Aerosol-Diskussion für ‚völlig übertrieben‘.

(<https://www.welt.de/gesundheit/plus214515326/Corona-im-Herbst>)

Und wenn tatsächlich die Aerosolübertragung so wichtig wäre, wie sie derzeit in Deutschland dargestellt wird, müssten alle Menschen Atemschutzmasken tragen, also sog. FFP-Masken (FFP = Filtering Face Piece), denn nur diese Masken sind von ihrem Material und Design her geeignet, freischwebende Partikel abzuscheiden, so dass sie der Träger bzw. die Trägerin weder inhalieren noch freisetzen kann (weitgehend allerdings auch nur dann, wenn solche Masken korrekt getragen werden, also überall eng an der Haut anliegen und kein Ausatemventil haben, und dann ist es schwer dadurch zu atmen, weil das Maskenmaterial sehr dicht ist).

FFP-Masken werden im medizinischen Bereich nur zum Eigenschutz des Personals vor der Inhalation potentiell in der Luft vorhandener Infektionserreger getragen (also insbesondere bei der offenen Tuberkulose der Atemwege) und ggf. ebenfalls zum Eigenschutz von sehr abwehrgeschwächten Patienten zum Schutz vor der Inhalation vor den in der Luft immer vorhandenen Schimmelpilzsporen (für beide Indikationen können sie Ausatemventile haben).

FFP-Masken werden aber im medizinischen Bereich nie zum Schutz anderer Personen vor der Ausatmung von Aerosolen getragen, also zum Fremdschutz. Gerade das wäre jedoch die Indikation für Menschen in der Öffentlichkeit, weil Masken dort ja aus Gründen des Fremdschutzes getragen werden sollen (dabei aber dürften sie keine Ausatemventile haben).

Und wenn es nun kürzlich in den Medien hieß, dass Personen aus Risikogruppen FFP-Masken zu einem reduzierten Preis bekommen sollen, ist damit zweifellos der Eigenschutz dieser Menschen angestrebt.

In der Empfehlung der WHO vom Juni 2020 heißt es außerdem zu Masken in der Öffentlichkeit (wie bereits in einer vorangegangenen Empfehlung dazu vom April 2020), dass es keine wissenschaftlichen Daten gebe, dass das Tragen von Masken (medizinische Masken bis hin zu sog. Community-Masken) durch (anscheinend) gesunde Personen, also Menschen ohne Symptome einer oberen Atemwegsinfektion, im öffentlichen Setting vor Infektionen mit respiratorischen Viren, inklusive solche durch das Coronavirus, schützen könne.

World Health Organization (WHO). Advice on the use of masks in the context of COVID-19 (5. Juni 2020) (<https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the->

[community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](#))

Die WHO hat sich mit dieser neuen Empfehlung also ein weiteres Mal nicht für das generelle Tragen von Masken in der Öffentlichkeit ausgesprochen – entgegen der Darstellung in den Medien, die über den (angeblichen) Schwenk der WHO berichteten.

In dieser Empfehlung geht die WHO allerdings (neben dem Gebrauch von Masken im medizinischen Bereich) erstmals ausführlich auf den Gebrauch von Masken durch die Bevölkerung im öffentlichen Raum ein und macht dazu sehr differenzierte Angaben.

Danach solle in bestimmten Situationen des öffentlichen Lebens das Tragen von Masken gefördert werden – von der WHO also nicht als ‚Vorschrift‘ oder ‚Pflicht‘ gedacht.

Wichtig ist aber, dass die WHO diese Empfehlung nur für Gebiete (z.B. Landkreise) mit (1) bekannter oder vermuteter ausgedehnter Übertragung außerhalb von lokalisierbaren Ausbrüchen, sozusagen viele Infektionen in der Fläche, nicht an einzelnen Hotspots, und in einer solchen epidemiologischen Situation (2) bei Gelegenheiten (z.B. ÖPNV), in denen Abstandhalten schwierig ist, gibt. Dann könne dies eine zusätzliche Maßnahme und Teil eines umfassenden Vorgehens sein, um die Coronavirus-Übertragung zu unterdrücken.

Die WHO stellt aber gleichzeitig fest, dass es dafür keine direkte wissenschaftliche Evidenz gebe (also wie in der früheren Empfehlung von 2019 handelt es sich lediglich um Plausibilität) und dass neben möglichen Vorteilen auch Nachteile bedacht werden müssen.

Die WHO empfiehlt Masken somit nur in besonderen epidemiologischen Situationen und damit auch nur in umschriebenen Regionen mit hohen Infektionszahlen in der Fläche (d.h. nicht im

Rahmen von – lokal begrenzten – Ausbrüchen), ohne aber einen Anhalt für das Ausmaß der Fallzahlen zu geben, auf jeden Fall aber nicht als allgemeine (landesweite) Maskenpflicht, wie die Welt es derzeit (November 2020) erlebt. Als Grundlage für die generelle Maskenempfehlung kann die WHO-Empfehlung deshalb ebenfalls nicht herangezogen werden.

Vor all diesen Hintergründen stellt sich auch die Frage, wie die verschiedenen Aspekte der Verhältnismäßigkeit durch den Ordnungsgeber berücksichtigt worden sind und wie – angesichts der bekanntlich mindestens für den kritischen Zeitraum der Verordnungsentstehung fehlenden Behördenakten dazu - diese Aspekte nun einer Überprüfung zu seinen Gunsten überhaupt standhalten können.

Bereits deshalb wird dem Antrag der Antragstellerin stattgegeben werden müssen.

Es sei an der Stelle darauf hingewiesen, dass der Verfassungsgerichtshof Österreich jüngst in diesem Zusammenhang im Rahmen von sechs Entscheidungen für eine Reihe von COVID-19-Maßnahmen deren Rechtswidrigkeit festgestellt und dies letztlich damit begründet hat, dass die Entscheidungsfindung der Behörde – des Gesundheitsministers – nicht nachvollziehbar gewesen sei.

In der Pressemitteilung des dortigen Gerichts heißt es:

COVID-19: Mehrere – vor allem frühere – Maßnahmen gesetzwidrig, da Entscheidungsgrundlagen unzureichend dokumentiert

Der VfGH hat festgestellt, dass eine Reihe von COVID-19-Maßnahmen gesetzwidrig waren, die im Frühjahr 2020 gegolten haben. Gesetzwidrig waren konkret das Betretungsverbot für Gaststätten und selbständige (nicht an eine Tankstelle angeschlossene) Waschstraßen, Beschränkungen betreffend den Einlass von Besuchergruppen in Gaststätten (maximal vier Erwachsene, wenn kein gemeinsamer Haushalt), das Verbot von Veranstaltungen mit mehr als zehn Personen (welches etwa Diskotheken betraf) und die Maskenpflicht an öffentlichen Orten in geschlossenen Räumen (Amträumen etc.).

Der VfGH hob auch eine noch in Geltung stehende Bestimmung der COVID-19-Lockerungsverordnung (nunmehr COVID-19-Maßnahmenverordnung) auf, mit der die verpflichtende Einhaltung eines Mindestabstands zwischen den Verabreichungsplätzen in Gaststätten (§ 6 Abs. 1 und 4) angeordnet wurde, also der Mindestabstand von einem Meter zwischen Tischen. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2020 in Kraft.

Bei allen als gesetzwidrig erkannten Bestimmungen war aus den dem VfGH vorgelegten Akten nicht nachvollziehbar, auf Grund welcher tatsächlichen Umstände die zuständige Behörde – der Gesundheitsminister – die jeweilige Maßnahme für erforderlich gehalten hat. Dies verstößt aber gegen die gesetzliche Ermächtigung im COVID-19-Maßnahmengesetz bzw. im Epidemiegesetz. Der VfGH folgt damit den Leitentscheidungen vom 14. Juli 2020 (siehe [hier](#)).

(V 392/2020, V 405/2020, V 428/2020, V 429/2020, G 271/2020, G 272/2020)

https://www.vfgh.gv.at/medien/Entscheidungen_Oktober-Session.php

III. Folgenabwägung: Nachteile, die eintreten, wenn eine einstweilige Anordnung nicht erginge, überwiegen

Für jeden Teil der hier zu prüfenden Doppelhypothese müssen zunächst gesondert die Nachteile ermittelt werden, unter vollständiger Berücksichtigung aller Nachteilsquellen **und vor allem bei Anträgen auf die Außervollzugsetzung auch aller Betroffenen, nicht nur der Antragstellerin**. Im Anschluss sind die so ermittelten Nachteile einander gegenüberzustellen und zu vergleichen (vgl. *Walter*, in: *Walter/Grünwald*, BeckOK BVerfGG, 9. Ed., 1. Juli 2020, § 32 BVerfGG, Rn. 48, 53 ff.).

Die Nachteile, die eintreten würden, wenn eine einstweilige Anordnung nicht erginge, liegen jetzt auf der Hand. Millionen von Menschen erleiden auf Basis einer nicht verfassungskonformen Verordnung Beschränkungen, teils schwere, von ihren unverletzlichen und unveräußerlichen Grundrechten. Sie sind bereits seit Monaten daran

gehindert, ihr Leben ohne Einschränkung durch eine Gesichtsmaske zu leben, obwohl der Nutzen dieser Maske zur Eindämmung des Infektionsgeschehens nicht nur wissenschaftlich nicht ausreichend evident ist, sondern der Evidenz sogar zuwiderläuft und schwerwiegende Belastungen sowie bereits eingetretene Folgeschäden, die weit über den Einzelfall hinausreichen, mehrfach belegt sind (Studie der Antragstellerin, kardiologische Studie der Universität Leipzig, zahlreiche Beispiele aus der Bevölkerung aus der beigefügten Liste, unter letzterem auch Aussagen vor dem Corona Untersuchungsausschuss rund um Rechtsanwältin Viviane Fischer).

Kurz gefasst, würden – abgesehen vom Fortbestehen und der Verfestigung der persönlich dargestellten Probleme der Antragstellerin - die folgenden Nachteile eintreten, wenn die einstweilige Anordnung nicht ergehen würde:

- Verschärfung der eingetretenen psychischen, psychovegetativen / psychosomatischen und psychosozialen Belastungen und bereits eingetretenen Folgeschäden bei den unter der Verordnung leidenden Millionen Menschen in Deutschland, die sich z. T. nicht einmal mehr trauen, Lebensmittel einkaufen zu gehen, oder die dabei immer wieder diskriminiert werden und Übergriffe von psychischer und sogar z. T. auch körperlicher Gewalt erfahren; dies führt psychologisch bekanntermaßen nicht nur zu vermehrten regelrechten psychischen Störungen, sondern leicht auch zu einer Häufung von Suiziden, insbesondere wenn man die durch die Verordnung wiederum mit verbreitete übermäßige „Angstmache“ mit berücksichtigt (Bestätigung durch den Berliner Rechtsmediziner Tsokos: https://m.focus.de/gesundheit/news/rechtsmediziner-mahnt-michael-tsokos-wir-werden-eine-psycho-soziale-pandemie-erleben_id_11988295.html) – mit rund 10.000 Todesfällen jährlich und damit eine der häufigsten Todesursachen in unserer Gesellschaft ein zweifellos in der Waagschale liegender Aspekt;
- durch das weiter laufende „Experiment am Menschen“ in Form einer undifferenzierten Maskenverordnung trotz bekanntlich unter der Maske steigendem und sogar vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege angegebenen „pathophysiologisch bedeutsamen“ CO₂-Gehalt unabsehbare potenzielle Spätfolgen (psychologisch möglich erscheinen gehäuft frühe Demenzen und andere kognitive, aber auch sozioemotionale Beeinträchtigungen gemäß dem nachfolgenden Punkt);
- insbesondere für Kinder in der Entwicklung, aber auch für psychische vorbelastete Erwachsene, letztlich für potenziell alle Menschen die Fortdauer einer potenziell belastenden und internalisierbaren tiefgreifenden Suggestion („Gehirnwäsche“) mit unmenschlichen Botschaften wie diesen: „Ich bin immer gefährlich – Du bist immer gefährlich“, „Wir sind in permanenter großer Gefahr“, „nicht nur Nähe, auch mimischer Kontakt kann töten – willst du schuldig sein, ein Mörder sein?“, „wir sind völlig hilflos, ohne wirksames Immunsystem, total

abhängig von der einzigen Erlösung durch einen Impfstoff – sonst können wir nie wieder normal leben“;

- ältere und eher einsame Menschen, die z. T. nur noch beim Einkaufen soziale Kurzkontakte haben, erleben zu ihrem Lebensende kein Lächeln ihrer Mitmenschen, keinen wirklichen (mimischen) Kontakt mehr, sondern ein permanentes (latentes) Bedrohungsszenario;

- eine weitergehende Aufspaltung der Gesellschaft und damit eine zunehmende Bedrohung des (sozialen) Friedens in diesem Land;

- durch die Verfestigung dieser Aufspaltung und durch das weitere Alltäglich-Werden und damit schleichende Legitim-Werden der Diskriminierung einer Gruppe von Menschen die Wegbereitung für weiterreichende Diskriminierungen („2-Klassen-Gesellschaft“ von impfwilligen Grundrechtsträgern und in den Grundrechten eingeschränkten „Impfgegnern“);

- Gewöhnung der Regierenden / Verordnungsgeber an legitim werdende, von ihnen begangene Verfassungsverstöße;

- Verlust von Datenschutz hinsichtlich sensibler Gesundheitsdaten, Verlust von ärztlicher Schweigepflicht (davon auch des Aspekts des damit verbundenen Patientenrechts)

- Vertrauensverlust von „aufgeklärt“ denkenden Menschen in Regierungen und Behörden, z. B. durch die wiederholt erlebte Verletzung des Vorhersehbarkeitsprinzips / Bestimmtheitsgrundsatzes (vgl. Problematik zu Inzidenzen und Schwellenwerten), in den sozialen Medien bereits im Zuge der Aufspaltung der Gesellschaft ersichtlich;

- Ersetzung von Verantwortung eines „mündigen“ Bürgers durch autoritäre Staatsgewalt, Gefahr totalitärer Entwicklungsaspekte;

- schleichende Aushöhlung der überragenden Bedeutung unserer Verfassung, unseres Grundgesetzes, der Menschenrechte, unserer Demokratie und unseres Rechtsstaates;

- Förderung der Ablenkung vom eigentlichen Grundproblem und dadurch dessen Verschärfung: zunehmende Überlastungsproblematik unseres Gesundheitssystems, auch der Intensivstationen, bereits bei jeder überdurchschnittlichen Grippewelle im Zuge des demographischen Wandels in Zusammenwirken mit anderen hier dargestellten Faktoren;

- Schaffung eines Präzedenz- und Gewohnheitsfalles für jede etwas überdurchschnittlich verlaufende Grippewelle und jedes andere neuere Virus, die / das Gesundheitssystem unter dem gegebenen demographischen Wandel belastet;

- Risiko der weiteren Steigerung der Infektionszahlen, wenn derart viele (oft unsachgemäß hantierende) Maskenträger in Situationen wie beim Einkaufen womöglich sogar ungewollt Viren verbreiten (diese Hypothese liegt wissenschaftlich gesehen auf der Hand und ist durch nichts unwahrscheinlicher als die Hypothese des Maskennutzens in diesen Situationen);

- ungewollte Förderung einer „Viro-Phobie“ in Teilen der Bevölkerung, die sich bei noch vielen Monaten Fortbestehen einer undifferenzierten Maskenverordnung auch „danach“ nicht mehr ohne Maske aus dem Haus trauen;
- Wandel unseres Menschenbildes, von einem primär sozioemotionalen hin zu einem virozentrischen Bild vom Menschen, unter langfristig grundlegender Disposition seiner damit in ihrem Wesensgehalt angetasteten Grundrechte; Ersetzung des Stellenwertes des Grundgesetzes durch eine Gesundheitsdiktatur, unter dem Deckmantel von „Schutz“, „Hygiene“ und „Kampf gegen das Böse“.

Sofern sich die Rechtsprechung in der Vergangenheit darauf berufen hat, die Nachteile der durch Verordnung angeordneten Maßnahmen seien auch deshalb nicht besonders schwerwiegend, weil die Maßnahmen ohnehin zeitlich befristet seien (so z.B. BVerfG, Beschl. v. 9. April 2020 – 1 BvR 802/20), so kann dieses Argument im nunmehr zehnten Monat der Geltung der BayIfSMV nicht mehr verfangen. Es ist ein Fakt, dass bei undifferenzierter Fortführung der derzeitigen Corona-Politik die Alltagsmaske über Monate, wenn nicht sogar Jahre, beibehalten werden würde. Die Nachteile, die dadurch entstünden, wenn diesem Eilantrag nun nicht entsprochen wird, sich aber eine spätere Hauptsache als begründet erweist, sind daher tiefgreifend.

Demgegenüber sind die Nachteile eines Erfolgs dieses Eilantrags auch dann nicht schwerwiegend, wenn sich die spätere Hauptsache als unbegründet erweisen sollte. Denn der Nutzen der Alltagsmaske zur Eindämmung des pandemischen Geschehens läuft ohnehin der Evidenz zuwider, die meisten Menschen würden laut COSMO-Studie freiwillig den MNS tragen weiter tragen (92% bejahen angeblich diese Maßnahme als Schutz und unterstützen dies, Stand Dezember 2020: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/wissen-verhalten/40-masketragen/>) und dieser hohe Prozentsatz würde sogar unter der Voraussetzung eines Nutzens den bisherigen, hier aufgezeigten Daten nach so gut wie keinen Unterschied mehr machen im Effekt auf das Übertragungsgeschehen im Vergleich zu 100% Maskenträgern in der Bevölkerung (vgl. Schaubild aus einer anderen Studie hier in Kap. II.2.c. . *Wie bisher den „Infektionszahlen“ nach die Maskenpflicht (!)*, so würde sich auch deren Fallen schlicht nicht auf diese Daten auswirken. (Angesichts der auch aus der „Infektionszahlen“-Entwicklung in keinsten Weise zu keinem Zeitpunkt ersichtlichen bedeutsamen Effektivität der Maskenpflicht, insbesondere in Bayern, muss streng unvoreingenommen-wissenschaftlich sogar die starke Hypothese in den Blick gerückt werden, dass das - *beim Einkaufen zwangsläufig entgegen der strengen Hygieneempfehlungen des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte erfolgende – Maskentragen*

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>) sogar die Infektionsgefahr und damit die „Infektionszahlen“ erhöht, da man sich nach dem Absetzen der Maske die Hände nicht waschen kann, sondern statt dessen im nächsten Geschäft den Einkaufswagen anfasst und dort seine potenziellen Coronaviren hinterlässt, die der nächste Kunde aufnimmt, und z. B. wie die Antragstellerin die durch die Maske beschlagene Brille zurechtrückt und diese Viren dabei auf die Maske platziert.) Dass derartige, gegenläufige Hypothesen politisch derzeit völlig ausgeblendet werden, zeigt noch einmal mehr den Mangel an akademischen Standards.

Zudem erhalten Risikogruppen neuerdings in ihrer Wirksamkeit nicht bestrittene FFP-2-Masken zum Eigenschutz, was dem Ziel des Ordnungsgebers zweckbestimmter zuarbeitet.

Darüber hinaus wurde sich in diesem Antrag wirklich darauf begrenzt, die Maskenverordnung lediglich durch ein freiwilliges Maskentragen zu ersetzen *für den Kern der für jeden noch aktiven Menschen unabdingbaren Existenzbestreitung, nämlich für den Einkauf von Lebensmitteln in Geschäften sowie, umso begründeter, auf Märkten unter freiem Himmel*. Für diese Bereiche ergibt die Nutzen-Schaden-Relations-Prüfung klar eine momentan bestehende Unverhältnismäßigkeit.

In der Abwägung der Nachteile wird deutlich, dass eine schnellstmögliche Außervollzugsetzung der angegriffenen Normen wirklich indiziert ist.

Die Entsprechung dieses Antrages ist notwendig und unzweifelhaft von immens überindividuellem Interesse, auch zur Abwendung weiterer Gefahren für die Allgemeinheit, letztlich sogar für den sozialen Frieden und damit für die Sicherheit in diesem Land sowie zusätzlich, noch einmal, für einen bedeutsamen Anteil der Allgemeinheit in besonderem Maße (die Millionen Menschen, die sich durch diese Verordnung, noch dazu unzweckmäßig, ständig und dauerhaft deutlich belastet fühlen – allein eine derartige Belastung stellt über die dadurch ausgeschütteten Stresshormone anerkanntermaßen psycho-physisch eine ernsthafte Gesundheitsgefährdung durch z. B. konkrete *Erhöhung des Infektionsrisikos (!)* und sogar des Herzinfarkttrisikos dar und ist in dieser Hinsicht ein zu berücksichtigender Faktor, wenn wir über „Gesundheitsschutz“ nachdenken; vgl. z. B. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/35552/Psychoneuroimmunologie-Stress-erhoeht-Infektanfaelligkeit>; <https://www.aerztliches-journal.de/medizin/kardiologie/herz-kreislauf-krankheiten/herzinfarkt-emotionaler-stress-unterschaetzt/71b587e1f7f9ef8bb83b5b4b6f0ae36a/>).

xxx, 15.12.2020 Daniela Prousa (Unterschrift)