
Einschreiben mit Rückschein

Staatsanwaltschaft Frankenthal
Emil-Rosenberg-Str. 2
67227 Frankenthal

Mannheim, 24.02.2021

Strafanzeige und Strafantrag wegen Verdachts der Rechtsbeugung in Tatmehrheit mit Nötigung, fahrlässiger Körperverletzung, fahrlässiger Tötung und Freiheitsberaubung gegen:

1. das Gesundheitsamt Kreisverwaltung Rhein-Pfalz-Kreis, Dörrhorststraße 36, 67059 Ludwigshafen
- und
2. die Stadt Ludwigshafen vertreten durch die Oberbürgermeisterin Jutta Steinruck, Postfach 21 12 25, 67012 Ludwigshafen

Sehr geehrte Damen und Herren Staatsanwälte am Landgericht Frankenthal,

folgenden Sachverhalt gebe ich Ihnen zur Kenntnis, der mir bekannt geworden ist und bitte um strafrechtliche Würdigung:

Die derzeitige Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie die schweren und durchgreifenden Einschränkungen der Grundrechte für die gesamte Bevölkerung beruhen auf drei zentralen Annahmen, die nach meiner Auffassung **im Sinne einer Rechtsbeugung mit Wissen und Wollen auf der Grundlage eines absolut ungeeigneten Labortestes hypothetisch fingiert, anstatt gesetzlich durch einen Arzt festgestellt werden:**

1. Nach der Legaldefinition in „ § 2 Nr. 1 IfSG ist ein Krankheitserreger ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann. Eine **Infektion** ist die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus (§ 2 Nr. 2 IfSG).

Somit müssen, um eine Infektion bejahen zu können, drei Dinge festgestellt werden: Zum einen, ob ein Agens vorhanden ist, zweitens ob es vermehrungsfähig ist und drittens ob es im menschlichen Organismus aufgenommen, sich dort entwickelt und vermehrt.

Nach ständiger Praxis wird von den Gesundheitsämtern sowohl das Agens SarsCoV-2 als auch die Infektion selbst ausschließlich auf der Grundlage einer Polymerase-Kettenreaktion (PCR) festgestellt. Jedoch ist nach einhelliger und unbestrittener Auffassung ein PCR-Test nicht geeignet einen Erreger oder eine Infektion festzustellen: „Der PCR-Test detektiert Genabschnitte von SARS-CoV-2; er sagt nichts darüber aus, ob es sich um infektiöse Viren oder um Virusreste nach durchgemachter Infektion handelt. Hierzu wäre eine Erregeranzucht erforderlich. Analog hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beispielsweise in ihrer MRSA-Richtlinie PCR-basierte Verfahren allenfalls als vorläufige Grundlage anerkannt – wegen des Vorteils einer erheblichen Zeitreduktion bei der Testdurchführung. Als Grundlage für abzuleitende krankenhaushygienische Konsequenzen und zur Kontrolle von MRSA-Dekolonisierungsmaßnahmen sind jedoch kulturelle Nachweisverfahren gefordert, da die PCR-Verfahren nicht selten falsch positive Ergebnisse liefern“ (Prof. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt a.M. und Prof. Dr. med. Ursel Heudorf im Hessischen Ärzteblatt, 10/2020, S. 551 vgl. auch Epidemisches Bulletin des RKI Nr. 39, S. 6: „Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde“

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.pdf;jsessionid=F22ADBF001E64EABF5B05BACCA40F33D.internet052?_blob=publicationFile).

Dabei handelt es sich um allgemeines Problem: Kein PCR-Test und sei er auch noch so präzise ist geeignet, einen „Erreger“ festzustellen, weil er nur Gensequenzen findet und keine Aussage darüber trifft, ob diese Gensequenzen vermehrungsfähig sind oder nicht.

Die in den Medien beschriebene hohe „Spezifität und Sensitivität“ betrifft deswegen nur die Genauigkeit, mit der ein bestimmtes und eng eingegrenztes genetisches Material detektiert wird. D.h. mit einem PCR-Test kann genetisches Material gefunden werden, das möglicherweise zu einem Erreger gehört. Ob es sich dabei um einen Erreger i.S. des § 2 Nr. 1 IfSG handelt, oder eine Infektion i.S. des § 2 Nr. 2 IfSG vorliegt, sagt dieser Test nicht.

Die Aussage, dass aufgrund der Feststellung einer bestimmten Gensequenz ein bestimmter Erreger oder gar eine Infektion vorhanden ist, beruht daher nicht auf dem Testverfahren selbst, sondern ist eine Schlussfolgerung. Eine Schlussfolgerung, die nur dann wahr ist, wenn aus dem Vorfinden einer bestimmten Gensequenz auf das Vorhandensein eines Erregers geschlossen werden kann.

Diese Schlussfolgerung ist aber aufgrund der Grenzen, die einem PCR-Test immanent sind, nicht möglich:

- Der PCR-Test weist nur genetische Sequenzen einer Ribonukleinsäure nach, auf die er eingestellt ist.
- Es ist in der Praxis bislang ein nicht gelöstes Problem, einen Virus so zu isolieren und zu reinigen, dass man mit absoluter Sicherheit sagen kann, das ist der Virus bzw. das ist das Genom des Virus. Sämtliche Verfahren, die derzeit angewendet werden, um ein Virus zu isolieren, zu

reinigen, um dann seine Gensequenz zu bestimmen, beruhen zumindest teilweise auf Hypothesen und nehmen gewisse Unschärfen in Kauf.

- Daneben ist es nicht mit absoluter Sicherheit möglich, von einer bestimmten RNA-Sequenz zu sagen, dass sie nur bei diesem Virus vorkommt. Dazu ist das Vorkommen von RNA-Molekülen zu vielfältig und das Wissen darüber zu dünn. Deshalb muss immer damit gerechnet werden, dass ein „positiver PCR-Test“ etwas anderes nachweist, als den gesuchten Virus. So könnte die Sequenz auch in einem anderen – bislang unbekanntem – Virus vorkommen. Oder es könnten auch genetische Informationen sein, die in der Virenzelle durch Replikation oder Rekombination hinterlegt wurden: „New genes are continuously created during replication or recombination of viral genomes in virocells by all molecular mechanisms known to generate new genes in cellular genomes” (The virocell concept and environmental microbiology, Patrick Forterre, The ISME Journal (2013) 7, 233–236; doi:10.1038/ismej.2012.110; published online 4 October 2012).
- Ein PCR-Test kann nicht zwischen vermehrungsfähiger oder nicht vermehrungsfähiger RNA unterscheiden kann. Deswegen kann man aus einem positiven PCR-Test nicht auf einen Erreger schließen.
- Die Technik und ihre Handhabung sind in den einzelnen Verfahrensschritten sehr fehleranfällig.
- Über die Einstellung der Primer oder dem sogenannten CT-Wert können die Ergebnisse je nach Einstellung positiv oder negativ sein.
- Es gibt keinen einheitlichen Standard, wie z.B. ein PCR-Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden muss. Damit sind positive Tests auch nicht vergleichbar.

- Andere Erreger, die möglicherweise die eigentliche Infektionsursache sind, können durch den spezifischen PCR-Test nicht erkannt werden.

Im Ergebnis kann mit einem PCR-Test eine Infektion durch einen bestimmten Erreger nicht nachgewiesen werden. Er kann bei bestehenden und diagnostizierten Krankheiten in Verbindung mit Differentialdiagnosen brauchbare und wertvolle Hinweise geben, welcher Erreger für die Infektion verantwortlich sein könnte. Im Hinblick auf asymptomatische Fälle ist seine Aussagekraft sehr beschränkt.

In einer ausführlichen Studie, veröffentlicht am 28.09.2020 haben Raza et al (Clinical Infectious Diseases, ciaa1491, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491>) herausgearbeitet, dass die Aussagekraft eines „positiven Testergebnisses“ vom Vervielfältigungsprozess des genetischen Materials abhängt (sog. Ct-Wert): “It can be observed that at Ct = 25, up to 70% of patients remain positive in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20%. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive.” Das bedeutet: Selbst bei einem niedrigen Ct-Wert von 25 liegt die Wahrscheinlichkeit, dass in Wirklichkeit keine Infektion vorliegt, bei 30 %. Ab einem Ct-Wert von 35 sogar bei 97 %.

Hinzu kommen weitere Unsicherheiten: Unter anderem kann man sich darauf beschränken, nur eine einzige oder mehrere Gensequenz zu testen, d.h. nur nach einer einzigen Gensequenz oder nach mehreren Gensequenzen zu suchen. Im ersten Fall ist der Test dementsprechend positiv wenn eine einzige Gensequenz – auf die der Test eingestellt ist – gefunden wurde. Im zweiten Fall ist der Test erst positiv, wenn mehrere Gensequenzen, auf die der Test eingestellt wurde, gefunden wurden.

Darüber hinaus gibt es speziell beim PCR-Test für SARS-CoV-2 aus der Wissenschaft so viele Hinweise auf eklatante Mängel, dass dieser Test schlicht keine tragfähige Grundlage für ärztliche Heileingriffe oder infektionsschutzrechtliche Maßnahmen darstellen kann. Diese Hinweise sind im jüngst veröffentlichten Corman-Drosten-Review-Report im Detail dargelegt

(vgl. Anlage). Im Detail wird ausgeführt warum der sog. Drosten PCR-Test auf SARS-CoV-2, auf den alle derzeit verwendeten PCR-Testungen aufbauen, nicht validiert und auch nicht validierungsfähig ist. Nach diesen Hinweisen enthält er so viele molekularbiologische Designfehler, dass es nicht möglich ist, eindeutige Aussagen zu bekommen.

Ein einheitlicher wissenschaftlicher Standard besteht nicht. Wie aus Medienverlautbarungen hervorgeht (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 07.10.2020: „Positiv getestet, aber nicht ansteckend“) haben nach Recherchen der Süddeutschen Zeitung nur 11 % der Gesundheitsämter überhaupt den CT-Wert mitgeteilt bekommen. Nötig wäre aber nicht nur die Mitteilung des CT-Wertes, sondern ein einheitlicher Standard um basierend auf PCR-Tests ein Infektionsgeschehen überhaupt beurteilen zu können. Dieser Standard existiert nicht. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass Gesundheitsämter und zuständige Infektionsgefahrenabwehrbehörden „wissentlich ins Blaue hinein“ agieren. Sie treffen auf der Grundlage der gemeldeten „Positivtests“ ihre Entscheidungen, ohne beurteilen zu können, ob überhaupt „Infektionen“ vorliegen.

Prof. Dr. Werner Bergholz hat in seiner schriftlichen Stellungnahme in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages überzeugend ausgeführt, dass im momentanen Zustand die Teststrategie in keiner Weise den Qualitätsanforderungen der Technik oder dem Stand der Wissenschaft entspricht. Die Anforderungen sind von 4 relevanten internationalen Normdokumenten abgeleitet:

- ISO 31000: „Risk Management“ (<https://www.iso.org/iso-31000-risk-management.html>)
- ISO 9001-2015: “Quality management systems — Requirements” (<https://www.iso.org/standard/62085.html>)
- ISO 15189:2012: “Medical laboratories — Requirements for quality and competence” (<https://www.iso.org/standard/56115.html>)

□ JCGM 100:2008 "Evaluation of measurement - — Guide to the expression of uncertainty in measurement"

(<https://www.iso.org/sites/JCGM/GUM/JCGM100/C045315e.html/C045315e.html?csnumber=50461>)

und werden nicht ansatzweise erfüllt – vgl. Ausschussdrucksache 19(14)233(4)

Derzeit gibt es – nach den einleuchtenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Bergholz – keine wirklich aussagefähigen und belastbaren Zahlen zum Infektionsgeschehen und es sind keine angemessenen staatlichen Maßnahmen möglich.

In Konsequenz heißt das: Praktisch entscheiden Labore, wie sie testen. Damit können Labore– je nach Testverfahren – entscheiden, ob und wie viele positive Testergebnisse produziert werden. Damit entscheidet die Testpraxis der Labore – mit nicht validierten Testverfahren – ob Schutzmaßnahmen eingeführt werden dürfen oder nicht.

2. Als Folge dieser Vereinfachung (positiver Test = Infektion = Krankheit) werden die komplexen Anforderungen an die nach dem Gesetz ebenfalls verpflichtend festzustellende ärztliche Diagnose einer – übertragbaren – Krankheit grob verfälscht. Einfach gesprochen: Aus der falschen Anwendung des Diagnosemittels „PCR-Test“ können keine richtigen Schlüsse gezogen werden. Diese Fehlschlüsse führen zu weiteren eklatanten Verstößen gegen den medizinischen Standard. Das was lege artis in der Medizin erforderlich ist, wird außer Acht gelassen:

a) Nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 2 IfSG ist eine übertragbare Krankheit eine **durch Krankheitserreger** oder deren toxische Produkte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, **verursachte Krankheit**. Der Begriff Krankheit ist im IfSG nicht definiert. Das deutsche Standardwerk der medizinischen Wörterbücher, der „Pschyrembel“, definiert Krankheit als „Störung der Lebensvorgänge in

Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen“.

Bei Infektionen mit Corona-Viren handelt es sich um Infektionserkrankungen der oberen Atemwege und die Entzündung der Lunge durch Corona-Viren ist eine sog. „schwere Verlaufsform, bzw. Komplikation“. Dass Corona-Viren humanpathogen/krankmachend sein können, ist wissenschaftlich belegt, ebenso ist auch wissenschaftlich belegt, dass dieser Erreger übertragbar ist zwischen suszeptiblen Organismen (Menschen, Tiere).

In der klinischen Praxis wird die Kausalität aber einfach als gegeben unterstellt, wenn bei einer Person mit Lungenentzündung ein positiver PCR-Test auf Corona durchgeführt wurde. Ein grundlegendes Problem in der gegenwärtigen medizinischen Verfahrensweise ist die Unterlassung der Untersuchungen auf differentialdiagnostische Ursachen – man unterstellt Corona, ohne auf andere Erreger zu untersuchen.

Aus diesem Grund liegt ein Verstoß gegen § 24 S. 1 IfSG vor: „Die Feststellung oder die Heilbehandlung einer in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5 oder in § 34 Absatz 1 Satz 1 genannten Krankheit oder einer Infektion mit einem in § 7 genannten Krankheitserreger oder einer sonstigen sexuell übertragbaren Krankheit darf nur durch einen Arzt erfolgen.“

Eine medizinische Diagnose ist eine medizinische Handlung, zu der nur der Arzt rechtlich befugt ist und für die dieser Arzt allein und vollständig verantwortlich ist. Keine andere Person oder Institution, einschließlich Regierungsbehörden oder Gericht hat eine solche Befugnis. Es ist nicht Aufgabe der regionalen Gesundheitsbehörden, jemand für krank oder gesundheitsgefährdend zu erklären. Nur ein Arzt kann dies tun. Niemand kann per Dekret oder Gesetz für krank oder gesundheitsgefährdend erklärt werden, auch nicht als automatische, administrative Folge des Ergebnisses eines Labortestes, egal welcher Art.

Von dieser Vorschrift dispensiert auch nicht § 24 S. 2 IfSG, der den Arztvorbehalt bei der Anwendung bestimmter Testverfahren aufhebt. Demnach dürfen diese Testverfahren auch von Nichtärzten durchgeführt werden. Die Schlussfolgerung, ob aufgrund dieser Testverfahren eine Infektion oder Krankheit vorliegt, hat zwingend aufgrund der komplexen Diagnoseanforderungen durch einen Arzt zu erfolgen.

- b) Daneben muss nach dem derzeitigen Stand der Forschung davon ausgegangen werden, dass es in der menschlichen Lunge ein Virom gibt, dessen Zusammensetzung und Bedeutung zwar im Einzelnen nicht erforscht, jedoch dessen Existenz nicht von vornherein als „Krankheit“ eingestuft werden darf (vgl. Nazareth et al. BMC Pulmonary Medicine <https://doi.org/10.1186/s12890-020-1082-5>: “Until recently, the lung was considered a sterile organ [4], which was explained by the protective mechanisms of the upper airways and the barrier function of the mucosa of the lower airways. The presence of bacteria in the lower airways was interpreted as a pathological phenomenon, based on cultural microbiological information [5]. It was explained as transient migration by microaspiration, reflecting the composition of the upper respiratory tract, although the biomass would be lower. It was further conceded that the lower respiratory tract microbiome could be related to contamination of the upper tract during sampling [6]. According to Dickson and Huffnagle, the notion that the lungs are sterile is still frequently stated in textbooks, virtually always without citation [7]. Respiratory culture-based protocols sought only to identify clinically significant pathogens [8]. At the beginning of the current decade, studies based on culture-independent methods have shown the presence of a small amount of bacterial communities in the lungs of healthy, non-smoker individuals, with some diversity in their elements. There are few studies available in the literature on the characterization of the respiratory tract virome, especially of the lower airways [9–14]. ...”)
- c) Nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 3 a ist eine bedrohliche **übertragbare Krankheit** eine **übertragbare Krankheit**, die auf Grund klinisch schwerer

Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann. Nun ist eine Lungenentzündung sicherlich eine Krankheit mit einer klinisch schweren Verlaufsform. Die Frage ist jedoch, ob eine Lungenentzündung **als klinisch schwere Verlaufsform aus einer vorgegangenen Infektion der oberen Atemwege herrührt**. Diese Frage stellt sich deswegen, weil nach dem derzeitigen Stand der Forschung bekannt ist, dass Erreger den menschlichen Körper nach einer Infektion „kolonisieren“ können, d.h. Teil des menschlichen Mikrobioms werden, ohne dass eine Krankheit ausbricht. Weiter ist bekannt, dass eine Erkrankung, wie z.B. eine Lungenentzündung dann ausbrechen kann, wenn dieses Mikrobiom aus bislang noch nicht abschließend geklärten Umständen aus dem Gleichgewicht gerät und eine Lungenentzündung dann durch einen Erreger verursacht wird, der nicht von außen in den menschlichen Körper eindringt, sondern der schon im menschlichen Körper vorhanden ist. Man spricht dann von endogenen Infektionen. Im Zusammenhang mit Lungenentzündungen ist dieses Phänomen der endogenen Infektionen bei Pneumokokken bekannt.

Im Hinblick auf SARS-CoV-2 und Lungenentzündungen sind endogene Infektionen deswegen nicht auszuschließen, weil – wie oben ausgeführt – nach neuesten medizinischen Forschungen von einem Virom in der Lunge auszugehen ist (vgl. Nazareth et al. BMC Pulmonary Medicine <https://doi.org/10.1186/s12890-020-1082-5>: “The results of this study suggest the presence of common respiratory viruses in the lower respiratory tract without causing symptomatic infection, even in carefully collected lower samples. This may have important implications on the interpretation of the results on the diagnostic setting ... It may be hypothesized that some respiratory viruses, such as influenza, RSV, HMPV and HRV, may transiently colonize the mucosa of the tracheobronchial tract at times of increased viral activity, whereas others, such as HPIV 1/3, might be prolonged colonizers. However, only a longitudinal study could determine the extent of the colonization period and thus solve this important issue. In addition, we need to know the meaning of its presence, if they are only bystanders, even during an acute

respiratory infection.”), das auch die Präsenz des SARS-CoV-2 einschließen kann.

Somit muss aus ärztlicher Sicht auch in Betracht gezogen werden, dass „CoViD 19“ eine endogene Komplikation ist, die nicht durch Erreger ausgelöst werden, die bereits im Körper vorhanden sind.

d) Dabei sprechen erhebliche Gründe dafür, dass gerade die schweren Verlaufsformen auf endogene Infektionen zurückgehen:

aa) Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen hat ein großer Anteil positiv auf SARS-CoV-2 getesteter Menschen, keine oder nur geringe Symptome. Damit ist eine „Kolonisierung“ ohne Krankheitsverlauf grundsätzlich möglich.

bb) Nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen, gibt es Menschen, die über einen längeren Zeitraum positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, ohne dass Symptome auftraten (Case Study: Prolonged infectious SARS-CoV-2 shedding from an asymptomatic immunocompromised cancer patient. Victoria A. Avanzato, M. Jeremiah Matson, Stephanie N. Seifert, Rhys Pryce, Brandi N. Williamson, Sarah L. Anzick, Kent Barbian, Seth D. Judson, Elizabeth R. Fischer, Craig Martens, Thomas A. Bowden, Emmie de Wit, Francis X. Riedo, Vincent J. Munster PII: S0092-8674(20)31456-2 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.10.049> Reference: CELL 11714: Long-term SARS-CoV-2 shedding was observed from the upper respiratory tract of a female immunocompromised patient with chronic lymphocytic leukemia and acquired hypogammaglobulinemia. Shedding of infectious SARS-CoV-2 was observed up to 70 days, and genomic and subgenomic RNA up to 105 days past initial diagnosis. The infection was not cleared after a first treatment with convalescent plasma, suggesting limited impact on SARS-CoV-2 in the upper respiratory tract within this patient. Several weeks after a second convalescent plasma transfusion, SARS-CoV-2 RNA was no longer detected. We observed marked within-host genomic evolution of SARS-CoV-2, with continuous turnover of dominant viral variants. However, replication kinetics in Vero E6 cells

and primary human alveolar epithelial tissues were not affected. Our data indicate that certain immunocompromised patients may shed infectious virus for longer durations than previously recognized. Detection of subgenomic RNA is recommended in persistently SARS-CoV-2 positive individuals as a proxy for shedding of infectious virus). Damit ist die Möglichkeit einer Kolonisierung grundsätzlich nachgewiesen.

- cc) Schwere Atemwegserkrankungen – sog. SARI Fälle – folgen dem Jahresverlauf nach einem bestimmten Schema, das unabhängig von der Intensität menschlicher Kontakte ansteigt oder abfällt (vgl. Darstellung der SARI Fälle in den Influenzawochenberichten des RKI). Dieser Verlauf kann mit exogenen Infektionen nicht erklärt werden.
- e) Die hohe Zahl sogenannter asymptomatischer Positivfälle relativiert auch die Feststellung, ob SARS-CoV-2 ein "Krankheitserreger" ist: "Most viruses are neither consistently pathogenic nor always harmless, but rather can result in different outcomes depending on the health and immunological status of their hosts. The less pathogenic a virus is—the lower the percentage of infected people who become sick—the larger such case-control studies need to be to detect a difference between the groups." Vgl. Viruses in the human body, von Eric Delwart - senior investigator at the Blood Systems Research Institute and an adjunct professor in the Department of Laboratory Medicine at the University of California, San Francisco, <https://www.the-scientist.com/features/viruses-of-the-human-body-32614>

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob Viren nicht von Natur aus eine positive Bedeutung für den Menschen haben: Patrick Forterre, der dafür plädiert mehr die Virenzelle in den Blick zu nehmen, als sich ausschließlich auf Viren zu fokussieren, spricht in diesem Zusammenhang von der Virenzelle als Wiege für neue Gene und erläutert das wie folgt: „Another aim of the virocell concept is to emphasize the importance of viruses as the cradles of new genetic information. New genes are continuously created during replication or recombination of viral genomes in virocells by all

molecular mechanisms known to generate new genes in cellular genomes (Forterre, 2011; Jalasvuori, 2012). This could seem trivial, especially to virologists who are well aware of viral creativity. However, this is not obvious for all evolutionary biologists. Many of them still consider that viral genomes are formed by the progressive accretion of genes captured from their hosts, viruses being considered as pickpockets of cellular genes (Moreira and Lopez-Garcia, 2009). In the past, molecular biologists have indeed greatly benefited from the fact that viruses can sometimes capture cellular genes and transfer them to recipient cells (transduction). As a consequence, viruses are often merely considered as passive vehicles of cellular genes and all viral genes are then supposed to derive in fine from bacterial, archaeal or eukaryotic genomes. However, this is not supported by genomic data since most genes in viral genomes have no cellular homologues and only a small percentage can be traced to cellular ancestors. In fact, viral integration in cellular genomes is probably more frequent than the reverse process. In addition, whereas genes with closely related cellular homologues are rare in viral genomes, integrated viruses and related elements (see below) represent a large proportion of most archaeal and bacterial genomes (Cortez et al., 2009), and eukaryotic genomes contain frequently much more (retro)viral genes and retrotransposons than eukaryotic genes (Feschotte and Clement, 2012). One can therefore conclude that cells are giant pickpockets of viral genes.” (The virocell concept and environmental microbiology Patrick Forterre The ISME Journal (2013) 7, 233–236; doi: 10.1038/ismej. 2012.110; published online 4 October 2012).

Nimmt man den – unstreitig – sehr hohen Prozentsatz der Personen, die offensichtlich nicht krank werden und die Bedeutung der Viren für die Entwicklung unseres Genoms zum Maßstab, so stellt sich auch das Infektionsgeschehen um SARS-CoV-2 nicht als bedrohlich sondern als notwendiges evolutives Geschehen dar. Warum es für die einen „gut“ und die anderen „schlecht“ ausgeht, müsste – notwendigerweise – durch sehr ausführliche Langzeitstudien erst noch geklärt werden.

- 3.) Werden Tatsachen festgestellt, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder ist anzunehmen, dass solche Tatsachen vorliegen, so trifft die zuständige Behörde **die notwendigen Maßnahmen** zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahren (vgl. § 16 Abs. 1 IfSG).

Hier setzt sich nun die Fehlerkette fort: Aufgrund der Gleichsetzung von "positivem PCR-Test" mit „Infektion“ haben die Behörden ein positives Testergebnis – ohne weitere Untersuchung – als Tatsache für das auftreten einer übertragbaren Krankheit genommen. Im Umfeld wurde weiter getestet, weitere positive Testergebnisse festgestellt und daraus wurden weitere übertragbare Krankheiten angenommen. Das führte zu der – absurden – Situation, dass massenhaft gesunde Menschen ohne Krankheitssymptome – per PCR-Test – und ohne weitere ärztliche Untersuchung als „ansteckungsverdächtig“ erklärt und „abgesondert“ wurden. Dafür wurde eigens die „asymptomatischen Infektion“ als neue wissenschaftliche Erkenntnis behauptet und als „ansteckungsverdächtige Krankheit“ behandelt. Für die Tatsache, dass eine asymptomatische Person eine andere Person „angesteckt“ im Sinne, dass eine Krankheit übertragen wurde, ist jedoch niemals ein wissenschaftlicher Beleg vorgelegt worden. Im Gegenteil, eine der größten Studien, die 10 Millionen Menschen im Raum Wuhan einschloss, konnte keine einzige Infektion durch asymptomatische Personen nachgewiesen werden (Shiyi Cao et al.: Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China: „There were no positive tests amongst 1,174 close contacts of asymptomatic cases.“ <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>).

Hier ist auch höchste Vorsicht geboten, weil sich das medizinische Weltbild, was viral verursachte Lungenentzündungen betrifft, grundlegend geändert hat. Bis vor etwa 10 Jahren galt die Lunge als steriler Raum. Den Mechanismus einer Lungenentzündung erklärte man sich als Komplikation der oberen Atemwege, bei dem Viren über den Rachen die Barriere zur Lunge überwandern und dort eine Lungenentzündung auslösten. Seit etwa 10 Jahren

weiß man, dass die Lunge kein steriler Raum ist und dass es auch in der Lunge ein Virom gibt, ohne dass die Menschen krank werden:

“The lower respiratory tract was once thought to be a sanctuary site from microbiological colonization owing to the efficacy of upper airway protective mechanisms and the host mucosal barrier function of the lower airways, combined with both innate and adaptive immune responses . As a small number of recent studies confirm, this is a naive vision of the lung, the viral component of which parallels recent revelations from respiratory microbiome studies. Hence, it is now timely to revise our thinking regarding the constituents, diversity, and changing nature of the respiratory virome in health and disease. One area worthy of focus is the interface between community-acquired respiratory viruses and the respiratory virome to better understand the dynamics in acute infection, as well as the factors that may lead to viral persistence and chronic disease

(Translational Aspects of the Human Respiratory Virome, Alicia B. Mitchell, Brian G. G. Oliver¹, and Allan R. Glanville, The Woolcock Institute of Medical Research, Sydney, New South Wales, Australia; and The Lung Transplant Unit, St. Vincent’s Hospital, Sydney, New South Wales, Australia, Received in original form June 26, 2016; accepted in final form September 20, 2016).”

Dazu gibt es – wie oben unter Verweis auf Eric Delwants „Viruses in the human body“ dargelegt wurde, in der Virologie längst die Erkenntnis: “Most viruses are neither consistently pathogenic nor always harmless, but rather can result in different outcomes depending on the health and immunological status of their hosts.”

D.h. man kann mit den heutigen Erkenntnissen eine Erkrankung der Atemwege, insbesondere eine Lungenentzündung, nicht einfach kausal auf eine Mensch-zu-Mensch-Ansteckung zurückführen, weil die Erreger schon in der Lunge vorhanden gewesen sein können. Umgekehrt muss man sich neu fragen, ob die Virenlast, die asymptomatische Menschen übertragen können, überhaupt das Potential haben, eine Krankheit verursachen zu können.

Ein aus dieser Fokussierung auf positive PCR-Tests resultierender wesentlicher Fehlschluss ist die Behauptung, dass Kontaktreduzierungen oder

das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (Non Pharmaceutical Interventions NPIs) geeignet sind, ein Infektionsgeschehen einzudämmen. Im Hinblick auf die reine Zahl positiver PCR-Tests scheint das – bisweilen – der Fall zu sein, wenn sie sinken sobald Maßnahmen eingeführt oder verschärft werden. Das ist aber ein Fehlschluss, weil positive Testergebnisse allein dadurch steigen oder sinken, wenn die wenigen Labore ihre Testkriterien einfach umstellen. Sieht man aber auf die harten Fakten, nämlich die Todesfallraten so zeigt sich: NPIs sind nicht geeignet den – saisonal erwartbaren – Ausbruch der Atemwegserkrankungen zu verhindern oder wesentlich zu beeinflussen

- a) Die Wirksamkeit der NPIs wurde in einer gründlichen Metastudie untersucht. Weltweit wurden 50 Staaten untersucht. Dabei wurde herausgearbeitet, dass NPIs so gut wie keinen Effekt auf den Verlauf der Pandemie hatten: **FOUR STYLIZED FACTS ABOUT COVID-19**, Andrew Atkeson, Karen Kopecky, Tao Zha, Working Paper 27719, <http://www.nber.org/papers/w27719>, NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, 1050 Massachusetts Avenue, Cambridge, MA 02138, August 2020: „We document four facts about the COVID-19 pandemic worldwide relevant for those studying the impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) on COVID-19 transmission. First: across all countries and U.S. states that we study, the growth rates of daily deaths from COVID-19 fell from a wide range of initially high levels to levels close to zero within 20-30 days after each region experienced 25 cumulative deaths. Second: after this initial period, growth rates of daily deaths have hovered around zero or below everywhere in the world. Third: the cross section standard deviation of growth rates of daily deaths across locations fell very rapidly in the first 10 days of the epidemic and has remained at a relatively low level since then. Fourth: when interpreted through a range of epidemiological models, these first three facts about the growth rate of COVID deaths imply that both the effective reproduction numbers and transmission rates of COVID-19 fell from widely dispersed initial levels and the effective reproduction number has hovered around one after the first 30 days of the epidemic virtually everywhere in the world. We argue that failing to account for these four stylized facts may result in overstating the importance of policy

mandated NPIs for shaping the progression of this deadly pandemic. ... Moreover, given the observation that disease transmission rates have remained low with relatively low dispersion across locations worldwide for the past several months as NPI's have been lifted, we are concerned that estimates of the effectiveness of NPI's in reducing disease transmission from the earlier period may not be relevant for forecasting the impact of the relaxation of those NPI's in the current period, due to some unobserved switch in regime."

Weitere zum Teil sehr ausführliche Studien, die ebenfalls die Wirkungslosigkeit von Lockdowns aufzeigen, sind:

- Eine von der WHO im Oktober 2019 veröffentlichten Metastudie zur Wirksamkeit von NPIs
- Eine im November veröffentlichte Studie von De Laroche Lambert, Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaption,
- Studie von Bendavid/Ioannidis, Assessing mandatory stay-at-home und business closure effects on the spread of Covid-19
- Daneben erbringt der im November angeordnete und mehrfach verlängerte und verschärfte Lockdown noch einmal den Beweis, dass sich insbesondere die Zahl der tödlich verlaufenden Fälle nicht signifikant beeinflussen lässt.

Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, weil es sich bei den schweren und gefährlichen Verlaufsformen einer Atemwegserkrankung im Wesentlichen um ein multikausales Geschehen handelt, bei dem exogene Infektionen, nur eine untergeordnete Rolle spielen. Das gilt auch für CoVid-19. Ein Gerichtsmediziner, der als einer der wenigen Rechtsmediziner Todesfälle im Zusammenhang mit CoVid-19 obduziert hat, sprach von einem „letzten Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte“ (Klaus Püschel: „In Hamburg ist niemand ohne Vorerkrankungen gestorben“ vgl. Die Welt online, 07.04.2020“).

NPIs, die auf Unterbrechung oder Reduzierung von exogenen Infektionsketten angelegt sind, können nicht wirken, wenn die Krankheitsursachen fast ausschließlich endogener Natur sind. Genau das erleben wir auch derzeit, weil der Lockdown trotz erheblicher Kontaktreduktionen keinen Einfluss auf den Krankenstand hat. Krankenstand und Sterblichkeit wird auch weiter ansteigen und erst im Rahmen der üblichen saisonalen Entwicklung wieder sinken bis die Influenzasaison in der Regel um den 24.03. abgeklungen ist.

- b) Die Frage, warum Atemwegserkrankungen, saisonal gebunden, nach Ausmaß und weltweiter Verbreitung jedes Jahr pandemische Ausmaße erreichen, ist bis heute ein unerklärtes Naturphänomen:

So beginnt in der nördlichen Hemisphäre die Zahl der Atemwegserkrankungen immer ab dem Äquinoktium im September stark zu steigen, strebt ab dem Solstitium im Dezember ihren Höhepunkt zu und fällt dann ab dem Äquinoktium im März steil ab bevor der Tiefstand im Solstitium im Sommer erreicht wird. Die Ursache ist bis heute nicht geklärt. Die Epidemiologie steht vor einem Rätsel und stellt in der zitierten Metastudie nüchtern fest: „What might this omitted variable or variables be? While we cannot answer this question ourselves, the literatures in both epidemiology and economics offer several candidates ... Finally, we must consider the possibility that unexplained natural forces might account for the observed decline in transmission rates for COVID-19. As discussed in Moore et al. (2020), the transmission of COVID-19 bears resemblance to that for pandemic influenza. These authors observe that of eight major influenza pandemics that have occurred since the early 1700's (including the Spanish Flu of 1918-19), seven had an early peak that disappeared over the course of a few months without significant human intervention. Unfortunately, each of those seven had a second substantial peak approximately six months after the first. This final hypothesis suggests that some unobserved natural factor may have driven the decline to date in the transmission of COVID-19. Clearly, the existence of such an unobserved

factor would complicate empirical studies of the causal driving forces behind COVID-19 transmission (a.a.O., S. 4)”

Als ungeklärte Naturgewalt kommt augenscheinlich die Sonne in den Blick, weil Atemwegserkrankungen zunehmen, je weiter sich die Sonne von der nördlichen Hemisphäre entfernt und abnehmen je näher die Sonne auf ihrer Umlaufbahn wieder heranrückt. Den humanbiologischen Zusammenhang eröffnet eine Entdeckung, die Wissenschaftler des Georgetown University Center herausgefunden haben: Sonnenstrahlen stärken unser Immunsystem, weil sie blaues Licht enthalten, welches T-Zellen, die für die Immunabwehr zuständig sind, dazu bringen, sich schneller zu bewegen („Blue light increases [Ca²⁺] in T cells“ vgl. Artikel „Intrinsic Photosensitivity Enhances Motility of T Lymphocytes“) <https://www.nature.com/articles/srep39479> .

Das oben angesprochene Naturphänomen kann mit dieser Entdeckung einfach erklärt werden. Je näher die Sonne auf ihrer Umlaufbahn in unsere Breiten kommt, desto gebündelter ist ihr Licht, desto mehr werden T-Zellen mobilisiert und desto besser kann das Immunsystem Infektionen kontrollieren.

- c) Zusammengefasst sind NPIs nicht nur ungeeignet, sie sind sogar schädlich – vor allem für den Teil der Bevölkerung, zu deren Schutz diese Maßnahmen angeblich dienen sollen. Dies sind ältere Personen, insbesondere ältere Personen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen. Dadurch dass sie in den Heimen isoliert werden, wird ihnen auch die Möglichkeit genommen nach draußen zu gehen. Dadurch werden sie erheblichen Infektionsgefahren ausgesetzt, weil ihr Immunsystem damit geschwächt wird. Daneben werden auch anderen älteren Personen, die nicht in Heimen leben durch NPIs viele Möglichkeiten eingeschränkt, sich fit zu halten. Ihnen wird Angst eingejagt, mit der Folge, dass sie weniger aus dem Haus gehen. Damit wird gerade bei den gefährdeten Gruppen der Bevölkerung das Immunsystem geschwächt. Dies schlägt sich auch in der Statistik nieder: Nach dem Lockdown im März ist entgegen aller

Erfahrungen aus den Vorjahren die Sterblichkeit im April wieder angestiegen. Ein Großteil der Verstorbenen war nach Medienberichten in Alten- und Pflegeheimen untergebracht. Auch nach dem zweiten Lockdown im November steigt die Zahl der SARI-Fälle aus der Gruppe der älteren Leute. Ein Schutzeffekt der Maßnahmen ist für diese Gruppe nicht zu erkennen. Im Gegenteil, es brechen in den Heimen nach Medienberichten viel mehr Krankheiten aus, was auch statistisch nachvollzogen werden kann (vgl. laufende Influenzawochenberichte des RKI, CoDAG Berichte Nr. 4 und 7 der LMU München). Diese – negativen – Folgen gehen auf die nicht sachgerechte Gefahrenabwehrmaßnahmen zurück.

- d) Im Ergebnis hat die Außerachtlassung gesetzlicher Vorgaben bei der Feststellung einer Infektion dazu geführt, dass eine epidemische Notlage von nationaler Tragweite ausgerufen wurde. Für die Ausbreitung einer Panikstimmung war nämlich entscheidend, dass in immer rascherer Folge „Infektionen“ aufsummiert wurden, die den Eindruck einer rasch um sich greifenden Epidemie vermitteln, was aber tatsächlich nicht der Fall war.

Tatsächlich war eine derartige Notlage zu keinem Zeitpunkt vorhanden, was sich allein aus den veröffentlichten Daten des Robert-Koch-Institutes ergibt (vgl. AG Weimar, Urteil vom 11.01.2021, 6 OWi 523 Js 202518/20 mit ausführlicher Begründung).

Die falsche Herangehensweise bei der Feststellung von Infektionen war somit mitursächlich für eine katastrophale politische Fehlentscheidung mit dramatischen Konsequenzen für nahezu alle Lebensbereiche der Menschen für die Gesellschaft, für den Staat und für die Länder des Globalen Südens (in dieser Deutlichkeit: AG Weimar, Urteil vom 11.01.2021, 6 OWi 523 Js 202518/20 mit ausführlicher Begründung).

- 4.) Für die strafrechtliche Würdigung kommt es in erster Linie auf die Art und Weise der Feststellung des SARS-CoV-2 Erregers bzw. die Infektion mit diesem Erreger an: Entgegen dem Gesetz wurde der medizinische und

wissenschaftliche Standard nicht eingehalten. Entgegen dem was nach aktuellem medizinischen Fachwissen lege artis erforderlich ist, wurden und werden ausschließlich PCR Tests zur Diagnose des „Erregers“ und einer „Infektion“ als ausreichend erachtet. Die Art und Weise der Testpraxis hält darüber hinaus in keinem Punkt wissenschaftliche und medizinische Standards ein. Aus dieser mit Wissen und Wollen unwissenschaftlich erhobenen „Diagnose“ wird dann eine „übertragbare Krankheit“ geschlussfolgert und davon ausgehend eine Lungenentzündung – die vorher als Volkskrankheit bekannt war – als „bedrohliche übertragbare Krankheit“ behandelt. All das geschieht allein und ausschließlich auf der Basis eines PCR-Testes, der für die humanmedizinische Diagnose eines Erregers, einer Infektion und einer Krankheit allein nicht geeignet ist.

Entgegen dem Gesetz wurden auf der Basis dieser nicht validen ärztlichen Feststellung Quarantänebescheide ausgestellt, Menschen in ihren Wohnblocks eingegittert, Betriebe geschlossen, Menschen in Alten- und Pflegeheimen oder Behinderteneinrichtungen isoliert, Kinder verpflichtet, sich von Eltern und Geschwistern abzusondern, Maskentragepflichten eingeführt, Bußgeldbescheide ausgestellt, Demonstrationen verboten, Menschen verhaftet, Lockdowns durchgeführt und vieles vieles mehr.

a) Verantwortlich sind dafür zunächst die Ärzte in den Gesundheitsämtern: Gemäß §§ 24, 7 Abs. 1 Ziffer 44a IfSG in der bis zum 18.11.2020 geltenden Fassung durfte die Feststellung einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nur durch einen Arzt erfolgen. Nach der Neufassung des IfSG durch das 3. Bevölkerungsschutzgesetz ist dieser Arztvorbehalt lediglich entbehrlich für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests verwendet werden. Das bedeutet aber nur, dass für die Labordiagnostik der Arztvorbehalt wegfällt. Ob aus dieser Diagnose ein Erreger, eine Infektion oder eine Krankheit abgeleitet werden kann, muss aber immer noch ein Arzt feststellen und verantworten. D.h. konkret, dass die Gesundheitsämter sicherstellen müssen, ob ein Erreger durch Anzucht festgestellt wurde oder nicht.

Entgegen dem Gesetz wurde nicht festgestellt, ob die im PCR-Test detektierte Gensequenz „vermehrungsfähig“ und damit ein „Erreger“ ist. Nach den von den zuständigen Behörde veröffentlichten Angaben ist davon auszugehen, dass es im Zuständigkeitsbereich der Behörden keine SARS-CoV-2 Infektionen gab, die nach den Vorschriften des IfSG festgestellt wurden. Sämtliche Maßnahmen waren und sind damit rechtswidrig.

Auf Seiten der in den Gesundheitsämtern verantwortlichen Leitern ist davon auszugehen, dass Vorsatz vorliegt. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein Arzt im Gesundheitsamt weiß, dass ein PCR-Test alleine nicht geeignet ist, eine Infektion zu diagnostizieren. Dazu wären weitere Untersuchungen notwendig, die aber nicht vorgenommen werden. Deshalb muss angenommen werden, dass verantwortliche Leiter der Gesundheitsämter mit Wissen und Wollen gesetzliche Vorgaben missachten, wenn sie allein auf der Basis eines PCR-Testes Infektionen annehmen.

Im Ergebnis geht daraus hervor, dass sich die Verantwortlichen des Gesundheitsamtes mit Wissen und Wollen und somit vorsätzlich für diese Praxis entschieden haben und so Infektionen nicht nach den gesetzlichen Vorgaben festgestellt wurden, sondern nur aufgrund eines PCR-Testes fingiert werden.

- b) Für den Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und des Landesinfektionsschutzgesetzes sind nach hiesiger Auffassung die Kreisverwaltungsbehörden zuständig. Kreisverwaltungsbehörden sind der Landkreis bzw. bei kreisfreien Gemeinden die Gemeinde selbst. Vertreten werden diese kommunalen Gebietskörperschaften durch den Landrat bzw. dem Oberbürgermeister. Die Strafbarkeit eines Landrates bzw. eines Oberbürgermeisters ergibt sich zwangsläufig aus der Gesamtverantwortung. Die strafrechtliche Verantwortung ergibt sich zum einen aus eigenen Handlungen, etwa wenn eigene Entscheidungen getroffen werden. Zum anderen sind die Risiken des Landrates nicht

geringer, wenn es um Handlungen der Mitarbeiter geht. Aber auch bei den kommunalen Verantwortlichen muss aufgrund der Medienberichterstattung angenommen werden, dass ihnen bekannt ist, dass PCR-Tests keine Infektion auf SARS-CoV-2 nachweisen können. Zudem sind nach mir vorliegenden Informationen aus der Bevölkerung entsprechende Hinweise an die Verantwortlichen gerichtet worden. D.h. auch ein Landrat, der verantwortlich für die Maßnahmen zeichnet, nimmt billigend in Kauf, dass z.B. unrechtmäßige Quarantänebescheide ausgestellt werden, wenn er diese Praxis hinnimmt und im Rahmen seiner Dienstaufsicht nicht dafür sorgt, dass diese Praxis korrigiert wird.

- c) Dabei wird nicht verkannt, dass die Kreisverwaltungsbehörde hier im übertragenen Wirkungskreis tätig ist und deswegen Weisungen sowie neben der Rechtsaufsicht auch der Fachaufsicht unterliegt. Ebenfalls wird nicht verkannt, dass gerade in der „Coronapandemie“ viele übergeordnete Regelungen außerhalb der Zuständigkeit der Kreisverwaltungsbehörde – etwa auf Regierungs- oder Landesebene – getroffen werden. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Kreisverwaltungsbehörden in Verbindung mit den Gesundheitsämtern für die Feststellung einer Infektion, einer Krankheit und für das Treffen von Maßnahmen zuständig sind und deswegen in eigener Verantwortung handeln. So gibt es nach meiner Kenntnis keine übergeordnete Weisung, dass positive Tests auf SARS-CoV-2 als Diagnose einer Infektion zu gelten haben bzw. die amtsärztliche Diagnose ersetzen sollen. Diese eigene Verantwortung entfällt auch nicht, wenn viele Entscheidungen auf Empfehlungen des RKI zurückgehen. Das RKI hat gem. § 4 IfSG nur eine unterstützende und beratende Funktion, jedoch keine Weisungsbefugnis. D.h. Empfehlungen sind Empfehlungen und ersetzen nicht das Ermessen der Kreisverwaltungsbehörden. Setzt eine Kreisverwaltungsbehörde eine Empfehlung des RKI einfach um, weil es sich daran gebunden glaubt und übt kein eigenes Ermessen aus, handelt die Behörde ermessensfehlerhaft. Es handelt sich dabei um einen Ermessensnichtgebrauch, der als besonders schwerer Ermessensfehler gewertet wird und im gerichtlichen Verfahren nicht geheilt werden kann. Entscheidungen, z.B. über eine Verlängerung der Quarantäne, sind in

solchen Fällen rechtswidrig (vgl. VGH Bayern, Beschluss vom 06.11.2020, Az: 20 CS 2517).

d) Strafrechtlich kommen folgende Delikte in Betracht:

aa) Rechtsbeugung (§ 339 StGB): Ein Amtsträger, welcher sich bei der Leitung oder Entscheidung einer Rechtssache zugunsten oder zum Nachteil einer Partei einer Beugung des Rechts schuldig macht, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren bestraft. Als Amtsträger kommen hier sowohl der Amtsarzt, als auch die Leiter der Kreisverwaltungsbehörden (Landräte und Oberbürgermeister) in Betracht. Rechtssache ist z.B. die Entscheidung über eine Quarantäneanordnung, weil dies eine Angelegenheit ist, die nach rechtlichen Grundsätzen zu erledigen ist. Als Rechtsbeugung i.S.v. § 339 StGB kommt vor allem die Verfälschung des Sachverhaltes in Betracht, auf den das Recht angewendet werden soll: Positive PCR-Testergebnisse werden als „Infektionen“ i.S.d. Infektionsschutzgesetzes verfälscht, obwohl entgegen dem Gesetz nicht untersucht wurde, ob ein „vermehrungsfähiges Agens“ im Körper vorhanden ist. Weder ist ein PCR-Test in der Lage einen Erreger festzustellen, noch kann aus einem PCR-Test auf eine Infektion geschlossen werden. Die dazu erforderlichen Untersuchungen werden bewusst unterlassen.

bb) Nötigung (§ 240 StGB): Wer einen Menschen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Drohung ist die Androhung von Bußgeldern, um ein Handeln zu erzwingen, z.B. um die Menschen abzusondern. Rechtswidrig ist die Tat, wenn die Anwendung der Gewalt oder die Androhung des Übels zu dem angestrebten Zweck als verwerflich anzusehen ist. Diese Verwerflichkeit ist hier gegeben: Es hat sicherlich jeder Verständnis, dass z.B. bei einer einwandfreien Diagnose eines Erregers für eine bedrohliche übertragbare Krankheit Quarantäne angeordnet wird. Es ist aber verwerflich mit einer Lüge zu operieren. Und

eine Lüge ist es sicherlich zu behaupten, aufgrund eines PCR-Testes sei ein Erreger bzw. eine Infektion für eine bedrohliche übertragbare Krankheit diagnostiziert worden.

cc) **Fahrlässige Körperverletzung (§§ 223, 229 StGB):** Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Durch die Isolierung von alten Menschen in Altenheimen ist davon auszugehen, dass ihre Gesundheit geschädigt wird. Gerade für alte Menschen in Altenheimen ist Einsamkeit eines der größten Probleme. Vor allem das Risiko depressiv zu werden, wird durch Einsamkeit massiv verstärkt.

dd) Daneben ist das Schicksal der Kinder in den Blick zu nehmen: Über Stunden wurden sie gezwungen in der Schule die Maske aufzusetzen. Es gibt Berichte, dass Kinder unter der Maske zusammengebrochen sind, ihnen schlecht wurde oder sich psychische Neurosen entwickelten. Letzteres ist auch darauf zurückzuführen, dass Kinder als „Ansteckungsrisiko“ behandelt wurden, sie so entmenschlicht und als Objekte behandelt wurden. Der Kindheitswissenschaftler Prof. Dr. Michael Klundt vom Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal stellte im Bundestag seine Untersuchungsergebnisse zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen während der Pandemie in Deutschland vor. Kinderrechte seien dabei weitgehend ignoriert worden. Bund und Länder seien ihrer Verpflichtung zu Schutz und Fürsorge für 13 Millionen Kinder nicht nachgekommen, sondern hätten Kinder „wie Objekte behandelt“. Das sei an sich bereits eine „schwere Form der Kindeswohlgefährdung“. Der Schutz des Kindeswohls sei am Anfang sogar zu einem „Schutz vor Kindern“ gemacht worden, als diese als die einzigen „Super-Spreader“ des Virus hingestellt worden seien, so Prof. Klundt. Schwere Völkerrechtsverletzungen gebe es in zahlreichen Vertragsstaaten der Kinderrechtskonvention (Kinderkommission des Deutschen Bundestages (Kiko) am Mittwoch, 9. September 2020).

ee) **Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB)**: Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Durch die Isolierung von alten und pflegebedürftigen Menschen in Altenheimen ist davon auszugehen, dass ihre Lebenserwartung verkürzt wurde. Unmittelbar nach Durchführung des 1. Lockdowns in den Tagen des März ist die Mortalität angestiegen. Es ist so ungewöhnlich wie evident, dass im Jahr 2020 im April mehr Menschen gestorben sind, als im März, was sonst nie der Fall war. Diese Sterbefälle gehen überwiegend auf Verstorbene aus den Alten- und Pflegeheimen zurück. Bei der Durchführung der Maßnahmen fehlte jegliche Menschlichkeit; psychiatrische Expertise, wie diese Maßnahmen sich auf alte Menschen auswirken können, wurde nicht herangezogen. Es liegen Berichte vor, dass bei dementen Menschen nicht nur der Kontakt nach außen abgeschnitten war, sondern sie auch noch vollständig in ihren Zimmern isoliert und mit schwersten Psychopharmaka sediert wurden. Dadurch wurde die Lebenserwartung massiv verkürzt.

ff) **Freiheitsberaubung (§ 239 StGB)**: Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Als Freiheitsberaubung ist in erster Linie die Isolierung von alten und pflegebedürftigen Menschen sowie von behinderten Menschen, die in Einrichtungen leben. Infolge des fehlenden Besuchs ihrer Verwandten, war es diesen Menschen in vielen Fällen nicht möglich, die Einrichtung zu verlassen. Es wurde unterlassen, diesen Menschen von innen bzw. von außen Hilfe zukommen zu lassen, damit sie sich nach draußen bewegen konnten. Daneben durften sie in vielen Fällen über längere Zeiträume ihre Zimmer nicht verlassen oder sie wurden sediert.

gg) Als Freiheitsberaubung kommen auch rechtsbeugende Quarantänebescheide in Betracht. Sämtliche Quarantänebescheide beruhten auf „positiv getesteten Personen“, die als Ansteckungsverdächtig bezeichnet wurden. Entgegen dem Gesetz wurde dabei nicht einmal ein „Erreger“ festgestellt, sondern nur ein positiver PCR-Test als Beleg für einen Infektionsverdacht hergenommen. Weitergehende Untersuchungen wurden – zumindest bei der gewöhnlichen Bevölkerung – bewusst nicht vorgenommen. Die Quarantäneanordnung ist

somit unter bewusster Missachtung gesetzlicher Vorgaben rechtswidrig verfügt worden. Die Freiheitsberaubung wird über eine Nötigung ausgeführt, weil die Betroffenen unter Androhung hoher Bußgelder eingeschüchtert und so am Verlassen ihrer Wohnung gehindert werden.

Es wird um strafrechtliche Würdigung gebeten.