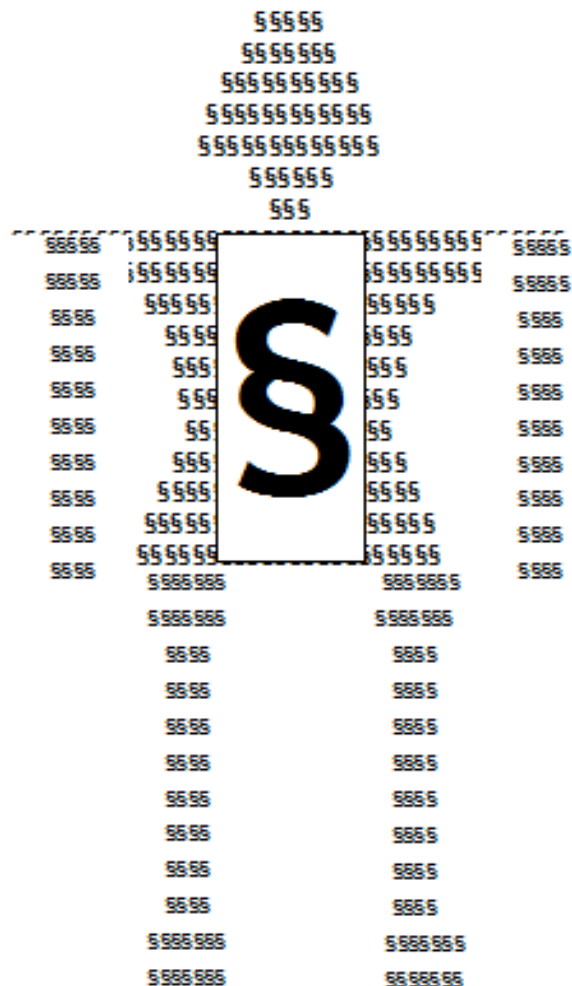


Coronafälle und Coronatote -  
Wie fake ich eine Pandemie?

# Der Coronaplot -

## Gesetze, Richt- und Leitlinien zur Inszenierung der epidemischen Notlage ohne Epidemie in 2020

100 Seiten Ausarbeitung zur Aufarbeitung



## Inhaltsverzeichnis

Der Coronaplot - „Coronainfizierte“ und „Coronatote“ in 2020.....	3
Einleitung und Übersicht.....	3
Kalendarischer Überblick.....	11
Leitlinie der Bundesregierung vom 16. März 2020 .....	13
Die Isolation der „Vulnerablen“ - Verordnungen der Länderregierungen ab 17. März 2020 .....	14
Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19 vom 12. März 2020.....	15
RKI - Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit COVID-19 sowie der WHO vom 13. März 2020 .....	21
Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 17. März 2020 sowie des DIVI vom 25. März 2020:.....	26
Leitfaden für die Behandlung „Coronakranker“ des Instituts für Katastrophenmedizin - Sedieren und/oder Sedieren plus maschinelle Beatmung - eine Durchführungsanleitung für das „Todesprotokoll“ vom 24. März 2020.....	30
Gesetzesänderungen - Nichterfassung des Beatmungsstatus bei Einlieferung und Entlassung - Änderung im Krankenhausentgeltgesetz.....	42
Das „Panikpapier“ vom 24. März aus dem Innenministerium .....	44
Definition - wer gilt als „Corona infiziert“ - Codierrichtlinien für „Coronafälle“ vom 24. März 2020.....	46
Covid-19-Tote - Codierrichtlinien der WHO vom 20. April 2020.....	54
„Corona“-Prämien für Kliniken in 2020 - die „Prämiengewinner“ nach § 26a und §26d:.....	55
• Die Prämiensieger in 2020 nach § 26a und § 26d KHZ:.....	57
Die Rolle der Universitäts-Kliniken.....	60
Krankenhauspharmazien - Herstellung der „Covid-19“-Betäubungsmittel für die Beatmungspatienten und die beschleunigte Sterbehilfe.....	63
Corona - die „Naturkatastrophe“, die „epidemische Notlage nationaler Tragweite“	

vom 27. Mai 2020 und die daraus entstehende „Verordnungsdiktatur“:.....	68
Das „Programm“: Benzodiazepine, Opiate, invasive Beatmung.....	74
Midazolam, Opiate (wie Morphinum), Haloperidol.....	75
• Midazolam - Teil des Todescocktails bei zu Tode verurteilten Straftätern.....	76
• Haloperidol.....	77
• Weitere „Medikamentenempfehlungen“ für die beschleunigte Sterbehilfe.....	77
• Künstliche Beatmung mit Beatmungsgeräten in Krankenhäusern.....	79
Überall der gleiche „Plot“ - Sedierung /Invasive Beatmung in USA, Canada, UK, Europa.....	82
Todesstatistiken 2020 in Deutschland und Europa (Euromomo) und Midazolam- Verschreibungen.....	83
• Midazolam-Verschreibungen in UK.....	84
• Vergleich UK-Midazolam-Verschreibungen mit Todesstatistik in Deutschland 2020.....	86
• Gesamtjahres-Übersterblichkeit in 2020 laut Destatis im Vergleich zu intensivmedizinisch behandelten Verstorbenen.....	87
• Todesstatistiken auf Euromomo von 2020:.....	88
Schlußworte.....	91
Die Verbrecher haben Namen, Funktionen und Gesichter.....	94
Anhang: .....	95
Referenzen.....	98

# **Der Coronaplot - „Coronainfizierte“ und „Coronatote“ in 2020**

oder: Wie fake ich eine Pandemie?

Der „Schutz der Vulnerablen“ - Gesetze, Richtlinien und Leitfäden für Maßnahmen zur lautlosen „Sterbebeschleunigung“ für „Coronainfizierte“ (inklusive Spuren verwischen) in 2020. Es begann mit der Ausrufung der epidemischen Notlage internationaler Tragweite durch die WHO am 11. März 2020...

Diese Ausarbeitung befasst sich chronologisch mit den Leitlinien, Richtlinien, Gesetzgebungen, die im Zuge der sogenannten „Pandemie“ installiert wurden. Auf die einzelnen Schritte wird sehr ausführlich eingegangen, denn man wird erkennen, dass jedes Detail von Bedeutung ist - und von vorne herein geplant war. Absichtsvoll, strategisch - es war nie Dummheit, nie „wir wussten es nicht besser“, nie „ein Fehler“, den sie machten - jedes Detail hatte „Sinn“ in dem Plot, wenn man verstanden hat, dass es nie um Gesundheit ging, sondern um Anrichten von maximalem Schaden auf allen gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Ebenen inklusive der Erzeugung von „Coronatoten“. Der Coronaplot macht dann durchweg Sinn - mit jeder Maßnahme, bei jedem Schritt - man hatte alles sehr gut vorbereitet - planvoll, konzertiert und koordiniert perfekt umgesetzt. Gruselig perfekt eingepasst in einen noch größeren - und noch böseren Plot (mRNA-Injektionen).

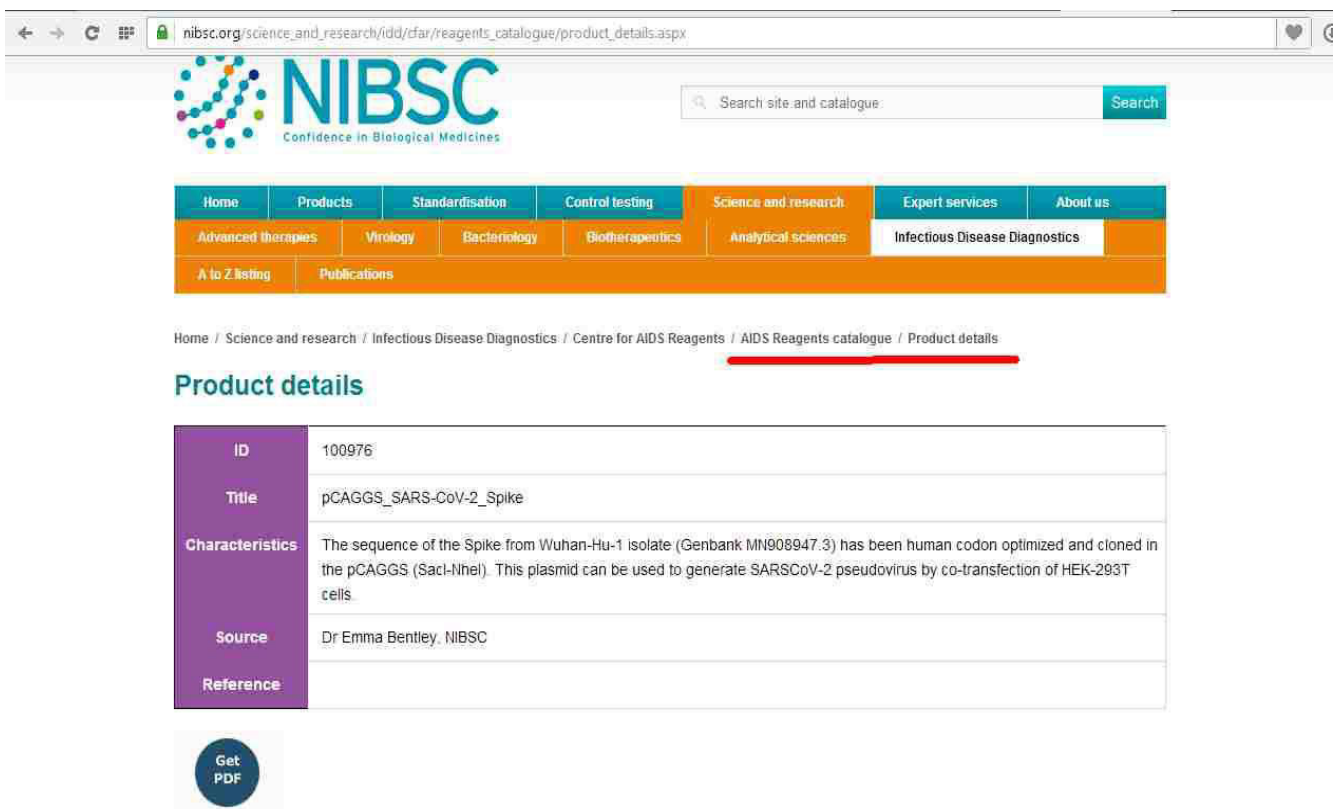
Im März/April 2020 wurden sehr viele ganz wichtige Weichenstellungen gemacht, die im späteren Verlauf maßgeblich den Fortgang der Dinge bestimmten. Das ist der Zeitrahmen, den diese Ausarbeitung schwerpunktmäßig umfasst, mit Querverweisen auf Ereignisse und Ergebnisse, die aus dem, was in dieser Zeit installiert wurde, hervorgingen.

## **Einleitung und Übersicht**

Die „Ausrufung der epidemischen Notlage internationaler Tragweite“ am 11. März 2020 durch die WHO war der „Startschuss“: Ab diesem Zeitpunkt setzte sich ein ganzes

Räderwerk in Bewegung - fein abgestimmt, absichtsvoll und planvoll konzertiert wurden die „Player“ in Stellung gebracht, Leitlinien, Handlungsempfehlungen ausgegeben und die Basis gelegt für das, was kommen sollte. Die „**epidemische Notlage nationaler Tragweite**“ wurde in Deutschland am **27. März 2020** ausgerufen. Dafür gab es - man höre und staune - keinerlei Evidenz - außer den **Beschluss des Bundestages**.

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen: Es wurde NIE ein SarS-CoV-2-Virus isoliert, die sogenannte Virusisolierung („**Wuhan-Hu 1**“) basiert auf einer Kombination von Laborzauber und Modellrechnungen<sup>1</sup>. Wir sprechen also bei Sars-Cov-2 stets von einem fiktiven Virus - dessen Existenz nach wie vor Gegenstand wissenschaftlicher Diskurse ist.



The screenshot shows the NIBSC website interface. The header includes the NIBSC logo and a search bar. A navigation menu is visible with categories like Home, Products, Standardisation, Control testing, Science and research, Expert services, and About us. The main content area displays the product details for 'pCAGGS\_SARS-CoV-2\_Spike'.

ID	100976
Title	pCAGGS_SARS-CoV-2_Spike
Characteristics	The sequence of the Spike from Wuhan-Hu-1 isolate (Genbank MN908947.3) has been human codon optimized and cloned in the pCAGGS (Sacl-NheI). This plasmid can be used to generate SARSCoV-2 pseudovirus by co-transfection of HEK-293T cells
Source	Dr Emma Bentley, NIBSC
Reference	

Below the table, there is a circular button labeled 'Get PDF'.

Sinn und Zweck dieser Modellsequenz war - und zwar von Anfang an - eine „Mastersequenz“ für die Entwicklung von mRNA-Substanzen (= Kopie, Blaupause) vorzugeben. Diese Mastersequenz kann man kaufen, **Wuhan-Hu 1**, sie ist in der Datenbank unter „**Aids-Reagens**“ abgelegt<sup>2</sup>. Aids ist eine Immunschwächekrankheit, bei der das gesamte Immunsystem kollabiert. Die Mastersequenz ist die Vorlage für Laborkreationen von mRNA-Substanzen, hergestellt mit „Genetic Engineering“, die ab Dez. 2020 als mRNA-Injektion auf den Markt kamen. Darin ist das „Aids-Reagens“

eingebaut und wird den Menschen in die Blutbahn verabreicht. Auf die vielen weiteren Details dieser Tatsache wird hier nicht eingegangen, eines wird damit deutlich: Man injiziert den Menschen Aids und zerstört ihr Immunsystem - dauerhaft. Diese mRNA-Injektionen schützen nicht vor einem Virus, dessen Herkunft und Existenz nach wie vor Gegenstand wissenschaftlicher Diskurse ist. Möge jeder selbst darüber weiter recherchieren.

Mit der Ausrufung der „epidemischen Notlage nationaler Tragweite“ am 27. März 2020 (gänzlich ohne Not) hat man ein Szenario aufgesetzt und so getan, wie wenn man mitten in einem Krieg wäre: Es werden täglich tausende Verletzte und Tote erwartet, das Gesundheitswesen schafft es nicht, die vielen Krankheitsfälle zu versorgen, das Personal ist hoffnungslos überlastet, deshalb muss man alle möglichen Zusatzkräfte einziehen, jeder, der helfen kann, wird rekrutiert, die Krankenstationen platzen aus allen Nähten, Verletzte liegen auf den Gängen und warten auf Versorgung, die Medikamente werden knapp, das System ist kurz vor dem Zusammenbruch, und man muss sich überlegen, wenn man weiter leben lässt und wer mit „schneller Sterbehilfe“ weg geräumt wird oder sich selbst überlassen verhungert und verdurstet bei Menschen, die sich selbst nicht mehr versorgen können. Auf Basis dieses - keine Sekunde real existierenden - Szenarios hat man dem Gesundheitsministerium diktatorische Rechte zum Erlass von Verordnungen in vielen verschiedenen Rechtsgebieten gegeben und ein Ordnungsgewebe gesponnen, das sämtliche Grund- und Menschenrechte aushebelte sowie Ausnahmeverordnungen in Kraft und andere Gesetze außer Kraft setzte - wie wenn man im „Ausnahmestand Krieg“ wäre. Richt- und Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften wurden herausgegeben, wie man mit der Flut der Opfer zu verfahren hätte („Triage“, ein Begriff aus dem militärischen Kontext), um das Aufkommen zu bewältigen, „hoheitliche“ Ethikkommissionen sollten die Maßgaben und Rückendeckungen dafür liefern, warum u.a. beschleunigte Sterbehilfe innerhalb so eines Katastrophenszenarios „rechtssicher“ vertretbar ist, sowie andere Grausamkeiten, die man allen Menschen per „Notstandsgesetze“ antat.

Dies ist der inszenierte Hintergrund, den man versuchte, uns als reale „Coronapandemie“ epidemischen Ausmaßes vorzugaukeln, zur Rechtfertigung dessen, was dann per Paukenschlag ab 27. März 2020 in Deutschland (und auch weltweit) in Gang gesetzt wurde.

Unter dem Etikett „Bevölkerungsschutzgesetz“ - so nannte man es - wurden dem Gesundheitsministerium weitreichende Ermächtigungen erteilt, die die Legislative ausschaltete und Vollmachten zum Erlass von Verordnungen übertrug. Diese Verordnungen greifen tief in die Grundrechte / Menschenrechte ein.

Für die medizinische Zunft wurden Finanzanreize geschaffen, die ein wichtiger Baustein waren, um den geplanten Plot in die Tat umzusetzen. Es wurden ca. 1000 Verordnungen und Gesetzesänderungen auf Basis der „epidemischen Notlage“ erlassen - eine umfangreiche Liste der in der „Pandemie“ geänderten Gesetze sind auf Wikipedia zusammen gestellt<sup>3</sup>.

Hier ist eine Übersicht der Weichenstellungen, die für das Gelingen des Gesamtplots von zentraler Bedeutung sind:

1. Ausrufung der epidemischen Notlage nationaler Tragweite - basierend auf NICHTS - die epidemische Notlage ohne Epidemie<sup>4</sup> - vom 27. März 2020 -
2. Übertragung von diktatorischen Machtbefugnissen auf das Gesundheitsministerium /Gesundheitsminister, der Anordnungen/Verordnungen ohne die Zustimmung des Bundesrates erlassen kann auf Basis der „epidemischen Notlage“
3. Handlungsleitfäden, Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften und Ethikkommissionen zur Behandlung von „Coronafällen“: Entweder intensivmedizinische invasive Beatmung - Patienten müssen bei dieser Tortur permanent betäubt werden - bis der Tod eintritt oder das „Palliativprotokoll“: Sterbeschleunigung durch Gabe von Midazolam/Morphinen u.ä. .
4. Das „Panikpapier“ aus dem Innenministerium - Strategiepapier zum Aufbau von Narrativen zur Erzielung von „Schockwirkungen“
5. Erzeugung einer Pandemie-Illusion über PCR-Tests - nur dafür waren sie da, hatten nie medizinische Aussagekraft
6. Richtlinien zu Falldefinitionen von „Corona“ sowie Richtlinien zur Ausstellung von Totenscheinen von der WHO --> alle konnten mit „Corona“ codiert werden!
7. „Corona Task Force“ vom 16. März 2020 - Koordinierung der Krankenhausapotheken zur Herstellung von großen Mengen Midazolam, Betäubungsmittel und anderen „Covid19“-Narkotika
8. Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, des

- Betäubungsmittelgesetzes, des Apothekengesetzes, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Transfusionsgesetzes, medizinproduktrechtlicher Vorschriften
9. Das Bundesministerium für Gesundheit kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, Anordnungen zu treffen (Anm: PEI, RKI, STIKO, DIVI u.a.)
  10. Änderung der Approbationsordnung/Prüfungsordnung für Medizinstudenten (u.a. Medizinstudenten übernahmen Anästhesistenjobs beim „Dienst an der Front“ zum „Üben“)
  11. Aussetzung von Kontrollen für Pflegeeinrichtungen sowie die Einschränkung und Aussetzung von pflegerischen Maßnahmen (Leute konnte man verhungern/verdursten lassen, und das wurde „legalisiert“); Leitlinie zur Sterbebeschleunigung mit Midazolam/Opiaten bei „Komorbiditäten“, das Alter spielte keine Rolle
  12. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit wird eingeschränkt
  13. Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten von Nicht-Ärzten, die „nur“ eine Befähigung, nicht zwingend eine Fachausbildung in medizinischen Berufen brauchen
  14. Anordnung der Länderregierungen u.a. zur „schnellen Leichenbeseitigung / Einäscherung“ - sogar ohne standesamtliche Dokus (ALLE „infiziert“!)
  15. Infektionsschutzgesetz
  16. Beschränkungen der Reisefreiheit, Datenübermittlung von Reisenden plus Kontaktnachverfolgung durch Gesundheitsämter, Änderungen Datenschutz an vielen Stellen
  17. Finanzielle „Incentives“ für Krankenhäuser und Pflegepersonal
  18. Militär wird in der Organisation der Pandemie vielfältig eingebunden

Die Diktatur über alle Lebensbereiche durch eine ausgerufene Pandemie konnte erst richtig Fahrt aufnehmen nach „Ausrufung der epidemischen Notlage nationaler Tragweite“. Das ist der Dreh- und Angelpunkt, um dem Gesundheitsministerium dikatorische Vollmachten zu erteilen, die freie Bahn schafften für eine Verordnungsdiktatur, für „Notstandsgesetze“. Das war/ist der zentrale Schachzug. Der Gesundheitsminister konnte Verordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die meisten „Notstandsgesetze“ laufen zum 7. April 2023 aus - einige wurden in reguläre Gesetze umgewandelt.

Wichtigster Kooperationspartner für diesen Plot sind die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, für die man eine Reihe finanzieller Incentives schaffte. Als Finanzanreize für die medizinische Zunft wurde das Krankenhausentgeltgesetz um die Paragraphen KHZ § 26 a,d,e ergänzt, die großzügige Zahlungen für Krankenhäuser vorsahen, die Beatmungsbetten aufstellten zur „intensivmedizinischen Versorgung“, für Pflegepersonal für die „Pflege am Bett“ sowie „Schutzausrüstung“. Für alle „Coronapatienten“, auch die, die beatmet wurden, wurden große Mengen an Sedativa wie Midazolam gebraucht, die über 12 Krankenhausapotheken/-pharmazien hergestellt wurden. Die Änderungen im Apothekengesetz, Betäubungsmittelgesetz, machten es möglich, dass die Krankenhauspharmazien literweise hochdosiertes Midazolam u.a. „Krisenmedikamente“ wie Opiate etc. in eigener Herstellung produzieren und über ein Netz von assoziierten Apotheken bundesweit verteilen konnten und an Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen jenseits des üblichen Verordnungs- und Vertriebspfades abgeben konnte. 27.000 Flaschen (100 mg/50ml) und 7.000 Flaschen (250mg/100 ml) Midazolam wurden nur im Juni 2020 hergestellt<sup>5</sup>. Es wurde dafür, dass man u.a. die Dokumentationspflichten aushebelt sowie für den „alternativen“ Verteilungsweg am 20. April 2020 eine Verordnung geschrieben<sup>6</sup>, so dass diese Medikamente, die normal sehr streng reglementiert wurden, „undercover“ weiter gegeben werden konnten. Die Bundeswehr stellte dafür ihre Lager in Westfalen zur Verfügung und half bei der Verteilung. Sie wurde auch zur Kontaktnachverfolgung in den Gesundheitsämtern eingesetzt. Im Bundesgesundheitsministerium wurde bereits am 1. Februar 2020 die Abteilung 6 „Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit“ geschaffen, und am 1. März 2020 bezog der Generalstabsarzt Dr. Hans-Ulrich Holtherm (55) seine Stellung, der vorher das Militärkrankenhaus in Ulm leitete.

Mit den PCR-Tests wurden die Coronafallzahlen für die Pandemie-Illusion herbei getestet (ohne medizinische Aussagekraft) und mit den Kodierrichtlinien für Corona, die vom DIVI am 25. März 2020 herausgegeben wurden, definierte man: Wann zählt jemand als „coronainfiziert, coronaverdächtig, kontakt-coronaverdächtig oder sippen-coronaverdächtig...“ und wer zählt als „Coronatoter“ auf den Totenscheinen. Dafür gab die WHO Leitlinien heraus, so dass prinzipiell JEDER Toter als „Coronatoter“ codiert werden konnte.

On-top kommen dann noch die Vorschriften für Beerdigungen der Länderregierungen,

denn „Coronatote“ sollten möglichst schnell - am Besten verbrannt als Asche in der Urne - unter die Erde gebracht werden. Keine Obduktionen, keine Aufbahrung, nichts - so schnell wie möglich sollten sie weg geräumt werden. Die deutsche Bürokratie erhielt die „Verordnung“, bei „Coronatoten“ auf die sofortige Ausstellung von Papierchen zu verzichten, die durften danach ausgestellt werden.... na, für was das wohl „gut war“? Welche Dramen sich in den Menschen abgespielt haben, die mit „Coronatoten“ verwandt waren, sich nicht von ihnen verabschieden konnten, die Umstände des Todes völlig unklar blieben - häufig bis zum heutigen Tag, kann sich jeder selbst ausmalen, und kennt vielleicht sogar Geschichten aus seinem Umfeld.

Dann gab es noch das „Panikpapier“ aus dem Innenministerium, in dem psychologische Strategien dargestellt wurden, wie man die Menschen in Todesangst versetzt, Schockwirkungen erzielt, um sie gehorsam, steuerbar zu machen, welche Narrative man dafür benutzt und wie man die Menschen dazu bringt, Kontaktbeschränkungen und weitere Grundrechtseinschränkungen durch Aufbau von Worst-Case-Szenarien zu akzeptieren. Daraus geht hervor: Die PCR- und Schnelltesterei hatte stets nur als einzigen Zweck, RKI-Meldungen für die Corona-Test-Pandemie zu erzeugen, denn jeder Test wurde gemeldet. Gleichzeitig war er ein Machtmittel, die Menschen damit zu gängeln, medizinisch war er immer komplett wertlos. Je nachdem, was der Zufallsgenerator-PCR-Test anzeigte, konnte man Menschen absondern, in ihren vier Wänden einsperren, ihr Kontaktnetz ausspionieren und ihnen den Zugang zum Arbeitsplatz, zur Schule, Uni oder Kindergarten, Behörden, Dienstleistungen, Geschäfte, Gastronomie erlauben oder verweigern.

Diese Ausarbeitung beschäftigt sich mit den Dingen, die VOR den Impfkampagnen geschehen sind und in die Wege geleitet wurden. Der ganze Plot steht und fällt mit den Ausgangsverordnungen, die in den ersten Wochen März-April 2020 installiert wurden - und in den Folgejahren weiter durchgezogen wurden. Die epidemische Notlage soll angeblich am 7. April 2023 enden, so lange sind/waren die hier aufgezeigten Sachverhalte am Laufen.

Es ist hilfreich, sich die Chronologie der Ereignisse vor Augen zu halten, denn es macht deutlich, wie konzertiert, perfekt koordiniert, aufeinander abgestimmt und zielstrebig der Plot installiert wurde, und hilft, die Übersicht zu behalten.

Aufgrund des Umfangs der hier zusammen getragenen Sachverhalte, kann diese Ausarbeitung zu einem größeren Verständnis der Ereignisse beitragen, sie ist jedoch ein „Work in progress“ mit Updates, denn es tauchen immer neue, weitere Aspekte auf, und im gegebenen Rahmen versucht sie, die Zusammenhänge aufzuzeigen.

Sie hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und wird laufend weiter bearbeitet. Die Gesamtausarbeitung hat insgesamt über 100 Seiten. Die Quellen sind in den Endnoten angegeben.

Die hier dargelegten Sachverhalte sind für jeden Menschen selbst nachrecherchierbar, überprüfbar anhand der gegebenen Quellen. Es ist ausdrücklich erlaubt und gewünscht, dass die hier aufgezeigten Zusammenhänge weiter verbreitet und weiterverwendet werden. Es wird kein Anspruch auf „Urheberrecht“ geltend gemacht.

# Kalendarischer Überblick

## März 2020

KW	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
9	24 Rosenmontag	25	26	27	28	29	1 Generalstabs- arzt Holtherm im BGM
	2	3	4	5	6 Start Moderna Phase I Studie	7	8
10	9	10	11	12	13	14	15
			WHO Ausrufung Pandemie Internationaler Tragweite	„Behandlungs- Empfehlungen“ von S. Kluge für „Coronakranke“ (Euthanasie- protokoll)	Ankündigung Schulschließ./ Lockdowns		
11	16	17	18	19	20	21	22
	Leitlinien der Bundesreg. zur Eindämmung der „Pandemie“ Ausrufung „Lockdown“ ADKA Corona Task Force* KHG- Incentives**	Verordnungen der Länder- regierungen u.a. zur Isolation „Vulnerabler“ + Dt. Gesell. für Palliativmedizin „Empfehlungen“					
12	23	24	25	26	27	28	29
	Inst. f. Katastrophmed Durchführungs- anleitung für Euthanasie- protokoll U07.x! Kodier- richtlinien für „Corona“ von DRG Colloge R. Bartkowski	DIVI- Empfehlung für Euthanasie- protokoll + Feststellung der EPIDEMISCHE NOTLAGE NATIONALER TRAGWEITE + „Panikpapier“		Erstes BEVÖLKE- RUNGS- SCHUTZ- GESETZ Infektions- schutzgesetz = ERMÄCHTI- GUNGS- GESETZ  Legislative ausgeschaltet			
13	30	31	1	2	3	4	5
	Änderung Approbations- ordnung		* Krankenhausgesetz § 26a, d, e rückwirkend zum 1. Jan. 2020 bzw. 16. März 2020				

Was die Ereignisse im Einzelnen bedeuten, wird im Verlauf der Arbeit deutlich.

## April 2020 Ereignischronik

KW	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
14	30	31	1 Über den ganzen April wurden 100e neue Verordnungen auf Länder-/ Bundesebene ausgegeben*	2	3	4	5
	6	7	8 Corona- "Soforthilfe-Paket" + Beschaffung Medizinprodukte	9 Änderung Bestattungs-VO „Schnelle Leichenbeseitigung/ Einäscherung ohne Papiere; KHG!	10 Karfreitag	11	12 Ostern
16	13 Ostermontag	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23 Beginn der 1. Menschenversuche = Studie von Biontech in Deutschland Phase I genehmigt vom PEI 512 Prob.	24	25	26
17	27	28	29 Beginn der 2. Menschenversuche = Biontech-International Phase I 7600 Prob.	30	1	2	3
	* Reisebeschränkungen sowie Datenübermittlung; Quarantäne, VOs zu Ladenschließungen, Hochschulen/Schulen/Kitas, Pflegeeinrichtungen; Ausgangsbeschränkungen, Schutzausrüstung, Desinfektion, Übersicht der VO in Bundesländern: <a href="https://bhponline.de/uebersicht-der-verfuegungen-und-verordnungen-in-den-bundeslaendern/">https://bhponline.de/uebersicht-der-verfuegungen-und-verordnungen-in-den-bundeslaendern/</a> vom 4. Mai 2020						

Übersicht der VO in Bundesländern: <https://bhponline.de/uebersicht-der-verfuegungen-und-verordnungen-in-den-bundeslaendern/> vom 4. Mai 2020

## Leitlinie der Bundesregierung<sup>7</sup> vom 16. März 2020

*„Die Bundesregierung und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Bundesländer haben am 16. März 2020 Leitlinien zum einheitlichen Vorgehen zur weiteren Beschränkung von sozialen Kontakten im öffentlichen Bereich angesichts der Corona-Epidemie in Deutschland vereinbart. Diese Leitlinien widmen sich den Vorschriften für den Einzelhandel, weiteren Schließungen im Publikumsverkehr, weiteren Verboten und Regelungen, die nun von den Ländern zu erlassen sind.“*

Für die Pflegeeinrichtungen von besonderer Relevanz war Abschnitt 4:

### **„4. Regelungen, die seitens der Länder zu erlassen sind**

*Folgende Regelungen sollen nun seitens der Länder erlassen werden:*

- *Besuchsregelungen für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime und besondere Wohnformen im Sinne des SGB IX sowie ähnliche Einrichtungen, um den Besuch zu beschränken (z.B. Besuch einmal am Tag, für eine Stunde, allerdings nicht von Kinder unter 16 Jahren, nicht von Besuchern mit Atemwegsinfektionen, etc.)*

*Folgende Regelungen sollen nun seitens der Länder erlassen werden:*

- *Besuchsregelungen für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime und besondere Wohnformen im Sinne des SGB IX sowie ähnliche Einrichtungen, um den Besuch zu beschränken (z.B. Besuch einmal am Tag, für eine Stunde, allerdings nicht von Kinder unter 16 Jahren, nicht von Besuchern mit Atemwegsinfektionen, etc.)*

- *In den vorgenannten Einrichtungen sowie in Universitäten, Schulen und Kindergärten, soweit deren Betrieb nicht gänzlich eingestellt wird, ein generelles Betretungsverbot für Personen, die sich in den letzten 14 Tagen in Risikogebieten im Ausland oder besonders betroffenen Regionen im Inland nach RKI-Klassifizierung aufgehalten haben*

Seitens der Länder wurden dann massive Besuchseinschränkungen bzw. Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen verhängt. Bewohner durften das Haus nur noch wegen medizinisch notwendiger Maßnahmen verlassen, nicht mehr Spazieren gehen, nicht von Verwandten abgeholt werden. Besuche waren - wenn überhaupt - nur noch zur „Sterbebegleitung“ unter massiven Auflagen erlaubt. Beispielfhaft sei hier auf die

Verordnung des Landes Baden-Württemberg vom 17. März 2020<sup>8</sup> verwiesen.

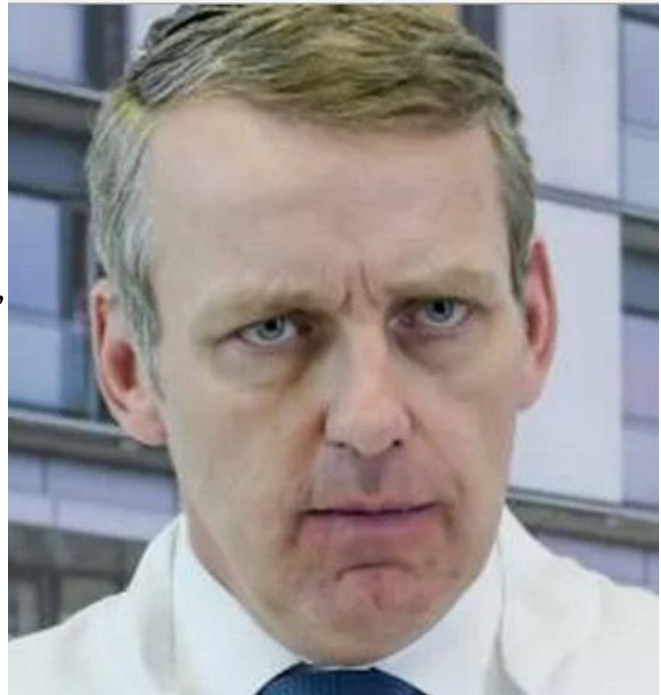
## **Die Isolation der „Vulnerablen“ - Verordnungen der Länderregierungen ab 17. März 2020**

Unter dem Vorwand, „Vulnerable zu schützen“, wurden Menschen in Pflegeeinrichtungen im Prinzip in Isolationshaft genommen: Kein Besuch bzw. jeder Besuch kontrolliert und zeitlich beschränkt, keine Kontakte untereinander, keine gemeinsamen Bastel-, Sport-, Chornachmittage etc., keine Gottesdienste, keine gemeinsamen Ausflüge. Stattdessen eingesperrt in die Zimmer, einsam Essen, Masken tragen, Abstand halten, und ständiges PCR-Testen - im Rachenraum, wo alleine das ständige Reizen der empfindlichen Schleimhäute des Nasen-/Rachenraumes durch Teststäbchen zu Entzündungen führen kann - vor allem bei „Vulnerablen“! So begann der Albtraum - natürlich nur „zu ihrem Schutz“.

Unbeobachtet von besuchenden Verwandten und Bekannten waren sie der Willkür des Pflegepersonals und der Einrichtungsleitungen ausgeliefert. Die innere Vereinsamung, das Verlieren der letzten sozialen Kontakte zur Außenwelt - hinter den Mauern der Pflegeeinrichtungen geschah ein unfassbares Leid hinter dem an Zynismus mit Nichts zu überbietenden Deckmantel, „Vulnerable zu schützen“. Man nahm den Menschen ihren letzten Draht zur Außenwelt und warf sie in Isolationshaft - bewacht von maskiertem Personal in Schutzausrüstungen, gegängelt zu werden wurde zum „neuen Normal“ für diese Menschen, die oft ihr Leben lang schwer gearbeitet haben. Verwahrlosen, Verhungern und Verdursten lassen - es gab keine Instanz mehr, die den Insassen in diesen Zeiten zu Hilfe eilen hätte können, denn es gab ja Besuchsverbot. Das war die erste der zahllosen weiteren Attacken auf das Leben von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, die noch folgen sollten.

## Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19 vom 12. März 2020

Am 11. März 2020 verkündete die WHO, dass es sich beim Ausbruch des SARS-COV-2 Virus um eine „Pandemie“ handelt<sup>9</sup>. Nur einen Tag(!) später am 12. März 2020 erscheinen die „Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit Covid-19“<sup>10</sup>. Herausgeber ist Prof. Stefan Kluge<sup>11</sup>, Direktor der Intensivmedizin am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf. Er ist u.a. in der Bundesärztekammer, Herausgeber von intensivmedizinischen Fachpublikationen, Mitglied des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) u.a. intensivmedizinischer Fachgesellschaften. Er ist Mitglied der Leitliniengruppe S3-Leitlinie "Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz".



Er als Herausgeber der Fachzeitschrift „Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin“ platzierte sein Papier pünktlich keine 24 Stunden später nach Ausrufung der Pandemie durch die WHO. Wie uns doch allseits glaubhaft versichert wurde, wurden alle so dermaßen von einer Pandemie überrumpelt, dass keiner so recht wusste, was geschah, nicht wahr?

In diesem Empfehlungs-Papier werden nun folgende Aussagen getätigt, die für den Fortgang der Ereignisse von großer Bedeutung sind, und daher in den Einzelheiten beleuchtet werden:

Zur **Diagnostik** schreibt er: *„Der Nachweis des SARS-CoV-2 erfolgt aus einem tiefen Rachenabstrich oder aus Rachenspülwasser mittels PCR. Bei negativem Testergebnis und dringendem klinischem Verdacht sollte eine zweite Probe getestet werden. Bei Patienten im späteren Verlauf der Erkrankung (Pneumonie, ARDS) kann der Rachenabstrich bereits wieder virenfrei sein, während noch infektiöse Viruslast in*

*den unteren Atemwegen besteht, sodass die Gewinnung von Tracheobronchialsekret hilfreich ist.“*

Diese Aussage impliziert zwei Dinge: Dass Personen mit negativen PCR-Test Personen weiterhin „coronaverdächtig“ sind - man muss nur oft genug testen. Und: Dass mit den Teststäbchen Tracheobronchialsekret entnommen werden „muss“, was das tiefe Eindringen in den Rachen eines Testopfers rechtfertigt.

Weiter fährt er fort: *„Bei 81 % Patienten ist der Verlauf mild, bei 14 % schwer und 5 % der Patienten sind kritisch krank“*. Man fragt sich, wie er das alles „wusste“, wo die Pandemie doch noch keine 24 Stunden alt ist. Die Übertragung auf andere Personen erfolgt durch Tröpfcheninfektion, und in diesem Papier werden bereits die „Hygienemaßnahmen“ aufgezählt, die dann im späteren Lauf wie Gottes Gebote gehandhabt werden sollten. Im Einzelnen hervorzuheben sind folgende „Empfehlungen“:

- *Die Unterbringung erfolgt vorzugsweise einzeln in einem Isolierzimmer, idealerweise mit Schleuse/Vorraum*
- *Zugang zum Patienten erfolgt nur durch für die Versorgung von COVID-19-Patienten geschultes Personals, das möglichst von der Versorgung anderer Patienten freigestellt wird.*
- *Dabei ist die Zahl der Personen, die das Zimmer betreten, auf ein Minimum zu reduzieren (Besuchsverbot)*
- *Laut Empfehlungen des RKI besteht die persönliche Schutzausrüstung aus Schutzkittel, Einweghandschuhen, dicht anliegender Atemschutzmaske (FFP2 bzw. FFP3 oder Respirator bei ausgeprägter Exposition gegenüber Aerosolen, z. B. bei Bronchoskopie oder anderen Tätigkeiten, bei denen Aerosole entstehen können) und Schutzbrille*
- *Hinweise zu notwendigen Hygienemaßnahmen (räumliche Unterbringung, Personalschutzmaßnahmen, Desinfektion, Reinigung, Abfallentsorgung und Krankentransport) finden sich auf den Seiten des RKI.*

Auch soll die Zahl der Pflegekräfte massiv erhöht werden zur „Individualbetreuung“ der „Coronakranken“ in ihren „Isolierzimmern“, zur „Pflege am Bett“.

Im nächsten Abschnitt erläutert der Autor, dass er keine medikamentöse Therapie empfehlen kann, angeblich, weil unerprobt, keine Daten vorhanden, evtl. nur als Einzelfallentscheidung, aber eigentlich wirkt nichts laut seiner „Expertise“.

Zur Oxygenierung der Patienten sollte die *„Indikation für HFNC/NIV bei akuter*

*hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz im Rahmen von COVID-19 eher zurückhaltend gestellt werden“, um dann endlich bei seiner „Empfehlung“ zu landen: Invasive Beatmung, Intubation. So schreibt er „Der Gebrauch des Stethoskops zur Lagekontrolle des Tubus sollte zurückhaltend erfolgen. Bei einer notwendigen Reanimation ist besonders auf die entsprechenden Schutzmaßnahmen des Personals(!!!) zu achten, die Atemwegsicherung sollte dabei schnell erfolgen und die betreuende Personalgruppe klein gehalten werden“. Möglichst wenig „Mitwisser“ - das war wichtig, und: Wie es dem Patienten geht, scheint keinesfalls im Fokus zu sein. Weiter empfiehlt er: „Bei ARDS und einem  $PaO_2/FIO_2 < 150 \text{ mmHg}$  soll konsequent eine Bauchlagerung durchgeführt werden, das Bauchlagerungsintervall beträgt dabei mind. 16 h.“ Patienten mit Atemproblemen, intubiert in Bauchlage bringen für mindestens 16h - für was kann das nur gedacht sein? Plus Schläuche in die Atemwege zur Intubation, deren Lage nicht überprüft wird??? Wie oben schon erwähnt, ist Diskretion sehr wichtig, wenn man Menschen umbringen möchte, so dass die Personalgruppe klein gehalten werden soll. Er fährt fort mit „Im Einzelfall können zur Überbrückung einer schweren Hypoxämie (erniedrigter Sauerstoffgehalt im Blut!) die Applikation von inhalativem NO (= Stickstoffmonoxid!), eine Muskelrelaxierung oder ein Rekrutierungsmanöver erwogen werden*

Stickstoffmonoxid (NO) - ein geruchloses Gas, das als giftig gilt. Wie der Name schon sagt - ein Er-Stickstoff, ein **Erstickungsstoff!** Herr „Experte“ Kluge empfiehlt also allen Ernstes jenen, die bereits einen erniedrigten Sauerstoffgehalt im Blut haben, das Inhalieren von Stickstoffmonoxid! In den USA wird das Erstickten **der zu Tode verurteilten Delinquenten durch „Stickstoffhypoxie** als „humane Art des Tötens“ seit Jahren „diskutiert“, aber - man kann keine „Studie“ dazu durchführen, die ein Design hat, das „ethisch vertretbar“ wäre, daher hat man darüber keine Erkenntnisse....<sup>12</sup> Bis jetzt wurden noch nicht einmal zu Tode verurteilte mit diesem Protokoll gequält, das der Herr Professor hier „empfiehlt“!

In der Intensivmedizin wurde die Gabe von Stickoxiden als mögliche „Therapie“ mehrfach getestet, aber in einem Studienvergleich von 14 Studien an 1275 Teilnehmern fand man keine Evidenz dafür, dass diese Therapie das Überleben verlängert - wohl aber dafür, dass es wegen des Auslösens von Nierenfunktionsstörungen und anderer schwerwiegender Probleme lebensgefährlich sein könnte<sup>13</sup>.

**Muskelrelaxierung** bedeutet die Gabe von neuromuskulären Blockern, die die Muskulatur lähmen - auch die Atemmuskulatur, was fatale Konsequenzen nach sich

ziehen kann, je nach Art und Dosierung des Mittels.

**Rekrutierungsmanöver** - darunter versteht man eine Beatmungsstrategie für Erwachsene mit akutem Atemnotsyndrom aufgrund von Lungenschädigung. Der Nutzen ist bislang nicht erwiesen - im Gegenteil, es wird sehr kritisch gesehen. Derzeit laufen dazu Studien, Menschenexperimente, deren Abschlussergebnis noch nicht vorliegt.<sup>14</sup> Seine letzte Empfehlung lautet: *„Bei Patienten mit schwerem ARDS (Acute Respiratory Distress Symptom) und therapierefraktärer Hypoxämie (PaO<sub>2</sub>-FIO<sub>2</sub>-Quotient <80 bzw. 60mmHg) ist der Einsatz der venovenösen ECMO eine therapeutische Option, um den Gasaustausch zu stabilisieren. Allerdings müssen vor ECMO-Anlage alle sonstigen Therapiemaßnahmen ausgeschöpft sein.“* und *„Kontraindikationen müssen ausgeschlossen und der Patientenwille evaluiert werden.“*

ECMO bedeutet **extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)** und die **extrakorporale Lungenunterstützung** (oder **extrakorporale Lungenassistenz, ECLA**) sind in der **Intensivmedizin** eingesetzte Unterstützungssysteme. Dabei werden dem Patienten zwei Kanülen in zwei große Blutgefäße eingebracht und an die externe Herz-Lungenmaschine angeschlossen. Die Durchführung und Überwachung verlangt äußerst qualifiziertes Personal. In Deutschland wird eine vergleichsweise hohe Sterblichkeit bei ECMO-Behandlungen beobachtet<sup>15</sup>.

Das sind die „Empfehlungen“ des Herrn Prof. Kluge für eine Krankheit, die nach seinen Ausführungen nur in 5% der Fälle „kritisch“ ist. Dieser Mann ist ein ausgewiesener Experte auf diesem Gebiet und wusste exakt, was das Ergebnis dieser Empfehlungen sein wird.

Im Übrigen gibt es nirgends irgendeine Evidenz, dass die künstliche Beatmung in irgendeiner Form bei respiratorischen Erkrankungen angezeigt ist. Wer würde schon einen Menschen mit Grippe oder Erkältung an eine invasive Beatmungsmaschine klemmen, wo doch diese Behandlungsform selbst bereits ein hohes Schädigungspotential auf vielfache Weise hat? Sei es die künstliche Beatmung selbst oder die fortwährende Gabe von Narkotisierungsmittel, weil die Menschen in eine künstliches Koma gelegt werden müssen - beides hat immenses Schädigungspotential für Patienten - dauerhaft. Herr Prof. Kluge weiß das alles sehr genau, schließlich war er beteiligt an einer Studie, die von 2015 bis 2017 lief, zusammen mit dem Klinikum Rechts der Isar der TU München, Prof. Wolfgang Huber, und der Klinik der Barmherzigen Brüder, München, gesponsert von

NOVALUNG<sup>16</sup>:

### **Titel: Extrakorporales Lungenunterstützungssystem bei akuter Lungenfunktionsstörung (EXODUS)**

#### Studienbeschreibung:

Mechanische Beatmung bei Patienten mit akuter Lungenfunktionsstörung schädigt die Lunge zusätzlich durch Inspirationskräfte und Entzündungsreaktionen. Es wurden große Anstrengungen unternommen, um beatmungsassoziierte Lungenschäden durch niedrigere Tidalvolumina zu reduzieren. Der Nutzen wird jedoch durch mögliche Schäden durch permissive Hyperkapnie begrenzt.

Daher werden die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) und die CO<sub>2</sub>-Entfernung seit mehr als 40 Jahren untersucht. ECMO blieb jedoch auf wenige spezialisierte Zentren beschränkt, die umfangreiche Ressourcen bereitstellen konnten. Der Transfer von Patienten ist mit Zeitverlust und Transportrisiken verbunden. Daher wurden weniger invasive Geräte entwickelt, einschließlich „pumpenloser „extrakorporaler Lungenunterstützung“ (pECLA) und pumpenbetriebener ECLA (z. B. iLA active). Trotz Pilotversuchen, die Machbarkeit, Sicherheit und effiziente Oxygenierung und Decarboxylierung durch pumpenbetriebene ECLA unterstützen, gibt es keine randomisierten kontrollierten Studien (RCT), die einen Nutzen bezüglich Langzeitendpunkten belegen.

Primäres Studienziel: Auftreten eines Anstiegs des SOFA-Scores  $\geq 3$  Punkte oder Tod innerhalb von 28 Tagen 28 Tage:

**Bis heute keine Resultate - was darauf hindeutet, dass alle Patienten innerhalb des Zeitfensters von 28 Tagen verstorben sind!**

Die obige Studie wurde in Zusammenarbeit mit der TU München unter der Leitung von Prof. Wolfgang Huber durchgeführt, der am 8. Mai 2020 im Alter von 58 Jahren überraschend verstarb.

Eine Datenanalyse über **29,929 ECMO-Therapien** in den Jahren 2010 bis 2016, herausgefiltert aus den Datensatz-Codierungen der Krankenkassen ergibt, dass zwischen 60% und 74% der mit ECMO behandelten Patienten versterben<sup>17</sup>. Je mehr ECMO-Behandlungen in einer Klinik durchgeführt werden, desto höher ist die Gesamtsterberate dieser Klinik im Vergleich zu solchen, die pro Jahr weniger ECMO-Behandlungen durchführen.

Insgesamt findet man 35 Studien zu „ECMO“ in den clinicaltrials.gov in Deutschland (März 2023). Dessen Einsatz bei „Covid-19“ bei ARDS-Patienten sollte innerhalb einer Studie der Universität Tübingen ab Aug. 2020 evaluiert werden<sup>18</sup>. Diese Studie wurde jedoch zurück gezogen und nie durchgeführt. Dennoch ist es interessant zu sehen, was der Titel und Inhalt der Studie gewesen wäre:

**Titel: Frühe versus späte ECMO-Therapie bei COVID-19-induziertem ARDS (ECMO-VID) (ECMO-VID)****Studienbeschreibung:**

Die Verwendung von ECMO könnte sich positiv auf das Gesamtergebnis des Patienten auswirken, dies wurde jedoch nicht durch klinische Studien belegt, und bis heute wird ECMO in den aktuellen ARDS-Behandlungsrichtlinien als letztes Mittel empfohlen. Der Zeitpunkt der ECMO-Platzierung zur Linderung von Hypoxie ist eine wichtige Frage für den behandelnden Arzt, ist jedoch bisher nicht gut untersucht. Dies könnte sich auch auf das langfristige funktionelle Ergebnis der Patienten auswirken. Darüber hinaus könnten Nachweise über die Rolle der ECMO für das Outcome von COVID-19+-Patienten einen erheblichen Einfluss auf die Überweisung von Patienten an ein spezialisiertes Zentrum haben und sind für den behandelnden Arzt wichtig. Daher wollen die Prüfarzte der Frage nachgehen, ob eine frühe ECMO-Platzierung der ECMO-Platzierung als Rettungsmaßnahme überlegen ist und ob dies zu einem verbesserten Gesamtergebnis von Patienten mit COVID-19+ ARDS führen könnte.

Wie man sieht: Es existiert keine Evidenz dafür, dass künstliche Beatmung Leben - ganz grundsätzlich - rettet (für das Gegenteil gibt es sehr viel mehr Evidenz), noch dafür, dass es bei Covid-19 eine Behandlungsstrategie mit Aussicht auf Erfolg darstellt. Das muss man erst in Studien herausfinden! Es ist fraglich, ob die Teilnehmer der Studie darüber, dass sie Studienteilnehmer waren/sind, explizit informiert wurden.

An der Universitätsklinik Freiburg wurde im Mai 2020 eine weitere Studie gestartet<sup>19</sup>, die klinische Scores für Covid-19 Patienten ermitteln wollte, die ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung) bekamen. Sie war bis Sept. 2020 terminiert und hatte zum Ziel, herauszufinden, wie viele Patienten ab Initiation von ECMO innerhalb von 30 Tage sterben. Bis heute liegen keine Ergebnisse vor - 2,5 Jahre später. Warum das so ist, kann sich jeder denken.

Herr Prof. Kluge machte laut der tabellarischen Übersicht von Interessenskonflikten der Mitglieder des Leitliniengremien in 2016 folgende Angaben<sup>20</sup>:

Er ist **Berater** für die Firmen AMOMED, Astellas, Cubist, Gambro, **Gilead**, MSD, **NovaLung**, Novartis, **Pfizer**. Die Firma Novalung ist weltweit das erste Unternehmen, das einen pumpenlos betriebenen Gasaustauscher zur extrapulmonalen Kohlendioxid-Entfernung einsetzt, 2003 in Hechingen gegründet, und mittlerweile verschmolzen mit der Xenios AG und Teil der Fresenius Healthcare-Gruppe<sup>21</sup>. Er erhielt **Honorare** für Schulungen/Vorträge von den Firmen Astellas, Basilea, Biotest, Cytosorbents, Gambro, **Gilead**, MSD, **NovaLung**, **Pfizer**, Orion, Sedana, Sorin, **Thermo Fisher Scientific** und **Drittmittel** für seine Forschungen von **Pfizer** und **Novalung**. Er ist Mitglied folgender Fachgesellschaften: European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Deutsche

Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Sepsis Gesellschaft.

Unter „clinical trials“ findet man Einträge von **4 Studien** unter dem Stichwort „**ECMO**“ und „**Hamburg Eppendorf**“, der Wirkstätte des Herrn Prof. Kluge, u.a. im Auftrag der Firma „Novalung“<sup>22</sup>. Zu keiner der Studien gibt es einen Abschlussbericht, was darauf hindeutet, dass es nichts Gutes zu berichten gab und die Patienten verstarben. Insgesamt sind für die Universitätsklinik Hamburg Eppendorf zum Zeitpunkt der Recherche (März 2023) 1248 Studien verzeichnet<sup>23</sup>, einige davon abgeschlossen. Es geht weiter - die nächste Empfehlung für „Coronaerkrankte“ im Coronaplot:

## **RKI - Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit COVID-19 sowie der WHO vom 13. März 2020<sup>24</sup>**

25 26

Schon am 13. März 2020 hat das RKI unter Mitwirkung von Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie von Covid-19 heraus gegeben. Sehen wir uns an, wie das Narrativ der so gefährlichen Epidemie Covid-19 Punkt für Punkt aufgebaut wird:

**Ansteckung:** *Infektionsquelle sind infizierte Personen mit oder ohne Symptomatik. Die Infektion erfolgt in der Regel über Tröpfcheninfektion und bei engen Kontakten. Übertragung über Aerosole ist unter gewissen Umständen möglich, Schmierinfektionen sind nicht auszuschließen. Der konsequenten Umsetzung der Basishygiene und der Personalschutzmaßnahmen kommt daher eine große Bedeutung zu..*

In diesen wenigen Sätzen findet sich schon alles, womit später eine Vielzahl von menschenunwürdigsten Drangsalierungen gerechtfertigt werden. Weiter zur Symptomatik:

### **Klinische Symptomatik**

*Die Inkubationszeit beträgt nach bisherigen Erkenntnissen bis zu 14 Tagen, im Mittel 3-7 Tage. Die Symptomatik von Patienten mit COVID-19 ist unspezifisch, und ähnelt der vieler anderer respiratorischer Erkrankungen. Die Erkrankung kann fieberfrei verlaufen. 80% der Erkrankungen verlaufen mild bis moderat. Im Verlauf der Erkrankung kann es bei etwa 20% der Erkrankten zu einer klinischen Verschlechterung kommen, mit Entwicklung von Dyspnoe, und/oder Hypoxämien, typischerweise ca. 7-10 Tage nach Symptombeginn. In ca. 5% der Fälle besteht die Indikation zur intensivmedizinischen Therapie, in 4% zur Beatmungstherapie aufgrund eines hypoxämen respiratorischen Versagens und ca. 0,5-1% versterben Bei einem septischen Schock und Multi-Organversagen sollte an eine bakterielle (Super-)Infektion gedacht werden. Das Risiko einer schweren Erkrankung steigt ab 50 bis 60 Jahren stetig mit dem Alter an. Menschen über 80 Jahre haben eine Sterblichkeit von >15%. Zusätzlich scheinen verschiedene Grunderkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes mellitus, maligne Erkrankungen, Erkrankungen des Atmungssystems, Immunsuppression unabhängig vom Alter das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu erhöhen.*

Alle Punkte unter „Symptomatik“ bilden für die späteren „Maßnahmen“ und „Therapien“ die Grundlagen. Zu untersuchende „Coronaverdächtige“ sollten von den übrigen Patienten getrennt empfangen werden: *„Screening auf COVID-19 in Rettungsstellen oder Praxen während des normalen Betriebs sollte vermieden werden, sondern nach Möglichkeit räumlich oder zeitlich getrennt erfolgen“.*

Als Untersuchungsmethode empfahl man Thorax-CT, denn man würde angeblich in 85% der Fälle Veränderungen sehen - also bei fast jedem, der so eine Thorax-CT machen lässt... All diese Feststellungen sind als Aufbau eines Plots zu sehen, um jeden als „coronaverdächtig“ - auch ohne Test - einzustufen, spätestens bei der Thorax-CT wird man bei fast jeden fündig werden, negative PCR-Tests haben keine Aussagekraft, laut deren Statements (...denn sie waren von Anfang an ausschließlich als Fallzahlen-generator gedacht...).

**Allgemeine Maßnahmen bei stationärer Versorgung:**

- *Restriktive Flüssigkeitstherapie (da diese die Oxygenierung verschlechtern kann), Ernährungsoptimierung*
- *Engmaschige Überwachung der Vital-Parameter um schwere Verläufe frühzeitig zu erkennen*
- *Berücksichtigung von Komorbiditäten (notwendige Dauer-Therapien, Therapie-Einschränkungen?)*
- *Sauerstoff-Gabe (nasal, Maske, ggf. High-flow), je nach Bedarf, Ziel SpO<sub>2</sub> > 90% bei nicht-schwangeren Erwachsenen, > 92 – 95 % bei Schwangeren (WHO Guidelines)*
- CAVE: Aerosolbildung bei hohem Sauerstofffluss*
- *Regelmäßige Kontrolle der Entzündungsparameter, Nierenfunktion, Leberwerte, Gerinnung. Weitere Bildgebung je nach klinischem Verlauf.*
- *Ggf. Abnahme von mehreren Blutkulturen (jeweils aerob + anaerob)*
- *Respiratorische Materialien je nach klinischem Verlauf (E+R, CoVID-19) -> lt. WHOGuideline alle 2-4 Tage Diagnostik bzgl. COVID-19*

All die hier gegebenen Diagnoseempfehlungen haben Bedeutung im weiteren Verlauf. Vor allem die „restriktive Gabe von Flüssigkeitszufuhr“ ist in diesem Zusammenhang mehr als nur fragwürdig, aber mit fatalen Konsequenzen, wie sich im späteren Verlauf noch zeigen wird. Die Verweigerung von Flüssigkeit für Kranke berührt darüber hinaus ein Basismenschenrecht!

Zu „Therapien“ heißt es, dass es verschiedene Ansätze zu antiviralen Therapien gäbe, die jedoch bisher wenig Evidenz vorliegt, und nur als individueller Heilversuch erprobt

werden soll - und zwar „**vorzugsweise sollten Patienten im Rahmen klinischer Studien behandelt werden**“. Zu diesem Zeitpunkt wird niemandem klar gewesen sein, auf was sie abzielen: Auf die Erprobung von „antiviralen Therapien“ mit Remdesivir und monoklonalen Antikörpern, die nirgends eine Zulassung haben, und im Rahmen der „zulassungserweiterten Anwendung“ als „individueller Heilversuch“ den Menschen angeboten wird, und sie Teil eines Experiments sind, ohne das zu verstehen. Remdesivir gehört zu den von der Bundesregierung zentral beschafften Arzneimitteln wie auch Medikamente mit monoklonalen Antikörper. Sie sind genauso ein Feldversuch im Live-Experiment direkt am Menschen ohne präklinische Evaluation wie die mRNA-Injektionen, die folgen sollten. Bekannt ist, dass Remdesivir erhebliche Nebenwirkungen wie Leber- und Nierenversagen auslösen kann. Monoklonale Antikörper Therapien sind gänzlich unerprobtes Terrain. Den „besonders schweren Verläufen“ bietet man „*Versorgung mit experimentellen Medikamenten für einen individuellen Heilversuch im Notfall über das Robert Koch-Institut/IBBS*“ an. Von Antibiotika und Corticosteroiden wird tendenziell abgeraten. Wichtig an dieser Stelle ist: Angeblich hätte man keine wirkungsvolle Therapie - denn dies ist von zentraler Bedeutung für die Rechtfertigung der mRNA-Injektionen, die auf Basis von bedingten Zulassungen nach nur 6-monatiger Erprobung in klinischen Studien Milliarden von Menschen in die Blutbahn gespritzt werden. Die bedingte Zulassung wird nur dann erteilt, wenn es keine wirksamen Therapien gibt. Und das wusste man zu diesem Zeitpunkt bereits - und unterdrückte mit allen Mitteln sämtliche bereits bekannte und wirksame Therapien, dann man hatte ja noch viel größere Pläne in der Schublade.

Weiter heißt es:

Bei der Behandlung von Patienten mit schweren und kritischen Verlaufsformen müssen folgende Punkte regelmäßig reevaluiert werden:

- Frühzeitige Gabe von Sauerstoff, ggf. nicht-invasive oder invasive Beatmung,
- **ggf. ECMO**, frühzeitige Kontaktaufnahme mit regionalem ECMO-Zentrum zur Beratung bei schwierigen Beatmungssituationen
- Mögliche Komplikationen frühzeitig erkennen und behandeln
- Prävention von Sekundärinfektionen
- **Sepsis-Therapie nach Leitlinie**

Die Anwendung von künstlicher Beatmung in großem Maßstab ist ein sehr weites und vor allem ebenfalls **unerprobtes Feld**. Es liegt **exakt Null Evidenz vor, dass diese Therapie**

**auch nur ansatzweise Erfolg versprechen könnte** (s.o. bei Prof. Stefan Kluge).

Für die Verwendung von **nicht invasiver Ventilation via Gesichtsmasken** findet man **30 Studien**<sup>27</sup> auf [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov), mit sehr wenigen Teilnehmern, von denen die meisten entweder abgeschlossen oder abgebrochen und ohne Ergebnis sind, oder noch laufen - und deshalb auch ohne Ergebnis. **Auch für diese „Empfehlung“ gibt es exakt Null Evidenz.**

Gesichtsmasken zur künstlichen Beatmung müssen sehr eng anliegen, das führt dazu, dass es zu Gesichtsverletzungen, sogar zu Mittelgesichtsdeformationen kommen kann. Außerdem wird Luft mit Druck in die oft verengten oberen Atemwege gepumpt, was zu Verletzungen der feinen Kapillaren führen kann. Grundsätzlich lösen die dicht anliegenden Gesichtsmasken das Gefühl des Erstickens aus und die Patienten geraten in Panik - vor allem jene, die bereits unter Atemnot leiden! Berichtet wurde, dass vom Personal massive Gewalt angewandt wird, um den Patienten die Maske ins Gesicht zu drücken, wie ein Beatmungsoffer eindrücklich schilderte. Er wehrte sich mit Händen und Füßen dagegen - mit dem Ergebnis, dass das Personal seine Hände ans Bett fesselte, so dass er sie keinen cm bewegen konnte.

Alle Formen der künstlichen Beatmung sind Brutalmaßnahmen, v.a. für Patienten, die aus eigener Kraft noch atmen können, wenn auch reduziert.

Künstliche Beatmung hatte seinen Haupteinsatz bei Herztransplantationen oder im Kontext mit komatösen Unfallpatienten, die keine selbständige Atmung mehr hatten über kurze Zeiträume. Je länger ein Patient beatmet wird, desto länger muss er in ein künstliches Koma gelegt werden. Die Nebenwirkungen der kontinuierlich gegebenen Narkotika führen über kurz oder lang zum Totalorganversagen.

Fragwürdig erscheint auch die Tatsache, dass man für alle Patienten mit Atemnot eine einzige Handlungsempfehlung gibt, wo doch die Ursachen dafür sehr unterschiedlich sein können - das wird aber nicht überprüft! Stattdessen unterwirft man alle Patienten dem gleichen Handlungsprotokoll. Sanftere Therapieformen werden noch nicht einmal angedacht!

In der RKI/STAKOB-Veröffentlichung wird auf die **Leitlinien der WHO verwiesen**<sup>28</sup>, die ebenfalls **am 13. März 2020** erschienen und noch ausführlicher jeden Punkt darlegen.

Das RKI veröffentlichte in der Folge Updates mit ihren Hinweisen zu Diagnose und Therapie, die auf deren Seiten zu finden sind.

## **Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vom 17. März 2020 sowie des DIVI vom 25. März 2020:**

In Deutschland gab die **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin** am **17. März 2020** eine **Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19** aus palliativmedizinischer Perspektive<sup>29</sup> heraus. (Diese „Handlungsempfehlung“ galt jedoch für alle Patienten, denn sie floss in die Handlungsempfehlungen des DIVI ein).

Darin heißt es:

*„Es gilt auf eine Häufung von Sterbefällen mit den Leitsymptomen Luftnot und Angst im Bereich der Akutmedizin vorbereitet zu sein und die akutmedizinischen Strukturen in ihrer Kompetenz mittels klarer Handlungsempfehlungen und Beratung durch palliativmedizinische Spezialist\*innen entsprechend zu stärken (Handlungsempfehlung 1). Zudem muss die palliativmedizinische Versorgung im ambulanten und stationären Sektor trotz erschwelter Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden (Handlungsempfehlung 2).“*

Sobald man als „Corona-Fall“ irgendwo in einem klinischen Setting oder innerhalb von Pflegeeinrichtungen identifiziert wurde, kamen diese Leitlinien zum Tragen - nicht nur bei Palliativpatienten, wie man zunächst meinen könnte, denn es wurde gleichzeitig **das Konzept der „Triage“** eingeführt:

*„**Triage** ist ein aus der **Militärmedizin** herrührender Begriff für die - ethisch schwierige - Aufgabe, etwa bei **einem Massenansturm von Verletzten oder anderweitig Erkrankten** darüber zu entscheiden, wie die knappen personellen und materiellen Ressourcen aufzuteilen sind. Es handelt sich dabei um ein Stratifikationsverfahren vor der vollständigen Diagnose. Theoretische Modelle, die die Verteilung knapper Ressourcen thematisieren, werden auch unter dem Begriff der Allokation gefasst.“<sup>30</sup>*

Dieser Leitfaden der Palliativmedizin plus das „trialogieren“ führt dazu, dass der Leitfaden

durch alle Altersgruppen hindurch abgespult wurde. Eine entsprechende Handlungsempfehlung zur Entscheidungsfindung im Falle von „Ressourcenknappheit“ wurde vom DIVI - Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin am 25. März 2020 gegeben - eine Vereinigung, der auch Prof. Stefan Kluge angehört, sowie weiteren Fachgesellschaften.<sup>31</sup> „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ wurde ebenfalls am 25. März 2020 veröffentlicht, **unterstützt von dem Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin mit einem Mehrheitsvotum.**<sup>32</sup> Konkret hieß das: Hat ein Patient - er musste noch nicht einmal als „PCR-positiv“ getestet sein - Luftnot, Angst - wurde der Leitfaden abgespult.

In dem Abschnitt „**Grundsätze der Entscheidung zur Therapieeskalation und zur Therapielimitation**“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin liest man:

*„Im Rahmen der Behandlung einer akuten COVID-19-Infektion mit akuter respiratorischer Insuffizienz muss ein Bewusstsein dafür bestehen, dass diese akute Erkrankung das terminale Ereignis einer schweren Komorbidität darstellen kann. Der Palliativversorgung mit dem Ziel der optimalen Linderung von belastenden Symptomen kommt in diesen Situationen eine besondere Bedeutung zu. Zur Entscheidungsfindung über eine eskalierende Therapiemaßnahme sind folgende Grundsätze zu beachten. Voraussetzung für eine therapeutische Maßnahme ist die medizinische Indikation, die durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin vor dem Hintergrund der aktuellen Kenntnisse über Vorerkrankungen gestellt wird. Kann durch eine therapeutische Maßnahme ein Therapieziel nicht erreicht werden, ist diese Maßnahme nicht sinnvoll und soll der Patient\*in nicht angeboten werden.“*

Auf deutsch bedeutet das: Bei jedem Patienten wurde überprüft, ob er als „überlebensfähig“ eingestuft wurde, und sollte entscheiden, ob er „wiederbelebt“ wird. In England wurde diese Anordnung die „DNR - do not resuscitate“-order genannt, die in der Patientenakte vermerkt und danach ein entsprechendes Behandlungsprotokoll abgespult wurde. Wurde ein Patient als „komorbide“ eingestuft, unternahm man keine Versuche, ihn weiter am Leben zu erhalten, sondern setzte ihn auf das „Palliativprotokoll“. Das betraf nicht nur ältere Patienten, was traurig genug ist, sondern betraf JEDEN Patienten.

Bei Atemnot/Angst sollten Opiate/Midazolam gegeben werden - die - laut Handlungsempfehlung des Deutschen Instituts für Katastrophenmedizin (kommt unten) von den Rettungsdiensten in Pflegeeinrichtungen verabreicht werden sollten (um das

Auftauchen in einer Dokumentation oder Arztverschreibungen zu verhindern).

<b>Dauermedikation</b>	
Morphin retardiert	10 – 0 – 10 mg
oder: Morphin Tropfen	2 – 5 mg alle 4 h
Magrocol Btl.	1 – 0 – 0
<b>Bei Bedarf</b>	
Morphin Tropfen bei Bedarf	3 – 5 mg alle 2 h
Titration nach Effekt um 30-50%	
Oder Opioide mit entsprechenden Äquivalenzdosierungen	

Bei **opioid-vorbehandelten Patient\*innen mit Luftnot und der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme** wird eine Dosiserhöhung der Opioide um 20% empfohlen. Die Dosis der Bedarfsmedikation muss ebenfalls angepasst werden (1/10 bis 1/6 der Tagesdosis).



### Symptomatische Therapie von Unruhe/Angst

Häufig ist Atemnot mit Unruhe und Angstsymptomen verbunden. Bei anhaltender Angst- und Unruhesymptomatik können medikamentöse Maßnahmen zur Symptomlinderung beitragen. Bei Patient\*innen mit akuter COVID-19 Infektion, respiratorischer Insuffizienz und Therapie-limitation hinsichtlich invasiver Beatmung sollten Luftnot und Angstsymptomatik erfasst und grundsätzlich behandelt werden.

Wir empfehlen zur **medikamentösen Linderung von Angst und Unruhe bei Patient\*innen mit der Fähigkeit der oralen Medikamenteneinnahme**:

Lorazepam 1 mg s.l.	bei Bedarf alle 4 h
Midazolam 2,5 - 5 mg s.c.	alle 4 h alternativ zur Lorazepam-Gabe möglich, wenn Lorazepam nicht ausreichend wirksam

Bei **therapierefraktärer Angst und Unruhe oder bei fehlender Fähigkeit zur oralen Medikamenteneinnahme muss der Applikationsweg auf parenterale Gabe (s.c. oder i.v.) verändert werden**. Aufgrund des mildereren Nebenwirkungsprofils ist die s.c.-Gabe zu priorisieren. Antizipatorisch sollten Midazolam-Perfusoren (in Kombination mit Morphin) bei Patient\*innen mit progredienter Unruhesymptomatik und Therapielimitation hinsichtlich einer Intubation frühzeitig angesetzt werden.

Midazolam kontinuierlich	5 – 10 mg/24 h
Midazolam 2,5 - 5 mg s.c.	alle 4 h alternativ zur Lorazepam-Gabe möglich, wenn Lorazepam nicht ausreichend wirksam
Titration nach Effekt	

Die Empfehlung lautete: Entweder Sterbeprotokoll über Sedierung (Weg 1), oder Sterbeprotokoll Weg 2: Intensivmedizinische Maßnahmen, was nichts anderes bedeutete als dass der Patient an die Beatmungsmaschine gehängt wurde.

Sedativa/Betäubungsmittel/neuromuskuläre Blocker wurden auch in diesem Fall gegeben, denn ohne Betäubungs- und Schmerzmittel würden Patienten nur noch vor Schmerzen schreien - es ist eine unerträgliche Tortur, ohne Schmerzmittel an eine Beatmungsmaschine gehängt zu werden!

Sehr wichtig zu verstehen: Beide „Behandlungsprotokolle“ setzten die Überlebenschance auf nahe Null. Hinzukommt, dass diese „Maßnahmen“ auch von ungeschultem Personal durchgeführt wurden.

Die Empfehlung für die „Sedierung“ war die Gabe von Morphinen plus Midazolam - sehr hoch dosiert und nicht patientenindividuell eingestellt, wie es im Beipackzettel eigentlich vorgeschrieben ist. Midazolam und Hydromorphon führen zu Atemsuppression, Atemaussetzer und Hyperkapnie (Verschlechterung des CO<sub>2</sub>-Ausstausches im Blut, Übersäuerung des Blutes). Sie sind Bestandteile des 3-Medikamenten-Cocktail von zu Tode verurteilten. Bevor dem Delinquenten der Todesschuss verabreicht wird, werden diese Medikamente zur Sedierung eingesetzt, plus ein Medikament zur Lähmung der Muskulatur<sup>33</sup>: Lähmung durch neuromuskuläre Blocker, die zu Herzstillstand führen, bspw. mit Kaliumchlorid oder Pentobarbital, das auch zur Einschläferung von Tieren benutzt wird. Alle Medikamente lösen eine Atemdepression aus, und, Midazolam ist ein Medikament ohne schmerzstillende Eigenschaften. Sie ersticken bei vollem Bewusstsein.

Hätte jemand an der Gesundheit der Menschen Interesse, würde er empfehlen, die Menschen auf ein „Todesprotokoll“ zu setzen bei einer Krankheit, die nur bei 5% „kritisch sein könnte“? Wohl kaum. Denn egal welchen Weg man wählt - Einschläfern durch wiederholte Gabe eines Medikamentencocktails, der Bestandteil des Todescocktails bei zu Tode verurteilten ist, oder „intensivmedizinische Maßnahme“ an der Beatmungsmaschine im künstlichen Koma - beide Wege enden mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit tödlich - und genau so ist es auch gedacht gewesen, von Anfang an.

Schließlich brauchte man für die Illusion einer „Pandemie“ auch „Coronatote“.

## **Leitfaden für die Behandlung „Coronakranker“ des Instituts für Katastrophenmedizin - Sedieren und/oder Sedieren plus maschinelle Beatmung - eine Durchführungsanleitung für das „Todesprotokoll“ vom 24. März 2020**

Am 24. März 2020 gibt das Institut für Katastrophenmedizin nach einem Besuch einer Klinik in Straßburg einen Leitfaden<sup>34</sup> heraus, vielmehr eine **Durchführungsanleitung** für die Umsetzung des Euthanasieprotokoll. JEDER Punkt dieses Leitfadens ist bedeutungsvoll, daher folgt die ausführliche Darstellung. Darin heißt es im Einzelnen: *„Vorangestellt sei, dass das Nadelöhr die zu beatmenden Patienten seien. Unter der Annahme, dass sich diese Entwicklung, wie sie derzeit bereits im Elsass besteht, auch in Deutschland einstellen wird, ist eine optimale Vorbereitung von allerhöchster Dringlichkeit.*

***Damit kommt dem Rettungsdienst (Notärzte, Rettungsdienstfachpersonal), und dem Bereich der Intensivmedizin in den Kliniken (Intensivmediziner, Anästhesisten, Intensivfachpflege) die absolute Schlüsselrolle zu.“***

Als Erstes ist festzustellen: Dass das Nadelöhr die zu beatmenden Patienten sein werden, ist eine durch nichts belegte Behauptung plus die Annahme, dass sich diese Entwicklung auch in Deutschland einstellt! **Diese Behauptungen/Annahmen sind zentral für den Fortgang der Ereignisse und die daraus resultierenden „Empfehlungen“!**

Alle Betten in Kliniken sollten schnellstmöglich umgestellt werden auf Behandlung von „Corona-Fällen“, was hieß, alle Betten mit Beatmungsgeräten auszustatten. Alle gehfähigen Nicht-Corona-Fälle sollten entlassen, und alle Betten sollten für Corona-Fälle freigehalten werden, die dort invasiv beatmet werden können. Welche Rolle den Rettungsdiensten unter anderem zugeteilt wird, geht - auch - aus der Empfehlung der Gesellschaft für Palliativmedizin hervor - die Verabreichung des tödlichen Cocktails aus Opiaten und Midazolam. **Rettungsdienste** (sowie Kliniken und Einrichtungen der Palliativversorgung, Hospize) sind befugt, **Betäubungsmittel nach dem Betäubungsmittelgesetz anzufordern und vorrätig zu halten**<sup>35</sup> - daher ihre „zentrale Rolle“.

Alle Operationen sollten verschoben werden: Keine Tumoroperationen, keine

Endoprothetik, keine operative Frakturversorgung, keine ambulanten Operationen mehr, alle Privatkliniken werden geschlossen und das Personal soll sich für die Universitäts-Kliniken zur Verfügung stellen. Die Universitätskliniken wurden in besonderer Weise für den Coronaplot instrumentalisiert - wie man später noch deutlicher erkennen wird. (Anmerkung: Unbekannt ist, wie viele Patienten, die aus den Kliniken rausgeworfen wurden, danach in Pflegeeinrichtungen untergebracht wurden.)

Weitere Punkte aus den Empfehlungen zur Behandlung von Coronafällen und Planung von Krankenhaus-Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit laut dem DKIP-Bericht vom 24. März 2020:

#### Situation im Elsass – Universitätsklinikum Straßburg – in Stichworten – medizinische Details

- Alle Krankenzimmer mit Sauerstoff Wandanschluss wurden/werden als Beatmungs-Zimmer vorbereitet
- Herstellung einheitlicher Vorgabe (ganz Frankreich) durch Gesundheitsamt wie ein Covid-19 Patient zu behandeln ist, welche Schutzmaßnahmen notwendig sind, wie Geräte und Material gereinigt werden können/sollen und so weiter
- Normalerweise Intensivstationen mit 40 Beatmungsbetten – Einzelzimmer – Bauchlage möglich
- Aktuell (23.03.2020) 90 Beatmungsbetten – Einzelzimmer – Bauchlage möglich
- Zum 25.03.2020 erwartet: 110 Beatmungsbetten → großer Raum – einfache Geräte – Bauchlage erschwert
- Am 23.03.2020 erfolgte pro Stunde eine Aufnahme eines beatmungspflichtigen Patienten!
- Auf der normalen Intensivstation alles als Einzelzimmerzimmer belegt  
Grundausrüstung Überdruck, aktuell umgestellt auf Unterdruck, sodass die Luft von der Station über das Zimmer abgesaugt wird
- Nach invasiven Maßnahmen (Intubation, Bronchoskopie) darf das Zimmer 3h nicht betreten werden, bis sich die Aerosol-Tröpfchen am Boden gesammelt haben (eine Pflegekraft verbleibt mit FFP3-Maske im Zimmer und kommuniziert schriftlich (Zettel & Stift) über die Glasscheibe mit den Kollegen vor dem Zimmer)
- Jegliches Material aus dem Zimmer wird in einer Chlorid-Lösung oder Alkohol-Lösung vor dem Zimmer gereinigt, da Chlor und Alkohol das Virus abtöten
- Aufstockung der Pflegekräfte um Faktor 4, damit diese die Zimmer nicht so oft verlassen müssen  
Nicht durch Fachpflege zu leisten. „Normale Pflegemaßnahmen“ durch Pflegekräfte möglich  
Fachpflege kümmert sich um Beatmung und Lagerung und spezielle Maßnahmen und supervidiert die unterstützenden Pflegekräfte
- Zudem wurden Protokolle für das Beatmungsmanagement erstellt, um Pflegekräfte und Ärzte, die in diesem Bereich unerfahren sind, zu schulen  
Es wurde bedauert, dass vorab keine Zeit mehr blieb, diese Schulungen / Unterweisungen vorzunehmen
- Beatmungsparameter in fast allen Fällen moderat  
PEEP 10. AF 20 bis 30. TV 200 bis 500 ml. FiO2 50% bis 100%

- Bauchlage bringt einen entscheidenden Vorteil (16h Bauchlage)
- Ausschließlich geschlossene Absaugung
- Viele Infektionen, vor allem Pilze aber auch bakterielle Superinfektion
- Geplante Erweiterung der Beatmungs-Kapazität auf 200 mit „einfachen“ Beatmungsplätzen  
Hierbei Geräte aus OP-Sälen, OP Einleitung, Aufwachraum
- Dies muss im Krankenhaus und nicht etwa in Sporthallen oder dergleichen erfolgen, da nur hier entsprechendes Fach-Personal jederzeit hinzugezogen werden kann und zudem Geräte getauscht werden können. Es gibt Patienten die komplexe Beatmungsgeräte benötigen und Patienten die mit einfachen Beatmungsgeräten auskommen.
- Beatmungspflichtige Patienten zwischen 19 und 80 Jahren, wobei „nur“ 3 (von 90) unter 50 sind und keine Vorerkrankungen haben. Alle anderen Patienten haben Vorerkrankungen unterschiedlicher Schweregrade. Schwere Verläufe finden sich häufig bei alten Patienten mit Vorerkrankungen
- Typische Vorerkrankungen bei beatmungspflichtigen COVID-19 Patienten: COPD, Asthma, Pneumonie, Diabetes, Adipositas, Bluthochdruck
- Keine Kinder unter 12 Jahren bei den beatmungspflichtigen Patienten in ganz Frankreich
- Seit 21.03.2020: Patienten über 80 Jahre keine Intubation (Beatmung) mehr  
Stattdessen Sterbebegleitung durch Opiate und Schlafmittel
- In Pflegeheimen: Patienten über 80 Jahre, die beatmungspflichtig wären, erhalten eine schnelle Sterbebegleitung mit Opiaten und Schlafmittel, durch den Rettungsdienst. Vorgehensprotokoll erstellt und verantwortet durch Ethikkommission mit hoheitlichem Status
- Diese Ethikkommission wurde wegen dieser Krise berufen. Diese gibt die aktuelle Vorgehensweise vor. Zudem, welche Patienten nicht mehr behandelt werden können. Der Rettungsdienst hält Rücksprache in jedem Einzelfall und geht danach rechtssicher gemäß Vorgabe der Ethikkommission vor.
- Beatmungsdauer im Krankenhaus derzeit ca. 14 bis 21 Tage  
Weaning (Entwöhnung vom Beatmungsgerät mit geplanter Entfernung (Extubation) des Beatmungsschlauchs) insgesamt schwierig, bei kleinstem Hustenreiz nach Extubation sofortige Reintubation vonnöten
- Virus-Nachweis: Alle Patienten mit Verdacht bekommen im KH sofort ein Thorax-CT (Hauptkriterium)  
Thorax-CT deutlich sensitiver als Covid-19 PCR  
Selbst PCR negative Patienten haben häufig ein eindeutiges Thorax-CT und benötigen Behandlung
- Patienten mit SpO2 kleiner 92% unter 6L/min O2 müssen zeitnah intubiert werden  
Anfänglich zögerliche Umsetzung → Todesfälle

Zum besseren Verständnis gehe ich auf jeden Punkt ein, denn jede Handlungsanweisung hatte jeweils eine wichtige Funktion im Coronaplot:

- Man behauptet(!), dass das „Nadelöhr“ die zu beatmenden Patienten sind. Diese Behauptung ist mit exakt Nichts bewiesen, schlicht aus der Luft gegriffen - aber - man stellt die gesamte „Handlungsempfehlung“ auf diese Behauptung ab!
- Die Gesundheitsämter geben zentral Anweisung für das Behandlungsprotokoll von Coronakranken --> Sicherstellung, dass überall der gleiche Plot abgespult wird.
- Alle Zimmer sollen als Einzelzimmer belegt werden --> Ausschaltung von möglichen Zeugen

- Luft wird von der Station in die Zimmer abgesaugt per Unterdruck. Damit werden die Patienten „beatmet“.
- Für Menschen, die schwer atmen, wird stets die aufrechte Position, leicht vornüber geneigt empfohlen - hier soll angeblich „Bauchlage einen entscheidenden Vorteil bringen“ - 16 Stunden?! - Siehe auch die „Empfehlung“ des Herrn Stefan Kluge, der eine Bauchlagerung bei Atembeschwerden anrät.
- Angeblich liegt die Beatmungsdauer „derzeit“ bei 14 bis 21 Tagen. Woher wussten die Straßburger dies nach nur wenigen Tagen „Corona-Pandemie“? Immerhin ist das ein Zeitraum von 2-3 Wochen. Wie konnten sie diese „Erfahrung“ haben? Invasive Beatmung ist üblicherweise eine Kurzzeitmaßnahme, die bei längerer Dauer unweigerlich zur massiven Schädigung der Atemorgane führt. Mit diesem Wissen wird die eigentliche Bedeutung des nächsten Satzes deutlicher: Man behauptet, die „Entwöhnung von Intubation sei schwierig“, und dass sofortige Re-Intubation bei dem kleinsten Husten nötig ist. Das impliziert: Man beatmet die Menschen so lange, bis sie nicht mehr atmen, denn Extubation ist laut diesem Protokoll nicht vorgesehen!
- Nach „invasiven Maßnahmen“ (Intubation, Bronchoskopie) verbleibt eine Pflegekraft im Raum und kommuniziert laut Anweisung „mit Zettel und Stift“ - also nicht digital, wo etwas in Computersystemen abgespeichert werden könnte, wie sonst in jedem Bereich(!) zu Dokumentationszwecken verlangt wird - das Zimmer soll nach der invasiven Maßnahme 3h nicht mehr betreten werden und danach alle Dinge rausgebracht und desinfiziert werden - **vom Patienten ist allerdings nicht mehr die Rede**. Hier wird deutlich, sie beabsichtigen die Leute zu töten - in Bauchlage, denn dann geht es schneller?
- Die Stationspflege wird durch externe „Fachpflege“ aufgestockt - und damit fremdes Pflegepersonal ins Haus geholt, das nur für die Beatmung der Bewohner durch die Beatmungsmaschinen zuständig sind und ansonsten keinen Bezug zu den Betreuten und zu den Häusern haben - anonyme Menschen, die als „Externe“ angeheuert werden, um Menschen umzubringen, und dann wieder verschwinden - möglichst ohne Kontakt zum Stammpersonalkreis. Das geht aus einer weiteren

Empfehlung der Gesellschaft für Palliativmedizin vom 7. April 2020 hervor.<sup>36</sup>

- Zur Arbeit an den zu beatmenden Patienten sollten Menschen anhand von Protokollen zum Beatmungsmanagement geschult werden. Das bedeutet, dass unerfahrene Kräfte zum Einsatz kommen sollen, die noch nie so eine Maschine am Patienten bedient haben. Das ist deshalb äußerst delikates, nachdem genau dieser Bereich der Intensivmedizin äußerst qualifiziertes und erfahrenes Personal erfordert, weil es eine der anspruchsvollsten Tätigkeiten ist - sollte man die Patienten am Leben erhalten wollen - was aber gar nicht geplant war. Einen Moment lang den Druck zu hoch oder Parameter falsch einzustellen, bedeutet für den Patienten, dass seine Lunge platzen kann oder er erstickt. Man wusste bereits, wen man dafür abkommandiert: Medizinstudenten, die es reichlich an Unikliniken gab, und änderte dafür extra die Approbationsordnung<sup>37</sup>.
- Man behauptet, Bauchlage brächte einen entscheidenden Vorteil - die Frage ist, welchen? Menschen, die schwere Atemnot haben, legen sich niemals freiwillig auf den Bauch, allerhöchstens Seitenlage. In Bauchlage sind sie allerdings (noch) wehrloser.
- Im nächsten Punkt heißt es, gäbe es viele Infektionen mit Pilze bakterielle Superinfektionen - die **Gabe von Antibiotika wird hier jedoch nicht empfohlen!** Auch Herr Stefan Kluge riet davon ab. Wie man sieht, ist auch das, was nicht empfohlen wird, bedeutungsvoll, denn bei Sars-Cov-2-Patienten beobachtet man auch Pilzinfektionen der Lungen, wie eine Studie des Klinikums Rechts der Isar in München herausgearbeitet hat.<sup>38</sup>
- Empfehlung, massiv die Beatmungskapazitäten zu erhöhen durch Ausbau auf 200 Beatmungsbetten von vorher 40.
- Bei welchen Vorerkrankungen angeblich „schwere Verläufe“ bei Patienten jeden Alters ab 19 zu erwarten sind, geht aus dem nächsten Punkt hervor: COPD, Asthma, Pneumonie, Diabetes, Fettleibigkeit, Bluthochdruck. Damit weiß der aufmerksame Leser, wer auf das „nicht wiederbeleben“-Protokoll gesetzt werden

soll (das „Wiederbelebungsprotokoll“ - invasive Beatmung - endet allerdings auch tödlich).

- Patienten ab 80 hat man prinzipiell das Euthanasieprotokoll, die „schnelle Sterbebegleitung“ mit Opiaten und Schlafmittel verordnet, die ihnen der Rettungsdienst verabreichen sollte (taucht somit nicht in der Heimdokumentation und den Arztverschreibungen der Bewohner auf). Dieses Vorgehensprotokoll sollte von einer Ethikkommission mit hoheitlichem Status erstellt und „verantwortet“ werden.
- Die Ethikkommissionen hatten die Aufgabe, die obig beschriebenen Vorgehensweisen vorzugeben und Maßgaben dazu machen, welche Menschen nicht mehr behandelt und auf das Palliativprogramm gesetzt werden sollten. Die Aufgabe der Rettungsdienste war es, tödliche Medikamentencocktails zu verabreichen - unter Umgehung von Arztverordnungen, Verschreibungen, Dokumentationen, um das Auftauchen in schriftlichen Unterlagen zu verhindern. Die Ethikkommissionen sollte den Rettungsdiensten für jeden Fall eine „Autorisierung“ erteilen, damit sie „rechtssicher“ das Programm durchziehen.

Interessanterweise gibt es aktuell (März 2023) einen Mordfall, wo der Tochter eines Vaters vorgeworfen wird, sie hätte ihren Vater mit einem Medikamentencocktail über einen längeren Zeitraum hinweg vergiftet. Der Vater verstarb in einer Romed-Klinik in Rosenheim am 16. Nov. 2021 und war wohl einer der ganz wenigen Patienten, bei dem man eine Haaranalyse machte. Toxikologen hatten darin mehrere hochdosierte Betäubungs- und Beruhigungsmedikamente gefunden. Laut Pressemeldung wird der Angeklagten Folgendes vorgeworfen: *„Die gelernte Bankkauffrau soll dem Vater laut Anklage von Staatsanwalt Wolfgang Fiedler von Ärzten nie verordnete Medikamente mit den Wirkstoffen Morphin, Oxycodon, Diazepam, Melperon und Diphenhydramin über Monate hinweg in seinem Haus verabreicht haben.“* Die Angeklagte streitet die Tat vollumfänglich ab, und der Prozess ist noch nicht zu Ende.

**"Eigenartig sei das Geschehen über den langen Zeitraum, das zeitgleich mit dem Start der Pflegerinnen Ende Mai 2021 angefangen habe."**

Dafür gibt es durchaus eine logische Erklärung, wenn man das „Euthanasieprotokoll“ kennt, das auch von ambulanten Pflegediensten durchgezogen werden sollte - laut Handlungsanweisung vom 03. April 2020<sup>39</sup>. Darin wird auf die Empfehlungen der RKI-Seite verwiesen, wo die „berüchtigte“ Richtlinie NG163<sup>40</sup> aus UK hinterlegt ist, die auch von der WHO übernommen wurde (Erklärung folgt später).

Den Schreibern dieser Empfehlung aus der Katastrophenschutzmedizin ist sehr bewusst gewesen, dass das vorzeitige Verkürzen der Lebensspanne eines Menschen Mord ist und Euthanasie nach wie vor ein Straftatsbestand. Daher ersann man diesen Passus mit der „hoheitlichen Ethikkommission“ (die natürlich alle „auf Linie“ gebracht waren und ihren Auftrag pflichtschuldigst ausführten), die das schändlichste aller möglichen Verbrechen abzusegnen hatten, Menschen heimtückisch schleichend durch fortgesetzte Gabe von lebensverkürzenden Medikamenten zu töten. Mit dem Umweg über Rettungsdienste sollten die Spuren dieser Taten erst gar nicht entstehen, denn die Medikamentengaben wurden nirgends in den Unterlagen der Verstorbenen dokumentiert. Rettungsdienste sollten kommen, um zu töten statt zu retten.

- Maschinell beatmen, beatmen, beatmen - bis dass der Tod Mensch und Maschine scheidet - so die Handlungsempfehlung. Man **behauptete** wieder einmal etwas, nämlich dass nach Extubation bei kleinstem Hustenreiz sofortige Reintubation von Nöten sei. Also lässt man Menschen so lange an der Maschine, sediert und vollgestopft mit allen Betäubungsmittel, bis die Maximalzeit ununterbrochener Beatmung mit der Krankenkasse abgerechnet werden konnte, je nachdem, wie lange der Delinquent durchhielt, bevor die Leber, Niere oder das Herz ihren Dienst versagten aufgrund der ständigen Gabe von Betäubern, oder, innerlich aufgrund von Mikroblutungen/Mikrothromben an Organversagen verstarben - das wurde ja in diversen klinischen Studien weltweit erst untersucht<sup>41</sup>. Jüngere „Coronaopfer“ hielten diese Tortur länger durch, so dass man denen bevorzugt den Beatmungsschlauch in den Rachen stopfte oder per Kanüle an die Hauptarterie und Hauptvene hängte (je nachdem, welche Art Beatmung gewählt wurde). Dennoch sind manche schon nach ein paar Stunden im Nirwana, andere bescheren drei Wochen ununterbrochen sprudelnde Dauereinnahmen für das Beatmungsbett.

Danach beauftragte man das in ein Ganzkörperkondom gewickelte Pflegepersonal zur Entsorgung der Leiche in Plastiksäcken ins Krematorium, um sie schnellstmöglich zu Asche zu pulverisieren. Natürlich sind sie alle ausnahmslos an „Corona“ verstorben.

- Kaum landete einer in einer Klinik, wurde ein Thorax-CT gemacht: *„Alle Patienten mit Verdacht bekommen im KH sofort eine Thorax-CT - denn der „Virusnachweis“ durch Thorax-CT sei deutlich sensitiver als PCR-Test“!* Spannend zu lesen, dass man per Thorax-CT Viren nachweisen kann! Zur Durchführung einer Thorax-CT müssen Kontrastmittel gegeben werden, die alle ein Potential zu Nierenschädigungen haben, plus die Strahlenbelastung. Die Rechtfertigung dafür ist: Auch PCR-negative hätten eine „eindeutige Thorax-CT“, wie die Autoren versichern. Pilzinfektionen der Lunge wird man auf dem Thorax-CT erkennen können - aber, die würde man auf keinen Fall entsprechend behandeln, dazu gab es ja keine Therapieempfehlung der Fachgesellschaften. Aspergillus-Pilzinfektionen wurden in einer Studie an zunächst als SarS-CoV-2 deklarierten Patienten nachgewiesen<sup>42</sup>, was man durch spezielle Tests überprüft hat. So mancher „Coronafall“ wird womöglich an einer Pilzpneumonie gelitten haben...?
- Die nächste Empfehlung war, Patienten mit einer Sauerstoffsättigung von <92% zeitnah zu intubieren. Werte unter 80% sind besorgniserregend, aber mit einer Sauerstoffsättigung von 92% liegt man im niedrigen, aber bei weitem noch nicht „gefährlichen“ Bereich. Man stellt wieder eine Behauptung auf: Man hätte anfänglich die Patienten mit <92% Sauerstoffsättigung nicht „zeitnah intubiert“, und daher hätte es Todesfälle gegeben... und wieder ein konstruierter Grund, die Menschen entweder auf das Palliativprotokoll zu setzen oder an die Beatmungsmaschine zu hängen...

Die hier gegebenen Handlungsleitlinien und Empfehlungen schlagen sich in den **„Empfehlungen zur Ressourcenzuteilung in Notfall- u. Intensivmedizin bei COVID-19-Pandemie“ des DIVI vom 25. März 2020<sup>43</sup>** nieder. Das DIVI ist eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Behörde, und deren Aussagen haben aufgrund von Paragraphänderungen (§ 5) im Bevölkerungsschutzgesetz bindenden

Charakter. Der gegebene Handlungsleitfaden des DIVI verwandelt die „Empfehlungen“ in Anordnungen, Auszüge daraus:

### **„3.3.2. Entscheidungen in der Notaufnahme**

*Die Notaufnahme ist auch weiterhin der primäre Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten, also auch der nicht an Covid-19 Erkrankten. Im Rahmen einer Priorisierung für den Zugang zur Intensivtherapie sind für Covid-19 und Non-COVID19-Patienten die gleichen Kriterien anzuwenden. Der Notaufnahme kommt dabei die wichtige Aufgabe zu, frühzeitig und umfassend relevante Kriterien für die Entscheidungsfindung zu erheben (Patientenwille, Patientenverfügung, Advance care planning). In der Notaufnahme können folgende Entscheidungssituationen entstehen:*

- *ausreichende intensivmedizinische Ressourcen vorhanden*
- *keine intensivmedizinischen Ressourcen, aber Ressourcen in der Notaufnahme (Beatmungstherapie)*
- *keine intensivmedizinischen Ressourcen und keine Ressourcen in der Notaufnahme*

*Bei ausreichenden intensivmedizinischen Ressourcen soll in der Notaufnahme nach den oben genannten Kriterien (2.1.) vorgegangen werden. Bei nicht mehr vorhandenen intensivmedizinischen Ressourcen wird sich zwangsläufig die Frage stellen, welchen Patienten, die in der Notaufnahme zur Verfügung stehenden Ressourcen (invasive Beatmung, Nicht-invasive Beatmung, Monitoring, usw.) zugewiesen werden. Hier sollen die unter 3.2. beschriebenen Kriterien angewendet werden.*

*Wenn nicht mehr alle kritisch erkrankten Patienten auf die Intensivstation aufgenommen werden können, muss analog der Triage in der Katastrophenmedizin über die Verteilung der begrenzt verfügbaren Ressourcen entschieden werden.*

und

*„Die Priorisierung soll immer - zwischen allen Patienten, die der Intensivbehandlung bedürfen, erfolgen, unabhängig davon, wo sie gerade versorgt werden (Notaufnahme, Allgemeinstation, Intensivstation).*

Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes

- *nicht* vertretbar *nur innerhalb* der Gruppe der COVID-19-Erkrankten
- *und nicht zulässig allein aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien*

Für Covid- und Non-Covid gelten die **GLEICHEN** Kriterien - altersunabhängig! BEIDE Pfade - künstliches Koma/Beatmen oder Sedieren in Pflegeeinrichtungen sind TODESprotokolle. Genau das beobachtet man auch in der Todesstatistik, weder spielte Alter noch Gebrechlichkeit eine Rolle. Damit werden alle entweder zu Tode beatmet oder zu Tode sediert, denn bei denen, die nicht zu Tode beatmet werden, wird das Palliativprogramm „empfohlen“:

*In der klinischen Praxis können unterschieden werden:*

- 1. Entscheidungen, bei welchen Patienten intensivmedizinische Maßnahmen begonnen werden;*
- 2. Entscheidungen, bei welchen Patienten bereits eingeleitete intensivmedizinische Maßnahmen beendet werden.*

*Beide Entscheidungen hängen zusammen, und für beide Entscheidungen gelten die Kriterien und Verfahren.*

*Die Entscheidungen sind - ggf. in für COVID-19 adäquaten Intervallen - regelmäßig zu re-evaluieren und ggf. anzupassen, insbesondere:*

- 1. bei klinisch relevanter Zustandsveränderung der Patienten und /oder*
- 2. bei verändertem Verhältnis von Bedarf und zur Verfügung stehenden Mitteln.*

*Es ist sicherzustellen, dass eine angemessene (Weiter-)Behandlung für diejenigen Patienten zur Verfügung steht, die nicht oder nicht mehr intensivmedizinisch behandelt werden können. Für Empfehlungen zum Palliativkonzept im Kontext von COVID-19 siehe <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html>.*

Mit folgenden „Komorbiditäten“ - egal bei welcher Altersgruppe - („**Aus Gerechtigkeitserwägungen sollten bei der Priorisierung alle Patienten gleichermaßen berücksichtigt werden**“) wird man auf das Palliativprogramm gesetzt:

*Komorbiditäten*

*Vorhandensein einzelner schwerer Komorbiditäten mit deutlicher Einschränkung der Prognose (siehe Ontario-Protokoll):*

- *Chronische Organversagen (z.B. dialysepflichtige Niereninsuffizienz)*
- *Schwere Organ-Dysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, z.B.*
- *Fortgeschrittene Herzinsuffizienz*
- *Fortgeschrittene Lungenerkrankungen, z.B. weit fortgeschrittene COPD oder beatmungspflichtige chronische respiratorische Insuffizienz*
- *Fortgeschrittenes Leberversagen*
- *Weit fortgeschrittene generalisierte neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen*
- *Weit fortgeschrittene Krebserkrankung*
- *Schwere und irreversible Immunschwäche*
- *Multimorbidität*
- *Allgemeiner Gesundheitsstatus*
- ***Gebrechlichkeit (z.B. mit der Clinical Frailty Scale)***

Fettleibigkeit „Adipositas“ zählt auch dazu (steht in obigen Paper).

Das DIVI wurde per Verordnung des Bundesgesundheitsministerium vom 8. April 2020<sup>44</sup> dazu verpflichtet, die Intensivbettenauslastung wöchentlich zu erfassen und zu melden, aufgeschlüsselt nach

1. mit nicht-invasiver Beatmungsmöglichkeit (ICU low care),
2. mit invasiver Beatmungsmöglichkeit (ICU high care) und
3. mit zusätzlicher extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO).

Man wundert sich, auf welcher Basis die „Fachgesellschaften“ bzw. „Experten“ bereits ein detailliert ausgearbeitetes „Behandlungsprotokoll“ nach wenigen Tagen Pandemie vorgeben, wo doch dieser Virus so „neu“ sein soll, und für ihre Aussagen exakt Null Evidenz existiert. Erfahrungen lagen zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Eine weitere solche „Fachgesellschaft“ ist die „Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachgesellschaften e.V.“<sup>45</sup>, wo auch obiger Prof. Stefan Kluge federführendes Mitglied ist und seine „Empfehlungen“ gibt. Die AWMF gibt Handlungsempfehlungen in Form medizinischer S1-Leitlinien zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19<sup>46</sup> ([AWMF-Register-Nr. 113/001](#)<sup>47</sup>) sowie über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie ([AWMF-Registernummer 040-013](#))<sup>48</sup>.

Juristisch bindend sind diese nicht, erhalten allerdings den Status von „Anordnungen“ über das Bevölkerungsschutzgesetz, § 5.

Auffällige „Koinzidenz“ ist die Tatsache, dass das DIVI am **14. Jan. 2020 Kritik am Notfallreformgesetz<sup>49</sup>** äußert, das Jens Spahn in einem Gesetzesentwurf im Gesetzgebungsverfahren eingebracht hat. In diesem Gesetzentwurf geht es um die Zentralisierung der Notfallversorgung und Verteilung der Patienten sowie um „Triage“ - ein Wort, das ich erstmals 2020 hörte und vorher nie Thema war. Es scheint, dass bereits am **14. Jan. 2020 Vorbereitungen** getroffen wurden für alles, was 2020 noch kommen sollte. Welch „weise Voraussicht“ ging hier doch zu Werke, mag man sich verwundert fragen...?

Als „prompte Reaktion“ auf die Empfehlungen der „Fachgremien und Experten“ beschließt die deutsche Regierung am **27. März 2020** das „Krankenhausentlastungsgesetz“<sup>50</sup>:

*Rückwirkend zum 16. März 2020 erhalten Krankenhäuser „einen finanziellen Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen, um Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit einer Coronavirus-Infektion frei zu halten. Für jedes Bett, das dadurch im Zeitraum vom 16. März 2020 bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, bzw. für jeden gegenüber dem Vorjahr nicht stationär behandelten Patienten, erhalten die Krankenhäuser eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro ausgebliebenen Patienten und Tag. Der Ausgleich wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.*

*Krankenhäuser erhalten einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes Intensivbett, das sie zusätzlich schaffen (Anm.: bedeutet: Schaffung einer Beatmungsmöglichkeit). Die Kosten dafür werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Darüber hinaus sollen die Länder kurzfristig weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren.“*

Das heißt: Für die Umrüstung von „normalen“ Betten auf „Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit“ erhalten Kliniken jeweils 50.000 Euro - plus die Erstattung von entgangenen Einnahmen von 560 Euro pro Bett/Tag für nicht behandelte Patienten wegen der Verschiebung/Absage von nicht coronabedingten Behandlungen/Operationen<sup>51</sup> sowie die Entlassung von bereits aufgenommenen Patienten, die aus anderen Gründen als „Corona“ im Krankenhaus waren. Der

Pflegeentgeltwert (Pflege am Bett) wurde für die Zeit vom 1. April bis 31. Dez. 2020 von 146,55 € auf 185,00 € angehoben. Und, für jeden Coronaverdächtigen gab es noch einmal 50 Euro extra - für „Schutzausrüstung“ des Personals. Deshalb waren die Kliniken 2020 insgesamt leer - nur die intensivmedizinischen Beatmungsbetten wurden belegt.

UND:

*„Die ambulante und stationäre Pflege wird durch das befristete Aussetzen von Qualitätsprüfungen, Änderungen bei der Durchführung von Begutachtungen und den Verzicht auf die - nach geltendem Recht obligatorischen - Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen entlastet.“*

Jegliche Aufsicht über Pflegeeinrichtungen werden - von Staats wegen angeordnet - ab 27. März 2020 für die Dauer der epidemischen Lage nationaler Tragweite ausgesetzt.

Ab diesem Zeitpunkt gab es dann nur noch - staatlich verordnete und organisierte - „Corona-Fälle“ in den Pflegeheimen und Kliniken.

## **Gesetzesänderungen - Nichterfassung des Beatmungsstatus bei Einlieferung und Entlassung - Änderung im Krankenhausentgeltgesetz**

Im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) § 9 Vereinbarung auf Bundesebene<sup>52</sup>, wo es um Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge geht, findet sich unter (1a) Sonderregelungen, die explizit für das Jahr 2020 / 31. März 2021 ausgegeben wurden. Insbesondere ins Auge fällt Absatz 8.

Zum Verständnis desselbigen muss man vorausschicken, dass im 5. Soz.Ges., § 39, Absatz 1, Satz 6 unter „Krankenhausbehandlung“<sup>53</sup> geregelt ist, dass „Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.“

In Absatz 8 heißt es - gültig für den Zeitraum bis 31. März 2021:

8.

*bis zum 31. März 2021 das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung von Abschlägen für Krankenhäuser, die*

***a) entgegen § 39 Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Einschätzung des Beatmungsstatus vornehmen oder***

***b) im Falle einer erforderlichen Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung entgegen § 39 Absatz 1a Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine Verordnung vornehmen;***

Damit gibt es keine Aufzeichnungen darüber, in welchem Zustand die Eingelieferten waren, als sie in die Klinik kamen, obwohl man ja die Untersuchung - zumindest auf dem Papier vorgeschrieben - machen musste, um (siehe oben), zu definieren, wann jemand „beatmungspflichtig“ wurde. Oder hat man ihnen direkt den Schlauch in den Hals gerammt nach Gabe von Sedativa? Für beides bestand Rückendeckung seitens der Gesetzgeber und derer, die „Leitlinien“ ausgaben. Keiner war „schuld“ und - musste auch keine besondere Schweigeklausel unterschreiben. Das Gericht - wenn es jemals zu einer Verhandlung käme - würde anhand der damaligen Gesetze und Richtlinien seine Entscheidungen fällen - und danach war das alles „konform“ und in bester Ordnung, nachdem man auch diese Gesetze „passend gemacht“ hat, „rechtssicher“ autorisiert durch die Maßgaben von Ethikkommissionen.

Die Ärzte und Kliniken wurden reichlich für den M\*rd an ihren Mitmenschen prämiert... Invasive Beatmung gehört zu den „lukrativsten Leistungen“ im Entgeltsystem, die man ab 8 Stunden pro Tag mit 24 Stunden abrechnen konnte, und je länger ein Patient an der Maschine hing, desto höher die Rendite.

## Das „Panikpapier<sup>54</sup>“ vom 24. März aus dem Innenministerium

Was wäre eine Pandemie, die nicht existierte, ohne Panik? Das fragte sich auch das Innenministerium unter der Leitung von Horst Seehofer und stellte Überlegungen an, wie man strategisch vorgehen muss, um die Menschen in Schockstarre vor einem angeblich so gefährlich bis tödlichen Virus zu versetzen, der jedoch in Wirklichkeit nirgends existierte, und daher von der Bevölkerung auch nicht als solches wahrgenommen wird. Herr Seehofer war auch einmal Bundesgesundheitsminister von 1992 bis 1998. Seinerzeit verschaffte er dem RKI seine zentrale Position im Bundesgesundheitsmanagement<sup>55</sup>. Nach Auflösung des Bundesgesundheitsamtes 1994 wurde das RKI die Nachfolgeinstitution.

Laut Frankfurter Allgemeine Zeitung<sup>56</sup> wurde das Panikpapier vom 19. bis 22. März 2020 von einer "Gruppe von rund zehn Fachleuten" verfasst, darunter Wissenschaftler des Instituts der deutschen Wirtschaft und vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Über eine Anfrage bei Abgeordnetenwatch „Frag den Staat“ kam das Strategiepapier des Innenministeriums an die Öffentlichkeit.

Wie wollte man nun die Gefährlichkeitsillusion eines nicht existierenden Virus erzeugen? Ausgehend von verschiedenen Modellszenarien hielten sie es für eine gute Strategie, die Gefährlichkeitsillusion eines nicht existierenden Virus mit folgenden Mitteln zu erzeugen und aufrecht zu erhalten:

- Appellieren an die Urangst des Erstickens
- Kindern einreden, sie wären schuld, wenn ihre Eltern oder Großeltern sterben, wenn sie sich nicht die Hände waschen, Abstand halten und sich nicht an die vorgegebenen Regeln halten
- Kontaktbeschränkungen „um die Infektionsketten zu brechen“ (die nie existierten, weder wurde jemals ein Virus nachgewiesen - und, bewiesen, dass er von Person zu Person hüpfen kann)
- Weit reichende gesellschaftliche Einschnitte durch Schließung von Kindergärten, Schulen, Universitäten, Geschäften, Dienstleistungen, „Lockdowns“ etc. zu veranlassen, das gesamte Wirtschafts- und Gesellschaftsgefüge dadurch bis in die

### Grundfeste erschüttern

- Das Märchen der „asymptomatisch Infizierten“ erfinden, die andere anstecken könnten, so dass potentiell Jeder als „Gefahr“ stigmatisiert wird.
- Die Erzeugung von Fallzahlen und Fallsterblichkeitsraten durch Ausweitung von Testkapazitäten, schließlich braucht eine Pandemie Coronafälle und Coronatote
- Testen, testen, testen und nochmals testen plus Kontaktnachverfolgung, je mehr Tests, desto mehr Fälle, die man dringend für die Gefährlichkeitsillusion brauchte, Einrichtung von Testzentren und Testmobilen, zentrale Erfassung aller Getesteten plus deren Kontaktnetz, Einsatz von digitaler Nachverfolgung per „Corona-Warnapp“, Zugang zum Arbeitsplatz vom Testen abhängig machen etc.
- Hat man sich genügend Fälle statistisch herbei getestet, ist die Bevölkerung eher bereit, die freiheitseinschränkenden Maßnahmen „einzusehen“
- Isolierung/Quarantäne von per Test erzeugten Corona“fällen“ plus Umfeld
- Bürger muss einsehen, alles ist „zu seinem Wohl“, auch wenn ihm der Staat reinredet, mit wem er sich unterhalten darf, mit wem nicht, ihn in seinem Zuhause einsperrt, sich seines sozialen Kontaktnetzes bemächtigt, indem er ihn auffordert, jede Kontaktperson zu melden, mit denen er die letzten 5 Tage kommunizierte
- Eine Kommunikationsstrategie entwickeln mit dem Ziel zu vermitteln: Maßnahmen dienen dem „größeren gemeinsamen Wohl“, dem der Bürger dient, wenn er sich alle Grundrechtseinschränkungen und Gängelungen „im Dienste aller“ gefallen lässt

Ein „Worst-Case“- Szenario sollte in den Köpfen verankert werden, und dazu wollte man sich Medienkampagnen mit Prominenten bedienen. Wir kennen ja die „Schockbilder“ aus Bergamo (die als Fake entlarvt wurden), und die Berichte aus dem „Epicenter of the epicenter“ in New York. Dieses und viel mehr hatte die Planer in der Tasche, um auch psychologisch für das Angst- und Schockklima zu sorgen, das schon dadurch massiv gefüttert wurde, dass sehr viele Menschen ab März 2020 um ihre Existenz bangen mussten wegen der Geschäftsschließungen, bzw. drohenden Jobverlustes aufgrund der wirtschaftlichen Restriktionen für viele Branchen.

Es sei hier festgehalten: **Das Testen mit Schnelltests und PCR-Tests hatte den alleinigen Zweck, Fallzahlen zu generieren.** Es hatte keinerlei medizinische Aussagekraft. Das geht - auch - aus diesem Papier hervor.

## Definition - wer gilt als „Corona infiziert“ - Codierrichtlinien für „Coronafälle“<sup>57</sup> vom 24. März 2020

Für eine Corona-Epidemie braucht man „Coronafälle“ - und dieses Kapitel zeigt, wie man solche durch ein Set von Richtlinien in epidemischen Ausmaß generiert.

Codierrichtlinien beziehen sich auf Krankheitscodes, die auf Vorgaben basieren, die dann an die Krankenkassen und das RKI gemeldet werden.

Bereits am 17. Feb. 2020 hat die WHO und das DIMDI - Deutsches Institut für Dokumentation und Informationen - einen neuen ICD-10 Code für Coronafälle herausgegeben<sup>58</sup>, der am 24. März 2020 um einen weiteren Code ergänzt wurde:

### **U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen**

Coronavirus-Krankheit-2019, Virus nachgewiesen

### **U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen**

COVID-19 o.n.A.

In dem 13-seitigen Papier der Fa. Mediclass unter der Federführung von Dr. med. Rolf Bartkowski wurden die Leitlinien für die Codierung von Coronafällen vorgegeben. Die Med-I-Class GmbH ist in den Bereichen Medizinische Informatik, klinische Dokumentation, medizinische Klassifikationen, Register und Statistiken im Gesundheitswesen, Epidemiologie, Krankenhaus-Management und DRG-Abrechnung tätig<sup>59</sup>, er ist Mitglied der Arbeitsgruppen ICD-10 und OPS beim DIMDI, DRG- und Klassifikationsbeauftragter der DGFW, Arbeitskreis Chirurgie der GMDS, Ständige Fachkommission G-DRG der BÄK.



Auszüge aus den Richtlinien:

- Der Code U07.x! ist ein Sekundärkode - das bedeutet, er muss mit einem Primärkode verbunden sein. Das bedeutet: Egal mit welcher „Hauptkrankheit“ ein Patient zu einem Arzt ging, als Sekundärkode konnte man „Corona“ dazu codieren. Vorschläge dazu macht der Autor in seinem Dokument.

- Kontaktpersonen SOLLTEN auch codiert werden - egal, ob sie getestet waren oder nicht! Das muss man zitieren, denn es ist sehr bedeutsam - bitte genau lesen:

S. 6: Bei einer Kontaktperson, bei der weder Krankheitssymptome noch ein Erregernachweis vorliegt, ist der **Behandlungsanlass mit Z20.8 Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten** zu kodieren. In der ambulanten Versorgung kann bei **einem negativen Testergebnis ergänzend U07.2! A** (Zusatzkennzeichen A für die ausgeschlossene Diagnose) angegeben werden.

Als Kontaktpersonen der Kategorie I gelten gemäß RKI [11] Personen mit

- **mindestens 15-minütigem Gesichtskontakt oder Lebensgemeinschaft** im selben Haushalt
- **direktem Kontakt zu Körperflüssigkeiten** eines bestätigten COVID-19-Falls (z.B. Küssen, Anhusten, Anniesen)
- **Kontakt ( $\leq 2m$ ) zu einem bestätigten COVID-19-Fall im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ohne verwendete Schutzausrüstung**
- **Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall in einem Flugzeug** (auch Crewmitglieder). Hiervon ist auszugehen, wenn der **bestätigte Fall in derselben Reihe oder in den zwei Reihen vor oder hinter der Kontaktperson gesessen hat, Gesichtskontakt oder direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten(!!!)** bestanden hat.

**Kontaktpersonen** (zumindest der Kategorie I), **bei denen kein Test durchgeführt worden ist, müssen als Verdachtsfälle gelten (s.u.). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass es sich auch bei negativem Test um einen Keimträger handelt (falsch negatives Testergebnis).** Solange jedoch keine Krankheitszeichen bestehen, gilt bei diesen Kontaktpersonen COVID-19 als ausgeschlossen. In der ambulanten Versorgung kann daher U07.2! A angegeben werden.

Bei **Erregernachweis ohne Krankheitszeichen ist, auch bei einer Kontaktperson, als Primärkode Z22.8 Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten** mit dem Sekundärkode **U07.1!** anzugeben, in der ambulanten Versorgung mit dem Zusatzkennzeichen **G** für die gesicherte Diagnose.

So wurde nicht nur der Patient, sondern gleich sein ganzes Umfeld als „Coronafälle“ in der Datenbank registriert. Jeder war „fällig“ ... um Coronafallzahlen zu generieren! Und, schlimmer geht immer - denn im nächsten Abschnitt geht es um die Erfassung von „Coronaverdächtigen“:

- **Verdachtsfälle** sind Personen, bei denen kein Test durchgeführt wurde, aber Krankheitssymptome aufweisen (also **symptomatisch + ungetestet = Coronafall!**)

ODER Kontakt zu einem Keimträger hatten (also **asymptomatisch + ungetestet = Kontakt-Coronafall!**)

- Bei einer ambulanten oder vertragsärztlichen Untersuchung wird anders codiert als bei einer stationären Krankenhausbehandlung!
- Sobald jemand in eine Praxis mit Symptomen wie Husten, Niesen, Halsschmerzen, Schleimbildung oder Durchfall kam, sollte der Zusatz-Coronacode vergeben werden, und man hatte wieder einen Coronaverdächtigen mehr in der Datenbank!
- In Kliniken lief es noch einmal anders:

S. 7: Bei einer stationären Behandlung bzw. Beobachtung ist die Verwendung der Zusatzkennzeichen V und G sowie die Angabe einer Ausschlussdiagnose (U07.2 A) nicht zulässig. Für die Kodierung von **Verdachtsfällen** sind die Deutschen Kodierrichtlinien 2020 maßgeblich. Gemäß DKR D008b sind bei einer Entlassung nach Hause ohne Bestätigung oder Ausschluss von COVID-19 nur die festgestellte respiratorische Infektion (siehe Tabelle 1) bzw. die Symptome zu kodieren. Um den besonderen Aufwand abzubilden, kann jedoch **zusätzlich noch Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen angegeben werden.**

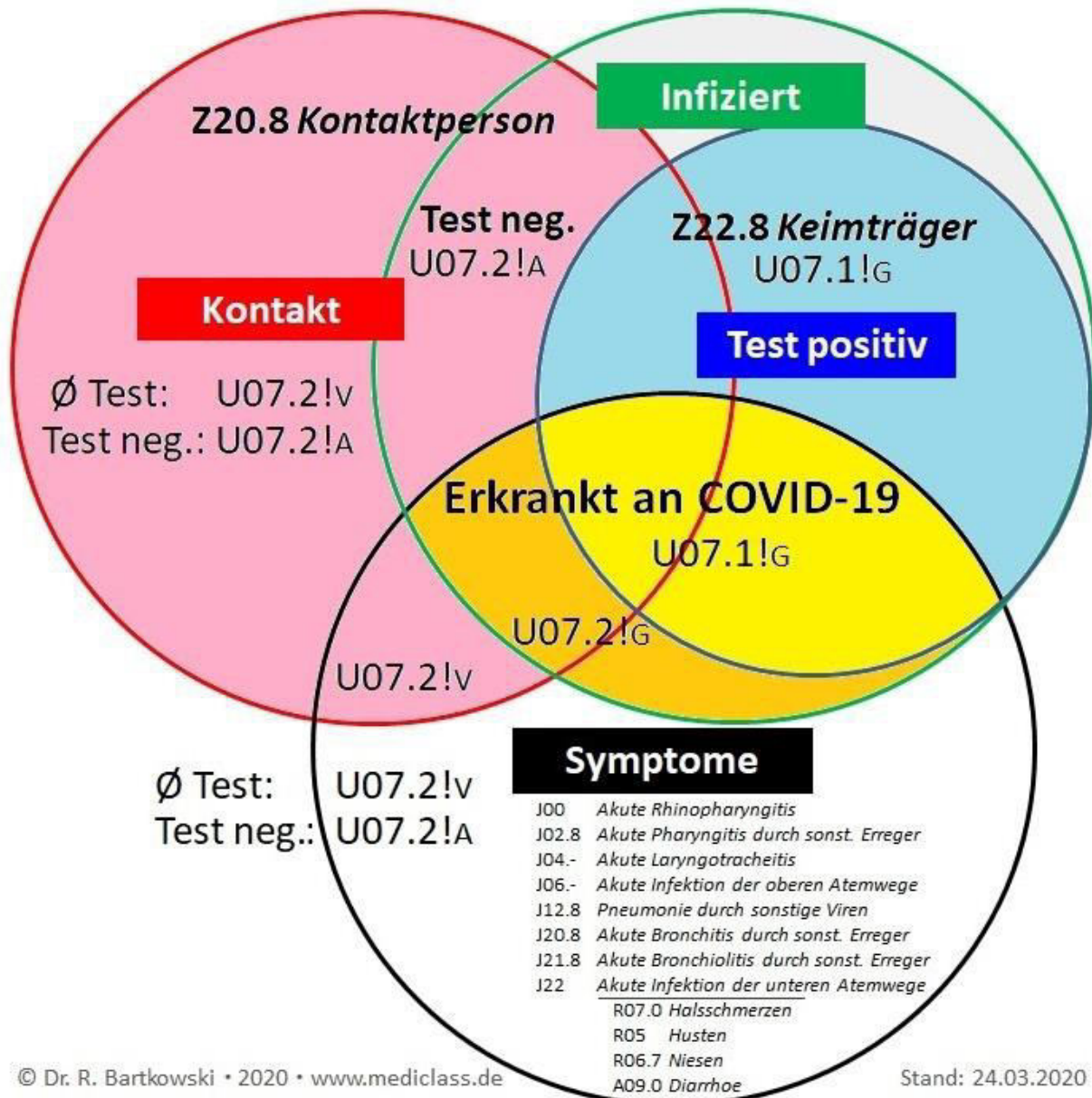
Sollten jedoch Behandlungen mit Bezug auf die Verdachtsdiagnose COVID-19 durchgeführt worden sein, worunter auch **Isolation** bzw.

**Komplexbehandlungen** zu verstehen sind, ist **U07.2!** ergänzend zu kodieren, sofern die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren bzw. COVID-19 nicht sicher auszuschließen war.

Bei einer Verlegung **mit der Verdachtsdiagnose COVID-19** in ein anderes Krankenhaus kann der Code für die respiratorische Infektion mit dem Zusatzcode **U07.2!** kodiert werden, auch wenn keine Behandlung eingeleitet worden ist.

Der bloße Verdacht reichte aus - und den konnte man ja immer haben, um als „coronaverdächtig“, „sippencoronaverdächtig“, „kontaktcoronaverdächtig“ als Coronafall in der Datenbank registriert zu werden oder in Heimen „Sippencorona“ auszurufen, sobald man zwei Bewohner mit „Pneumonie“ diagnostizierte, was ein Leichtes war, um dann 100 weitere Bewohner plus das Personal als „sippencoronaverdächtig“ einzustufen und in die Datenbank zu verfüttern.

Grafisch dargestellt sieht es so aus:



S.8: Abbildung 1: Kodierung von Exposition, Infektion und manifester Erkrankung  
 Gelb markiert sind **symptomatische Fälle mit positivem Testergebnis**, die als erkrankt gelten. Nicht alle Erkrankten, bei denen die Diagnose COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist, sind jedoch getestet, auch kann der Test ein falsch-negatives Ergebnis haben. In diesen Fällen ist neben der Manifestation ergänzend **U07.2!** zu kodieren (orange markiert). Fälle mit positivem Testergebnis (Keimträger), aber ohne klinische Symptomatik, gelten nicht als erkrankt (hellblau markiert). **Ungetestete Kontaktpersonen (rosa) gelten als Verdachtsfälle, ebenso symptomatische ungetestete Patienten (weiß).** Grau markiert sind asymptomatische infizierte Personen, bei denen kein Kontakt mit Keimträgern bekannt ist und aufgrund fehlender oder falsch-negativer Testung das Übertragungsrisiko bisher noch nicht erkannt werden konnte.

Diese Codierungsanleitung ist äußerst fantasiereich, um faktisch JEDEN als Coronafall oder Coronaverdächtigen zu codieren - und keinen davon auszuschließen! Das ist an Absurdität wirklich nicht mehr zu überbieten und eigentlich kriegt man nur noch einen schallend lauten Lachanfall, wenn dieser gigantische Megabetrug mit „Coronafällen“ nicht so derbe Konsequenzen nach sich gezogen hätte. Die Vorgaben wurde am 16. Juli 2020 in die Kodierempfehlung des Bundesministeriums für Arzneimittelsicherheit übernommen.<sup>60</sup>

Auf diese Weise generierte man abertausende „Coronafälle“ oder Coronaverdächtige! Darauf bauten die Zahlen des RKIs, wobei dann noch der Rechenrick „Inzidenzwert“ ins Spiel kam: Inzidenzwerte waren Hochrechnungen auf 100.000 Personen - also auch nichts Faktisches, sondern Modellrechnungen, ein billiger Rechenrick aus der Trickkiste der Betrüger. Wenn 3 Coronafälle registriert wurden, wurde daraus eine Inzidenz von 300. ( $3 \text{ von } 100 = 300 \text{ von } 100.000$ ). Desweiteren eröffneten diese Kodierrichtlinien Scheunentore für Manipulationen von Zahlen: Wurde eine Person als „Kontakt-coronaverdächtig“ kodiert, später dann - wenn man den CT-Wert auf 45 Zyklen raufsetzte - evt. getestet, und evt. als „falsch negativ coronaverdächtig“ gemeldet, konnte man unbemerkt gleich zweimal ein- und den selben Fall in die Statistik aufnehmen, wenn sie kumuliert wurde. Dieser und viele weitere Tricks waren mit dieser Kodieranleitung möglich. Ein unfassbarer Betrug in der Ermittlung der „Coronafallzahlen“ und darauf aufbauenden Inzidenzen!

Für Kliniken gab es eine Reihe „attraktiver Angebote“ in 2020, auf Basis von so generierten Coronafällen ihr Budget aufzubessern: Jeder, der kam war ein potentieller Coronafall - und dann spulte man die Leitlinien ab - Thorax-CT-Aufnahme und invasive Beatmung. Mit der Thorax-CT-Aufnahme konnte man - siehe RKI Diagnoseempfehlung - „bei 85% der Fälle Veränderungen sehen“ - und schon hatte man wieder eine Coronafall - auch mit negativen Testergebnis. Das Testergebnis war letztlich egal, es war nur der Auftakt, der Grund, Menschen menschenunwürdige Behandlungsmaßnahmen anzutun und sie zu isolieren.

Das Beatmungsprogramm mit verschiedenen Methoden ist für Kliniken eine „Cash Cow“, die sehr viele sehr intensiv gemolken haben.

S. 9: Im G-DRG-System wird je nach Hauptdiagnose D63Z (Pharyngitis/Laryngitis), E69C (Bronchitis), E70Z (Bronchiolitis) oder bei einer Pneumonie E79C erreicht. Im Falle einer mindestens 10-tägigen Isolation mit Komplexbehandlung (8-98g.02 ff.), allerdings nur bei einer Pneumonie, ist eine **Schweregradsteigerung zu E79B** möglich (BWR 0,742 zzgl. Pflegeentgelt). (*Pflegeentgelt = + 185 €/Tag/Patient*) Bei einer **Beatmungsbehandlung** mit einer Dauer **von mindestens 25 Std. und einer Verweildauer von mindestens 3 Tagen** wird die Basis-DRG E40 erreicht, je nach PCCL, Alter und Aufwandspunkten einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung die Stufen C, B oder A (BWR **1,555 bis 3,406** zzgl. **Pflegeentgelt**). Die Basis-DRG E40 wird auch mit 0 bis 24 Beatmungsstunden und sogar bei Tagesfällen erreicht, wenn ein Atemnotsyndrom (J80.-) als Hauptdiagnose angegeben wird. Die Kodierung eines **Atemnotsyndroms** setzt allerdings in der Regel eine zumindest kurzfristige Beatmung oder Atemunterstützung (CPAP) mit einem PEEP von mindestens 5 mbar (entspr. 5 cm WS) und eine arterielle Blutgasanalyse bzw. Bestimmung der Sauerstoffsättigung voraus (siehe Tabelle 4). Bei einer Beatmungsdauer von mehr als 95 Stunden werden je nach Dauer die Beatmungs-DRGs A13 bis A06 erreicht.

Bei einer Isolation (Quarantäne) ohne Krankheitserscheinungen (Hauptdiagnosen Z20.8 bzw. Z22.8) ist nur Z64D (BWR 0,313 zzgl. Pflegeentgelt) abrechenbar, auch bei einer Isolation mit Komplexbehandlung (8-98g ff.).

Beatmungsbehandlungen sind eine Cash-Cow. Die länderspezifischen Basisfallwerte<sup>61</sup> lagen in der BRD in 2020 bei 3.679,62 €.

Eine - nicht exakte - Beispielrechnung anhand der Bewertungsrelation von Beatmungsbehandlungen soll eine Idee geben, um welche Summen es sich pro Patient handelte, wenn man „Beatmung“ bei „Coronafällen“ als Therapie durchführte:

Bundesbasisfallwert in 2020: € 3671,18 x (1,555 - 3,406):

**Unterer Wert:** € 3679,62 x 1,555 = **5721,80 €** + Verweiltage im KH \* 185 € +  
Beatmungsstunden + 50 € Patientenpauschale+ weitere Diagnosen +  
Corona(verdachts)fall

**Oberer Wert:** € 3679,62 x 3,406 = **12532,76** + Verweiltage im KH \* 185 € +  
Beatmungsstunden + 50€ Patientenpauschale + weitere Diagnosen +  
Corona(verdachts)fall

(Nachdem ich bzgl. Codierungen und Berechnungen Laie bin, überlasse ich es den Spezialisten, das genau zu erforschen, ich möchte hier nur eine Idee geben.) Je länger man einen Patienten bis zum Tod quälte, desto höher die Rendite - wenn sie es denn 14 bis 21 Tage überhaupt aushielten, wie oben in den Handlungsempfehlungen des Instituts für Katastrophenmedizin als behaupteter „Normalfall“ dargestellt. Pro Eingelieferten konnte man Beträge von ca. 30-40.000 Euro oder auch mehr abrechnen. Hier ist ein Auszug aus einer Krankenhausabrechnung, die obiges Protokoll pflichtschuldigst bei

einem Patienten abspulte - der wie durch ein Wunder heute noch lebt und dem Beatmungstod - schwerstens beschädigt - entkommen konnte, und noch heute unter schwersten Panikattacken leidet. Aufenthalt: 02. Dez.2021 bis 29. Dez. 2021, Summe der Gesamtabrechnung betrug 33.6000 Euro:

**Rechnung**  
**Stationärer Aufenthalt**  
02.12.2021 bis 29.12.2021

serem Hause erfolgte Behandlung am/in der Zeit vom 02.12.2021 bis 29.12.2021 berechnen sich wie folgt:

**Diagnosen:**

- Entl. J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren (U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen);

**Prozeduren: (6)**

- 08.12.2021 3-202 Native Computertomographie des Thorax;
- 08.12.2021 8-713.0 Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkannülen [HFNC-System];
- 08.12.2021 8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung;
- 08.12.2021 3-202 Native Computertomographie des Thorax;
- 08.12.2021 8-980.20 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte;
- 08.12.2021 8-701 Einfache endotracheale Intubation;
- 08.12.2021 8-831.0 Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen;
- 08.12.2021 8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes;
- 02.12.2021 8-98g.14 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage;
- Entl. J96.00 Akute respiratorische Insuffizienz, Typ I [hypoxisch], anderenorts nicht klassifiziert;
- Entl. J80.03 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]: Schweres Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS];
- Entl. F05.0 Delir ohne Demenz;
- Entl. I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise;

**Leistungen:**

Herkunft (54)

	Zeitraum von	bis	Anz. Tage	Preis	%-Betrag	
KV	02.12.2021	07.12.2021	6	14,50	100%	B
						8

Abschließend zu diesem Kapitel ist noch anzumerken, dass hier noch nicht die Feinheiten, die den PCR-Test betreffen, einfließen - denn, im Prinzip hat das Testergebnis schlicht keine Rolle gespielt! Siehe auch dessen Aufgabe im pandemischen

Szenario aus dem „Panikpapier“.

Dem RKI ist wohl bewusst, dass die Zahl der CT-Zyklen (Amplifikationszyklen) eine wesentliche Rolle dafür spielen, ob jemand „negativ“ ist oder „positiv“: Je höher die Anzahl der Zyklen, desto wahrscheinlicher, dass ein positives Ergebnis erscheint. Und die Zahl der Zyklen war ein Geheimnis, das niemand erfuhr, wenn er getestet wurde - und wurde natürlich auch nirgends festgeschrieben! *„Ein CT-Wert von größer 30 gilt als Richtwert des Robert Koch-Instituts dafür, dass ein Infizierter nicht ansteckend ist. Ein Grenzwert ist das nicht, weil der CT-Wert durch viele Faktoren (z. B. Art Abstrich, Art Test, Zeitpunkt der Infektion u.v.m.) beeinflusst wird. Die Frage, die zu beantworten ist, ist bei CT-Werten > 30 die Kodierung der U07.1! erlaubt oder nicht? Hierzu gibt es keine verbindlichen Vorgaben.“* schrieb Medcontroller auf seiner Seite<sup>62</sup>.

Jede Testung muss auch immer ans Gesundheitsamt gemeldet werden! Jeder Getestete erhielt eine ID, die dann in die Corona-Warnapp eingespeist wurde. Und: Das millionenfache Testen selbst wurde natürlich auch zur „Cash Cow“, allerdings etwas später im Plot.

**Randbemerkung:** In der Referenzliste des oben angegebenen Papiers taucht die Arbeit von Drosten von 2004 auf: [2] Berger A, Drosten C et al.: Severe acute respiratory syndrome [SARS] - paradigm of an emerging viral infection. J Clin Virol 2004; 29: 13-29 - und nicht auf das Papier von im vom 23. Jan. 2020: Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR - gefördert u.a. durch das Forschungsministerium und der EU<sup>63</sup>.

Warum bezieht man sich hier nicht auf sein Paper vom Jan. 2020 zum „neuen Coronavirus“?

Und, es kommt noch dicker...

## Covid-19-Tote - Codierrichtlinien der WHO vom 20. April 2020<sup>64</sup>

In ihrem Dokument „INTERNATIONAL GUIDELINES FOR CERTIFICATION AND CLASSIFICATION (CODING) OF COVID-19 AS CAUSE OF DEATH“ heißt es auf Seite 3 ausdrücklich:

„COVID-19 sollte auf der ärztlichen Todesursachenbescheinigung **ALLER Verstorbenen** eingetragen werden, wenn die Krankheit den Tod verursacht hat oder vermutlich verursacht hat oder dazu beigetragen hat.“

Noch Fragen hinsichtlich der „vielen Coronatoten“ weltweit? Ab 2020 gab es keine anderen Todesursachen mehr, nur noch „Covid-19-Tote“ - per Anweisung der WHO. Die WHO gibt dann Beispiele von Totenscheinen, schlägt Möglichkeiten vor, wie man eigentlich bei fast jedem Toten Covid-19 dazu schreiben kann, die Zahl der Möglichkeiten ist schier unendlich. Außer evt. bei einem Motorradunfall schreibt man kein Covid-19 dazu - außer, man hat den Verdacht, dass der arme Verunglückte evt. Corona gehabt haben könnte, und dadurch im Straßenverkehr einen Fehler gemacht haben könnte....

Dem oben beschriebenen Fantasiereichtum zum Generieren von „Coronafällen“ steht das WHO-Dokument zum Codieren von Coronatoten in Nichts nach. Damit blies man jede Statistik weltweit auf.

Die Angabe von „Covid-19“ als Todesursache hatte eine bedeutungsvolle Konsequenz - v.a. für die Angehörigen: Die Toten wurden schnellstmöglich eingeäschert, keine Aufbahrung, kein Abschied nehmen, und häufig verstarben die Personen isoliert alleine, und keiner kannte die wirkliche Geschichte. Obduktionen wurden aus Prinzip nicht vorgenommen, aktiv verhindert, indem man die Leichen so schnell wie möglich zu Asche pulverisierte.

## „Corona“-Prämien für Kliniken in 2020 - die „Prämiengewinner“ nach § 26a und §26d:

Zur Erinnerung - Gelder, die aufgrund der Konferenz mit den Länderchefs am **12.März 2020** von der Bundeskanzlerin zugesichert wurden<sup>65</sup>:

**Sonderleistung nach § 26a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) - „Corona-Prämie“ für Pflegekräfte im Krankenhaus („Pflegebonus“) vom 1. Jan. - 31. Mai 2020 sowie erweiterte Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie gem. § 26d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)**  
Anspruchsberechtigt für Sonderleistungen nach KHG 26a sind Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten und mindestens 20 SARS-CoV-2-Fällen bzw. Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten und mindestens 50 SARS-CoV-2-Fällen im Zeitraum von 01. Jan. 2020 bis 31. Mai 2020.

Mit der Prämie nach § 26a konnte man u.a. das (Fremd-)Personal früh im Jahr organisieren. Welche Aufgaben sie zu übernehmen haben - siehe „Empfehlungen“ des Herrn Prof. Stefan Kluge und des Instituts für Katastrophenmedizin, Stichwort „Pflege am Bett“.

Krankenhäuser erhielten in 2020 folgende Sonderprämien nach **§ 26d**:

- **560 €/Tag/Bett** für jede nicht erfolgte Belegung - ein „**Bettenausfallgeld**“, weil alle nicht coronabedingten Patienten abgesagt/nicht behandelt/verschoben worden, sozusagen eine „**Bettenfreihalt pauschale**“ (die Betten verdienten Geld ohne Patienten, nur fürs Rumstehen)
- **50.000 pro Bett einmalig** für die zusätzliche Einrichtung von **Betten mit maschineller Beatmung**
- Der **Pflegeentgeltwert** wurde für den Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Dezember 2020 auf 146,33 € auf **185 € erhöht**<sup>66</sup> für die „**Pflege am Bett**“ (das „fürsorgliche“ Fremdpersonal, dass die Beatmung bis der Tod eintritt überwachen sollte und dann den „kontaminierten Sondermüll“ entsorgen...)
- **50 € extra pro Patient** für „**Schutzausrüstung**“ des Personals (Zimmer säubern und Leichen nur in Vollmontur raustragen...)

Mit diesem Paket an Sonderzahlungen hat man die Kliniken zu willfährigen Gehilfen für die Umsetzung des Todesplots gemacht und reichlich belohnt. Und das Beste: Keiner musste extra etwas unterschreiben, keiner musste Verantwortung übernehmen, denn

jeder war/ist gesetzlich abgesichert. Die Herrschaften in den weißen Kitteln taten ja nur das, was die ganzen Experten im Umgang mit Corona „empfohlen“ - gesponsert von der Bundesregierung und den Ländern.

Beide „empfohlenen“ Wege - Sedativa oder Sedativa / maschinelle Beatmung endeten mit dem Tod. Es war eine unblutige Angelegenheit, keine Sauereien, zuverlässig, kein Geschreie und keine Hektik, ein stiller Tod, der auch nach nur 20 Minuten eintreten konnte, wenn man den entsprechenden Druck auf den Beatmungsmaschinen einstellte - aber auch mehrere Wochen an der Beatmungsmaschine war möglich, brachte ganz erheblich mehr Geld in der Abrechnung mit den Krankenkassen. Mag ja auch manchmal nur „aus Versehen“ passiert sein, denn so viele Anästhesisten für maschinelle Beatmungsgeräte, die auf einmal in Kliniken rumstanden, gab und gibt es in der ganzen Bundesrepublik nicht. Deshalb organisierte man Medizinstudenten, die „üben“ durften - siehe geänderte Approbationsordnung<sup>67</sup>, die Ausnahmen im Medizinstudium vorsah, damit man diesen Plot durchziehen konnte. Nach Gabe von Sedativa mögen die Delinquenten länger geröchelt haben, aber aufstehen und weglaufen konnten Patienten nach der Gabe eines Cocktails von hochdosiertem Midazolam/Narkotika/Morphium nicht mehr. Auf jeden Totenschein konnte man „Corona“ schreiben, denn diese „Diagnose“ (s.o. „Testrichtlinien“ - entweder galt man als coronainfiziert, Kontakt-coronainfiziert, coronaverdächtig, Kontakt-coronaverdächtig oder Sippen-coronaverdächtig) setzte die Menschen auf den „Todesplot“, nicht nur die Alten und Gebrechlichen - sondern alle, die während der epidemischen Notlage in eine Klinik woll(t)en und auf Hilfe hoff(t)en - angeblich soll der Ausnahmezustand zum 07. April 2023 enden.

Nur Tote schweigen - und man sorgte dafür, dass möglichst keiner wieder lebend rauskam... (--> die Todesstatistiken speziell für die KW 14/15 2020 sprechen Bände... siehe weiter unten).

So produzierte man seine „Coronazahlen“ und „Coronatoten“ in den ersten Pandemienmonaten in 2020 und später auch, die man für die schlimmste Pandemie aller Zeiten dringend braucht.

## Die Prämiensieger in 2020 nach § 26a und § 26d KHG:

„Besonders belastete Krankenhäuser“ laut der Liste Sonderzahlungen nach § 26a erhielten Sonderzahlungen nach den von ihnen gemachten Angaben hinsichtlich Personal und Bettenzahlen.

„Spitzenreiter“ ist die **Vivantes Netzwerk für Gesundheits GmbH - Dr. Frau Andrea Grebe**, die für diese Gesellschaft tätig ist. Sie sitzt im **Expertenbeirat des Bundesgesundheitsministeriums** und räumte über **2,2 Mio. Prämien** ab.

Vivantes Netzwerk für 261101878 Gesundheit GmbH	Berlin	2.222.692,83 €
--	--------	----------------

Der zweite „Prämiensieger“ ist die **Charité Berlin, Universitätsmedizin, dem Wirkort des Herrn Christian Drost**. Auch sein Haus konnte stolze **1,3 Mio. Preisgelder** abgreifen.

Charité 261101015 Universitätsmedizin Berlin	Berlin	1.300.136,43 €
---	--------	----------------

Erst auf Platz 17 finden wir das **Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf**, wo **Prof. Stefan Kluge** seinen Wirkradius entfaltet, immerhin erhielt er noch **0,666636 Mio. Euro** (...kein Grund zum Weinen...).

Universitätsklinikum 260200013 Hamburg-Eppendorf	Hamburg	666.636,33 €
---	---------	--------------

Für das Euthanasieprogramms nach § 26a KHG gab die Bundesrepublik Deutschland **100 Mio. Euro** aus. Man könnte ihr viel vorwerfen - aber, geizig war sie bestimmt nicht! Die Finanzierung nach § 26d KHG (...die maschinellen Beatmungsgeräte plus das Fremdpersonal ohne Kontakt zum Stammpersonal für die Spurenbeseitigung...) war erheblich anspruchsvoller.

Hier finden wir aber die gleichen „Spitzenreiter“ wie oben - sie sind sozusagen „Doppeldoppelsieger“ in beiden Disziplinen § 26a KHG und § 26d KHG. Den beiden Gewinnern möchten wir doch alle gerne sehr herzlich gratulieren zu ihrem verdienten

Prämienglück für ihren verdienstvollen Einsatz im Kampf für die tödlichste aller Pandemien aller Zeiten. **Frau Dr. Andrea Grebe** darf sich über **fast 6,8 Mio. €** freuen, und **Herr Drosten** für seine Charité immerhin noch **fast 6,1 Mio. €**. Lasst Euch doch dafür mit Champagner duschen, wie es echte Sieger tun...!

261101878	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH	Berlin	6.793.767,80 €
261101015	Charité Universitätsmedizin Berlin	Berlin	6.087.330,41 €

Herr **Prof. Stefan Kluge** vom **Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf** konnte in der Disziplin **§ 26d** wieder Boden gut machen - er robbte sich vor auf Platz 12 und gewann **2,15 Mio. Euro** - auch ihm einen herzlichen Glückwunsch! Schließlich ist ja das Sedieren, Beatmen und Entsorgen seine Kernkompetenz, die er als ausgewiesener Experte auf diesem Gebiet im obigen Leitfaden niederschrieb. In der Gesamtwertung darf er sich über Platz 13 freuen über insgesamt **2.151.051,52 €!**

260200013	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Hamburg	2.151.051,52 €
-----------	--	---------	----------------

Nicht berücksichtigt sind die Einnahmen derer, die beim Prämienwettbewerb „Sonderprogramm Euthanasie“ teilgenommen haben, die durch die „therapeutischen (Beatmungs-)Maßnahmen“ durch Abrechnung mit den Krankenkassen in die Kasse gespült wurden, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit im 6-7-stelligen Bereich bei besonders „fleißigen“ Kliniken bewegen.

Hier ein Auszug zu den Abrechnungsmodalitäten:<sup>68</sup>

2.1.4 Ende der Beatmung: Eine Definition des Endes einer maschinellen Beatmung ist mit Einführung der neuen Kodierrichtlinie DKR 1001s nicht mehr nötig. Grund: Beatmungsstunden werden pro Kalendertag bis zu einer Anzahl von 8 Stunden exakt nach den erbrachten Stunden gezählt. **Beatmungszeiten von über 8 Stunden an einem Kalendertag werden mit 24h angerechnet.**

Beatmungsdauer	DRG	Relativgewicht	DRG-Erlös*	Pflege-relativgewicht
24 h	E79C	0,571	2.101,06 €	0,8852
25 - 95 h	E40C	1,555	5.721,81 €	2,1276
ab 96 h	A13H	2,299	8.459,45 €	2,8483

Abbildung 12, Abhängigkeit der DRG von der Beatmungsdauer

Die **Romed-Kliniken** - ein Klinikverbund im Landkreis Rosenheim, eine eher ländliche Gegend mit einem Einzugsgebiet von ca. 350.000 Personen, landete auf **Platz 5** der Wertung. In der Romed-Klinik Rosenheim verstarb der Vater der Angeklagten, die verdächtigt wird, ihren Vater mit fortwährender Gabe von Sedativa und Opiaten schleichend getötet zu haben (s.o.). Auch diese Klinik zählt zu den ganz „Fleißigen“.

RoMed Klinik Bad Aibling	Bad Aibling	286.144,18 €	26d KHG
RoMed Klinik Bad Aibling	Bad Aibling	216.559,73 €	§ 26a
RoMed Klinik Wasserburg	Wasserburg a.Inn	278.647,87 €	26d KHG
RoMed Klinik Wasserburg	Wasserburg a.Inn	211.128,45 €	§ 26a
RoMed Kliniken - Rosenheim & Prien	Rosenheim	1.276.090,09 €	26d KHG
RoMed Kliniken - Rosenheim & Pr	Rosenheim	673.182,97 €	§ 26a
<b>Gesamtsumme</b>		<b>2.941.753,29 €</b>	<b>§26a+26d</b>

Die Bundesregierung spendierte für diesen Teil des Euthanasieprogramms nach **KHG 26d** insgesamt **449.709. 498,16 €**. Insgesamt ließ sie sich das Sonderprogramm „Euthanasie“ nach **§ 26a und §26d** bis **30. September 2020** **549.709. 498,16 €** kosten. Weitere Zahlungen erfolgten vermutlich über diese Zeit in 2020 hinaus, die jedoch in ihrer Höhe (derzeit?) unbekannt sind. Weitere Sonderprogramme waren in Vorbereitung und wurden auch aufgesetzt.

Der **Beirat des Gesundheitsministerium** evaluierte im **August 2020** die Maßnahmen, wo auch **Frau Dr. Andrea Grebe von Vivantes** Mitglied des erlauchten Expertengremiums ist.

Im Evaluierungsbericht des Beirats vom August 2020<sup>69</sup> zu den bisher getroffenen Maßnahmen gaben sie noch weitere Empfehlungen:

- Die „Bettfreihaltepauschalen“ sollten weiter ausbezahlt werden, aber zwischen **360 € und 760 €** nach einem Index aus „durchschnittlichen Schweregrad“ und Verweildauer gestaffelt werden.
- Die Bereitstellung von **maschinellen Beatmungsplätzen** wollen sie weiter mit **50.000 €** sponsern.
- Für das Ganzkörperkondom - „Schutzausrüstung“ legen sie nochmal einen Fuffi drauf, statt **50 € gibt es jetzt 100 €** / eingelieferten Coronaverdächtigen (...schließlich ist das ja auch eine „Sauarbeit“, die ganzen Leichen einzusacken

und für den nächsten das Zimmer auf Hochglanz zu polieren...)

Diese Regelungen sollten bis zum 30. September 2020 gelten. Insgesamt haben fast 1000 Kliniken im 'Sonderprogramm „Euthanasie“ mitgemacht und profitiert. ALLE Ärzte MÜSSEN Bescheid gewusst haben - und waren Mittäter!

## **Die Rolle der Universitäts-Kliniken**

Universitäts-Kliniken unterliegen der Kontrolle des Staates. Sie haben eine zentrale Rolle in dem Plot. Die Privatkliniken wurden geschlossen und das frei gewordene Personal sollte sich den Unikliniken zur Verfügung stellen.

Seit den 90er Jahren hat sich die sogenannte „Drittmittelforschung“ in den Universitäten immer stärker etabliert, so dass Universitäten nicht mehr der „freien Lehre“ verpflichtet sind, sondern den Sponsorengeldern von Auftraggebern. Das führt dazu, dass nur das geforscht wird, was dem Sponsor genehm ist, und, die Ergebnisse sollten natürlich auch so sein, dass der Sponsor sich darüber freuen kann. Diese Tatsache führt zu einer schweren Verzerrung in der gesamten Bildungslandschaft mit weit reichenden Auswirkungen für jetzt und die Zukunft. Die Implikationen dürften jedem klar sein, der beobachtet, welche Wege v.a. in der Coronazeit, die sogenannte Wissenschaft eingeschlagen hat mit ihren Gefälligkeitsstudien und „Expertisen“ bar jeglicher Evidenz und Beweisbarkeit bzw. so reduktionistisch konzipiert, dass man mit Sicherheit Wunschergebnisse produzierte. Es ist so, dass man gefakte Studien oder Falsch-Expertisen im Dienste des Narrativs oder zu Gunsten eines „Sponsors“ bei solchen ehemals ehrwürdigen Institutionen beauftragen kann, so lange man dafür bezahlt. Würde man dem Thema Drittmittelforschung und universitäre Lehre/Forschung/Studien eine größere Recherche widmen, würde man bei allen Universitäten sicher eine Reihe von „Interessenskonflikten“ finden. Die Bill & Melinda Gates-Stiftung hat ganz viele Universitäten auf ihrer Liste der Begünstigten, beispielsweise auch die Charité (erhielt ca. 250.000 im März 2020). Die Uniklinik Hamburg-Eppendorf beispielsweise arbeitet mit Sponsorengelder der Firma Novalung, die Beatmungsgeräte herstellt, deren Promoter der invasiven Beatmung Prof. Stefan Kluge in seinen Leitlinien vom 12. März 2020 als einzig „wirksame“ Therapie für Coronapatienten darstellt.

Schaut man auf [Clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) nach, findet man ca. 50 Studien im März 2023 - alleine in Deutschland - zum Thema „Oxygenation“. Unter dem Stichwort „ECMO“ sind 35

Studien verzeichnet<sup>70</sup>, die fast alle an Universitätskliniken durchgeführt werden, 9 davon an der Charité (in dieser Aufzählung ist nicht berücksichtigt, welche wann abgeschlossen wurde und ob Ergebnisse vorliegen). Beispiele von Studientitel:

Row	Saved	Status	Study Title	Conditions	Interventions	Locations
12	<input type="checkbox"/>	Recruiting	<a href="#">ECMOsorb Trial - Impact of a VA-ECMO in Combination With CytoSorb in Critically Ill Patients With Cardiogenic Shock</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiogenic Shock</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Device: CytoSorb</li> <li>Other: VA-ECMO only</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jena University Hospital, Department of Cardiology Jena, Thuringia, <b>Germany</b></li> </ul>
13	<input type="checkbox"/>	Unknown †	<a href="#">Measuring Energy Expenditure in ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) Patients</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acute Lung Injury</li> <li>Respiratory Distress Syndrome, Adult</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin, <b>Germany</b></li> </ul>
14	<input type="checkbox"/>	Withdrawn	<a href="#">Early Versus Late ECMO Therapy in COVID-19 Induced ARDS (ECMO-VID)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ARDS, Human</li> <li>COVID-19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedure: ECMO Implantation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>University Hospital Tuebingen Tuebingen, <b>Germany</b></li> </ul>
15	<input type="checkbox"/>	Not yet recruiting	<a href="#">Early Versus Late Initiation of ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) Trial (ELIEO-Trial)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acute Respiratory Distress Syndrome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Device: ECMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>University hospital Tübingen Tübingen, <b>Germany</b></li> </ul>
16	<input type="checkbox"/>	Recruiting	<a href="#">Mechanical Cardiopulmonary Resuscitation During Treatment of Acute Respiratory Failure Through Extracorporeal Membrane Oxygenation.</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiovascular Resuscitation</li> <li>Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>University Hospital Frankfurt Frankfurt, Hessen, <b>Germany</b></li> </ul>
17	<input type="checkbox"/>	Completed Has Results	<a href="#">Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) in Non-intubated Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ARDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Device: ECMO</li> <li>Procedure: ECMO in non-intubated patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hannover Medical School Hannover, <b>Germany</b></li> </ul>
18	<input type="checkbox"/>	Not yet recruiting	<a href="#">The REDEEM Pilot Study: A Feasibility RCT of Early ECMO in Severe Acute Respiratory Infection, Including COVID-19.</a> WHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mechanical Ventilation Complication</li> <li>Severe Acute Respiratory Infection</li> <li>Covid19</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Other: VV-ECMO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Alfred Hospital Melbourne, Victoria, Australia</li> <li>Charite Universitatmedizin Berlin, <b>Germany</b></li> </ul>

Eine Studie von ClarData plante, systematisch Behandlungsdaten von ca. 5000 Beatmungsbehandlungen von Covid-19-Patienten (Kinder, Erwachsene, Ältere) ab 30. März 2020 bis 31. Dez. 2022 im Rahmen einer Datenbank: „CovidDB: The Covid-19 Inpatient Database“<sup>71</sup> zu erfassen. In der Studienbeschreibung heißt es: „Bisher gibt es jedoch wenig bis gar keine Erfahrungen in der Behandlung von Patienten.“ (Was von obigen evidenzlosen Expertenratschlägen zu halten ist, möge jeder für sich entscheiden.) Diese Datenerhebung erfolgt anhand der Patientendaten der Kliniken des Romed-Klinikverbundes (Prien, Bad Aibling, Rosenheim, Wasserburg), der Donauisarkliniken in Dingolfing und Deggendorf, des Universitätsklinikums Ulm und des Klinikums Altmühlfranken in Weißenburg.

Erste Ergebnisse liegen vor<sup>72</sup>: Von April 2020 bis 30. Juni 2020 wurden die Daten von 526

**Personen erfasst** - nicht gerade viel, wenn man von der schlimmsten Pandemie aller Zeiten spricht, die in diesem Zeitraum in ALLEN obigen Kliniken vorstellig wurden. Ein Ergebnis davon ist: Diejenigen, die auf Intensivstationen mit mechanischer Beatmung behandelt wurden, hatten durchweg eine mehr als doppelt so hohe Mortalitätsrate als die, denen man diese Tortur ersparte (wobei man nicht weiß, was sie auch jenen ohne mechanische Beatmung antaten... Stichwort Gesichtsmaske aufs Gesicht pressen oder dgl.). Und: *„Umgekehrt betrug die Gesamtsterblichkeit bei Patienten ohne Einschränkungen 12,0 %, bei Nicht-Intensivpatienten 0,0 % und bei Intensivpatienten 41,4 % und bei Intensivpatienten ohne und mit MV (mechanical Ventilation) 3,8 % bzw. 57,4 %“*.

Das Ergebnis ist ziemlich eindeutig: Patienten sterben mit der intensivmedizinischen Beatmung mit sehr viel höherer Wahrscheinlichkeit als ohne. Nicht untersucht wurde die Überlebensrate nach 6 bzw. 12 Monaten - dazu wurden zwar wenige Studien mit einer geringen Teilnehmerzahl begonnen, die Ausbeute der vorliegenden Beobachtungen ist jedoch sehr bescheiden. Bei diesen Datenstudien muss man auch fragen, ob jene Patienten, deren Daten für die Studie verwendet wurden, wussten, dass sie dafür hergenommen werden und dafür eingewilligt haben - v.a. auch jene, die verstorben sind?

Universitätskliniken übernehmen im Coronaplot noch eine weitere, wichtige Aufgabe - sie liefern Medizinstudenten.

Man kommandierte die Medizinstudenten der Universitäten ab zum „Dienst an der Front“ in die Universitätskliniken. Dafür änderte man die Approbations-/Prüfungsordnung ihres Medizinstudiums (Änderung im Ausbildungsplan, und sie sind nicht mehr an ihren hippokratischen Eid gebunden), so dass die Medizinstudenten direkt am Patienten üben durften - und zwar an den Beatmungsmaschinen. Dafür wurden sie abgeordert, denn so viele Anästhesisten wie die Vielzahl der neu angeschafften Intensivbeatmungsbetten gebraucht hätten, gab es im ganzen Land nicht. Das führte dazu, dass völlig unerfahrene junge Menschen eine Aufgabe zu übernehmen hatten, die ein außerordentliches Feingefühl für die momentane Situation des Patienten erforderte, die Überwachung sämtlicher Lebensparameter sowie die sensible Einstellung eines hochkomplexen Systems. Dass es dabei zu schwerwiegenden Fehlern kam, und Patienten auch dadurch starben, wurde billigend in Kauf genommen, die das Leben der Patienten kosteten. Man würde einem Fahrschüler auch nicht die Aufgabe geben, mit einem Tanklastsattelzug die Serpentina der alten Brennerstraße nach Italien bis nach Sizilien zu fahren, das wäre

vielfach lebensgefährlich. Und genauso vielfach lebensgefährlich war es für die Patienten, dass die Beatmungsmaschinen von Studenten bedient wurden.

Alles, was ich bisher schrieb und aufgrund von Gesetzen, Reglements und Leitlinien zusammen getragen habe, wurde bestätigt durch den Bericht einer Krankenschwester, Erin Marie Olszewski, die im Monat April 2020 im New York im „the epicenter of the epicenter“ gearbeitet hat. Sie stammt aus Florida und ging nach New York, um zu helfen. In einem bewegenden Video beschreibt sie aus erster Hand genau das, was ich hier durch „Verbinden der Punkte“ herausgefunden habe, dokumentiert mit versteckter Kamera. Sie hat nicht verstanden, warum ALLE Patienten „Corona“ hatten, obwohl sie negativ getestet waren, warum an den Beatmungsmaschinen Medizinstudenten übten und keine Ahnung hatten, welche Knöpfe sie drücken mussten. Sie erzählt, wie Ärzte gegen alle Vernunft handelten mit der Begründung, es sei „Order von ganz oben“. Sie hat erlebt, dass einer ihrer Patienten, mit dem sie noch scherzte und Witze machte, nachdem sie das Zimmer verließ, an die Beatmungsmaschine angeschlossen wurde und 20 Minuten später tot war! Das und viel mehr erzählt sie in ihrem Video. Nach einem Monat konnte sie diese Arbeit nicht mehr machen und verließ fluchtartig den Ort des schrecklichsten Grauens, das sie je erlebt hat - obwohl sie bereits als Militärkrankenschwester Erfahrung in Kriegsgebieten hatte. Das, was sie in New York erlebte, war schlimmer als alles, was sie bis dahin gesehen hatte. Es gibt Hunderte von Fallberichten, Zeugnisse Opfern oder deren Verwandten, denen ihre Liebsten genommen wurden im „**Humanty Betrayal Project**“<sup>73</sup>, die den hier bisher aufgezeigten Plot oder Aspekte davon bestätigen.

## **Krankenhauspharmazien - Herstellung der „Covid-19“- Betäubungsmittel für die Beatmungspatienten und die beschleunigte Sterbehilfe**

Die Pandemie war noch jung, und schon am 16. März 2020 bildete man „ad-hoc“ die ADKA CORONA TASK FORCE. Man wusste bereits, welche Medikamente man besonders dringend brauchte, und ging davon aus, dass sie am Weltmarkt nicht zu beschaffen waren, denn schließlich arbeitete man global das gleiche Skript ab. Insbesondere sorgte man sich um Engpässe in der Versorgung der „Covid-19“-Patienten mit Betäubungsmittel

(und Desinfektionsmittel), insbesondere Midazolam. Midazolam ist ein Sedativum, ist Teil des Medikamentencocktails von zu Tode verurteilten Straftätern und wird u.a. für die Sedierung von invasiv beatmeten Patienten benötigt, aber auch für jene, denen man beschleunigte Sterbehilfe zuteil werden lassen wollte. Die Bestände in den Gefängnissen für Todeskandidaten waren weltweit bereits leer gekauft, und so ersann man einen alternativen Produktionsweg wie auch einen alternativen Verteilungsweg. Die ADKA CORONA TASK FORCE organisierten 12 Krankenhausapotheken mit angegliederten Pharmazien, um literweise und massenweise Medikamente mit in unten stehenden Tabellen aufgelisteten Wirkstoffen herzustellen. Diese Produktäquivalente wurden über ein Netzwerk von Stern- und Satellitenapotheken sowie Krankenhausapotheken in der ganzen Republik verteilt, und konnten von dort von normalen Apotheken geordert werden. Federführend in der Koordination der gesamten Produktion und Logistik war die Universitätsklinik Erlangen<sup>74</sup>. Man baute innerhalb des bestehenden Großhandelssystem im Apothekennetz ein Substruktur zur Verteilung von zentral vom Bund beschaffte Arzneimittel. (Diese Substruktur wird auch für die Verteilung Remdesivir sowie monoklonale Antikörpermedikamente genutzt, die beide keine Zulassung haben, aber im Rahmen der „zulassungsübergreifenden Anwendung“ auch außerhalb von Studien an Patienten getestet werden, sofern sie damit einen „Heilungsversuch“ unternehmen wollen). Die Bundeswehr Westfalen stellte ihre Lager zur Verfügung, um von da aus die Auslieferung zu organisieren.

**Tab. 1.** Liste der Wirkstoffe, deren Bedarf wegen Behandlung von COVID-19-Patienten bei Vollausslastung der vorhandenen Intensivkapazitäten stark (bis 300%) erhöht ist gegenüber dem Normalbedarf (2019) auf Intensivstationen

Wirkstoff	
Analgetika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sufentanil</li> <li>■ Morphinsulfat</li> <li>■ Novaminsulfon</li> </ul>
Sedativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Midazolam</li> <li>■ Propofol</li> <li>■ Clonidin</li> </ul>
Relaxanzien	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rocuronium</li> </ul>
Antiobstruktiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Salbutamol</li> <li>■ Prednisolon</li> </ul>
Vasoaktive Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Noradrenalin (Arterenol)</li> <li>■ Adrenalin</li> </ul>
Diuretika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Furosemid</li> </ul>
Antiarrhythmika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Amiodaron</li> <li>■ Metoprolol</li> <li>■ Esmolol</li> </ul>
Insulin	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Insulin (schnellwirksam)</li> </ul>
Magenschutz	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pantoprazol</li> </ul>
Antibiotika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Meropenem</li> <li>■ Vancomycin</li> </ul>
Gerinnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Heparin</li> <li>■ Enoxaparin/Nadroparin</li> </ul>
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Magnesium</li> <li>■ Kalium</li> </ul>

Auf diesem Weg wurden verschreibungspflichtige Medikamente bzw. Medikamentäquivalente, von denen viele unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, hergestellt. Aufgrund des nicht nachvollziehbaren Bestandes gibt es auch keine Daten darüber, wie viel davon ab 2020 bis dato hergestellt und in den Handel gebracht wurden.

**Tab. 2.** Liste der Wirkstoffe, deren Bedarf wegen Behandlung von COVID-19-Patienten bei Vollausslastung der vorhandenen Intensiv-Kapazitäten bis auf maximal 200% erhöht ist gegenüber dem Normalbedarf (2019) auf Intensivstationen

Wirkstoff	
Analgetika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Piritramid</li> <li>■ Fentanyl</li> <li>■ Paracetamol</li> </ul>
Sedativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lormetazepam</li> <li>■ Dexmedetomidin</li> <li>■ Esketamin/Ketamin</li> </ul>
Neuroleptika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Haloperidol</li> </ul>
Antiobstruktiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ipratropiumbromid</li> </ul>
Vasaktive Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dobutamin</li> <li>■ Glyceroltrinitrat (Nitro)</li> <li>■ Urapidil</li> </ul>
Relaxanzien	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cis-Atracurium</li> </ul>
Antiarrhythmika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Digitoxin</li> </ul>
Antibiotika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Piperazillin/Tazobactam</li> <li>■ Levofloxacin</li> <li>■ Imipenem+Cilastatin</li> <li>■ Moxifloxacin+Ampicillin/Sulbactam</li> <li>■ Amoxicillin/Clavulansäure Clarithromycin Erythromycin</li> <li>■ Linezolid</li> <li>■ Tigecyclin</li> <li>■ Colistin</li> <li>■ Clindamycin</li> <li>■ Azithromycin</li> <li>■ Cefazidim</li> <li>■ Cefotaxim</li> <li>■ Cotrimoxazol</li> </ul>
Antimykotika	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Caspofungin</li> <li>■ Anidulafungin</li> <li>■ Fluconazol</li> <li>■ Amphotericin B</li> </ul>

27.000 Flaschen (50 ml/100 mg) und 7.000 Flaschen (100 ml/250mg) wurden nur im Juni 2020 hergestellt<sup>75</sup>.

Interessant ist auch die Tatsache, dass unter den benötigten Wirkstoffen Kalium auftaucht - Kaliumchlorid führt bei entsprechender Dosierung zum sofortigen Herzstillstand - dies ist die 3. Injektion bei zu Tode Verurteilten. Rechtsmedizinisch ist

nach dem Tod einer Person nicht feststellbar, ob Kaliumchlorid gegeben wurde, denn nach Eintritt des Todes sammelt sich Kalium im Zwischengewebe an, und es ist nicht unterscheidbar, ob der Tod durch die Gabe von Kaliumchlorid eintrat.

Aus den Daten der Bundesopiumstelle für das Jahr 2020 geht hervor, dass 15,3 Mio. Betäubungsmittelanforderungsscheine ausgegeben wurde - ein präzedenzloser Höchstwert, der in 2021 nur knapp unterboten wurde mit 15,1 Mio. BTMG-Anforderungsscheine. Nicht bekannt ist, wie viele dieser Substanzen auf welchem Wege an die Patienten kam. Berechtigt zur Ausstellung dieser Rezepte sind Kliniken, Notfallversorger, Rettungsdienste, Palliativeinrichtungen, Hospize und dank geänderter Verschreibungsverordnung jeder Arzt.

## **Corona - die „Naturkatastrophe“, die „epidemische Notlage nationaler Tragweite“ vom 27. Mai 2020 und die daraus entstehende „Verordnungsdiktatur“:**

Ein zentral wichtiger Schachzug in dem epidemischen Katastrophenszenario „Corona“ ist die **Feststellung der epidemischen Notlage nationaler Tragweite am 25. März 2020 durch die Bundesregierung**. Man behauptete, Corona sei über die Welt hereingebrochen wie eine Naturkatastrophe, vergleichbar mit einem Erdbeben, einer Überschwemmung oder Feuerbrunst, und erklärte den „Ausnahmestand“. Vor dem Hintergrund dieses „Notfallszenarios“ wurden viele Verfahren der bisherigen Rechtsprechung gesprengt und Gesetze ausgehebelt - unter Umgehung des Bundesrates per Verordnungsdiktatur. Die „Pandemie“ diente als Aufhänger dazu.

Mit dem **ersten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020<sup>76</sup>** hat man eine ganze Reihe von Möglichkeiten zur Aushebelung von Gesetzen geschaffen. Das ganze „Gesetz“ ist wichtig zu studieren, aber ich nenne hier nur ein paar Punkte:

Es war ein „Ermächtigungsgesetz“ für das **Gesundheitsministerium**, das **ab dann Verordnungen, Gesetze erlassen konnte - ohne ein ordentliches Gesetzgebungsverfahren**. Ab diesem Zeitpunkt wurde der **Gesundheitsminister zum „Gesundheitsdikator“** ermächtigt.

*„(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unbeschadet der Befugnisse der Länder ermächtigt, und in den Unterpunkten heißt es:*

***„durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates...“***

eine Reihe von „Erlässen“ zu machen und in Kraft zu setzen. Einer dieser „Verordnungen“, die im Zuge dieser Ermächtigung erlassen wurde, ist die Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Hier wurden die ganzen Verordnungen hinsichtlich Reisebeschränkungen, Zugang zum Arbeitsplatz, Abstandsregeln, Testen, Masken, Ausgangssperren, Schließen von Geschäften etc. reingeschrieben. Ein paar Punkte dieser Verordnungen sind von größter Wichtigkeit, damit man den „Plot“ durchziehen konnte (eigentlich sind alle Punkte bedeutungsvoll, denn sie haben sich für alles selbst einen „Freifahrtsschein“ ausgestellt, nichts wurde vergessen und „sinnlose Gesetze“ im

Hinblick auf die geplante Agenda hätten sie nicht erlassen):

*„4. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Betäubungsmitteln, der Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffe dafür, mit Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, sowie mit Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion zu treffen und insbesondere Ausnahmen von den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes, des Betäubungsmittelgesetzes, des Apothekengesetzes, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Transfusionsgesetzes sowie der auf ihrer Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen, der medizinprodukterechtlichen Vorschriften und der die persönliche Schutzausrüstung betreffenden Vorschriften zum Arbeitsschutz, die die Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie den Betrieb von Apotheken einschließlich Leitung und Personaleinsatz regeln, zuzulassen,“*

Dieser Paragraph öffnete Tür und Tor dafür, dass man den Menschen Betäubungsmittel verabreichen konnte, dass man die Kontrolle in der Pflege aussetzte, Medizinprodukte ohne jegliche Vorschrift beachten zu müssen in den Verkehr brachte, klinischen Studien außerhalb jeglicher „Good Clinical Practice“ durchführte, Zulassungen vornahm, Prüfung der Produkte sowie Abgabe an die Bevölkerung aushebelte etc. Es ist ein „Persilschein“ für jeglichen Missbrauch von „Gesundheitsmanagement“, den man sich in seinen schlimmsten Albträumen nicht hätte ausmalen können.

In § 5 heißt es: *„Das Bundesministerium kann eine nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnungen vorzunehmen“* - Das bedeutet, dass die Verlautbarungen des PEI, der Stiko, DIVI und des RKIs den Status von Bundesanordnungen erhielten. Dieser Paragraph macht es auch möglich, dass bei den Impfstoffen jegliche Kontrolle - und HAFTUNG ausgeschlossen ist!

Eine weitere Möglichkeit zur Haftungsfreistellung für alle, die in dem Plot mitwirken, haben sie sich durch Änderungen im § 3 im MedBVSV geschaffen, darin heißt es:

**„§ 3 Ausnahmen vom Arzneimittelgesetz und der Arzneimittelhandelsverordnung zur Beschaffung und Abgabe gemäß § 2**

4) Abweichend von § 84 AMG unterliegen pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen hinsichtlich der Auswirkungen der Anwendung der in § 1 Absatz 2 genannten Produkte nicht der Haftung, wenn diese Produkte durch das Bundesministerium als Reaktion auf die vermutete oder bestätigte Verbreitung des SARS-CoV-2-Erregers in den Verkehr gebracht werden und nach den Gegebenheiten des Einzelfalls die auf Absatz 1 gestützten Abweichungen vom Arzneimittelgesetz geeignet sind, den Schaden zu verursachen. Pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen haben die Folgen der auf Absatz 1 gestützten Abweichungen vom Arzneimittelgesetz nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz zu vertreten. Im Übrigen bleiben die Haftung für schuldhaftes Handeln sowie die Haftung für fehlerhafte Produkte nach den Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes unberührt.“

Damit können sich die ausführenden Organe hinter ihren Titeln und Kitteln verstecken, denn mit diesem Paragraphen wurde ihnen ein Blankoscheck zur Haftungsfreistellung ausgestellt. Es wird auch keinen Richter geben, der es wagen würde, ihnen „fahrlässiges, schuldhaftes Handeln“ zu attestieren, denn sie befolgten ja „nur“ Anordnungen, Handlungsleitfäden und Gesetze!

In § 8c schreiben sie fest, dass sie Menschen auch **verhungern und verdursten lassen** können = Pflegemaßnahmen aussetzen oder einschränken können:

„Aufgaben, die über die Durchführung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Pflegebedürftigen hinaus regelmäßig von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und Medizinischen Diensten zu erbringen sind, **auszusetzen oder einzuschränken**.“

Und, noch schlimmer geht immer:

6. § 28 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes wird wie folgt gefasst:

„(1) Werden Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt oder ergibt sich, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen, insbesondere die in den §§ 29 bis 31 genannten, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist; sie kann insbesondere

*Personen verpflichten, den Ort, an dem sie sich befinden, nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu verlassen oder von ihr bestimmte Orte oder öffentliche Orte nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu betreten. Unter den Voraussetzungen von Satz 1 kann die zuständige Behörde Veranstaltungen oder sonstige Ansammlungen von Menschen beschränken oder verbieten und Badeanstalten oder in § 33 genannte Gemeinschaftseinrichtungen oder Teile davon schließen.*

***Eine Heilbehandlung darf nicht angeordnet werden.***

*Die Grundrechte der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) werden insoweit eingeschränkt."*

Man möge sich jeden Satz des obigen Paragraphen auf der Zunge zergehen lassen...

§§ 29 bis 31 regeln im Infektionsschutzgesetz die Quarantäne- und Absonderungsvorschriften, auch die zwangsweise Unterbringung in Einrichtungen ist hier vorgesehen und geregelt, die Unverletzlichkeit der Wohnung wird eingeschränkt sowie die körperliche Unversehrtheit. Angehörige von Pflegeberufen durften konnten mit „Verordnungen“ gezwungen werden, Tätigkeiten entgegen ihrer Berufsordnungen und Patientensicherheit zu übernehmen. Alle Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, des Reisens, des Aufenthalts in öffentlichen Räumen, Einschränkung der Versammlungsfreiheit etc. etc. etc. wurden mit diesem „Ermächtigungsgesetz“ und damit verbundenen Verordnungen, Richt- und Leitlinien möglich. Es machte „freie Bahn“ für all das menschenverachtende Tun, das wir seit 2020 erleben - auch Euthanasie und Töten von Menschen durch experimentelle Injektionen - mit Haftungsausschluss für alle - auch den Ausführenden. Es war/ist ein Set von Paragraphen, die das größte Verbrechen, das die Menschheit jemals gesehen hat, in die Tat umzusetzen legalisierten.

Auf Wikipedia findet man eine sehr lange Liste der infolge der COVID-19-Pandemie erlassenen deutschen Gesetze, Verordnungen und Allgemeinverfügungen und generell-abstrakten Regelungen auf Bundes- und Länderebene<sup>77</sup>. Es lohnt sich, die zu studieren. Die Grundlage des Gesetzes war zu keinem Zeitpunkt gegeben, denn weder gab es besonders viele „Coronafälle“, oder „Coronaverdächtige“, gar „Coronatote“, die musste man erst generieren... schließlich hatte man die Kodierrichtlinien für diese Krankheit erst neu eingeführt, und wie man es auch drehen und wenden mag - niemals war die

Voraussetzung für eine „epidemische Notlage nationaler Tragweite“ vorhanden - v.a. deshalb nicht, weil die „Coronafälle“ auf PCR-Testricks und manipulativen Kodierrichtlinien basieren. Zudem gibt es - bis heute - keine Legaldefinition, wann die epidemische Notlage ausgerufen werden kann! **Er wurde per Beschluss des Bundestages ausgerufen, an den keine weiteren Kriterien geknüpft waren!** <sup>78</sup> Das gab es noch nie seit Bestehen der BRD.

Sie riefen die epidemische Notlage „out of the blue“ aus, generiert aus dünner Luft, kondensiert zu einem Bündel von Verordnungen, die unterschiedlichste Lebensbereiche betreffen, wo jedes Wort, jeder Satz seine Bedeutung hatte, die sie sich strategisch geplant im Vorfeld sehr genau überlegt haben, um den größten Feldzug gegen das Leben aller Menschen anzutreten, den die Erde jemals gesehen hat - inklusive des Verwischens von Täterspuren. In Folge der Ausrufung des epidemischen Ausnahmezustands wurden eine Reihe weiterer Verordnungen erlassen und Gesetze geändert: das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das IGV-Durchführungsgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) und das Baugesetzbuch geändert. Die Änderungen gelten teils befristet, teils unbefristet.<sup>79</sup>

Beispielsweise wurde es durch Änderung des **IGV-Durchführungsgesetzes** möglich, dass **Fluggastdaten** durch die **Fluggastdatenzentralstelle** ermittelt und **Daten der Fluggäste und möglichen Kontaktpersonen** (siehe oben: 2 Reihen vor und hinter eines „Coronaverdächtigen“) ans Gesundheitsamt weitergeleitet werden konnten - ohne Wissen der Betroffenen. Saß in einem Flugzeug eine Person, die innerhalb eines Zeitrahmens X „coronaverdächtig“ wurde, konnte das als Anlass genommen werden, die Daten aller in der Nähe der Person sitzenden Personen abzufragen und diese Personen zu kontaktieren. Auch so konnte man „Coronaverdächtige“ erzeugen...!

Die Änderung im **SGB V** betreffen u.a. die **Verarbeitung personenbezogener Daten**: *„Bei länderübergreifenden Vorhaben der Versorgungs- und Gesundheitsforschung, an denen öffentliche und nichtöffentliche Stellen des Bundes und der Länder beteiligt sind, ist eine Verarbeitung personenbezogener Daten auch ohne Einwilligung der betroffenen Person zulässig (§ 287a Satz 1 SGB V n.F., § 27 BDSG)“*

Damit eröffneten sie sich den Zugriff auf alle Gesundheitsdaten von Personen „für die länderübergreifende Versorgungs- und Gesundheitsforschung“. Für welchen Bereich ist das im Besonderen von Bedeutung? Einmal für die Ergebnisse von PCR-Testungen, die

auch das Sammeln von Genomen ermöglichen(!), und im späteren Verlauf der sogenannten Pandemie injizierte man Milliarden von Menschen experimentelle mRNA-Stoffe - und deren personenbezogene Daten konnte man mit Hilfe dieses Paragraphen ohne deren Einwilligung verarbeiten. Auch die klinischen Daten - also Folgewirkungen der Injektionen - können ohne deren Einwilligung für „länderübergreifende Forschungszwecke“ weiter gegeben werden. Deren Daten können dann für Studien benutzt werden - zu denen die unfreiwilligen Probanden nie eingewilligt haben und gar nicht wussten, dass sie Teil einer Studie sind!!! Weitere Anwendungen dieses Paragraphen werden hier nicht erläutert, jedoch ergeben sich daraus weitere Möglichkeiten des Missbrauchs von Gesundheitsdaten ohne Wissen der Betroffenen auf allen möglichen Ebenen!

Mit dem „Bevölkerungsschutzgesetz“ im Rahmen der „epidemische Notlage“ wurden alle demokratischen und legislativen Prozesse mit einem Streich weg gewischt und durch eine Verordnungsdiktatur ersetzt, die in die privatesten Lebensbereiche jedes Menschen eingriff, ein Selbstermächtigungsgesetz für den Bundesgesundheitsminister. Innerhalb des „Verordnungsgefüges“ verhalten sich die Mittäter „legal“. So war das auch gedacht: Einen Legalrahmen zu schaffen für die unfassbarsten Taten, die sich ein Mensch auszudenken vermag. Besonders schockierend ist die Tatsache, und deshalb so schwer zu glauben, dass alle relevanten Regierungsstellen Hand in Hand den Coronaplot ausarbeiteten und perfekt zeitlich abgestimmt konzertiert umsetzten.

Faktum bleibt aber, dass Menschen- und Lebensrechte stets ÜBER Verordnungen stehen - auch wenn die Illusion von Legalität durch Verordnungen erzeugt wird. Und das, was im Rahmen dieser Verordnungen möglich wurde und durch viele Millionen Mittäter, v.a. aus der medizinische Zunft, in die Tat umgesetzt, ist ein Verbrechen gegen das Leben aller Menschen einschließlich der kommender Generationen.

Diese Taten unterliegen keiner Verjährung - nie.

## Das „Programm“: Benzodiazepine, Opiate, invasive Beatmung

In den Empfehlungen der „Clinical Excellence Commission“ von 2017 von North South Wales<sup>80</sup> zur Medikation von Patienten auf dem Sterbebett wird folgende Medikation „zur Sterbegleitung empfohlen - eigentlich ist es Sterbehilfe - Euthanasie. So ein ähnliches Protokoll wurde zur Behandlung von PCR-Testpositiven „Coronakranken“ in Pflegeeinrichtungen ausgegeben:

MORPHINE, METOCLOPRAMIDE, HALOPERIDOL, BENZODIAZEPINE (Midazolam, Clonazepam), GLYCOPYRRONIUM / GLYCOPYRROLATE, HYOSCINE BUTYLBROMIDE (BUSCOPAN)

Diese Medikamente sedieren/narkotisieren die Patienten, lindern Schmerzen, setzen die Atmung herunter, und die Patienten schlafen ein ohne wieder aufzuwachen.

Diese Empfehlung wird zur „Behandlung“ von Sterbenden am Ende ihres Lebens gegeben - manche bezeichnen es als „Sterbehilfe-Protokoll“<sup>81</sup> oder Beihilfe zum Mord.

### Last Days of Life ANTICIPATORY PRESCRIBING RECOMMENDATIONS for in-patient setting – ADULT

MEDICATION	INDICATION(S)	STARTING PRN DOSE for PRN medication	STARTING DOSE for REGULAR medication	GUIDANCE NOTES
MORPHINE	PAIN & 1st line for BREATHLESSNESS	If not taking regular opioid (not on regular opioid for previous 7 days)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Morphine is recommended as first line subcut opioid for majority of patients in the last days of life</li> <li>See guidance notes overlaid for prescribing recommendations for patients with pre-existing end stage kidney disease (eGFR &lt;30)</li> <li>Seek advice from local Specialist Palliative Care Team if conversion to alternative subcut opioid is required (see overlay for contact details)</li> </ul>
		2.5 mg subcut 1 (one) hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 15mg (equivalent to 6 PRN doses)	See pain and/or dyspnoea management flowchart for guidance on commencing regular subcutaneous morphine	
METOCLOPRAMIDE	1st line for NAUSEA and/or VOMITING	If on regular opioid (regular opioid use during the previous seven days)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Seek advice from local specialist palliative care team if recommended antiemetic(s) is contra-indicated:</li> <li>Metoclopramide</li> <li>Maximum subcut stat volume = 10mg (2mLs)</li> <li>Caution with abdominal colic</li> <li>Do not use if bowel obstruction suspected</li> <li>Haloperidol</li> <li>Preferred antiemetic in renal impairment</li> <li>Metoclopramide &amp; Haloperidol</li> <li>Do not use in Parkinson's Disease or Lewy Body Dementia</li> <li>Watch for extrapyramidal side effects (repetitive and involuntary movements, abnormal restlessness and parkinsonism including tremor, rigidity and bradykinesia)</li> </ul>
		10 mg subcut 8 hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 30mg (equivalent to 3 PRN doses)	30 mg subcut in 24 hr syringe driver (plus PRN haloperidol) OR 10 mg subcut 8 hourly regularly (plus PRN haloperidol)	
HALOPERIDOL	2nd line for NAUSEA and/or VOMITING & 1st line for RESTLESSNESS and/or AGITATION	1 mg subcut 4 hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 3mg (equivalent to 3 PRN doses)	2 mg subcut in 24 hr syringe driver (plus PRN haloperidol) OR 1 mg subcut 12 hourly regularly (plus PRN haloperidol)	
BENZODIAZEPINE	2nd line for RESTLESSNESS and/or AGITATION & 2nd line for BREATHLESSNESS with ANXIETY	MIDAZOLAM* 2.5 mg subcut 2 hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 15mg (equivalent to 6 PRN doses)	MIDAZOLAM* 10 mg subcut in 24 hr syringe driver (plus PRN midazolam) OR CLONAZEPAM ** 0.5 mg subcut 12 hourly regularly (plus PRN midazolam)	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Midazolam</li> <li>Is the benzodiazepine of choice for PRN dosing and regular dosing in a syringe driver</li> <li>**Clonazepam</li> <li>Due to its long half-life, should be used when regular subcut benzodiazepine is required, but not in a syringe driver</li> <li>Can be given by the SUBLING route as an alternative to SUBCUT route if parenteral access not available</li> </ul>
GLYCOPYRRONIUM / GLYCOPYRROLATE OR HYOSCINE BUTYLBROMIDE (BUSCOPAN)	RESPIRATORY TRACT SECRETIONS	0.2 mg subcut 4 hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 1.2mg (equivalent to 6 PRN doses) OR 20 mg subcut 4 hourly PRN max PRN dose in 24 hours = 120mg (equivalent to 6 PRN doses)	1.2 mg subcut in 24 hr syringe driver (plus PRN glycopyrrolate) OR 0.2 mg subcut 4 hourly regularly (plus PRN glycopyrrolate) OR 120 mg subcut in 24 hr syringe driver (plus PRN hyoscine butylbromide) OR 20 mg subcut 4 hourly regularly (plus PRN hyoscine butylbromide)	<ul style="list-style-type: none"> <li>If respiratory tract secretions occur, prompt management is required</li> <li>Anticholinergic medications may be ineffective or only partially effective</li> <li>There is no conclusive evidence of superior efficacy between the different anticholinergics</li> <li>Hyoscine hydrobromide HAS NOT BEEN RECOMMENDED as a first line agent as it is contra-indicated in renal impairment and may potentiate delirium and sedation</li> </ul>

## **Midazolam, Opiate (wie Morphin), Haloperidol**

Midazolam ist ein Produkt aus dem Hause Pfizer. Midazolam wirkt wie ein Diazepam - besser bekannt als Valium - aber doppelt so stark. Es reduziert Angstzustände, entspannt die Muskeln und bietet bei ausreichender Gabe eine „totale Sedierung“ für sterbende Patienten mit extremen Schmerzen oder Leiden. **Wenn Midazolam mit schmerzstillenden Opiaten gegeben wird, kann es die Atmung unterdrücken, was potenziell tödlich ist. Und genau das war das „empfohlene Programm“ für „Corona-Patienten“ in Pflegeeinrichtungen - beispielhaft gezeigt an der Richtlinie NG163 in UK. „COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community (NG163) vom 3. April 2020. Dieses Dokument ist von der Webseite verschwunden, aber man kann es an anderer Stelle noch finden, siehe Referenz <sup>82</sup>. Unter dem Originallink findet man den Hinweis, dass es mit NG191 upgedated wurde<sup>83</sup>. Erstaunlicherweise findet man die NG163-Guideline auf der Seite der WHO - allerdings nur noch mit Wayback-Machine, diese Guideline ist INTERNATIONAL herausgegeben worden<sup>84</sup>! Der Plot war international der gleiche - überall.**

**Aus dem Beipackzettel von Midazolam von Pfizer geht hervor:**

**WARNHINWEISE Midazolam<sup>85</sup>**

**Personal und Ausrüstung für Überwachung und Wiederbelebung, Erwachsene und Pädiatrie**

*„Intravenöses Midazolam wurde mit Atemdepression und Atemstillstand in Verbindung gebracht, insbesondere wenn es zur Sedierung in nicht intensivmedizinischen Einrichtungen verwendet wurde. In einigen Fällen, in denen dies nicht sofort erkannt und wirksam behandelt wurde, kam es zum Tod oder zu einer hypoxischen Enzephalopathie. Intravenöses Midazolam sollte nur in Krankenhäusern oder ambulanten Einrichtungen, einschließlich Arzt- und Zahnarztpraxen, angewendet werden, die eine kontinuierliche Überwachung der Atmungs- und Herzfunktion, z. B. Pulsoximetrie, vorsehen. Die sofortige Verfügbarkeit von Wiederbelebungsmedikamenten und alters- und größenangemessener Ausrüstung für Beutel-/Ventil-/Maskenbeatmung und Intubation sowie Personal, das in ihrer Anwendung geschult und im Atemwegsmanagement geschult ist, sollte sichergestellt werden (siehe WARNHINWEISE). Bei tief sedierten pädiatrischen Patienten sollte neben*

dem Arzt, der das Verfahren durchführt, eine spezielle Person den Patienten während des gesamten Verfahrens überwachen.

### **Risiken bei gleichzeitiger Anwendung mit Opiaten**

Die gleichzeitige Anwendung von Benzodiazepinen und Opioiden kann zu starker Sedierung, Atemdepression, Koma und Tod führen. Patienten auf Atemdepression und Sedierung überwachen (siehe WARNHINWEISE und VORSICHTSMASSNAHMEN; Arzneimittelwechselwirkungen).“

Die Kombination von Midazolam mit Opiaten ist bekannt dafür, dass sie tödlich wirkt - und genau das war die „Richtlinie“, die in vielen Ländern ausgegeben wurde.

### **Midazolam - Teil des Todescocktails bei zu Tode verurteilten Straftätern**

Midazolam ist ein Mittel im Todescocktail, bestehend aus 3 Substanzen, für zu Tode verurteilte Straftäter<sup>86</sup>. In dem Artikel „Schnappen nach Luft: Autopsien zeigen **beunruhigende Auswirkungen der tödlichen Injektion**“

Im Artikel wird ausgeführt, dass in der Lunge Ansammlungen aus Blut, Plasma bilden, Lungenödeme entstehen und der Delinquent darin langsam „ertrinkt“, erstickt.

Chefanästhesist Prof. Joel Zivot von der Emory School of Medicine ist „Fachmann“ für tödliche Injektionen in Hinrichtungen und einer derjenigen, der 200 Hingerichtete obduziert hat. Er berichtet, dass bei allen die Lungen doppelt so schwer waren als „normal“, weil sie sich mit Blut und Plasma füllten, bevor die Hingerichteten qualvoll erstickten<sup>87</sup> (Auszüge des Artikels im Anhang). Die Delinquenten wurden beobachtet, wie sie sehr lange sehr schwer atmeten, bevor sie starben, und das qualvolle Ersticken bei vollem Bewusstsein erlebten: **„Alle medizinischen Zeugen, die ein Lungenödem beschrieben haben, waren sich einig, dass es sowohl körperlich als auch emotional schmerzhaft war und ein Gefühl des Ertrinkens und die damit verbundene Panik und Schrecken hervorrief, ähnlich wie es bei der als Waterboarding bekannten Foltertaktik auftreten würde“**, wurde in dem Artikel nach Befragen von Zeugen und Ärzten ausgeführt. So ein Tod ist sogar für zu Tode verurteilte „zu grausam“, das langsame Ersticken bei vollem Bewusstsein durch die tödlichen Injektionen, die ein Lungenödem verursachen, wurden pausiert.

Die „Hinrichtung“ der Alten und Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen mit Midazolam und Opiaten befahl man jedoch per entsprechende Richt- und Leitlinien - von Staats wegen!

## Haloperidol

Dieses Medikament ist ein Neuroleptikum und ist indiziert für Wahnvorstellungen, Schizophrenie. Es ist ein „Antipsychotikum“, wird aber auch gerne in Pflegeeinrichtungen zur Ruhigstellung der Patienten ge- bzw. missbraucht. Es führt zu Lähmungen im Zentralnervensystem und damit geht einher, dass die alten Menschen stürzen und sich Brüche zuziehen, bzw. völlig apathisch in ihren Betten liegen. Auch das ist Teil der „Killing Protocols“.

In dem Artikel „**Überwältigende Beweise für Midazolam-Morde durch Regierungspolitik**“<sup>88</sup> stellt der Autor „The Bernician“ die Beweiskette anhand der in UK ausgegebenen Leitlinien zusammen.

Wie oben schon ausgeführt, ist die Gabe von Opiaten mit Midazolam ein Weg, die Menschen vom Diesseits ins Jenseits zu befördern - auch ohne Atemnot. Damit bringt man Gesunde durchaus auch über die Regenbogenbrücke. Die angegebenen Dosierungen sind ein weiterer Punkt, die zeigen, dass man sicher gehen wollte, dass die Menschen nie mehr aufwachen.

## Weitere „Medikamentenempfehlungen“ für die beschleunigte Sterbehilfe

In dem 3-seitigen Blatt der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Geschäftsstelle Landesvertretung Bayern c/o LMU Klinikum Klinik für Palliativmedizin

vom 15. April 2020 „**Empfehlung zum Thema Symptomkontrolle bei**

**Pflegeheimbewohner\*innen im Falle respiratorischer Insuffizienz im Verlauf einer**

**Covid-19 Infektion**“<sup>89</sup>“ wird davon ausgegangen, dass Patienten bei Erkrankung mit Covid-19 eine rasante Zustandsverschlechterung eintreten kann(!). An Therapie der Covid-19-Erkrankung denkt man garnicht, beispielsweise durch Gabe von Vitaminen und

anderen aufbauende Mittel. Es ist völlig problemlos, Sterbehilfe auf Rezept zu bekommen - auch unverlangt -, Vitamine und aufbauende Mittel gibt es schlicht nicht

zur Symptomlinderung oder gar Genesung! (Was für eine zutiefst verrottete medizinische

Zunft...) Man denkt ausschließlich an „Symptomkontrolle“ durch sedierende

Medikamente. Deshalb weist die Palliativgesellschaft darauf hin, „*dass zur*

*Symptomkontrolle bei Pflegeheimbewohner\*innen im Falle belastender*

*Krankheitszeichen einer Covid-19 Infektion in den Einrichtungen der stationären*

*Altenhilfe ein vorausschauender Bestand an Medikamenten, auch von*

*Betäubungsmitteln (BtM) zur Symptomlinderung notwendig ist.*

**Folgende Probleme und Herausforderungen sehen wir:**

- Bei schweren Verläufen von Covid-19 Infektionen werden mehr Bewohner\*innen auch mit Opiaten behandelt werden **MÜSSEN (!!!)**.
- Eine zeitnahe Lieferung von Medikamenten am Nachmittag, ab Freitagnachmittag und an Wochenenden ist ein besonderes Problem für die Einrichtungen und meist nicht möglich.
- Zudem ist zu erwarten, dass es zu Lieferengpässen bei bestimmten Medikamenten, insbesondere von Opiaten, kommen wird.
- Wenn Einrichtungen Medikamente zu großzügig vorhalten, kann es zu einer weiteren Verschlechterung der Verfügbarkeit von Medikamenten kommen.
- Eine Anfrage bei BfArM hat ergeben, dass es auch in Ausnahmefällen nicht möglich ist, bewohnerunabhängige Medikamentendepots in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu bilden. Wünschenswert wäre gewesen, dies in dem neu aufgelegten Infektionsschutzgesetz mit zu berücksichtigen. So muss in diesem Zusammenhang auf §§ 5c und 5d der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verwiesen werden.

**Vorgeschlagene Maßnahmen:**

- Folgende Medikamente einschließlich BtM sollten gemäß der DGP-Handlungsempfehlungen vorausschauend und bewohnerbezogen in den stationären Einrichtungen der Alten- und Eingliederungshilfe für den hochnormalen Bedarf vorgehalten werden: Opiate (Morphin bzw. Hydromorphon; gegen Schmerzen und Atemnot), Benzodiazepine (Lorazepam, Midazolam; zur Anxiolyse und Sedierung), Antipsychotika (Haloperidol, Melperon, Pipamperon; gegen Halluzinationen)

Benzodiazepine und Hydromorphon sind Teil der Todesspritzen für zu Tode verurteilte<sup>90</sup> - in der Aufzählung fehlt noch das Kaliumchlorid für den Herzstillstand, das vermutlich von den Krankenhauspharmazien über den sekundären Verteilungsweg auch erhältlich sein dürfte für den rechtsmedizinisch nicht nachweisbaren Tod durch Herzstillstand?

Sterbehilfe bleibt weiterhin Mord, um das ganz klar zum Ausdruck zu bringen - auch wenn die „Leitlinien“ und „Handlungsempfehlungen“ das offenkundigst vollständig „vergessen“ haben.

Im oben erwähnten Gerichtsprozess<sup>91</sup> wurden in der Haaranalyse des 89-jährigen Vaters,

dessen Tochter versuchter Mord zu Last gelegt wird, exakt obige Medikamente nachgewiesen: Morphin, Oxycodon, Diazepam, Melperon sowie Diphenhydramin - ein Schlafmittel, das rezeptfrei erhältlich ist. Die gegebenen Handlungsempfehlungen gelten natürlich auch für ambulante Pflegedienste, die häufig von Einrichtungen der Altenpflege auch betrieben werden. Diese Empfehlungen können u.a .dazu führen, dass die Verwandtschaft wegen Mordes angeklagt wird, während die „Pflegerinnen“ die Medikamentencocktails nach Handlungsanweisung verabreichen! Leider wird nur in Ausnahmefällen eine Haaranalyse der Verstorbenen gemacht - vermutlich würde man bei fast jedem Verstorbenen, bei dem eine Zustandsverschlechterung ab dem Zeitpunkt eintritt, wo „Pflegerinnen“ das Haus betreten, solche Medikamente nachweisen können, v.a. ab 2020.

Vor diesem Hintergrund haben sämtliche Besuchsverbote in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern eine völlig andere Konnotation, und der „Schutz der Vulnerablen“ ist das Etikett, der Vorhang, hinter dem unfassbarste Dinge geschehen sind und immer noch geschehen - Taten, die niemals verjähren.

### **Künstliche Beatmung mit Beatmungsgeräten in Krankenhäusern**

Künstliche invasive Beatmung ist eine Maßnahme, die man nur bei bewusstlosen, verletzten Patienten kurzzeitig anwendet - und die in so einem Fall - noch - lebensrettend sein kann. Wie oben schon ausgeführt, gibt es KEINERLEI Evidenz dafür, dass nicht-invasive Beatmung mit Masken, invasive Beatmung durch Luftröhrenschnitt oder extrakorporale Membranoxygenation bei Covid-19 Überlebenschancen erhöhen - für egal welche der künstlichen Beatmungswege. Allerdings gibt es vielfach Evidenz dafür, dass die künstliche Beatmung selbst Menschen tötet - auch Gesunde. Beispielsweise berichtet eine Studie aus New York im April 2020, dass alle beatmeten Patienten ab 65 verstarben, und 78% in der Altersgruppe unter 65<sup>92</sup>. In der Gruppe, in der keine künstliche Beatmung durchgeführt wurde, lag die Sterberate für die Gruppe unter 65 Jahren bei 1,98% respektive 26,6% bei Patienten über 65.

**„Coronavirus Neuigkeiten zu Lungenerkrankungen und Atemwegserkrankungen  
Studie: Die meisten N.Y. COVID-Patienten an Beatmungsgeräten starben“<sup>93</sup>**

*MITTWOCH, 22. April 2020 (HealthDay News) - Die bisher größte Analyse von hospitalisierten US-COVID-19-Patienten zeigt, dass die meisten nicht überlebten, nachdem sie an ein mechanisches Beatmungsgerät angeschlossen wurden.*

Die Studie<sup>94</sup> umfasste die Krankenakten von 5.700 COVID-19-Patienten, die zwischen dem 1. März und dem 4. April in Einrichtungen hospitalisiert wurden, die von Northwell Health, dem größten Gesundheitssystem des Bundesstaates New York, beaufsichtigt werden.

Unter den 2.634 Patienten, für die die Ergebnisse bekannt waren, lag die Gesamtsterblichkeitsrate bei 21 %, stieg jedoch bei denjenigen, die eine mechanische Beatmung erhielten, auf 88 %, berichtete das Northwell Health COVID-19 Research Consortium.

In einem Artikel vom 27. April 2020 berichtet eine Krankenschwester in New York, dass sie die Menschen an den Beatmungsmaschinen durch zu hohen Druck umbringen<sup>95</sup>.

Die invasive Beatmung selbst ist eine äußerst aggressive Maßnahme. Patienten, die bei Bewusstsein sind, atmen gegen den Rhythmus des Beatmungsgerätes, haben Widerstände gegen die Schläuche und können ihre Atmung nicht mit dem Gerät synchronisieren. Außerdem wäre es eine Tortur, würde man ihnen nicht vorher Betäubungsmittel geben: „Zu den notwendigen Medikamenten gehören das Beruhigungsmittel Midazolam, das Lähmungsmittel Vecuroniumbromid und das Opioid Fentanyl. Sie werden benötigt, weil es Folter wäre, einen Patienten „ohne Medikamente ... an ein Beatmungsgerät anzuschließen“, sagte Zivot, außerordentlicher Professor für Anästhesiologie und Chirurgie an der Emory University in Atlanta, der die Rolle der Medizin bei der Todesstrafe untersucht hat.“<sup>96</sup>

Um große Mengen dieser Betäubungsmittel, die Teil der Hinrichtungscocktails der zu Tode verurteilten sind, zu beschaffen, wurden enorme Anstrengungen unternommen: In USA hat man diejenigen Staaten, die die Todesstrafe noch durchführen, gebeten, ihre Lager für die Covid-19 Patienten zu leeren: „**Ärzte: Hinrichtungsdrogen könnten COVID-19-Patienten helfen - Eine Gruppe von Medizinern fordert von den Staaten die Todesstrafe für Medikamente, die sowohl für tödliche Injektionen als auch zur Unterstützung von Coronavirus-Patienten verwendet werden, die an Beatmungsgeräte angeschlossen sind**<sup>97</sup> vom 21. April 2020. Diese Bestände reichten nicht, und so hat Pfizer - Hersteller von Midazolam - seine Unterstützung angeboten, um der großen Nachfrage gerecht zu werden<sup>98</sup> (vom 2. April 2020).

In Deutschland fand man einen anderen Weg zur Beschaffung von Midazolam: Der Chefarzt des Universitätsklinikum Erlangen organisierte 10 kg des Wirkstoffs für

Midazolam aus Israel, um Midazolam in der krankenhauseigenen Pharmazien selbst herzustellen sowie 11 weitere Krankenhausapotheken mit eigener Arzneimittelherstellung. In Erlangen wurden 7.000 Flaschen der Injektionslösungen für 100.000(!) Patienten im Juni 2020 hergestellt<sup>99</sup>. Wenn man davon ausgeht, dass in jeder der Krankenhauspharmazien ähnliche Mengen hergestellt werden, dann bekommt man eine Idee, was der Plan ist für 1,2 Mio. Menschen für 2020.

In UK fand man in Frankreich Quellen für Midazolam - **„Lieferungen von Beruhigungsmitteln für COVID-19-Patienten wurden aus Frankreich umgeleitet, um potenzielle Engpässe zu vermeiden. Exklusiv: Accord Healthcare hat The Pharmaceutical Journal mitgeteilt, dass „einige französische Etiketten“ von Midazolam jetzt an britische Großhändler verkauft werden.“**<sup>100</sup>

Und Italien fand schon am **21. März 2020** eine deutsche Quelle für Midazolam in Melsungen.<sup>101</sup>

Das Konzert der Maßnahmen ist darauf ausgelegt, das Leben der Menschen mit dem Vorwand „Corona“ vorzeitig zu beenden - und zwar zu 100%.

Mit Leitlinien der Bundesregierung, den Länderverordnungen, plus der Empfehlungen des Prof. Stefan Kluge, plus des „Leitfadens“ zur Behandlung von Erkrankten von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, plus die Empfehlungen des Instituts für Katastrophenmedizin plus das Gesetzespaket<sup>102</sup> zur Krankenhausentlastung und Prämienprogrammen sowie den Kodierrichtlinien für die Erzeugung von „Coronafällen“, „Coronaverdächtigen“, „Sippencoronafällen“ und „Sippencoronaverdächtigen“ plus die Richtlinien der WHO zur Codierung von Todesfällen plus der wichtigste Baustein: **Ausrufung der epidemischer Notlage von nationaler Tragweite** (auf der Basis von Null Evidenz) - war der perfekte Rahmen geschaffen worden, das von staatlichen Organen geplante Euthanasieprogramm in den Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste sind Teil davon) und Krankenhäuser verborgen vor der Augen der Verwandten und der Öffentlichkeit in aller Stille in die Tat umzusetzen. Und die Besuchsverbote sollten dafür sorgen, dass es keine Zeugen gibt, sowie die Anordnung, Coronatote so schnell wie möglich zu Asche zu pulverisieren und in Urnen zu vergraben.

Diese Taten verjähren NIE.

## Überall der gleiche „Plot“ - Sedierung /Invasive Beatmung in USA, Canada, UK, Europa

Nicht nur die Deutschland gab es dieses Paket an Leitlinien, Richtlinien und Förderungen für die Umrüstungen von Krankenhausbetten.

In UK wurden sehr ähnliche Richtlinien ausgegeben: In „COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care“<sup>103</sup> vom 22. März 2020 wird bei Atemlosigkeit die Gabe von Morphium, Benzodiazepine wie Midazolam empfohlen. Beatmungsgeräte, die nur für den Kurzeiteinsatz in Notsituationen gedacht waren, werden vom britischen MHRA am 8. April 2020 auch zur Langzeit-Beatmung - als „off-label-use“ - empfohlen<sup>104</sup>, und eine „Challenge“ zur Herstellung von Ventilatoren ausgeschrieben, deren Spezifikationen sie in einem Paper vom 10. April 2020 angaben. Das FDA fährt die gleiche Strategie<sup>105</sup>, und gab im März 2020 die „Enforcement Policy for Ventilators and Accessories and Other Respiratory Devices During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Public Health Emergency“<sup>106</sup> heraus, wo - wie auch bei MHRA -, die Spezifikationen beschrieben werden und der „Off-Label-Einsatz unter besonderen Bedingungen“ genehmigt wird.

Das FDA bestellte bei der Fa. Vyaire laut Vertrag mit dem HHS unterschrieben am 10. April 2020 „Ventilators“ für US\$ \$407,904,453.00 (22.000 Stück)<sup>107</sup>.

Es war ein internationaler Plot:

In einem Artikel auf Substack von Dr. Paul Alexander<sup>108</sup> heißt es:

**„COVID-Protokoll: Einweisung mit PCR falsch positiv, isolieren, sedieren (Midazolam/Morphin), Remdesivir (nieren-/lebertoxisch), intubieren/beatmen, keine Antibiotika, dehydriert gestorben, unterernährt, DNR-Anordnungen (Do not resuscitate - nicht wiederbeleben)“** plus die Verweigerung von Antibiotika bei bakterieller Lungenentzündung und *„Das COVID-Protokoll in US-amerikanischen, kanadischen, britischen, australischen Krankenhäusern usw. hat 10.000 unserer Eltern und Großeltern getötet“*.

Ein weiterer Autor - Dr. William Makis - widmet sich ebenfalls diesem Thema: **Midazolam-Morde – wurden ältere Menschen in Langzeitpflegeheimen mit Euthanasie-Medikamenten getötet und als COVID-19-Tote bezeichnet?**<sup>109</sup>

Darin heißt es:

**„COVID-19-Todesfälle in Pflegeheimen im Jahr 2020:**

*Die offizielle Darstellung ist, dass ältere Menschen in Langzeitpflegeheimen einem hohen Risiko für eine COVID-19-Infektion und den Tod ausgesetzt waren. Im Jahr 2020 ereigneten sich die meisten COVID-19-Todesfälle in Langzeitpflegeheimen.*

*Neue Beweise deuten stark darauf hin, dass dies keine unvermeidlichen COVID-19-Todesfälle waren, sondern dass in diesen Häusern etwas viel Unheimlicheres und Dunkleres passiert ist. Es gab mindestens zwei Arten von vorsätzlicher Verletzung, denen ältere Menschen ausgesetzt waren:*

- 1. Gefährdeten älteren Menschen wurde ein hochdosierter „Euthanasie-Medikamentencocktail“ aus Midazolam und Morphin verabreicht, der zu ihrem Tod führte, der dann als „COVID-19-Tod“ bezeichnet wurde.*
- 2. Älteren Menschen, die eine Lungenentzündung entwickelten, wurden Antibiotika absichtlich verweigert, was zu ihrem Tod führte, der dann als „COVID-19-Tod“ bezeichnet wurde“*

Und:

*„Als Kanadas nationale Gesundheitsdatenbehörde im Juni 2020 berichtete, dass Kanada unter den wohlhabenden Nationen die schlechteste Bilanz bei Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 in Langzeitpflegeeinrichtungen für ältere Menschen habe, bezeichneten viele Beobachter dies als „nationale Schande“ . Zu dieser Zeit, als die erste Welle von COVID-19 in Kanada abzuebben begann, machten die 2039 Heime für ältere Menschen etwa 80 % aller Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 aus .*

*6 Monate später, als die zweite Welle von COVID-19 über das Land fegte, hat sich wenig geändert, und Kanadas Langzeiteinrichtungen sind nach wie vor gefährlich anfällig für die Krankheit“.*

## **Todesstatistiken 2020 in Deutschland und Europa (Euromomo) und Midazolam-Verschreibungen**

Einleitend zu dem Thema möchte ich auf folgenden Artikel im Ärzteblatt vom 22. April 2020 verweisen:

**COVID-19: Ein Drittel aller Toten in Alteneinrichtungen** <sup>110</sup>

*„Etwa 4.600 Menschen sind in Deutschland bislang infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 gestorben. Davon lebten mindestens 1.491 in Alten- und Pflegeheimen sowie anderen Betreuungseinrichtungen. Das entspricht etwa einem Drittel aller gemeldeten Todesfälle, wie das Robert-Koch-Institut (RKI) auf Anfrage von NDR Info mitteilte. 17 Prozent aller infizierten Bewohner sind gestorben, also fast jeder fünfte.“*

*Die Zahlen dürften allerdings erheblich höher liegen, da bei 41 Prozent aller Todesfall-Meldungen Angaben fehlten, in welchen Einrichtungen die Infektionen festgestellt wurden. 966 der 4.600 Todesfälle können nicht zugeordnet werden.*

*Die Deutsche Stiftung Patientenschutz wies zudem darauf hin, dass auch diejenigen Todesfälle nicht mitgezählt wurden, bei denen Altenheimbewohner in Krankenhäusern starben. Außerdem haben sich mit Stand von gestern 5.832 Beschäftigte in diesen Einrichtungen mit dem Virus infiziert. 19 von ihnen sind gestorben.“*

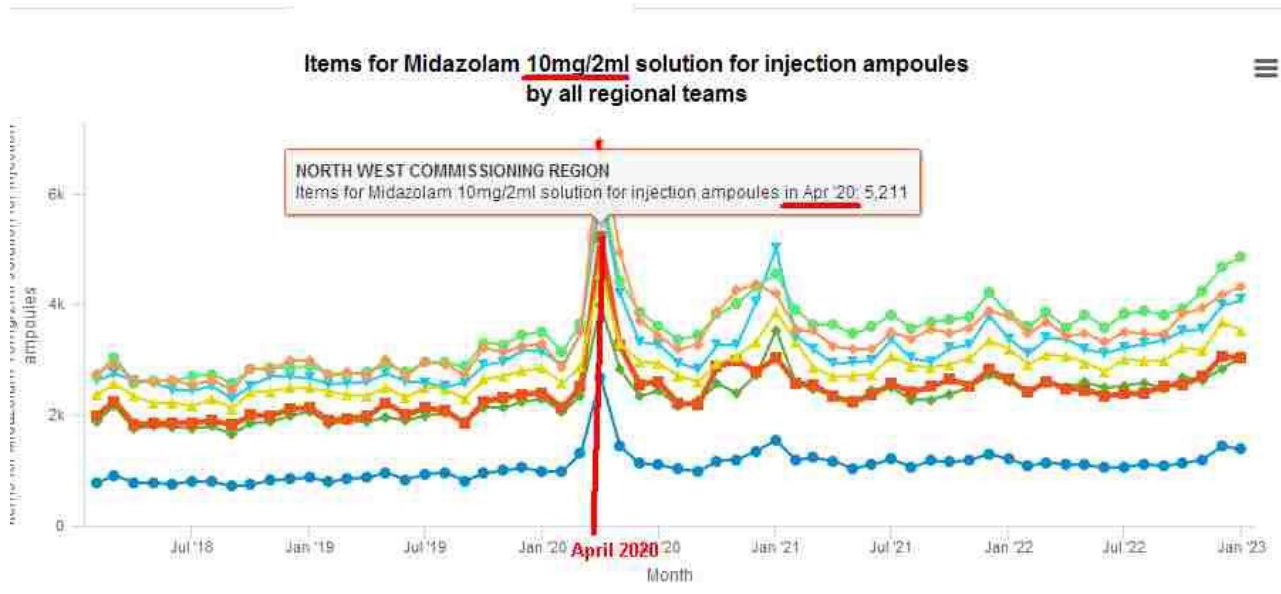
Der Verdacht, dass die angeblichen „Covidtoten“ auf das Konto der „Killing Agenda“ verbucht werden müssen, liegt sehr nahe. Entweder wurden sie in den Pflegeeinrichtungen betäubt und euthanasiert oder in den Krankenhäusern mit den Beatmungsmaschinen umgebracht.

Diesen Verdacht äußerte auch dieser Artikel:

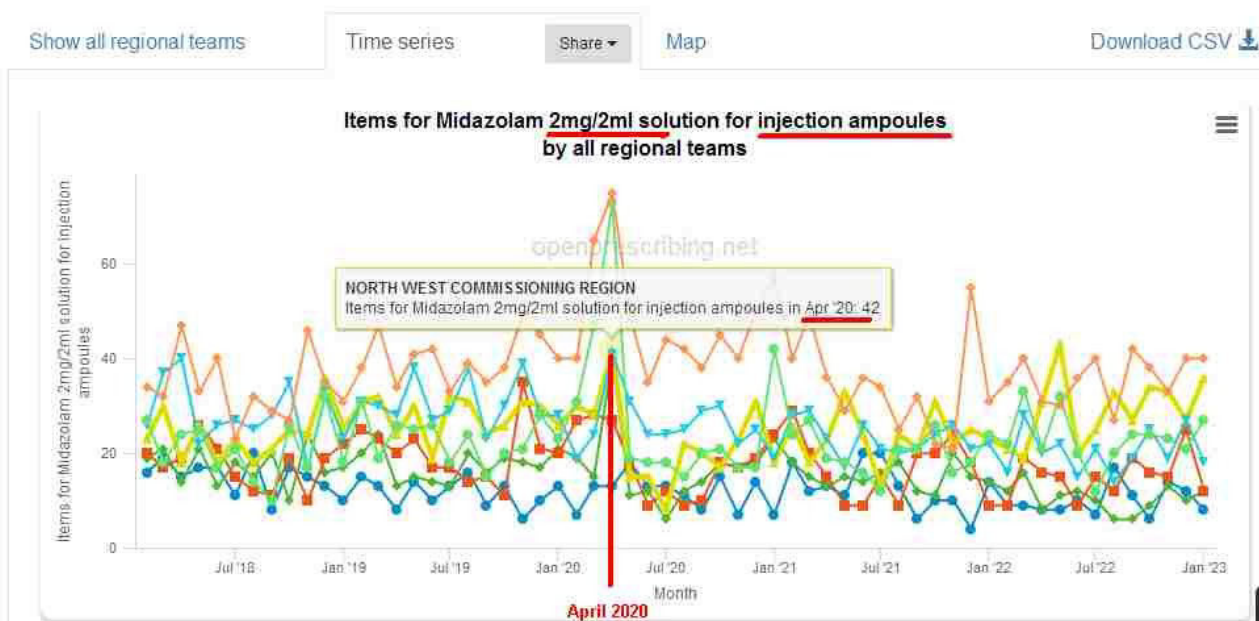
**Systematische Tötung alter Menschen, um die COVID-19 Pandemie vorzutäuschen? Belege aus dem Vereinigten Königreich sprechen nicht dagegen<sup>111</sup>**

## **Midazolam-Verschreibungen in UK**

In UK kann man per Datenbank herausfinden, welche Medikamente wie häufig verschrieben wurden. Wenn man nun die Kurve der **Midazolam-Verschreibungen** korreliert mit der Zahl der Todesfälle für 2020, erkennt man eine 1:1 Korrelation: Der Peak der Kurve über die Verschreibungen von Midazolam in UK<sup>112</sup> in den verschiedenen UK-Regionen befindet sich - in allen Regionen - **im April 2020 in der KW 14/15, also die Tage vom 30. März bis 12. April 2020 (Osterwochenende) 10mg/2ml Injektionen<sup>113</sup>.**



Midazolam-Verschreibungen von 2mg/2ml<sup>114</sup> haben in der gleichen Woche ebenfalls einen außergewöhnlichen Peakwert, in den Folgemonaten gibt es noch hohe Anstiege in Jan. 21 und Jan. 22 mit verschiedenen Zwischenpeaks:



## Vergleich UK-Midazolam-Verschreibungen mit Todesstatistik in Deutschland 2020

Destatis brachte in 2020 eine Sonderauswertung der Sterbezahlen<sup>115</sup> heraus.

In der Auswertung gibt einiges Bemerkenswertes. Betrachten wir die Auswertung der KW 12 bis 20: Auch in Deutschland ist der Peakwert der Todeszahlen 1:1 korreliert zu den UK-Midazolam-Verschreibungen in der KW 14/15. (Man findet für Deutschland keine monatweise Auswertung der BTM-Verschreibungen.).

**Tabelle 1**  
**Sterbefallzahlen nach Kalenderwochen und COVID-19-Todesfälle (Ereignisdatum)**

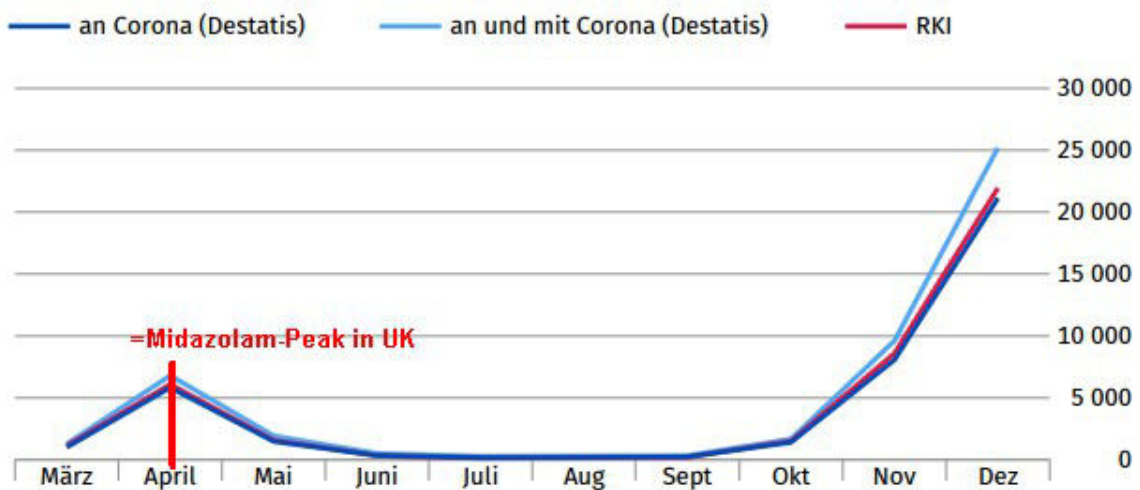
	Sterbefälle 2020		
	insgesamt	Differenz zum Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019	COVID-19-Todesfälle
Kalenderwoche 12	19 625	+ 70	162
Kalenderwoche 13	19 612	+ 673	600
Kalenderwoche <u>14</u>	<u>20 536</u>	<u>+ 2 056</u>	1 364
Kalenderwoche <u>15</u>	<u>20 363</u>	<u>+ 2 470</u>	1 728
Kalenderwoche 16	19 129	+ 1 772	1 580
Kalenderwoche 17	18 387	+ 980	1 155
Kalenderwoche 18	17 711	+ 750	776
Kalenderwoche 19	17 394	+ 80	499
Kalenderwoche 20	16 690	- 162	340
Kalenderwochen 12 bis 20	169 447	+ 8 690	8 204

Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt (Stand: 26.06.2020),  
COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut (2020b; Stand: 25.06.2020)

Wie man anhand der Tabelle erkennen kann, findet sich ein deutliches Maximum in den besagten Wochen, die Übersterblichkeit zum Durchschnitt der Vorjahre ist auffällig in ab KW 13 bis KW 19, also März-April 2020.

Schaubild 3

## Vergleich COVID-19 Verstorbene laut RKI und laut Todesursachenstatistik 2020



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Schaubild aus der Sterblichkeitsauswertung von Destatis 2020<sup>116</sup>:

### Gesamtjahres-Übersterblichkeit in 2020 laut Destatis im Vergleich zu intensivmedizinisch behandelten Verstorbenen

In der Sonderauswertung von Destatis<sup>117</sup> wird für das Jahr eine Übersterblichkeit von ca. **26.000 Tote** angegeben, darin heißt es: „Im Jahr 2020 sind in Deutschland rund 985 600 Menschen gestorben. Gegenüber 2019 sind die Sterbefallzahlen um 5 % oder 46 000 Fälle gestiegen. Allein aufgrund der Alterung wäre 2020 nur ein Anstieg der Sterbefallzahlen um etwa 2 % oder rund 20 000 Fälle zu erwarten gewesen. Das heißt im Umkehrschluss: Rund 26 000 Sterbefälle im Jahr 2020 können nicht auf eine alternde Gesellschaft zurückgeführt werden“

Und:

„Bei den im Jahr 2020 an COVID-19 als Grundleiden verstorbenen Personen (**39 758**) wurden vielfältige Vorerkrankungen auf der Todesbescheinigung vermerkt.“

Nachdem man nach Lesen dieser Arbeit weiß, wie die Todesursachencodierung von statten geht, wundert man sich nicht mehr darüber, dass viele Wege gab, Toten die Codierung „Corona“ anzuhängen.

Gleichzeitig findet man eine Meldung im Ärzteblatt<sup>118</sup> von 2020:

### **COVID-19-Pandemie: Historisch niedrige Bettenauslastung**

*"172 248 Fällen wiesen **26 268** einen intensivmedizinischen OPS-Komplexcode (8-980, 8-98f) auf. Die durchschnittliche Verweildauer dieser Patienten betrug 20,3 Tage, davon 11,0 auf einer Intensivstation. "*

Was für ein „Zufall“, dass diese Zahl erstaunlich gut mit der Übersterblichkeit laut Destatis korrespondiert (26.000). Sicher bloß „Zufall“? Die Krankenhäuser waren leer, weil Freihaltepauschalen für nicht belegte Krankenhausbetten während einer angeblichen Pandemie vom Staat bezahlt wurden. Einem normal denkenden Menschen überfordert diese hochgradig geistesranke Agenda mit dem Ziel, Menschenleben auszulöschen durch eine weitere Finanzierungsmaßnahme - das Sponsern von Beatmungsbetten, in denen Menschen absichtsvoll getötet werden.

Und weiter aus dem Ärzteblatt:

### **„Todesfälle im Krankenhaus**

*Im Krankenhaus verstarben 30 307 COVID-19-Patienten und damit rund 75 Prozent der circa **40 000 Menschen**, die laut Robert Koch-Institut im Jahr 2020 an oder mit COVID-19 verstarben. Von den intensivmedizinisch betreuten COVID-19-Patienten starben dabei 12 325 Menschen. Somit sind etwa 30 Prozent der insgesamt an COVID-19 verstorbenen Personen im Krankenhaus mit einer Intensivbehandlung gestorben, weitere fast 45 Prozent während eines stationären Aufenthaltes ohne Intensivbehandlung und 25 Prozent außerhalb des Krankenhauses.“*

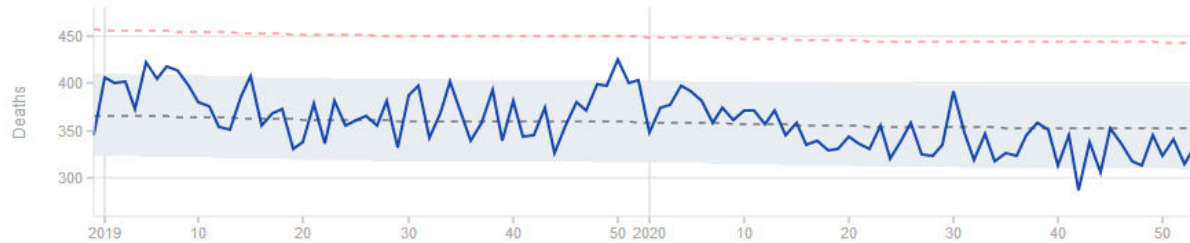
### **Todesstatistiken auf Euromomo von 2020:**

Auf Euromomo findet man die Todesstatistik in allen europäischen Ländern - auch nach Altersgruppen<sup>119</sup> aufgesplittet. Das Muster, das man in Deutschland auch sieht, zieht sich durch alle europäischen Staaten.

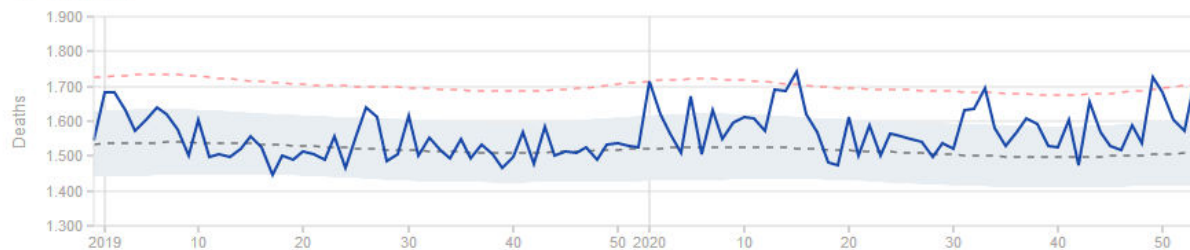
Die Übersterblichkeit summiert über alle Altersgruppen hat einen sehr deutlichen Peak zwischen der 10. und 20. Woche 2020 - also die Monate März-April-Mai 2020 - siehe die

Vergleichsdaten ab 2018 - der **Peak befindet sich durchgängig in KW 14/15 - 30. März 2020 bis 12. April 2020 (Osterwochenende):**

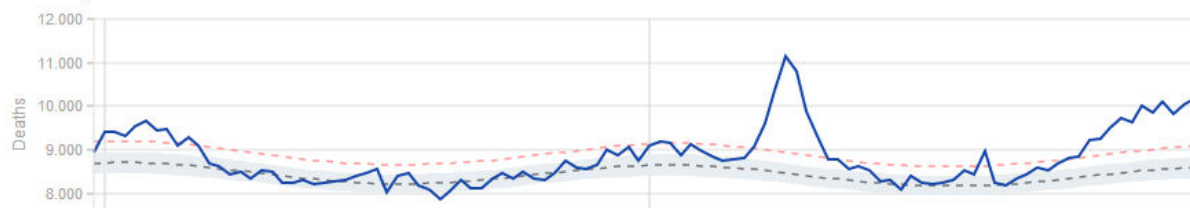
#### 0-14 years



#### 15-44 years



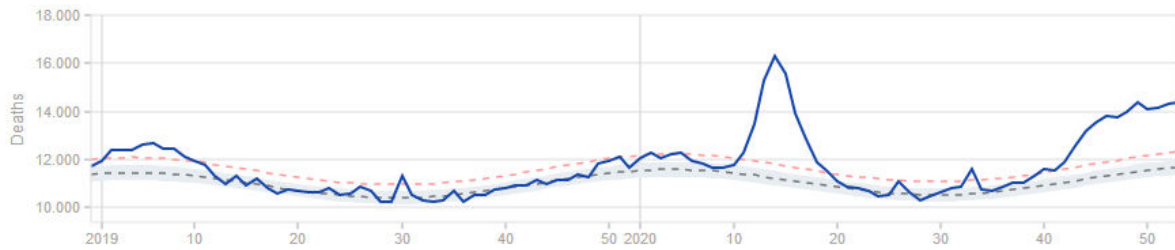
#### 45-64 years



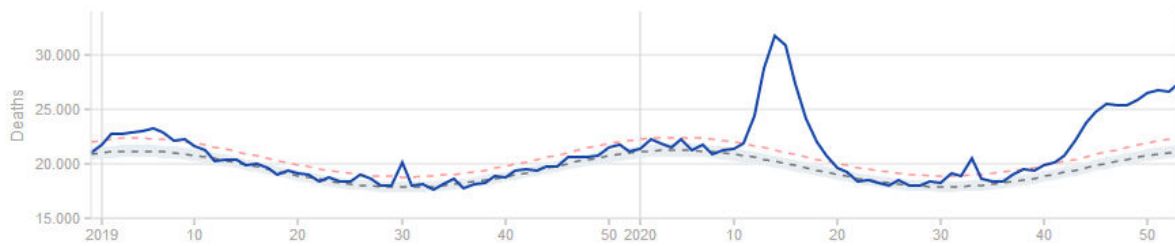
Splittet man nun die Übersterblichkeit nach Altersgruppen auf, sieht man, dass nur die 0-14-jährigen keine signifikante Häufung in diesem Zeitraum aufweisen, aber die Gruppe 15-44, und noch viel deutlicher die Gruppen ab 45 Jahre in den KW 10 bis KW 20: In der Gruppe der 45-64 verzeichnet man am Peakwert KW 14/15 ca. 2000 mehr Todesfälle als die „gewöhnliche“ Sterblichkeitsrate im obigen Zeitraum.

Noch deutlicher fällt die Kurve für die 65-74-jährige aus - statt den zu erwartenden ca. 12.000 Todesfällen verzeichnet man in diesem Zeitraum zum Peakzeitpunkt ca. 16.000 Todesfälle - 4000 mehr Tote - nur am Peak!

65-74 years



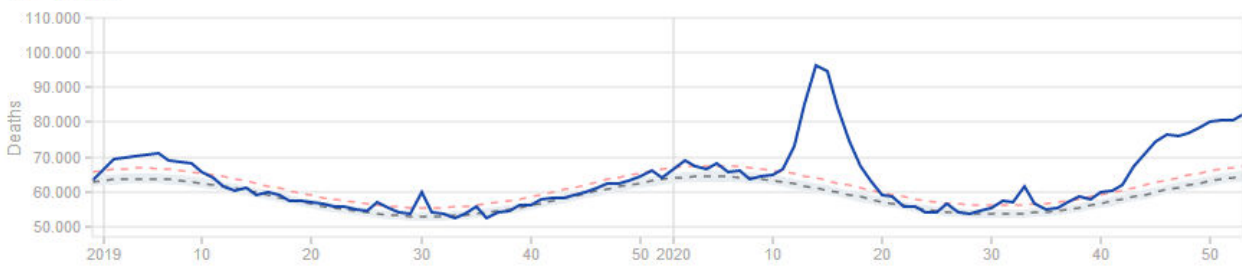
75-84 years



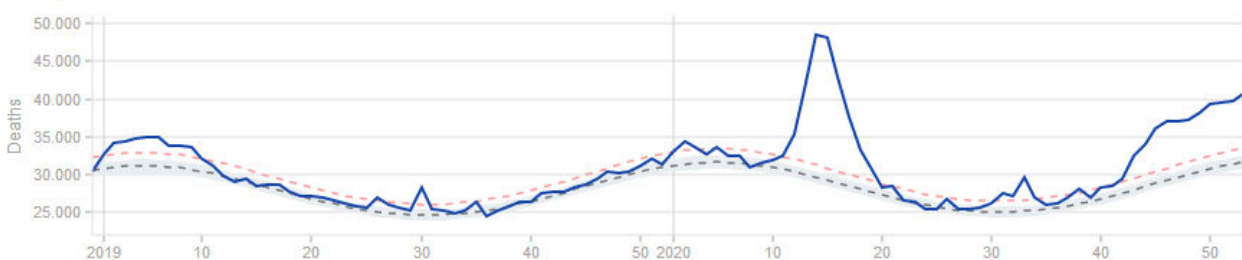
In den Altersgruppen 65+ und 85+ zeigt sich summiert eine ganz massive Übersterblichkeit in obigen Zeitraum: Bei den 65+ sind es ca. 35.000 Tote mehr, und in der Altersgruppe von 85+ liegt die Baseline bei ca. 31 Tsd. Toten, in diesem Zeitraum steigt die Zahl der Toten auf ca. 48.500, also ein plus um 17.000 Tote - mehr als 50% in 2 Wochen!

2019 10 20 30 40 50 2020 10 20 30 40 50

65+ years



85+ years



Alleine in den Altersgruppen 65+ wurden in der KW 14/15 insgesamt ca. 50.000(!) mehr Todesfälle verzeichnet - das ist die Einwohnerzahl einer mittleren Kleinstadt, die in

diesen Tagen - plötzlich und unerwartet - in Europa - mehr als gewöhnlich starb.

Alle Peaks in allen relevanten Altersruppen korrelieren mit dem Peak der Midazolam-Verschreibungen in UK.

Es gibt keine schlüssige Erklärung, dass alle Sterbefälle in allen Altersgruppen länderübergreifend in dem gleichen, kurzen Zeitraum einen Peakwert zeigen - und zwar in allen Altersgruppen ab 15 Jahre - die exakt mit den Peak-Daten der Midazolam-Verschreibungen korrelieren. Daraus lässt sich ableiten, dass das Programm in allen Staaten nach dem gleichen Schema durchgezogen wurde. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit gab es die höchsten Sterberaten bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen wie auch bei Patienten in Krankenhäusern - den „Todeszonen“.

## Schlußworte

Kurz nach dem internationalen „Auftakt“ der Corona-Pandemie im März 2020 wurde ein ganzes Paket an Leitlinien, Richtlinien, Verordnungen, Gesetze und Empfehlungen heraus gegeben, die von Seiten aller Regierungen in sehr ähnlicher Form gestaltet waren. Das **Zentrum ist die „Ausrufung der epidemischen Lage nationaler Tragweite“** - ohne eine epidemische Notlage oder Epidemie, die die Basis war für den Beginn einer beispiellosen Verordnungsdiktatur des Gesundheitsministerium. Man muss verstehen, dass das der zentrale Schachzug in dem Geschehen ist - und alles Weitere wird erst dadurch möglich.

Der Erlass von Verordnungen ohne ein Gesetzgebungsverfahren ist dabei eines der Schlüsseltools in ihrer Werkzeugkiste zur Inszenierung eines Ausnahmezustandes, der das, was sie vorhatten, per Verordnungen legalisierte, und massive Übergriffe in jedermanns Leben als „rechters“ deklarierte. Alle Regierungen waren/sind gleichgeschaltet, sie spulten gemeinsam einen konzertierten Plot für den „perfekten Mord“ an der Bevölkerung ab inklusive das Verwischen von Spuren per gesetzlich angeordneten „Maßnahmen“ Leitlinien und Empfehlungen, Gesetze, so dass alles, was sie taten den Anstrich von „legal“ hat. Corona, der Feind, die „Naturkatastrophe“, der als Rechtfertigungsgrund für globaldiktatorische, militärisch orchestrierte „Gegenmaßnahmen“ erfunden wurde. Nach allem, was hier aufgezeigt wurde, muss es klar sein: Es gab nie eine Pandemie. Die musste erst per PCR-Test herbei getestet werden - und ausschließlich dafür war das Tool PCR-Test da - zur Generierungen von Fällen, er hat Null medizinische Aussagekraft - schließlich braucht man für eine

„Epidemie“ auch „Fälle“, und das ist der einzige „Sinn“ der Testerei - und sonst garkeiner. Deshalb kann man aufhören, seine Energie dafür zu verschwenden, die Nutz- und Sinnlosigkeit dieses PCR-Laborzaubers beweisen zu wollen - das ist von Anfang an bekannt, war nie anders gedacht, und damit hat man den Leuten eine Scheinwissenschaftlichkeit vorgegaukelt mit dem Ziel, die PCR-Testdikatur zu installieren schließlich entschied ja dann der Zufallsgenerator-PCR-Test, ob man zur Arbeit/Schule gehen konnte oder 14 Tage im Heimknastr sitzen sollte. Im medizinischen Kontext spielte es garkeine Rolle, ob positiv, negativ - es wurde Thorax-CT gemacht, und damit war man dann „fällig“ - entweder wurde man auf das beschleunigte Sterbehilfeprotokoll triagiert oder mit künstlicher Beatmung zu Tode gefoltert (ja, es ist FOLTER, eine unbeschreibliche Tortur mit Anwendung massivster Gewalt!). Optional gab es ja auch noch die Möglichkeit, dass man mit Beatmungsmaschine zugerichtet wurde, damit man dann reif für die Hinrichtung über das beschleunigte Sterbehilfeprotokoll war. Mich würde es auch nicht wundern, wenn man nach dieser Folter nur noch sterben wollte.

In den Presseberichten (Focus, 16.02.2021<sup>120</sup>) liest man so Sätze wie: „Die bisher knapp 65.000 Corona-Toten in Deutschland waren überwiegend alt und hatten Vorerkrankungen. Dennoch könnten viele noch leben, hätten sie sich nicht infiziert. Obduktionen (Wo? Welche???) zeigen, dass bei 85 Prozent Covid-19 die Todesursache war. (Anm.: Obduktionen wurden massivst unterbunden!)

Kein Wort davon, dass die Menschen mit Vorerkrankungen auf das „Todesprotokoll“ gesetzt wurden. **All diesen kaltblütig geplanten, brutalen Verbrechen wurde der Deckmantel „Schutz der Vulnerablen“ umgehängt!**

Man ist geradezu erstaunt darüber, an was sie alles „so vorsorglich“ gedacht haben, um das Programm aufzusetzen und Spuren zu verwischen. Für diejenigen, die diese Attacke v.a. in den Pflegeeinrichtungen überlebten, wurde jedoch schon der nächste Angriff vorbereitet: Die Gabe von Remdesivir (nieren-, lebertoxisch) in der 2. Jahreshälfte 2020 und, die Spritzen wurden schon aufgezogen für die mRNA-Injektionen, die als Erstes in den Altenheimen und Pflegeeinrichtungen verabreicht werden sollten. Die Clinical Trials dafür begannen am 23. April 2020 in Deutschland und am 29. April 2020 international durch Biontech/Pfizer. Moderna war noch flotter - sie hatten bereits im März 2020 ihre erste Studie am Start<sup>121</sup>. Dass das nächste Etappenziel der Pandemie war, die Menschen in die mRNA-Injektionen zu treiben, lässt sich ebenfalls durch die Chronologie der

Ereignisse fokussiert auf das mRNA-Thema zeigen (hier nicht Gegenstand). Die mRNA-Injektionen sind als Auftakt für die Implementierung von mRNA-Technologie in den gesamten medizinischen Sektor zu verstehen. Mensch will Gott spielen - und das genetische Lebensgewebe verändern. Wie immer, wenn er mit seiner Primitivtechnik in die Kreisläufe der Natur eingreift, zerstört er dabei das natürliche Lebensgewebe und ersetzt es mit defizitären, maladen Strukturen, die zum Sterben verurteilt sind. Zu der mRNA-Technologie wäre eine weitere Ausarbeitung fällig, der mRNA-Plot, denn das ist ein massiver Angriff auf alle lebendigen Strukturen - ebenfalls von beispiellosen Ausmaß. Ich halte es für unwahrscheinlich, dass aus dieser Attacke auf Dauer überlebenschfähige Menschen hervorgehen. Sie sind von Geburt an gebrechlich und schwer krank. Dieser Eingriff in das Genom wie die letzten 2 Jahre durch mRNA-Injektionen, wird noch sehr lange übelste Nachwirkungen haben und das Sterben hat erst begonnen<sup>122</sup>.

**Wer glaubt noch daran, dass dieses allseits konzertierte Vorgehen minutiös geplant NICHT im Vorhinein vorbereitet wurde?**

Ich frage mich nicht mehr:

- wo die Ärzte in 2020 abgeblieben sind, denn alle, die in diesem Umfeld kräftig mitwirkten. Sie haben sich goldene Kloschüsseln verdient, indem sie die Menschen auf das Todesprotokoll setzten. Sie wussten alle, was sie taten.
- wo die vielen Rettungssanitäter, Pflegekräfte und Mitarbeiter in Gesundheitsämtern sind und schwiegen, denn sie hatten nur die Wahl - mitmachen oder rausfliegen. Also machten sie alle mit - auch sie wussten, was sie taten.
- wo die die Klinikleiter, Pflegeheimbetreiber, Mitarbeiter in caritativen Verbänden sind, die „live dabei“ waren, denn sie waren die wichtigsten Handlanger und haben sich als Mlttäter zur Verfügung gestellt. Sie wussten auch, was sie verbrechen.

Killing for profit - „Auftragsmörder“ wäre Ausdruck für Serienkiller: Ohne diese Mittäter wäre der Plot gescheitert. Und es hat bis zum heutigen Tage nicht aufgehört, und die Agenda ist noch lange.

Alles Leben ist heilig, alles Leben ist ewig - und was im Rahmen von „Corona“ inszeniert wurde, ist das größte, unfassbarste Menschheitsverbrechen, das die Welt jemals erlebt hat - von Menschen an Menschen, und es ist noch nicht zu Ende.

## **Die Verbrecher haben Namen, Funktionen und Gesichter**

In Deutschland maßgeblich für die Anleitung, Herausgabe von Leitlinien und Umsetzung dieses Euthanasieprogramms waren Frau Dr. Angela Merkel; Jens Spahn sowie das RKI, Lothar Wieler, Christian Drosten, Klaus Cichutek; DKIP-Geschäftsführung: Dr. Thomas Gromer, Dr. Tobias Kees; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Delis S, Nehls W, Maier BO, Bausewein C.; Prof. Stefan Kluge, Hamburg-Eppendorf, Dr. med. Rolf Bartkowski, Mitglied der Arbeitsgruppen ICD-10 und OPS beim DIMDI, DRG- und Klassifikationsbeauftragter der DGFW... und noch viele mehr:

### **AWMF-Fachgesellschaften:**

Federführend:

1 Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN);  
Berlin

2 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Berlin  
Unter Mitwirkung von:

3 Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Berlin

4 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Nürnberg

5 Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), München

6 Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), Münster

7 Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung (GTH), Köln

8 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Berlin

9 Deutscher Rat für Wiederbelebung (German Resuscitation Council; GRC), Ulm

10 ARDS Netzwerk Deutschland, Berlin

Personen: Stefan Kluge<sup>1,2,3,10</sup> , Uwe Janssens<sup>1,2,10</sup> , Tobias Welte<sup>1,3,10</sup> , Steffen Weber-Carstens<sup>2,4,10</sup> , Gereon Schälte<sup>4</sup> , Bernd Salzberger<sup>5</sup> , Petra Gastmeier<sup>6</sup> , Florian Langer<sup>7</sup> , Martin Wepler<sup>4</sup> , Michael Westhoff<sup>3</sup> , Michael Pfeifer<sup>3</sup> , Florian Hoffmann<sup>2,8</sup> , Bernd W. Böttiger<sup>2,9</sup> , Gernot Marx<sup>2,4,10</sup> und Christian Karagiannidis<sup>1,2,3,10</sup>

... und weitere tausende leitende Ärzte in Kliniken, Pflegeheimbetreiber, Pflegemitarbeiter, Rettungsdienste, Medienschaffende... etc... to be continued

---

## **Anhang:**

Auszüge aus dem Artikel: **Schnappen nach Luft: Autopsien zeigen beunruhigende Auswirkungen der tödlichen Injektion**<sup>123</sup>

*„Bohnert stieß im Sommer 2018 zum ersten Mal auf die Erkenntnisse von Zivot und Edgar, als Edgar in Tennessee bei einer Anhörung vor einem Bundesgericht aussagte. Tennessee wollte bei einer bevorstehenden Hinrichtung ein Medikament namens Midazolam verwenden. Edgar brachte Autopsien von allen 32 Insassen, die bisher mit Midazolam hingerichtet worden waren, und zeigte dem Gericht, dass 87 % von ihnen ein Lungenödem entwickelt hatten.*

*Bohnert beobachtete die Anhörung und bat Edgar um Hilfe bei seinem eigenen Fall. Ohio stand kurz davor, einen Insassen namens Robert Van Hook mit Midazolam hinzurichten. Bohnert fragte, ob Edgar kommen könne - diesmal, um die Obduktion selbst vorzunehmen. Edgar stimmte zu.*

*Van Hook keuchte und schnappte nach Luft, als er am 18. Juli 2018 mit einem Cocktail aus drei Drogen, beginnend mit Midazolam, hingerichtet wurde. Am nächsten Tag führte Edgar im Büro des Gerichtsmediziners in Dayton eine Autopsie an der Leiche durch. „Blutiger Schaum füllt beide Hauptstambronchien“, schrieb er in seinem Bericht und bezog sich dabei auf die beiden großen Atemwege, die in jede Lunge münden. Er fand auch „schaumige Flüssigkeit“ tiefer in der Lunge, die schwerer als gewöhnlich war.“ „Er sagte dem Gericht, dass aufgrund seiner Untersuchung von Van Hooks Leiche Häftlinge, die mit Midazolam hingerichtet wurden, „schwere Atemnot mit den damit verbundenen Empfindungen von Ertrinken, Ersticken, Panik und Schrecken erfahren würden.*

*Amtsrichter Michael Merz beriet einen Monat lang und schrieb dann seine Entscheidung. „Alle medizinischen Zeugen, die ein Lungenödem beschrieben haben, waren sich einig, dass es sowohl körperlich als auch emotional schmerzhaft war und ein Gefühl des Ertrinkens und die damit verbundene Panik und Schrecken hervorrief, ähnlich wie es bei der als Waterboarding bekannten Foltertaktik auftreten würde“, schrieb er.*

„Aber laut Ärzten, die mit NPR sprachen - und anderen, die vor Bundesgericht ausgesagt haben - entwickeln Insassen während der tödlichen Injektion aus einem anderen Grund ein Lungenödem: Extrem hohe Dosen von Medikamenten, die schnell verabreicht werden, schädigen direkt die empfindliche Architektur der Lunge. Es ist ein Phänomen, das oft bei tödlichen Überdosierungen von Heroin beobachtet wird. ... Camus hat Jahrzehnte damit verbracht, die verschiedenen Möglichkeiten zu untersuchen und zusammenzustellen, wie Medikamente die Lunge negativ beeinflussen können. Er sagt, wenn eine hohe Dosis von Medikamenten schnell in den Körper injiziert wird, drückt dies eine konzentrierte "Front" durch den Blutkreislauf. Die Dosen variieren leicht von Staat zu Staat, aber viele Insassen erhalten 500 Milligramm Midazolam; Zum Vergleich: In einem Krankenhaus können Patienten 1 oder 2 Milligramm erhalten.

"Je schneller die Injektion, desto dichter die Front und desto höher das Risiko, Schäden zu verursachen", sagt Camus.

Insbesondere diese konzentrierte Front von Medikamenten beschädigt die dünne Barriere zwischen Blutgefäßen und Luftsäcken in der Lunge. Jeffrey Sippel, ein Pneumologe, der von NPR erhaltene Autopsien überprüft hat, vergleicht dieses Phänomen mit einem Fluss, der seine Ufer überflutet.

"Wasser soll im Fluss sein, und die Ufer sollen trocken sein", sagt er. In diesem Fall sind die trockenen Ufer die Luftsäcke der Lungen und der Fluss ein Netzwerk von Kapillaren; in gesunden Lungen sind sie durch eine dünne Membran getrennt. "Bei einem Lungenödem ist diese normale Beziehung schief. An den Ufern steht Wasser, wo es nicht hingehört. Wenn diese Membran bricht, gelangt Flüssigkeit aus den Kapillaren in die Luftsäcke und behindert die Atmung.

„Es wäre ein Gefühl des Ertrinkens, ein Gefühl des Erstickens - ein Gefühl der Panik, des bevorstehenden Untergangs“, sagt Sippel.

Midazolam ist ein kurz wirkendes Benzodiazepin, das eine gewisse Sedierung - Schläfrigkeit oder Schlaf - hervorruft, aber einen Patienten nicht davon abhält, Schmerzen zu empfinden oder durch intensive Stimulation geweckt zu werden.

...

„Glauben Sie mir, die Pharmaunternehmen, die es erfunden und hergestellt haben, hätten es geliebt, wenn ihm von der FDA der Spitzname „Allgemeinanästhetikum“ verliehen worden wäre“, sagt Lubarsky. "Aber das hat es nicht bekommen, weil es das nicht tut."

*David Greenblatt, einer der Ärzte, die Ende der 1970er Jahre an der Entwicklung von Midazolam beteiligt waren, bezeugte in Ohio sogar, dass Midazolam nicht ausreichte, um Insassen schmerzunfähig zu machen.“*

# Referenzen

- 1 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11427-020-1637-5.pdf>
- 2 [https://nibsc.org/science\\_and\\_research/idd/cfar/reagents\\_catalogue/product\\_details.aspx?ID=100976](https://nibsc.org/science_and_research/idd/cfar/reagents_catalogue/product_details.aspx?ID=100976)
- 3 [https://de.wikipedia.org/wiki/Liste\\_der\\_infolge\\_der\\_COVID-19-Pandemie\\_erlassenen\\_deutschen\\_Gesetze\\_und\\_Verordnungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_infolge_der_COVID-19-Pandemie_erlassenen_deutschen_Gesetze_und_Verordnungen)
- 4 <https://www.bundestag.de/resource/blob/700666/da1b330c0d4f3ac6c8b14ed3844a4d38/WD-3-141-20-pdf-data.pdf> - Verfassungsrechtliche Betrachtungen
- 5 [https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph\\_archiv\\_2021\\_9\\_Beitr%C3%A4geDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf](https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph_archiv_2021_9_Beitr%C3%A4geDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf)
- 6 [http://web.archive.org/web/20200509065849/https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO\\_Bgbl.PDF](http://web.archive.org/web/20200509065849/https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/SARS-CoV-2-AMVersorgVO_Bgbl.PDF)
- 7 <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/leitlinien-zum-kampf-gegen-die-corona-epidemie-vom-16-03-2020-1730942>
- 8 [https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/200317\\_StM\\_VO\\_IfSG\\_Corona.pdf](https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/200317_StM_VO_IfSG_Corona.pdf)
- 9 <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
- 10 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7080004/>
- 11 [https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/WB/Lebenslaeuft/CV\\_Kluge\\_2020-04-06.pdf](https://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/WB/Lebenslaeuft/CV_Kluge_2020-04-06.pdf) Lebenslauf Stefan Kluge
- 12 <https://lomazoma.com/der-richter-blockiert-die-hinrichtung-am-donnerstag-durch-die-toedliche-injektion-eines-zum-tode-verurteilten-insassen-von-alabama-der-sagt-er-habe-darum-gebeten-an-stickstoffhypoxie-zu-sterben/>
- 13 [https://www.cochrane.org/de/CD002787/EMERG\\_der-einsatz-von-inhalierem-stickstoffmonoxid-bei-akutem-lungenversagen-erhoht-bei-patienten-mit](https://www.cochrane.org/de/CD002787/EMERG_der-einsatz-von-inhalierem-stickstoffmonoxid-bei-akutem-lungenversagen-erhoht-bei-patienten-mit)
- 14 <https://ichgcp.net/de/clinical-trials-registry/nct05494255> - Beispiel für eine Studie an der Uni Istanbul
- 15 [https://de.wikipedia.org/wiki/Extrakorporale\\_Membranoxygenierung](https://de.wikipedia.org/wiki/Extrakorporale_Membranoxygenierung)
- 16 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02550600>
- 17 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260324>
- 18 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04341285?cond=ECMO&cntry=DE&draw=2&rank=14>
- 19 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04405973?cond=ECMO&cntry=DE&draw=2&rank=5>
- 20 [https://register.awmf.org/assets/guidelines/001\\_Anaesthesiologie\\_und\\_Intensivmedizin/001-021i\\_S3\\_Invasive\\_Beatmung\\_2017-12\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/001_Anaesthesiologie_und_Intensivmedizin/001-021i_S3_Invasive_Beatmung_2017-12_1.pdf)
- 21 [www.xenios-ag.com/novalung](http://www.xenios-ag.com/novalung)
- 22 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02550600?term=Hamburg+Eppendorf&cond=ECMO&draw=2&rank=5>
- 23 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=Hamburg+Eppendorf&cntry=&state=&city=&dist=>
- 24 [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6511/STAKOB-Therapie\\_2020-03-13-14h\\_Hyperlinks-14Maerz13h.pdf](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6511/STAKOB-Therapie_2020-03-13-14h_Hyperlinks-14Maerz13h.pdf)
- 25 [http://web.archive.org/web/20200331030941/https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stellungnahmen/Stellungnahme-Covid-19\\_Therapie\\_Diagnose.pdf](http://web.archive.org/web/20200331030941/https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Stakob/Stellungnahmen/Stellungnahme-Covid-19_Therapie_Diagnose.pdf)
- 26 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
- 27 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=NIV+mask&term=&cntry=&state=&city=&dist=>
- 28 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/clinical-management-of-novel-cov.pdf>
- 29 [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Handlungsempfehlung\\_Palliative\\_Therapie\\_bei\\_COVID-19.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Handlungsempfehlung_Palliative_Therapie_bei_COVID-19.pdf) Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive
- 30 <https://de.wikipedia.org/wiki/Triage>
- 31 <https://web.archive.org/web/20200327084512/https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> (nur über Waybackmaschine verfügbar)
- 32 <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>
- 33 <https://www.welt.de/vermishtes/article123897519/Ohio-experimentiert-mit-neuem-toedlichen-Cocktail.html>
- 34 <https://www.dgai.de/alle-docman-dokumente/aktuelles/1283-difkm-sars-cov-2-erfahrungen-aus-f>

# Referenzen

- 
- bericht-und-empfehlungen-finale-version-pdf/ vom 24. März 2020
- 35 <https://www.betanet.de/betaeubungsmittel.html>
- 36 [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2020\\_04\\_07\\_Handlungsempfehlung\\_BAG-SAPV\\_und\\_DGP\\_zu\\_SAPV\\_SARS-CoV-2\\_COVID\\_19.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/2020_04_07_Handlungsempfehlung_BAG-SAPV_und_DGP_zu_SAPV_SARS-CoV-2_COVID_19.pdf)
- 37 [https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/04/VO\\_Abweichung\\_von\\_AEApprO\\_final.pdf](https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/04/VO_Abweichung_von_AEApprO_final.pdf)
- 38 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7968651/>
- 39 [https://www.traunsteiner-tagblatt.de/region/landkreis-traunstein/traunstein\\_artikel,-64jaehrige-wegen-versuchtem-giftmords-an-vater-vor-dem-schwurgericht-traunstein-\\_arid,772582.html](https://www.traunsteiner-tagblatt.de/region/landkreis-traunstein/traunstein_artikel,-64jaehrige-wegen-versuchtem-giftmords-an-vater-vor-dem-schwurgericht-traunstein-_arid,772582.html)
- 40 <https://web.archive.org/web/20200409054527/https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/covid19-rapid-guideline-managing-symptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-community-pdf-66141899069893>
- 41 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=eCMO&term=covid-19&cntry=&state=&city=&dist=>
- 42 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7968651/>
- 43 <https://web.archive.org/web/20200327084512/https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>
- 44 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/D/BAz\\_AT\\_09.04.2020\\_DIVI.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/BAz_AT_09.04.2020_DIVI.pdf)
- 45 <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>
- 46 <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/3593/empfehlungen-zur-intensivmedizinischen-therapie-von-patienten-mit-covid-19-s1-leitlinie>
- 47 <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/3593/empfehlungen-zur-intensivmedizinischen-therapie-von-patienten-mit-covid-19-s1-leitlinie>
- 48 [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/040-013l\\_S1\\_Zuteilung-intensivmedizinscher-Ressourcen-COVID-19-Pandemie-Klinisch-ethische\\_Empfehlungen\\_2020-07\\_2.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/040-013l_S1_Zuteilung-intensivmedizinscher-Ressourcen-COVID-19-Pandemie-Klinisch-ethische_Empfehlungen_2020-07_2.pdf)
- 49 <https://web.archive.org/web/20220629121033/https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/notfallreformgesetz-ein-integriertes-notfallzentrum-unter-fachlicher-leitung-der-kassenaerztlichen-vereinigung-ist-inakzeptabel>
- 50 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html> Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen („COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“) vom 27. März 2020
- 51 <https://www.barmer.de/politik/aktuelle-gesetzgebung/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz-1058708>
- 52 [https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/\\_\\_\\_9.html](https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/___9.html)
- 53 [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_\\_39.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___39.html)
- 54 <https://www.abgeordnetenwatch.de/recherchen/informationsfreiheit/das-interne-strategiepapier-des-innenministeriums-zur-corona-pandemie>
- 55 [https://www.rki.de/DE/Content/Institut/gesetzl\\_Grundlagen/gG\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/gesetzl_Grundlagen/gG_node.html)
- 56 <https://zeitung.faz.net/faz/politik/2020-04-02/f8e7cfb89e5590d367435a9fa8a0a702/?GEPC=s5>
- 57 [https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/Kodierung\\_Coronavirus\\_2020\\_03\\_24.pdf](https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/Kodierung_Coronavirus_2020_03_24.pdf)
- 58 <https://web.archive.org/web/20210623230919/https://www.dimdi.de/dynamic/de/das-dimdi/aktuelles/meldung/icd-10-who-und-gm-u07.1-kodiert-covid-19-coronavirus-krankheit-2019/>
- 59 [http://www.medicclass.de/main/index\\_de.htm](http://www.medicclass.de/main/index_de.htm)
- 60 <https://www.dimdi.de/static/.downloads/deutsch/kodierempfehlung-sars-cov-2-covid-19-20200716-20210422.pdf>
- 61 [https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/\\_jcr\\_content/par/download\\_87453866/file.res/LBFW\\_2020.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_87453866/file.res/LBFW_2020.pdf)
- 62 <https://manual.medcontroller.de/thema/coronavirus-krankheit-covid-19/>
- 63 <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>
- 64 [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/covid-19/guidelines-cause-of-death-covid-19-20200420-en.pdf?sfvrsn=35fdd864\\_2&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/covid-19/guidelines-cause-of-death-covid-19-20200420-en.pdf?sfvrsn=35fdd864_2&download=true)
- 65 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/200821\\_Abschlussbericht\\_des\\_Beirats\\_gemaess\\_\\_\\_24\\_KHG\\_Abschlussbericht\\_.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/200821_Abschlussbericht_des_Beirats_gemaess___24_KHG_Abschlussbericht_.pdf) Bericht des Beirats vom Aug. 2020
- 66 <https://reimbursement.institute/glossar/pflegeentgelt/>

## Referenzen

- 67 [https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/04/VO\\_Abweichung\\_von\\_AEApprO\\_final.pdf](https://medizinische-fakultaeten.de/wp-content/uploads/2020/04/VO_Abweichung_von_AEApprO_final.pdf)
- 68 [https://www.medconweb.de/blog/wp-content/uploads/2020/03/beatmung\\_reimbursement-2020\\_medtronic.pdf](https://www.medconweb.de/blog/wp-content/uploads/2020/03/beatmung_reimbursement-2020_medtronic.pdf)
- 69 [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/200821\\_Abschlussbericht\\_des\\_Beirats\\_gemaess\\_\\_\\_24\\_KHG\\_Abschlussbericht\\_.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/200821_Abschlussbericht_des_Beirats_gemaess___24_KHG_Abschlussbericht_.pdf)
- 70 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=ECMO&term=&cntry=DE&state=&city=&dist=>
- 71 <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04344171?term=romed&cond=ECMO&cntry=DE&draw=2&rank=1>
- 72 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8182347/#MOESM1>
- 73 <https://chbmp.org/cases/ Humanity Betrayal Project>
- 74 [https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph\\_archiv\\_2021\\_9\\_BeiträgeDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf](https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph_archiv_2021_9_BeiträgeDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf)
- 75 [https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph\\_archiv\\_2021\\_9\\_BeiträgeDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf](https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/apotheke/dateien/kph_archiv_2021_9_BeiträgeDerDeutschenKrankenhauspharmazie.pdf)
- 76 <https://www.buzer.de/gesetz/13847/index.htm>
- 77 [https://de.wikipedia.org/wiki/Liste\\_der\\_infolge\\_der\\_COVID-19-Pandemie\\_erlassenen\\_deutschen\\_Gesetze\\_und\\_Verordnungen](https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_infolge_der_COVID-19-Pandemie_erlassenen_deutschen_Gesetze_und_Verordnungen)
- 78 <https://www.bundestag.de/resource/blob/700666/da1b330c0d4f3ac6c8b14ed3844a4d38/WD-3-141-20-pdf-data.pdf> - Verfassungsrechtliche Fragestellungen Epidemische Notlage nationaler Tragweite
- 79 [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz\\_zum\\_Schutz\\_der\\_Bevölkerung\\_bei\\_einer\\_epidemischen\\_Lage\\_von\\_nationaler\\_Trageweite#Änderung\\_des\\_IGV-Durchführungsgesetzes](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetz_zum_Schutz_der_Bevölkerung_bei_einer_epidemischen_Lage_von_nationaler_Trageweite#Änderung_des_IGV-Durchführungsgesetzes)
- 80 [http://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/359339/LDOL-Anticipatory-Prescribing-Guide-April-2017.PDF](http://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/359339/LDOL-Anticipatory-Prescribing-Guide-April-2017.PDF)
- 81 <https://maajidnawaz.substack.com/p/midazolam-series-did-former-health>
- 82 <https://www.haltonwarringtonccg.nhs.uk/about-us/publications/medicines-management-team-halton/halton-mmt-medicines-and-prescribing-advice-and-guidance/palliative-care/621-nice-covid-19-rapid-guideline-managing-symptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-community-update-30-04-20/file>
- 83 <https://www.nice.org.uk/guidance/NG163>
- 84 <https://web.archive.org/web/20200409054527/https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/covid19-rapid-guideline-managing-symptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-community-pdf-66141899069893>
- 85 <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=4526>
- 86 [https://www-npr-org.translate.goog/2020/09/21/793177589/gasping-for-air-autopsies-reveal-troubling-effects-of-lethal-injection?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=de&\\_x\\_tr\\_hl=de&\\_x\\_tr\\_pto=wapp](https://www-npr-org.translate.goog/2020/09/21/793177589/gasping-for-air-autopsies-reveal-troubling-effects-of-lethal-injection?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=wapp)
- 87 <https://deathpenaltyinfo.org/news/new-dpic-podcast-discusses-the-consequences-and-cruelty-of-lethal-injection>
- 88 [https://www-thebernician-net.translate.goog/overwhelming-evidence-of-midazolam-murders-by-government-policy/?\\_x\\_tr\\_sl=auto&\\_x\\_tr\\_tl=de&\\_x\\_tr\\_hl=de&\\_x\\_tr\\_pto=wapp](https://www-thebernician-net.translate.goog/overwhelming-evidence-of-midazolam-murders-by-government-policy/?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=wapp)
- 89 [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Empfehlung\\_DGP\\_LV\\_Bayern\\_Symptomkontrolle\\_bei\\_Pflegeheimbewohner\\_20200415.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Empfehlung_DGP_LV_Bayern_Symptomkontrolle_bei_Pflegeheimbewohner_20200415.pdf)
- 90 <https://deathpenaltyinfo.org/executions/methods-of-execution/state-by-state-execution-protocols>
- 91 [https://www.traunsteiner-tagblatt.de/region/landkreis-traunstein/traunstein\\_artikel,-64jaehrige-wegen-versuchtem-giftmords-an-vater-vor-dem-schwurgericht-traunstein-\\_arid,772582.html](https://www.traunsteiner-tagblatt.de/region/landkreis-traunstein/traunstein_artikel,-64jaehrige-wegen-versuchtem-giftmords-an-vater-vor-dem-schwurgericht-traunstein-_arid,772582.html)
- 92 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184?guestAccessKey=906e474e-0b94-4e0e-8eaa-606ddf0224f5>
- 93 <https://web.archive.org/web/20220927223923/https://www.webmd.com/lung/news/20200422/most-covid-19-patients-placed-on-ventilators-died-new-york-study-shows%231#1>
- 94 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184?guestAccessKey=906e474e-0b94-4e0e-8eaa-606ddf0224f5>
- 95 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8262351/Nurse-New-York-claims-city-killing-COVID-19-patients-putting-ventilators.html>

## Referenzen

- 96 <https://web.archive.org/web/20200422180205/https://abcnews.go.com/US/wireStory/doctors-execution-drugs-covid-19-patients-70264297>
- 97 <https://web.archive.org/web/20200422180205/https://abcnews.go.com/US/wireStory/doctors-execution-drugs-covid-19-patients-70264297>
- 98 <https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2020/4/fda-reports-shortage-of-sedation-drug-used-for-put>
- 99 <https://www.uk-erlangen.de/presse/pressemitteilungen/ansicht/detail/einmalige-entlastungsaktion/>
- 100 <https://pharmaceutical-journal.com/article/news/supplies-of-sedative-used-for-covid-19-patients-diverted-from-france-to-avoid-potential-shortages>
- 101 <https://metatron.substack.com/p/midazolam-in-italy>
- 102 [https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/\\_Resources/Persistent/b/1/c/4/b1c4f8721fc9ea43ee64e49cacbee2a7aa973b5a/Bgbl.COVID-19\\_Krankenhausentlastung.pdf](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/_Resources/Persistent/b/1/c/4/b1c4f8721fc9ea43ee64e49cacbee2a7aa973b5a/Bgbl.COVID-19_Krankenhausentlastung.pdf)
- 103 <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf> vom 22. März 2020
- 104 <https://www.gov.uk/drug-device-alerts/anaesthetic-machines-off-label-use-during-the-covid-19-pandemic-md-a-2020-012>
- 105 <https://www.raps.org/news-and-articles/news-articles/2020/3/fda-mhra-seek-to-boost-ventilator-supply>
- 106 <https://www.fda.gov/media/136318/download> FDA vom März 2020
- 107 <https://www.hhs.gov/sites/default/files/vyair-75a50120c00049.pdf>
- 108 <https://palexander.substack.com/p/devastating-four-4-graphs-in-uk-that>
- 109 [https://makismd.substack.com.translate.goog/p/midazolam-murders-were-the-elderly?utm\\_source=substack&utm\\_campaign=post\\_embed&utm\\_medium=web&x\\_tr\\_sl=auto&x\\_tr\\_tl=de&x\\_tr\\_hl=de&x\\_tr\\_pto=wapp](https://makismd.substack.com.translate.goog/p/midazolam-murders-were-the-elderly?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web&x_tr_sl=auto&x_tr_tl=de&x_tr_hl=de&x_tr_pto=wapp)
- 110 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112180/COVID-19-Ein-Drittel-aller-Toten-in-Alteneinrichtungen>
- 111 <https://sciencefiles.org/2023/02/28/systematische-toetung-alter-menschen-um-die-covid-19-pandemie-vorzutauschen-belege-aus-dem-vereinigten-koenigreich-sprechen-nicht-dagegen/>
- 112 [https://openprescribing.net/analyse/#org=regional\\_team&numIds=1501041T0AAAAAA&denom=nothing&selectedTab=chart](https://openprescribing.net/analyse/#org=regional_team&numIds=1501041T0AAAAAA&denom=nothing&selectedTab=chart)
- 113 [https://openprescribing.net/analyse/#org=regional\\_team&numIds=1501041T0AAAAAA&denom=nothing&selectedTab=chart](https://openprescribing.net/analyse/#org=regional_team&numIds=1501041T0AAAAAA&denom=nothing&selectedTab=chart)
- 114 [https://openprescribing.net/analyse/#org=regional\\_team&numIds=1501041T0AAATAT&denom=nothing&selectedTab=chart](https://openprescribing.net/analyse/#org=regional_team&numIds=1501041T0AAATAT&denom=nothing&selectedTab=chart)
- 115 <https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2020/04/sonderauswertung-sterbefallzahlen-042020.pdf>
- 116 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement\\_Online-PK\\_COVID-19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement_Online-PK_COVID-19.pdf?__blob=publicationFile)
- 117 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement\\_Online-PK\\_COVID-19.pdf](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2021/corona/statement_Online-PK_COVID-19.pdf)
- 118 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung>
- 119 <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#pooled-by-age-group>
- 120 [https://www.focus.de/gesundheit/news/obduktionen-zeigen-wer-corona-nicht-ueberlebt-stirbt-an-und-nicht-mit-covid-19\\_id\\_12975897.html](https://www.focus.de/gesundheit/news/obduktionen-zeigen-wer-corona-nicht-ueberlebt-stirbt-an-und-nicht-mit-covid-19_id_12975897.html)
- 121 <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04283461?term=Nanoparticle&cond=COVID-19&draw=3&rank=13>
- 122 [https://veryslowthinking.substack.com.translate.goog/p/letter-rna-and-dna-contamination?\\_x\\_tr\\_sl=auto&x\\_tr\\_tl=de&x\\_tr\\_hl=de&x\\_tr\\_pto=wapp](https://veryslowthinking.substack.com.translate.goog/p/letter-rna-and-dna-contamination?_x_tr_sl=auto&x_tr_tl=de&x_tr_hl=de&x_tr_pto=wapp)
- 123 [https://www.npr-org.translate.goog/2020/09/21/793177589/gasping-for-air-autopsies-reveal-troubling-effects-of-lethal-injection?\\_x\\_tr\\_sl=auto&x\\_tr\\_tl=de&x\\_tr\\_hl=de&x\\_tr\\_pto=wapp](https://www.npr-org.translate.goog/2020/09/21/793177589/gasping-for-air-autopsies-reveal-troubling-effects-of-lethal-injection?_x_tr_sl=auto&x_tr_tl=de&x_tr_hl=de&x_tr_pto=wapp)