

corona 285: Intensivbetten ausgebucht, immer mehr Covid-19-Tote



So werden Covid-19 – Tote “erschaffen”

Veröffentlicht am [27. Dezember 2020](#) von [Ped](#)

Von unwissenschaftlichen Deutungen, frisierten Statistiken und empfohlenen Fehlbehandlungen.

Tote, die sich nun einmal nicht wehren können, werden für eine zynische Politik skrupelloser Angstmache missbraucht. Einen Positivbefund auf ein rudimentäres RNA-Schnipsel als medizinische Diagnose, gar als Todesursache zu verkaufen, ist

nichts weiter als Betrug. Dieser Betrug wird von der Regierung und den angeschlossenen Behörden seit Monaten betrieben, ohne dass dies den Mainstream in irgendeiner Art und Weise in journalistische Wallung bringen würde. Doch damit nicht genug, es werden auch Menschen “zu Tode behandelt”, aus Gründen die in Abgründe unseres Systems zeigen.

Ein Test, genannt PCR-Test, der für diagnostische Zwecke niemals konzipiert und zuvor daher auch nicht dafür verwendet wurde, stellt neuerdings eine Krankheit fest, die schließlich Covid-19 – Tote in die Horrorstatistik des Robert Koch-Instituts (RKI) eingehen lässt. Dass der Test nicht für diagnostische Zwecke geeignet ist, darauf weisen die Hersteller explizit hin (1 bis 3). Trotzdem werden hunderttausende völlig gesunde, aber positiv Getestete plötzlich als Kranke und später — der Irrsinn kennt keine Grenzen — als genesen geführt. Allein das ist ein ungeheurerlicher Skandal. Weder die Regierung, noch die Landesfürsten, noch die Parlamente, und auch nicht die Massenmedien juckt dieses ganz offensichtliche Betrugsprozedere. All diesen Menschen Unwissenheit zu unterstellen, ist ein zu simpler Erklärungsversuch.

Abgesehen davon, dass solche Tests niemals den Befund des Arztes ersetzen können, muss noch gesagt werden, dass es in Deutschland eine nach wie vor anzunehmende niedrige Prävalenz in Bezug auf das Vorhandensein von SARS-CoV-2 – Gensequenzen in der Bevölkerung gibt. Was im Übrigen überhaupt nicht mit der stetig verbreiteten Meinung zusammenpasst, nach der das Virus “hochinfektiös” sei. Dass wir es nicht genauer wissen, ist schnell erklärt. Das RKI hat nämlich noch immer keine Ergebnisse aus Baseline-Studien, aus repräsentativ durchgeführten Tests vorgelegt — und das sage und schreibe zehn Monate nach Beginn der angeblich so gefährlichen Pandemie. Mit Versehen oder auch Versagen lässt sich das [nicht erklären](#). Wie dem auch sei: Je niedriger sich aber die Prävalenz (Durchseuchung) darstellt, desto höher ist auch die Fehlerrate des äußerst sensitiven PCR-Tests (4 bis 6).

Bereits im Mai des Jahres stellte der Leiter eines Pflegeheimes in Muldau/Obrigheim die Frage:

“Sterben zukünftig alle Bewohner unserer Einrichtung, auch in

den nächsten Monaten, die irgendwann mal positiv waren, ,im Zusammenhang mit Corona‘? [...] Dass selbst noch nach überstandener Erkrankung die Menschen zu den mit Corona Verstorbenen zählen, macht mich sprachlos.” (7)

Damals ließ das zuständige Landratsamt dazu verlauten:

“Entscheidend ist, dass der Tod im Zusammenhang mit der Infektion und damit in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem gesamten Infektionsgeschehen steht. Dies gilt auch für Fälle, die zweifelsfrei auf das Infektionsgeschehen im Heim zurückzuführen sind, aber zum Zeitpunkt des Versterbens in einer Klinik behandelt wurden. Eine Obduktion der Verstorbenen findet in der Regel nicht statt. [...] Derzeit ist das Infektionsgeschehen in Zusammenhang mit dem Ausbruch in dem Heim leider noch nicht abgeschlossen.” (7i)

Was sagt uns das? Ein “Infektionsgeschehen” in Pflegeheimen ist jederzeit konstruierbar. Dazu schickt das Gesundheitsamt einfach Mitarbeiter in das Heim und lässt Bewohner wie Pflegepersonal mittels der [PCR-Methode durchtesten](#). Ein Genfragment, das typisch für Coronaviren ist, wird man in der kalten Jahreszeit immer finden.

Daraus müssen wir schlussfolgern, dass es eine erkleckliche Anzahl “Covid-19 – Toter” gibt, welche durch einen Falschpositivtest auf eine winzige Gensequenz des “neuartigen Virus” quasi “entstanden” sind. Damit solch ein Verstorbener aber tatsächlich und wie durch Zauberhand zum Coronatoten mutiert, müssen natürlich alle mitmachen, bis hin zu dem Arzt, der den Totenschein ausfüllt. Das Mitmachen ist das Problem in diesen Monaten. Jeder Arzt der solche Aufgaben erfüllt, weiß ganz genau, nach welchen Prämissen Todesursachen in Totenscheinen einzutragen sind. Aber welcher Arzt hat den Mut nein zu sagen, wenn eine Behörde — in diesem Falle in Österreich — solche Ansinnen, wie das Folgende stellt (b1,a1)?

Sehr geehrte Damen und Herren,

laut Mitteilung der Landessanitätsdirektion wird eine erhebliche Differenz zwischen

den informell erhobenen Todesfällen durch bzw. mit COVID-19 und den Todesmeldungen gemäß Epidemiegesetz festgestellt.

Jede verstorbene Person, die max. 28 Tage zuvor COVID-positiv getestet wurde, wird in der Statistik als “COVID-Toter” geführt, unabhängig davon, ob sie direkt an den Folgen der Viruserkrankung selbst oder “mit dem Virus” (an einer potentiell anderen Todesursache) verstorben ist.

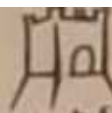
Die Gemeinden werden ersucht, nachstehende Mitteilung der Landessanitätsdirektion bzgl. der Anzeigepflicht gem. § 2 Epidemiegesetz an die in ihrer Gemeinde tätigen Schouärzte zu übermitteln.

In der Schlussanzeige (der Tod ist gemäß Epidemiegesetz gesondert meldepflichtig) mögen entsprechende Angaben gemacht und ins EMS eingetragen werden.

Mit dem höflichen Ersuchen um Kenntnisnahme

Freundliche Grüße

Für den Bürgermeister i.A.


 St. Gertraud 1 - 9413 St. Gertraud - 09402 - 09402
 +43 (0)4352 72 180 - frantschach@ktn.gds.at
 www.frantschach.gv.at

Datum: 14.12.2020
 Abteilung: Meldewert/Statistik/BürgerService
 Bearbeiterin: Frau Katrin Buchsbaum
 Telefon: +43 (0)4352 72 180-12
 E-Mail: katrin.buchsbaum@ktn.gds.at

Partnerservice:
 Mo: 08:00 bis 12:30 Uhr u. 13:00 bis 16:00 Uhr
 Di: 07:00 bis 12:30
 Mi: 08:00 bis 12:30 Uhr u. 13:00 bis 17:30 Uhr
 Do: 08:00 bis 12:30 Uhr

Covid-19 - Schlussanzeigen bei Ableben

Sehr geehrte Damen und Herren,

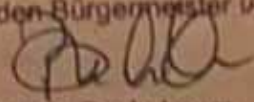
laut Mitteilung der Landessanitätsdirektion wird eine erhebliche Differenz zwischen den informell erhobenen Todesfällen durch bzw. mit COVID-19 und den Todesfallmeldungen gemäß Epidemiegesetz festgestellt.


Die Gemeinden werden ersucht, nachstehende Mitteilung der Landessanitätsdirektion bzgl. der Anzeigepflicht gem. § 2 Epidemiegesetz an die in ihrer Gemeinde tätigen Beschauärzte zu übermitteln:

Jede verstorbene Person, die max. 28 Tage zuvor COVID-positiv getestet wurde, wird in der Statistik als „COVID-Tote/r“ geführt, unabhängig davon, ob sie direkt an den Folgen der Viruserkrankung selbst oder „mit dem Virus“ (an einer potentiell anderen Todesursache) verstorben ist.

In der Schlussanzeige (der Tod ist gemäß Epidemiegesetz gesondert meldepflichtig) mögen entsprechende Angaben gemacht und ins EMS eingetragen werden.

Mit dem höflichen Ersuchen um Kenntnisnahme.

Freundliche Grüße
 Für den Bürgermeister i.A.:

 Katrin Buchsbaum



Beilage

Bankverbindung: Raiffeisenbank Müllers Lavanttal eGen
 IBAN: AT26 3948 1000 0011 4694
 BIC: RZKAT2K481

Austrian Anadi Bank AG
 IBAN: AT70 5200 0001 3010 0953
 BIC: AABAT220

Jeder Arzt der diesen “Rat” befolgt, hat etwas für die Geschichte vom tödlichen Virus beigetragen und damit der Aufrechterhaltung von Angst und Panik in der Bevölkerung Vorschub geleistet. Dass sich die Dinge in Österreich und Deutschland — und leider nicht nur dort (8) — derzeit so abspielen, hat eben auch etwas mit dem Räderwerk zu tun, in dem jeder eine ihm zugeordnete, beauftragte, gar befohlene Rolle spielt. Und dies teils unabhängig von den Überzeugungen, die der Betreffende mit sich trägt.

Die Inkompetenz der Erstellerin dieser “Empfehlung” zeigt sich bereits daran, dass sie von Positivtests auf COVID spricht, also keinen Unterschied zwischen diagnostizierter Krankheit — das wäre dann COVID — und Tests auf Erreger oder Sequenzen von Erregern macht. Letztlich könnte bereits dieser Sachverhalt jedem Arzt genügen, COVID eben NICHT als Todesursache zu vermerken, weil es COVID-Tests schlicht nicht gibt.

Wenn eine Oma oder Opa sanft in einem Pflegeheim entschläft, zuvor jedoch infolge einer im Heim stattgefundenen Testorgie irgendwann auch einmal positiv auf SARS-CoV-2 – Genschnipsel getestet wurde, dann sind diese “Covid-19 – Tote”. Und in Pflegeheimen wird naturgemäß viel gestorben. Weil die Bewohner nun einmal in ihrem Lebensabend stehen. Für zynische Quotenjäger auf “Opfer des neuartigen Virus” sind Alten- und Pflegeheime daher natürlich ein [gefundenes Fressen](#). Ob diese Menschen überhaupt in der Lage sind, einem Test zuzustimmen, ihn aber auch abzulehnen(!), das darf schwer bezweifelt werden. In Pflegeheimen wird auf Teufel komm raus getestet (9). Da wird um jeden Heimbewohner gerungen, um ihn zum Angst anheizenden Opfer zu etikettieren, um die “Fallzahlen” nach oben zu treiben – auch post mortem (b2):



Daher kann es überhaupt nicht verwundern, dass die meisten “Covid-19 – Toten” — dass es tatsächlich solche wären, wird nämlich nicht nachgewiesen — aus Pflegeheimen stammen (10 bis 12). Doch scheint der Betrug noch weiter zu gehen.

Aus verlässlichen Quellen sind dem Autor inzwischen mehrere Fälle bekannt, in dem alte Menschen, die man positiv auf SARS-CoV-2 – Gensequenzen getestet hatte, in “Covid-19 – Bereiche”, ja gar Intensivbereiche verlagert wurden, obwohl die Menschen keinerlei Symptome auf das “neuartige Virus” zeigten. Der Stress, dem diese Menschen damit ausgesetzt werden, scheint nicht so relevant zu sein, wie eine höher bezahlte Belegung eines Intensivbettes, zumal noch eines “Covid-19 – Bettes”. Mehr noch kann man

damit [heuchlerisch](#) weitere, Panik hervorrufende Informationen über überlastete Intensivbereiche in den Kliniken produzieren.

Aber damit nicht genug. Wir müssen der kaum fassbaren Wahrheit ins Gesicht schauen, dass “Covid-19 – Patienten” systematisch zu Tode behandelt werden. Bedenken wir: Das Durchschnittsalter der angeblich am oder mit dem “neuartigen Virus” Gestorbenen beträgt 83 Jahre. Was es für Menschen dieses Alters bedeutet, an eine Zwangsbeatmung angeschlossen zu werden, ist all den “Dauerbetroffenen”, die “aus Solidarität” Mund-Nasen-Bedeckungen tragen und brav jede soziale Distanzierungsmaßnahme mittragen, offensichtlich überhaupt nicht klar.

Diese “Empörten” werden sich natürlich auch jedem Gedanken verschließen, dass der Tod für die Betroffenen vielleicht nicht durch ein Virus sondern eine höchst riskante und für ältere und geschwächte Patienten geradezu lebensgefährliche Behandlungsmethode verursacht wird. Einen Tag vor Heiligabend vermeldete der Focus, und bitte, liebe Leser, lesen Sie gründlich:

“Mehr als 5000 Sars-CoV-2-Infizierte benötigen derzeit intensivmedizinische Betreuung in Deutschland.” (13)

Erst einmal wird hier — vom Mainstream ja leider wie gewohnt — von “Infizierten” gesprochen. Gemeint hat die Verfasserin des Focus-Artikels natürlich Menschen, die positiv auf eine extrem kurze — dem SARS-CoV-2 – Virus zugeschriebene Gensequenz — getestet wurden. Die Frage, warum man die Menschen überhaupt testete, ist damit in keiner Weise beantwortet. Hatten diese tatsächlich Symptome einer schweren Atemwegserkrankung? Lagen sie schon in einer Klinik? Kamen sie aus einem Pflegeheim als “asymptomatisch Infizierte”? Genau solche Fälle sind mir mehrfach bekannt. Was soll das? Was, außer einer Überlastung von Pflege- und ärztlichem Personal bringt das — zusätzliche Einnahmen vielleicht?

Vor allem aber: Inwieweit ist eine Zwangsbeatmung über 80-jähriger denn sinnvoll, hilfreich, angemessen? Wurden oder werden die Patienten überhaupt gefragt? Werden die Angehörigen kontaktiert? Befassen diese wiederum sich mit dem Thema, bevor sie ihre Einwilligung für eine dermaßen riskante

Behandlungsmethode geben?

Denn Eines ist sicher: Die Zwangsbeatmung (Intubation) über 80jähriger Menschen oft mit Vorerkrankungen und naturgemäß geschwächtem Immunsystem ist lebensgefährlich! Die Hälfte aller Intubierten verstirbt DURCH diese Behandlung und fast alle der Überlebenden werden nie wieder das gewohnte Leben vor der Intubation führen können. Leben retten um jeden Preis, auch um den des Lebens selbst? Wie ethisch ist das?

Warum also wird massenweise intubiert; wegen des Virus? Wie werden diese Intensivmaßnahmen eigentlich verrechnet, vergütet? Niemand muss jetzt in moralischer Entrüstung aufschreien. Das Krankenhaussystem in Deutschland wird zunehmend gewinnorientiert “gestaltet”. Wenn man bestimmte Einnahmemodelle seitens der Politik stimuliert, was wird dann wohl eine Klinik tun “müssen”?

Thomas Voshaar ist spezialisiert auf Atemwegserkrankungen — so wie auch der im Mainstream verfemte [Wolfgang Wodarg](#). Es sind (beziehungsweise waren) Lungenärzte. Und Voshaar betont:

“Fakt ist, dass wir in Deutschland Covid-19-Patienten viel zu früh künstlich beatmen” (13i)

Seinen Worten zufolge sei die künstliche Beatmung zwar eine wichtige, lebensrettende Maßnahme für Schwerstkranke und Verletzte, die **nicht mehr selbstständig atmen können**, aber bei vielen “Covid-19 – Patienten” bestünde gar keine Indikation dafür. Deutlicher ausgedrückt: Es werden ganz offensichtlich massenweise “Covid-19 – Patienten” zwangsbeatmet, obwohl diese selbstständig atmen können. Das ist völlig irrsinnig, weil – wieder Thomas Voshaar:

“50 Prozent der invasiv beatmeten Covid-19-Patienten sterben. Das ist ein klares Zeichen, dass wir in der Medizin einen anderen Weg gehen müssen” (13ii)

Wer glaubt, dass dies eine neue Erkenntnis sei, der irrt. Spätestens seit

Frühjahr 2020 weiß man um die tragischen Konsequenzen invasiver Behandlungsmethoden in Bezug auf Corona (14). Diese jetzt immer noch auf betagte “Covid-19-Infizierte” als favorisierte Lösung anzuwenden, spiegelt auf einer niedrigeren, nicht desto trotz dramatischen Ebene, den ganzen Wahnsinn der von oben verordneten sogenannten Corona-Maßnahmen. Was bedeutet das eigentlich, Intubation?

“Bei der Intubation pumpt ein Gerät mit Druck über einen durch die Luftröhre gelegten Schlauch Luft in die Lungen – meist auch mit einer erhöhten Sauerstoffkonzentration. Nach drei Tagen steigt das Risiko für Komplikationen stark an. Das ohnehin schon durch die Erkrankung entzündete Lungengewebe kann durch die Druck- und Scherkräfte sowie hohe Sauerstoffkonzentrationen schnell zusätzlich geschädigt werden. [...] Denn die Lunge mag weder Druck noch zu viel Sauerstoff. Aber je schlechter sie funktioniert, desto mehr Druck und desto höhere Sauerstoffkonzentrationen benötigt sie, um den Körper weiter mit einem ausreichenden Sauerstoffangebot zu versorgen. Das ist ein Teufelskreis — bereits nach drei Tagen steigt die Gefahr für Komplikationen exponentiell an.” (13iii)

Die Belastung einer sogenannten invasiven Maßnahme wie dem Intubieren ist für die Betroffenen in jeder Hinsicht extrem und vergewahren wir uns, dass man die Tortur offensichtlich vorrangig mit Betagten praktiziert. Diese müssen während der Intubation in ein künstliches Koma versetzt werden, denn nur dann kann überhaupt ein Schlauch in die Luftröhre des Behandelten eingeführt werden.

“Gerade für ältere Menschen birgt die Sedierung über einen längeren Zeitraum große Gefahren“, sagt Voshaar. Muskelschwund, Kreislaufprobleme bis hin zu Verwirrtheit, dem sogenannten Delir, können die Folgen sein.” (13iv)

Eine anonym bleiben wollende Krankenschwester erzählte:

“Die Patienten, denen es sehr schlecht geht, werden auf die Intensivstation verlegt ohne groß darüber nachzudenken, ob das den Patienten nützt oder eher schadet. Die werden dann intubiert und die werden sediert und beatmet.” (14i)

Wissenschaftliche Evidenz ist in vielfacher Hinsicht scheinbar nicht

mehr gefragt, wenn es um Corona geht. Das gilt für so ziemlich alle Maßnahmen im Rahmen der [nichtpharmazeutischen Intervention](#). Es gilt für Tag um Tag herausposaunte Behauptungen, dass gesunde Menschen potentiell infektiös (asymptomatisch Infizierte) seien (könnten). Es gilt für das Mantra, dass ein PCR-Test Infektionen, gar Kranke nachweisen könnte. Und es gilt interessanterweise für neuerdings angewandte, kostenintensive wie riskante Behandlungsmethoden.

Die Frage muss sich einfach stellen: Sterben viele der Covid-19 – Patienten vielleicht gar nicht an Corona sondern an “Coronabehandlungen”? “Für falsch hält Voshaar aber das gängige Vorgehen, bei einer Sauerstoffsättigung von unter 90 Prozent zu intubieren, wie es in der Leitlinie aktuell noch empfohlen wird. »Das haben wir in der Medizin nie so gemacht und es gibt dafür auch keine wissenschaftliche oder erfahrungsbasierte Evidenz«, kritisiert er.” (13v)

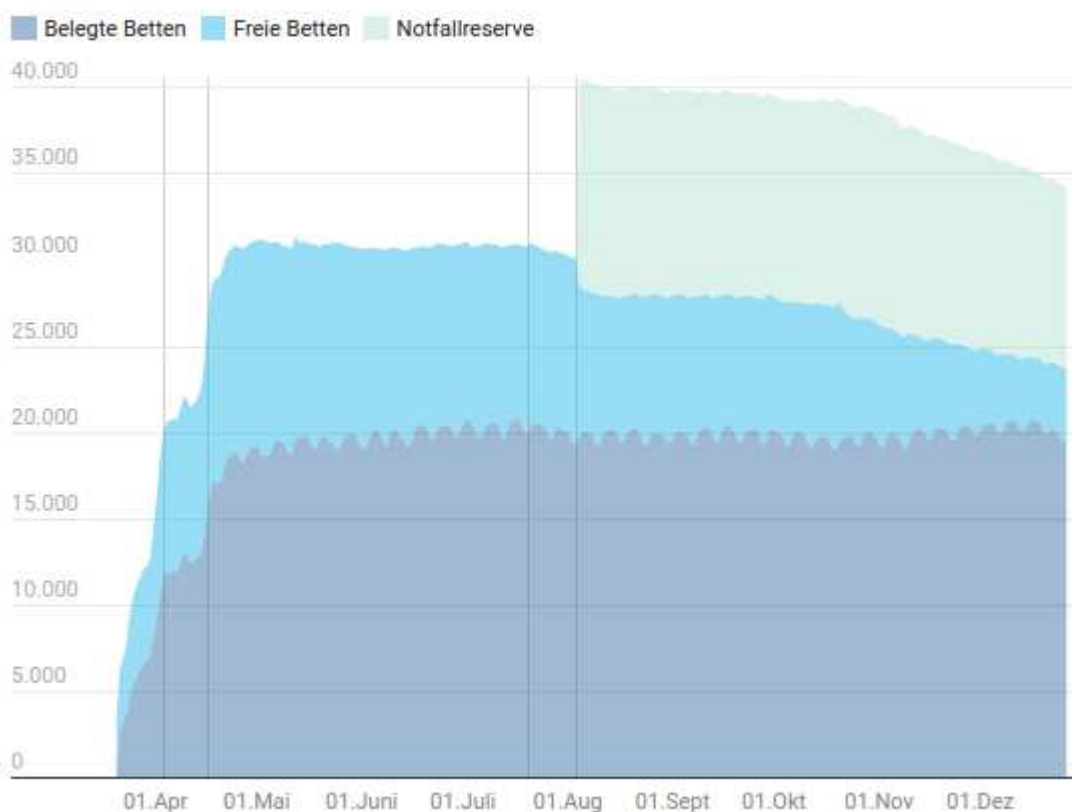
Noch etwas ist mit all dem verbunden, eine Verschärfung des allenthalben von der Politik beklagten Notstands, des Ansteigens einer Überlastung der Kapazitäten zur Behandlung Erkrankter. Wieder trifft dies allerdings auf das Dilemma, dass Intensivmedizin Einnahmen erwirtschaftet, wenn die Kapazitäten maximal ausgelastet sind. Kann es sein, dass der systemische Druck auf den Klinikbereich, kostenorientiert zu arbeiten, die Verantwortlichen im Zweifelsfall — den diese selbst bestimmen — motiviert, eher für die riskante Behandlungsmethode zu plädieren?

“»Die Liegezeit auf der Intensivstation verlängert sich durch die Intubation deutlich und verknappt so die Kapazitäten.« Im Schnitt müssen Intubierte zwischen zwei und drei Wochen intensivmedizinisch behandelt werden. Wer überlebt, ist danach in der Regel auch noch weitere Wochen im Krankenhaus.” (13vi)

Ergibt es nun für den aufmerksamen Leser einen Sinn, wenn er aus dem DIVI-Intensivregister erfährt, dass die Intensivbettenkapazitäten systematisch — und zwar bereits seit August des Jahres — immer mehr zurückgefahren werden (b3)?

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve) (*c)

Deutschland



Stand: 26.12.2020 12:17

Quelle: DIVI-Intensivregister • [Daten herunterladen](#) • Erstellt mit [Datawrapper](#)

Die zu veröffentlichende Meinung argumentiert an dieser Stelle gern damit, dass — leider, leider, leider — so viele Pflegekräfte und überhaupt Klinikpersonal “infiziert” sei und daher Intensivkapazitäten nicht in erforderlichen Ausmaß besetzt werden könnten. Wache Geister haben längst durchschaut, dass es sich bei “Infizierten” um grobe Desinformation handelt. Wie weiter oben betont, spricht vieles dafür, dass die Durchseuchung mit den Corona zugeschriebenen Gensequenzen nach wie vor niedrig ist.

“Infizierte”, was allgemein positiv Getestete, aber gesunde Menschen oder aber bereits Kranke und/oder Hochbetagte betrifft, treten “komischerweise” eben dort auf, wo die “Coronaregeln” am rigidesten angewendet werden und außerdem geradezu exzessiv getestet wird. Dort wo Menschen seit Monaten mehr oder weniger restriktiv isoliert, eingesperrt und zum dauerhaften Maskentragen verpflichtet werden. Was nur unterstreicht, dass diese Regeln (Stichwort *nichtpharmazeutische Intervention*) schlicht unsinnig sind, um einer Pandemie wirkungsvoll zu begegnen.

Aber so wie maximale Auslastung und übrigens auch Ausbeutung, die Existenz von nach kapitalistischen Prämissen zu führenden Kliniken sichert, so ermöglicht auch die extensive Weiterführung, medizinisch gesehen so ziemlich unbrauchbarer, dafür aber profitabler PCR-Tests auf Genfragmente den Produzenten eine opulente Einnahmequelle.

Im weiter oben mehrfach zitierten Artikel des Focus wurde von aktuell etwa 5.000 “Covid-19 – Patienten” auf Intensivstationen berichtet, und dass mehr als die Hälfte davon invasiv beatmet werden. Wir haben gelernt, dass die Hälfte dieser Menschen eine solche Prozedur nicht überlebt. Es ist kein Zynismus, wenn der Autor daher schlussfolgert, dass uns weitere etwa 1.300 “Covid-19 – Tote” so ziemlich sicher sind.

Bitte bleiben Sie sehr aufmerksam.

Anmerkungen und Quellen

(Allgemein) Dieser Artikel von [Peds Ansichten](#) ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** ([Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International](#)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen kann er gern weiterverbreitet und vervielfältigt werden. Bei Verlinkungen auf weitere Artikel von Peds Ansichten finden Sie dort auch die externen Quellen, mit denen die Aussagen im aktuellen Text belegt werden. Letzte Bearbeitung: 8. Januar 2021

(a1) Entsprechende Dokumente aus Deutschland nehme ich gern entgegen.

(1) Merck; Fallstudie zum Coronavirus-qPCR-Design & Produkte für die SARS-CoV-2-Forschung; <https://www.sigmaaldrich.com/germany/ncov-coronavirus.html>; abgerufen: 17.12.2020

(2) 20.08.2020; Food and Drug Administration USA (FDA); Biomeme; Biomeme SARS-CoV-2 Real-Time RT-PCR Test; <https://www.fda.gov/media/141052/download>; S.4/5

- (3) 21.03.2020; Creative Diagnostics; SARS-CoV-2 Coronavirus Multiplex RT-qPCR Kit; <http://web.archive.org/web/20200321205248/https://www.creative-diagnostics.com/sars-cov-2-coronavirus-multiplex-rt-qpcr-kit-277854-457.htm>
- (4) 09.04.2020; RKI, Pressemitteilung; Wie viele Menschen sind immun gegen das neue Coronavirus? Robert Koch-Institut startet bundesweite Antikörper-Studien; https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2020/05_2020.html
- (5) 26.06.2020; RKI; SARS-CoV-2: Antikörperstudien des RKI; https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/Antikoerper-Studien.html
- (6) Petition von Rechtsanwältin Viviane Fischer; Führen Sie die Baseline-Studie durch – Wir brauchen endlich saubere Corona-Daten; <https://www.openpetition.de/petition/online/fuehren-sie-die-baseline-studie-durch-wir-brauchen-endlich-saubere-corona-daten>; zuletzt abgerufen: 01.07.2020
- (7,7i) 07.05.2020; Rhein-Neckar-Zeitung; “Wir melden nur Todesfälle, die im Zusammenhang mit der Infektion stehen”; https://www.rnz.de/nachrichten/buchen_artikel,-an-oder-mit-corona-gestorben-wir-melden-nur-todesfaelle-die-im-zusammenhang-mit-der-infektion-steinen-_arid,513334.html
- (8) 22.04.2020; Dr. Scott Jensen, Arzt und Senator im US-Bundesstaat Minnesota: “Ich habe letzte Woche eine E-Mail des Gesundheitsamtes bekommen, in dem stand wie ich Todeszertifikate auszufüllen habe. So eine Anweisung habe ich noch nie vom Gesundheitsamt erhalten, wie ich ein Todeszertifikat auszufüllen habe. Im Grund stand dort drinnen: Man braucht keinen Labortest auf COVID-19, um in ein Todeszertifikat COVID-19 zu schreiben.”; <https://www.youtube.com/watch?v=i8QsKUgHjN8&feature=youtu.be>
- (9) 16.12.2020; rbb24; Ausbrüche in sechs Pflegeheimen – Senat verschärft Besuchsregeln; <https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/coronavirus>

[/beitraege_neu/2020/12/berlin-senat-pflege-gesundheit-corona-regeln-impfung-kalayci.html](#)

(10) 18.12.2020; ntv; Fast 90 Prozent der Coronatoten aus Heimen; [https://www.n-tv.de/panorama/Fast-90-Prozent-der-Corona-Toten-aus-Heimen-article22245741.html](#)

(11) 20.11.2020; Hessenschau; Tobias Lübben; Zwei Drittel der Coronatoten betreffen Altenheime; [https://www.hessenschau.de/gesellschaft/zwei-drittel-der-corona-toten-im-november-betreffen-altenheime,corona-altenheim-tote-100.html](#); siehe auch: 23.12.2020; RT deutsch; Susan Bonath; An, mit, nach oder ohne Corona: Das Sterben in den Pflegeheimen; [https://de.rt.com/meinung/110884-an-mit-nach-oder-ohne-corona/](#)

(12) 14.12.2020; rbb24; Mehr als jeder zweite Corona-Tote in Berlin war Pflegeheim-Bewohner; [https://www.rbb24.de/panorama/thema/2020/coronavirus/beitraege_neu/2020/12/coronavirus-pandemie-berlin-pflegeheim-todesfaelle-corona.html](#)

(13 bis 13v) 23.12.2020; Focus-Online; Corinna Schneider; Zu hohe Sterblichkeit durch Intubation, Lungenarzt: „Frühe künstliche Beatmung ist größter Fehler im Kampf gegen Corona“; [https://www.focus.de/gesundheit/news/bis-zu-50-prozent-sterben-daran-lungenarzt-fruehe-kuenstliche-beatmung-ist-groesster-fehler-im-kampf-gegen-corona_id_12787476.html](#)

(14, 14i) 30.04.2020; WDR; Jochen Taßler, Jan Schmitt; Beatmung von Covid-19 – Patienten: Spiel mit dem Feuer?; [https://www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/corona-beatmung-100.html](#)

Empfohlener, weiterführender Beitrag zum Thema: 22.12.2020; Peter F. Mayer; Überlastung der Intensivbetten und Tod durch Maßnahmen; [https://tkp.at/2020/12/22/ueberlastung-der-intensivbetten-und-tod-durch-massnahmen/](#)

(b1) 14.12.2020; Schlussanzeigen bei Ableben “mit Covid-19”; Weisung einer Wolfsburger Behörde zur Ausstellung von Totenscheinen; Gefunden bei: [https://images.spot.im/image/upload](#)

[/q_70,fl_lossy,dpr_3,h_500,w_320,c_limit/v200/4559f2ed166a05154b3d0f010e1c03b5](#)

(b2) 04.12.2020; Leichenschau im Zusammenhang mit verstorbenen Covid-19 – Patienten; Kassenärztliche Vereinigung Bayern; <https://twitter.com/laborpandemie/status/1341515208955752453/photo/1>

(b3) 26.12.2020; DIVI, Intensivregister, Notfallbetten, Kapazitäten in Deutschland; <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>

(Titelbild) Hände, Alte, Solidarität; Sabine von Erp (Pixabay); 24.10.2017; <https://pixabay.com/de/photos/h%C3%A4nde-alte-alter-%C3%A4ltere-menschen-2906458/>; Lizenz: Pixabay License

Aufrufe: 20361

Autor: Hartmut Barth-Engelbart

Autor von barth-engelbart.de [Alle Beiträge von Hartmut Barth-Engelbart anzeigen](#)

Hartmut Barth-Engelbart / 8. Januar 2021 / Allgemein

barth-engelbart.de / [Datenschutzerklärung](#) / [Stolz präsentiert von WordPress](#)