

- Fassadendemokratie & Tiefer Staat
- Medien- & Ideologiekritik
- Krieg & Frieden

- Arm & Reich
- Bildung & Soziales
- Natur & Umwelt
- Hoffnung & Utopie



Es kommt immer anders, wenn man denkt. Darum gibt es vom Rubikon jetzt auch **Bücher**.



Dienstag, 29. September 2020, 17:00 Uhr
~39 Minuten Lesezeit

DIE MEDIKAMENTEN-TRAGÖDIE

Die Mortalitätsdaten belegen, dass viele vermeintliche Corona-Tode de facto auf den massiven experimentellen Einsatz hochtoxischer Medikamente zurückzuführen sind.

von **Torsten Engelbrecht, Claus Köhnlein**

Foto: PopTika/Shutterstock.com

Kassandrarufer wie der von Deutschlands Obervirologen Christian Drosten am 6. März, in Deutschland sei „mit 278.000 Corona-Todesopfern zu rechnen“, gaben den Politikern den entscheidenden Vorwand für die Umsetzung ihrer Lockdown-Maßnahmen. Doch nicht nur fehlte schon damals derlei Horrorszenarien jegliche wissenschaftliche Grundlage. Auch zeigen jetzt die harten Daten, dass es in zahlreichen Ländern, darunter Deutschland, überhaupt keine Übersterblichkeit gab – und dass auch für die erhöhten Mortalitäten in Ländern wie Italien, Spanien, Frankreich, England oder Amerika ein Virus als Ursache definitiv und endgültig nicht dingfest gemacht werden kann. Stattdessen zeigt die Beweislage unmissverständlich: Es war in erster Linie die massenhafte Verabreichung von Präparaten wie Hydroxychloroquin, Kaletra oder Azithromycin, die unzählige Menschen frühzeitig hat zu Tode kommen lassen.

Als der australische Bundesstaat Victoria mit seiner Hauptstadt Melbourne vor kurzem der Welt zeigte, wie ein Lockdown der härtesten Art aussieht – mit Regeln wie derjenigen, dass die Polizei ohne Durchsuchungsbefehl in Wohnungen eindringen kann, mit einer Ausgangssperre ab 20 Uhr oder sogar mit dem Verbot von Hochzeiten – schrieb Jeffrey A. Tucker, Redaktionsleiter des American Institute of Economic Research dazu: „Melbourne ist zu einer Hölle auf Erden geworden. Da fällt einem der Ausspruch von Tacitus über das Römische Reich ein: ‚Sie schaffen eine Wüste und nennen es Frieden‘“ (1) (auf Lateinisch: Solitudinem faciunt, pacem apellant).

In der Tat sind derlei drakonische Maßnahmen umso mehr eine Farce, wenn man bedenkt, dass jegliche Arten von Lockdown ohne wissenschaftliche Grundlage sind und diese sogar schon dem gesunden Menschenverstand zuwiderlaufen. Und so verhindert der starre Blick auf ein angeblich potenziell tödliches Virus namens SARS-CoV-2, dass die wahren Ursachen, insbesondere was die so genannten COVID-19-Todesfälle angeht, ans Tageslicht kommen: Die experimentelle, großflächige Verabreichung hochtoxischer Medikamente.

Allein der Umstand, dass zum Beispiel „in Australien seit März 50 Prozent mehr Selbstmord-Todesfälle zu verzeichnen sind, als es offiziell Covid-19-Tote gibt“, wie Tucker hervorhebt (2), sollte jedem reichlich zu denken geben. Oder nehmen wir das Thema Luftverschmutzung: Obwohl sie weltweit mehr als 3 Millionen vorzeitige Todesfälle pro Jahr verursacht (3), kommen die Entscheidungsträger weltweit nicht auf die Idee,

die Verursacher von Feinstaub lahm zu legen.

Abgesehen davon sind die so genannten SARS-CoV-2-PCR-Tests, die massenhaft zum Einsatz gekommen sind und kommen und deren „positive“ Ergebnisse als Begründung für die Lockdowns herangezogen werden, wissenschaftlich bedeutungslos (4). Das zeigt sich schon daran, dass es nicht einmal einen gültigen Goldstandard für diese Tests gibt, wie etwa der australische Spezialist für Infektionskrankheiten, Sanjaya Senanayake, in einem ABC-Fernsehinterview bestätigte (5). Auch wird auf der Website der australischen Regierung eingeräumt, dass die PCR-Tests völlig unzuverlässig sind.

Zudem zeigen Studien, dass in Folge von Lockdowns und Maskenpflicht Übertragungs- und Todesraten nicht zurückgegangen sind (6).

Ein Lockdown in Ländern wie Australien ist im Übrigen umso absurder, wenn man bedenkt, dass dort den offiziellen Angaben zufolge die Corona-Todeszahl „bei 26 pro eine Million Einwohner, gemessen über einen Zeitraum von sechs Monaten, liegt“, wie David James, Journalist aus Down Under, kürzlich in einem *OffGuardian*-Artikel schrieb (7). Dies kann beim besten Willen nicht als Viruspandemie bezeichnet werden. Zumal „der leitende Gesundheitsbeamte in Victoria sogar zugegeben hat, dass man nicht auf das Virus testen würde, sondern nur annehme, es würde COVID-19 vorliegen, sobald grippeähnliche Symptome vorliegen würden“, so James. „Und die Todesfälle, die in Australien auf die Grippe zurückgeführt werden, so sollte hinzugefügt werden, sind ungewöhnlich niedrig.“

Und nicht nur Australien, auch viele andere Länder haben während der ersten sechs Monate dieses Jahres gar keine Übersterblichkeit verzeichnet. In Deutschland und Portugal liegt die Sterblichkeit für diesen Zeitraum sogar unter der von dem einen oder anderen Vorjahr. Das ist das Ergebnis einer Analyse mit dem Titel „Denn sie (die Entscheidungsträger) wissen nicht, was sie tun“, verfasst von Stefan Aust, ehemaliger Chefredakteur des *Spiegel* und seit 2014 Herausgeber der Tageszeitung die *Welt* (8).

Dass in Ländern wie Deutschland „von einer Übersterblichkeit keine Rede sein kann“, wie sogar ein höherer Beamter eines Bundesministeriums gegenüber Aust konstatierte, würde „von manchen Menschen als Erfolg der Regierungsmaßnahmen ausgegeben. Diese Aussage ist jedoch nicht belegbar“, so der der *Ex-Spiegel*-Chef. Dies zeige das Beispiel Schweden, wo das Durchschnittsalter der Corona-Toten höher liege als hierzulande genau wie in den meisten anderen Staaten – und wo zudem die überwiegende Zahl der Verstorbenen aus dem Pflegebereich Schwerstkranker stammte. „Deren Leben hätte man auch mit dem schärfsten allgemeingesellschaftlichen Lockdown nicht retten können.“

ÜBERSTERBLICHKEIT WAR AUF KURZEN ZEITRAUM BEGRENZT: DIES ALLEIN FÜHRT DIE VIRUS- HYPOTHESE AD ABSURDUM

Sicher, einige Länder verzeichneten in der ersten Hälfte 2020 deutlich mehr Todesfälle als in den vergangenen Jahren. Dies gilt insbesondere für Italien, Spanien, Frankreich, England, Belgien, die Niederlande und die USA. Die Hypothese, dass in diesen Ländern ein neues, potenziell tödliches Coronavirus gewütet hätte, wird jedoch bereits dadurch widerlegt, dass gerade diese Staaten eine rigide Lockdown-Politik betrieben. Denn wenn man der Logik der Virus-Hypothese folgt, hätten gerade diese Länder weniger Todesfälle zu beklagen haben müssen.

Darüber hinaus hatte beispielsweise Belgien achtmal mehr Todesfälle (pro 100.000 Einwohner) als sein direkter Nachbar Deutschland. Oder nehmen wir das Beispiel Spanien, das stolze 22-mal mehr Todesfälle zu beklagen hatte als Polen, während Portugal, der direkte Nachbar Spaniens, keine überhöhte Sterblichkeit aufwies. Aber eine Viruspandemie, die so eng beieinander liegende Länder so unterschiedlich trifft, kann es gerade in der heutigen Zeit eigentlich nicht geben.

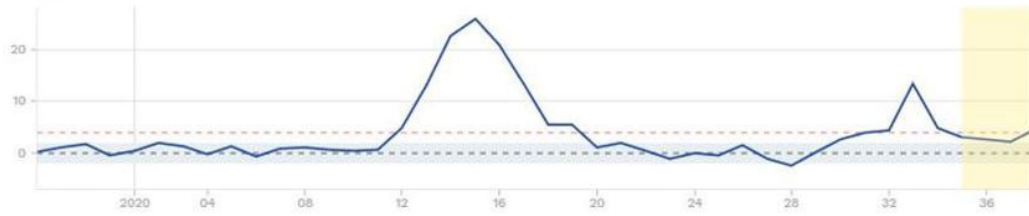
Mein Co-Autor, der Internist Dr. med. Claus Köhnlein, schrieb daher einen Brief an das Deutsche Ärzteblatt, der Ende Juni veröffentlicht wurde. Darin führt er aus:

„Angesichts der Tatsache, dass in verschiedenen Europäischen Staaten über sehr unterschiedliche Übersterblichkeiten berichtet wird, drängt sich die Vermutung auf, dass eine unterschiedlich aggressive Therapie dafür verantwortlich sein könnte“ (9).

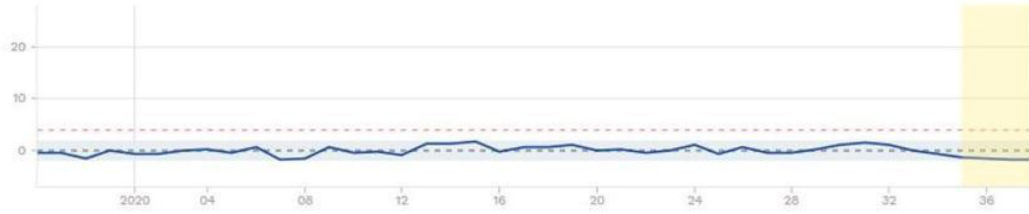
Darüber hinaus fand der allergrößte Teil Übersterblichkeit in diesen Ländern nur während eines sehr kurzen Zeitraums statt, nämlich innerhalb von etwa zwei bis drei Wochen im April. Wie die Euromomo-Todesratenstatistik zeigt, waren die Kurvenverläufe auch in diesen Ländern bis etwa Ende März relativ „langweilig“ gewesen, doch dann schoss die Übersterblichkeit plötzlich in die Höhe, um dann gegen Mitte April wieder drastisch abzufallen, was sich in einem deutlich erkennbaren Zacken in den Grafiken der Belgien, Frankreich, Italien, Spanien und dem Vereinigten Königreich sichtbar macht (siehe unten eingefügte Charts):

Übersterblichkeit (z-Score) für Länder Europas, Dez. 2019 – Sept. 2020

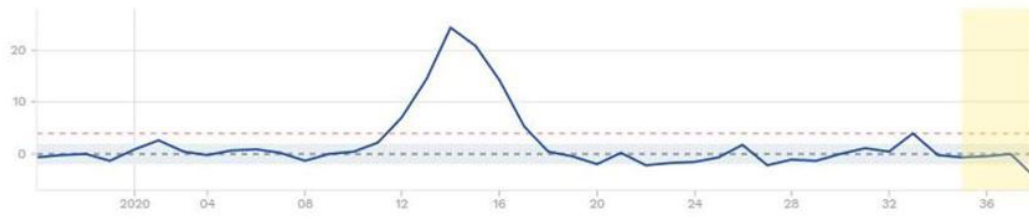
Belgium



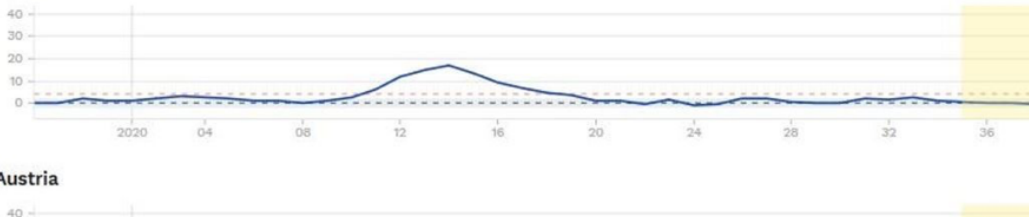
Germany (Berlin)



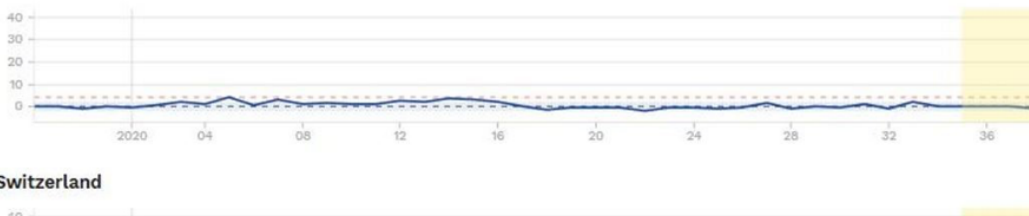
France



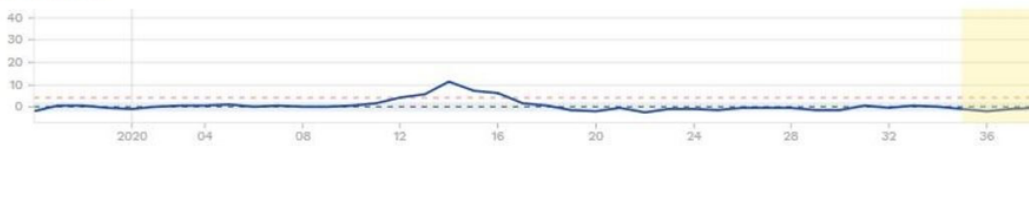
Italy

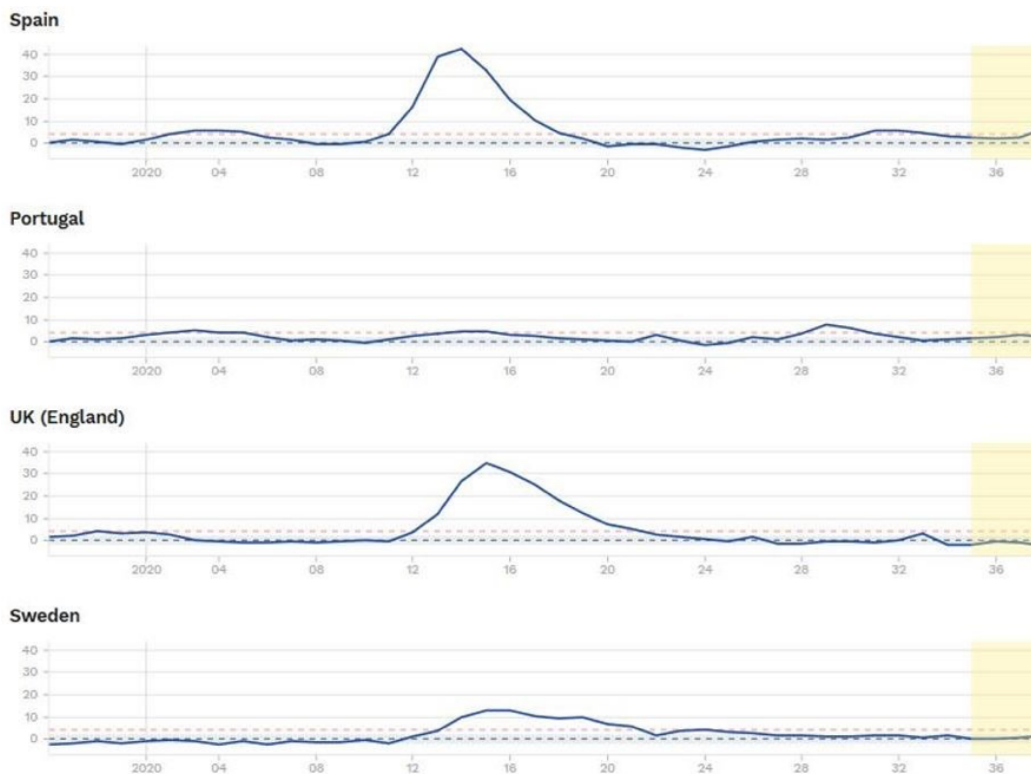


Austria



Switzerland



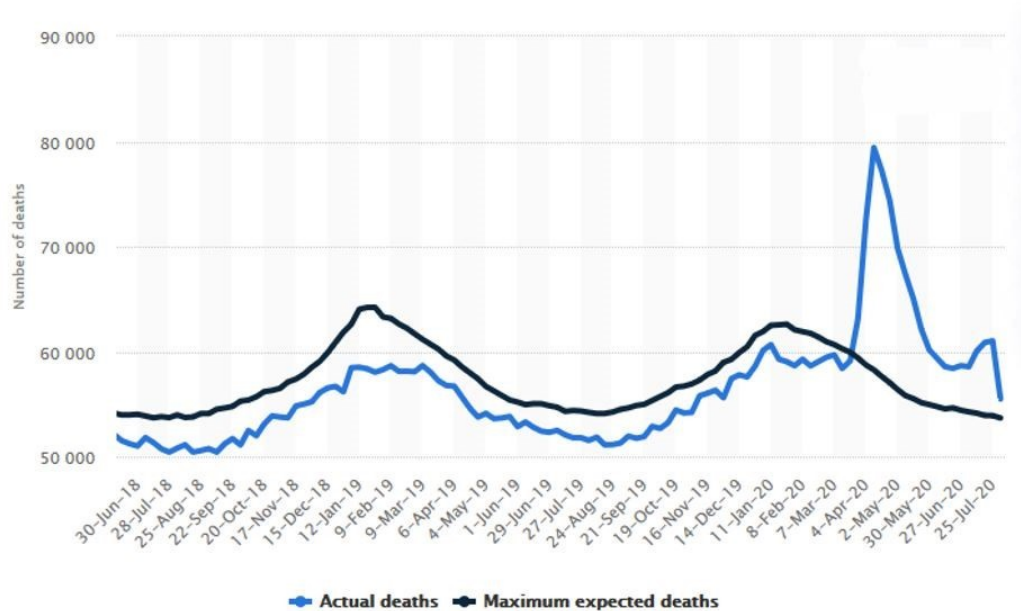


Source: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#z-scores-by-country>

Diese Grafiken zeigen unmissverständlich, dass es sich bei dem, was als COVID-19 bezeichnet wird, nicht um eine potenziell tödliche Virus-Seuche handeln kann. Denn wie aus ihnen hervorgeht, trat die Übersterblichkeit in der ersten Hälfte 2020 nicht nur in wenigen europäischen Ländern auf, und zwar vor allem in Italien, Spanien, der Schweiz, Frankreich, Belgien und England (erkennbar an den „Zacken“ in den Kurven). Auch ereignete sich die Übersterblichkeit nur innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums – mit einem steilen Anstieg und einem ebenso steilen Abfall der Sterblichkeitskurve innerhalb von zwei bis drei Wochen im April. Kein Virus kann solche „Zacken“ erzeugen, schon gar nicht außerhalb der üblichen Grippesaison. Zumal es etwa in Deutschland, obwohl es direkt an Frankreich und Belgien grenzt, zu keiner überhöhten Mortalität kam. Gleiches gilt für Österreich, das Nachbar ist von Italien und der Schweiz, und für Portugal, das neben Spanien liegt. Und während Italien, Spanien, Frankreich, Belgien und England eine kurze, merkliche Übersterblichkeitsrate verzeichneten, obwohl sie harte Lockdowns umgesetzt hatten, hatte Schweden, das überhaupt keinen Lockdown machte, nur eine sehr geringe Übersterblichkeitsrate. Auch dies spricht klar gegen die Virus-Hypothese. Dass der „Zacken“ in der Schweiz relativ flach ist, liegt übrigens daran, dass im deutschsprachigen Teil des Alpenlandes, in dem es zu keiner Übersterblichkeit kam, zwei Drittel der Gesamtbevölkerung leben, während im italienisch- und französischsprachigen Teil eine Übersterblichkeit verzeichnet wurde. Hat das Virus also die Deutschschweizer einfach gemieden? Ein völlig abwegiger Gedanke!

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass in diesen europäischen Ländern innerhalb weniger Wochen 60 bis 70 Tausend mehr Tote zu beklagen waren als zu dieser Jahreszeit üblich. Hinzu kommen rund 130.000 zusätzliche Todesfälle in den USA in den ersten sechs Monaten des Jahres 2020 im Vergleich zum gleichen Zeitraum der beiden Vorjahre (die Sterberate in den USA beträgt für die erste Hälfte des Jahres 2020 0,48 Prozent, 2018 und 2019 waren es 0,44 Prozent). Der Unterschied zwischen den europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten besteht lediglich darin, dass der „Zacken“ in Amerika etwas breiter ist, das heißt, dass er sich nicht nur über etwa zwei Aprilwochen erstreckt, und dass der Höhepunkt der Übersterblichkeit am 11. April erreicht wird und damit etwa zwei Wochen später als in Italien, wo das weltweite Todesdrama begann (siehe Grafik unten).

Weekly number of actual deaths in the United States from all causes compared to the maximum expected number (June 2018 - Aug. 2020)



Source: <https://www.statista.com/statistics/1168522/us-weekly-number-deaths-all-causes-actual-vs-maximum-estimate/>

Dass innerhalb sehr weniger Wochen außerhalb der Grippezeit sozusagen „auf einen Schlag“ viele Zehntausend Menschen mehr ums Leben kommen als sonst, kann also nicht mit einem Virus erklärt werden. Ein solches Virus kann es schlicht nicht geben. Und selbst wenn es ein solches supertödliches Virus geben würde, dann müsste es im Chart von Schweden, einem Land, das ja überhaupt keinen Lockdown gemacht hat, einen gigantischen „Zacken“ erzeugt haben. Das ist aber nicht der Fall.

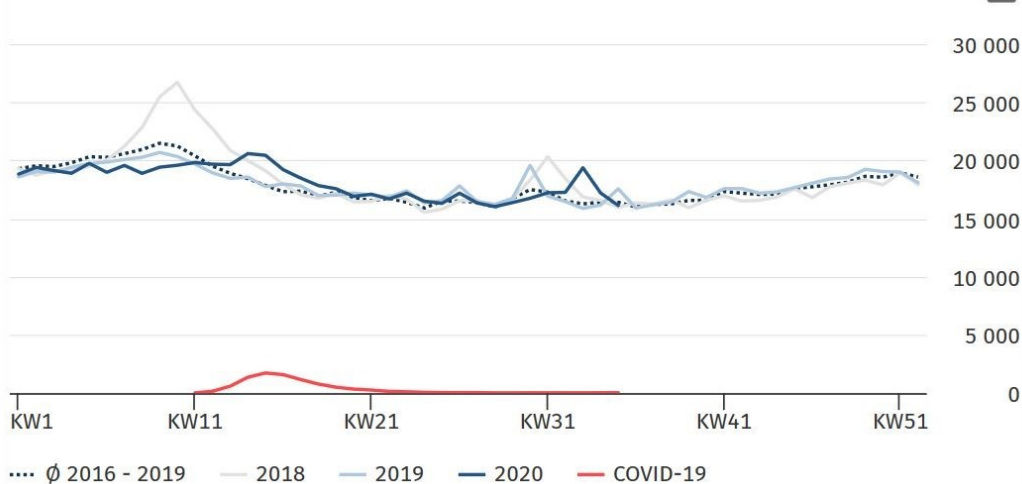
Stattdessen ist in der Grafik nur ein flacher „Huckel“ zu erkennen (siehe oben). Im Übrigen liegt die Sterblichkeitsrate, das heißt der Anteil der Todesfälle an der Gesamtbevölkerung, in Schweden für die ersten sechs Monate des Jahres 2020 mit 0,48 Prozent absolut im Normbereich und nur geringfügig höher als zum Beispiel 2017 und 2018 (jeweils 0,46 Prozent) (10).

Folglich kann es nur eine nicht-virale Erklärung für diese vorübergehende massive Übersterblichkeit geben. Und es gibt stichhaltige Beweise dafür, dass in diesem Zusammenhang die massive und hochdosierte Verabreichung hochtoxischer Medikamente die entscheidende Rolle spielte – Medikamente, die in weltweiten Studien und jenseits derselben massenhaft und experimentell verabreicht und in der Folge davon Zehntausenden von „Versuchskaninchen“ das Leben gekostet haben. Dass dann relativ schnell immer weniger Patienten da waren, die hätten sterben können, erklärt unter anderem den raschen Abfall der Kurven.

Dass die Virus-These nicht plausibel ist, zeigt auch der genauere Blick auf Deutschland. Die obige Euromomo-Grafik für Deutschland beschränkt sich nämlich auf die Hauptstadt Berlin. Doch vom Statistischen Bundesamt gibt es Daten zu Gesamtdeutschland (siehe Grafik unten mit den Sterbefallzahlen in Deutschland). Demnach sind im März 2019 zum Beispiel 86.500 Menschen gestorben.

„Im März 2018, also in einem Jahr, als die Grippewelle besonders heftig ausfiel, waren es 107.100. Auch ohne Corona-Pandemie können die Sterbefallzahlen demnach insbesondere in der typischen Grippezeit stark schwanken“, wie es auf der Website der Behörde heißt (11). Dies allein verdeutlicht, dass hier beim besten Willen kein Corona-„Todeszug“ am Rollen gewesen sein kann.

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland



Die Grafik verrät zudem, dass es auch in Deutschland einen „Zacken“ gab, der aber ebenfalls nur in der gleichen kurzen Zeitspanne (im April) zu sehen ist. Zudem ist der „Zacken“ sehr flach, sodass es im April 2020 rund 6.600 mehr Todesfälle gab als im April 2019 und an die 4.200 mehr als im April 2018 (12). Eine

Pandemie sähe ohne Frage komplett anders aus. Und seit der 19. Kalenderwoche (4. bis 10. Mai) lagen die Sterbefallzahlen nach der vorläufigen Auszählung auch „wieder im Bereich des Durchschnitts der Vorjahre oder schwankten darum“, so das Statistische Bundesamt. „Mitte Juli hatten die Sterbefallzahlen ein Minimum erreicht.“ Im August waren die Sterbefallzahlen zwar wieder erhöht, doch nicht etwa wegen eines tödlichen Virus, sondern wegen „der Hitzewelle“.

Im Übrigen korrespondiert der „Zacken“ im April dieses Jahres – mit einer Übersterblichkeit von wenigen Tausend Personen im Vergleich zu 2019 und 2018 – ziemlich gut mit dem verstärkten experimentellen Einsatz des Malariamedikaments Hydroxychloroquin bei so genannten COVID-19-Patienten (mehr zur entscheidenden Rolle dieses Medikaments später).

Wie der Spiegel aktuell berichtet, hatte das Medikament nach einer Analyse der AOK ab März auch in Deutschland viele Anhänger gefunden und wurde in diesem Monat „fast 10.000 Patienten mehr verschrieben als im Monat zuvor“ – Patienten, von denen die überwiegende Mehrheit sehr alt war und mit schweren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen hatte und für die somit toxische Medikamente wie Hydroxychloroquin besonders gefährlich waren. Im April und Mai ging der Einsatz des Präparats auch wieder merklich zurück (13).

Tatsächlich scheint es auch nicht sehr wahrscheinlich, dass es in Deutschland im Zusammenhang mit der allgemeinen COVID-19-Panik, die in der zweiten Märzhälfte besonders eklatant war, zu gar keinem verstärkten experimentellen Einsatz von hochtoxischen Medikamenten wie Hydroxychloroquin oder auch dem antiviralen Präparat Kaletra (Lopinavir/Ritonavir) kam.

Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch, dass am 20. März auf YouTube ein *Russia-Today*-Interview mit meinem Co-Autor Claus Köhnlein ausgestrahlt wurde, in dem er den experimentellen Einsatz hochtoxischer Medikamente kritisierte. Das Interview hatte innerhalb kurzer Zeit 900.000 Views (14). Wenige Tage später bekam er einen Anruf einer damaligen Ärztin der Charité namens Felicia Kleimaier.

Und Kleimaier fragte Claus Köhnlein, ob er sich darüber bewusst sei, dass seine kritischen Äußerungen die Anwendung der antiviralen Therapie im Zusammenhang mit COVID-19 torpediert hätten. Seine Antwort: Sollten seine Interviewaussagen wirklich dazu beigetragen haben, dass deutlich weniger Medikamente eingesetzt worden sind, dann hätte er genau das erreicht, was er erreichen wollte. Denn die Medikamente seien nicht nur allesamt überhaupt nicht behördlich genehmigt, was COVID-19 angeht, auch seien sie immunsuppressiv und könnten daher gerade für bereits schwerkranke Menschen tödlich sein.

In seinem bereits erwähnten Leserbrief, abgedruckt im Ärzteblatt, sagt Köhnlein dazu:

„Es könnte sein, dass wir in Deutschland deshalb so gut davongekommen sind, weil wir von Anfang an therapeutisch zurückhaltender waren und/oder wegen der schlechten Erfahrungen Italiens, Spaniens, Frankreichs und Englands gelernt und kaum antivirale Substanzen eingesetzt haben“ (15).

FALLSTUDIE IM LANCET VOM 18. FEBRUAR 2020: BLAUPAUSE FÜR EXZESSIVEN MEDIKAMENTENEINSATZ

Dass es zu einem massiven experimentellen Einsatz von Medikamenten gekommen ist, wurde auch durch Papers wie die Einzelfallstudie möglich, die am 18. Februar im Lancet veröffentlicht wurde (16). Darin wird die Kasuistik eines 50-jährigen Patienten geschildert, der unter Fieber, Schüttelfrost, Husten, Müdigkeit und Kurzatmigkeit litt und als COVID-19-Patient eingestuft wurde.

Daraufhin wurde er mit einer regelrechten Medikamenten-Armada traktiert, die aus den antiviralen Medikamenten Interferon alfa-2b, Lopinavir und Ritonavir, dem sehr harten Antibiotikum Moxifloxacin und hochdosiertem Cortison (Methylprednisolon) bestand – Substanzen, die selbst bei alleiniger Einnahme tödliche Nebenwirkungen haben können. Zudem wurden bei der Autopsie Gewebeproben entnommen – und hier räumen die Autoren der Arbeit sogar ein, dass die beobachteten Leberschäden durch die Medikamente verursacht worden sein könnten.

Die Schlussfolgerung, dass der Patient aufgrund der toxischen Wirkung der Medikamente verstorben ist, zwingt sich also auf.

Und wenn ein solcher Mann, der 50 und damit „in seinen besten Jahren“ war und offensichtlich an keinen anderen Krankheiten als schweren Grippe-symptomen gelitten hatte, infolge der Verabreichung eines solchen „Medikamentencocktails“ stirbt, dann kann man erahnen, wie sich eine solche hochtoxische Behandlung auf Menschen auswirkt, die 70 oder 80 Jahre alt sind und Vorerkrankungen bis hin zu Krebs hatten, bevor sie als COVID-19-Patienten eingestuft worden sind.

Stellt sich die Frage: Warum behandelten die Ärzte den 50-Jährigen auf diese Weise? Und die Antwort lautet: Aus einem Virus-Tunnelblick heraus, aus der tief verwurzelten Überzeugung, dass nur Medikamente Rettung bringen können sowie aus der für das heutige Medizinsystem gerade auch in Zeiten der Pandemie-Panik typischen Angst, man könnte irgendetwas unversucht gelassen haben, was dann oft genug zu einem Medikamentenaktionismus führt. Wie in diesem Fall.

Und so wurde dem bemitleidenswerten 50-Jährigen, weil er kurzatmig war, zum Beispiel Kortison verabreicht, ein Lymphozytenkiller, der die Entzündungsreaktion verlangsamt. Alles schwillt dann ab, das Fieber sinkt. Der Patient fühlt sich vorübergehend besser, er kann wieder besser atmen. Gleichzeitig wird aber auch die Abwehrreaktion unterdrückt, was schließlich, wie dieser Fall vor Augen führt, tödlich enden kann, vor allem wenn zusätzlich andere potenziell tödliche Medikamente verabreicht werden.

Nichtsdestotrotz zieht das Lancet-Paper tatsächlich den Schluss, dass „der Patient an einer schweren Infektion mit SARS-CoV-2 gestorben ist.“ Mit anderen Worten: Es wurde behauptet, der Patient sei nur an einem Virus gestorben – und trotz der Medikamentenarmada nicht an den Medikamenten. Und da diese Studie in einer Zeitschrift veröffentlicht wurde, deren Inhalt de facto Gesetz ist, diente sie als eine Art Blaupause für die Behandlung von COVID-19-Patienten.

In der Tat wurden nur wenige Wochen später hochgiftige und auch potenziell tödliche Medikamente im Übermaß eingesetzt, vor allem in allen oben genannten Ländern mit überhöhter Sterblichkeit, sowohl experimentell als auch off-label, was bedeutet, dass die Medikamente außerhalb ihrer behördlichen

Zulassung eingesetzt wurden.

Dabei vermitteln die verfügbaren Daten den Eindruck, dass die Todesfälle innerhalb kurzer Zeit wie eine große Welle von Italien über Spanien und Frankreich nach Großbritannien und Belgien wanderten und dann auf die USA und Brasilien überschwappten.

In Italien, vor allem in der Lombardei, begann der „Medikamentenrausch“ spätestens am 17. März und fand in Heimen, Pflegeheimen und Kliniken statt. Für Italien gibt es eine Todesfallstatistik, die vom 9. April 2020 datiert und die besagt, dass 84 Prozent der verstorbenen Patienten Antibiotika, insbesondere Azithromycin, erhielten, 55 Prozent antivirale Medikamente, 33 Prozent Kortikosteroide und 18,6 Prozent eine Kombination aus allen drei Substanzen (17).

Was etwa Azithromycin angeht, so warnt die US-amerikanische Medikamentenzulassungsbehörde FDA, dass es einen potenziell tödlichen unregelmäßigen Herzrhythmus verursachen kann. Und auch die Tatsache, dass antivirale Medikamente tödlich sein können, ist hinreichend belegt. Dies gilt auch für die Kombination Lopinavir-Ritonavir, die dem oben erwähnten 50-jährigen Patienten ebenfalls verabreicht wurde (18).

Was die Kortikosteroide angeht, so kam eine am 10. April 2020 im Journal of Infection veröffentlichte Studie zu folgendem Schluss:

„Patienten mit schweren Erkrankungen erhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit Kortikosteroide. Die Einnahme von Kortikosteroiden ist mit einer erhöhten Sterblichkeit bei Patienten mit Coronavirus-Pneumonie verbunden“ (19).

Der französische Kultursender France Culture beschrieb auf seiner Website in dem Artikel „Covid-19: Wie Ärzte in Frankreich, Italien, Spanien und Deutschland mit der Krankheit umgehen“, wie in der Praxis agiert wurde. Zu Wort kommt etwa der Neurologe Francesco Alberti, Präsident des Ärzteordens der italienischen Provinz Imperia in der an Frankreich grenzenden Region Ligurien:

„Wir führen viele Experimente und Versuche durch, denn die Krankheit verläuft sehr unterschiedlich und ist je nach Patient mehr oder weniger schwerwiegend. Wenn jemand nur Fieber hat und dieses nicht länger als vier oder fünf Tage anhält, verschreiben wir Paracetamol. Darüber hinaus setzen wir antivirale Medikamente ein, um das Fortschreiten der Krankheit zu begrenzen. Die am häufigsten verwendeten Medikamente sind Hydroxychloroquin, Markenname Plaquenil, in Kombination mit einem Antibiotikum, Azithromycin, wobei zu bedenken ist, dass Hydroxychloroquin Herzrhythmusstörungen verursachen kann. Wir geben auch andere antivirale Medikamente wie Remdesivir und Favipiravir. Für den Fall, dass das Immunsystem überdreht, experimentieren wir auch mit Tocilizumab, einem immunologischen Medikament, das normalerweise bei rheumatischen Beschwerden verschrieben wird.“

Zu Hydroxychloroquin, sein tödliches Potenzial und seine entscheidende Rolle, sowie über Remdesivir später mehr. Was Tocilizumab betrifft, so kann es genau wie Azithromycin fatal wirken, indem es tödliche allergische Reaktionen auslöst (20). Seit Einführung dieses Immunsuppressivums in den USA im Jahr 2010 wurden der FDA mehr als 1.000 Todesfälle gemeldet. Die tatsächliche Zahl dürfte jedoch viel höher liegen, da das Meldesystem der FDA nur einen Bruchteil der unerwünschten Ereignisse erfasst, die bei Patienten auftreten (21).

Doch weiter mit Alberti:

„Es gibt kein einziges therapeutisches Protokoll. Die Medikamente, die wir verwenden, sind ‚off label‘, das heißt wir verschreiben sie außerhalb ihrer Indikationen. Das Gesundheitsministerium und die italienische Arzneimittelagentur haben uns erlaubt, diese Medikamente zu verwenden, auch wenn sie ursprünglich für andere Krankheiten verschrieben wurden.“

Zu Wort kommt auch Jean-François Timsit, Leiter der Abteilung für Intensivmedizin und Reanimation von Infektionskrankheiten am Bichat-Krankenhaus in Paris:

„Gegenwärtig wird die Sterblichkeitsrate für Patienten, die sich auf der Intensivstation befinden, auf etwa 30 Prozent geschätzt, wobei die Schwankungsbreite davon abhängt, ob die Patienten (für die maschinelle Beatmung) intubiert sind oder nicht. Wenn Patienten intubiert werden, steigt die Sterblichkeitsrate auf 50 Prozent“ (22).

30 Prozent, das ist bereits ein sehr hoher Wert, 50 Prozent also umso mehr. Tatsächlich wurden Intubationen (Einführung von Holosonden zwecks Beatmung) zunehmend eingesetzt, weil befürchtet wurde, dass die deutlich weniger invasive Maskenbeatmung ein höheres Risiko einer Virusinfektion birgt. Dabei wurde schon 2002/2003 im Zusammenhang mit SARS dokumentiert, dass Intubationen für Patienten ein erhöhtes Sterberisiko bergen im Vergleich zur Maskenbeatmung. Und auch bei der Behandlung von COVID-19-Patienten gibt es klare Belege dafür (23). Eine Lancet-Studie vom Februar zeichnete ein sehr düsteres Bild: Nur drei von 22 intubierten Patienten überlebten (24).

Was Medikamente angeht, so hat vor allem Hydroxychloroquin wesentlich dazu beigetragen, dass unzählige Menschen vorzeitig gestorben sind. Hydroxychloroquin ist alles andere als ein Lutschbonbon, denn es kann viele schwerwiegende Nebenwirkungen haben und sogar tödlich wirken, indem es zum Beispiel Herzrhythmusstörungen verursacht. Dies gilt vor allem, wenn es in höheren Dosen verabreicht wird, wie es bei der Behandlung von so genannten COVID-19-Patienten nicht nur in Italien, sondern auch in Spanien, Frankreich, England und den USA vorgekommen ist.

„Ich sehe es auch so, dass Hydroxychloroquin, wenn es überdosiert wird, in seiner Wirksamkeit reduziert ist und toxisch wirken kann“, schreibt mir per E-mail (25) der Yale-Epidemiologe Harvey Risch, der einer der bekanntesten Forscher ist, die in dem Medikament das Potenzial, Patienten zu helfen, sehen – vorausgesetzt, es wird in niedrigen Dosen verabreicht (26).

In Spanien hat die Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) – die Agentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte – am 16. März mit der umfangreichen Verteilung von Hydroxychloroquin und seiner leicht toxischeren Variante Chloroquin an COVID-19-Patienten in Krankenhäusern begonnen (27). Miquel Barceló vom Krankenhaus Cerdanya, rund 150 km nördlich von Barcelona gelegen und nahe der Grenze zu Frankreich, etwa erklärte Anfang April gegenüber France Culture:

„Es gibt ein mehr oder weniger rücksichtsloses Verhalten in Bezug auf dieses Medikament (Hydroxychloroquin) ... Es gibt viele Patienten auf der Intensivstation und viele Todesfälle im Vergleich zu

Okzitanien (, der Region direkt auf der gegenüberliegenden französischen Seite) ... So wie sich diese Krankheit entwickelt, sagen sich die Leute: Wir müssen etwas tun. Da ist vielleicht kaum noch ein Halt, dieses Medikament zu verwenden“ (28).

18. MÄRZ 2020: WHO-GENERALDIREKTOR GHEBREYESUS LÄUTET DEN MEDIKAMENTÖSEN GROSSANGRIFF EIN

Am 18. März proklamierte Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation, eine große studienbasierte medikamentöse Großoffensive zur Bekämpfung von COVID-19:

„Mehrere kleine Studien mit unterschiedlichen Methoden liefern uns möglicherweise nicht die klaren, überzeugenden Beweise, die wir brauchen, um herauszufinden, welche Behandlungen helfen, um Leben zu retten. Die WHO und ihre Partner organisieren deshalb in vielen Ländern eine Studie, in der einige dieser ungetesteten Behandlungen miteinander verglichen werden. Diese große internationale Studie soll die robusten Daten liefern, die wir brauchen, um zu zeigen, welche Behandlungen am wirksamsten sind. Wir haben diese Studie die SOLIDARITY-Studie genannt“ (29).

Und der Schwerpunkt dieser Solidarity-Studie lag auf den folgenden bereits erwähnten hochgiftigen Medikamenten: Remdesivir, Lopinavir/Ritonavir (Kaletra), Interferon- β in Kombination mit Kaletra sowie Hydroxychloroquin und Chloroquin (30).

Wie Hydroxychloroquin und Chloroquin dosiert werden sollten, dazu heißt es in der Einleitung des Berichts einer Beratung der WHO am 8. April:

„Das für die Studie ausgewählte Chloroquin- oder Hydroxychloroquin-Schema umfasst zwei orale Verabreichungsdosen (250 mg pro Tablette CQ oder 200 mg pro Tablette HCQ), danach zweimal täglich orale Erhaltungsdosen über zehn Tage. Diese Sitzung wurde einberufen, um die Angemessenheit der ausgewählten Dosen für die Studie zu diskutieren“ (31).

Doch wie Meryl Nass, eine Ärztin aus dem US-Bundesstaat Maine, in einem Artikel für die Patientenschutzorganisation Alliance for Human Research Protection schreibt, seien die Angaben zur Dosierung „irreführend, da die Dosis, die tatsächlich in der Solidarity-Studie verwendet wurde, wie folgt aussah: 2,4 g während der ersten 24 Stunden und insgesamt eine kumulative Dosis von 9,2 g innerhalb von 10 Tagen“ (32).

Diese extrem hohe Dosis mutet umso merkwürdiger an, wenn man bedenkt, dass aus einem Dokument über eine informelle Beratung der WHO am 13. März über die mögliche Rolle von Chloroquin hervorgeht, dass die Gates-Stiftung die Wirkung und Verteilung von Chloroquin im Körper untersucht hat (von den 25 Teilnehmern dieses Treffens waren 5 von der Gates-Stiftung). Und in diesem Bericht heißt es: „Für die Behandlung werden höhere Dosen in Betracht gezogen, das heißt 10 mg/kg base, gefolgt von 5 mg/kg zweimal täglich über sieben Tage“.

Das heißt, eine Person, die 70 kg wiegt, würde, wenn sie diesem Vorschlag befolgen würde, 700 mg Chloroquin base – also umgerechnet 900 mg Chloroquin (33) – als Anfangsdosis („loading dose“) erhalten, was Lichtjahre entfernt ist von den in der Solidarity-Studie offenkundig verwendeten 2,4 g in den ersten 24 Stunden.

Dabei ist auch zu beachten, dass der Körper beide, sowohl Chloroquin als auch Hydroxychloroquin, nur sehr schwer abbaut, so dass die Dosen, die über mehrere Tage eingenommen werden, eine kumulative Wirkung haben. Chloroquin wird auch bei der Sterbehilfe eingesetzt. 1986 veröffentlichte etwa die deutsche Zeitschrift für Rechtsmedizin den Artikel „Tod nach Gabe von 1.250 mg Chloroquin bei Porphyria cutanea tarda“ (34). Andere Quellen beziffern die tödliche Dosis bei 2 bis 3 g (35).

1979 stellte die WHO einen Berater namens H. Weniger ein, um die Toxizität von Chloroquin zu untersuchen. Er untersuchte 335 Vergiftungsfälle bei Erwachsenen durch Chloroquin. Und auf Seite 5 seines Berichts stellt Weniger fest, dass eine Einzeldosis von 1,5 bis 2,0 g Chloroquin base – also 1,9 bis 2,6 g Chloroquin – tödlich sein kann (36). Und, wie gesagt, die in der Solidarity-Studie verwendete Dosis lag bei 2,4 g in den ersten 24 Stunden plus 6,8 g on top in den darauffolgenden neun Tagen.

Laut der Ärztin Nass „sind sich alle Experten darüber einig, dass ‚es bei Chloroquin einen geringen Spielraum gibt zwischen toxischer und therapeutischer Wirkung‘, wie es in dem Standardwerk Goldfranks Toxicologic Emergencies zu lesen steht. Es ist sehr sicher, wenn es bei den richtigen Patienten richtig angewendet wird“; so Nass, „aber ein bisschen mehr kann hier schon potenziell tödlich sein. Professor Nicholas White, der an beiden WHO-Beratungen über die Chloroquin-Präparate teilgenommen hatte, hat diesen Aspekt erwähnt“ (37).

„Das Hochdosisschema, das in den Solidarity-Studien zur Anwendung kam, hat keine medizinische Rechtfertigung“, klagt Nass an. „Das Studiendesign, das – im Gegensatz zu herkömmlichen Medikamentenversuchen – nur ein begrenztes Zusammentragen von Daten vorsah, was die Sicherheit der Wirkstoffe angeht, könnte es schwieriger machen, toxische Arzneimittelwirkungen aufzufindig zu machen. Dies ist völlig unethisch.“

Nichtsdestotrotz haben sich viele Länder rund um den Globus an der Solidarity-Studie beteiligt, darunter Spanien, Frankreich, die Schweiz und Belgien – Länder mit einer merklichen Übersterblichkeit (begrenzt auf April).

Ende März pries kein Geringerer als US-Präsident Trump Hydroxychloroquin gar als „ein Geschenk von Gott“ (38), was sicherlich dem Verlangen nach diesem Präparat und dem Glauben an seine mögliche Heilkraft einen besonderen Schub gegeben haben dürfte. Doch so vielversprechend der wohlmeinende Name „Solidarity“ und Trumps Verherrlichung auch klingen mögen, so sehr endete das Ganze in einer Katastrophe, vor allem auch wegen der Übertherapie mit Hydroxychloroquin, das in vielen Fällen auch noch zusammen mit anderen toxischen Medikamenten verabreicht wurde.

Wie tödlich Chloroquin war, wurde in Brasilien demonstriert. Am 13. April berichtete die *Chicago Tribune* (39), dass eine Studie im Land des Zuckerhuts, in der nationale Richtlinien die Verwendung von Chloroquin

bei Coronavirus-Patienten empfehlen, aus Sicherheitsgründen vorzeitig abgebrochen wurde. Grund: Coronavirus-Patienten, die eine höhere Dosis Chloroquin eingenommen hatten, entwickelten unregelmäßige Herzfrequenzen, die bei ihnen das Risiko einer potenziell tödlichen Herzrhythmusstörung erhöhte. Den Patienten in der Studie war auch das Antibiotikum Azithromycin, das das gleiche Herzrisiko birgt, verabreicht worden.

„Für mich vermittelt diese Studie eine nützliche Information, nämlich dass Chloroquin einen dosisabhängigen Anstieg einer Anomalie im Elektrokardiogramm verursacht, was Menschen anfällig machen könnte für einen plötzlichen Herztod“, zitiert die Zeitung *David Juurlink*, Internist und Leiter der Abteilung für klinische Pharmakologie an der Universität Toronto. Juurlink bezog sich dabei auf ein Elektrokardiogramm, das die elektrische Aktivität des Herzens anzeigt.

Was die Dosis angeht, so erhielt etwa die Hälfte der Studienteilnehmer über einen Zeitraum von fünf Tagen zweimal täglich 450 mg Chloroquin, insgesamt also 4,5 g, während die restlichen Probanden 10 Tage lang alle 12 Stunden 600 mg, insgesamt also 12 g, bekamen. Innerhalb von drei Tagen bemerkten die Forscher Herzrhythmusstörungen bei Patienten, die die höhere Dosis eingenommen hatten (nach drei Tagen hatten diese 3,6 g Chloroquin „intus“). Trotzdem wurde offenkundig fleißig weiter verabreicht. Und am sechsten Tag waren dann 11 und damit ein beträchtlicher Teil der Probanden verstorben, was zu einem sofortigen Ende des Hochdosis-Arms der Studie führte.

EIN VIRUS, DAS NUR DEUTSCH-SCHWEIZER MEIDET? ABSURD!

Dass de facto nur Medikamente als entscheidende Ursache für beobachtete Übersterblichkeit in Frage kommen, wurde in der Schweiz besonders deutlich. Dort hatten sich insgesamt 16 Krankenhäuser (Spitäler) an der Solidarity-Studie beteiligt, darunter das Universitätsspital Lausanne (40). Der Grund: In diesem Alpenland war eine erhöhte Sterblichkeit nur im italienischsprachigen Tessin und im französischsprachigen Teil des Landes zu registrieren, während die deutschsprachige Region weitgehend verschont blieb, wie die Daten des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik offenlegen. So hatte der deutschsprachige Kanton Zürich mit seinen 1.521.000 Einwohnern weniger Todesfälle zu beklagen als das Tessin mit seinen gerade einmal 353.000 Menschen. Die Vorstellung, dass ein Virus ethnische Gruppen auf so unterschiedliche Weise „attackieren“ könnte, ist schlicht irrational.

Die Todesfälle ereigneten sich auch geradezu „rasend schnell“, was ebenfalls klar gegen die Virus-Hypothese spricht. So geschehen zum Beispiel im Alten- und Pflegeheim St. Antonius in Saas-Grund. Wie die Sendung *Schweiz Aktuell* berichtete, kam am 1. April der erste positive Test, am 17. April der erste Todesfall, und „dann ging es plötzlich schnell“, wie die Heimleiterin Patricia Pfammatter im Interview erzählt.

„Wir hatten viele Bewohner, die relativ gut zuwege waren mit dem Virus, wo man eigentlich sieben bis acht Tage das Gefühl hatte, die Leute seien über dem Berg. Und plötzlich ist das ganz rasant schlecht gegangen. Sie waren dann innerhalb von wenigen Stunden teils nicht mehr ansprechbar, terminal, man merkte, es geht dem Ende zu“ (41).

„Es scheint, dass die Solidarity-Studien nicht den Nutzen von Hydroxychloroquin bei Covid-19 testen sollten, sondern dass es vielmehr darum ging zu prüfen, ob die Patienten toxische, nicht-therapeutische Dosen vertragen“, kritisiert Meryl Nass (42).

FRANKREICH: NOCH MEHR MEDIKAMENTEN- EXPERIMENTE

Die Solidarity-Studien waren bei weitem nicht die einzigen experimentellen Versuche. Am 22. März kündigte INSERM, die französische Agentur für biomedizinische Forschung, an, dass sie in Europa eine Zusatzstudie mit dem Namen Discovery koordinieren würde, die dem Beispiel der WHO folgen und 3.200 Patienten aus mindestens sieben Ländern, darunter 800 aus Frankreich, einschließen würde. Wie es hieß, wolle man in der Studie die gleichen Medikamente testen, mit Ausnahme von Chloroquin (43).

Am 8. April berichtete *Newsweek*, dass das Universitätskrankenhaus in Nizza (CHU), das am 22. März für die Discovery-Studie ausgewählt worden war, eine experimentelle Behandlung mit Hydroxychloroquin stoppen musste (44).

In einem Interview mit der französischen Tageszeitung *Nice-Matin* erklärte Emile Ferrari, Leiter der Kardiologie des Krankenhauses Pasteur, das zum CHU gehört, dass einige Patienten die Behandlung wegen des Risikos von Herzrhythmusstörungen hätten abbrechen müssen. Ferrari zufolge sei das Herzrisiko erhöht, wenn zusätzlich das Antibiotikum Azithromycin verabreicht würde. Für einige Patienten, die mit diesen Medikamenten behandelt werden, sei das Medikament schädlicher als die Krankheit selbst, erklärte Ferrari. „Die neuen Beobachtungen sind durchaus bedeutsam, denn die Kombination wird aktuell in zahlreichen weiteren COVID-19-Studien erprobt“, wie die *Deutsche Apotheker Zeitung* Mitte April berichtete (45).

Und auch in Frankreich fanden umfangreiche Medikamentenexperimente statt. Am 23. März berichtete etwa die Zeitung *L'Express*, dass der Hohe Rat für öffentliche Gesundheit (Haut Conseil de santé publique) „die Ärzte ermutigt, so viele Patienten wie möglich in die verschiedenen therapeutischen Versuche einzubeziehen, die in unserem Land stattfinden, weil dies der sicherste Weg ist, um schnell festzustellen, ob eine Behandlung wirksam ist oder nicht“ (46). Dabei kamen auch hier Medikamente wie Remdesivir, Kaletra oder Hydroxychloroquin zum Einsatz, wie aus einer Liste mit verschiedenen Arten von COVID-19-Therapieprojekten hervorgeht, die erstmals am 1. April veröffentlicht wurde (47).

Und wie ein offizielles belgisches Leitlinien-Dokument vom 8. Juni 2020 zeigt, wurden in der EU und von der WHO auch im Rahmen der Discovery-Studie hohe Hydroxychloroquin-Dosen eingesetzt (48).

RECOVERY-STUDIE: AUCH HIER

HYDROXYCHLOROQUIN-DOSEN AUF POTENZIELL TÖDLICHEM LEVEL

Mit alldem sind wir noch lange nicht am Ende des Medikamenten-Exzesses angelangt! Am 3. April verkündete die britische Regierung:

„Innerhalb von nur 15 Tagen wurden bereits fast 1.000 Patienten aus 132 verschiedenen Krankenhäusern (im Vereinigten Königreich) rekrutiert, und in den kommenden Wochen wird erwartet, dass sich weitere viele tausend Patienten an der Studie zur randomisierten Bewertung der COVID-19-Therapie, abgekürzt RECOVERY, beteiligen werden. Diese Studie stellt damit die weltweit größte randomisierte kontrollierte Studie zu potenziellen COVID-19-Behandlungen dar. In der Studie wird eine Reihe von Medikamenten getestet. Dazu gehören: Lopinavir-Ritonavir (Kaletra), (das entzündungshemmende Medikament) Dexamethason, Hydroxychloroquin“ (49).

Zudem sollten in der Recovery-Studie die bereits erwähnte Azithromycin und Tocilizumab sowie REGN-COV2, bezeichnet als „Kombination monoklonaler Antikörper gegen das Coronavirus“, getestet werden (50).

Die Recovery-Studie, mitfinanziert vom Wellcome Trust und der Bill & Melinda Gates-Stiftung, schritt mit beispielloser Geschwindigkeit voran und hatte innerhalb relativ kurzer Zeit mehr als 11.000 Patienten aus 175 Krankenhäusern in Großbritannien aufgenommen. Doch dann wurde der Hydroxychloroquin-Arm der Studie eingestellt. Begründung:

„Diese vorliegenden Daten schließen überzeugend aus, dass Hydroxychloroquin in irgendeiner Weise einen Vorteil bietet, was die Mortalität angeht bei Patienten, die mit COVID-19 hospitalisiert worden sind“ (51).

Doch diese Formulierung war ein Euphemismus, der die Realität völlig verzerrte, denn nicht weniger als ein Viertel (25,7 Prozent) der mit Hydroxychloroquin behandelten Personen waren verstorben.

Wirklich überraschen kann dies freilich nicht, wenn man sich die Hydroxychloroquin-Dosierung der Recovery-Studie ansieht, die der der Solidaritäts-Studie ähnelt. So äußerte sich Martin Landray, Professor für Medizin an der Universität Oxford und Co-Leiter der in Großbritannien durchgeführten Recovery-Studie, in einem Interview mit der französischen Online-Zeitung *France Soir* am 6. Juni wie folgt: „Es sind 2400 mg in den ersten 24 Stunden und 800 mg von Tag 2 bis Tag 10. Es handelt sich insgesamt um eine 10-tägige Behandlung.“ Das macht alles in allem fast 10 g Hydroxychloroquin in 10 Tagen, mit 2,4 g allein am ersten Tag (52).

Bei der Dosierung sei im Übrigen auch nicht berücksichtigt worden, wie es um das Gewicht sowie um die Nieren- und Leberfunktion der Probanden stünde, wie Meryl Nass kritisch anmerkt.

„Und die 2,4 g in den ersten 24 Stunden wurden Menschen verabreicht, die in einem bereits sehr kranken Zustand im Krankenhaus lagen. Damit wurde ihnen eine potenziell tödliche Dosis verabreicht“ (53).

Im Gegensatz dazu antwortete der Recovery-Co-Leiter Landray allen Ernstes auf die Frage, ob es in Großbritannien für Hydroxychloroquin eine Höchstdosis geben würde: „Hier müsste ich nachsehen, aber sie liegt viel höher als die 2400 mg, etwa sechs- oder zehnmal so hoch.“ Und auf die Frage, ob „es im Vereinigten Königreich für Hydroxychloroquin Dosen geben würde, die von der Arzneimittel- und Gesundheitsprodukt-Zulassungsbehörde MHRA als tödlich eingestuft werden“, entgegnete Landray: „Die behandelnden Ärzte berichteten nicht davon, dass sie glaubten, einer der Todesfälle sei auf Hydroxychloroquin zurückzuführen.“

Zudem hätte man den Hydroxychloroquin-Arm der Recovery-Studie nicht gestoppt, weil Hydroxychloroquin als nicht sicher eingestuft wurde, sondern aus Gründen der fehlenden Wirksamkeit. „Für eine neue Krankheit wie Covid gibt es kein genehmigtes Dosierungs-Schema“, so Landray. Aber die in der Studie verwendete Hydroxychloroquin-Dosierung sei der Dosierung nicht unähnlich, die zum Beispiel bei der Amöbenruhr, einer mit Bauchschmerzen und blutig-schleimigen Durchfällen einhergehenden Darmerkrankung, verwendet werde, so Landray (54).

Derlei Aussagen lassen einen geradezu fassungslos zurück. Nicht nur liegt die in der Recovery-Studie verwendete Dosis weit über dem, was in Großbritannien als tägliche Höchstdosis für Hydroxychloroquin bei bekannten Pathologien empfohlen wird, nämlich 6,5 mg pro kg, also etwa 500 mg pro Person. Auch liegt die Dose der Recovery-Studie für die ersten 24 Stunden (2,4 g) sogar höher als das, was in Frankreich als Überdosierung, die eine sofortige Notfallversorgung im Krankenhaus erfordert, angegeben wird. Diese liegt nämlich bei 25 mg/kg Hydroxychloroquin. Bezogen auf einen 75 kg schweren Patienten macht das 1,875 g an einem Tag.

Und auch liegt die Recovery-Dosierung oberhalb derjenigen, die von der World Medical Association (WMA) in Frankreich empfohlen wird, wie das Online-Magazin *France Soir* in seinem Artikel „Recovery trial: Brexit and overdose“ schreibt (55).

Die Recovery-Studie beendete ihre Hydroxychloroquin-Studien abrupt am 5. Juni (56), die Solidarity-Studie die ihrigen am 17. Juni (57) – zu einem Zeitpunkt, als etwa auf Twitter damit begonnen wurde, über die überhöhten Dosen zu diskutieren (Hashtag #Recoverygate) (58).

Doch das ist nicht die einzige Merkwürdigkeit. Noch am 28. Mai hatte der Recovery-Kontrollausschuss darauf hingewiesen, dass es kein Problem mit Hydroxychloroquin gebe. Und so wurde empfohlen, die Rekrutierung von Patienten ohne Unterbrechung bis zur nächsten Sitzung, die für den 11. Juni geplant war, fortzusetzen. Das wiederum ist merkwürdig, wenn man bedenkt, dass erst kurz vorher, am 22. Mai, eine riesige Lancet-Studie, basierend auf mehr als 96.000 Patientenakten, zu dem Ergebnis gekommen war, dass Hydroxychloroquin die Sterblichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich erhöht – und wenn es mit einem Makrolid wie Azithromycin kombiniert wird, eine noch höhere Sterblichkeit erzeugt (59).

Doch dann nahmen die schlechten Nachrichten zu. Am 29. Mai machte der Indian Council of Medical Research die WHO auf die unglaublich hohe Hydroxychloroquin-Dosierung in der Recovery-Studie aufmerksam. Sie läge viermal so hoch wie diejenige, die man in den indischen Studien verwendet (60).

Am 4. Juni trat die britische Arzneimittelzulassungsbehörde an die Recovery-Verantwortlichen heran und meinte, man sollte die Daten für Hydroxychloroquin prüfen – etwa, was der französische Gesundheitsminister bereits am 23. Mai getan hatte. Nur vier Tage später, am 27. Mai, entschied sich die französische Regierung dazu, einen Erlass auszusetzen, der es Krankenhäusern erlaubt, Patienten mit

schweren Fällen von COVID-19 Hydroxychloroquin zu verabreichen (61).

ZURÜCKNAHME DER HYDROXYCHLOROQUIN-STUDIE IM LANCET: ÜBLER NACHGESCHMACK

Am 4. Juni zog das Fachmagazin Lancet seine erwähnte umfassende Studie zurück, die die hohe Letalität von Hydroxychloroquin (alleine oder in Kombination mit einem Antibiotikum) offenlegte. Und da drängt sich die Frage auf: Was geht hier eigentlich ab? Stinkt hier nicht irgendetwas ganz gewaltig zum Himmel?

Offiziell wurde diese Lancet-Studie widerrufen, nachdem unabhängige Gutachter (Peer-Reviewer) drei der Studienautoren darüber informiert hatten, dass Surgisphere, ein in Chicago ansässiges Unternehmen, das die Patientenrohdaten für die Studie geliefert hatte, nicht den vollständigen Datensatz zwecks Überprüfung hatte zur Verfügung stellen wollen (62). Aber wie realistisch ist es anzunehmen, dass die Autoren der Studie – unter ihnen der Kardiologe Mandeep Mehra von der Harvard-Universität, von dem es heißt, er sei „einer der Stars auf seinem Gebiet“ (63) – die Studie zusammengestellt haben, ohne die Rohdaten gewissenhaft geprüft zu haben? Und wie realistisch ist es, dass diese Studie den Peer-Review-Prozess durchlaufen hat und zur Veröffentlichung freigegeben wurde, ohne dass die Daten zuvor penibel gecheckt worden waren?

Und vergegenwärtigen wir uns noch mal: Hier wurde eine Studie durchgeführt, die das aktuell weltweit am heißesten diskutierte Thema zum Inhalt hatte: Die Behandlung von Patienten, denen der COVID-19-Stempel aufgedrückt wurde, mit einem der am heißesten diskutierten Präparate. Wie realistisch ist es da, dass gerade hier „geschlampt“ wurde?

In diesem Kontext gibt etwa Roger Lord vom Prince Charles Hospital in Brisbane und Dozent für medizinische Wissenschaften an der Australian Catholic University zu bedenken:

„Dinge wie die Anzahl der Fälle, die sie in Bezug auf Australien ausgewiesen haben, obwohl die australischen Fälle zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal so hoch waren, das ist etwas, das eine wirklich angesehene Zeitschrift wie The Lancet mit ihrem Peer-Review-Verfahren hätte aufgreifen können“ (64).

Man stelle sich nur vor, was passiert wäre, wenn diese Lancet-Studie nicht „gebasht“ worden wäre. Ja, „dann hätte es natürlich eine Menge Kollateralschäden gegeben in Form von Patienten, die die Behandlung nicht überleben“, wie Lord betont. In der Tat wäre dies eine Art unumstößlicher Beweis dafür gewesen, dass Hydroxychloroquin, in hohen Dosen verabreicht, ein potentieller „Killer“ ist und damit mit diesem Präparat das Leben unzähliger Patienten auf der ganzen Welt innerhalb kurzer Zeit ausgelöscht worden ist.

Und wäre es dann nicht auch viel, viel schwieriger gewesen, die Ergebnisse der Recovery-Studie zu verharmlosen?

Oder war es am Ende gar ein doppeltes Spiel? Das Verwirrspiel hätte dann darin bestanden, Hydroxychloroquin zunächst am 22. Mai mit Veröffentlichung der Lancet-Studie zu verteufeln, um andere toxische Medikamente wie Remdesivir aus der Schusslinie zu nehmen. Und kurz darauf wurde Hydroxychloroquin wieder aus der Schusslinie genommen, und zwar durch den Widerruf der Lancet-Studie (4. Juni) sowie durch den Abbruch der Hydroxychloroquin-Arme der Recovery- und der Solidarity-Studie (5. und 17. Juni). Dabei wurde dann wider der eigentlichen Datenlage einfach behauptet, Hydroxychloroquin sei nicht wirksam (anstatt sein tödliches Potenzial klar zu benennen), was wiederum für so viele Diskussionen und Verwirrung sorgte, dass das Thema „tödliche Arzneimittelwirkungen“ gar nicht den öffentlichen Diskurs erreichen konnte.

MARTIN LANDRAY, CO-LEITER DER RECOVERY-STUDIE, IST „INKOMPETENT UND GEFÄHRLICH“

Eine weitere sehr wichtige Frage lautet: Wie konnte Landray, stellvertretender Leiter der Recovery-Studie, allen Ernstes in Bezug auf die Höchstdosis für Hydroxychloroquin im Großbritannien behaupten, sie liege „viel höher als 2.400 mg, etwa das Sechs- oder Zehnfache. Die in der Studie verwendete Hydroxychloroquin-Dosierung ist der Dosierung nicht unähnlich, die zum Beispiel bei der Amöbenruhr verwendet wird?“

Wurde er womöglich falsch zitiert? Tatsächlich behauptete der oberste Leiter der Recovery-Studie, Peter Horby, *France Soir* hätte Landrays Aussagen missverstanden, doch *France Soir* konnte diese Kritik komplett entkräften (65, 66).

Und so liefert Christian Perronne, Professor für Infektions- und Tropenkrankheiten, die Antwort auf diese Frage. Gegenüber *France Soir* konstatierte er:

„1975, als ich mein Medizinalpraktikum im Claude-Bernard-Krankenhaus machte, das der Tempel für die Erforschung von Infektionskrankheiten war, sah ich häufig die Krankheit Amöbiasis, von der die Amöbenruhr eine Unterform ist, und Chloroquin wurde nicht mehr zur Behandlung dieser Krankheit eingesetzt. Es ist das erste Mal, dass ich, wie von Martin Landray behauptet, höre, dass wir Hydroxychloroquin bei der Amöbenruhr in Dosen verwenden, die für den Menschen supertoxisch sind. Die klassische Behandlung der kolonischen Amöbiasis ist die Hydroxychinolin-kombination aus Tiliquinol und Tilbrochinol, deren Handelsname Intetrix lautet.“

Deshalb ist Perronne überzeugt:

„Landray hat Hydroxychloroquin mit Hydroxychinolin verwechselt. Dieser Mann, der sich selbst als Arzt bezeichnet, ist inkompetent und gefährlich. Das ist skandalös.“

Der abschließende Kommentar von *France Soir*: „Britische Freunde, ihr verlasst vielleicht Europa (sehr zu

unserem Bedauern), aber eure Regierung scheint euch eine Lüge aufzutischen“ (67).

Bleibt noch die Frage, warum Landray gegenüber *France Soir* sagte, dass Hydroxychloroquin nicht tödlich sei und man den Hydroxychloroquin-Arm der Recovery-Studie nicht wegen Sicherheitsbedenken gestoppt hätte, sondern schlicht, weil es nicht wirksam sei.

Diese Aussage wird damit gerechtfertigt, dass in der Recovery-Studie die Mortalitätsrate bei denjenigen, die kein Hydroxychloroquin erhalten hatten, 23,6 Prozent betrug – und damit nicht viel niedriger war als bei den Probanden, die Hydroxychloroquin geschluckt hatten (25,7 Prozent). Doch nicht nur ist eine Sterberate von 25,7 Prozent für sich genommen extrem hoch und sollte für sich genommen jeden zum Nachdenken über das dahinterstehende Medikament veranlassen. Auch ist die Mortalität von 23,6 Prozent in der Vergleichsgruppe außergewöhnlich hoch.

„Dieser Wert beträgt 18,1 Prozent in Frankreich und 12,9 Prozent in Bouches-du-Rhône, wo der Hydroxychloroquin-Befürworter Didier Raoult ansässig ist“, wie *France Soir* schreibt (68).

In einer am 11. Mai 2020 im *Journal of the American Medical Association* veröffentlichten Studie mit schwerkranken Patienten, in der die Gabe von Hydroxychloroquin plus Azithromycin mit der Verabreichung von Hydroxychloroquin, der Gabe von Azithromycin sowie mit der Verabreichung keiner dieser Präparate verglichen wurde, lag dieser Wert sogar noch niedriger, und zwar bei 12,7 Prozent (69).

Und eine im *New England Journal of Medicine* veröffentlichte Studie weist eine Sterblichkeitsrate von 32,3 Prozent für die Hydroxychloroquin-Gruppe und 14,9 Prozent für die Kontrollgruppe aus (70).

Die beiden letztgenannten Studien konzentrieren sich auf den US-Bundesstaat New York. Das heißt, dass doppelt so viele Patienten im Raum New York gestorben sind, nachdem sie Hydroxychloroquin erhalten hatten.

Wer jetzt denkt, dass es nicht noch heftiger geht, der irrt. So war eine weitere Studie mit dem Namen REMAP initiiert worden. Dabei wurde die gleiche Hydroxychloroquin „loading dose“ (2,4 g in den ersten 24 Stunden) wie in der Recovery- und der Solidarity-Studie angesetzt – bei insgesamt 6,4 g Hydroxychloroquin innerhalb von sechs Tagen. Doch sie richtet sich an Patienten, die an ein Beatmungsgerät angeschlossen sind oder sich im Schockzustand befinden, sprich kurz vor dem Tod stehen (71).

Was das Unfassbare an diesem Studiendesign ist, fasst die Ärztin Meryl Nass wie folgt zusammen:

1. Als Teilnehmer muss man dem Tod nahe sein, um in die Studie aufgenommen zu werden.
2. Man erhält entweder Hydroxychloroquin alleine oder Hydroxychloroquin in Kombination mit zwei weiteren Medikamenten, und zwar Lopinavir/Ritonavir (Kaletra), die, wie erwähnt, schon für sich genommen tödlich sein können. Zugleich machen Kaletra genau wie Hydroxychloroquin für eine QT-Verlängerung anfällig, also dafür, dass der Herzmuskel zwischen den Schlägen länger als normal braucht, um sich wieder aufzuladen. Und auf dem Beipackzettel zu Kaletra steht: „Vermeiden Sie die Verwendung in Kombination mit QTc- oder PR-Intervallverlängernden Medikamenten“ (72).
3. Patienten, die sich in einem Schockzustand befinden oder an ein Beatmungsgerät angeschlossen sind, können möglicherweise nicht ihre Zustimmung zur Teilnahme an einer klinischen Studie geben. Die Prüfer der Studie sind jedoch der Meinung, dass eine Einwilligung möglicherweise nicht erforderlich sei und dass hier etwa ein Einwilligungsverzicht oder eine aufgeschobene Einwilligung angewendet werden könnte.

Die Remap-Studien fanden an 200 Standorten in 14 Ländern statt, darunter in Belgien, in den Niederlanden, in Spanien, Großbritannien und den USA – alles Länder mit einer überhöhten Mortalität (innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums).

DER REMDESIVIR-BETRUG

Zum Schluss noch ein Wort zu Remdesivir, das ja auch Teil der Medikamenten-Exzesse war und am 2. Mai 2020 für COVID-19 als Notfall-Präparat zugelassen wurde. Einige Tage zuvor hatte Anthony Fauci, der Zar der weltweiten Virusforschung, behauptet, eine Studie hätte ergeben, Remdesivir würde die Genesungszeit verkürzen und die Sterblichkeit verringern. Dies kann jedoch nur als ein weiterer Skandal bezeichnet werden, in dem Fauci eine zentrale Rolle spielt.

Die Alliance for Human Research and Protection (AHRP) etwa kritisierte, Fauci hätte „ein begründetes Interesse an Remdesivir, da er die klinische Studie des NIAID sponserte“. Zudem hätten, wie die AHRP weiter monierte, die Studienergebnisse nicht einmal ein „peer-review“-Verfahren durchlaufen, sie wurden also nicht von Experten begutachtet. Fauci machte „seine verkaufsfördernde Erklärung, als er auf einer Couch im Weißen Haus saß, ohne dass er eine detaillierte Pressemitteilung vorlegte; und ohne eine Unterrichtung bei einem medizinischen Treffen oder in einem wissenschaftlichen Journal – wie es die Norm und Praxis ist, damit Wissenschaftler und Forscher die Daten überprüfen können.“

Umso unverständlicher ist da, dass Fauci die Ergebnisse einer kurz zuvor (am 29. April) im *The Lancet* veröffentlichten chinesischen Studie zu Remdesivir als „nicht angemessen“ ablehnte. Denn diese Studie hatte genau die wissenschaftliche Solidität, die Faucis Studie auf eklatante Weise fehlte. Bleibt nur die Schlussfolgerung, dass Faucis deren Ergebnisse schlichtweg gegen den Strich gingen, zeigten diese doch, dass die Mortalitätsrate in der Remdesivir-Gruppe leicht höher war als in der Placebo-Gruppe. Zudem mussten 12 Prozent der Studienteilnehmer das Medikament vorzeitig absetzen, weil die Nebenwirkungen zu heftig waren.

Der erste Megastar, der als COVID-19-Patient bezeichnet wurde und nach der Verabreichung von Remdesivir verstarb, war Roy Horn, die Magier-Legende. Am 8. Mai, nur sechs Tage nachdem er auf Remdesivir gesetzt worden war, segnete er in Las Vegas im Alter von 75 Jahren das Zeitliche. Doch der in Deutschland Geborene hatte sich in einem so schlechten Gesundheitszustand befunden, dass es geradezu absurd anmutet, Faktoren, die nichts mit einem Virus zu tun haben, als Ursache für sein Ableben außer Acht zu lassen.

So wurde bei Horn im Dezember 2016 Hautkrebs im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Dabei „sollten Chemotherapie und Bestrahlungen helfen, doch sie schwächten ihn zusätzlich“, wie etwa *bunte.de* schrieb.

„Täglich musste er starke Medikamente nehmen. Ein Freund: ‚Vor dem Abendessen warf Roy die vielen Pillen ein wie Smarties.‘ Nicht nur gegen den Krebs kämpfte er, sondern auch gegen die Schmerzen, die er seit dem Tiger-Anfall vor fast 17 Jahren hatte“ (73).

Schon Goethe wusste, dass Medikamente töten können, ließ er doch seinen Faust sagen:

„Hier war die Arznei, die Patienten starben,
und niemand fragte, wer genas.
So haben wir mit höllischen Latwergen (= sirupartige Arznei)
in diesen Tälern, diesen Bergen
weit schlimmer als die Pest getobt.
Ich habe selbst den Gift an Tausende gegeben:
Sie welkten hin, ich muss erleben,
dass man die frechen Mörder lobt.“

Quellen und Anmerkungen:

- (1) <https://www.aier.org/article/madness-in-melbourne/> (<https://www.aier.org/article/madness-in-melbourne/>)
- (2) <https://www.aier.org/article/madness-in-melbourne/> (<https://www.aier.org/article/madness-in-melbourne/>)
- (3) <https://www.nature.com/articles/nature15371> (<https://www.nature.com/articles/nature15371>)
- (4) <https://off-guardian.org/2020/06/27/covid19-pcr-tests-are-scientifically-meaningless/> (<https://off-guardian.org/2020/06/27/covid19-pcr-tests-are-scientifically-meaningless/>)
- (5) <https://vimeo.com/417500646> (<https://vimeo.com/417500646>)
- (6) https://www.aier.org/article/lockdowns-and-mask-mandates-do-not-lead-to-reduced-covid-transmission-rates-or-deaths-new-study-suggests/?fbclid=IwAR3TZNJ5gYzU9Z4g1cdxwSz1s_C01aD2SQSM4pufpf4XeTsWMNS4EAXrEes (https://www.aier.org/article/lockdowns-and-mask-mandates-do-not-lead-to-reduced-covid-transmission-rates-or-deaths-new-study-suggests/?fbclid=IwAR3TZNJ5gYzU9Z4g1cdxwSz1s_C01aD2SQSM4pufpf4XeTsWMNS4EAXrEes)
- (7) <https://off-guardian.org/2020/09/05/australian-govts-own-website-admits-covid-tests-are-totally-unreliable/> (<https://off-guardian.org/2020/09/05/australian-govts-own-website-admits-covid-tests-are-totally-unreliable/>)
- (8) https://www.welt.de/debatte/plus215257850/Covid-19-Was-die-Sterbedaten-der-verschiedenen-Laender-verraten.html?fbclid=IwAR3Hm851v4RjtVyXUjTk1ToernaBHs_4Zck-TIydQUwDaDm3T1D3hW4aLk4 (https://www.welt.de/debatte/plus215257850/Covid-19-Was-die-Sterbedaten-der-verschiedenen-Laender-verraten.html?fbclid=IwAR3Hm851v4RjtVyXUjTk1ToernaBHs_4Zck-TIydQUwDaDm3T1D3hW4aLk4)
- (9) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214539/COVID-19-Therapieansatze-Therapeutische-Zurueckhaltung> (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/214539/COVID-19-Therapieansatze-Therapeutische-Zurueckhaltung>)
- (10) https://www.welt.de/debatte/plus215257850/Covid-19-Was-die-Sterbedaten-der-verschiedenen-Laender-verraten.html?fbclid=IwAR3Hm851v4RjtVyXUjTk1ToernaBHs_4Zck-TIydQUwDaDm3T1D3hW4aLk4 (https://www.welt.de/debatte/plus215257850/Covid-19-Was-die-Sterbedaten-der-verschiedenen-Laender-verraten.html?fbclid=IwAR3Hm851v4RjtVyXUjTk1ToernaBHs_4Zck-TIydQUwDaDm3T1D3hW4aLk4)
- (11) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html> (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>)
- (12) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html> (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>)
- (13) <https://www.spiegel.de/wirtschaft/covid-19-deutsche-aerzte-verschrieben-von-donald-trump-empfohlenes-medikament-a-d62e453e-a38a-4690-9e0b-9465f35a85d7> (<https://www.spiegel.de/wirtschaft/covid-19-deutsche-aerzte-verschrieben-von-donald-trump-empfohlenes-medikament-a-d62e453e-a38a-4690-9e0b-9465f35a85d7>)
- (14) https://www.youtube.com/watch?v=TzTr_RjtGUK (https://www.youtube.com/watch?v=TzTr_RjtGUK)
- (15) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214539/COVID-19-Therapieansatze-Therapeutische-Zurueckhaltung> (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/214539/COVID-19-Therapieansatze-Therapeutische-Zurueckhaltung>)
- (16) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930076-X> (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930076-X>)
- (17) https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_9_april_2020.pdf (https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_9_april_2020.pdf)
- (18) <https://www.torstenengelbrecht.com/buecher/virus-wahn/> (<https://www.torstenengelbrecht.com/buecher/virus-wahn/>)
- (19) <https://www.wodarg.com/2020/04/17/therapie-t%C3%B6dlicher-als-das-virus/> (<https://www.wodarg.com/2020/04/17/therapie-t%C3%B6dlicher-als-das-virus/>)
- (20) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/125276s107_125472s0181bl.pdf (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/125276s107_125472s0181bl.pdf)
- (21) <https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie> (<https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie>)
- (22) <https://www.franceculture.fr/sciences/covid-19-en-france-italie-espagne-allemanie-comment-les-medecins-sattaquent-a-la-maladie> (<https://www.franceculture.fr/sciences/covid-19-en-france-italie-espagne-allemanie-comment-les-medecins-sattaquent-a-la-maladie>)
- (23) <https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie> (<https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie>)
- (24) <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930079-5> (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930079-5>)
- (25) E-mail from September 9, 2020
- (26) <http://covexit.com/fox-news-laura-ingrahams-stunning-interview-with-yale-professor-harvey-risch/> (<http://covexit.com/fox-news-laura-ingrahams-stunning-interview-with-yale-professor-harvey-risch/>)
- (27) <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/laeemps/2020-laeemps/la-aemps-informa-de-la-distribucion-controlada-de-todo-el-stock-de-hidroxyclo-roquina-cloroquina/> (<https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/laeemps/2020-laeemps/la-aemps-informa-de-la-distribucion-controlada-de-todo-el-stock-de-hidroxyclo-roquina-cloroquina/>)

(28) <https://www.franceculture.fr/sciences/covid-19-en-france-italie-espagne-allemande-comment-les-medecins-sattaquent-a-la-maladie> (<https://www.franceculture.fr/sciences/covid-19-en-france-italie-espagne-allemande-comment-les-medecins-sattaquent-a-la-maladie>)

(29) <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---18-march-2020> (<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---18-march-2020>)

(30) <https://www.immunopaedia.org.za/breaking-news/solidarity-trial-who-covid-19-treatment-trial/> (<https://www.immunopaedia.org.za/breaking-news/solidarity-trial-who-covid-19-treatment-trial/>)

(31) https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjRtaLijf_rAhU8ShUIHR1XC4sQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fsource%2Fdocuments%2Frd-blueprint-meetings%2Frd-blueprint-expert-group-on-cq-dose-call-apr8.pdf%3Fsfvrsn%3D925d4ebd_1%26download%3Dtrue&usg=AOvVaw2g-5CVHtiwMb_M9uny-tCE (https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjRtaLijf_rAhU8ShUIHR1XC4sQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fsource%2Fdocuments%2Frd-blueprint-meetings%2Frd-blueprint-expert-group-on-cq-dose-call-apr8.pdf%3Fsfvrsn%3D925d4ebd_1%26download%3Dtrue&usg=AOvVaw2g-5CVHtiwMb_M9uny-tCE)

(32) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ (https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)

(33) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/009768s041bl.pdf (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2007/009768s041bl.pdf)

(34) <https://epub.uni-muenchen.de/6469/1/6469.pdf> (<https://epub.uni-muenchen.de/6469/1/6469.pdf>)

(35) http://www.leipzig-kardiologie.de/veran/notfall/download/nft_12_Dr_Steingr%FCber_Intoxikationen.pdf (http://www.leipzig-kardiologie.de/veran/notfall/download/nft_12_Dr_Steingr%FCber_Intoxikationen.pdf)

(36) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65773/WHO_MAL_79.906.pdf?sequence=1&isAllowed=y (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65773/WHO_MAL_79.906.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

(37) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ (https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)

(38) https://www.youtube.com/watch?time_continue=42&v=WBSwZIF6HQU&feature=emb_logo (https://www.youtube.com/watch?time_continue=42&v=WBSwZIF6HQU&feature=emb_logo)

(39) <https://www.chicagotribune.com/coronavirus/sns-nyt-chloroquine-study-halted-over-fatal-risk-20200413-kchjndg655e6doekx5emoivor4-story.html> (<https://www.chicagotribune.com/coronavirus/sns-nyt-chloroquine-study-halted-over-fatal-risk-20200413-kchjndg655e6doekx5emoivor4-story.html>)

(40) http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/CHUV_Solidarity_Pressmitteilung.pdf (http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/CHUV_Solidarity_Pressmitteilung.pdf)

(41) <https://www.srf.ch/play/tv/schweiz-aktuell/video/schweiz-aktuell-vom-12-06-2020-1900?urn=urn:srf:video:96269910-ab63-406e-9e22-felf35cb544c> (<https://www.srf.ch/play/tv/schweiz-aktuell/video/schweiz-aktuell-vom-12-06-2020-1900?urn=urn:srf:video:96269910-ab63-406e-9e22-felf35cb544c>)

(42) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ (https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)

(43) <https://www.sciencemag.org/news/2020/03/who-launches-global-megatrial-four-most-promising-coronavirus-treatments> (<https://www.sciencemag.org/news/2020/03/who-launches-global-megatrial-four-most-promising-coronavirus-treatments>)

(44) <https://www.newsweek.com/hydroxychloroquine-coronavirus-france-heart-cardiac-1496810> (<https://www.newsweek.com/hydroxychloroquine-coronavirus-france-heart-cardiac-1496810>)

(45) <https://newsletter.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/16/brasilianische-studie-stoppt-hochdosis-gabe-von-chloroquin/chapter:all> (<https://newsletter.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2020/04/16/brasilianische-studie-stoppt-hochdosis-gabe-von-chloroquin/chapter:all>)

(46) https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/chloroquine-le-haut-conseil-de-sante-publique-recommande-de-ne-pas-l-utiliser_2121750.html (https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/chloroquine-le-haut-conseil-de-sante-publique-recommande-de-ne-pas-l-utiliser_2121750.html)

(47) <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/liste-des-projets-de-recherche-impliquant-la-personne-humaine-a-visee> (<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/liste-des-projets-de-recherche-impliquant-la-personne-humaine-a-visee>)

(48) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ (https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)

(49) <https://www.gov.uk/government/news/worlds-largest-trial-of-potential-coronavirus-treatments-rolled-out-across-the-uk> (<https://www.gov.uk/government/news/worlds-largest-trial-of-potential-coronavirus-treatments-rolled-out-across-the-uk>)

(50) <https://www.recoverytrial.net/> (<https://www.recoverytrial.net/>)

(51) <https://www.recoverytrial.net/files/hcq-recovery-statement-050620-final-002.pdf> (<https://www.recoverytrial.net/files/hcq-recovery-statement-050620-final-002.pdf>)

(52) <http://www.francesoir.fr/politique-monde/interview-exclusive-martin-landray-recovery-hydroxychloroquine-game-over-uk> (<http://www.francesoir.fr/politique-monde/interview-exclusive-martin-landray-recovery-hydroxychloroquine-game-over-uk>)

(53) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ (https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)

(54) <http://www.francesoir.fr/politique-monde/interview-exclusive-martin-landray-recovery-hydroxychloroquine-game-over-uk> (<http://www.francesoir.fr/politique-monde/interview-exclusive-martin-landray-recovery-hydroxychloroquine-game-over-uk>)

- (55) <http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>
(<http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>)
- (56) <http://www.francesoir.fr/societe-sante/faits-divers-suicide-de-lessai-recovery-hydroxychloroquine-soyons-serieux> (<http://www.francesoir.fr/societe-sante/faits-divers-suicide-de-lessai-recovery-hydroxychloroquine-soyons-serieux>)
- (57) <https://www.businessinsider.com/who-is-stopping-the-hydroxychloroquine-arm-of-the-solidarity-trial-2020-6?r=DE&IR=T> (<https://www.businessinsider.com/who-is-stopping-the-hydroxychloroquine-arm-of-the-solidarity-trial-2020-6?r=DE&IR=T>)
- (58) https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ
(https://ahrp.org/covid-19-has-turned-public-health-into-a-lethal-patient-killing-experimental-endeavor/?fbclid=IwAR1G8he4RTQUHp8t5sOfwEUmHJ1JPx8ppk5nT0_hpc3O6iDFZzye-XK5VQ)
- (59) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)
([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext))
- (60) <https://www.newindianexpress.com/nation/2020/may/29/icmr-writes-to-who-disagreeing-with-hcq-assessment-officials-say-international-trial-dosage-four-ti-2149702.html>
(<https://www.newindianexpress.com/nation/2020/may/29/icmr-writes-to-who-disagreeing-with-hcq-assessment-officials-say-international-trial-dosage-four-ti-2149702.html>)
- (61) <https://www.theweek.in/news/world/2020/05/27/france-bans-use-of-hydroxychloroquine-for-covid-19-treatment.html> (<https://www.theweek.in/news/world/2020/05/27/france-bans-use-of-hydroxychloroquine-for-covid-19-treatment.html>)
- (62) <https://www.sciencemag.org/news/2020/06/two-elite-medical-journals-retract-coronavirus-papers-over-data-integrity-questions> (<https://www.sciencemag.org/news/2020/06/two-elite-medical-journals-retract-coronavirus-papers-over-data-integrity-questions>)
- (63) <https://www.sciencemag.org/news/2020/06/two-elite-medical-journals-retract-coronavirus-papers-over-data-integrity-questions> (<https://www.sciencemag.org/news/2020/06/two-elite-medical-journals-retract-coronavirus-papers-over-data-integrity-questions>)
- (64) <https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/retracted-lancet-study-a-wake-up-call>
(<https://www1.racgp.org.au/newsgp/professional/retracted-lancet-study-a-wake-up-call>)
- (65) <http://covexit.com/oxford-professor-horby-claims-professor-landray-was-misquoted-france-soir-newspaper-denies-it/> (<http://covexit.com/oxford-professor-horby-claims-professor-landray-was-misquoted-france-soir-newspaper-denies-it/>)
- (66) <http://www.francesoir.fr/mr-gouthiere-de-checknews-fennecnews-nauriez-vous-pas-franchi-le-pas> (<http://www.francesoir.fr/mr-gouthiere-de-checknews-fennecnews-nauriez-vous-pas-franchi-le-pas>)
- (67) <http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>
(<http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>)
- (68) <http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>
(<http://www.francesoir.fr/politique-monde/recovery-trial-brexit-and-overdose>)
- (69) <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766117>
(<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766117>)
- (70) <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2012410?articleTools=true>
(<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2012410?articleTools=true>)
- (71) https://static1.squarespace.com/static/5cde3c7d9a69340001d79ffe/t/5ea3fd83f222897b8d528195/1587805583231/REMAP-CAP+-+COVID-19+Antiviral+Domain-Specific+Appendix+V2.0+-+01+April+2020_WM.pdf
(https://static1.squarespace.com/static/5cde3c7d9a69340001d79ffe/t/5ea3fd83f222897b8d528195/1587805583231/REMAP-CAP+-+COVID-19+Antiviral+Domain-Specific+Appendix+V2.0+-+01+April+2020_WM.pdf)
- (72) <https://www.drugs.com/ppa/lopinavir-and-ritonavir.html> (<https://www.drugs.com/ppa/lopinavir-and-ritonavir.html>)
- (73) <https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie> (<https://www.rubikon.news/artikel/fatale-therapie>)

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)

Hat Ihnen dieser Artikel gefallen? Dann senden Sie einfach eine SMS mit dem Stichwort **Rubikon10** an die **81190** und mit Ihrer nächsten Handyrechnung werden Ihnen 10 Euro in Rechnung gestellt, die abzüglich einer Gebühr von 17 Cent unmittelbar unserer Arbeit zugutekommen.

Jetzt per SMS spenden

Torsten Engelbrecht arbeitet als Journalist in Hamburg. Für seinen Artikel „Die Amalgam-Kontroverse“ erhielt er 2009 den Alternativen Medienpreis. Seine Ausbildung machte er bei der Medienfachzeitschrift *Message*. Fester Redakteur war er unter anderem bei der *Financial Times Deutschland*. Als freier Journalist hat er Artikel verfasst für Publikationen wie *Medical Hypotheses*, *SZ*, *NZZ*, *FAS*, *WamS*, *Freitag*, *taz*, *Telepolis*, *Geo Saison* und *The Ecologist*. 2006 erschien das Buch „**Virus-Wahn**“ (<https://www.torstenengelbrecht.com/buecher/virus-wahn/>), dessen Mit-Autor er ist. Weitere Informationen unter www.torstenengelbrecht.com (<https://www.torstenengelbrecht.com/>).

Claus Köhnlein, Jahrgang 1955, ist Doktor der Medizin und arbeitet als Internist. Während seiner Facharztausbildung in der onkologischen Abteilung der Universität Kiel beschäftigte er sich neben der Endokrinologie vorwiegend mit der Behandlung von immunologischen Krankheiten und Krebs. Seit 1993 ist er in Kiel in eigener Praxis tätig, in der er auch viel Erfahrung im Umgang mit Patienten gewonnen hat, die eine antivirale Therapie (ART) gegen AIDS ablehnen. Er zieht daraus den Schluss, dass die ART zwar in manchen Fällen von systemischen Mykosen und/oder beim Kaposi-Sarkom hilfreich sein kann, der prophylaktische Einsatz bei AIDS, wie er jetzt gepredigt wird, aber einer weiteren maßlosen Übertherapie entspricht.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International)** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)

WEITERLESEN



Thematisch verwandter Artikel

Pandemie ohne Pandemie

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schwächte 2009 die Pandemie-Definition entscheidend ab – und öffnete der Manipulation mit dem Pandemie-Begriff Tür und Tor. Auszug aus dem Buch „Virus-Wahn“.

01.09.2020 von **Torsten Engelbrecht**



Aktueller Artikel

Jetzt erst recht!

Mit dem Verbot der Großdemonstration am 29. August in Berlin tritt das Recht auf friedlichen Widerstand in Kraft, meint Jan Schulz-Weiling.

28.08.2020 von **Jan Schulz-Weiling**



Aus dem Archiv

Vorbild Österreich

Ein Rentenvorbild wird bewusst totgeschwiegen.

27.09.2017 von **Holger Balodis**