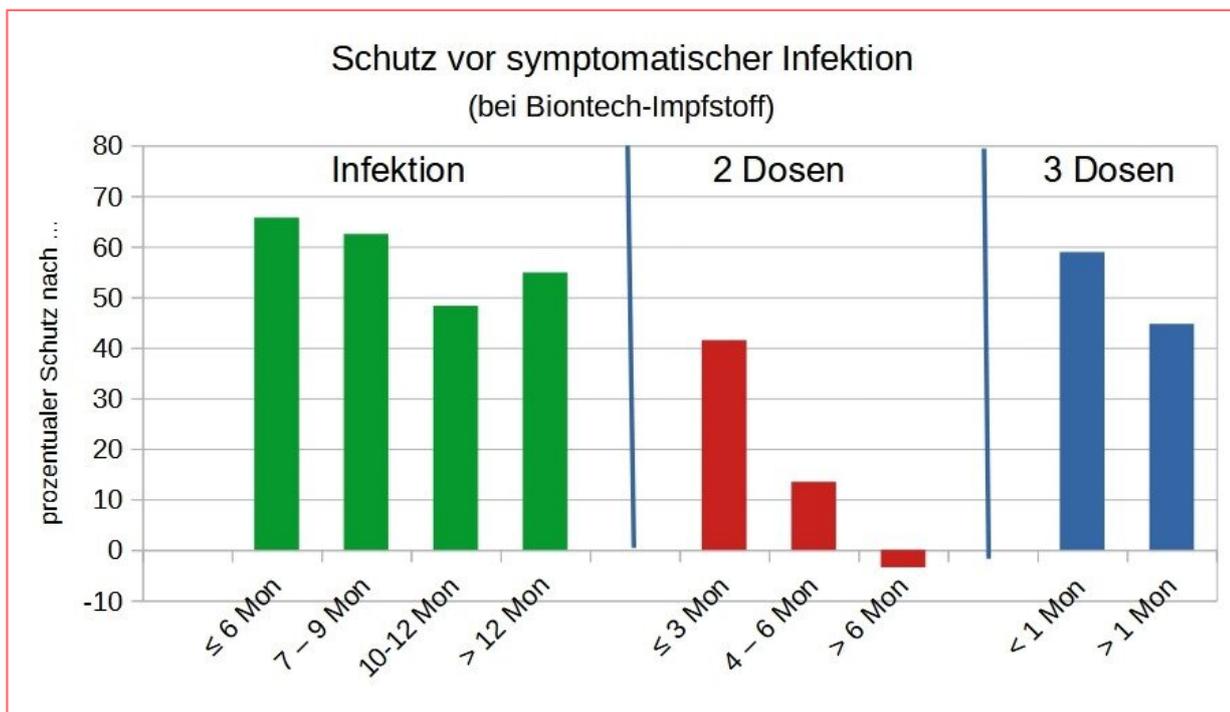
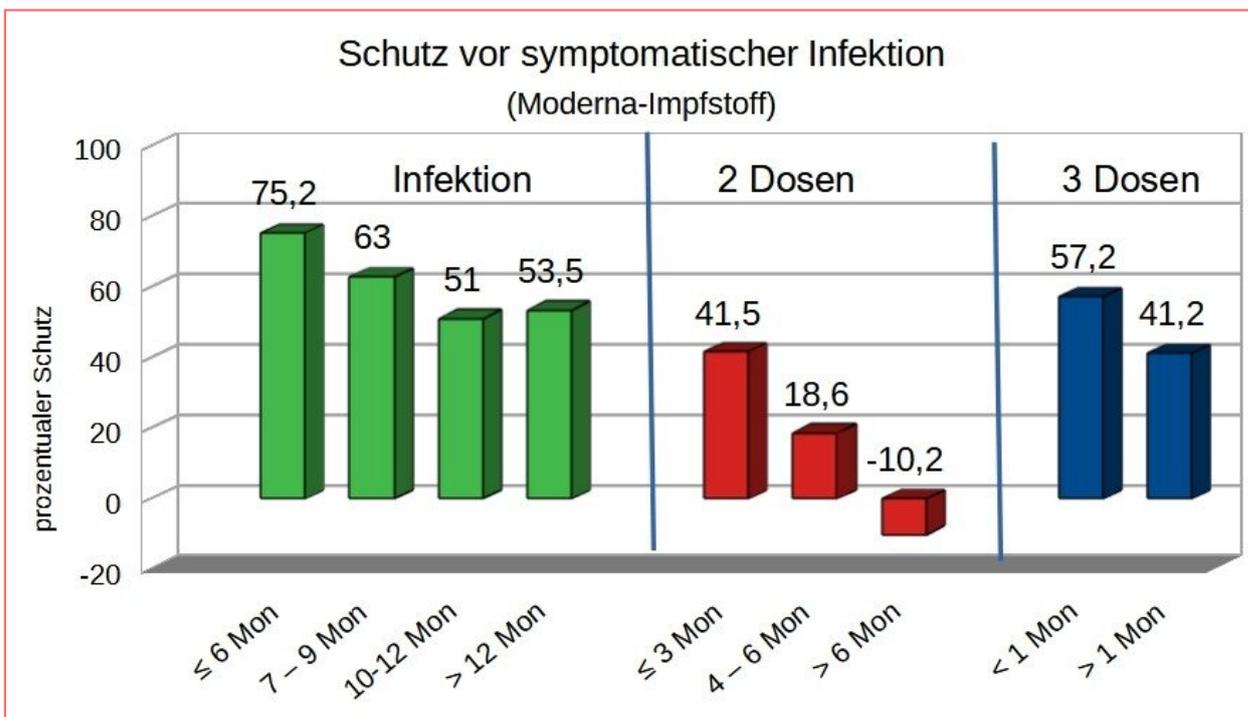


Im ersten Schaubild wird der vorhandene Schutz gegen eine symptomatische Infektion nach verschiedenen Zeiträumen für den Impfstoff BNT162b2 von Biontech/Pfizer betrachtet:



Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Impfstoff mRNA-1273 von Moderna. Während der Schutz nach Infektion durchgängig im ersten Jahr über 51 % liegt, ist der Schutz bei zweifacher Impfung in den ersten drei Monaten nur 41,5 %, nach ca. 5 Monaten 18,6 % und nach mehr als 6 Monaten sogar negativ mit -10,3 %. Bei dreifacher Impfung beträgt der Schutz im ersten Monat 57,2 % und nach einem Monat 41,2 %.



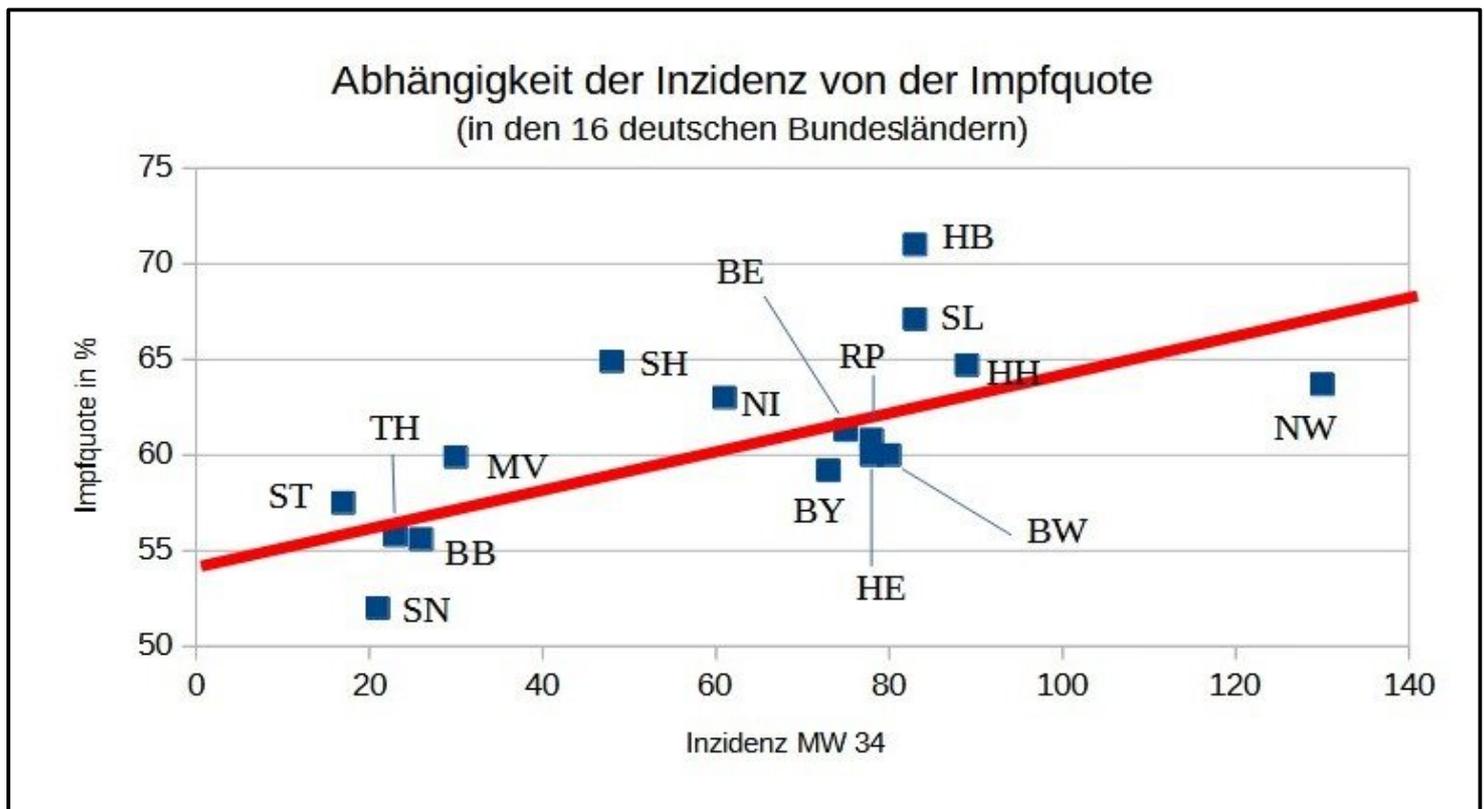
(Leider ist in der Studie die weitere rasche Abnahme des Schutzes nach der Boosterung (3 Dosen) für 2 und mehr Monate nicht mehr dokumentiert. Dies wäre aber äußerst wichtig um Vergleiche, z.B. für den wirksamen Schutz nach 6 Monaten nach Infektion und dreifacher Impfung vornehmen zu können.)

Fakt 16.9: Die Höhe der Impfquote hat *keinen positiven* (manchmal sogar einen *negativen*) Einfluss auf das Pandemiegeschehen (Inzidenz, Zahl der Coronatoten).

1) In dem untenstehenden Diagrammen wurden für alle **16 deutschen Bundesländer** der Zusammenhang zwischen der Inzidenz und der Impfquote untersucht. Dabei wurden zwei verschiedene Zeitpunkte betrachtet.

- zum Einen die MW 34 (Quelle: Wochenbericht des RKI vom 02.09.2021) und die Impfquote (Quelle: <https://impfdashboard.de/>),
- zum Anderen die MW 39 (Quelle: Wochenbericht des RKI vom 07.10.2021).

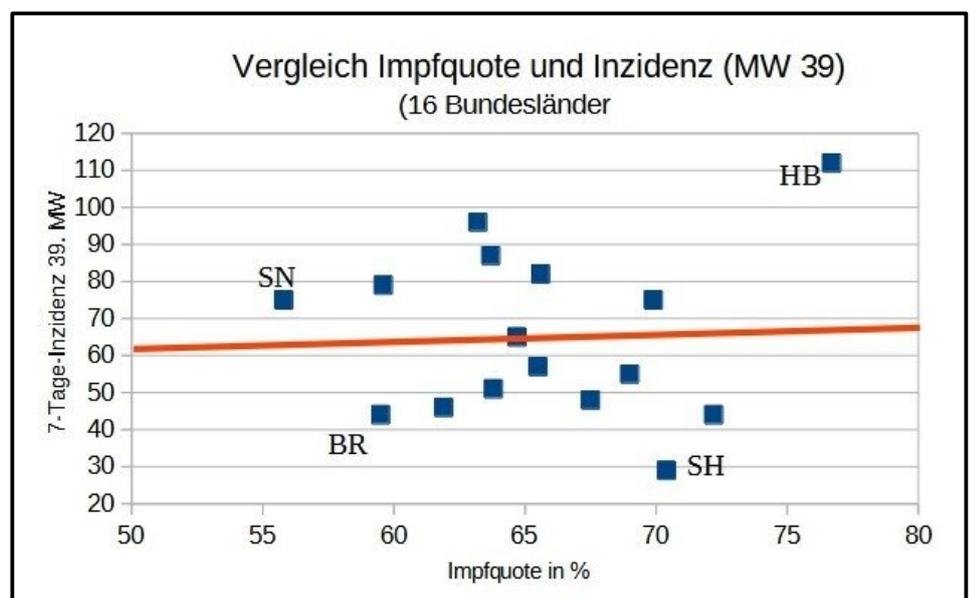
Jedes Bundesland ist als kleines Quadrat mit den Koordinaten Inzidenz und Impfquote dargestellt.



Um die Abhängigkeit zweier Größen feststellen zu können, gibt es in der math. Statistik die Verfahren der Korrelation und der Regression.

Bei der MW 34 kommt man zu dem statistisch gesicherten Ergebnis (Korrelationskoeffizient $\rho = 0,66$), dass mit **steigender Impfquote auch die Inzidenz steigt !!!** (Die berechnete Regressionsgerade ist rot eingezeichnet.)

Bei sich angleichenden Impfquoten in der MW 39 wird die Abhängigkeit schwächer; ist aber immer noch vorhanden



Besonders deutlich ist der Zusammenhang bei Bremen (HB) ablesbar: höchste Impfquote 76,7 % und höchste Inzidenz von 112 .

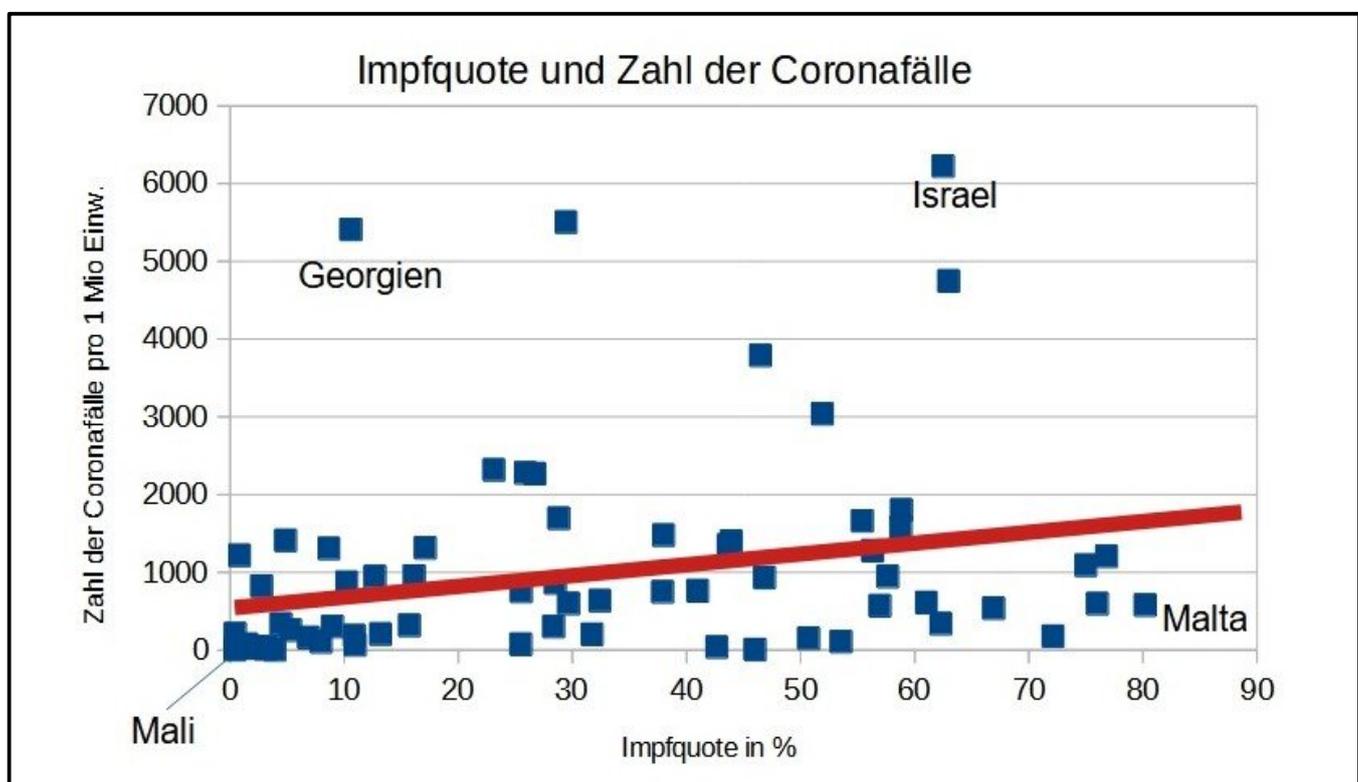
2) Zum gleichen Ergebnis (mit steigender Impfquote wächst auch das Risiko, an COVID zu erkranken) kommen Studien, die den Sachverhalt weltweit untersuchen.

Am 30.09.21 erschien die Studie mit dem Titel „Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination“ von Subramanian und Kumar im „European Journal of Epidemiology“, die dem Zusammenhang von Impfquote und Anzahl der Coronafälle in **68 Ländern** (und 2.947 Landkreisen der USA) untersucht hat. Es wurden **alle** Länder erfasst, für die

- Daten für die Zweitdosis-Impfstoff, COVID-19 Falldaten sowie die Bevölkerungszahl, aktualisiert im Zeitraum 31.08.-03.09.21, vorlagen.

Es wurden für die Länder konkret die beiden Größen erfasst: Zahl der COVID-19-Fälle im Zeitraum 27.08.-02.09.21 pro 1 Million Einwohner und den Prozentsatz der vollständig geimpften Bevölkerung.

Im folgenden Bild stellt jedes Kästchen das Wertepaar für ein Land da. Für die vier „Eckpunkte“ sind die Ländernamen mit eingetragen: Mali hat eine Impfquote von 0,41 % und 4 Coronafälle (pro 1 Mio Einw. in 7 Tagen), Georgien Impfquote 10,6 % und 5.409 Coronafälle, Malta Impfquote 80,2 % und 577 Coronafälle, Israel Impfquote 62,5 % und 6.224 Coronafälle.



Aus den wenigen Zahlen, aber vor allem aus dem Bild ist deutlich erkennbar, dass kein (positiver) Zusammenhang zwischen Impfquote und Zahl der COVID-Fälle besteht: Ein Ergebnis im weltweiten Vergleich und unabhängig von den eingesetzten Impfstoffen.

(Interessanterweise ist Deutschland nicht bei den 68 Ländern gelistet, weil es nicht die erforderlichen Datenstandards liefert. Mali oder Malta erfüllen die Qualitätskriterien an die Daten, Deutschland aber nicht. Welch degenerative Entwicklung zu einer „Bananenrepublik“ !)

Aber die Wahrheit ist noch härter. Wendet man eine lineares Regressionsmodell an, so erhält man die Gleichung für die Regressionsgerade:

$$\text{„Zahl der Coronafälle“} = 13,93 * \text{„Impfquote“} + 625$$

Dies bedeutet, dass mit höherer Impfquote auch die Zahl der Corona-Erkrankungen zugenommen haben; der Korrelationskoeffizient ist also positiv und beträgt 0,25 .

Es gibt also keine Rechtfertigung für eine unterschiedliche Stellung von Geimpften und Ungeimpften. Dies ist völlige Willkür !

3) Die Höhe der Impfquote bewirkt keine Absenkung der Zahl der COVID-Toten

Der deutsche Gesundheitsminister, Karl Lauterbach, wird nicht müde zu behaupten, dass Deutschland wegen seiner niedrigen Impfquote einen Sonderweg gehen muss. Diese Behauptung ist wissenschaftlicher Unsinn. Es gibt keinen Zusammenhang beispielsweise zwischen Impfquote und Zahl der COVID-Toten, zumindest nicht in der erwarteten Richtung, dass mit der Impfquote die Zahl der COVID-Toten sinkt. Im folgenden Diagramm ist der „Zusammenhang“ für 30 europäische Länder dargestellt. Die Impfquote ist <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (28.03.22) und die Zahl der COVID-Toten (bezogen auf 1 Mio Einwohner und den letzten 7 Tagen) <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (28.03.22) entnommen.

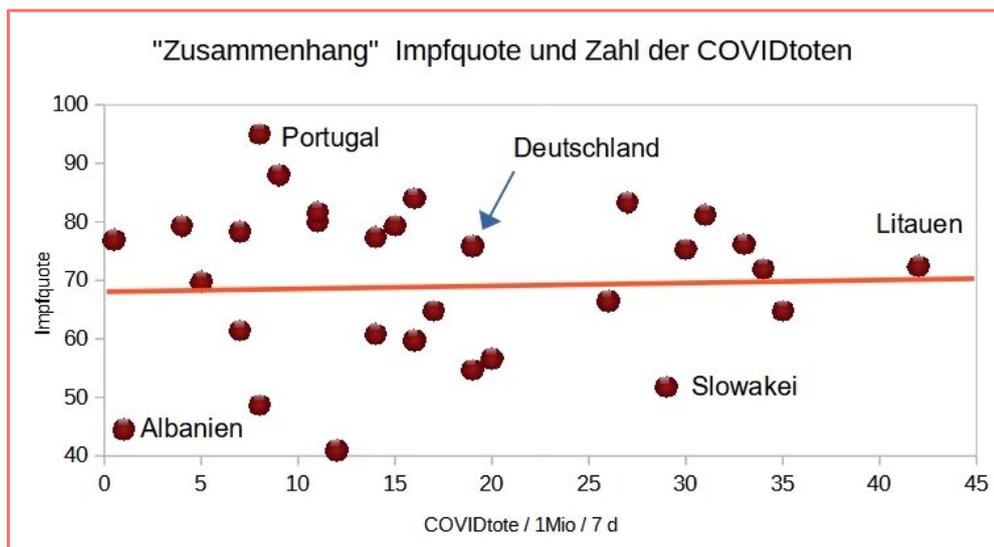
Jeder Punkt steht für ein Land.

Exponierte Länder und Deutschland sind kenntlich gemacht. Jedes Land wird durch das Wertepaar

(Impftote ; Impfquote) charakterisiert. Die Darstellung zeigt deutlich, dass es **keine Abhängigkeit (Korrelation) zwischen Impfquote und der Zahl der COVID-Toten** gibt.

Im Gegenteil, eine entsprechende Regressionsrechnung ermittelt eine leicht steigende Regressionsgerade (rote Linie),

d.h. im Durchschnitt nimmt die Zahl der COVID-Toten leicht mit der Impfquote zu. (Die Impftoten sind dabei noch gar nicht berücksichtigt.)



4) Auch für Deutschland gibt es eindeutige Statistiken: Je höher die Impfquote in einem Bundesland desto höher die Anzahl der Corona-fälle

Die folgenden Schaubilder zeigen den Zusammenhang zwischen den Impfquoten (Boosterung) der 16 Bundesländer bezüglich der Zahl der Corona-fälle, Hospitalisierungen und COVID-Todesfällen.

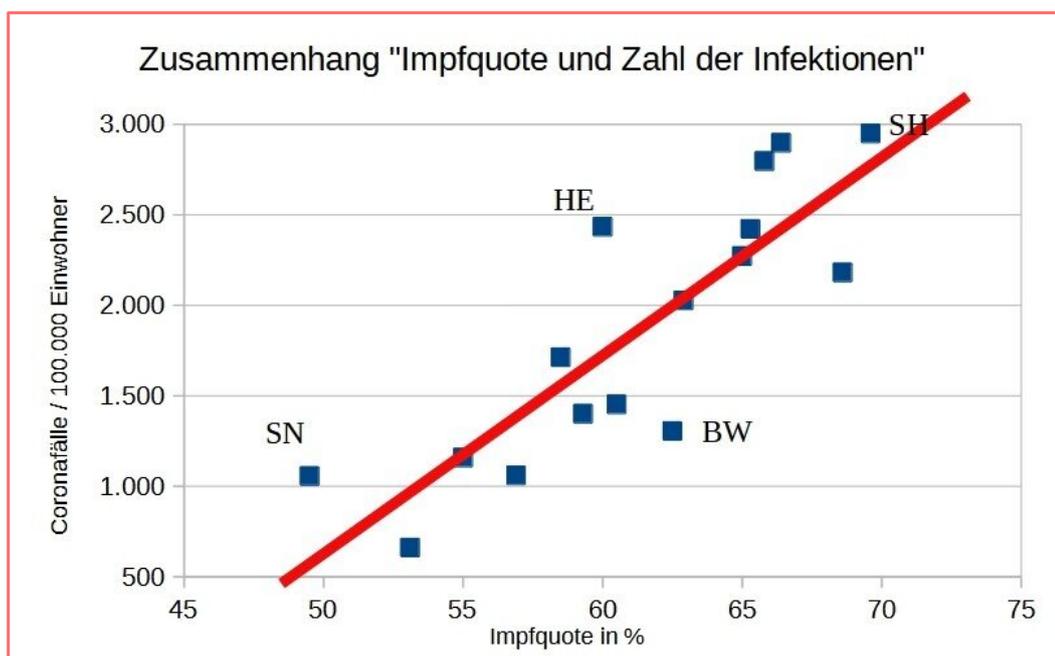
Alle Daten sind den Wochen- und Tagesberichten des RKI entnommen.

Das rechte Diagramm zeigt den Zusammenhang zwischen der Impfquote (Stand 28.06.22) und der Zahl der gemeldeten **Coronafälle** pro 100.000 Einwohner im Zeitraum vom 31.05. bis 28.06.22.

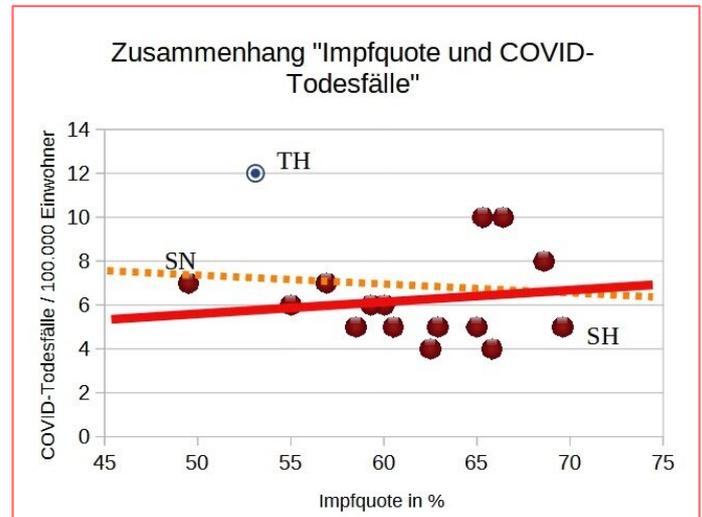
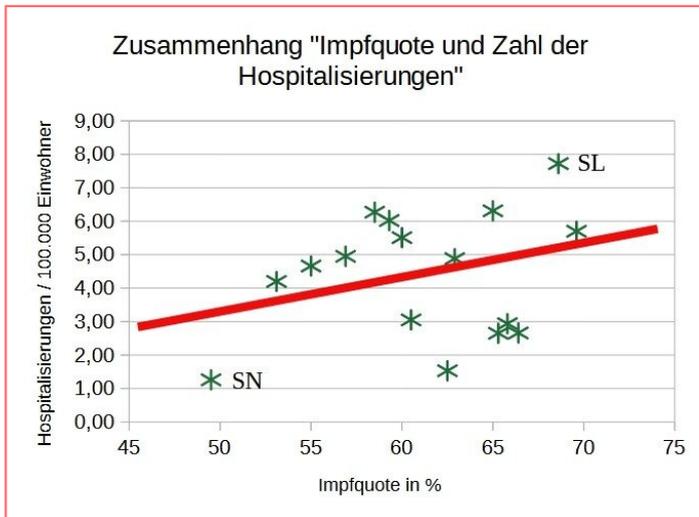
Jeder Punkt im Diagramm steht für ein Bundesland.

Es ergibt sich ein statistisch gesicherter Zusammenhang (linearer Korrelationskoeffizient 0,8):

Je höher die Impfquote desto größer die Zahl der Infektionen, d.h. **die Impfung verstärkt massiv das Infektionsgeschehen.**



Das linke Diagramm stellt den Zusammenhang zwischen Impfquote und der 7-Tage-**Hospitalisierungsinzidenz** vom 20.-27.6.22 dar. Auch hier ergibt sich der statistische (aber schwache) Zusammenhang, dass mit steigender Impfquote auch die Zahl der Hospitalisierungen von COVID-Fällen zunimmt (Korrelationskoeffizient 0,27).



Das rechte Diagramm vergleicht die Impfquote der Bundesländer mit der Zahl der COVID-**Todesfällen** im Zeitraum vom 03.05. bis 28.06.22. Hier ist kein (bzw. tendenziell schwach fallender) Zusammenhang feststellbar (Korrelationskoeffizient – 0,17). Aus der Grafik erkennt man, dass das Bundesland Thüringen einen statistischen „Ausreißer“ darstellt. Lässt man Thüringen aus der Statistik heraus, ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von 0,08. Werte des Korrelationskoeffizienten um Null bedeuten, dass kein statistischer Zusammenhang besteht. Schlussfolgerung: Die Statistik zeigt, dass sich die Zahl der COVID-Todesfälle durch die Impfung nicht reduziert.

Zusammenfassend kann man – statistisch gesichert – sagen:

Die Corona-Impfung verstärkt massiv das Infektionsgeschehen, erhöht leicht die Zahl der Hospitalisierungen und hat keinen Einfluss auf die Zahl der Todesfällen bei COVID-Erkrankungen.

Diese Ergebnisse stehen im krassen Widerspruch zur veröffentlichten Meinung ! Wann erkennen endlich Regierende und Medien die Realität ...

5) Es gibt nachweislich eine statisch gesicherte Korrelation zwischen Corona-Impfintensität und Übersterblichkeit in Europa – eine Kausalität ist naheliegend

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, ob ein statistischer Zusammenhang zwischen der festzustellenden Übersterblichkeit im Jahr 2022 und der Corona-Impfintensität besteht.

Die Übersterblichkeit 2022 wird als wöchentliche Übersterblichkeit in den Wochen 10 bis 35 bezogen auf den Durchschnitt der gleichen Wochen der Jahre 2017 bis 2019.

Für diese Wochen waren die Werte für 25 europäische Länder aus <https://mpidr.shinyapps.io/stmortality/> zu ermitteln.

Es wurde der statistische Zusammenhang der Übersterblichkeit sowohl mit der allgemeinen Impfquote und speziell der Boosterquote (jeweils Stand: 01.03.22) untersucht. Die Impfquoten sind der Datenbasis auf <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> entnommen.

1. Korrelation: allgemeine Impfquote < --- > Übersterblichkeit

Im folgenden Diagramm steht jeder Punkt für ein Land mit dem Wertepaar (Impfquote ; Übersterblichkeit). Die rote Gerade ist die berechnete lineare Regressionsgerade.

Man erkennt, dass mit wachsender Impfrate die Übersterblichkeit zunimmt.

Es besteht ein starker statistischer Zusammenhang zwischen beiden Größen, der sich im linearen Korrelationskoeffizienten niederschlägt. Er hat den Wert 0,46 .

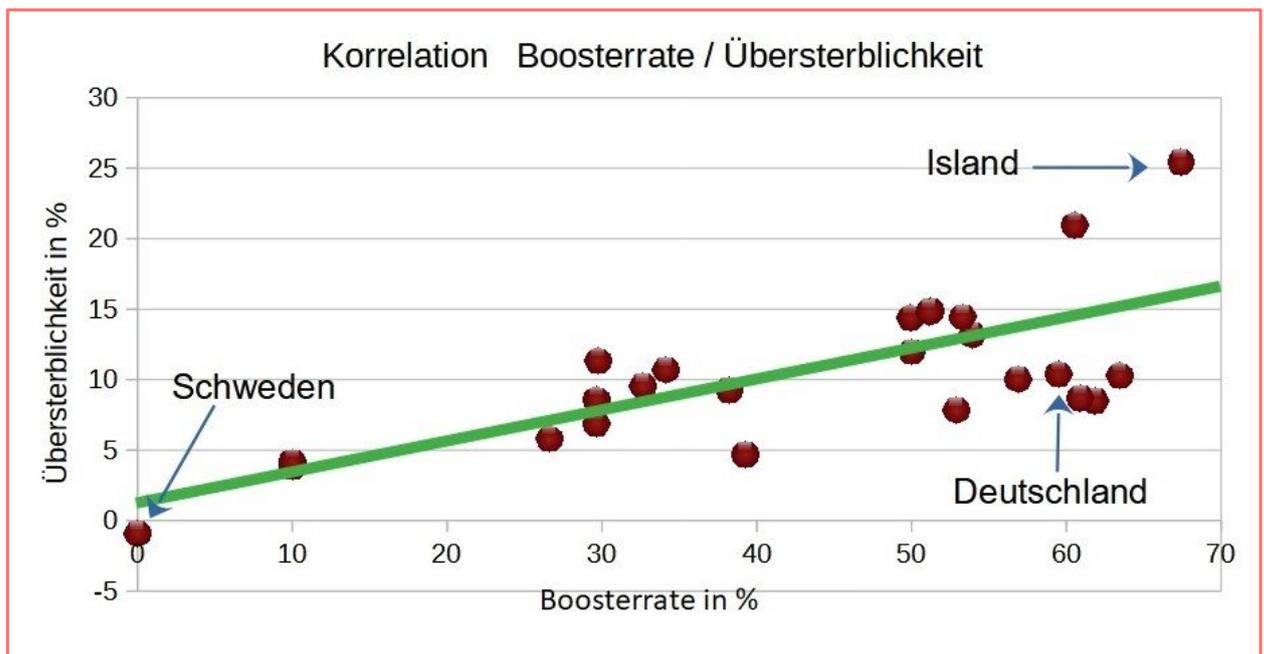
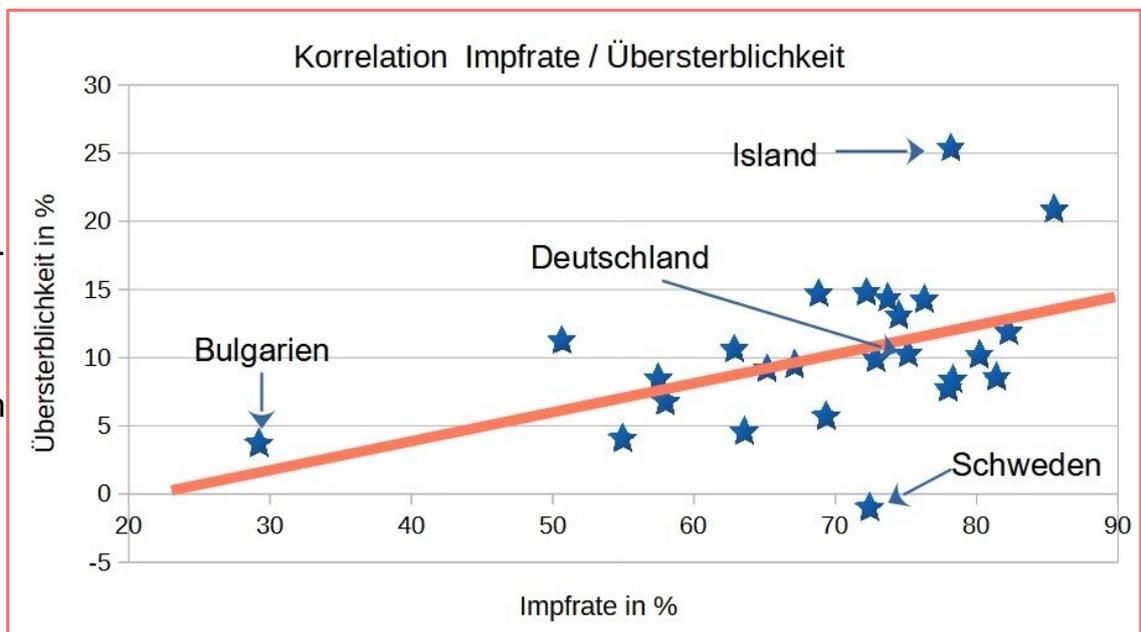
Besonders bemerkenswert ist der relativ starke Anstieg der Gerade, der zum

Ausdruck bringt, dass im Durchschnitt bei 10 % Erhöhung der Impfrate die Übersterblichkeit um 2 % zunimmt.

Das Ergebnis steht natürlich im krassen Widerspruch zur veröffentlichten Meinung von Regierenden und Mainstreammedien.

2. Korrelation Boosterrate < --- > Übersterblichkeit

Noch deutlicher wird der negative Einfluss der Corona-„Impfung“ auf die Übersterblichkeit, wenn man die Boosterrate benutzt. Hier ist oft noch ein stärkerer statistischer Zusammenhang vorhanden.



Es ergibt sich wieder eine steigende lineare Regressionsgerade, d.h. **mit wachsender Boosterrate nimmt auch die Übersterblichkeit zu**, und zwar konkret: bei 10 %-iger Erhöhung der Boosterrate nimmt die Übersterblichkeit um 2,1 % zu. Die Aussage hat eine hohe statistische Sicherheit, der Korrelationskoeffizient liegt bei 0,71 (möglicher Maximalwert ist 1).

Ein interessantes Nebenergebnis ist, dass Schweden, welches am 01.03.22 noch nicht mit der Boosterung begonnen hatte, als einziges Land eine negative Übersterblichkeit (also Untersterblichkeit) von -0,9 % besitzt.

Obwohl klar ist, dass eine Korrelation noch keine Kausalität nachweist, glaube ich persönlich, dass die Impfung und speziell die Booster die wesentliche Ursache für erhöhte Sterblichkeit sind. Solange wissenschaftliche Einrichtungen – wie das Robert-Koch-Institut oder das Paul-Ehrlich-Institut – keine andere Erklärung anbieten (können), ist diese Annahme absolut berechtigt. Denn man muss schon ein äußerst naives Vertrauen zu den Medien haben, wenn man die Hitzewellen als Grund für die festgestellte Übersterblichkeit angibt – wie es das ZDF getan hat -, wenn der höchste Wert an Übersterblichkeit für Februar 2022 berechnet wurde ...

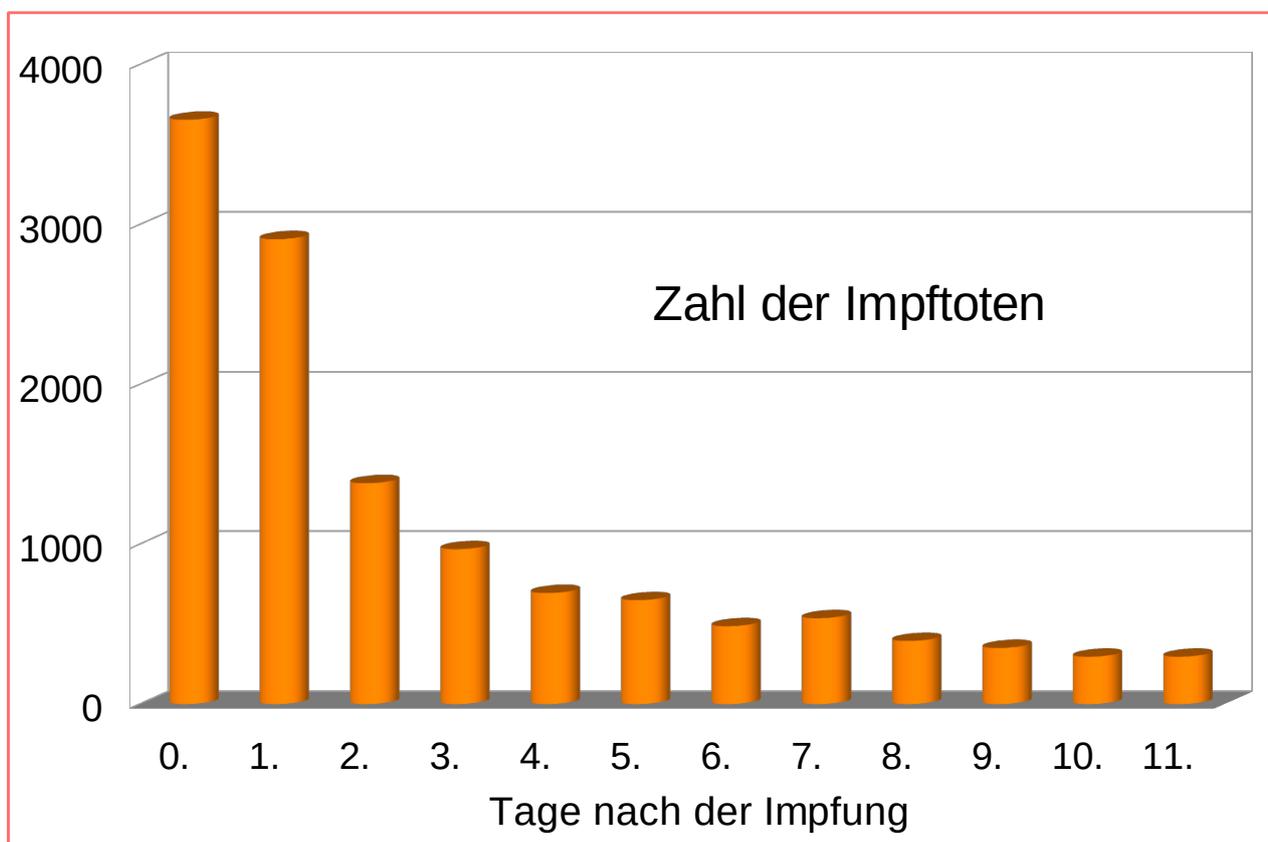
PS.: Die 25 Länder, die ausgewertet wurden, sind: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechien und Ungarn.

6 Impftote: Die meisten Impftoten gibt es bereits am Tage der Impfung; trotzdem will sie der Mainstream gern verschweigen

Das Paul-Ehrlich-Institut kommt seinen gesetzlichen Pflichten über eine transparente Veröffentlichung der Daten über Impfnebenwirkungen nicht nach. Dies stört aber offensichtlich in der Politik niemand; die Vertuschung und Verharmlosung ist gewollt.

Das untenstehende Diagramm ist aus Daten der amerikanischen Gesundheitsbehörde dargestellt. Aus dem Recherchesystem CDC kann man den Tag des Eintritts des Todes nach der Impfung ermitteln; natürlich nur für die gemeldeten Fälle (mehrere Studien zeigen, dass man den Faktor 40 ansetzen muss, um an reale Zahlen zu kommen).

Das Diagramm zeigt, die größte Zahl der Impftoten tritt bereits am Tage der Impfung auf. Verharmlosungen durch Politik und Massenmedien – wegen angeblich fehlenden kausalen Zusammenhang - sind bei einer so starken zeitlichen Nähe kaum glaubwürdig.



Die Obduktionsbefunde von Prof. Burkhardt u.a. zeigen auch eindeutig den kausalen Zusammenhang zur Impfung.

Fakt 16.10: Die wissenschaftliche Begründung der Impfeempfehlung für Kinder durch die Ständige Impfkommission liest sich eher als Anhäufung erheblicher Bedenken.

1) Beschluss der STIKO zur 9. Aktualisierung der COVID-19-Impfeempfehlung

Der „Beschluss der STIKO zur 9. Aktualisierung der COVID-19-Impfeempfehlung“ vom 18.08.21 ist „Epidemiologisches Bulletin 33|2021“ des RKI vom 19. August 2021 veröffentlicht.

Obwohl die Empfehlung nur unter großem politischen Druck und ohne neuer Datenlage verändert wurde, enthält die Begründung einige interessante Einblicke; nicht als Begründung für die Impfung, sondern für diese verantwortungslose Entscheidung..

- Seite 25: „Bei 12 – 17-jährigen Kindern und Jugendlichen hat COVID-19 meist einen milden Verlauf (Hospitalisierungsrate der übermittelten Fälle: 1 % [unter Berücksichtigung asymptomatischer Fälle und von Fällen, die nicht wegen COVID-19 hospitalisiert wurden, reduziert sich diese Zahl auf etwa 0,1 %]; Letalität: 0,001 %). Der Anteil asymptomatischer Verläufe ist hoch.“

Das bedeutet, von 100.000 an COVID erkrankten 12-17 jährigen Kindern könnte ein Kind sterben. Nach dem Wochenbericht des RKI gab es in Deutschland vom 01.02. bis 17.08.21 genau 65.845 symptomatische COVID-Fälle in dieser Altersgruppe.

Andererseits sind bezüglich der Impfnebenwirkungen in der Zeit vom 01.06.-31.07 21 731 Fälle, darunter 116 schwere Fälle und ein Todesfall lt. Paul-Ehrlich-Institut zu beklagen.

- Seite 28: Für die Wirksamkeit des Impfstoffes von Biontech für Kinder gibt es nicht nur keine neue Datenlage, sondern überhaupt keine verlässliche Datenlage. Es wurden in der Studie 1.005 Kinder geimpft (davon erkrankte keines in den 7 Tagen nach der 2. Impfung) und 978 Kinder wurde ein Placebo verabreicht (dabei sind 16 „SARS-CoV-2-Infektionen“ aufgetreten). Die Zahl 16 ist dabei eher als Zufallszahl zu betrachten, aber keinesfalls als gesicherte statistische Größe. Die Zahl 16 bezieht sich auf (falsch oder richtig) positiv getestete Kinder, wobei – wohlgemerkt lt. Studie – bei **keinem** Kind eine schwere COVID-Erkrankung oder Hospitalisierung zu verzeichnen war.

- Seite 32: Die Wirksamkeit des Impfstoffes von Moderna (Spikevax) wurden 2.162 Kinder geimpft und 1.073 ein Placebo gespritzt. Mit Hilfe von serologischen und/oder virologischen Analysen (nicht PCR-Test) wurden in der Impfstoffgruppe n= 22 SARS-CoV-2-Infektionen und in der Placebogruppe n=23 Infektionen nachgewiesen. Daraus ergibt sich rechnerisch eine Wirksamkeit von 55,7 % (bei einer Streubreite des 95 %-igen Vertrauensintervall von 16,8 % (!!!) bis 76,4 %). Auch hier bei den reichlich 3.000 beobachteten Kindern gab es überhaupt keine ernsthafte Erkrankung.

Fazit:** Mit einem einigermaßen gesunden Menschenverstand kann man daraus in keiner Weise eine Impfeempfehlung für Kinder begründen. Während in beiden Zulassungsstudien **keine einzige schwere COVID-Erkrankung** festgestellt wurde, meldet das Paul-Ehrlich-Institut in seinem Sicherheitsbericht vom 20.09.21 (Daten bis 31.08.21) beispielsweise **58 schwerwiegende Herzmuskelentzündungen bei geimpften 12 – bis 17-Jährigen in Deutschland.

2) „Kein Kind unter 17 Jahren ist ausschließlich an COVID gestorben“ (Prof. Mertens)

Der Vorsitzende der Stiko, Prof. Thomas Mertens, warnt vor Impfdruck auf Kinder. Nach seiner Aussage ist in Deutschland noch **kein Kind** unter 17 Jahren ausschließlich **an Covid-19 gestorben**. Weil die Krankheitslast bei den 12- bis 17-Jährigen so gering gewesen sei, sei die Entscheidung zur Impfung in der Nutzen-Schaden-Abwägung so schwierig.

Der Stiko-Chef erwartet zugleich abermals eine „Welle des politischen Drucks“ mit Blick auf die Impfung jüngerer Kinder. „Druck ist in dem Zusammenhang aber schlecht. Ganz besonders auch, weil die Kinder erhalten sollen, um die Impfmüdigkeit der 18- bis 59-Jährigen auszugleichen“, sagte er den Blättern. „Das ist absurd.“

(Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.09.21; Sächsische Zeitung, 01.10.21)

3) Selbst die offiziellen Daten des Biontech-Antrages für die Zulassung der Impfung für 5 bis 11-Jährige sind erschreckend

Zwei Vorbemerkungen:

1. Es hat sich gezeigt, dass Studien der Impfstoffhersteller mit äußerster Vorsicht bezüglich des Wahrheitsgehaltes zu bewerten sind. Dies zeigt der am 02.11.21 im Medizinjournal „British Medical Journal (BMJ)“ veröffentlichte brisante Investigativbericht mit den Auskünften der Whistleblowerin Brook Jackson. Darin wird u.a. ausgeführt, dass „während der Studien zu mehreren Unregelmäßigkeiten gekommen sei. Das Unternehmen hätte Daten direkt gefälscht, Probanden mitgeteilt, zu welcher Testgruppe sie gehören („unblind“), unzureichend geschultes Personal eingesetzt und unerwünschte Ergebnisse, die während der Phase III-Studie auftraten, nur sehr zögerlich verfolgt.
2. Bereits vor der Zulassung des speziellen Impfstoffes von Pfizer hat der amerikanische Präsident Biden bereits 68 Millionen Dosen des Kinderimpfstoffes bestellt. Was zählen dann noch inhaltliche Argumente bei der Entscheidung zur Zulassung ???

Kurzbewertung des Inhaltes der Studie:

Von den doppelt geimpften 1.461 Kindern erkrankten 3 an COVID und von 714 mit einem Placebo gespritzten Kindern erkrankten 16. Das ergibt rein rechnerisch eine relative Risikoreduktion (RRR) um 90,7 %.

(Zur Erinnerung für den Biontech/Pfizer-Impfstoff für Erwachsene wurde vom Hersteller eine 95 %-ige RRR berechnet; die letzte Auswertung der englischen Gesundheitsbehörde weist für die 43. KW für 40- bis 49-Jährige eine RRR von - **130 %** (in Worten: minus 130 %) aus. Das ist mehr als ein kleiner Unterschied.)

Aber selbst die vom Hersteller benannten Zahlen drängen zu Fragen. Warum wurde für einen Teil der Probanden die Beobachtung schon nach zweieinhalb Wochen abgebrochen? Nach Angaben von Pfizer war die Zahl der Teilnehmer am laufenden klinischen Entwicklungsprogramm „zu klein, um mögliche Risiken einer Myokarditis (Herzmuskelentzündung) im Zusammenhang mit der Impfung zu erkennen“ und eine Bewertung der Langzeitfolgen der Impfung kann erst **nach** der Zulassung des Impfstoffs für Kinder untersucht werden“. Man mag den Sarkasmus kaum glauben.

Aber gerade die kleine Zahl der Covid-Erkrankungen zeigt die Unsicherheit und Zufälligkeit der für die Impfwirksamkeit berechneten Werte. Man kann die Zahlen auch anders betrachten: Man musste 1.461 Kinder impfen, damit 13 Kinder weniger an Covid (leicht) erkrankten. Das entspricht einer absoluten Risikoreduktion um **0,89 %**. Dies ist gegen die unstrittig auftretenden Nebenwirkungen abzuwägen !!!

4) Politik und Mainstreammedien biegen sich auch jede Statistik zurecht, um Hysterie und Panik zu schüren

Im Folgenden soll aus einer Studie Sachverhalte vorgetragen werden, die zur Anhörung zur Zulassung des Pfizer-Impfstoffes für unter 12-Jährige bei der amerikanischen FDA (Food and Drug Administration) am 26.10.21 vorgetragen wurde:

Version 1 (Mainstream):

- * Studien deuten darauf hin, dass ab Juni 2021 etwa 42 Prozent der Fünf- bis Elfjährigen mit Covid in Kontakt gekommen sind.
- * Rund 1,9 Millionen Covid-Fälle wurden in dieser Altersgruppe gemeldet.
- * 8300 dieser Fälle führten zu einem Krankenhausaufenthalt.
- * Ein Drittel der Krankenhauseinweisungen führte zu einem Aufenthalt auf der Intensivstation.
- * 94 Kinder sind gestorben.

Schlussfolgerung: Aufgrund dieser verheerenden Fakten muss *schnellstens mit der Impfung der 5- bis 11- Jährigen begonnen werden.*

Version 2 (gesunder Menschenverstand):

- * 13,4 Millionen Kinder im Alter von fünf bis elf Jahren Covid so stark ausgesetzt waren, dass sie Antikörper entwickelt haben und nun ohne Impfung weitgehend immun gegen das Virus sind.

- * Die Krankheitsverläufe waren bei den Kindern sehr mild, nur 0,06 % davon mussten in ein Krankenhaus eingeliefert werden.
- * Die Wahrscheinlichkeit von Kindern in dieser Altersgruppe, an Covid nicht zu sterben, beträgt 99,994 % .

Schlussfolgerung: Eine Impfung für 5- bis 11-Jährige ist bei einer Krankheit mit einer Sterberate, die vergleichbar mit der Grippe ist, wegen der nicht bekannten möglichen Spätfolgen und der Tatsache, dass Geimpfte genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte, ein nicht vertretbares Experiment.

Noch einmal: Beide Versionen benutzen genau die gleichen Daten.

5) Gegen Corona geimpfte Kinder sterben bis zu 52-mal häufiger als ungeimpfte

Aus den neuesten Daten des britischen Statistikamtes Office for National Statistics (ONS) geht hervor, dass Kinder nach einer Covid-„Impfung“ ein bis zu 52-mal höheres Sterberisiko haben als Kinder, die nicht geimpft wurden. Zu diesem Schluss kommt „The Exposé“ in einem Artikel vom 29.01.22. (Quelle: The Exposé: Official Data shows Children are up to 52 times more likely to die following Covid-19 Vaccination than Unvaccinated Children & the ONS is trying to hide it - 29. Januar 2022)

Die in der Tabelle angegebenen Daten entstammen alle aus Dateien des „Office for National Statistics“ und gelten für den Zeitraum 01.01.-31.10.21.

Nur die Sterblichkeitsrate ist selbst aus den beiden Spalten davor berechnet worden. Das Ergebnis der englischen Daten ist niederschmetternd:

Die Sterblichkeitsrate von Corona-geimpften Kindern ist bei den 10- bis 14-Jährigen 52-mal so hoch als bei gleichaltrigen ungeimpften Kindern und bei den 15- bis 19-Jährigen 3,3-mal so hoch.

Der Autor möchte diese Fakten nicht zu sehr dramatisieren, denn die Gründe dafür werden nicht angegeben. Sicher wird bei vorerkrankten Kindern, die auch ohne Impfung gestorben wären, häufiger geimpft. Aber auch die Zahl der Impftoten erhöht die Sterblichkeitsrate bei den geimpften Kindern. Aufklärende Studien sind hier dringend geboten !

Allerdings bei umgekehrten Ergebnis (höhere Sterberaten bei ungeimpften Kindern) hätte es Herr Lauterbach ohne „Wenn und Aber“ schon längst getwittert.

Alter	Impfstatus	Personen-jahre	Tote	Sterblichkeitsrate
10 – 14	ungeimpft	2.094.711	96	4,6
	1 Dosis	6.648	3	45,1
	2 Dosen	1.678	4	238,4
15-19	ungeimpft	1587072	160	10,1
	1 Dosis	174.667	32	18,3
	2 Dosen	127.842	42	32,9

6) US-Studie: Corona-Impfung für Kinder fast ohne Nutzen – aber mit Gefahren

Die in der Studie (Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.25.22271454v1>) festgestellte geringe Wirksamkeit stellt die Sinnhaftigkeit von Kinderimpfungen erneut in Frage.

Das Studienteam analysierte die Daten von neu vollständig geimpften Kindern zwischen dem 13. Dezember 2021 und dem 31. Januar 2022, dem Höhepunkt der Omikron-Welle, von

365.502 Kinder zwischen fünf und elf Jahren.

Erschreckend ist, wie schnell die Wirkung der Impfung bei Kindern dieser Altersgruppe nachlässt. In der 4. Kalenderwoche

	Fälle geimpft	ungeimpft	Impfeffektivität
22/KW01	251	484	48,14 %
22/KW02	170	256	33,59 %
22/KW03	105	131	19,85 %
22/KW04	62	70	11,43 %

liegt die Impfwirksamkeit nur noch bei 11 %. Bedenkt man dabei, dass

- eine erhebliche Anzahl von Impfnebenwirkungen auch bei Kindern auftreten und
 - bei Kindern ganz selten ernsthafte Verläufe einer COVID-Erkrankung beobachtet wurden,
- fällt auch nach dieser Studie die Risiko-Nutzen-Abwägung **gegen die Corona-Impfung** von Kindern aus.

Auch wenn man die Impfeffektivität gegen Hospitalisierungen betrachtet, ist diese im Mittel in der 4. Kalenderwoche mit 48 % zwar höher, aber die Spannweite des 95 %-igen Konfidenzintervalles der Impfeffektivität liegt zwischen - 12 % und 75 %. Das bedeutet nichts anderes als dass mit einer nicht zu vernachlässigenden Wahrscheinlichkeit die Corona-Impfung auch eine Krankenhaus- einweisung mit einer Corona-Erkrankung *befördern* könnte.

In Anbetracht der zunehmenden Impfn Nebenwirkungen kann das Fazit nur lauten:

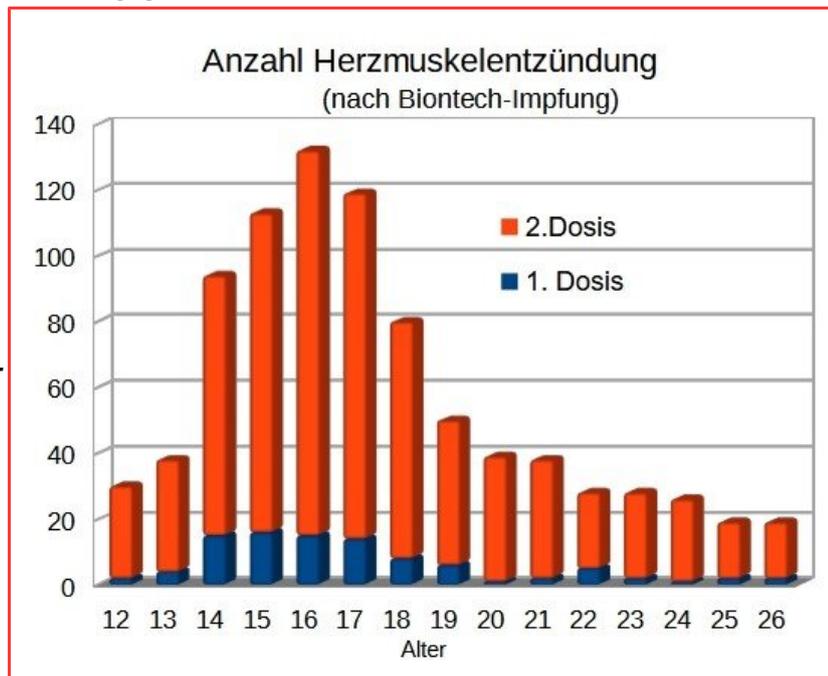
Für eine Impfung von Kindern und Jugendlichen gegen Corona spricht rein gar nichts.

7) Jungen im Alter von 12 bis 15 Jahren haben nach einer Corona-Impfung mit Impfstoff von Biontech-Pfizer, ein 133-mal höheres Risiko an Herzmuskelentzündung zu erkranken, als ohne Corona-Impfung

Die hier betrachtete Studie (Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346>) wurde von Wissenschaftlern der offiziellen US-amerikanischen Gesundheitsbehörden (U.S. Food and Drug Administration sowie Centers for Disease Control) durchgeführt. Die Daten entstammen aus der amerikanischen Datenbank VAERS, die die Impfn Nebenwirkungen von 192.405.448 Personen erfasst hat. Hier soll es ausschließlich um die schweren Impfn Nebenwirkungen der **Herzmuskel- und Herzbeutelentzündung** (Myokarditis und Perikarditis) gehen. Im Zeitraum zwischen Dezember 2020 und August 2021 wurden 1.991 Fälle von Herzmuskelentzündung und 684 Fälle von Herzbeutelentzündung nach der Verabreichung von mRNA-basierten COVID-19-Impfstoffen (Pfizer/Biontech und Moderna) als Impfn Nebenwirkung gemeldet.

Im folgenden sollen einige Detailergebnisse angeführt werden:

- Besonders erschreckend ist die Altersverteilung der Erkrankten (siehe Grafik). Das Durchschnittsalter betrug 21 Jahre. 33% waren jünger als 18 Jahre.
- 18 % Der Erkrankungen traten nach der 1. Impfdosis auf; 82 % nach der 2. Impfdosis.
(Boosterungen waren in dem Betrachtungszeitraum nicht erlaubt. Wenn der Trend anhält, ist Schlimmstes zu erwarten.)
- Die Symptome zeigten sich im Mittel am zweiten Tag nach der Impfung
(Der zeitliche Zusammenhang zur Impfung ist auffallend).
- Männer machten mit 82% den Hauptanteil der Fälle von Herzmuskelentzündung aus.



Alter	üblich	Biontech-Impfstoff		Vielfaches
		nach 1.Dosis	nach 2. Dosis	
12 – 15	0,53	7,05	70,73	133,5
16 – 17	1,34	7,26	105,86	79
18 – 24	1,76	3,82	52,43	29,8
25 - 29	1,45	1,74	17,28	11,9
30 – 39	0,63	0,54	7,1	11,3
40 – 49	0,78	0,55	3,5	4,5

- Besonders deutlich wird die durch Impfung hervorgerufene Zahl der Erkrankung der Herzmuskelentzündung, wenn man die übliche, erwartete Anzahl mit der nach der Impfung aufgetretene vergleicht. In der Tabelle sind die 7-Tageswerte pro 1 Mio Menschen für Männer beim Biontech-Impfstoff angegeben.

In allen betrachteten Altersstufen treten durch die Corona-Impfungen ein Vielfaches der Zahl der Erkrankungen an Herzmuskelentzündung auf:

Bei den 12- bis 15-jährigen Jungen das 133,5-fache, bei den 16 – 17-jährigen männlichen Jugendlichen immer noch das 79-fache !!!

8) Die europäische Behörde EMA meldet 13 Todesfälle bei unter 17-Jährigen durch Corona-Impfung in Deutschland

Die Datenbank der EMA lässt die Zuordnung der Fälle zu den einzelnen Ländern nicht zu. Dank einer Informationsfreiheitsanfrage sind diese Daten nun auch verfügbar.

(Quelle :<https://tkp.at/2022/03/11/todesfaelle-in-altersgruppe-unter-17-nach-impfung-4-in-oesterreich-13-in-deutschland/>)

Die 13 Fälle sollen hier ohne weitere Kommentierung angegeben werden. Dabei zu beachten ist

- die offizielle Bezeichnung der Fälle lautet: „Verdachtsfälle für schwerwiegende Impfnebenwirkung mit tödlichem Ausgang“
- mehrere wissenschaftliche Arbeiten zeigen, dass eine erhebliche Untererfassung der Fälle erfolgt; man muss realistisch mit der 10- bis 20-fachen Zahl rechnen.
- EU-EC-10011395871: spontane Totgeburt nach einer „prophylaktischen Impfung“ mit Comirnaty
- EU-EC-10011380953: Mädchen in der Altersgruppe 12-17 verstarb an Herzinfarkt und Lungenembolie nach Impfung mit Comirnaty
- EU-EC-10011189943: Mädchen zwischen 12 und 17 verstarb an Herzrhythmusstörungen nach Impfung mit Comirnaty
- EU-EC-10011185189: Totgeburt nach „prophylaktischer“ Impfung der Mutter mit Moderna
- EU-EC-10011161074: Totgeburt nach „prophylaktischer“ Impfung der Mutter mit Comirnaty
- EU-EC-10010832620: Junge der Altersgruppe 12 -17 verstarb an Herzinfarkt nach Impfung mit Comirnaty
- EU-EC-10010632312: Junge der Altersgruppe 12 -17 tot aufgefunden nach Herzinfarkt wegen Impfung mit Comirnaty.
- EU-EC-10010616828: Abort wegen Herzinfarkt des Fötus nach „prophylaktischer“ Impfung der Mutter mit AstraZeneca.
- EU-EC-10010224444: Frühgeburt mit Gehirnverletzungen und Herzstillstand nach Impfung der Mutter mit Comirnaty
- EU-EC-10010093552: Junge der Altersgruppe 12 -17 verstarb nach Impfung mit Comirnaty.
- EU-EC-10010022014: Fehlgeburt nach Impfung der Mutter mit Comirnaty
- EU-EC-10009817992: Junge zwischen 12 und 17 verstarb an Lungenembolie und Thrombosen nach Impfung mit Comirnaty
- EU-EC-10009747324: Junge zwischen 12 und 17 verstarb an Lungenembolie und Thrombosen und Multiorganversagen nach Impfung mit Comirnaty.

Es gibt keinen medizinischen Grund für die Corona-Impfung, erst recht nicht an Kindern !!!

9) Neue amerikanische Studie:

Negative Wirkung bereits 4 Monate nach Pfizer-Impfung bei Jugendlichen

Wie ignorant sind Politiker (Lauterbach) oder Verantwortliche von Gesundheitsbehörden (Wieler), wenn sie alle Ergebnisse solcher Studien nicht zur Kenntnis nehmen wollen. In der amerikanischen Studie (veröffentlicht am 13.05.22) (Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2792524>) , wurden in der von Dezember 2021 bis Februar 2022 während der Omicron-Variantendominanz 121 952 Kinder und Jugendliche (symptomatische Coronafälle) im Alter von 5 bis 15 Jahren untersucht. Bei den 5- bis 11- Jährigen waren 15.778 zweimal mit dem Impfstoff von Biontech BNT162b2 geimpft und 58.430 ungeimpft; während bei den 12- bis 15-Jährigen 22.072 zweimal bzw. 905 dreimal geimpft, dagegen 24.767 ungeimpft waren.

Die Studie hatte die Aufgabe, den Verlauf der Impfwirksamkeit im Vergleich mit den Ungeimpften über einen bestimmten Zeitraum zu verfolgen.

Im Diagramm 1 ist der Verlauf der Impfwirksamkeit für die 5- bis 11-Jährigen dargestellt. Leider sind in der Studie nur Angaben bis zum 2. Monat nach der Impfung (30 – 90 Tage) enthalten.

(Anmerkung: Die Zulassung des Impfstoffes für 5- bis 11-Jährige erfolgte erst im November 2021, so dass eine längere Beobachtung leider nicht stattgefunden hat.)

Das Ergebnis ist aber erschütternd: Bereits nach 1 Monat (14 – 60 Tage) errechnet sich nur noch eine Impfwirksamkeit von 27 % !

Dies ist bei Kindern von 5 bis 11 Jahre besonders schlimm, weil in diesem Alter so gut wie nie schwere Verläufe bei einer Infektion auftreten, wohl aber schwere Impfnebenwirkungen !

Diagramm 1: Impfwirksamkeit
(5- bis 11-Jährige)

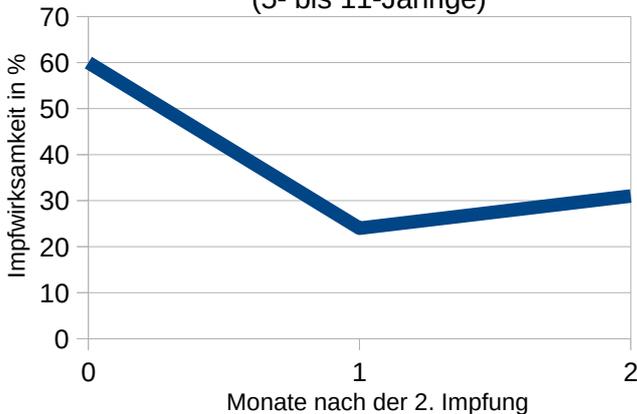
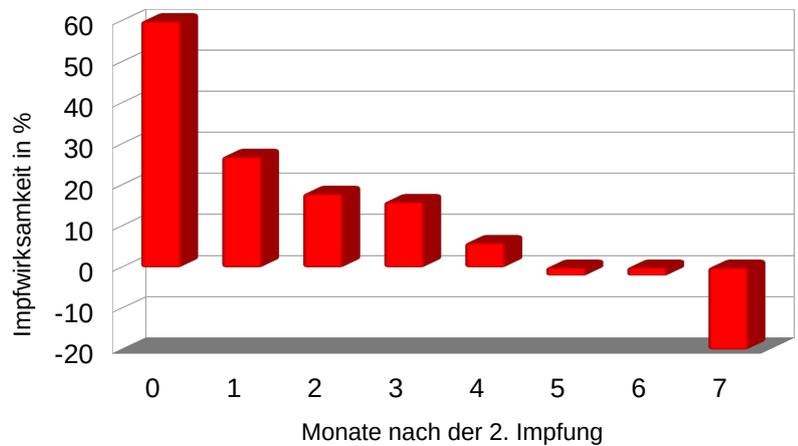


Diagramm 2: Impfwirksamkeit
(12- bis 15-Jährige)



Im Diagramm 2 ist der zeitliche Abhängigkeit der Impfwirksamkeit bei den 12- bis 15-Jährigen vom sogenannten 0. Monat (14 – 30 Tage nach der Impfung) bis zum 7. Monat (180 -240 Tage) dargestellt. Nach etwa 18 Wochen der zweiten Impfung kam es zu mehr Infektionen bei den Geimpften als bei den Ungeimpften, was rechnerisch bedeutet, dass die **Impfwirksamkeit negativ** wird (bis - 20 %).

Es kann eigentlich keine negative Wirksamkeit bestehen, sondern es liegt eine **Schwächung des natürlichen Immunsystems** vor, das anfälliger gegen Infektionen und andere Krankheiten macht. Das ist aber das Schlimmere !!!

Anmerkung: Diese Studie bezieht sich nur auf die Impfwirksamkeit bei 5- bis 15-Jährige. Aus den Veröffentlichungen der britischen Gesundheitsbehörde weiß man, dass diese in dieser Altersgruppe noch am günstigsten ist; in anderen Altersgruppen liegt sie bei - 300 % !!!

Aus Daten der amerikanischen Behörde „Center for Disease Control and Prevention“ (CDC) (Quelle: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status>) geht deutlich hervor, dass der Schutz vor Corona-Infektionen beispielsweise

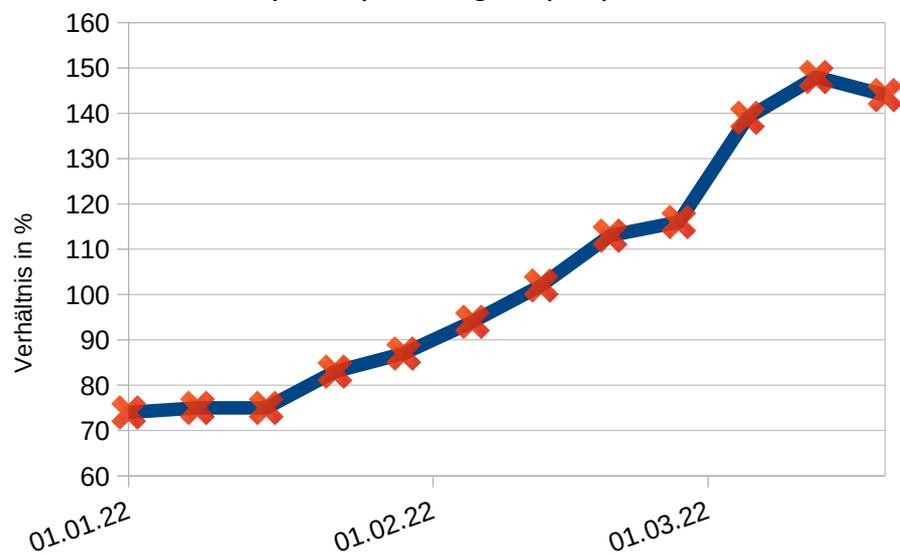
für die 5- bis 11-Jährigen stark nachgelassen hat und sich ab 12. Februar 2022 umgekehrt. Ab dieser Zeit erkrankten geimpfte Kinder häufiger an COVID als Ungeimpfte.

Die gegenwärtig veröffentlichte Statistik geht bis zum 19. März 2022. Zu diesem Zeitpunkt beträgt die Erkrankungsrate für geimpfte Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren fast 150 %.

Wenn es um COVID geht, wird die natürliche Immunität von Kindern immer wieder heruntergespielt und ignoriert.

Doch 81 Studien bestätigen, dass die natürliche Immunität gegen COVID gleichwertig oder besser ist als jede „Impfmunität“.

Verhältnis "Zahl der COVID-Fälle"
(Geimpfte/Ungeimpfte)



10) EUROMONO: Übersterblichkeit bei Kindern und Jugendlichen und Covid-Impfung: eine alarmierendes Zusammentreffen

Im Diagramm ist der Verlauf zweier Kurven für das Jahr 2021 und das erste Halbjahr 2022 für die europäischen Länder, die in der Statistik EUROMONO erfasst sind, gegenübergestellt:

Blau: die **Übersterblichkeit** der 0 – 14-Jährigen im Vergleich zum Durchschnitt 2016-2019 .

(Quelle: <https://www.euromono.eu/graphs-and-maps>)

Rot: die kumulative Zahl der verabreichten **Impfdosen** an 10 – 14- Jährige

(Quelle: <https://impf-info.de/coronaioa/uebersterblichkeit-bei-kindern-und-jugendlichen-und-covid-impfung-eine-alarmierende-koinzidenz.html>)

Es ist deutlich erkennbar, dass mit Einsetzen der Corona-Impfkampagne an Kindern Mitte des Jahres 2021 die Übersterblichkeit zunimmt; es ist fast ein paralleler Verlauf zu verzeichnen. Damit

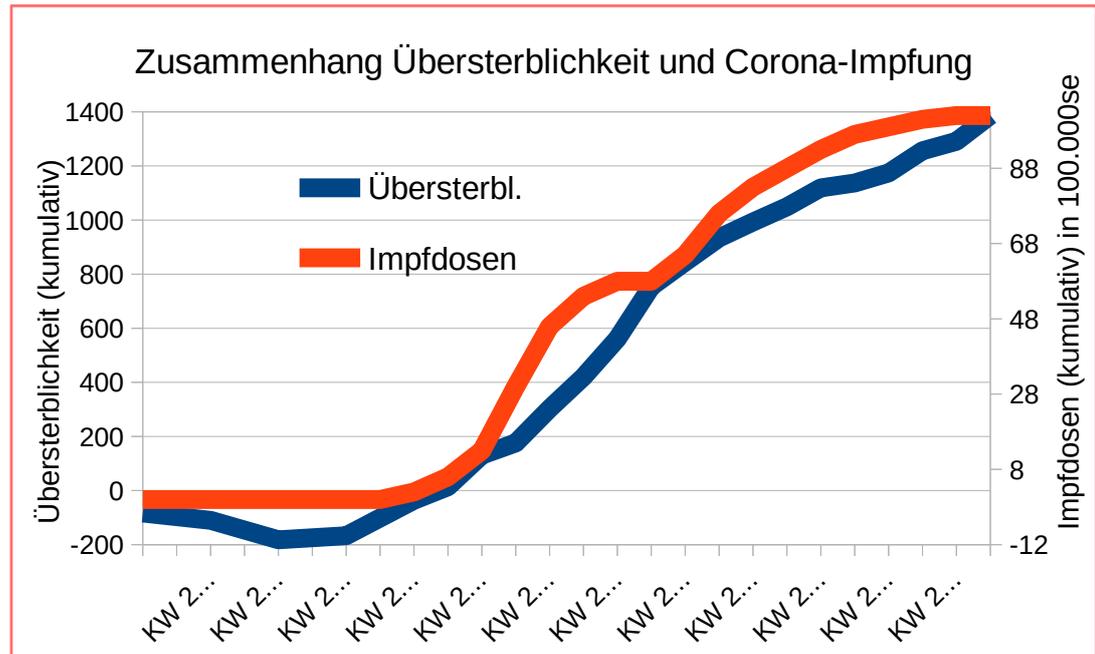
ist noch kein kausaler Zusammenhang bewiesen.

Statistisch ist aber ein starker Zusammenhang nachweisbar.

Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,98, dies ist ein außerordentlich hoher Wert (Maximalwert 1) und deutet auf einen sehr engen Zusammenhang hin.

Unstrittig ist aber, dass diese Kurven schnellstmöglich analysiert und erklärt werden müssen - denn die Sterblichkeit an COVID hat bei

Kindern und Jugendlichen im beobachteten Zeitraum definitiv nicht zugenommen....



11) Aus der englischen staatlichen Statistik geht hervor, dass fast nur geimpfte Kinder sterben

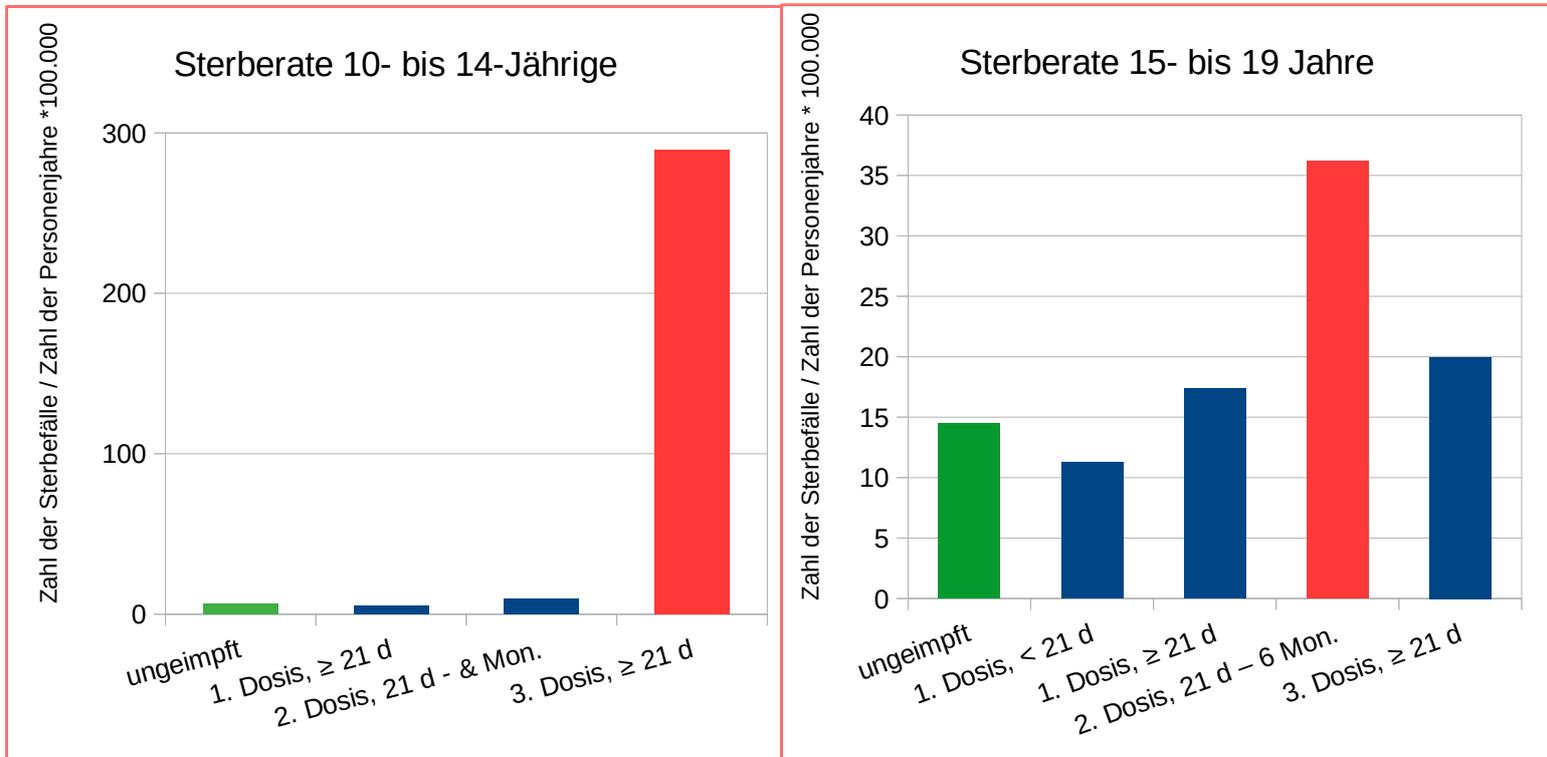
Die englische Statistikbehörde „Office for National Statistics“ gibt aller zwei Monate einen Bericht über die Zahl der Todesfälle in Abhängigkeit des Impfstatus heraus. Die folgenden Daten sind dem Bericht „Deaths occurring between 1 Januaray 2021 and 31 May 2022 edition of this dataset“ entnommen, speziell aus der Tabelle 6.

(Quelle: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland>)

Wie bei wohl allen staatlichen Statistiken sollen natürlich die verheerenden Folgen der Corona-Impfung, speziell bei Kindern, möglichst nicht erkennbar sein. Das wird in dieser Statistik über zwei Wege versucht. In Tabelle 6 wird einfach der Bezug der Zahl der Todesfälle auf die entsprechende Anzahl der Personenjahre weggelassen. Dies wird hier „geheilt“, indem die Quotienten zur Vergleichbarkeit gebildet werden. In anderen Tabellen wird zwar der Bezug hergestellt, aber das extreme Versagen der Impfung bei Kindern soll offensichtlich vertuscht werden, indem die Altersgruppen der Kinder ganz weggelassen werden (Tabelle 5) oder die unterste Altersgruppe mit 10 bis 39 Jahren zusammen-gefasst wird (Tabelle 7). Man kommt nicht umhin festzustellen, dass mit solchen Strategien der Veröffentlichung der Daten, bewusst die tatsächlichen Verhältnisse - so weit wie möglich – verheimlicht werden sollen.

In zwei Diagrammen (einmal 10- bis 14-Jährige und zum anderen 15- bis 19-Jährige) wird die relativierte Zahl der Todesfälle im Zeitraum 01.01.21 bis 31.05.22 in Abhängigkeit vom Impfstatus dargestellt.

Er werden nur die Säulen dargestellt, die mindestens 5 Todesfälle einbeziehen, um zufällige Ausreißer möglichst zu eliminieren. Die Originalstatistik (Tabelle 6) unterscheidet 8 verschiedenen Impfstatus: ungeimpft, 1. Dosis weniger 21 Tage danach, 1. Dosis nach mehr als 21 Tage, 2. Dosis weniger als 21 Tage, 2. Dosis zwischen 21 Tage bis 6 Monate danach, 2. Dosis mindestens 6 Monate danach, 3. Dosis weniger als 21 Tage und 3. Dosis mindestens 21 Tage danach.



Vor allem für Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren wird das verheerende Ergebnis der Impfung sichtbar.

Dreifach Geimpfte sterben 45-mal häufiger als Ungeimpfte. Das ist ein Verbrechen !

11) Thailändische Studie: Kontrollstudie unter 300 geimpften Jugendlichen: 30 % mit Herzkomplicationen

Aus Thailand kommt eine Untersuchung, die gezielt nach Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen, nach zwei Spritzen mit dem mRNA-Präparat „Corminaty“ von Pfizer gesucht hat.

(Quelle: <https://www.preprints.org/manuscript/202208.0151/v1>)

Die thailändische Studie untersuchte 301 geimpfte Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren.

Die häufigsten Nebenwirkungen waren Herzrasen mit 7,64 Prozent der Probanden nach der Impfung, also 23 Personen. Unter Kurzatmigkeit litten 6,64 Prozent der untersuchten. Herzklopfen hatten 4,32 Prozent, Brustschmerzen 4,32 Prozent, Bluthochdruck 3,99 %. Insgesamt wurde bei „29,24 % der Patienten kardiovaskuläre Auswirkungen festgestellt, die von Tachykardie über Herzklopfen bis hin zu Myoperikarditis reichten.“

Von den 202 männlichen Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren erkrankten 5 (2,5 %) an Myokarditis (Herzinnenhautentzündung) und 2 (1%) an Perikarditis (Herzbeutelentzündung). Das sind erschreckend hohe Prozentsätze !

12) Die Zulassung des COVID-Impfstoffes von BioTech/Pfizer - für Kinder im Alter von 6 Monaten ab – ist ein Verbrechen, weil die Zulassungsstudie dies nie rechtfertigt

Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat in den USA nun auch die Notfallzulassung der Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna auf die Altersgruppe von 6 Monaten bis 5 Jahre erweitert.

Die bei der FDA eingereichte Zulassungsstudie für den Impfstoff von BioTech/Pfizer wurde veröffentlicht. (Quelle: <https://www.fda.gov/media/159195/download>)

Diese Studie gibt in keiner Weise eine Begründung für eine Zulassung für kleine Kinder; im Gegenteil sie enthält alarmierende Statistiken. Da dies bereits aus der Studie klar hervorgeht, aber die Zulassung trotzdem im vollen Wissen darüber erfolgte, ist das Vorgehen der FDA verantwortungslos und verbrecherisch.

Beispielhaft soll aus der Studie etwas zitiert werden, was jeden Statistik-Studenten im 1. Semester wegen groben statistischen Unsinn „um die Ohren gehauen“ würde. Rein rechnerisch ergibt sich aus der rechts stehenden Tabelle eine Impfwirksamkeit von 75 % für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahre.

(Als Zahl der Teilnehmer wurde hier nur die angegeben, die noch nach mind. 7 Tage nach der 3. Impfdosis in der Studie erfasst waren.)

6 Mon. - 2 Jahre	Impfgruppe	Placebogruppe
Teilnehmer	277	139
an COVID Erkrankte	1	2
Inzidenz pro 100.000	361	1.439
Impf"wirksamkeit"	75 %	

Das statistische Problem liegt in den sehr kleinen (zufälligen) Zahlen der an COVID Erkrankten. Da die statistische Aussagekraft bei so kleinen Zahlen verloren geht, kann man ein Sicherheitsintervall an, in welchem in 95 % der Fälle der Wert der Impfwirksamkeit liegen. Hier im konkreten Fall gibt die Studie das Intervall von **- 370,1 % bis 99,6 %** an. Dies bedeutet nichts anderes als, dass es auch möglich wäre, dass **durch die Impfung** die Kinder **3,7-mal häufiger an COVID** erkranken. Äußerst fragwürdig ist auch, dass zur Bewertung der Impfwirksamkeit nur der Vergleich nach der 3. Dosis herangezogen wurde. Offensichtlich nur deshalb, weil, wenn alle Erkrankten betrachtet werden, man noch katastrophalere Ergebnisse bekommt (wie weiter unten gezeigt wird).

Keine wirklich unabhängige Behörde würde bei diesen Werten eine Zulassung des Impfstoffs erwägen – die amerikanische FDA hat aber den Biontech/Pfizer-Impfstoff für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 5 Jahren zugelassen !!!

Es ist zu befürchten, dass die europäische EMA und Deutschland bald nachziehen.

Um die Fragwürdigkeit der Studie und vor allem die daraus „resultierende“ Zulassung des Impfstoffs zu beleuchten, wird die gesamte Tabelle 19 der Studie hier dargestellt:

Kinder 6 Monate bis 2 Jahre	Impfgruppe		Placebogruppe		Impfwirksamkeit	
	Teilnehmer	Erkrankte	Teilnehmer	Erkrankte	Mittelwert	Intervall
zwischen Dosis 1 und Dosis 2	1027	13	524	5	-29,7	(-364,7 , 56,6)
Dosis 2 bis 7 Tage danach	1002	3	517	3	48,4	(-285,0 , 93,1)
mind. 7 Tage nach Dosis 2 bis Dosis 3	998	80	512	48	14,5	(-24,9 , 41,0)
Dosis 3 bis 7 Tage danach	336	1	147	0	- ∞	
ind. 7 Tage nach Dosis 3	277	1	139	2	75,5	(-370,1 . 99,6)
Gesamt nach Dosis 1	1027	98	524	58	14	(-21,2 , 38,4)

Zwei Tatsachen fallen auf. Zum Einen, dass wenn man alle COVID-Erkrankten nach der Verabreichung der 1. Dosis betrachtet, ergibt sich nur eine Impfwirksamkeit von äußerst mageren **14 %** (und nicht 75,5 %, wie behauptet). Das wäre auch etwas ehrlicher.

Zum Anderen erkennt man aus der Tabelle, dass die angegebenen 75,5 % Impfwirksamkeit nur für den Zeitraum mind. 7 Tage nach der 3. Dosis gilt. Zwischen der 1. und der 2. Dosis ist die mittlere Impfwirksamkeit sogar negativ: - 29,7 %. D.h. in dieser Zeit erkranken Geimpfte häufiger als Ungeimpfte. Kein Aushängeschild für eine „Impfung“ !

Eine besondere Absurdität erkennt man für die ersten 7 Tage nach der 3. Dosis (in der Tabelle die 4. Zeile). Da nur ein Geimpfter und kein Ungeimpfter an COVID in diesem Zeitraum erkrankt ist, kommt rein rechnerisch eine **unendlich negative Impfwirksamkeit** heraus. Hier sieht man wieder die Sinnlosigkeit der Verwendung so kleiner Zahlen. Für die offizielle Berechnung der Impfwirksamkeit wurden aber so kleine Zahlen herangezogen.

Es ist nicht anzunehmen, dass dies Unwissenheit und Dilettantismus wäre, sondern man muss annehmen, dass dies eine **bewusste Täuschung** ist. Dies ist umso empörender, weil es es in die Gesundheit und das Leben der Kleinstkinder geht ...

Fakt 17.1: Die Anzahl der Impfnebenwirkungen, die an die entsprechenden Gesundheitsbehörden gemeldet werden, sind zutiefst erschreckend – und in keiner Weise vergleichbar mit anderen Impfstoffen.

1) Statistisches zur Zahl der Impfnebenwirkungen in Deutschland, Europa, USA und der Welt

Deutschland

Vorbemerkungen: In den Corona-Informationenblättern wird immer wieder einmal aus Statistiken offizieller Behörden über die „Zahl der gemeldeten unerwünschten Nebenwirkungen“ berichtet. Der Autor ist sich bewusst, dass es sich dabei um Verdachtsmeldungen handelt. **Andererseits ist aus mehreren Studien bekannt, dass in der Vergangenheit eine Untererfassung der Daten um den Faktor 40 bis 44 erfolgte. Bei den unüberhörbaren Terror, den staatliche Stellen und Mainstreammedien gerade bei Nebenwirkungen der Corona-Impfung ständig betreiben, die vor allem bei den behandelnden Medizinern sich verfängt, ist dieser Faktor 40 wohl mindestens bei dieser Impfung anzunehmen.**

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat am 07.09.22 Daten über die Zahl der Impfnebenwirkungen bis 30.06.22 veröffentlicht (mit 10 Wochen Verzögerung !!!). Es ist kein anderer Grund erkennbar, als dass es offensichtlich sehr viel Zeit benötigt hat, die Daten weitgehend zu „schönigen“; Personalnot kann auf keinen Fall der Grund sein, weil ja Aufgaben – wie die Führung und Veröffentlichung einer eigenständigen Datenbank über die Impfnebenwirkungen – eingestellt wurde. Es ist skandalös und dient nicht der Transparenz, dass selbst diese Berichterstattung durch das PEI eingestellt wird. (Es wird nur noch über Nebenwirkungen von Auffrischungsimpfungen Berichte geben.)

Die veröffentlichten Daten bis 30.06.22 liefern folgendes Ergebnis (Quelle:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-06-22.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Impfstoff	Biontech / Comirnaty	Moderna / Spikevax	Astrazeneca / Vaxzevria	Johnson / Janssen	Novavax	unbekannt	Gesamt
Zahl der Fälle							
Nebenwirkungen nach Impfung	196.465	59.750	53.585	11.567	796	1.521	323.684
davon schwere	31.163	5.944	7.162	1749	99	212	46.329
davon tödlich							3.023
Inzidenz Nebenwirkungen	435	573	836	618	1228*		
Inzidenz schwere NW	65	57	112	86	152*		

In der Tabelle bedeutet „Inzidenz“ die Zahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen auf 100.000 geimpfte Personen bezogen (bei den Impfstoffen von Biontech und Moderna wurde die durchschnittliche Verabreichung von 3 Dosen pro Person und bei den anderen Impfstoffen 2 Dosen pro Person angenommen). Die Inzidenz-Werte für Novavax sind mit Sternchen gekennzeichnet, weil die Zahl der Impfnebenwirkungen wegen der geringen Zahl an Impfungen relativ klein sind.

Spezielle Krankheitsbilder bei Impfnebenwirkungen sind nur spärlich und unvollständig im Bericht angegeben. In der folgenden Tabelle sind für einige Krankheitsbilder die Zahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen in der Zeit von **max. 42 Tagen** nach der Impfung zusammengestellt. Später auftretende Wirkungen, auch „Post-Vac“-Syndrom bezeichnet, sind darin nicht enthalten.

Zahl schwerer Impfnebenwirkungen	Biontech	Moderna	Astrazeneca	Janssen
Herzinnen-/Herzbeutelentzündung	1.935	566	?	?
Herzinfarkt	455	105	102	23
Durchblutungsstörungen	1.164	187	251	45
Lungenembolie	866	223	360	64
Hirnvenenthrombosen	170	30	131	12

Darüber hinaus wird von **16.848 Meldungen über** verschiedene Formen von **Zyklusstörungen** bei Frauen im Alter von 12 bis 49 Jahren (Mehrfachmeldungen möglich) berichtet.

Besonders erbärmlich ist die Berichterstattung über **Impfnebenwirkungen bei Kindern** (sogar im Vergleich zu vorherigen Sicherheitsberichten). Es wäre aber gerade besonders wichtig gewesen,

weil die Impfung von Kindern von vielen Experten als unnötig angesehen wird.

Es werden aber weder Zahlen zu schweren Nebenwirkungen noch zu tödlichen Ausgängen bei Kindern veröffentlicht.

Die Zahl der gemeldeten

Nebenwirkungen bei Kindern im Alter von 5 bis 17 Jahren ist in der folgenden Tabelle angegeben.

Zu den „Eigentümlichkeiten“ der Berichterstattung des PEI gehört auch, dass in einigen Fällen die **Zahl der Nebenwirkungen sinkt, obwohl der Zeitraum von 3 Monaten hinzugefügt wurde!**

Impfnebenwirkungen	Biontech / Comirnaty	Moderna/ Spikevax	Astrazeneca / Vaxzevria	Johnson/ Janssen	unbek.	Gesamt
Kinder (Gesamt)	5.756	84	20	12	39	6.115
0 - 4 Jahre					204	204
5 - 11 Jahre	1.039	4	3	0	6	1.052
12 - 17 Jahre	4.719	80	17	12	31	4.859

Dass diese Nebenwirkungen keine Harmlosigkeiten darstellen, soll die folgende Zusammenstellung der Häufigkeit einiger Krankheiten verdeutlichen:

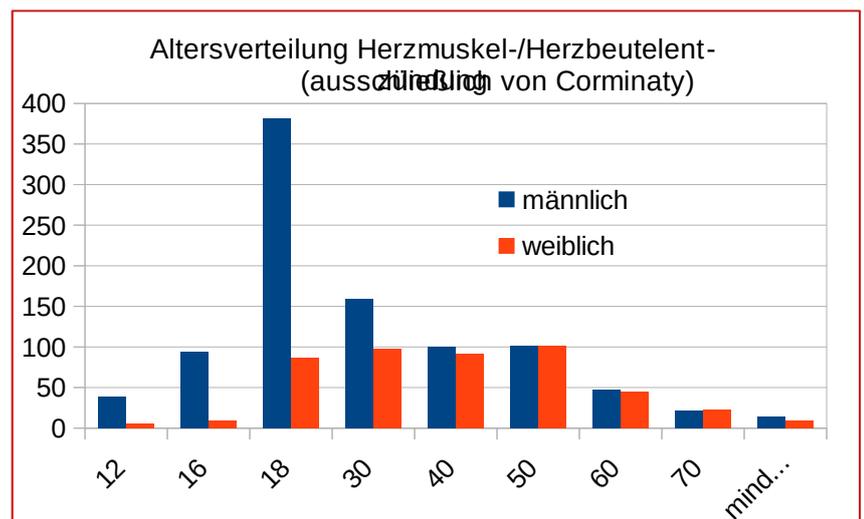
Unter den aufgeführten Nebenwirkungen sind neben den Todesfällen vor allem die schweren Erkrankungen, wie Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen (Myo- und Perikarditis), Thrombosen unterschiedlicher Art oder akute Entzündungen des peripheren Nervensystems. Hier soll nur auf drei Details näher eingegangen werden:

1. die Altersverteilung bei den Herzerkrankungen

Dargestellt im Bild ist nur die Wirkung des Biontech-Impfstoffes Comirnaty. Betroffen sind vor allem Männer im Alter von 18 – 29 Jahren.

Insgesamt wurden 1.971 Fälle von Myo-/Perikarditis gemeldet beim PEI gemeldet. Das PEI sieht darin aber keine Erhöhung in der Anzahl der Erkrankungen. Beim gleichen Institut waren für die Jahre 2000 bis 2020 insgesamt nur 177 Fälle (d.h. 8,4 Fälle pro Jahr); jetzt 1.971 in 2021.

Das ist das 230-fache. Wem der Unterschied nicht auffallen will, muss bewusst ein falsches Bewertungssystem einsetzen.



2. Zahlen über schwere Nebenwirkungen (PEI-Bericht vom 23.12.2021)

Insgesamt traten 448 Fälle von schwerwiegenden **allergischen Reaktionen** auf. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Die allergischen Reaktionen treten vor allem nach der Verabreichung der 1. Dosis auf.

anaphylaktische Reaktionen	Biontech / Comirnaty	Moderna/ Spikevax	Astrazeneca / Vaxzevria	Johnson/ Janssen
Zahl der Fälle	343	39	59	7
Inzidenz	0,72	0,74	0,92	0,20

Herzmuskel-/ Herzbeutelentzündung	Biontech / Comirnaty	Moderna/ Spikevax	Astrazeneca / Vaxzevria	Johnson/ Janssen	Gesamt
Zahl der Fälle	1.245	309	69	35	1.658
Inzidenz	2,61	5,86	1,08	1,00	

Besonders betroffen von **Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen** sind männliche Jugendliche und junge Männer im Alter von 18 bis 29 Jahre. Hier ist

die Inzidenz nach der zweiten Impfung **17,9** bei dem Biontech-Impfstoff **und 51,2** bei Moderna.

Infolge der **Thrombose** nach der Impfung starben 43 Personen. Auffällig ist der hohe Anteil der Thrombose-Erkrankung nach einer Astrazeneca-Impfung.

Die Thrombosen treten hierbei oftmals an ungewöhnlichen Lokalisationen auf, wie beispielsweise in zerebralen Hirnvenen, Milz-, Leber- oder Mesenterialvenen.

Zwischenbemerkung:

In den drei obigen Tabellen sind sogenannte „Inzidenzen“ angegeben worden. Diese sollen einen Vergleich im Umfang der unerwünschten Nebenwirkungen zwischen den Impfstoffen zulassen. Die „Inzidenz“ gibt deshalb an die Zahl der unerwünschten Nebenwirkungen bezogen auf 100.000 verabreichter Impfdosen des speziellen Impfstoffes.

Somit erhält man beispielsweise, dass bei den Herzmuskel./ Herzbeutelentzündungen der Impfstoff von Moderna 5,86 mal häufiger auftritt als beim Impfstoff von Johnson (Verhältnis 5,86 Zu 1), während die Thrombose-Erkrankungen beim Impfstoff von Astrazeneca 35-mal häufiger auftraten als beim Impfstoff von Moderna.

Besonders kritisch sind die Nebenwirkungen **bei Kindern und Jugendlichen** zu betrachten, da diese kaum schwer an COVID erkranken. Die untenstehende Tabelle gibt die Zahl der Nebenwirkungen und die Zahl der Todesfälle bei Kindern im Zeitraum Juni bis November 2021 an.

Kinder 12 - 17 Jahre	Biontech / Comirnaty	Moderna/ Spikevax	Astrazeneca / Vaxzevria	Johnson/ Janssen	unbek.	Gesamt
Nebenwirkungen nach Impfung	2.661	62	40	0	14	2.777
davon tödlich	6	0	0	0	0	6

Im Bericht wird zugegeben, dass 6 Kinder im Zusammenhang mit der Impfung verstorben sind und 9 Kinder einen bleibenden Schaden erhalten haben.

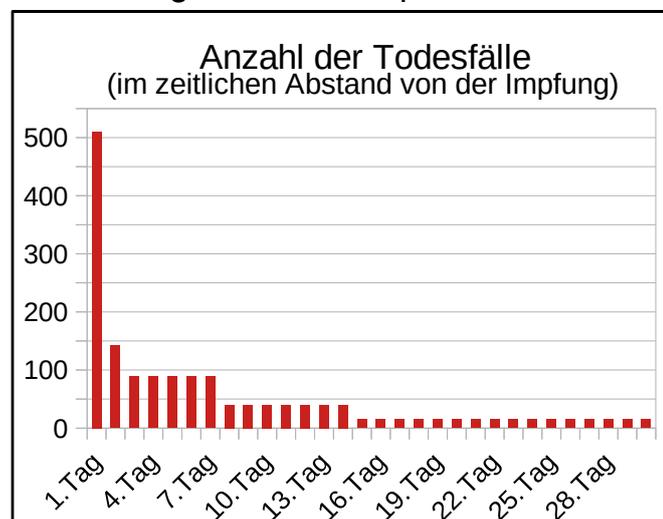
3. der Zeitpunkt der beobachteten Todesfälle nach der Impfung

Der PEI-Bericht wird nicht müde, die Zahl der Verdachtsfälle der Impfnebenwirkungen mit tödlichem Ausgang herunter zu spielen. Die Zahl der bis 31.12.21 gemeldeten Impftoten von 2.255 ist aber offensichtlich nur die Spitze des

Eisberges. Seriöse Untersuchungen zeigen, dass die Zahl der gemeldeten Fälle üblicherweise zwischen 2 und 10 % liegt; bei den gegenwärtigen Psychoterror gegen die Meldungen bei der Corona-Impfung dürfte die Zahl am unteren Ende des Bereiches liegen.

Amerikanische Untersuchungen (siehe Infoblatt vom 17.01.22, Punkt D) sprechen speziell bei Impftoten von 2,24 %. Setzt man diesen Wert für Deutschland an, kommt man auf 100.660 Impftote in einem Jahr, bei 120.000 Coronatoten in zwei Jahren.

Von Impffanatikern wird gern dagegen gehalten, dass es sich ja nur um „Verdachtsfälle“ handelt. Eindeutig dagegen spricht aber die Tatsache, dass die gemeldeten Todesfälle in der Mehrzahl unmittelbar nach der Impfung auftraten (siehe Bild).



Europa

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) ist sowohl für die Zulassung der Impfstoffe als auch für die Registrierung aller gemeldeten Impfkomplicationen zuständig. Die folgende Auswertung (Zeitraum bis **01.10.2022**) erfolgte über die Primärdatendatei der „Europäischen Datenbank gemeldeter Verdachtsfälle von Arzneimittelnebenwirkungen“. Die Bilanz der Auswertung der europäischen Primärdaten ist erschreckend: **29.006 Impftote**, darunter **261 Kinder**.

Impfstoff Folgeerscheinung	Jahr	Biontech	Moderna	Astra- zeneca	Janssen	Novavax	Gesamt
Nebenwirkungen nach Impfung	21/22	1.132.795	343.720	528.031	69.595	1.384	2.074.141
davon schwere	2021	250.711	82.495	213.861	18.616	0	
	2022	216.732	49.637	52.412	14.985	311	899.760
davon tödlich	2021	9.554	5.200	4.470	1.050	0	
	2022	4.572	1.500	2.014	646	0	29.006

Ergänzend sollen noch die Zahlen der Impfnebenwirkungen im Bereich der EMA für Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre genannt werden.

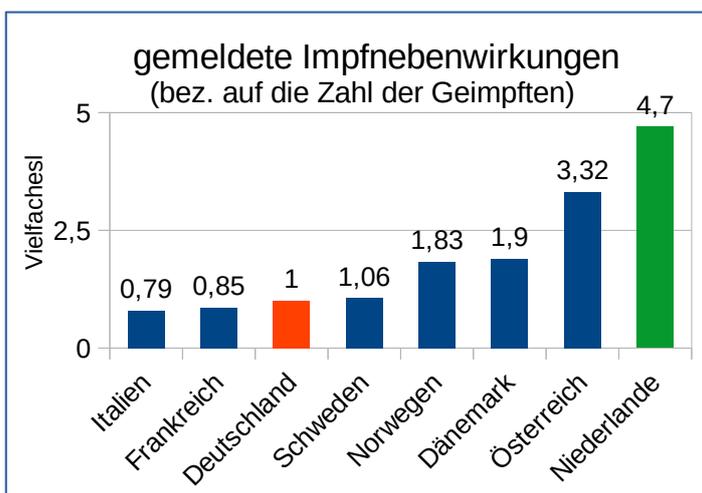
Kinder (bis 17 J.)	Biontech	Moderna	Astra- zeneca	Janssen	Gesamt
Nebenwirkungen nach Impfung	35.361	2.672	1.246	193	39.472
davon schwere	18.879	1.108	768	78	20.833
davon tödlich	204	37	12	8	261

(Quellen: <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arszneimittelsicherheit.html>, http://www.adrreports.eu/de/search_subst.html#, Stand: 01.10.2022 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>)

Unklar ist, wie viele der auftretenden Impfkomplicationen auch wirklich die EMA erreichen.

Anmerkungen:

1. Bei diesen Zahlen muss bedacht werden, dass nur ein Bruchteil der Fälle gemeldet werden.



Schätzungen gehen davon aus, dass in Wirklichkeit das 10- bis 45-Fache der gemeldeten Fälle auftreten. Andererseits kann man auch z.B. feststellen, dass die Niederlande 4,7-mal so viele Impfnebenwirkungen meldet (bezogen auf die Zahl der geimpften Personen) als Deutschland. Hinzukommt, dass - nicht nachvollziehbar - eine erhebliche Anzahl von Fällen aus der Datei wieder gelöscht werden. Das trifft bei Todesfällen auf ca. 24 % der Fälle zu, d.h. ca. 5.000 Tote wieder aus der Datei verschwinden; bei der Zahl der schwerwiegenden Impfkomplicationen betrifft dies 19,5 % (mehr als 115.000 Fälle, die verschwinden).

2. In die Datenbank der EMA sind **beispielsweise** in der Woche vom 02. bis 08. Oktober 2021 **1.956 neue Impftote**

gemeldet worden. In der Summen-Statistik gegenüber der Vorwoche erscheinen nur 355 Impftote mehr. Allein in dieser Woche sind also **1.601 Impftote aus der Statistik eliminiert** worden.

3. Ein großer **Unterschied** zwischen Corona-Erkrankung und Komplikation nach einer Corona-Impfung besteht in der Altersstruktur der Betroffenen. Laut der europäischen Datenbank EMA treten die meisten schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse nach der SARS-CoV-2-Impfung bei Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren auf, während die Corona-Erkrankungen vor allem bei den über 80-Jährigen kompliziert verliefen.

USA

Für die Erfassung der gemeldeten Impfschäden ist in den USA die VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) zuständig. Die Daten werden durch die CDC (Centers for Disease Control and Prevention) aufbereitet und enthalten vor allem die Verdachtsfälle aus den USA (ca. 85 % der Fälle), aber auch einiger Insel und von Puerto Rico.

In dieser Statistik sind bis 29.09.22 **1.478.312 Verdachtsfälle mit 34.259 Impftoten** erfasst.

Unter den 34.259 Impftoten sind leider auch **163 Kinder und Jugendliche** bis 17 Jahre zu beklagen. Bezüglich der dort verwendeten Impfstoffe ergibt sich folgendes Bild:

Impfstoff Folgeerscheinung	Biontech	Moderna	Janssen	Novavax	unbekannt	Gesamt
Nebenwirkungen nach Impfung	874.196	500.400	95.360	96	8.260	1.478.312
davon schwere	190.485	74.671	16.012	15	1.674	282.857
davon tödlich	21.656	9.678	2.728	0	197	34.259

Kinder (bis 17 J.)	Biontech	Moderna	Janssen	Novavax	unbekannt	Gesamt
Nebenwirkungen nach Impfung	45.490	10.773	1.358	3	85	57.709
davon schwere	4.953	536	14	0	18	5.521
davon tödlich	143	20	0	0	0	163

So richtig deutlich wird die hohe Zahl der Impftoten nach Corona-Impfung erst im Vergleich mit anderen Impfungen. Im Zeitraum vom 01.01.21 - 29.09.22 stammen **97,07 %** aller an die amerikanische Behörde VAERS gemeldeten Impftoten von der Corona-Impfung, die restlichen 2,93 % entfallen auf alle anderen Impfungen (Influenza, Pneumokokken, Diphtherie, Tetanus, Masern, Hepatitis, ...). Dadurch wird die Gefährlichkeit der Corona-Impfung besonders deutlich.

(Quelle: <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>)

Welt (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Upsala Monitoring Centre in Schweden mit der Erfassung der Impfnebenwirkungen weltweit beauftragt. Mit Stand 01.03.2022 kann man auf der Webseite vigiaccess.org ablesen, dass dort **4.363.443 Impfnebenwirkungen** erfasst sind (davon Europa 48 %, Amerika 37 %, Asien 8 %, Australien 4 %, Afrika 3 %).

Es wird aber schnell deutlich, dass die Meldung / Erfassung aus den einzelnen Kontinenten äußerst unterschiedlich – und vor allem lückenhaft – erfolgt.

In dieser Datenbank werden auch die Impfnebenwirkungen durch die konkreten aufgetretenen Krankheiten aufgelistet, darunter schwere Erkrankungen, wie

273.715 Herzerkrankungen,	211.084 Gefäßerkrankungen,
147.593 Augenerkrankungen,	448.918 Atemwegsprobleme,
521.932 dermatologische Probleme,	1.115.678 Probleme des Bewegungsapparats,
756.005 Magen-Darm-Erkrankungen,	196.983 psychiatrischen Erkrankungen sowie
1.661.692 Erkrankungen des Nervensystems.	

2) Alles nur nicht die Wahrheit darf zur Corona-Impfung gesagt werden:

BKK- Vorstands-Chef entlassen

Das was sich gegenwärtig abspielt hat mit Demokratie und Rechtsstaat nicht mehr das Geringste zu tun. Die offensichtlichen Lügen über Nebenwirkungen und nicht vorhandene Wirksamkeit der Corona-Impfstoffe müssen mit allen Mitteln aufrechterhalten werden. Bei den Methoden greift man offenbar auf das zurück was vor Jahrzehnten in Deutschland bzw. Teilen Deutschlands offenbar erfolgreich eingeübt wurde. Hätte man die Tatsachen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Begründungen auf seiner Seite müsste nicht zu solchen Maßnahmen gegriffen werden, die wir von totalitären und diktatorischen Regimes kennen.

Der Vorstand der BKK „ProVita“, Andreas Schöfbeck, hatte am 21.02.22 mit einem Brief an den Präsidenten des Paul-Ehrlich-Institutes um Aufklärung der Widersprüche zwischen den vom PEI gemeldeten Zahlen zu Impfnebenwirkungen und den aus Abrechnungsdaten der Ärzte ermittelten Werten gebeten.

(Quellen: <https://bkk-provita.de/wp-content/uploads/2022/02/Pressemitteilung-der-BKK-ProVita-vom-25.02.2022.pdf>
<https://tkp.at/wp-content/uploads/2022/02/BKK-Brief-an-PEI-21022022.pdf>)

Allein eine solche Bitte und Fragestellung reicht aus, einen verdienstvollen Chef (20 Jahre Vorstand) fristlos zu kündigen.

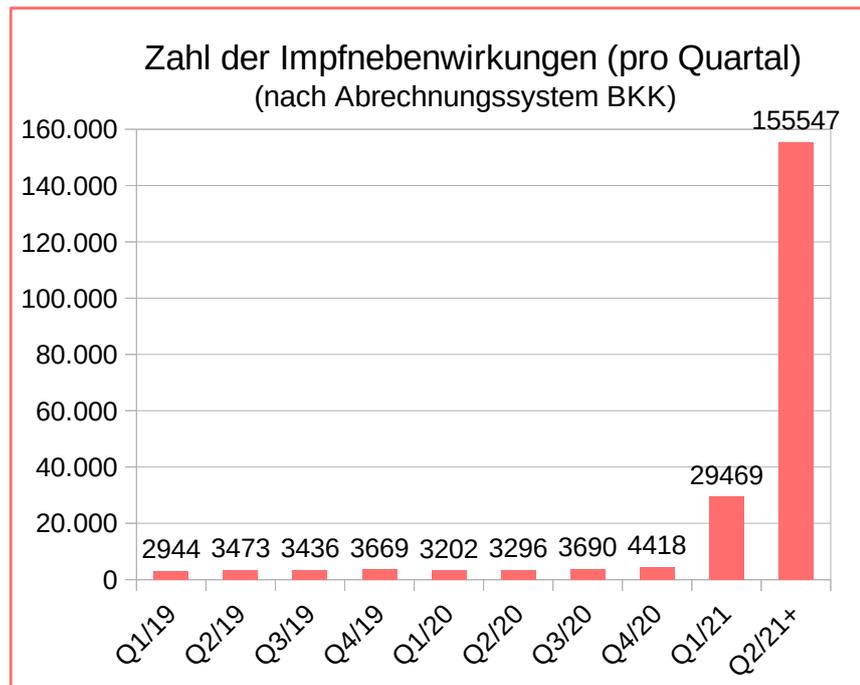
Was war geschehen ? Es wurden bei 10.937.716 Versicherten der Betriebskrankenkassen die Abrechnungsdaten der Ärzte bezüglich der ICD-Codes für Impfnebenwirkungen (T88.0, T88.1, U12.9 und Y59.9) vom 01.01.19 bis 15.08.21 ausgewertet.

2.11) Zahl der abgerechneten Impfnebenwirkungen

In der Grafik ist die Zahl der Impfnebenwirkungen veranschaulicht, die im Zeitraum 01.01.19 bis 15.08.21 zu einem Arztbesuch führten und deshalb im Abrechnungssystem der BKK auftraten.

In den Jahren 2019 und 2020 wurden durchschnittlich pro Quartal 3.516 Impfnebenwirkungen bei der BKK abgerechnet, 2021 aber 74.006 Impfnebenwirkungen, **das ist das 21-Fache.**

Dies allein wäre Alarmzeichen genug !!! Die Begründung, dass ja mehr Impfungen 2021 durchgeführt wurden, ist zwar richtig, gibt aber keine Rechtfertigung. Wenn eine Impfung so unsicher ist, wie sie sich erweist, dann darf auch diese Impfung nicht (so oft) verabreicht werden – und erst recht nicht über eine Impfpflicht.



2.2) Vergleich der bei der BKK abgerechneten Impfnebenwirkungen mit der Zahl der beim PEI gemeldeten Impfnebenwirkungen

Das eigentliche Anliegen des Vorstandes war, einen Widerspruch zwischen den aus den Abrechnungsdaten ermittelten Anzahl der Fälle an Impfnebenwirkungen und dem beim Paul-Ehrlich-Institut zu untersuchen. Die nachvollziehbare Argumentation des BKK-Vorstandes war, dass aus den Abrechnungsdaten der ersten beiden Quartale 2021

- hochgerechnet auf das ganze Jahr 2021 sich 370.032 Fälle ergeben, vermindert um den Durchschnittswert der letzten Jahre (14.064), kann man der COVID-Impfung 355.968 Fälle zurechnen (bezogen auf 10.937.716 Versicherte)

- andererseits weist der Sicherheitsbericht des PEI vom 08.02.22 für das Jahr nur 244.576 Impfnebenwirkungen aus (bezogen auf 83.222.442 Einwohner).

Es ist unschwer zu erkennen, dass die Abrechnungsdaten mehr als 11-Fache der Zahl der Impfnebenwirkungen ausweisen. Es ist nicht nur verantwortlich von einer Krankenkasse auf solche Widersprüche hinzuweisen, sondern es sollte geradezu eine Pflicht sein.

	PEI (Sicherheitsbericht)	BBK (Abrechnungssystem)	
Impfnebenwirkungen	244.576	355.968	
Population	83.222.442	10.937.716	
Inzidenz (auf 100.000 bezogen)	294	3.255	11,1-fach

Mit dem offiziellen Bezweifeln von Impfnebenwirkungen dürfte es angesichts einer weiteren Datenanalyse zudem noch schwerer werden: Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfasst jährlich die genauen Abrechnungsdaten aller Patienten. Diese sind für jeden auf einem öffentlichen Browser einseh- und auswertbar. Demnach hat sich die Zahl der mit einem der Codes für Impfnebenwirkungen abgerechneten Krankenhaufälle um etwa das 19-fache gegenüber dem Jahr 2020 erhöht, die der entsprechenden Intensivbehandlungen um mehr als das 13-fache. Insgesamt entspricht dies einem Plus von rund 24.000 Fällen, bei den Intensivpatienten etwa 2.500 Fällen mehr als im Vorjahr. Fast 16.000 Patienten erhielten demnach sogar Diagnosen mit dem Code U12.9, der Schäden nach Corona-Impfungen bezeichnet und erst seit April 2021 gültig ist.

A3) Vergleichende Zahlen von Corona-Impfung und COVID-Erkrankung

Der, aus den Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen ermittelte Vergleich zwischen Corona-Impfung und COVID-Erkrankung lässt aber noch erschreckendere Schlüsse zu:

<u>Tage der Arbeitsunfähigkeit:</u>	wegen COVID-Erkrankung	374.500 Tage
	wegen Corona-Impfung	383.200 Tage (102 %)
<u>Aufenthalt im Krankenhaus:</u>	wegen COVID-Erkrankung	198.000 Tage
	wegen Corona-Impfung	250.000 Tage (126 %)

Diese Zahlen werfen erneut die Frage auf: Könnte es sein, dass man hier sinnbildlich den Teufel mit dem Beelzebub austreiben will ?

Bei den Zahlen der COVID-Erkrankung ist noch zu beachten, dass auch ein Patient mit einer Hüftoperation, der positiv auf Corona getestet wurde, mitgezählt ist.

3) Auch wenn man die Zahl der Impfnebenwirkungen auf die Zahl der verabreichten Impfdosen bzw. geimpften Personen bezogen wird, ist die Zahl und die Schwere der Erkrankungen nach einer Impfung mit jedweder Impfpflicht unvereinbar

Um es vorweg zu nehmen, eine sehr große Anzahl von Impfnebenwirkungen durch eine hohe Anzahl verabreichter Impfdosen zu „entschuldigen“, wie es Politik und Mainstream gern tun, ist unaufrichtig. Denn gerade bei unsicheren und nur bedingt zugelassenen Impfstoffen sollte man – wenn überhaupt – nur in Notfällen impfen.

Die folgenden Zahlen der Impfnebenwirkungen sind der europäischen Datenbank EMA entnommen, hier nur bezüglich Störungen des Nervensystems und Herzerkrankungen.

(Quellen: <https://www.adrreports.eu/> und <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccine-tracker>)

		Biontech	Moderna	Novavax	Janssen
Impfdosen		630.109.964	154.109.537	121.274	19.442.178
Herz- erkrankungen	Zahl der Fälle	44.239	11.276	24	1.946
	Inzidenz	21,1	22	19,8	20
Störungen des Nervensystems	Zahl der Fälle	243.389	72.215	74	21.385
	Inzidenz	115,9	140,6	61	220

In der Zeile der „Inzidenz“ ist die Zahl der Verdachtsmeldungen auf 100.000 geimpfte Personen bezogen. Dabei wird davon ausgegangen, dass im Durchschnitt bei Biontech und Moderna 3 Dosen pro Person, bei Janssen 2 Dosen und bei Novavax bisher nur 1 Dosis pro Person verimpft wurden. Bei den Impfstoffen sind keine graduellen Unterschiede in der Zahl der Impfnebenwirkungen festzustellen (bei Novavax ist die verabreichte Zahl an Dosen noch relativ gering).

Die berechneten Inzidenzwerte für Erkrankungen des Nervensystems liegen bei etwa 100. Solche Werte werden von den Regierenden hingenommen, die gleiche Größenordnung hatte bei Corona-Infektionen noch vor einem halben Jahr zu drastischen Einschränkungen in Wirtschaft und Gesellschaft, einschließlich der Grundrechte, geführt. Welche abscheuliche Doppelmoral !

Die Daten zeigen eindeutig (trotz einer immensen Untererfassung), dass eine Impfpflicht auf die Lizenz hinausliefere, Menschen gezielt und wissentlich schwere Verletzungen zuzufügen oder sogar Todesfälle mit einer gar nicht so geringen Wahrscheinlichkeit zu verursachen. In einem Rechtsstaat kann das nur undenkbar und unmöglich sein.

4) Signifikante Zunahme von Impfnebenwirkungen nach einer Booster-Impfung (im Vergleich zur 2. Impfung)

In einer neuen amerikanischen Studie (Quelle: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791034?utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_term=041422) wurden die Impfnebenwirkungen an knapp 48.000 Patienten untersucht. Es musste festgestellt werden, dass die Zahl der unerwünschten Nebenwirkungen nach der Bosster-Impfung im Durchschnitt noch einmal um 20 % gegenüber der 2. Impfung erhöht waren. Im Einzelnen wurden folgende Beschwerden gemeldet:

- Müdigkeit: 2.360 Personen ~ 4,92 % (nach der zweiten Impfung: 995 Personen ~ 2,07 %)
- Übelkeit: 1.259 Personen ~ 2,62 % (979 Personen ~ 2,04 %)
- Kopfschmerzen: 1.185 Personen ~ 2,47 % (992 Personen ~ 2,07 %)
- Gelenkschmerzen: 1019 Personen ~ 2,12 % (816 Personen ~ 1,70 %)
- Muskelschmerzen: 956 Personen ~ 1,99 % (784 Personen ~ 1,63 %)
- Durchfall: 817 Personen ~ 1,70 % (595 Personen ~ 1,24 %)
- Fieber: 533 Personen ~ 1,11 % (391 Personen ~ 0,81 %)
- Erbrechen: 528 Personen ~ 1,10 % (385 Personen ~ 0,80 %)
- Schüttelfrost: 224 Personen ~ 0,47 % (175 Personen ~ 0,36 %).

Damit wurde wird ein weiteres Mal das unter anderem von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) verbreitete Narrativ der „nebenwirkungsfreien Impfung“ als Mythos entlarvt. Der wichtige Unterschied besteht jedoch darin, dass bei der Auffrischungsimpfung gegen Corona eine Zunahme der leichten Nebenwirkungen festgestellt wurde, obwohl aufgrund der Erfahrungen mit über Jahrzehnte erprobten Impfstoffen eine Abnahme zu erwarten gewesen wäre.

5) Die englische Statistikbehörde „Office for National Statistics“ veröffentlicht, dass fast 70.000 Menschen binnen 28 Tagen nach der Corona-Impfung verstorben sind

Die Zählung von Coronatoten und Impftoten wird nicht einheitlich vorgenommen. Bezüglich der Zahl der Toten nach der Corona-Impfung versucht man es weitgehend mit Verschweigen und Vertuschen.

Der Autor hatte im Corona-Informationsblatt vom 02.05.2022 (F Gedankensplitter, Nr.1) eine ähnliche Möglichkeit der Vereinheitlichung und der Vergleichbarkeit der Zahl von „Coronatoten“ und „Impftoten“ vorgeschlagen:

- Als „**Coronatoter**“ zählt, der positiv getestet ist und der Tod innerhalb 4 Wochen nach der Testung eingetreten ist (mit oder an dem Virus gestorben).
Dies ist ein in England ein gegenwärtig praktiziertes Verfahren.
- Als Corona-**„Impftoter“** zählt, der mind. einmal mit einem Corona-Impfstoff geimpft wurde und der Tod innerhalb von 4 Wochen danach eintrat (mit oder an der Impfung gestorben).

Die englische Statistikbehörde hat am 16. Mai 2022 erstmalig Zahlen veröffentlicht, aus denen die die Zahl der Menschen, die in einem Zeitraum von 4 Wochen nach der Impfung verstorben sind, hervorgeht.

(Quellen: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland> ; <https://expose-news.com/2022/05/19/70k-dead-28-days-covid-vaccination/> und https://coronavirus.data.gov.uk/details/deaths?areaType=nation&areaName=England#card-deaths_within_28_days_of_positive_test_by_date_of_death_age_demographics)

Im Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.03.22 **starben** in England (nicht Großbritannien)

69.462 Menschen innerhalb 4 Wochen **nach der Corona-Impfung**.

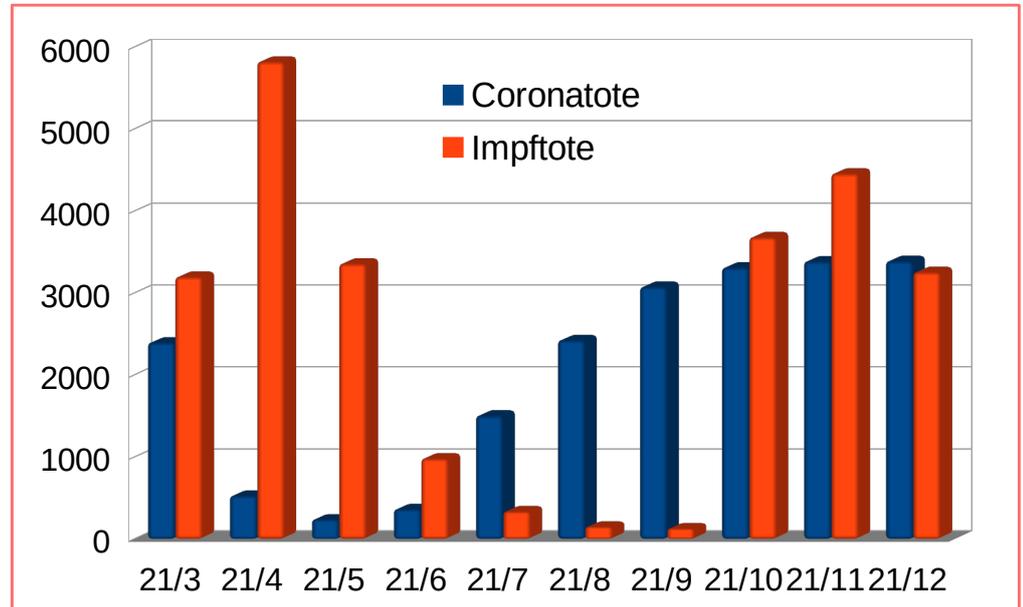
(Anmerkung: Natürlich ist in dieser Zahl analog der Zählung der Coronatoten (mit oder an dem Virus) die Zahl der Impftoten betrachtet, die mit oder wegen der Impfung gestorben sind. Die Vergleichbarkeit ist gegeben.)

Leider sind die Daten für für die Impftoten (innerhalb 4 Wochen) nicht in der zeitlichen Abhängigkeit veröffentlicht. Ausführlich

wird in den Daten der englischen Statistikbehörde die Zahl der Impftoten im Zeitraum von **3 Wochen nach der Impfung** betrachtet. Diese Daten sollen jetzt auch zum Vergleich mit der Zahl der Coronatoten (Zählung bis 4 Wochen nach positiven Test) herangezogen werden. Das führt natürlich zu einer *Unterschätzung der Zahl der Impftoten*.

Der Vergleich fällt aber trotzdem noch zu Ungunsten der Impftoten aus. Im Zeitraum März bis Dezember 21

starben in England **20.618 an COVID** und **25.364 nach der Corona-Impfung**. Die vergleichbare Zählung erfolgt wie oben beschrieben. Das Diagramm zeigt auch deutlich die Folgen der Verabreichung der 2. Dosis (März – Mai 2021), aber vor allem die Konsequenzen der Boosterung (Okt.-Dez. 2021).



6) Die Altersstrukturen bei Corona-Impfnebenwirkungen und COVID-Erkrankungen sind sehr verschieden: die Impfnebenwirkungen betreffen auch viele Jüngere, während bei den Erkrankungen die Älteren überwiegen

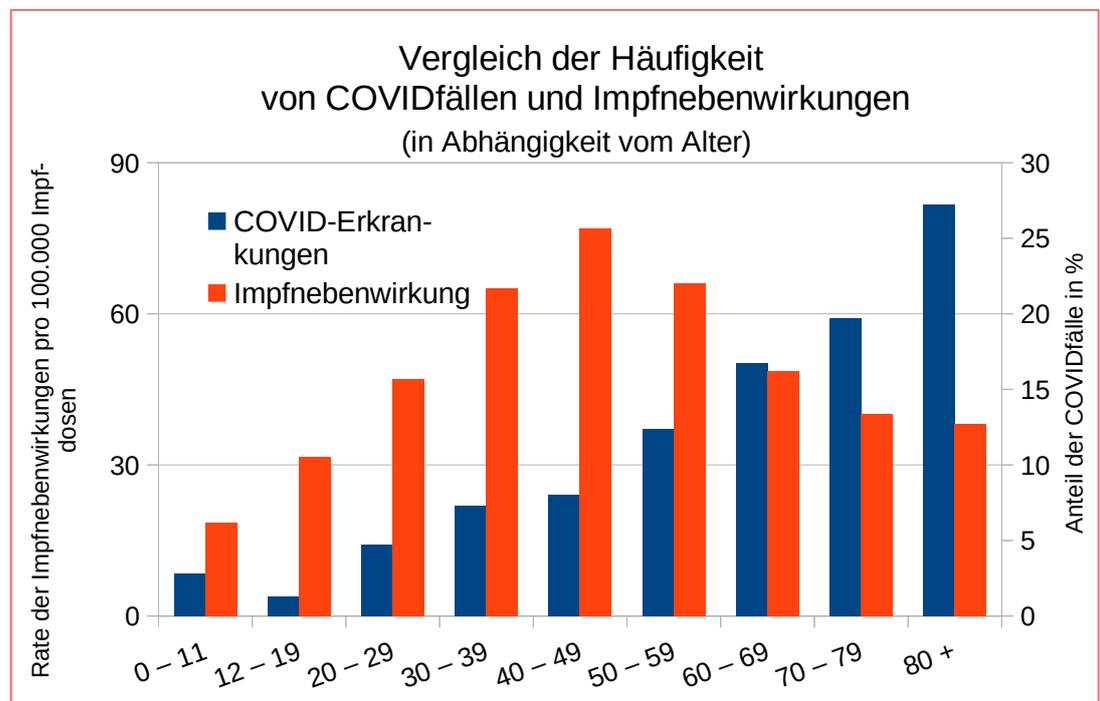
Aus offiziellen Daten der kanadischen Regierung (bis zum 29. April 2022 ausgewertet, am 20.05.22 veröffentlicht)

(Quellen: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html> und <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html#a9>)

lassen sich Vergleiche bezüglich des Alters bei Erkrankungen aufgrund Impfnebenwirkungen und COVID-Erkrankungen anstellen.

Das Diagramm stellt die Häufigkeiten dar. Es sind zwei Dinge deutlich erkennbar:

- Bei den COVID-Erkrankungen (blaue Säulen) nimmt die Häufigkeit mit dem Alter stark zu (über 65-Jährige erkranken (konkret sind die **Hospitalisierungen** aufgeführt))



etwa 33-mal häufiger als Menschen aus der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre.

- Bei den Impfnebenwirkungen (rote Säulen) ist die Altersgruppe 40 bis 49 Jahren am stärksten betroffen (doppelt so häufig wie die über 80-Jährigen). Im Vergleich der AG 65+ und 15 – 24 Jahre gibt es keinen nennenswerten Unterschied (bei den Erkrankungen war es noch das 33-Fache bei der AG 65+).

7) Ein Bericht des Weltgesundheitsrats zeigt: Es liegen ausreichende Beweise für unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Covid-19-Impfstoffen vor, dass ein Produktrückruf sofort erforderlich ist.

Der Weltgesundheitsrat (World Council for Health) hat am 16.06.22 einen Bericht mit dem Titel „Pharmakovigilanzbericht zum Covid-19-Impfstoff“ herausgegeben, der die gemeldeten Impfnebenwirkungen bei den folgenden Datenbanken analysiert:

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) – VigiAccess
- Das US Center for Disease Control (CDC) – Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS)

- EudraVigilance – Europäische Datenbank mit mutmaßlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (EMA)

- Medicines & Healthcare products Regulatory Agency – UK Yellow Card Reporting Site

(Die drei erstgenannten Datenbanken waren auch für den Autor in den Corona-Informationenblättern in regelmäßigen Abständen die Grundlage der Statistiken über unerwünschte Nebenwirkungen der Corona-Impfstoffe.)

Im Bericht des Weltgesundheitsrates geht es vor allem um den Vergleich der Zahl der Nebenwirkungen der COVID-Impfstoffen mit anderen Impfstoffen, die ebenfalls in großer Anzahl verabreicht wurden.

WHO

Aus der VigiAccess-Statistik kann man einen Vergleich zwischen der Zahl der Impfnebenwirkungen der COVID-Impfstoffen mit dem bisher weltweit häufigsten verabreichten Impfstoff (BCG-Impfstoff gegen Tuberkulose) mit 4 Mio Impfdosen anstellen. Die Tabelle zeigt, dass bei den

	Impfdosen in Mio	Nebenwirkungen	Verhältnis	Vielfaches
COVID	5.100	3.800.000	745,1	79,9
Tuberkulose	4.000	37.335	9,33	

COVID-Impfstoffen das 79,7-fache an gemeldeten Impfnebenwirkungen (bezogen auf die jeweils verabreichte Zahl von Impfdosen) gegenüber dem Tuberkulose-Impfstoff auftreten.

VAERS

Aus der Datenbank VAERS soll die Zahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen mit tödlichen Ausgang (Impftote) bei den COVID-Impfstoffen mit **allen** anderen Impfstoffen (seit 1990) verglichen werden. Die Tabelle zeigt,

dass die Zahl der **COVID-Impftoten**

das **69,5-Fache**

gegenüber allen

anderen Impftoten beträgt.

	Impftote	Jahre	Verhältnis	Vielfaches
COVID	27.968	1,4	19.977	69,5
alle anderen	9.032	31,4	287,6	

EMA

Aus der europäischen Datenbank soll ein Vergleich der Zahl der gemeldeten Impfnebenwirkungen zwischen COVID-Impfstoffen und Masern-Impfstoffen angestellt werden. Hier ergibt sich das

	Impfdosen in Mio	Nebenwirkungen	Verhältnis	Vielfaches
COVID	3.416	1.800.000	526,9	72,5
Masern	6.732	48.913	7,27	

72,5 – Fache der Zahl der unerwünschten Nebenwirkungen bei den COVID-Impfstoffen gegenüber den Masern-Impfstoffen (wieder unter Beachtung der verabreichten Impfdosen).

Der Bericht zieht ein vernichtendes Fazit:

Es gibt ein besorgniserregendes Sicherheitssignal in Bezug auf Covid-19-Impfstoffe, die in allen in diesem Bericht untersuchten Datenbanken nachgewiesen wurden.

Der Polio-Impfstoff wurde in weniger als 1 Jahr nach 10 gemeldeten Todesfällen zurückgerufen, der Schweinegrippe-Impfstoff wurde in weniger als 1 Jahr nach 53 gemeldeten Todesfällen zurückgerufen.

Der Covid-19-Impfstoff mit über 28 000 damit verbundenen Todesberichten wurde bisher nicht zurückgerufen.

Dies wäre aber die Pflicht der Einrichtungen, die für die Bewertung der Sicherheit neu zugelassener Impfstoffe verantwortlich sind.

C) Herzprobleme nach Impfung sind häufig und in vielen Fällen besorgniserregend

Die Dimension der Herzprobleme durch die gentechnischen Impfungen wird noch immer unterschätzt. Sie sind wesentlich häufiger als bisher immer angenommen, und sie führen viel zu oft zu einem Spitalsaufenthalt, wie eine neue Studie zeigt.

(Quelle: <https://zenodo.org/record/6556390#.YoYmnnXP23B>)

Überprüft wurden die Krankengeschichten aller Personen, die zwischen dem 14. Dezember 2020 und dem 18. März 2022 eine Meldung über ein unerwünschtes Ereignis in der amerikanischen Datenbank VAERS in Verbindung mit einer Myokarditis-Diagnose eingereicht haben.

Im Folgenden werden nur die Fälle der **Herzmuskelentzündungen** (Myokarditis) betrachtet.

Das Diagramm zeigt einen Vergleich der Zahl der Fälle in den Jahren 2016 bis 2020 für alle Impfstoffe und die Zahl der Fälle nur nach Corona-Impfungen bis zum 18.03.21 (0,21-igste Teil eines Jahres).

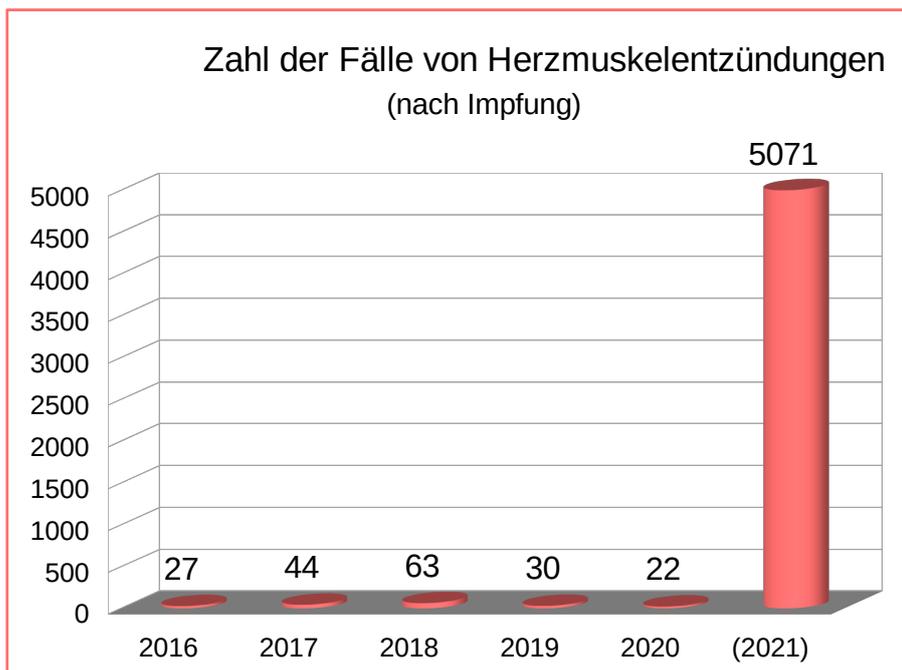
Während in den Jahren 2016 bis 2020 im Durchschnitt 37,2 Fälle bei der VAERS gemeldet wurden, waren es bis zum 18.03.21 bereits 5.071 Fälle, das ist das **136-Fache bzw. 13.600 %**.

Auf das gesamte Jahr 2021 hochgerechnet käme man sogar auf das 645-fache !!!

Dies ist ein unübersehbares Alarmsignal, welches allein schon Verantwortliche zum sofortigen Stopp der Corona-Impfungen führen müsste.

Leider herrscht aber weiter unverantwortliche Ignoranz.

Aber nicht nur die Zahl der Fälle der Herzmuskelentzündungen ist immens gestiegen, sondern



auch die Schwere der Erkrankungen. Die Tabelle zeigt, dass die überwiegende Anzahl der Erkrankungen mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden ist.

Bei den 0- bis 19-Jährigen betrifft das 84 % und über alle Altersgruppen gemittelt 71 % (in 2 % führt die Erkrankung sogar zum Tode).

Myokarditis	alle AG	0-19 Jahre
Fälle	5.071	1.105
Hosp.	3.594	928
Tote	101	2

Das besonders Erschreckende ist, dass vor allem junge Menschen von den Erkrankungen an Myokarditis / Herzmuskelentzündung und Perikarditis / Herzbeutelentzündung betroffen sind, männliche wesentlich häufiger als weibliche.

Fakt 17.2: Die „Tödlichkeit“ der einzelnen Impfchargen ist äußerst unterschiedlich.

Bei einem Impfstoff einer bestimmten Sorte, z.B. CORMINATY von Biontech/Pfizer, geht man üblicherweise davon aus, dass die einzelnen Impfchargen etwa die gleiche Impfwirksamkeit erzielt, aber eben auch etwa gleich Zahl und Stärke von Impf-Nebenwirkungen aufweist.

Das ist bei den Corona-Impfstoffen absolut nicht der Fall. Es gibt **äußerst gefährliche Chargen**, aber auch wenig gefährlichere. Dies kann man aus der amerikanischen VAERS-Datenbank analysieren. Ausführlich ist dies von Wissenschaftlern auf <https://www.howbadismybatch.com/> geschehen. Es wurde festgestellt, dass

5 % der Impfchargen für 100 % der Todesfälle

verantwortlich sind.

Laut dieser Analysen gab es bei 4.289 Chargen, die an 12 oder weniger Bundesstaaten verteilt wurden, nur wenige Berichte von Nebenwirkungen und Hospitalisierungen und keine Todesfälle. Hingegen wurden bei 13 Chargen der Pfizer- und Moderna-Seren, die in viele US-Bundesstaaten gingen, die meisten unerwünschten Nebenwirkungen bzw. Todesfälle gemeldet. 96 % der Pfizer-Impfstoffe waren demnach „sicher“.

Die 2.828 gemeldeten Todesfälle sind auf lediglich 4 % der Chargen von Biontech/Pfizer zurückzuführen. Bei Moderna gab es bei 95 % der Chargen keine Einträge zu Todesfällen. Die 2.603 gemeldeten Todesfälle gehen also auf 5 % der Chargen zurück.

Eigene Recherchen in der amerikanischen VAERS-Datenbank haben die in der Tabelle zusammengestellten besonders tödlichen Impfchargen festgestellt. Diese Feststellungen lassen erhebliche Zweifel an einer Funktionierenden Qualitätskontrolle bei der Impfstoff-Herstellung schließen.

Die Analyse der Chargen ermöglicht auch einen Vergleich mit der Zahl der Nebenwirkungen einer Grippe-Schutzimpfung. Bei der Corona-Impfung mit dem Impfstoff von Biontech/Pfizer gab es im Durchschnitt bezogen auf jeweils eine Charge demnach 106mal so viele Nebenwirkungen, 189mal so viele Todesfälle und 195mal so viele Hospitalisierungen als bei den Grippe-Impfstoffen.

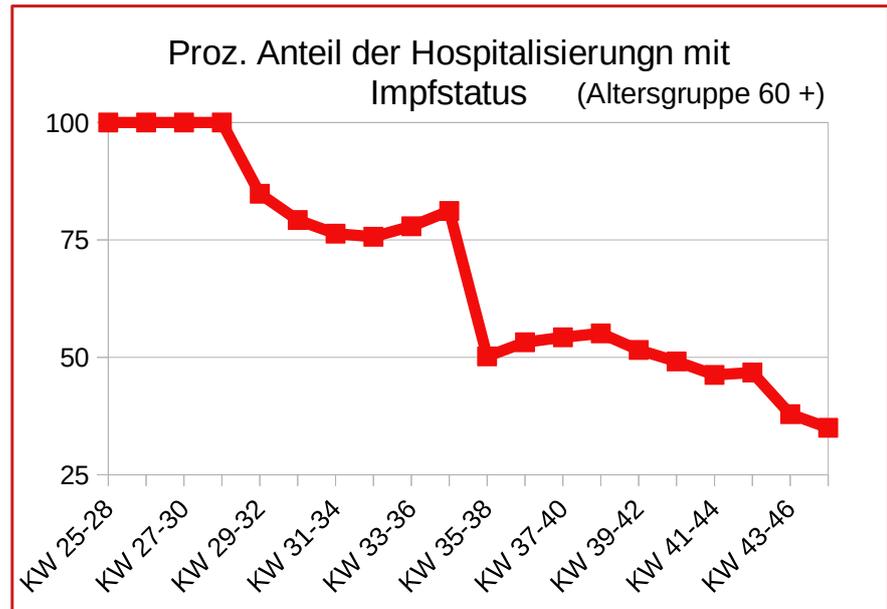
Impfstoffhersteller	Charge	Todesfälle
Biontech / Pfizer	EM0477	232
Biontech / Pfizer	EN6201	151
Biontech / Pfizer	EJ6788	148
Biontech / Pfizer	EJ6795	145
Biontech / Pfizer	EK9788	138
Biontech / Pfizer	EN6200	119
Biontech / Pfizer	EJ6796	117
Biontech / Pfizer	EN6198	116
Biontech / Pfizer	EN5318	115
Biontech / Pfizer	EL9261	110
Biontech / Pfizer	EM9810	99
Moderna	039K20A	98
Biontech / Pfizer	EL9269	98
Biontech / Pfizer	EL3248	97
Biontech / Pfizer	EN6202	97
Biontech / Pfizer	EP9598	97
Biontech / Pfizer	EP2166	93
Biontech / Pfizer	EJ6789	92
Biontech / Pfizer	EJ6134	91
Johnson&Johnson	213C21A	90

Fakt 17.3: Das „Versteckspiel“ mit unbequemen Daten durch das Robert-Koch-Institut ist beschämend .

Vorbemerkung: Das Robert-Koch-Institut (RKI) ist eine Behörde des Bundesgesundheitsministerium und die Ständige Impfkommission (StIKo) ist am RKI angebunden. Rein wissenschaftliche, unabhängige Berichterstattungen und Entscheidungen sind da kaum zu erwarten. Und wenn gewünschte Entscheidungen nicht schnell genug getroffen werden, wie bei der Kinderimpfung durch die StIKo, dann wird ein Gremium Ständige Impfkommission einfach „für Pandemiezeiten ungeeignet“ erklärt (und ausgeschaltet ?) (BGM Spahn in Bundespresskonferenz).

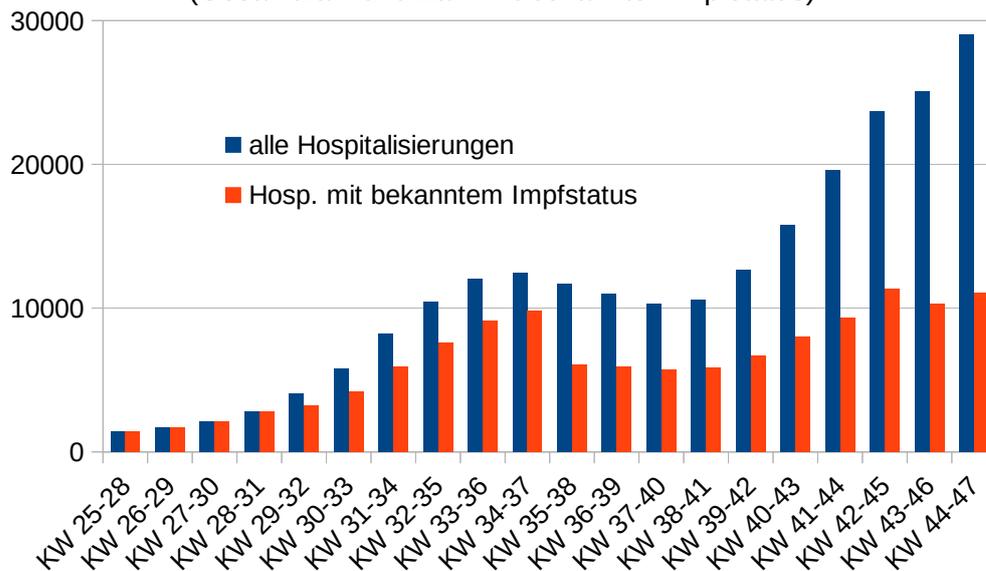
1) Der erste Trick besteht darin, die Zahl der Impfdurchbrüche nur für einen Teil der Daten auszuwerten

Seit einigen Wochen bezieht das RKI seine Aussagen bezüglich der Zahl der Impfdurchbrüche auf die Zahl der Patienten, deren Impfstatus bekannt ist. Was zunächst als sehr vernünftig aussieht, erweist sich schnell als äußerst fragwürdig. In dem Zeitraum von 44. bis 47. KW war angeblich nur von **35 %** der hospitalisierten Patienten der Impfstatus bekannt. In einer Zeit, wo jeder Arbeitgeber den Impfstatus seiner Arbeitnehmer kennen soll, ist es in Krankenhäusern in der Mehrzahl der Fälle nicht möglich, den Impfstatus zu erfassen. Das ist äußerst unglaublich !



Möglicherweise wäre ja sogar der Impfstatus für die Behandlungsmethode zwingend notwendig gewesen.

Vergleich COVID-Hospitalisierungen
(Gesamtzahl und Zahl mit bekanntem Impfstatus)



Besonders auffallend ist (siehe besonders obiges Bild), dass mit zunehmender Zahl der Hospitalisierungen die „Methodik“ geändert wurde, und zwar zwischen der 31. zur 32. KW als auch von der 37. zur 38. KW.

Die mögliche Verfälschung der Daten wird deutlich, wenn im Wochenbericht vom 02.12.21 z.B. der Anteil der Impfdurchbrüche mit 49 % angegeben wird, wenn aber nur 35 % der Daten berücksichtigt wurden.

Es bleiben große Zweifel !

2) Ein weiterer Trick besteht darin, die aktuelle Situation zu verschleiern, indem man über längere Zeiträume mittelt

Das Impfversagen wird vor allem in den letzten Wochen statistisch mit drastisch gestiegenen Werten der Zahl der Impfdurchbrüche deutlich. Beispielsweise gab es allein in der 47. KW 50.767 Impfdurchbrüche; das sind mehr als viermal so viel wie in den 24 Wochen vom 01.02. bis 18.07.21 – oder auf eine Woche bezogen das mehr als Hundertfache. Es kann nicht häufig genug gesagt werden; das sich abzeichnende, gravierende Problem wird durch die Entwicklung, durch die **Tendenz**, charakterisiert.

Das RKI versucht dies demagogisch zu verschleiern, indem es dem gesamten Zeitraum in statistische Betrachtungen einbezieht und damit eine Mittelung vornimmt, die die gegenwärtige Situation falsch darstellt.

Im Wochenbericht vom 02.12.21 steht wörtlich der Satz: „Im gesamten Zeitraum von MW 5 bis 47/2021 war aus den übermittelten Angaben für 83 % der symptomatischen COVID-19-Fälle der I

Impfstatus bekannt. „Der Satz mag möglicherweise so richtig sein, hat aber für einen Wochenbericht zur 47. KW keinerlei Relevanz, wenn in dieser Woche vielleicht nur von 38 % der symptomatischen Fälle der Impfstatus bekannt wäre. Ich muss bei diesen Trick der Schönfärberei der Daten an einem Ausspruch meines Lehrers denken: „Der Teich ist im Mittel 30 cm tief, die Kuh ist trotzdem ertrunken.“

3) Leider ist die fehlende wissenschaftliche Unabhängigkeit beim RKI nicht das erste Mal zu beklagen

In den Jahren 2006/07 hat eine internationale Historiker-Kommission den dunkelsten Teil der Vergangenheit des RKI in der Nazizeit erforscht. Folgende Auszüge sollen hier unkommentiert angegeben werden (u.a. nachzulesen im „Spiegel“ vom 01.10.2008):

- „Für das Übertreten humanistischer Grundsätze, für die Verletzung der Würde und der körperlichen Unversehrtheit (beim RKI) gibt es zu keiner Zeit der Welt eine Rechtfertigung.“
- „Am RKI sei es nicht ´wie überall` gewesen, sondern schlimmer als an vielen anderen Einrichtungen - unter anderem, weil Mediziner nach Einschätzung der Historiker "eine überproportional höhere Affinität zum Nationalsozialismus hatten als andere Berufsgruppen".
- "Wir hatten uns mehr Courage erhofft."

Jeder mache sich seine eigenen Gedanken zur gegenwärtigen Situation !

4) Glücklicherweise gibt es in anderen Ländern noch vergleichsweise verlässlichere Daten als beim RKI

In den folgenden Punkten werden noch einige Statistiken aus anderen Ländern ausgewertet. Die Ergebnisse sind auf Deutschland übertragbar, weil diese Daten aus Ländern stammen, die es mit der gleichen Delta-Variante des Virus zu tun haben.

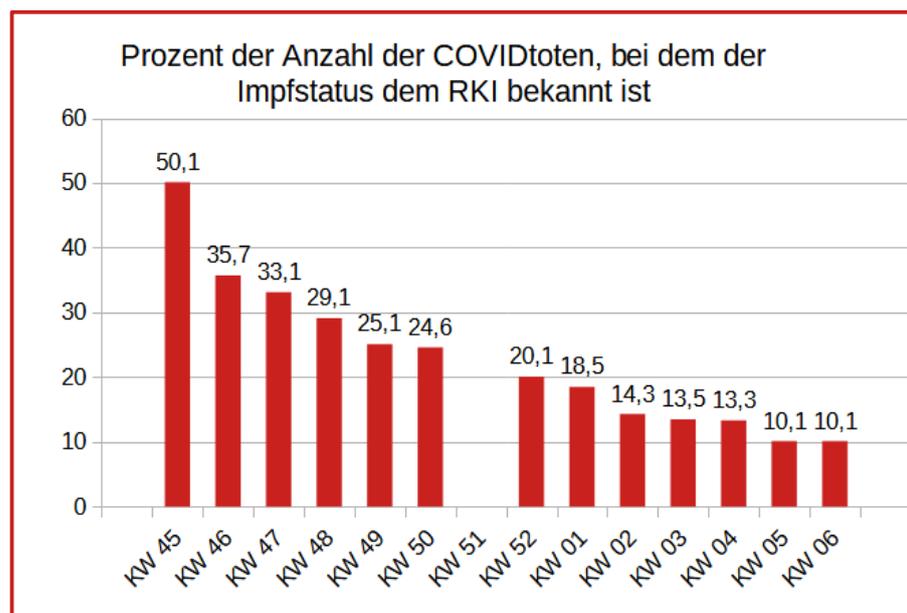
Erwähnenswert ist dabei noch, dass auch die Wissenschaftler in anderen Ländern unter Druck gesetzt werden. So wird die britische Gesundheitsbehörde „UK Health Security Agency“ seit Wochen von Medien (speziell vom Journal „Times“) beschimpft, mit ihren Veröffentlichungen Impfgegnern Argumente zu liefern, weil die Behörde detaillierte Informationen u.a. über den Anteil der Geimpften am Infektionsgeschehen, bei Krankenhausaufenthalten und COVID-Todesfällen gibt. Bis jetzt hat die Behörde standgehalten – und diese Daten nur etwas im Anhang „versteckt“.

5) Die „Rosenmontags“statistik: Wie das RKI das Zählen verlernte

Es ist Aufgabe des RKI u.a. die Zahl der Infektionen, Hospitalisierungen und der Todesfälle in der Pandemie zu erfassen, zu bewerten und zu veröffentlichen – und seit der Impfung auch in Abhängigkeit vom Impfstatus, um die Impfwirksamkeit zu berechnen. Dies kann man nur zuverlässig tun, wenn man den Impfstatus kennt bzw. kennen will. Im Diagramm ist dargestellt, dass gegenwärtig nur noch von etwa 10 % der Todesfälle der Impfstatus bekannt ist. Nur diese Daten werden dann seitenweise in den Berichten diskutiert.

Das Ergebnis kann nicht ansatzweise den Anspruch an eine wahrheitsgemäße

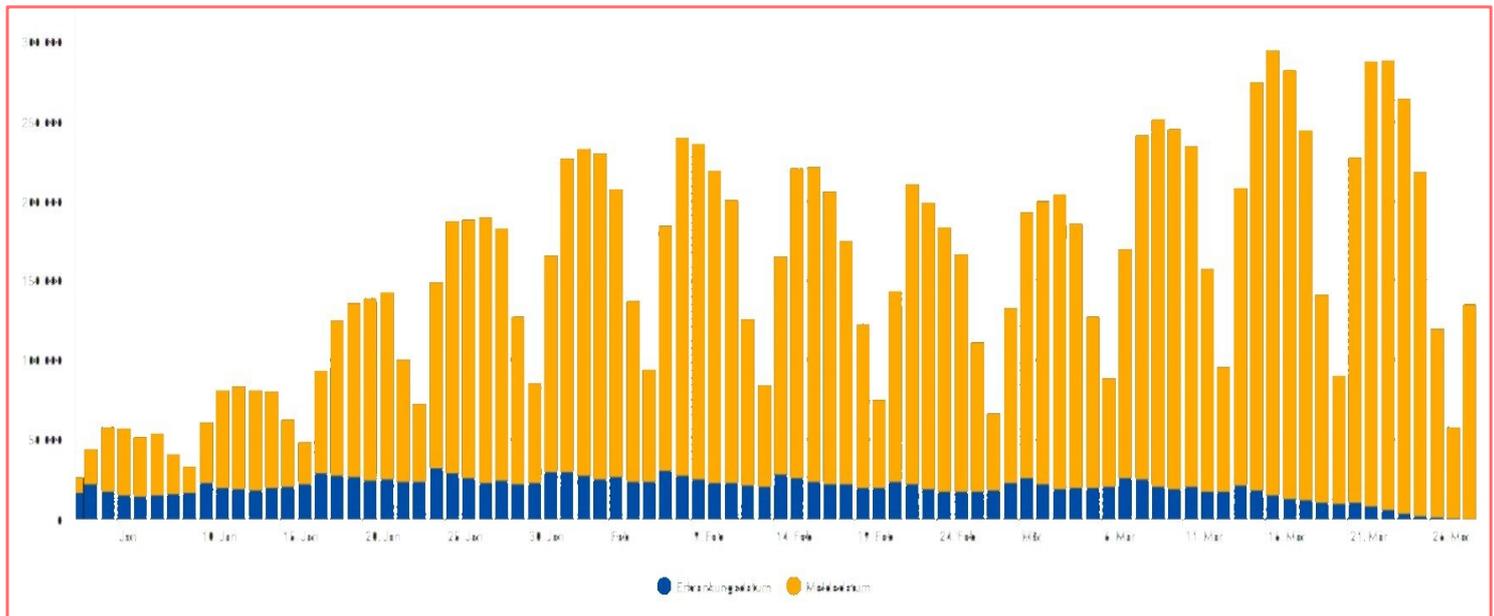
Berichterstattung erfüllen, wenn 90 % der Werte einfach ignoriert werden. Hier stehen Tor und Tür für Manipulationen weit offen. Jeder denkende Journalist müsste hier sofort kritisch hinterfragen.



6) Von ca. 90 % der an das RKI gegenwärtig gemeldeten Corona“fälle“ (der positiv Getesteten) wird nie ein Krankheitsbeginn festgestellt

In der täglichen Berichterstattung des Robert-Koch-Institut (RKI) wird sowohl die Zahl der gemeldeten Corona“fälle“ (gelbe Säulen) als auch die Zahl, bei denen ein Krankheitsbeginn (blaue Säulen) festgestellt werden konnte, abgebildet.

(Quelle: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>)



Man erkennt sofort, dass nur bei einem Bruchteil der gemeldeten Fälle auch eine Erkrankung festgestellt werden konnte. Der Anteil liegt in den Monaten Februar und März 2022 höchstens bei 10 %. Mit konkreten Zahlen: Am 09.03.22 wurden 230.000 Fälle vom RKI gemeldet, aber nur bei 20.800 konnte ein Erkrankungsbeginn festgestellt werden,

Nur zur Panikmache dienen diese hohen Zahlen, ansonsten sind sie wertlos ...

Ähnlich verhält es sich mit der gemeldeten Zahl der hospitalisierten „COVID“-Patienten. Auch hier ist nur ein kleiner Teil ursächlich wegen COVID im Krankenhaus. Darunter sind Kinder mit gebrochenem Arm oder Herzinfarktpatienten, die im Krankenhaus zufällig positiv auf Corona getestet wurden. Beispielsweise strahlte am 12. März der „Norddeutsche Rundfunk“ ein Interview mit dem Direktor der Klinik für Pneumologie der Medizinischen Hochschule Hannover, Tobias Welte, aus. Der Facharzt machte deutlich, dass es zwar 90 Prozent seien, die als Covid-Fälle in die Statistik einfließen, diese aber gar nicht „COVID-19-krank“ seien.

Die Frage, ob man „mit“ oder „wegen“ des Virus behandelt wird, spielte von Anfang der Pandemie an eine Rolle. Wenn aber gegenwärtig, dass Verhältnis 10 : 1 zwischen „mit“ und „wegen“ des Virus ist, wäre es allerhöchste Zeit die Unterscheidung vorzunehmen - wenn noch ein ganz klein wenig Wahrheitsliebe bei den Verantwortlichen vorhanden wäre ...

7) Das Robert-Koch-Institut liefert weiter „Phantasiezahlen“, die völlig untauglich für die Einschätzung der Impfwirksamkeit sind

Das Robert-Koch-Institut hat sich von Anfang an, im Gegensatz zu Gesundheitsbehörden anderer Länder, gar nicht erst die Mühe gemacht, Daten mit einer wahren Abbildung der Impfwirksamkeit zu liefern. Man hat sehr schnell mit dem Trick gearbeitet, in vielen Fällen den Impfstatus nicht zu kennen. In meiner „Rosenmontagsstatistik“ vom 28.02.22 ist ausgewertet, wie von Woche zu Woche bei den COVID-toten der Prozentsatz abnimmt, bei dem der Impfstatus bekannt ist: in der KW 45/21 noch 50,1 % und in der KW 06/22 nur noch 10,1 % (gegenwärtig liegt der Prozentsatz bei etwa 6 % !!!).

Man kann es nur als Schande bezeichnen, dass ein Staat tausende Menschen (auch noch gut bezahlte dazu) beschäftigt, um sinnlose Abhandlungen mit „wissenschaftlichem Anstrich“ zu produzieren, nur um von der Wahrheit abzulenken.

Konkret wird im Wochenbericht des RKI vom 07.04.22 wieder nur ein kleiner Bruchteil der Daten ausgewertet (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-04-07.pdf?__blob=publicationFile).

Die Prozentanteile, bei denen der Impfstatus bekannt ist, sind durchgängig einstellig und schwanken zwischen 3,06 % bei den Intensivpatienten und 9,28 % bei den Hospitalisierungszahlen. Wenn 90 bis 95 % aller Daten in den seitenlangen Ausführungen unberücksichtigt bleiben, ist dies eine glatte „Fälschung“ und Irreführung. Hinzukommt, dass selbst sich Zahlen auf verschiedenen Seiten des Berichtes widersprechen. Die Zahl der Hospitalisierungsfälle im Zeitraum 07.03.-03.04.22 unterscheiden sich in verschiedenen Tabellen. Aber auch bei der Zahl der Intensivpatienten mit bekanntem Impfstatus gibt es „Ungereimtheiten“: auf der Seite 19 werden 5.580 Intensivpatienten, aber in der Tab.2 auf Seite 28 nur 227 ausgewertet. Ein erheblicher Unterschied !

	gesamt	Impfstatus bekannt	proz. Anteil
Fälle	5.836.559	369.763	6,34 %
Hospitalisierungen	37.946	3.520	9,28 %
Intensivpatienten	7.416	227	3,06 %
COVIDtote	5.927	342	5,77 %

8) Die RKI-Statistiken können nicht von einer deutschen Behörde kommen, sondern höchstens aus „Absurdistan“

Der Autor hat in letzter Zeit auf Interpretationen von Statistiken des RKI verzichtet. Zumindest die Zahlen, die die Impfeffektivität benennen oder Infektionen, Hospitalisierungen, Intensivpatienten oder Todesfälle nach dem Impfstatus auswerten, sind reine Phantasiezahlen. Da das RKI von der Mehrzahl der Fälle (häufig von mehr als 90 % (den Impfstatus nicht kennt oder nicht kennen darf), ist die Auswertung der restlichen (weniger als 10 %) eine Farce.

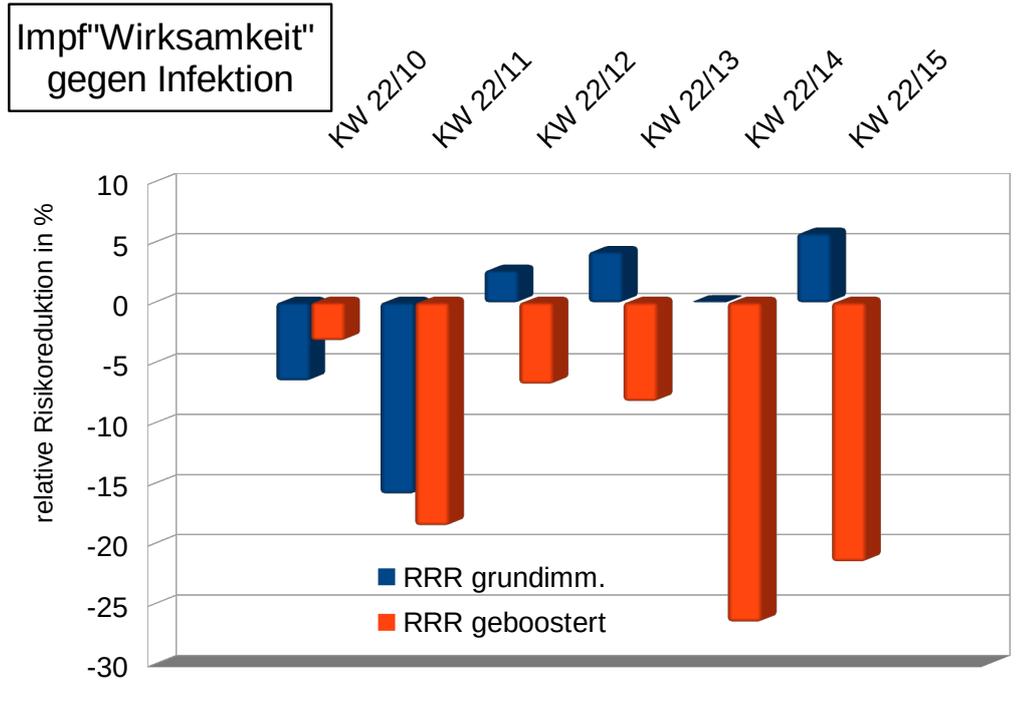
Es soll hier eine Ausnahme gemacht werden. Denn selbst so stark „eingefälschte“ Zahlen können in der Darstellung zu Schwierigkeiten beim RKI führen. Konkret soll die Entwicklung der Impfeffektivität (relative Risikoreduktion RRR) gegen symptomatische Corona-Infektionen für 18- bis 59-Jährige betrachtet werden, wohlgermerkt nach dem vom RKI in seinen Wochenberichten und Dateien veröffentlichten Zahlen.

Von einer Impfwirksamkeit ist nichts erkennbar; der günstigste Wert liegt mit 5,7 % für die Grundimmunisierten in der 15. KW. In vielen Fällen ist die **Impfwirksamkeit negativ**; für die Geboosterten sogar durchgängig negativ. Das RKI gibt also ganz offiziell zu, dass die gegenwärtigen Impfstoffe **nicht gegen eine Infektion** schützen, sondern sie sogar begünstigen.

Allerdings hat das **RKI** bereits im letzten Wochenbericht vom 05.05.22 die

Berichterstattung über die

Impfeffektivität eingestellt. In welcher Form, vielleicht an anderer Stelle, die zwar völlig unbefriedigende Betrachtung wieder aufgenommen wird, ist noch offen.



9) Eine weitere Krankenkasse, dieses Mal die Techniker-Krankenkasse, musste Daten zu Behandlungen von Impfschäden veröffentlichen

Am 27.02.2022 – also bereits vor ganzen 5 (!) Monaten – wurde im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes bei der Techniker Krankenkasse die Abrechnungsdaten (seit 2019) zu folgenden ICD-Codes abgefragt:

T 88.1: Sonstige Komplikationen nach Impfung [Immunsisierung], anderenorts nicht klassifiziert, inklusive Hautausschlag nach Impfung
 T 88.0: Infektion nach Impfung [Immunsisierung], inklusive Sepsis nach Impfung [Immunsisierung]
 U 12.9: Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet
 Y.59.9: Unerwünschte Komplikationen durch Impfstoffe oder biologisch aktive Substanzen-fälle betrachtet.

Am 20.07.22 antwortete die Techniker-Krankenkasse. Es wird dabei die Anzahl der Versicherten, die wegen eines Impfschadens nach den o.g. ICD-Codes **bei allen Impfungen** behandelt wurden, der Jahre 2019, 2020 und 2021 verglichen. Mit Beginn der der Corona-Impfung am 27.12.20 kommt es zu einem sprunghaften Anstieg der Fälle: 2019 13.559 Versicherte, 2020 14.872 Versicherte und 2021 **431.696 Versicherte**. Das ist ein Anwachsen für das Corona-Impfjahr 2021 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2019 und 2020 auf das **30,4-Fache (auf 3.040 %)**.



Zusatzbemerkungen:

1. Das Ergebnis der Techniker-Krankenkasse deckt sich weitgehend mit den veröffentlichten Daten der Betriebskrankenkasse ProVita. Die Veröffentlichung des Vorstandsvorsitzenden von ProVita, Andreas Schöffbeck, hatte ihm damals die fristlose Kündigung eingebracht.
2. Die Techniker-Krankenkasse hat etwa 11 Millionen Versicherte. Auf die 83 Mill. Versicherte in Deutschland hochgerechnet käme man auf ca. **3,26 Millionen Impfgeschädigter**.
3. Beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) wurden bis 31.12.2021 nur 244.576 Impfnebenwirkungen gemeldet. Das bedeutet, dass nur etwa jeder dreizehnte Fall dem PEI gemeldet wird !

10) Corona-Impfung für Kinder ist besonders unverantwortlich – das zeigen die Daten eindeutig, selbst die vom RKI

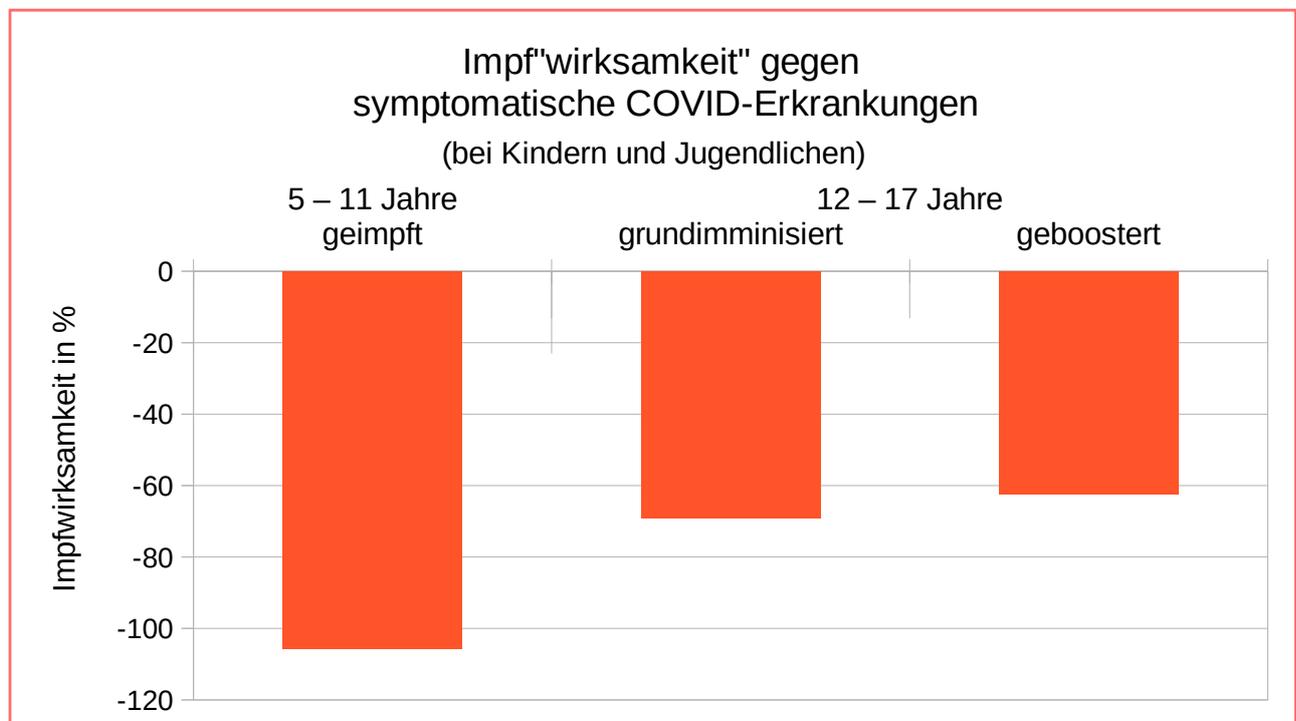
Nach langer Pause hat das Robert-Koch-Institut wieder Zahlen zur Wirkung der Impfung im „Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland - Monatsbericht des RKI vom 07.07.2022“ veröffentlicht (nachdem diese Berichterstattung Ende April 22 in den Wochenberichten eingestellt wurde). (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-07-07.pdf?__blob=publicationFile)

Es ist dem Bericht anzumerken, dass die Autoren durchgängig bemüht sind, eine Darstellung in Inhalt und Form zu wählen, die möglichst wenig Transparenz bietet. Mit etwas Mühe kann man sich aber Informationen selbst berechnen, z.B. die Impfwirksamkeit für Kinder (Seite 14).

Kinder haben so gut wie kein Risiko bei Covid-Erkrankungen, daher ist das Impfen der Kleinen mit einem bis heute nur bedingt zugelassenen Impfstoff gleichermaßen nutzlos wie – angesichts der möglichen Nebenwirkungen – verantwortungslos. Deshalb habe auch jüngst weitere Länder (u.a. Dänemark, Uruguay) die Corona-Impfung für Kinder eingestellt.

In der Tabelle und im Diagramm sind die symptomatischen COVID-Fälle bei den 5- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen im Zeitraum 04.04. - 12.06.22 nach dem Impfstatus analysiert worden.

5 – 11 Jahre	Zahl	sympt. Fälle	Inzidenz	Impfwirksamkeit
ungeimpft	4.090.000	21.132	517	
geimpft	1.040.000	11.064	1.064	-105,8
12 – 17 Jahre	Zahl	sympt. Fälle	Inzidenz	Impfwirksamkeit
ungeimpft	1.160.000	6.250	539	
grundimmunisiert	1.760.000	16.046	912	-69,2
geboostert	1.350.000	11.831	876	-62,5



Die Auswertung zeigt deutlich die negative Impfwirksamkeit, vor allem bei kleinen Kindern. Es ist völlig verantwortungslos, an der Corona-Impfung für Kinder und Jugendliche festzuhalten.

Fakt 17.4: Die gegenwärtig vorherrschende Omikron-Variante ist zwar infektiöser aber führt zu wesentlich leichteren Verläufen bei einer Erkrankung – und die vorhandenen Corona-Impfstoffe wirken kaum darauf.

1) Die Omikron-Variante ist sehr infektiös, aber führt zu wesentlich leichteren Verläufen bei einer Erkrankung

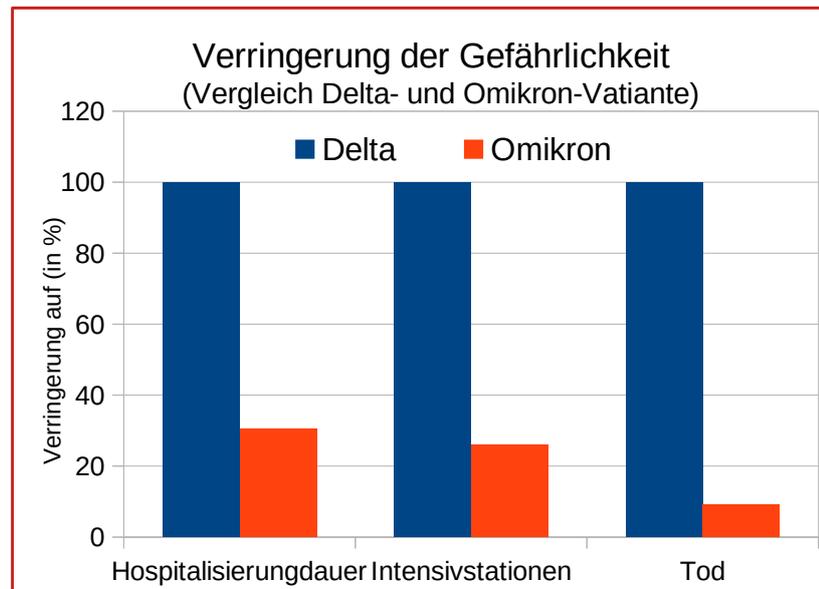
In einer groß angelegten amerikanischen Studie wurden die Verläufe nach einem positiven PCR-Test von 52.297 Fällen mit der Omikron-Variante und von 16.982 die Delta-Variante untersucht. (Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.11.22269045v1> vom 11.01.22)

In allen Fällen (Hospitalisierungen, Intensivbetten, Tod) ging von der Omikron-Variante eine wesentlich geringere Gefährdung für die Infizierten aus. Beispielsweise wurden dem Ergebnis der Untersuchung zufolge 235 von 52.297 Omikron-Fällen und 222 von 16.982 Menschen, bei denen die Delta-Variante gefunden wurde, hospitalisiert. Demnach liegt die Hospitalisierungsrate bei 0,45 % in den Omikron-Fällen und bei 1,31 % in den Delta-Fällen.

Der Rückgang bei der Omikron-Variante ist gegenüber der Delta-Variante für die Hospitalisierungsdauer (auf 30,4 %), die Zahl der Einweisungen auf Intensivstationen (auf 26 %) und die Zahl der Todesfälle (auf 9 %)

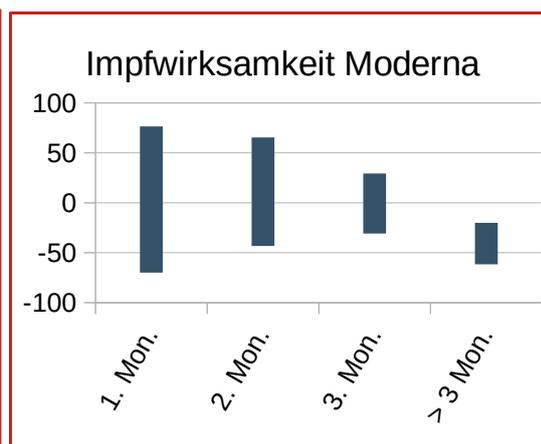
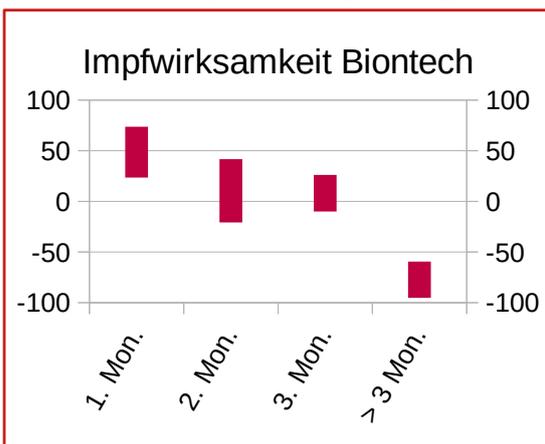
gesunken und in der Grafik dargestellt. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass der Vergleich mit der Delta-Variante erfolgte, die selbst schon eine wesentlich geringere Gefährdung dargestellt hat.

Deshalb kündigen viele Länder das Auslaufen der Pandemie an und sprechen vom Verlauf einer milden Grippe - **aber Deutschland macht weiter Panik !**



2) Die gegenwärtigen „Impfstoffe“ helfen nicht gegen die Omicron-Variante

Eine neue Studie aus Dänemark (Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3>) zeigt, dass die gegenwärtigen Impfstoffe von Biontech und Moderna anfänglich so gut wie keine positive Wirkung (bezüglich Verhinderung der Krankheit) zeigen, aber nach relativ kurzer Zeit eine **negative Impfwirksamkeit** aufweisen. Eine Feststellung, die auch schon bei der Delta-Variante zutreffend war, jetzt aber noch wesentlich zeitiger auftritt. Die konkreten Daten der Impfwirksamkeit der beiden Impfstoffe ist in Abhängigkeit von der Zeit nach der Impfung sind in den beiden Bildern angegeben. Hierbei wird die Form der Darstellung gewählt, dass die in 95 % der Fälle mögliche Spannbreite (95 % - iges Signifikanzniveau) der wirklichen Impfwirksamkeit angibt.



Erschreckende Detailergebnisse sind u.a. - bereits nach 4 Monaten ergibt sich bei beiden Impfstoffen eine erhebliche negative Impfwirksamkeit, die einen wesentlich schlechteren Zustand des Immunsystems signalisiert als ohne jede Impfung,

- bei 7 von 8 angegebenen Daten sind in der Spannbreite negative Impfwirksamkeiten enthalten.

3) Selbst nach Boosterung besteht bei der Omikron-Variante eine höhere Ansteckungshäufigkeit besteht als bei Ungeimpften

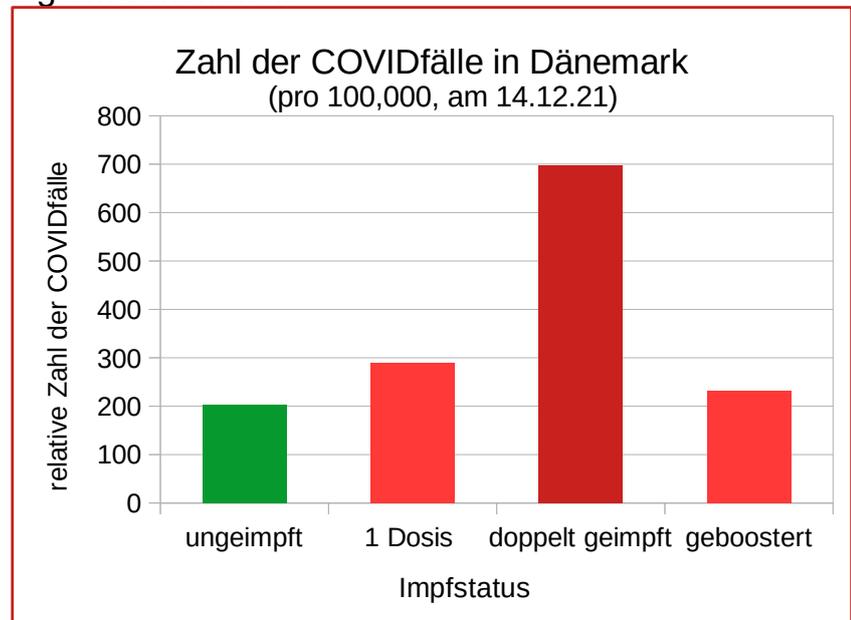
Im Bericht „Covid-19 Rapport om omikronvarianten“ vom 17.12.21 des dänischen „Statens Serum Institut“ (Quelle: <https://boriquagato.substack.com/p/theres-something-antigenic-in-denmark>) wird die Ansteckungshäufigkeit mit COVID in Abhängigkeit vom Impfstatus und der auftretenden Virusvarianten untersucht. Für den Zeitraum vom 22.11. bis 14.12.21 wurde die Zahl der Infizierten mit der Omicron-Variante und anderen Varianten erfasst.

Impfstatus	Omicron		andere Var.		Impfquote
	Zahl	Anteil	Zahl	Anteil	
ungeimpft	947	9,00	21.364	23,50	19,42 %
1 Dosis	214	2,00	2.887	3,20	3,26 %
vollst. geimpft	8.235	78,70	60.174	66,00	52,26 %
geboostert	1.074	10,30	6.679	7,30	25,06 %

Über den gesamten Zeitraum kann man das besonders schlechte Abschneiden der vollständig Geimpften erkennen. Obwohl nur 52,26 % doppelt geimpft sind, liegt der Anteil der COVIDkranken bei Omicron bei 78,7 % (bei den anderen Varianten aber auch schon bei 66 %). Bei der Omicron-Variante erkrankten die Ungeimpften anteilmäßig am seltensten.

Noch interessanter wird das Ergebnis, wenn man nur die Werte für das letzte Datum (14.12.21) verwendet. Dies sagt etwas über die mögliche Tendenz aus.

In diesem Fall (14.12.21, alle Fälle) erkrankten die Ungeimpften am seltensten. Selbst die frisch Geboosterten stecken sich häufiger (1,15-mal mehr) an als Ungeimpfte. Besonders fatal ist der Anteil der Erkrankten bei den vollständig (doppelt) Geimpften: 3,46-mal so hoch als bei Ungeimpften.



Fakt 17.5: Daten aus den USA und Großbritannien belegen: Die COVID-Impfung ist im Durchschnitt gefährlicher und tödlicher als eine Corona-Erkrankung.

1) Bei den unter 18-Jährigen erhöht die Impfung die COVID-Todesrate, und sie haben ein **51-mal höheres Risiko** als an COVID zu sterben

In einer Studie „COVID-19 and All-Cause Mortality Data by Age Group Reveals Risk of COVID Vaccine-Induced Fatality is Equal to or Greater than the Risk of a COVID death for all Age Groups Under 80 Years Old as of 6 February 2022“ der Autoren Kathy Dopp und Stephanie Seneff vom 13.02.22 werden Daten der amerikanischen und britischen Gesundheitsbehörde ausgewertet. (Quelle: <https://www.vixra.org/abs/2202.0084>)

Es wurden detaillierte Aufzeichnungen über die COVID-19-Sterberate nach Impfstatus und Alterskohorte herangezogen und dabei konkret die Daten für den Zeitraum von KW 02 – KW 05/22 (10. Januar bis 06. Februar 2022) analysiert.

Als Kenngröße wird vorrangig die **absolute Risikoreduktion (ARR)** verwendet. Diese berechnet sich

$$\text{ARR} = (\text{Zahl der ungeimpften COVIDtoden} / \text{Zahl der Ungeimpften in der Altersgruppe}) - (\text{Zahl der geimpften COVIDtoden} / \text{Zahl der Geimpften in der Altersgruppe})$$

Bezogen auf die Tabelle heißt das $\text{ARR} = (\text{Sp. B} / \text{Sp. C} - \text{Sp. E} / \text{Sp. F}) * 100.000$

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Alter	ug CT	UGI		g CT	GI		ARR	
1	unter 18	8	10155734	0,0788	4	2613137	0,1531	-0,0743	----
2	18 – 29	19	3011164	0,631	22	6942028	0,3169	0,3141	318.370
3	30 – 39	36	2698953	1,3339	49	6748482	0,7261	0,6078	164.528
4	40 - 49	56	1621344	3,4539	109	6595438	1,6527	1,8012	55.519
5	50 59	121	986298	12,2681	278	7384927	3,7644	8,5037	11.760
6	60 – 69	197	527026	37,3796	577	5896439	9,7856	27,594	3.624
7	70 – 79	249	238548	104,3815	1307	4755967	27,4813	76,9002	1.300
8	80 u. mehr	391	120105	325,5485	3775	2643625	142,7963	182,7522	547

Die Spalte I gibt dann (als Kehrwert von Sp. H mal 100.000) die Zahl der notwendigen Impfungen an, um den Tod eines an COVID erkrankten zu retten. (Wegen der negativen ARR für unter 18-Jährige - durch die Impfung entstehen relativ mehr COVIDtote - kann Feld I1 nicht bestimmt werden.)

Konkret heißt das beispielsweise, dass bei 18 – 29-Jährigen 318.370 Impfungen notwendig würden, um einen COVIDtoden zu vermeiden. Damit wird klar, dass zur Risiko-Nutzen-Abwägung der Impfung, auch die tödlichen Nebenwirkungen der Impfung berücksichtigt werden müssen.

Dies soll in der nächsten Tabelle berücksichtigt werden. Hier wird die Sterberate der ungeimpften Coronakranken (in der oberen Tabelle ist das die Spalte D, in der Tabelle auf der nächsten Seite oben ist es die Spalte „SR ungeimpft“) mit der Sterberate, die die Corona-Impfung verursacht, verglichen werden werden (Spalte „SR Impfung“ auf der nächsten Seite oben).

Für die Sterberate durch Impfungen werden von den Autorinnen Schätzungen von Pantazatos und Seligmann zu den Gesamttodesraten durch Impfungen in den USA herangezogen, die mit glaubwürdigen Analysen des Meldesystems für Impfstoffnebenwirkungen (VAERS) der US-amerikanischen CDC überein stimmen, die zeigen, dass die Meldungen von Todesfällen in den USA an die VAERS um den Faktor 20 zu niedrig sind.

Die zusammenfassende Aussage liefert Sp. D: Das Vielfache an der Zahl der Toten, die durch die Corona-Impfung gegenüber der COVID-Erkrankung verursacht wird. Grundsätzlich ist zu sagen, **die Impfung schadet umso massiver je jünger die Geimpften sind.**

Im Einzelnen ergibt sich,

- bei den unter 18-Jährigen erhöht die Impfung die COVID-Todesrate, und sie

haben ein 51-mal höheres Risiko als an COVID zu sterben, als wenn sie nicht geimpft sind.

- bei den 18- bis 29-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit, an einer Impfung zu sterben, 8-mal höher als die Wahrscheinlichkeit, an COVID zu sterben, wenn man nicht geimpft ist.

- bei den 30- bis 39-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit, durch die Impfung zu sterben, 7-mal größer als die Wahrscheinlichkeit, an COVID zu sterben, wenn man nicht geimpft ist.

- bei den 40- bis 49-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit, durch die Impfung zu sterben, 5-mal höher als die Wahrscheinlichkeit, an COVID zu sterben, wenn nicht geimpft wird,

- bis zur der Altersgruppe der unter 60-Jährigen ist der negative Einfluss der Impfung auf die Sterberate nachweisbar und

- eine messbare Verbesserung durch die Impfung ist erst für über 70-Jährige zu verzeichnen.

Alter	SR ungeimpft	SR Impfung	Sp. D
unter 18	0,0788	4	51
18 – 29	0,631	5	8
30 – 39	1,3339	9	7
40 - 49	3,4539	17	5
50 59	12,2681	16	1
60 – 69	37,3796	26	1
70 – 79	104,3815	48	0
80 und mehr	325,5485	57,5	0

2) Eine neue amerikanische Studie zeigt:

Die Corona-Impfungen sind gefährlicher als COVID-Erkrankungen

Die Studie „Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse nach der mRNA-Impfung in randomisierten Studien“ vom 23. Juni 2022

(Quelle: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4125239)

lässt ernsthafte Zweifel an der Zweckmäßigkeit von mRNA-Covid-Impfstoffen aufkommen. Zu den Mitautoren gehört Sander Greenland, emeritierter Professor für Epidemiologie und Statistik an der UCLA und Mitautor des ersten Lehrbuchs über Epidemiologie. Prof. Greenland ist ein weltweit führender Experte für die Überwachung von Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten nach dem Inverkehrbringen. Als Hauptautor tritt Professor Peter Doshi auf, Co-Herausgeber des British Medical Journal. Wörtlich stellen sie fest: „*Das in unserer Studie festgestellte erhöhte Risiko schwerwiegender unerwünschter Ereignisse weist auf die Notwendigkeit formeller Schaden-Nutzen-Analysen hin, insbesondere solcher, die nach dem Risiko schwerwiegender COVID-19-Folgen wie Krankenhausaufenthalt oder Tod stratifiziert sind*“.

Es ist bemerkenswert, dass diese Schlussfolgerung das letzte verbleibende Argument untergräbt, auf das sich Regierungen und Mainstream-Medien berufen, um die weitere Verwendung von mRNA-Covid-Impfstoffen zu unterstützen, nämlich dass sich durch die Impfungen die Hospitalisierungs- und Todesraten verbessern.

Die Tabelle vergleicht die Anzahl schwerer Erkrankungen, die durch eine Corona-Impfung entstehen, mit der Anzahl schwerer COVID-Erkrankungen, die durch die Impfung (theoretisch) vermieden werden sollen.

	Teilnehmer		schwere Erkrankungen		Risikoerhöhung	Risikosenkung
	Impfung	Placebo	Impfung	Placebo	Impfung/ 10.000	COVID/10.000
Biontech/Pfizer	18.801	18.785	52	33	10,1	2,3
Moderna	15.185	15.166	87	64	15,1	6,4

Die Studie stellt fest, dass durch eine **Biontech/Pfizer-Impfung 10,1 schwere Impfnebenwirkungen pro 10.000 Personen zusätzlich produziert, aber durch die Impfung nur 2,3 schwere COVID-Erkrankungen pro 10.000 reduziert werden.**

Bei dem Moderna-Impfstoff ist die Bilanz ähnlich. Hier stehen 15,1 Impfnebenwirkungen pro 10.000 6,4 verhinderte COVID-Fälle pro 10.000 gegenüber.

Das bedeutet, dass der Impfstoff von Biontech/Pfizer zu einem Nettoanstieg der schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse um 7,8 pro 10'000 Geimpfte führt und der Impfstoff von Moderna zu einem Anstieg um 8,7 pro 10'000 Geimpfte.

(Anmerkung: Die konkreten Zahlen beziehen sich auf sogenannte „Serious adverse events of special interest“ - schwerwiegende unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse -. Die Aussagen sind aber ganz analog, wenn man alle Fälle unerwünschter Ereignisse vergleicht.)

Obwohl etwaige Langzeitschäden noch gar nicht einbezogen sind, ließen sich deutlich mehr schwere Impfreaktionen bei den Geimpften als schwere Covidreaktionen bei den Ungeimpften beobachten. Die Anzahl der „schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen“ nach der Impfung war drei- bis fünfmal höher als Covid-19-Hospitalisierungen in der Placebogruppe der Ungeimpften.

Die Autoren weisen darauf hin, dass ihre Ergebnisse mit einer kürzlich durchgeführten Preprint-Analyse der Covid-Impfstoffstudien von Christine Benn u.a.

(Quelle: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4072489)

übereinstimmen, die «keine Hinweise auf eine Verringerung der Gesamtsterblichkeit in den mRNA-Impfstoffstudien» gefunden hat, mit 31 Todesfällen in den Impfstoffgruppen gegenüber 30 Todesfällen in den Placebogruppen.

3) Die Zulassung des COVID-Impfstoffes von BioTech/Pfizer - für Kinder im Alter von 6 Monaten ab – ist ein Verbrechen, weil die Zulassungsstudie dies nie rechtfertigt

Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat in den USA nun auch die Notfallzulassung der Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna auf die Altersgruppe von 6 Monaten bis 5 Jahre erweitert.

Die bei der FDA eingereichte Zulassungsstudie für den Impfstoff von BioTech/Pfizer wurde veröffentlicht. (Quelle: <https://www.fda.gov/media/159195/download>)

Diese Studie gibt in keiner Weise eine Begründung für eine Zulassung für kleine Kinder; im Gegenteil sie enthält alarmierende Statistiken. Da dies bereits aus der Studie klar hervorgeht, aber die Zulassung trotzdem im vollen Wissen darüber erfolgte, ist das Vorgehen der FDA verantwortungslos und verbrecherisch.

Beispielhaft soll aus der Studie etwas zitiert werden, was jeden Statistik-Studenten im 1. Semester wegen groben statistischen Unsinn „um die Ohren gehauen“ würde. Rein rechnerisch ergibt sich aus der rechts stehenden Tabelle eine

Impfwirksamkeit von 75 % für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 2 Jahre. (Als Zahl der Teilnehmer wurde hier nur die angegeben, die noch nach mind. 7 Tage nach der 3. Impfdosis in der Studie erfasst waren.)

6 Mon. - 2 Jahre	Impfgruppe	Placebogruppe
Teilnehmer	277	139
an COVID Erkrankte	1	2
Inzidenz pro 100.000	361	1.439
Impf"wirksamkeit"	75 %	

Das statistische Problem liegt in den sehr kleinen (zufälligen) Zahlen der an COVID Erkrankten. Da die statistische Aussagekraft bei so kleinen Zahlen verloren geht, kann man ein Sicherheitsintervall an, in welchem in 95 % der Fälle der Wert der Impfwirksamkeit liegen. Hier im konkreten Fall gibt die Studie das Intervall von **- 370,1 % bis 99,6 %** an. Dies bedeutet nichts anderes als, dass es auch möglich wäre, dass **durch die Impfung die Kinder 3,7-mal häufiger an COVID erkranken**. Äußerst fragwürdig ist auch, dass zur Bewertung der Impfwirksamkeit nur der Vergleich nach der 3. Dosis herangezogen wurde. Offensichtlich nur deshalb, weil, wenn alle Erkrankten betrachtet werden, man noch katastrophalere Ergebnisse bekommt (wie weiter unten gezeigt wird).

Keine wirklich unabhängige Behörde würde bei diesen Werten eine Zulassung des Impfstoffs erwägen – die amerikanische FDA hat aber den Biontech/Pfizer-Impfstoff für Kinder im Alter von 6 Monaten bis 5 Jahren zugelassen !!!

Es ist zu befürchten, dass die europäische EMA und Deutschland bald nachziehen.

Um die Fragwürdigkeit der Studie und vor allem die daraus „resultierende“ Zulassung des Impfstoffs zu beleuchten, wird die gesamte Tabelle 19 der Studie hier dargestellt:

Kinder 6 Monate bis 2 Jahre	Impfgruppe		Placebogruppe		Impfwirksamkeit	
	Teilnehmer	Erkrankte	Teilnehmer	Erkrankte	Mittelwert	Intervall
zwischen Dosis 1 und Dosis 2	1027	13	524	5	-29,7	(-364,7 , 56,6)
Dosis 2 bis 7 Tage danach	1002	3	517	3	48,4	(-285,0 , 93,1)
mind. 7 Tage nach Dosis 2 bis Dosis 3	998	80	512	48	14,5	(-24,9 , 41,0)
Dosis 3 bis 7 Tage danach	336	1	147	0	- ∞	
ind. 7 Tage nach Dosis 3	277	1	139	2	75,5	(-370,1 . 99,6)
Gesamt nach Dosis 1	1027	98	524	58	14	(-21,2 , 38,4)

Zwei Tatsachen fallen auf. Zum Einen, dass wenn man alle COVID-Erkrankten nach der Verabreichung der 1. Dosis betrachtet, ergibt sich nur eine Impfwirksamkeit von äußerst mageren **14 %** (und nicht 75,5 %, wie behauptet). Das wäre auch etwas ehrlicher.

Zum Anderen erkennt man aus der Tabelle, dass die angegebenen 75,5 % Impfwirksamkeit nur für den Zeitraum mind. 7 Tage nach der 3. Dosis gilt. Zwischen der 1. und der 2. Dosis ist die mittlere Impfwirksamkeit sogar negativ: - 29,7 %. D.h. in dieser Zeit erkrankten Geimpfte häufiger als Ungeimpfte. Kein Aushängeschild für eine „Impfung“ !

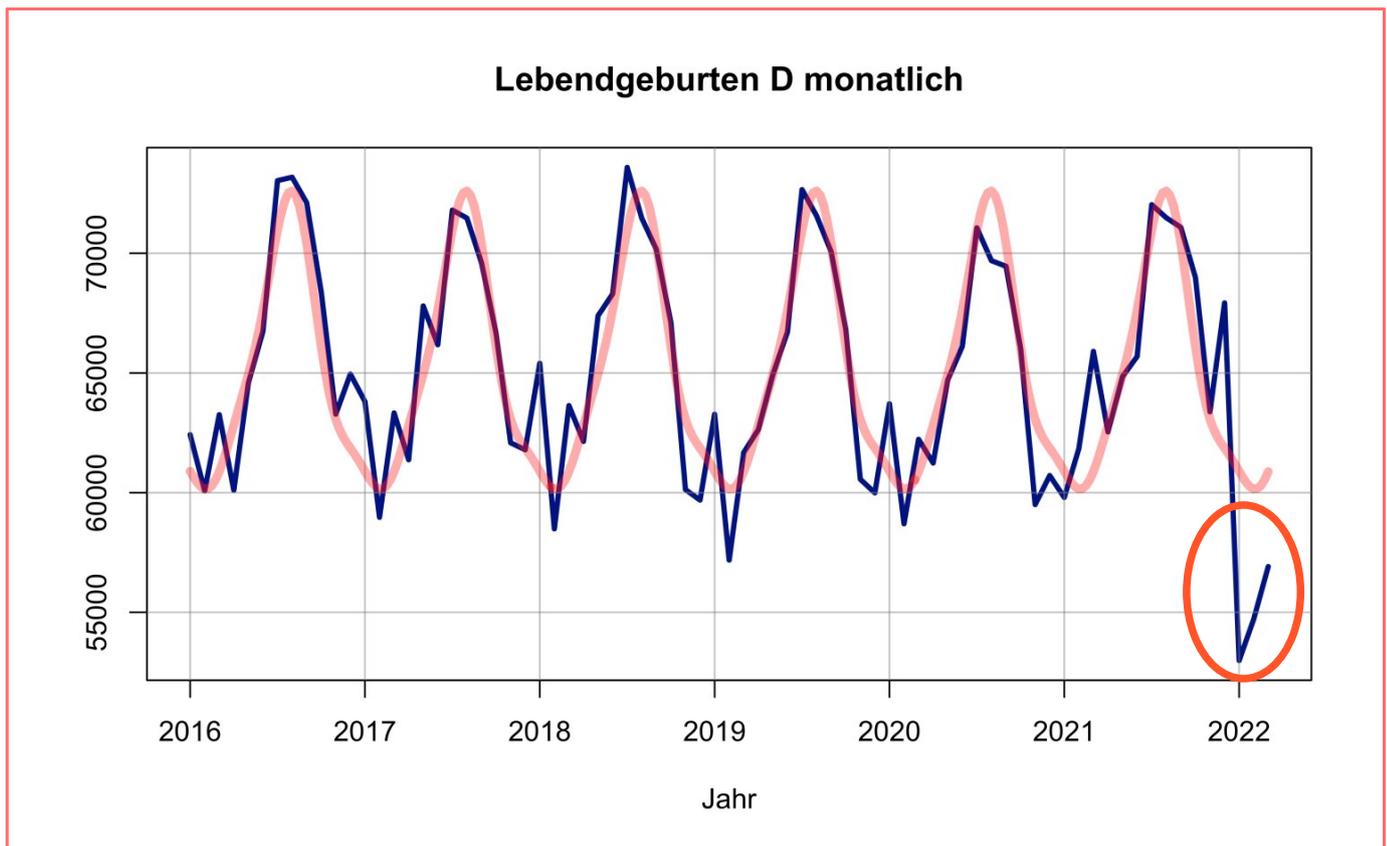
Eine besondere Absurdität erkennt man für die ersten 7 Tage nach der 3. Dosis (in der Tabelle die 4. Zeile). Da nur ein Geimpfter und kein Ungeimpfter an COVID in diesem Zeitraum erkrankt ist, kommt rein rechnerisch eine **unendlich negative Impfwirksamkeit** heraus. Hier sieht man wieder die Sinnlosigkeit der Verwendung so kleiner Zahlen. Für die offizielle Berechnung der Impfwirksamkeit wurden aber so kleine Zahlen herangezogen.

Es ist nicht anzunehmen, dass dies Unwissenheit und Dilettantismus wäre, sondern man muss annehmen, dass dies eine **bewusste Täuschung** ist. Dies ist umso empörender, weil es es in die Gesundheit und das Leben der Kleinstkinder geht ...

4) Daten aus Deutschland:

Schaden die COVID-19-Impfungen der Fruchtbarkeit?

Der Rückgang an Geburten in den Monaten Januar bis März 2022 beträgt 7.002 Geburten (- 11,3%) im Vergleich zum Mittelwert der gleichen Monate in den Jahren 2016 bis 2021. Wie ist das zu bewerten? Laut Zwei-Stichproben-T-Test ist der Rückgang statistisch gesichert . Mit anderen Worten: Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% beträgt der wahre Rückgang mindestens 4061 oder 6,6%. (Quelle: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/andr.13209>)



Der Rückgang der Zahl der Geburten ist im Bild (rote Ellipse) gut zu erkennen. Es besteht zumindest der Verdacht, dass die verabreichten Corona-„Impfstoffe“ eine wesentliche Ursache sein könnten. Die Impfkampagne erreichte am 12.05.21 mit fast 1,5 Mio verabreichter Impfdosen ihren ersten Höhepunkt. (Im Mai 2021 gezeugte Kinder kämen im Februar 2022 zur Welt.)

Der Geburtenrückgang zu Beginn des Jahres 2022 ist kein Phänomen, welches in Deutschland allein auftritt. Beispielsweise werden im ersten Quartal 2022 in Norwegen ein Geburtenrückgang um 16,1 %, in der Schweiz um 17 % und in Taiwan sogar um 23 % festgestellt.

Darüber hinaus es weitere mögliche Gründe für die signifikant gesunkene Geburtenzahl durch die Corona-Impfung.

- In den Samenproben junger, geimpfter Männer in Israel wurde verminderte Spermatozytenkonzentration und -beweglichkeit festgestellt. Beides reduziert die Zeugungsfähigkeit. Die Schädigungen werden als signifikant beschrieben und bestanden auch 150 Tage nach der Impfung noch fort. Sie weisen in Richtung einer direkten Schadwirkung auf die menschlichen Keimdrüsen.
- Außergewöhnlich starke Monatsblutungen sowie Menstruationsstörungen und -unregelmäßigkeiten zählten zu den am häufigsten gemeldeten, schweren Impfnebenwirkungen.
- In der Gynäkologie gilt als gesichertes Fachwissen, dass Spontan-Aborte, alltagssprachlich „Abgänge“ genannt, unter anderem in Verbindung mit Blutgerinnungsstörungen stehen, und diese wiederum sind eine anerkannte Impfnebenwirkung.

In den Datenbanken über Verdachtsfälle unerwünschter Impfnebenwirkungen ist der „Spontane Abort“ häufig vertreten. Die Datenbank der WHO (vigiaccess) meldet 5.726 Spontan-Aborte, die amerikanische Gesundheitsbehörde VAERS 3.486 Spontan-Aborte (2.585 nach Biontech, 776 nach Moderna, 118 nach Janssen und 7 nach unbekanntem Impfstoff) und die europäische Datenbank EMA 2.750 Spontan-Aborte (1.824 nach Biontech, 527 nach Moderna, 356 nach Astrazeneca, 41 nach Janssen und 2 nach Novavax).

5) Schwerwiegende Vorwürfe von 17.000 Medizinerinnen gegen Regierungen und Kollegen: Covid-19-Maßnahmen – „ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit“

Unter dem Motto „Globaler Covid-Gipfel“ haben sich Mediziner aus aller Welt zusammengeschlossen, die der Corona-Politik kritisch gegenüberstehen. Ihr Credo: „Tausende sind an Covid gestorben, weil ihnen eine lebensrettende Frühbehandlung verweigert wurde.“ Sie verabschiedeten eine gemeinsame Erklärung unter dem Namen „Deklaration Nr. 4 – Wiederherstellung der wissenschaftlichen Integrität.“ (Quelle:<https://globalcovids Summit.org/news/declaration-iv-restore-scientific-integrity>)

Bei der Abwägung von Risiken und Nutzen wichtiger politischer Entscheidungen hat der Globale COVID-Gipfel mit 17.000 Ärzten und medizinischen Wissenschaftlern aus aller Welt einen Konsens über die folgenden Grundprinzipien erzielt:

- * Wir erklären, und die Daten bestätigen dies, dass die experimentellen Gentherapie-Injektionen mit COVID-19 beendet werden müssen.
- * Wir erklären, dass Ärzte nicht daran gehindert werden dürfen, lebensrettende medizinische Behandlungen durchzuführen.
- * Wir erklären, dass der nationale Notstand, der die Korruption begünstigt und die Pandemie ausweitet, sofort beendet werden muss.
- * Wir erklären, dass die ärztliche Schweigepflicht nie wieder verletzt werden darf und dass alle Reise- und Sozialbeschränkungen aufgehoben werden müssen.
- * Wir erklären, dass Masken keinen wirksamen Schutz gegen ein über die Luft übertragenes Atemwegsvirus in der Gemeinschaft darstellen und dies auch nie getan haben.
- * Wir erklären, dass für Impfschäden, Tod und Leiden eine Finanzierung und Forschung eingerichtet werden muss.
- * Wir erklären, dass niemandem eine Chance verwehrt werden darf, einschließlich Ausbildung, Karriere, Militärdienst oder medizinische Behandlung, nur weil er nicht bereit ist, sich impfen zu lassen.
- * Wir erklären, dass die Verletzung des ersten Verfassungszusatzes und die medizinische Zensur durch Regierung, Technologie- und Medienunternehmen aufhören müssen und dass die Bill of Rights aufrechterhalten werden muss.
- * Wir erklären, dass Pfizer, Moderna, BioNTech, Janssen, Astra Zeneca und ihre Erfüllungsgehilfen Patienten und Ärzten Informationen zur Sicherheit und Wirksamkeit vorenthalten und vorsätzlich verschwiegen haben und unverzüglich wegen Betrugs angeklagt werden sollten.
- * Wir erklären, dass die Regierung und die medizinischen Einrichtungen zur Rechenschaft gezogen werden müssen.

Fakt 18: Es geht kaum keine Ansteckungsgefahr durch positiv Getestete mit asymptomatischem Verlauf bzw. repositiven Fällen. Von Kindern geht eine äußerst geringe Infektionsgefahr aus.

1. In einer umfangreichen Studie „SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening nach der Abschottung von fast zehn Millionen Einwohnern von Wuhan, China“ konnte nachgewiesen werden, dass

- keine Ansteckung von positiv Getesteten bei asymptomatischem Verlauf erfolgte und
- auch die repositiven Fälle nicht infektiös waren.

Wörtlich heißt es: „Die Viruskulturen waren negativ für alle 300 asymptomatischen positiven und 107 repositiven Fälle, was darauf hindeutet, dass in positiven Fällen in dieser Studie kein "lebensfähiges Virus" nachgewiesen wurde.“

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

2. Das RKI (RKI - Coronavirus SARS-CoV-2 - Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 weist im aktuellen Steckbrief vom 18.03.2021 darauf hin, dass „asymptomatische Ansteckungen vermutlich jedoch eine untergeordnete Rolle spielen“ und verweist auf die Literatur:

Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis — Bond University Research Portal

3. In einer Pressekonferenz vom 3. August 2020 präsentierten der sächsische Kultusminister Christian Piwarz und Prof. Dr. Wieland Kiess, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Leipzig, die Ergebnisse einer Corona-Schulstudie in Sachsen. Insgesamt hatte ein Team von Wissenschaftlern 2.687 Probanden untersucht. Davon waren 1.884 Schülerinnen und Schüler sowie 803 Angestellte in 18 Schulen in fünf sächsischen Städten (im Mai / Juni 2020). Das Ergebnis der Studie ist eindeutig: Kinder sind so gut wie nie Träger des Coronavirus. Kein einziger Schüler war aktiv infiziert. 0,5 % trugen Antikörper in sich, was darauf zurückzuführen ist, dass sie mit dem Erreger irgendwann in Berührung gekommen sein könnten. Es geht also keine Ansteckungsgefahr von Kindern aus.

"Das kindliche Immunsystem ist anders als das von Erwachsenen".

Prof. Kiess weiter wörtlich: „Schulschließungen sind extremst effektiv, wenn wir unseren Kindern **schaden** wollen.“

4. Zu analogen Ergebnissen kamen auch weitere Studien, wie z.B. von der Uniklinik Dresden, der Universität Bochum und den Universitätskliniken Ulm.

5. Laut ARD-Tagesschau vom 16.10.2020 „waren in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Bayern rund 0,04 Prozent der Schüler mit dem Coronavirus infiziert. In Berlin waren es 0,07 Prozent.“ Richtig müsste es sogar heißen „positiv getestet“.

6. Auch die aktuellen Zahlen zeigen, Kinder sind nicht „Treiber der Pandemie“ Der Autor bezieht sich dabei auf die über 1,5 Mio Primärdatensätze des RKI. In die konkrete Datenauswertung erfolgt für den Freistaat Sachsen (Leser aus anderen Bundesländern sollen es bitte dem Autor nachsehen, die etwas geringere Datenmasse konnte von einem „Rentner-Rechner“ besser bewältigt werden.).

Im Zeitraum bis 22.03.2021 gab es in Sachsen 10.596 positiv getestete Kinder und Jugendliche (0-15 Jahre), bei nur 1.009 konnte ein Erkrankungsbeginn festgestellt werden. Nach der

(Quelle: <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2020&a=30,40&v=2&o=2020v2&g>) Alterspyramide Deutschlands nimmt man an, dass 10.714.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leben. Geht man davon aus, dass Sachsen einen Bevölkerungsanteil von 4,9 % bezogen auf Deutschland in allen Altersgruppen hat, errechnet sich eine Zahl von Kinder und Jugendlichen in Sachsen von ca. 525.000 . Daraus ergibt sich, dass 2 % der Kinder positiv getestet wurden, allerdings wurde nur bei 0,19 % überhaupt ein Krankheitsbeginn festgestellt.

7. Wie erklären sich dann aber - trotz der eindeutigen Fakten - die teilweise drastischen Maßnahmen der Politik gegen Kindertagesstätten und Schulen ? Die Folgen einer solchen Politik sind dramatisch. Der Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Jakob Maske, sagt: „ Die Kinder- und Jugendpsychiatrien sind voll, dort findet Triage statt. Wer nicht suizidgefährdet ist und ´nur´ eine Depression hat, wird nicht mehr aufgenommen.“ („Welt“, 19.05.21)

Fakt 19: Es gibt reichlich Studien, die belegen, dass der Mund-Nasen-Schutz und erst recht eine "Alltagsmaske" keine Evidenz zur Verringerung der Ansteckung mit dem Corona-Virus hat, das Sterberisiko bei Erkrankung mit dem Virus sogar erhöht und eher grundsätzlich gesundheitsschädlich für den Träger (speziell für Kinder) ist.

Die Wirkung von Gesichtsmasken während der COVID-19-Pandemie ist ein kontrovers diskutiertes Thema. Die überwiegende Mehrzahl der Studien (auf der Homepage <https://www.aerzte-fuer-aufklaerung.de/masken/> werden 44 Studien kurz referiert) zeigt deutlich den fehlenden Schutz sowohl für den Träger als auch sein Gegenüber.

1. Interessant ist deshalb eine neue Studie vom 20.11.20 „Facemaks and SARS-CoV-2-case-fatality-rate“, welche Wirkung eine staatlich verordneter Maskenpflicht auf Infektionsrate und Sterberate hat.

(Quelle: <https://reitschuster.de/wp-content/uploads/2020/12/Facemasks-and-SARS-CoV-2-case-fatality-rate.pdf>)

Im USA-Bundesstaat Kansas mit ca. 3 Mill. Einwohnern war es den Distrikt-Gouverneuren überlassen, ob in ihrem Bereich Maskenpflicht gilt oder nicht; 81 Bezirke entschieden sich für Maskenpflicht, 32 Bezirke dagegen. Die Untersuchungen bezüglich der Infektionen bezog sich auf den Zeitraum vom 3. Juli bis 15 Oktober und bezüglich der Sterbefälle vom 17. Juli bis 15. November 2020. Der Autor Zacharias Fögen hat folgende zwei Hauptergebnisse herausgearbeitet:

a) Das Infektionsrisiko in Bezirken mit bzw. ohne Maskenpflicht unterscheidet sich nur gering, allerdings liegt es bei Bezirken mit Maskenpflicht um ca. 10 % höher.

b) Die Sterberate der mit oder durch das Virus Gestorbenen betrug in den nicht-maskenpflichtigen Bezirken 0,85 %, war aber in den Bezirken mit Maskenpflicht höher mit 1,28 % .

2. Konsequenterweise wurde bis 20.06.21 in 31 Bundesstaaten der USA die Maskenpflicht abgeschafft

3.. In der Empfehlung vom Juni 2020 schreibt die WHO im Zusammenhang mit COVID-19 zu Masken in der Öffentlichkeit, dass es derzeit keine wissenschaftlichen Daten gebe, dass das Tragen von Masken (medizinische MNS bis hin zu sog. Community-Masken) durch (anscheinend) gesunde Personen im öffentlichen Setting vor Infektionen mit respiratorischen Viren, inkl. COVID-19, schützen könne.

(Quelle: World Health Organization (WHO). Advice on the use of masks in the context of COVID-19 (5. Juni 2020). [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak))

4. Aus einer Studie des „Leibniz Institute for Psychology Information Trier“

(Quelle: <https://doi.org/10.23668/PSYCHARCHIVES.3135>) ist zu entnehmen, dass

- ca. 60% der sich durch die MNS-Verordnungen belastet fühlenden Menschen schon jetzt schwere (psychosoziale) Folgen erleben, wie eine stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne),

- bei 28 % „Schwere Nachwirkungen“, wie Kopfschmerzen, Hautausschlag, im April, lange gedankliche Nachwirkungen mit Weinen / Aggression / Ohnmacht / Verzweiflung bis hin zu in einigen Fällen Suizidgedanken (Hinweis auf Hyperarousal, psych. Belastungssymptomatik), Aufbau von regelrechter Aversion / Ekel und Vermeidungsbestreben bzgl. MNS mit sozialem Rückzugsbestreben, Panikanfälle im Rahmen eines dargelegten Retraumatisierungserlebens auftreten.

5. Besonders gesundheitsschädlich ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes für Kinder, gleich ob im Unterricht, auf dem Pausenhof oder in öffentlichen Verkehrsmitteln. Da Kinder ein wesentlich geringeres Atemvolumen haben, ist die Wirkung des Kohlendioxids viel ausgeprägter als bei Erwachsenen. Das Atemzugsvolumen beträgt ca. 7 ml / kg Körpergewicht (Quelle: flexikon.docchek.com) , d.h. ein 20 kg schweres Kind atmet 140 ml bei einem Atemzug ein. Das „Totraumvolumen“ unter einer Maske (verbrauchte Luft mit CO₂) beträgt nach Angabe von Medizinern ca. 80 ml. Das Kind atmet also mehr als die Hälfte „verbrauchte Luft“ ein. *Wer die Schädlichkeit von Masken für Kinder leugnet, kann also nur ein notorischer Ignorant sein.*

Trotzdem werden selbst Schüler mit ärztlichem Attest für das Nichttragen des Mund-Nasen-Schutzes in den Schulen ausgegrenzt (werden im übertragenen Sinn „in die Strafecke gestellt“), z.B. durch Nichtmitnahme im Schulbus oder Beeinträchtigungen bei der Essensausgabe.

6. In zwei neuen Studien gibt es konkrete Zahlen für die negative Wirkung der Masken bei Kindern.

a) In einer Studie vom 15.06.21 (Schwarz S, Jenetzky E, Krafft H, Maurer T, Martin D. Corona children studies „Co-Ki“: first results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children) wurde im Frühjahr 2021 eine Befragung von 25.930 Kindern durchgeführt. Die ausgewerteten Daten zeigen, dass **68 Prozent** der Kinder durch den Mund-Nasen-Schutz gesundheitliche Probleme (Kopfschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung) hatten. Als Ursache wird ein zu hoher Kohlendioxid-gehalt in der Atemluft hinter der Maske vermutet.

b) Genau das hat ein deutsch-österreichisches Forscherteam in der Studie vom 30.06.21 (Walach, H., Hockertz, S. u.a., Experimental Assessment of Carbon Dioxide Content in Inhaled Air With or Without Face Masks in Healthy Children, A Randomized Clinical Trial, JAMA Pediatr.) an 45 Kindern im Alter zwischen 6 und 17 Jahren untersucht.

Außenluft	0,04 Vol.%
Raumluft, Grenzwert des BGA für Schwangere und Kinder	0,20 Vol.%
Maximalwert für Arbeiter (MAK)	0,50 Vol.%
Studie: Einatemluft unter der Maske (Durchschnittswert)	1,39 Vol.%

Der Durchschnittswert des Kohlendioxidgehaltes in der Atemluft lag bei den gemessenen Werten nach 3 Minuten unter einer FFP2-Maske also bei dem 7-fachen des zugelassenen Grenzwertes des Bundesgesundheitsamtes (BGA). Der höchste der gemessene werte lag bei einem 7-Jährigen mit 2,50 Vol.% (das ist das 12,5-fache des Grenzwertes), der niedrigste Wert bei einem 15-Jährigen mit 0,60 Vol.% (dem 3-Fachen des Grenzwertes). Es ist zu beachten, die Vergleiche beziehen sich alle auf den Grenzwert; bezogen auf die Außenluft ist der durchschnittlich gemessene Kohlendioxidgehalt hinter der Maske 35-mal so hoch. Prof. Hockertz fasst das Ergebnis der Studie zusammen: „Das Risiko für ein Kind, an COVID-19 zu erkranken, ist wesentlich geringer, als einen psychischen oder körperlichen Schaden durch das Tragen der Masken zu erleiden.“

Beschämend ist, dass zwei Schulen aus dem Landkreis Passau eine solche Studie durchführen lassen wollten, was ihnen aber von ihren jeweiligen Oberschulämtern verboten wurde. Die Verantwortlichen wollen mit allen Mitteln verhindern, dass die Wahrheit ans Licht kommt. Das Wohl der Kinder scheint in den Überlegungen keine Rolle zu spielen. Dank den Wissenschaftlern, dass sie diese Arbeit trotzdem durchgeführt haben.

9) Neue spanische Studie stellt fest, dass Masken in Schulen nichts bewirken

Eine neue spanische Studie unterstützt nachdrücklich die konventionelle Weisheit aus der Zeit vor COVID, dass Masken die Übertragung von Atemwegserregern nicht stoppen. Die Studie verwendet ein recht leistungsfähiges Design, das ihre Ergebnisse umso überzeugender macht. Ermengol Coma und Kollegen analysierten Daten einer großen Kohorte spanischer Kinder im Alter von drei bis elf Jahren aus dem Zeitraum von September bis Dezember 2021. Während dieser Zeit gab es eine Maskenpflicht für Kinder in der Grundschule (ab sechs Jahren), nicht jedoch für Kinder in der Vorschule (im Alter von drei bis fünf Jahren).

Daher verglichen die Forscher die Ergebnisse zwischen Kindern im Alter von fünf Jahren (die nicht der Maskenpflicht unterlagen) und denen im Alter von sechs Jahren (die der Maskenpflicht unterlagen). Dies stellt einen relativ gut kontrollierten Vergleich dar, da sich die beiden Gruppen nur um ein Jahr im Alter unterscheiden. Es ist daher nicht zu erwarten, dass die Übertragungsrate aus anderen Gründen als der Maskenpflicht zwischen ihnen sehr unterschiedlich ist.

Die Forscher schätzten die Inzidenz von COVID, die sekundäre Angriffsrate und die Reproduktions-Zahl R separat für die beiden Gruppen. Wenn die Maskenpflichten funktionieren würden, dann müssten all diese Größen bei den Fünfjährigen höher sein. Die Forscher fanden jedoch **keine statistisch signifikanten Unterschiede** zwischen den beiden Gruppen. Im Gegenteil die Inzidenz bei Maskenpflicht liegt höher (354) als ohne Maskenpflicht (301) .

Im Gegenteil, die Forscher stellten darüber hinaus fest, dass es einen starken positiven Zusammenhang zwischen Ansteckungsrate und Alter über alle Altersgruppen gab. Mit anderen Worten, die Übertragung war bei älteren Altersgruppen höher, obwohl diese Gruppen der Maskenpflicht unterlagen, während dies bei den Jüngeren nicht der Fall war.

Die Ergebnisse von *Ermengol Coma und Kollegen* deuten darauf hin, dass Maskenpflichten im Wesentlichen nichts dazu beitragen, die Ausbreitung von COVID zu reduzieren. Und angesichts der Tatsache, dass Masken plausibel sowohl das Lernen als auch die soziale Interaktion behindern, gibt es nicht nur Unbehagen, sondern auch keinen guten Grund für Kinder, sie zu tragen. „Es sei ein Skandal, dass die Kinder jemals dazu gezwungen wurden.“

(Quelle: <https://dailysceptic.org/2022/03/14/new-spanish-study-finds-that-masking-in-schools-does-nothing/>, 14.03.22)

10) Weitere Studie beweist gesundheitsschädliche CO₂ - Konzentration in der Atemluft durch Masken

Die als Preprint erschienene Studie mit dem Titel „Inhaled CO₂ concentration while wearing face masks: a pilot study using capnography“ wurde von Forschern italienischer Universitäten durchgeführt. (Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.10.22274813v1>)

Bei 102 gesunden Probanden im Alter von 10 bis 90 Jahren aus der Allgemeinbevölkerung der Provinz Ferrara wurde die **CO₂-Konzentration in der eingeatmeten Atemluft** (in ppm) in Ruhe, ohne Maske, mit einer chirurgischen und mit einer FFP2-Maske mit Hilfe einer professionellen Seitenstrom-Kapnographie gemessen.

CO ₂ -Konz. In ppm	mittl. Wert	Spannweite	Vergl. Ohne M.
ohne Maske	458		
chirurgische Maske	4.965	3918 - 6012	10,8-fache
Kinder	10.143	7361 – 12925	22,1-fache
FFP ² -Maske	9.396	7142 - 11650	20,5-fache
Kinder	12.847	9949 – 15745	28,1-fache

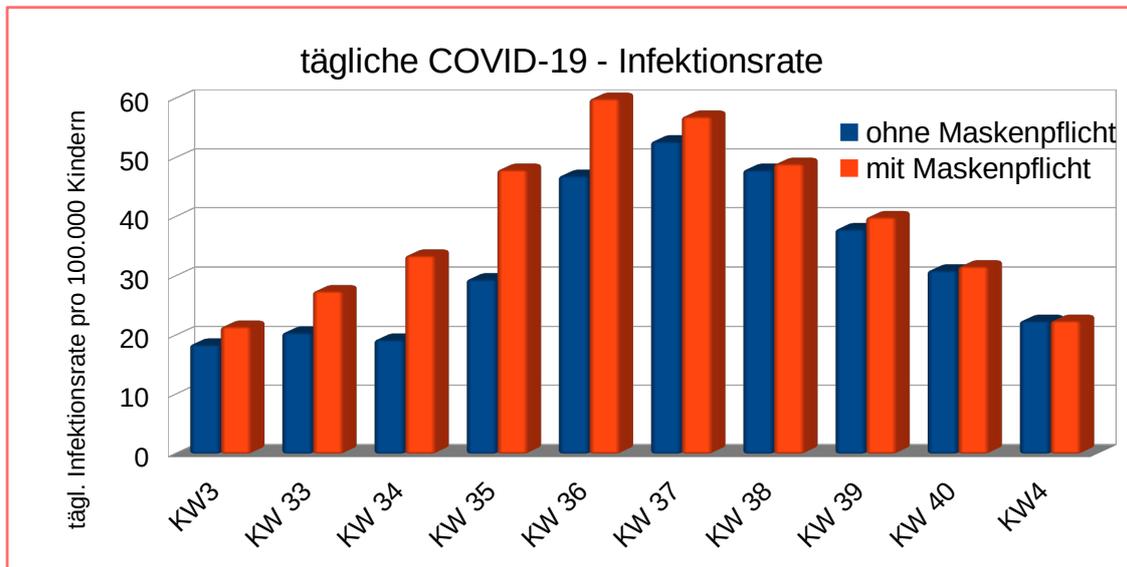
Die Wissenschaftler führen aus, dass die Exposition gegenüber CO₂ in der Atemluft bei Konzentrationen von **mehr als 5.000 ppm** über einen längeren Zeitraum „als inakzeptabel für die Arbeitnehmer angesehen wird und in mehreren Ländern verboten ist, da sie häufig

Anzeichen und Symptome wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Schläfrigkeit, Schnupfen und verminderte kognitive Leistungen hervorruft“.

Zusammenfassung: Masken schaden der Gesundheit, denn sie erhöhen drastisch den Anteil von Kohlendioxid in der Atemluft durch Rückatmung. Ganz besonders schädlich sind FFP2 Masken bei Kindern, da sie den Anteil über jeden zulässigen Grenzwert steigern. Deshalb galt ja auch bisher in den Richtlinien für Arbeitsschutz für Erwachsene eine Tragezeitbegrenzung von 75 Minuten.

11) Studie in 1.832 USA-Bezirken zeigt Wirkungslosigkeit der Masken in Schulen

Während der Covid-19-Pandemie gab es international erhebliche Diskussionen über die



Maskenpflicht bei Erwachsenen und insbesondere in Schulen.

Bislang gibt es keine randomisierten, kontrollierten Studien zur Maskenpflicht bei Kindern. Alle Analysen zur Wirksamkeit der Maskenpflicht in Schulen stützen sich auf Beobachtungsstudien.

Die amerikanische Studie „Überprüfung

pädiatrischer COVID-19-Fälle in Landkreisen mit ohne Schulmaskenpflicht - USA, 1. Juli - 20. Oktober 2021“ untersucht, ob es Unterschiede bezüglich der COVID-Infektionsrate zwischen Schulen mit und ohne Masken-

pflicht gab. Das Ergebnis ist im Diagramm dargestellt:

Die Maskenpflicht erhöht die COVID-Infektionsrate um fast 20 % .

Die Primärdaten der Studie (Quelle: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4118566) ergeben für die Schulen **ohne Maskenpflicht** eine durchschnittliche Infektionsrate von **32,71** und für Schulen **mit Maskenpflicht** **39,07** . Der Unterschied ist mit etwa 70 % als statistisch gesichert anzunehmen.

Anmerkung: Die betrachtete Studie ist eine Erweiterung einer von der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC durchgeführten Studie, die damals aber nur in 565 Landkreisen durchgeführt wurde - und ein gegenteiliges Bild hervorgebracht hatte..

Die jetzige Studie betrachtet nun 1.832 Landkreise – und nach Aussagen der Autoren **alle** Landkreise, bei denen eine klare Zuordnung ob Maskenpflicht angewiesen war oder nicht. Man kommt nicht umhin den Verdacht zu erheben, dass das CDC eine ähnliche „Methodik“ wie das RKI angewandt hat, nur die Werte zu verwenden, die für die gewünschte Aussage nützlich sind.

12) Eine neue katalonische Studie zeigt die Wirkungslosigkeit bzw. sogar die negative Wirkung des Tragen einer Maske bei Kindern bezüglich der Ausbreitung von COVID

In einer weiteren Untersuchung in Schulen Kataloniens wurde die Wirkungslosigkeit, ja sogar die negative Wirkung des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes in Schulen erneut nachgewiesen.

(Quelle: <https://adc.bmj.com/content/early/2022/08/23/archdischild-2022-324172>)

In der Studie wurde das Infektionsgeschehen an 1.907 Schulen mit knapp 600.000 Kindern im Zeitraum vom 13. September bis 22. Dezember 2021 beobachtet.

Besondere Aufmerksamkeit galt dem letzten Vorschuljahr (ohne Maskenpflicht) und dem ersten Schuljahr (mit Maskenpflicht).

Es wurden nur solche Schulen einbezogen, in denen beide Klassenstufen in der gleichen Einrichtung vorhanden waren und die Anordnungen korrekt befolgt wurden, um andere Einflüsse auf das Infektionsgeschehen möglichst auszuschließen. Das wichtigste Ergebnis der Studie lautet, dass sich

Kinder bei Einhaltung der Maskenpflicht häufiger mit COVID angesteckt haben (3,54 %) als Kinder ohne Maskenpflicht (3,10 %).

Der Unterschied ist statistisch wegen des großen Umfangs der Stichprobe signifikant (gesichert).

Bei dieser Betrachtung wurde die negative Auswirkung des Tragens von Masken bei Kindern auf ihre Gesundheit – wegen des Entstehens eines Sauerstoffmangels - sogar noch ausgespart.

Wie viele echte – nicht Laboruntersuchungen – Studien müssen noch vorgelegt werden, damit dieser sinnlose Spuk des Maskentragens (speziell bei Kindern) endlich ein Ende hat.

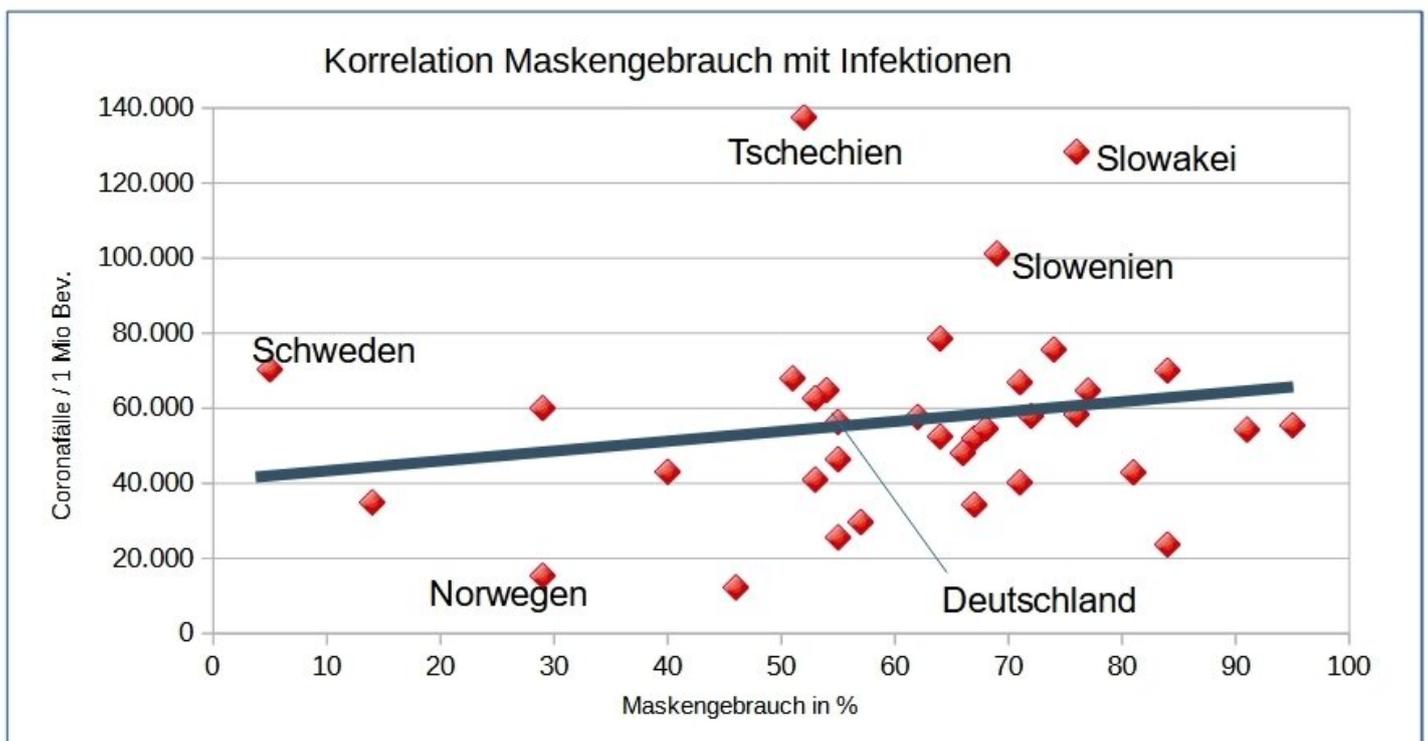
13) Eine umfangreiche Studie zeigt erneut: Masken haben keinen positiven Einfluss auf das COVID-Infektionsgeschehen, bezüglich der Todesfälle sogar einen negativen Einfluss

Unter der Überschrift „Korrelation zwischen Maskenkonformität und COVID-19-Ergebnissen in Europa“ wurde der Zusammenhang zwischen Maskengebrauch gegen Infektion und Sterbefälle im Winter 2020-2021 in Europa untersucht. Dabei wurden Daten aus 35 europäischen Ländern während eines Zeitraums von sechs Monaten analysiert.

(Quelle: <https://www.cureus.com/articles/93826-correlation-between-mask-compliance-and-covid-19-outcomes-in-europe>)

Das Ergebnis der Analyse ist vernichtend für die Befürworter einer Maskenpflicht. Aus den statistischen Analysen folgt eindeutig: Es gibt keinen positiven Einfluss des Maskentragens weder gegen Infektionen noch gegen schwere Verläufe (Tod) der COVID-Erkrankung.

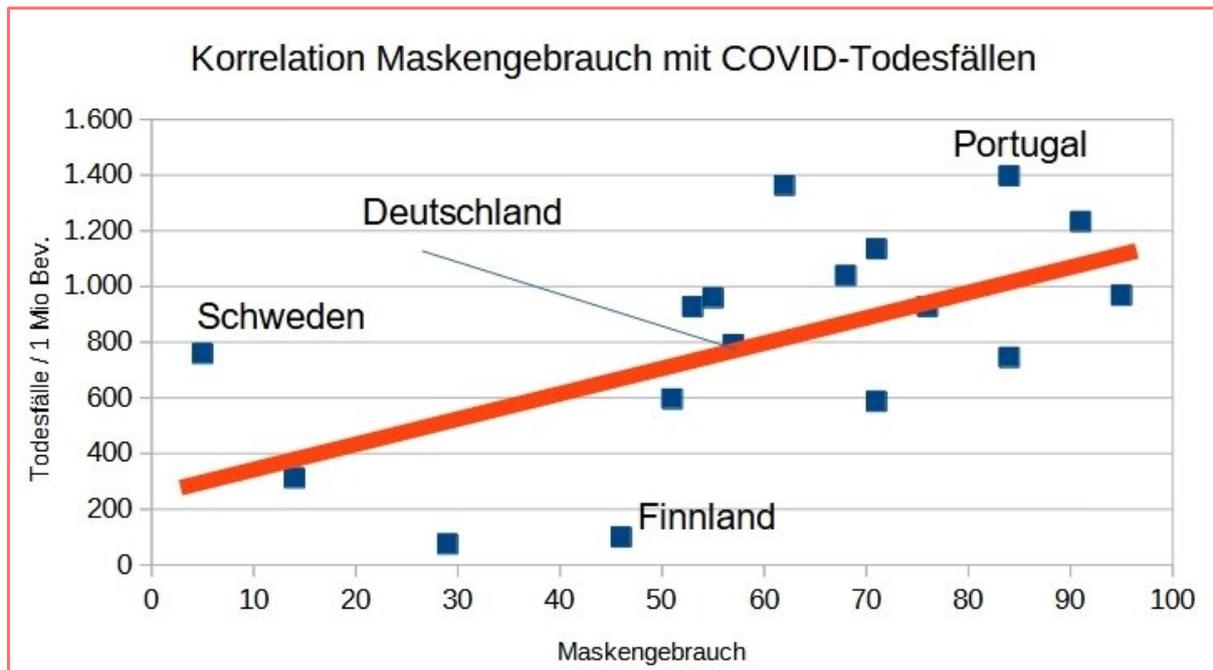
Im Gegenteil, in allen Untersuchungen (Europa gesamt, Osteuropa, Westeuropa) gibt es den statistischen Zusammenhang: **je häufiger Maskentragen desto häufiger treten COVID-Infektionen und COVID-Todesfälle auf.** Im Bild steht ein Punkt für ein europäisches Land mit dem Wertepaar (Häufigkeit des Maskentragens ; Coronafälle bez. auf Bevölkerungszahl).



Es wurden Regressionsgeraden und die lineare Korrelationskoeffizienten für die Abhängigkeit der Häufigkeit des Maskengebrauchs mit der Zahl der Infektions- bzw. Todesfälle berechnet. In allen Kombinationen (siehe Tabelle) gibt es positive Korrelationskoeffizienten.

Korrelationskoeffizienten	Maske zu Infektionen	Maske zu Todesfälle
Ganz Europa	0,153	0,303
Osteuropa	0,148	0,056
Westeuropa	0,178	0,602

Statistisch gesichert (mit einem Korrelationskoeffizienten größer als 0,6) ist für Westeuropa sogar der Zusammenhang, dass mit zunehmender Häufigkeit des Maskentragens die Zahl der COVID-Todesfälle zunimmt.



Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse sind harte **Argumente gegen** die Verfechter des **Maskentragens**.

Dabei ist die Schädlichkeit des Maskentragens, speziell bei Kindern wegen des Sauerstoffmangels, noch gar nicht in Betracht gezogen.

Fakt 20: Kurzzeitige Kontakte haben keinen negativen Einfluss auf das Infektionsgeschehen. Ausgangsbeschränkungen und Ausgangssperren sind somit weitgehend nutzlos.

Neben dem Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes wird immer wieder auf die Einhaltung der Abstandsregeln appelliert, obwohl auch die staatstreuen Virologen darauf hinweisen, dass ein mindestens 15-minütiger Kontakt mit einem Infektiösen in geschlossenen Räumen erst die Weitergabe des Virus wahrscheinlich macht.

Führende Aerosolforscher haben sich mit einem Offenen Brief am 11.04.2021 an die Bundeskanzlerin gewandt. Christof Asbach, Präsident der Gesellschaft für Aerosolforschung, erklärte z.B. in einem WDR-Interview, „dass nur eine von 1.000 Infektionen im Außenbereich stattfände, 999 dagegen im Innenraum.“ Trotzdem werden in der Änderung des Infektionsschutzgesetzes gerade Ausgangssperren und „Spaziergangsverbote“ verhängt, Breitensport im Freien untersagt, usw. ...

Wenn kurzzeitige Kontakte (auf belebten Plätzen, beim Einkaufen, ...) einen relevanten Einfluss auf die Verbreitung des Virus hätten, müssten z.B. Bundesländer mit einer großen Bevölkerungsdichte anfälliger auf ein steigendes Infektionsgeschehen sein, weil ja zwangsläufig häufiger menschliche Kontakte geben muss.

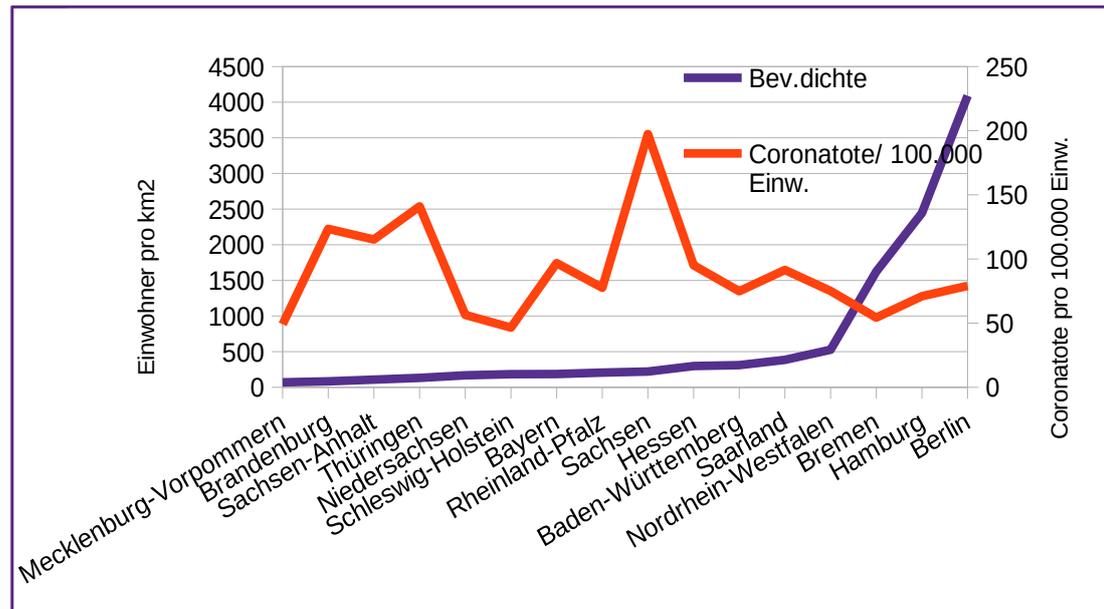
Die folgenden Bilder stellen für die 16 deutschen Bundesländer die Bevölkerungsdichte (Zahl der Einwohner pro 1 km²) und die Zahl der Coronatoten pro 100.000 Einwohner dar.

(Daten aus den Quellen: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Mai_2021/2021-05-18-de.pdf?__blob=publicationFile und

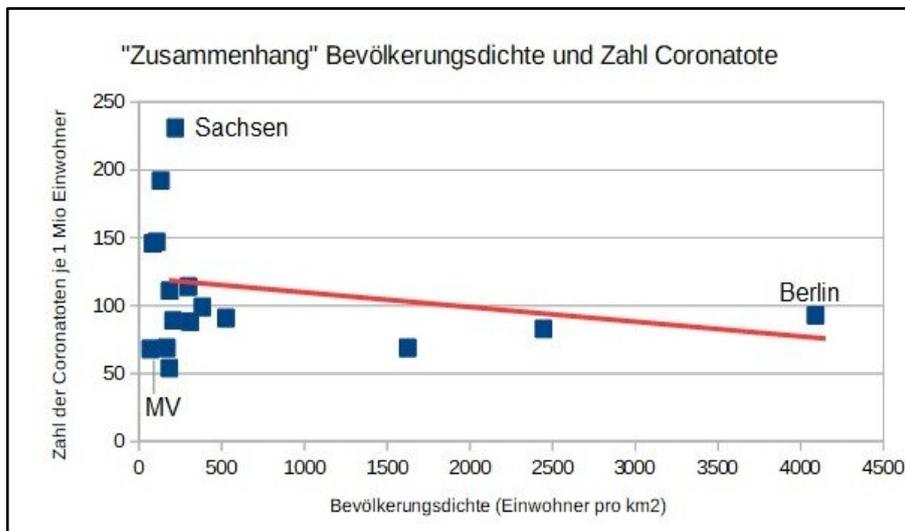
https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_0/)

Die Bevölkerungsdichte in Berlin ist zehnmal so hoch wie im Saarland. Trotzdem hat Berlin nur halb so viele Covid-19-Tote pro Einwohner wie das Saarland. Das steht im krassen Gegensatz zu den Maßnahmen der Regierungen von Bund und Ländern, die darauf abzielen, die Kontakte zwischen den Menschen zu verringern. Wenn weniger Kontakte eine wirksame Maßnahme zum Schutz vor einem Pandemieschaden böten, müsste die Sterblichkeit in Ballungsgebieten deutlich höher sein als auf dem Lande.

Ein weiteres Argument dafür, dass kurzzeitige Kontakte das Infektionsgeschehen kaum beeinflussen zeigt das folgende Diagramm. Wenn die Zahl und Häufigkeit von Kontakten einen entscheidenden Einfluss auf das Infektionsgeschehen hätte, müsste die rote Kurve (Zahl der Corona-Toten pro 100.000 Einwohner) annähernd gleich verlaufen wie die blaue Kurve (Bevölkerungsdichte). Das Gegenteil ist aber eher der Fall.



In der Statistik kann man mathematisch den Grad der (linearen) Abhängigkeit zwischen zwei Größen durch den Korrelationskoeffizienten angeben. Das untere Schaubild enthält für jedes Bundesland einen Punkt, der sich aus dem Wertepaar (Bevölkerungsdichte ; Zahl Coronatote) ergibt. Wenn es einen engen statistischen Zusammenhang gäbe, würden die Punkte nahezu auf einer Geraden liegen.



Der Korrelationskoeffizient nahe bei Null (konkret: $\rho = -0,24$). D.h., existiert keinerlei statistischer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte eines Bundeslandes und der negativen Auswirkung (Corona-Tote) des Infektionsgeschehen. In der Betrachtung der Zahl der Corona-Toten nimmt sogar die Zahl der Corona-Toten mit wachsender Bevölkerungsdichte schwach ab.

Diese Feststellungen sind auch deshalb bemerkenswert, weil die gesamte Corona-Strategie von Bund und Ländern darauf ausgerichtet ist, die Zahl der Kontakte zu reduzieren, um im Rahmen der 7-Tage-Inzidenzen die Kontaktnachverfolgung sicherzustellen.

Eine **Nachbetrachtung** kommt zu dem Ergebnis:

Die deutsche Coronapolitik – und speziell die Impfpolitik – ist zutiefst faschistisch.

Um den Einwand der Relativierung des Nationalsozialismus zuvor zu kommen, muss klar gestellt werden, dass Nationalsozialismus und Faschismus nicht das Gleiche sind. Auf Details sei z.B. auf

<https://weblogographic.com/difference-between-fascism-and-nazism-229700> hingewiesen.

Faschismus gibt es in verschiedenen Schattierungen: rechts, links, islamistisch – und als Corona-Faschismus. Der Autor hält sich dabei an die Definition des Faschismus nach Julian Nida-Rümelin (Philosoph, unter Gerhard Schröder Kulturstaatsminister, stellv. Vorsitzender des deutschen Ethikrates, SPD) und ersetzt nur das Wort „Bewegung“ durch „Corona-Politik“:

1. Die „Corona-Politik“ ist alles. Der einzelne hat sich dieser Corona-Politik unterzuordnen.
2. Die Inhalte der Corona-Politik ergeben sich aus den gemeinsamen Erfahrungen und Intuitionen, Theorien und Argumente sind unwichtig oder störend.
3. Die Einheit der Corona-Politik wird durch eine charismatische Leitfigur, deren Sinnen und Trachten die Corona-Politik repräsentiert, gesichert, der sich alle in der Corona-Politik unterzuordnen haben.
4. Es gilt das Primat der Tat. In der gemeinsamen Aktion manifestiert sich der Wille und die Kraft der Corona-Politik.
5. Kritik stört, begründete Einwände sind hintanzustellen, wenn sie die Corona-Politik behindern können.
6. Menschen-Verachtung: Zynische Abwertung derjenigen, die nicht zur Bewegung zählen, die anders denken und fühlen, anders aussehen, anderer Herkunft oder anderen Glaubens sind.“

Eine Corona-Politik, die wissenschaftliche Erkenntnisse, wie

- Genesene sind länger immun als Geimpfte,
 - an COVID erkrankte Geimpfte sind häufig stark ansteckend,
 - die unbegründete Andersbehandlung (keine Quarantäne) und Anderszählung (nur symptomatische Fälle) bei Impfdurchbrüchen gegenüber anderen Corona-Infektionen,
 - Immunität erkennt man am Antikörperspiegel und nicht am – möglicherweise falsch – positiven PCR-Test,
 - Corona-Impfung an Kindern ist bewusste Kindeswohlgefährdung, weil Kinder fast nie ernsthaft an COVID erkranken und damit auch so gut wie nicht zur Infektionsverbreitung beitragen
- in ihren Entscheidungen permanent ignoriert oder Andersdenkende als „Covidioten“ (SPD-Vorsitzende Saskia Esken), „Bekloppte“ (Bundespräsident a.D. Joachim Gauck, Pfarrer, CDU) oder „Terroristen“ (Volker Beck, ehemaliger Bundestagsabgeordneter der Grünen) beschimpft, verdient keine andere Attributisierung als **faschistisch**.

Wer eine Apartheid-Politik 2.0 (die Ergänzung „2.0“ charakterisiert die Verschärfung gegenüber der historischen – südafrikanischen – Apartheid, bei der wenigstens für die Benachteiligten eigene Lebensräume geschaffen waren) mit Hilfe von 3G-, 2G- oder vielleicht 1G-Regel installiert, ist höchst menschenfeindlich. Schizophrenerweise will wohl die Corona-Politik die Ausgestoßenen verleiten, sich bewusst mit dem Corona-Virus zu infizieren, um wieder in den Kreis der Privilegierten aufgenommen zu werden.

Eine solche Politik ist undemokratisch, verwerflich, anmaßend, menschenverachtend, die Gesellschaft spaltend – eben faschistisch.

Schlussfolgerungen (aus statistischer Sicht)

Der Autor hat lange Zeit (gutartig) angenommen, dass die Bundesregierung im März 2020 völlig unvorbereitet auf den Ausbruch einer Pandemie war. Ein Argument dafür war z.B. die Einschätzung des Global Health Security Index von April 2020, bei der Deutschland bezüglich der Vorbereitung auf eine Pandemie weltweit den 67. Platz mit 12 von 100 Punkten (was einer Schulnote 6 entsprechen würde) belegt. Man könnte dann noch die politischen Entscheidungen im März 2020 als **grob fahrlässiger Fehlalarm** „entschuldigen“.

Inzwischen ist bekannt, dass die Bundesregierung auch langfristig an dem später veranlassten Szenario gearbeitet hat (z.B. Bundestagsdrucksache 17/12051). Eine Kurzschlussbehandlung scheint inzwischen ausgeschlossen.

Es wird immer deutlicher, dass die eingeschlagene Linie mit Rechthaberei, Ignoranz, Arroganz und Machtbesessenheit weitergeführt wird. Dabei geht jeder selbstkritische Ansatz verloren. Andere Meinungen und Lösungsansätze werden nicht nur nicht gehört, sondern sogar diffamiert.

* Bleibende Fragen:

Warum

- die Vernichtung vieler wirtschaftlicher Existenzen,
 - die verantwortungslose Inkaufnahme von Toten durch die Verschiebung notwendiger Operationen,
 - der unnötige Leidensdruck der Kinder wegen Kita- und Schulschließungen (Masken, Tests),
 - die völlig überzogenen Maßnahmen in der Einschränkung der Freiheitsrechte, beispielsweise gegenüber der Kirche, und gegen das Versammlungsrecht,
 - die vielerorts angewandte Brutalität der Polizei gegen friedlich demonstrierende Andersdenkende,
 - hat es überhaupt keine Folgen, wenn (damals schon klar erkennbare) Fehlentscheidungen jetzt zugegeben werden müssen (BKin Merkel, BM Spahn) ?
- * aus dem Papier „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ des Koalitionsausschuss vom 3. Juni 2020 heißt es im Punkt „53. Die Corona-Pandemie endet, wenn ein Impfstoff für die Bevölkerung zur Verfügung steht.“
→ Einer der dümmsten Sätze der Politik
- * Es ist äußerst bedenklich, wenn sich in einem demokratischen Staat wie Deutschland Regierende das Recht herausnehmen, massiv die Meinungsbildung bei Wissenschaftlern zu beeinflussen. Das, was aus dem Mailverkehr des Staatssekretärs des Bundesinnenministeriums mit „Wissenschaftlern“ bekannt wurde, ist ein Skandal – und erinnert fatal an diktatorische Strukturen. (nachzulesen z.B. bei „Welt am Sonntag“ vom 07.02.2021 oder Focus-Online vom 12.02.2021).
Der ehemalige Richter am Bundesgerichtshof Stefan Leupertz, der zusammen mit Rechtsanwalt Härting und anderen Anwälten den Mailverkehr analysierte, sagt: „Gefährlich wird die Lage, wenn der Staat beginnt, schon die Generierung der Informationen und ihre Interpretation durch dann eben nicht mehr unabhängige Experten zu organisieren. Genau das ist hier geschehen. Das BMI hat ersichtlich und am Ende mit großem Erfolg versucht, ein Informations- und Meinungskartell zu organisieren, das es den politischen Entscheidungsträgern in schwieriger Lage ermöglicht, durch eine Politik der Angst Entscheidungskompetenz auch ohne belastbare sachliche Rechtfertigung zu erlangen“
- * Vieles erinnert fatal, nicht nur an 1989, sondern leider auch an 1933. Dieses Mal ist ein Krankheits-Virus, damals war es ein ideologisches Virus.
Die Manipulation klappte in beiden Fällen durch Angst und Falschmeldungen.

Es ist schlimm, dass uns die Regierenden und die meisten Medien ständig belügen, es ist aber noch schlimmer, dass die Mehrheit den Lügen vertraut !!!

* **Schlussfolgerung:**

„Die verordnete Medizin darf nicht schädlicher sein als die Krankheit“.

Die von den Regierenden beschlossenen und von den Medien fast ausnahmslos gut geheißenen Maßnahmen gegen das Virus sind unangemessen und weitaus gefährlicher als das Virus selbst .