

20 (kommentierte) Fakten zu Corona

Schnellnavigation zu den Fakten, dem [Vorwort](#) und den [Schlussfolgerungen](#)

- Fakt 1:** Die Sterblichkeit der **an** dem Corona-Virus Verstorbenen verläuft in ähnlicher Weise in Deutschland wie die Grippeepidemien 2017/18 . Eine Übersterblichkeit hat vor allem andere Ursachen (Maßnahmen, Impfung).
- Fakt 2:** Der relativ milde Verlauf der Corona-Infektionen in Deutschland war nicht den Maßnahmen gegen das Virus, wie dem Lockdown für Wirtschaft und Gesellschaft im März 2020, geschuldet. Im Gegenteil die Folgeschäden der Maßnahmen erweisen sich als wesentlich gravierender (siehe auch Fakt 8 und 14).
- Fakt 3:** Das progressive Wachsen der Neuinfektionen ist auch in der Herbstwelle wieder ca. 4 Wochen vor Einsetzen des „Lockdown light“ gebrochen.
Inzwischen geben Regierende zu, dass der Lockdown nicht die gewünschte Wirkung gezeigt hat.
- Fakt 4:** Der Anteil der sogenannten Corona-Toten an der Gesamtzahl der Toten in Deutschland betrug im Jahr 2020: 3,41 % . (bezogen auf den Pandemiezeitraum 01.03.20 – 15.09.22: 5,41 %)
- Fakt 5:** Es gibt neben Corona weltweit wesentlich mehr – und schlimmere Krankheiten.
- Fakt 6:** Der „schwedische Weg“ ist erfolgreicher als es die deutschen Regierenden und die Medien zugeben.
- Fakt 7:** Die Schwere der Krankheitsverläufe in den einzelnen Ländern scheint stark von unterschiedlichsten Faktoren wie Stärke und spezifische Beschaffenheit des Immunsystems sowie der Gene abzuhängen, aber wesentlich weniger von den Maßnahmen der Regierungen.
- Fakt 8:** Während der staatlich angeordneten Shutdowns / Lockdowns erhöhen sich die Zahlen der nicht coronabedingten Sterbefälle. Die wesentlich gravierenderen gesundheitlichen Schäden wegen der Maßnahmen werden erst so richtig in Zukunft spürbar werden.
- Fakt 9:** Weniger Lockdown in der Pandemiebekämpfung ist sowohl für die Wirtschaftspolitik als auch für die Gesundheitspolitik erfolgreicher. Je massiver der Lockdown umso größer der Schaden.
- Fakt 10:** Die täglich gemeldete „Zahl der Neuinfizierten“ ist in Wirklichkeit die „Zahl der neu positiv Getesteten“, die zudem einen wesentlichen Anteil an *falsch* positiv Getesteten enthält.
- Fakt 11:** Die durchschnittliche Auslastung der Intensivbetten in deutschen Krankenhäusern war durch COVID-Patienten nie besonders dramatisch.
- Fakt 12:** Die 7-Tage-Inzidenzwerte – gleich ob 165, 150, 100, 50, 35 oder 10 – sind völlig willkürlich und unlogisch.
- Fakt 13:** Die offiziellen staatlichen Meldungen über Gefahren der Corona-Pandemie (Sterblichkeit, Mutationen) sind häufig im krassen Widerspruch zu den Statistiken – und dienen vorwiegend der Panikmache.
- Fakt 14:** Die Corona-Maßnahmen ziehen erhebliche Kollateralschäden (Zunahme von Suiziden, Gewalt und sozialer Isolation) nach sich.
- Fakt 15:** Grippe-Schutzimpfungen geraten immer mehr ins Zwielficht. Ihre angeblich positive Wirkung wird weit überschätzt.
- Fakt 16:** Der gegenwärtige Kenntnisstand der sogenannten Corona-„Impfung“ gleicht einem makaberen Menschenexperiment. Die von den Impfstoffherstellern und der Politik angegebene Wirkung ist eine unverantwortliche Täuschung.
- Fakt 17:** Die Zahl der unerwünschten Nebenwirkungen der Corona-„Impfung“ beträgt mindestens das 50-Fache üblicher Medikationen. Der Versuch der Verschleierung dieser Tatsache durch staatliche Stellen ist beschämend.
- Fakt 18:** Es geht kaum eine Ansteckungsgefahr durch positiv Getestete mit asymptomatischem Verlauf bzw. repositiven Fällen aus, ebenso geht von Kindern eine äußerst geringe Infektionsgefahr aus.
- 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.
- Fakt 20:** Kurzzeitige Kontakte haben keinen negativen Einfluss auf das Infektionsgeschehen. Ausgangsbeschränkungen und Ausgangssperren sind somit weitgehend nutzlos.

„Nicht in der Flucht der Gedanken, allein in der Tat ist die Freiheit.“

(Dietrich Bonhoeffer)

Die Zusammenstellung der Fakten geschieht aus der großen Sorge, dass die Maßnahmen der Regierung gegen das Corona-Virus wesentlich gravierendere negative Folgen haben als das Corona-Virus selbst. Erschreckend dabei ist, dass die offiziellen statistischen Daten von Anfang an etwas völlig anderes aufzeigen als Politik und Medien verbreiten.

Diese kommentierte Datensammlung wird seit April 2020 in regelmäßigen Abständen ergänzt und aktualisiert.

Das Ergebnis der manipulativen Berichterstattung ist eine stark veränderte und zutiefst gesplante Gesellschaft.

Weitere Beweggründe für den Versuch, mit dieser Datensammlung aufzuklären, sind:

- Die Bundesregierung hat sich - wie bei der Schweinegrippe 2009 – wieder die gleichen falschen „Berater“ genommen : WHO, Prof. Wieler, Prof. Drosten ...
- Dutzende Fach-Wissenschaftler (wie beispielsweise Prof. Bhakdi, Prof. Ioannidis, Prof. Hockertz, Dr. Wodarg u.v.a.) werden nicht gehört, eher sogar verunglimpft .
→ Verdacht der Manipulation der Gesellschaft („Falsch-Zeugnis geben“)
- Von Anfang an waren Widersprüche in den offiziellen Verlautbarungen, z. B. zur Wirksamkeit von Masken und Tests.
- In dem VS-Arbeitspapier des Bundesinnenministerium "Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen"
(Quelle: <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarienpapier-covid-19.html>) wird auf Seite 13 unverantwortlich eine Kommunikationsstrategie ausgegeben, dass "um die gewünschte Schockwirkung" in der Bevölkerung "zu erzielen", vor allem die Urangst (sogar unterstrichen im Originalpapier) des Menschen vor Erstickung und das Leiden der Kinder benutzt werden sollen. In dem Papier wird Panikmache in der fiesesten Art empfohlen; das ist unverantwortlich. Geradezu erbärmlich ist es, dass Wissenschaftler missbraucht wurden (bzw. sich haben missbrauchen lassen), indem sie dem Druck aus dem Bundesinnenministerium gefolgt sind, ein Modell zu erarbeiten, auf dessen Basis „**Maßnahmen** präventiver und **repressiver Natur**“ geplant werden können.
- Der gegenwärtige wissenschaftliche Informationsstand über Art und Wirkung einer Corona-Impfung lässt keinerlei fundierte Aussage zu. Impfeempfehlungen auf der Basis von nicht geprüften Aussagen der produzierenden Unternehmen auszusprechen, ist menschenverachtend.
- Die Kirchen werden ihrer Verantwortung als moralische Institutionen nicht gerecht, sondern unterwerfen sich in peinlichster Weise dem undemokratischen Diktat der Regierenden.
- Es verstärkte sich immer mehr der Eindruck, dass bei den Beschlüssen der Bundeskanzlerin mit den Länder-Ministerpräsidenten ausgelotet wird, wie weit man mit den Repressalien gegen die Bevölkerung gehen kann (siehe „Osterruhe“). Es ist auch beschämend, wenn erst im Nachgang ernsthafte rechtliche Überlegungen und Konsequenzen angestellt werden.
- Mit der Corona-„Impfung“ wurde ein unverantwortliches Menschenexperiment begonnen, das bis jetzt schon zigtausende Menschenleben gefordert. Der psychologische Druck, der auf die Mitarbeiter in der Pflege und im Gesundheitswesen mit der sektoralen Impfpflicht ausgeübt wurde, ist unmenschlich.

- Einen weiteren Tiefpunkt stellt der Beschluss der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (genauer: Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.04.2021) dar. Die Entscheidung der 342 (von 709) Bundestagsabgeordneten wird dauerhaften Schaden an der Glaubwürdigkeit der parlamentarischen Demokratie verursachen – und ist ein weiterer Schritt zum totalitärem Staat.

Zwei Beispiele sollen dies beleuchten:

1. Die Festlegung, dass bei einer Inzidenz ab 165, z.B. Kindergärten und Schulen geschlossen werden müssen, ist völlig willkürlich und unnötig restriktiv. Weder der 7-Tage-Inzidenzwert selbst, noch die konkrete Größe 165 haben einen wissenschaftlichen Hintergrund und sind pure Willkür.
2. aus § 32: „Die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Art.2 Abs.2 Satz 1 GG), der Freiheit der Person (Art.2 Abs.2 Satz 2 GG), der Freizügigkeit (Art.11 GG), der Unverletzlichkeit der Wohnung (Art.13 GG), der Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG) und des Brief- und Postgeheimnisses (Art.10 GG) werden eingeschränkt ...“ Es gehört sehr viel gutmütige Phantasie dazu, erkennen zu sollen, dass die „Einschränkung des Brief- und Postgeheimnisses“ dem Schutz der Bevölkerung dient. Das klingt eher danach, dass die Regierenden sich vor dem möglichen Unmut der Bevölkerung schützen wollen.

- Bei einer 7- Tage – Inzidenz von 19 hat am 11.06.21 der Deutsche Bundestag einen Antrag der Koalitionsparteien zu einer weiteren Verlängerung „der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ bis zum 30.09.2021 mit 375 Stimmen bei 218 Gegenstimmen und 6 Enthaltungen angenommen. Diese Feststellung dient als rechtliche Grundlage für Corona-Regelungen etwa zu Impfungen und Testkosten und gibt dem Bund das Recht, direkt ohne Zustimmung des Bundesrates Verordnungen zu erlassen. Dieser aus Sicht des Infektionsgeschehens völlig unnötige Beschluss kann aber wesentlichen Einfluss nicht nur auf den Wahlkampf, sondern auch auf das Wahlergebnis der Bundestagswahl haben. Die Bundesregierung kann damit im Verlauf des Wahlkampfes vollkommen eigenmächtig eine Gefahrenlage erklären und Einschränkungen bei der Bundestagswahl erwirken, welche dann beispielsweise zu einem erhöhten Briefwähleranteil führen. Warum kastriert sich der Bundestag freiwillig ?

Es ist eine Schande für die deutsche Politik, dass sie 30 Jahre nach Abschaffung der Apartheid in Südafrika, eine neue Form der Apartheid 2.0 zwischen Geimpften und Ungeimpften einführt. *Grundsätzlich* ist jede Apartheid und Zwei-Klassen-Gesellschaft einer Demokratie unwürdig und grundgesetzwidrig. Diese Politikformen waren bisher nur diktatorischen Regimen zu eigen. Die Begründungen dafür entbehren jeder Sachlichkeit: Die vorgelegten Daten (und viele hier nicht aufgeführten) Daten zeigen, dass die beschlossene Einführung der Apartheid zwischen Geimpften und Ungeimpften keinerlei wissenschaftliche Begründung besitzt.

Geimpfte können genauso ansteckend sein wie Ungeimpfte. Ja, die neueren Daten (speziell über die Delta-Variante) zeigen zunehmend, dass vor allem die Geimpften die Coronapandemie verstärken. Die Ignoranz und Arroganz mit der Politiker einen Teil des Volkes verspotten, wird immer unerträglicher.

- Einen weiteren Tiefpunkt erfährt die deutsche Corona-Politik mit der Neufassung des Infektionsschutzgesetzes durch Bundestag und Bundesrat im September 2022. In einer Zeit, in der viele Länder fast alle Corona-Beschränkungen aufheben, selbst Präsident Biden die Corona-Pandemie für beendet erklärt, setzt Bundesgesundheitsminister Lauterbach seine unverantwortliche Panikmache fort.

Drei der vielen unsinnigen und unlogischen Inhalte des Infektionsschutzgesetzes sollen hier angeführt werden, um den durch nichts zu begründeten Alleingang Deutschlands zu illustrieren:

- * Etwa 12 Millionen Menschen in Deutschland, die bis jetzt als „grundimmunisiert“ gewertet wurden, gelten ab 01.10.22 als „ungeimpft“.
- * Während in Flugzeugen keine Maskenpflicht gilt, wird sie für Fernzüge angeordnet.
- * Kinder werden per Gesetz schlechter gestellt als Erwachsene (Testpflicht nach überstandener Infektion).

Mit dem Papier soll der Versuch unternommen werden, Fakten – vor allem aus statistischen Untersuchungen – gegen die offensichtliche Lügenpropaganda des Gesundheitsminister Lauterbach und dessen willfährigen Gehilfen in den Mainstreammedien entgegenzustellen.

Fakt 1: Die Folgen der Corona-Pandemie verlaufen in ähnlicher Weise bis jetzt in Deutschland wie die Grippeepidemien 2017/18, allerdings mit einer leicht erhöhten Sterblichkeit im Nov.20 – Jan.21 .

Auswertung der Daten vom Statistischen Bundesamt vom 20.09.2022

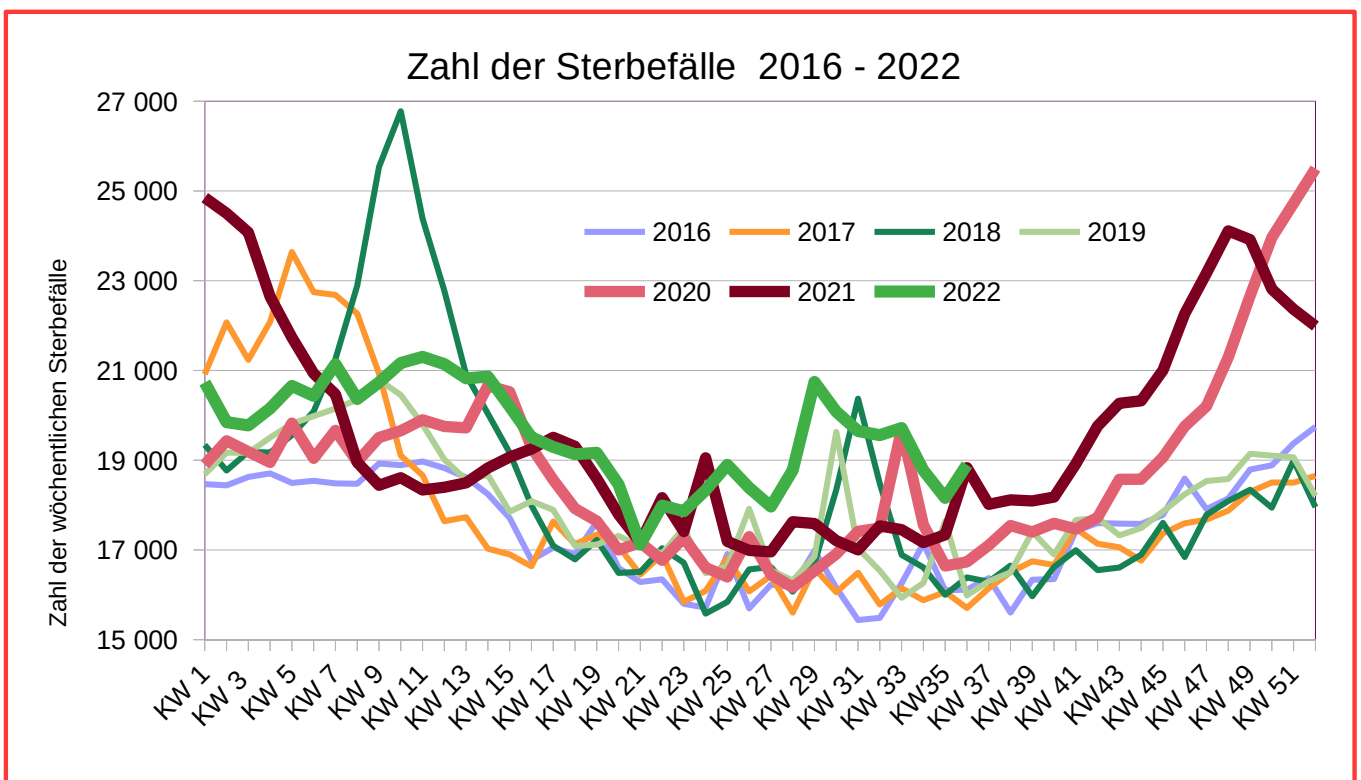
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>

1. Das entscheidende Maß für die Schwere einer Pandemie ist die „Zahl der Sterbefälle“. Das klingt zwar leider etwas makaber, ist aber richtig. Die Zahl der Sterbefälle der Grippeepidemien 2017/2018 liegt in etwa der gleichen Größenordnung wie bei der Corona-Pandemie 2020, allerdings mit erhöhten Sterbezahlen im November 2020 bis Januar 2021. Konkret sind nach offiziellen Angaben 2020 **0,041 %**, 2021 **0,095 % (doppelt so viel wie 2020, trotz oder wegen der „Impfung“)** und 2022 **0,045 % (bis 21.09.22)** der Bevölkerung in Deutschland an oder mit Corona gestorben.

Beim Vergleich der Zahl der Sterbefälle zwischen den Grippeepidemien und der Corona-Pandemie ist immer zu beachten, dass die Zählung der Coronatoten bei der Corona-Pandemie unabhängig von der wirklichen Todesursache erfolgt, es reicht der Nachweis des Virus Sars-Cov-2 .

Prof. Voshaar, Chef der deutschen Lungenkliniken, sagte im August 2022, dass er und keiner seiner bekannten Kollegen jemand benennen könnte, der zurzeit ursächlich an COVID stirbt. Es werden aber jeden Monat noch mehr als 100 Coronatote offiziell in Deutschland gemeldet.

2. Das Schaubild zeigt die grafische Aufbereitung der Zahl der wöchentlichen Sterbefällen (KW 01 2016 – KW 36 / 2022) in Deutschland. Es ist recht deutlich die langgestreckte Grippewelle des Jahres 2017 und die massive Frühjahrs- Grippeepidemie des Jahres 2018 und die erhöhte Sterblichkeit in der Corona-Pandemie im November 2020 bis Januar 2021 zu erkennen. Diese höhere Sterblichkeit gleicht sich aber über das Jahr 2020 aus.



3. Für den Shutdown/Lockdown und der unangemessenen Einschränkung der Freiheitsrechte gab es bis jetzt zu keinem Zeitpunkt einen objektiven Grund.

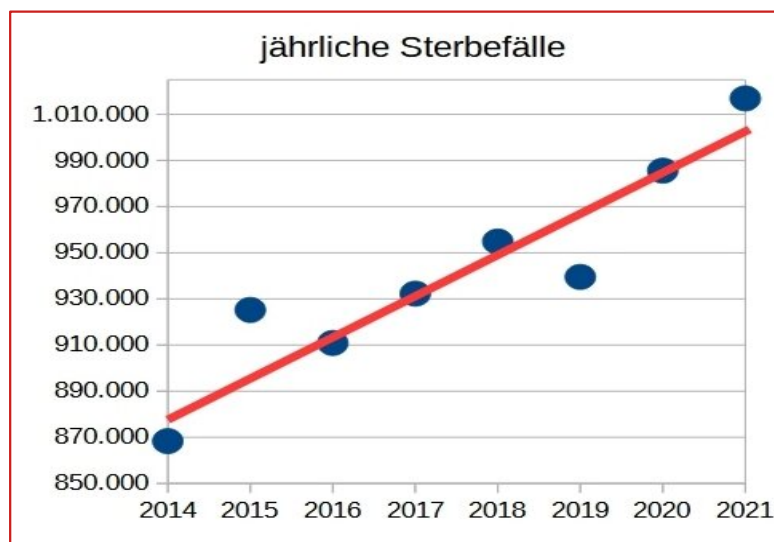
4. Bis zum 31.12.2020 gab es in Deutschland 33.624 Coronatote bei insgesamt 984.965 Sterbefällen. D.h. **3,41 %** der Sterbefälle erfolgten mit Feststellung des Coronavirus !!!

5. Um eine realistische Einschätzung von Unter- oder Übersterblichkeit zu erhalten, muss man sowohl den Bevölkerungszuwachs als auch die veränderte Altersstruktur beachten. Dies geschieht, indem man die altersbereinigte Sterblichkeit bestimmt. Für die hier angestellte Berechnung wurden die durchschnittliche Sterberaten der Jahre 2016 bis 2020 in den sehr differenzierten Altersgruppen 0-15, 15-30, 30-35, 35-40, 40-45, 45-50, 50-55, 55-60, 60-65, 65-70, 70-75, 75-80, 80-85, 85-90, 90-95 und 95+ verwendet. In den verschiedenen Modellrechnungen ergab sich für 2020 eine Spanne der zu erwartenden Sterblichkeit von 981.633 bis 1.004.509 (real: 984.965 Sterbefälle).

Unter Beachtung des Bevölkerungszuwachses und der veränderten Altersstruktur ist also **keine** Übersterblichkeit 2020 in Deutschland zu verzeichnen.

6. Eine andere Möglichkeit die „normale“ Sterblichkeit einzuordnen, besteht in der Trendbetrachtung. Im nebenstehenden Diagramm sind die jährlichen Sterbefälle in Deutschland der Jahre 2014 bis 2020 eingetragen. Auffallend ist die ständige Zunahme der jährlichen Toten schon seit 2006. Hier dargestellt ist der quasi lineare Zusammenhang zwischen Zeitachse und Zahl der jährlichen Toten (Zuwachs durchschnittlich um 12.2200 pro Jahr; 2006: 821.627 Tote, 2021: 1.016.899 Tote).

(Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/lrbev04.html>)



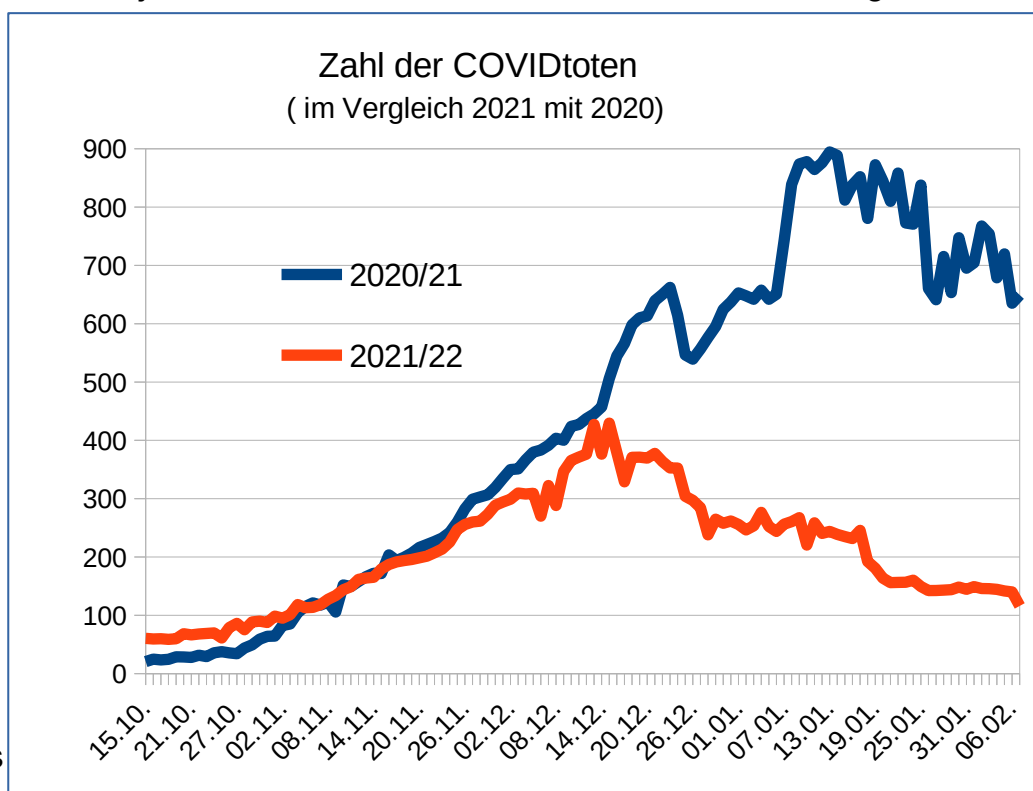
Für mathematisch Interessierte: Der lineare Korrelationskoeffizient hat den sehr hohen Wert von 0,96. Ein wesentlicher Grund für diese Entwicklung wird in dem zunehmenden Lebensalter der Bevölkerung gesehen. Ein gewisse Abweichung nach oben, ist für das Jahr 2021 zu erkennen. Diesem Phänomen soll im Punkt 10 ausführlicher nachgegangen werden.

7. Die Infektionssituation in Deutschland ist im Herbst 21 / Winter 22 geprägt durch relativ hohe Infektiosität, aber mit wesentlich geringerer Gefährlichkeit als im Herbst 20.

Die Zahl der PCR-positiv Getesteten, die ja fälschlicherweise als COVID-Infektions“fälle“ gemeldet werden, stieg zu den Jahres-Wechseln 2020/21 und 2021/22 stark an. Von diesen Meldungen sind die Nachrichtensendungen und Zeitungsartikel gefüllt gewesen. Verschwiegen wird dabei oft, dass das Verhältnis aus der Zahl der COVID-Todesfälle (Tote, die mit oder an dem Corona-Virus gestorben sind) und der Zahl der gemeldeten COVID-Fällen, glücklicherweise wesentlich niedriger als im Herbst 2020 ist.

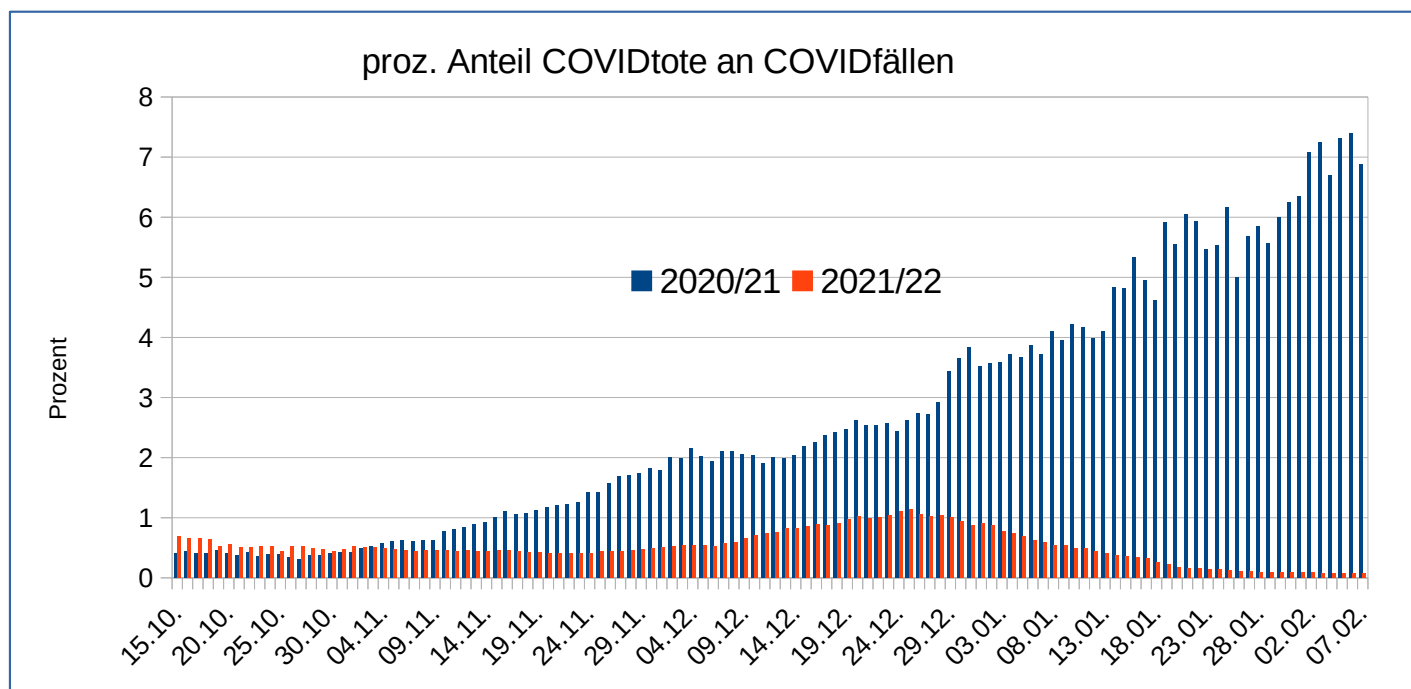
Das nebenstehende Bild zeigt die Anzahl der Coronatoten im Zeitraum 15.10. bis 21.02. jeweils der Jahre 2020/21 und 2021/22.

Um die Zeit des Jahreswechsels 2020/21 lag die Zahl der



täglichen Corona-Sterbefälle bei fast 900, zum Jahreswechsel 2021/22 glücklicherweise nur um 250.

Noch wesentlich deutlicher wird der Unterschied bezüglich der Schwere des Infektionsgeschehen, wenn das Verhältnis von der Zahl der Corona-Toten zu der Zahl der gemeldeten Corona“fälle“ betrachtet, wie es im unteren Bild geschieht. Die blauen Säulen geben das Verhältnis für 2020/21 an und die roten Säulen für 2021/22 an. Man sieht, dass Der Anteil der Todesfälle an der Zahl der Infizierten Mitte Februar 2021 bei 5,38 % lag, Anfang Februar 2022 aber bei **0,07 %** liegen. Das ist etwa ein Fünfundsiebzigstel !



Die „Welle“ im Herbst 2021 / Winter 2022 war also geprägt durch Corona-Varianten (bisher Delta, jetzt Omicron), die ansteckender als bisherige Varianten waren, deren Krankheitsverläufe aber wesentlich milder verlaufen. Auch hier bestand kein Grund zur Panikmache ...

8. In einer Reihe von Veröffentlichungen, z.B. „Excess deaths associated with covid-19 pandemic in 2020: age and sex disaggregated time series analysis in 29 high income countries“ (in <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1137>- 19.05.2021) wird (undifferenziert) auf eine Übersterblichkeit hingewiesen.

Der Begriff „Übersterblichkeit“ ist aber in der Statistik nicht definiert und wird also nur umgangssprachlich verwendet. Sie bezeichnet allgemein eine erhöhte Sterblichkeit (ohne konkrete Quantifizierung). Dies erschwert eine Diskussion, wann eine Übersterblichkeit vorliegt.

Eine mögliche Definition einer statistisch gesicherten Übersterblichkeit könnte wie folgt aussehen: Eine Übersterblichkeit wird als statistisch gesichert (signifikant) angesehen, wenn sie in höchstens 5 % der Fälle zufällig auftreten könnte. Die Größe 5 % wurde gewählt, weil in der Stichprobentheorie üblicherweise mit 95-iger Sicherheit bzw. einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 gearbeitet wird.

Im Folgenden wird deshalb aus den vier Jahreswerten (2016, 2017, 2018, 2019) der „Zahl der Sterbefälle“ die lineare Trendgerade (Ausgleichsgerade, Regressionsgerade) mit EXCEL bestimmt. (Andere Modellansätze mit logarithmischer Regression oder Potenzregression erbrachten keine wesentlichen Unterschiede zur linearen Regression.)

Der zugehörige erwartete mittlere Sterbezahlsatz für 2020 wird aus der Trendgerade berechnet. Zusätzlich wird zu diesem Mittelwert der sogenannte Konfidenzintervall (Vertrauensintervall) berechnet, in welchen in 95 % der Fälle die konkreten Sterbezahlen zufällig liegen können. Die Formel für die Berechnung des Intervalls ist z.B. in

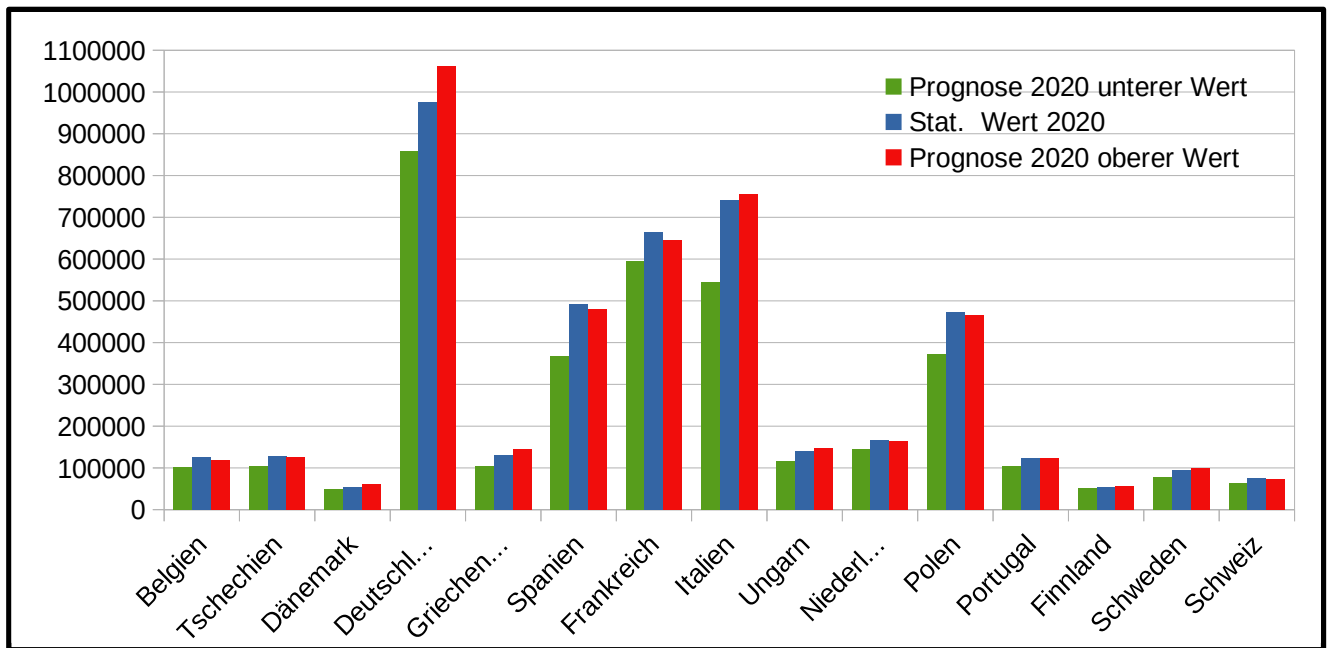
http://www.statistics4u.info/fundstat_germ/cc_regress_confidiv.html angegeben.

Das verwendete Primär-Datenmaterial stammt von Eurostat (

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_r_mwk_ts&lang=de).

Die Berechnungen werden hier für 15 zufällig ausgewählte europäische Länder vorgenommen.

Im Bild sind die Spannen (grüne und rote Säule) dargestellt, die sich für die erwarteten Todeszahlen für das Jahr 2020 für einzelnen Länder aus den Daten der vergangenen Jahren 2016 - 2019 berechnen – und diese mit den wirklichen Zahlen (blaue Säule) verglichen.

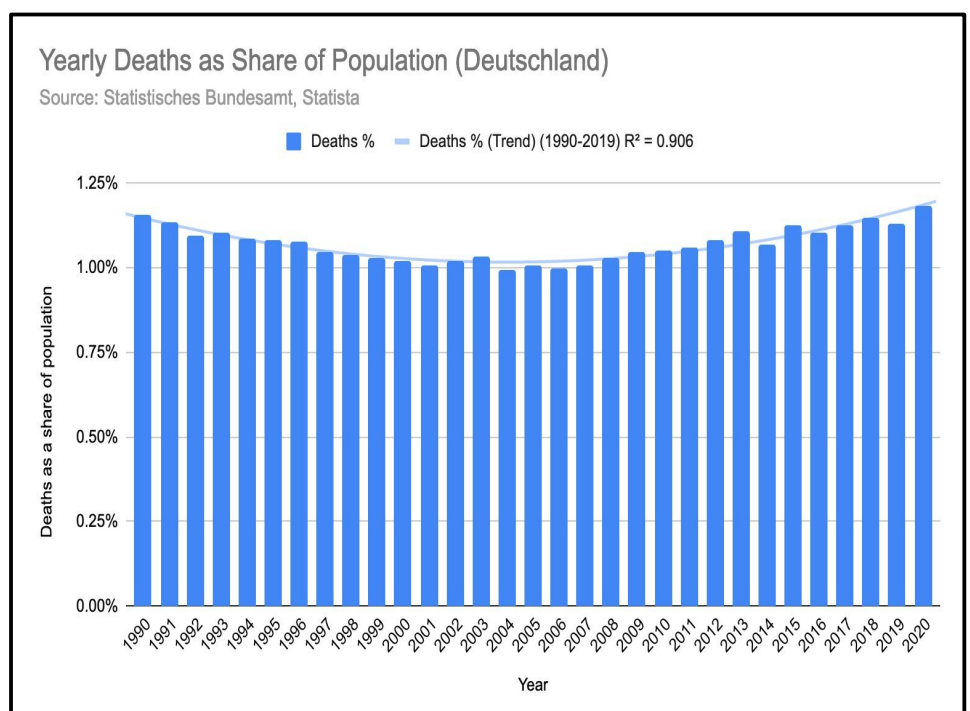


So lange die blaue Säule die rote nicht überragt, sollte man nicht von Übersterblichkeit sprechen (trifft u.a. auf die Länder Dänemark, Deutschland, Griechenland und Italien zu). Bei anderen Ländern wie Belgien, Tschechien und Schweiz ist eine geringfügige Überschreitung der roten Säule erkennbar. Allerdings ist nicht jede erhöhte Sterblichkeit durch die COVID-Erkrankung erklärbar (siehe auch Fakt 8).

Fazit: Es gab 2020 Übersterblichkeiten in einigen Ländern (nicht in Deutschland). Diese sind aber nicht ausschließlich dem Coronavirus geschuldet (siehe unten). Der statistische Wert übersteigt – bezogen auf die 15 betrachteten Ländern - die obere Grenze des Vertrauensintervalles nur äußerst moderat (im extremsten Fall beim Land Belgien mit 5,9 % .)

Übersterblichkeiten, die möglicherweise durch die Corona-„Impfung“ bzw. durch die Corona-Maßnahmen ausgelöst wurden, werden im Punkt 16.2 diskutiert.

9. In einer anderen Quelle („Swiss Policy Research“) wird ausdrücklich noch einmal darauf hingewiesen, dass die leicht erhöhte Sterberate 2020 in Deutschland nur den Trend widerspiegelt, aber keinen pandemiebedingten Ausreißer darstellt. Hier wird die Darstellung über die Jahre 1990 bis 2020 benutzt. Dabei ist in der Trendkurve auffallend, dass die jährliche Sterblichkeit bis 2005 kontinuierlich sinkt und dann ab 2006 erst wieder ansteigt. (Eine Korrelation mit der Amtszeit Angela Merkels ist wohl eher rein zufällig.)

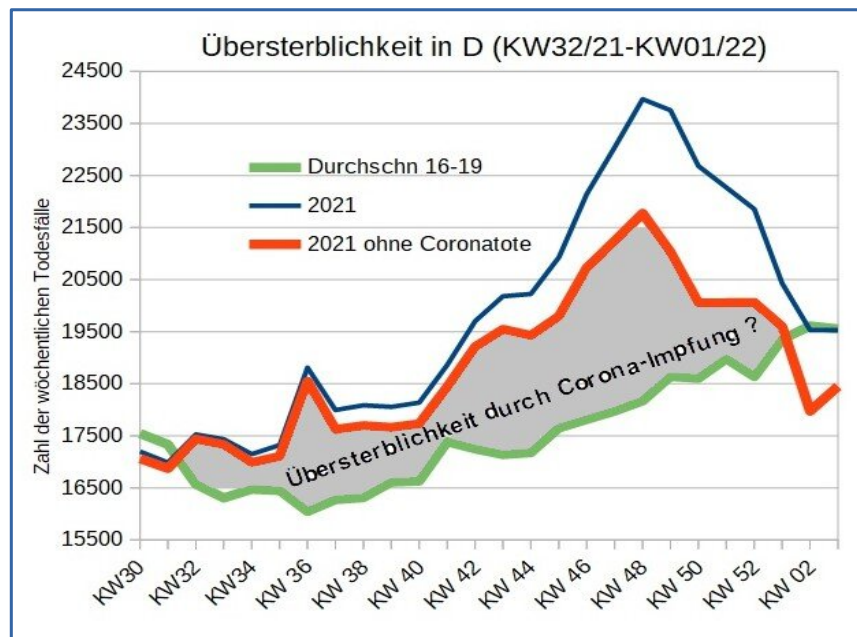


10. Welche Ursachen hat die erhöhte Sterblichkeit im 2. Halbjahr 2021 ? Durch COVID ist diese allein nicht zu erklären !

10.1) Deutschland

Auch, wenn die Sterblichkeit des Jahres 2021 insgesamt noch im Trend lag (siehe 6.), ist aus dem Diagramm im Punkt 2 auf Seite 4 eine erhöhte Sterblichkeit im Jahr 2021 ab der KW 32 erkennbar. Die Daten entstammen

der wöchentlich erscheinenden „statistische Sonderauswertung der Sterbefälle“ des Stat. Bundesamtes und die Zahl der COVID-Toten aus den RKI-Statistiken. Die grüne Kurve stellt die durchschnittliche Sterblichkeit der Jahre 2016-19 dar und die blaue Kurve die Sterblichkeit des Jahres 2021. Um aus der Sterblichkeit 2021 die COVID-Toten zu eliminieren, werden sie von der blauen Kurve abgezogen und ergeben die rote Linie. Der grau markierte Bereich zwischen der roten und grünen Kurve stellt dann die Übersterblichkeit dar, die nicht durch COVID erklärt werden kann. Es handelt es sich hier um zusätzlich **36.540 Tote** in Deutschland. **Untersuchungen, und nicht Vertuschungen, sind hier dringend geboten.** Eine Ursache könnte eine unerwünschte Wirkung der Corona-Impfungen sein.



10.2) Schottland

Nach Informationen der schottischen Gesundheitsbehörde vom 02.02.22 (Quelle: <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/covid19/covid-deaths-22-report-week-04.pdf>) liegt die Zahl der Sterbefälle 2021 in den KW 21 bis 51 ständig über dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre. Die Übersterblichkeit erreichte in der KW 40 mit 30 % einen neuen Rekordwert. Wenn man die Ursachen für die Übersterblichkeit analysiert, wird auch hier schnell deutlich, dass COVID nur einen bestimmten Anteil daran hat (ca. 48 %). Auch hier müssen andere Faktoren noch eine Rolle für die Übersterblichkeit spielen. Es kann wahrscheinlich nicht als Zufall erklärt werden, dass die Zunahme der ungeklärten Sterblichkeit zeitlich mit den Wirkungen der Corona-Impfung übereinstimmt.

11. Einige ungeklärte Besonderheiten zeigt das Sterbegeschehen um den Jahreswechsel 2020/21. Im untenstehenden Bild sind die Daten im Zeitraum der 44. KW bis 14. KW dargestellt.

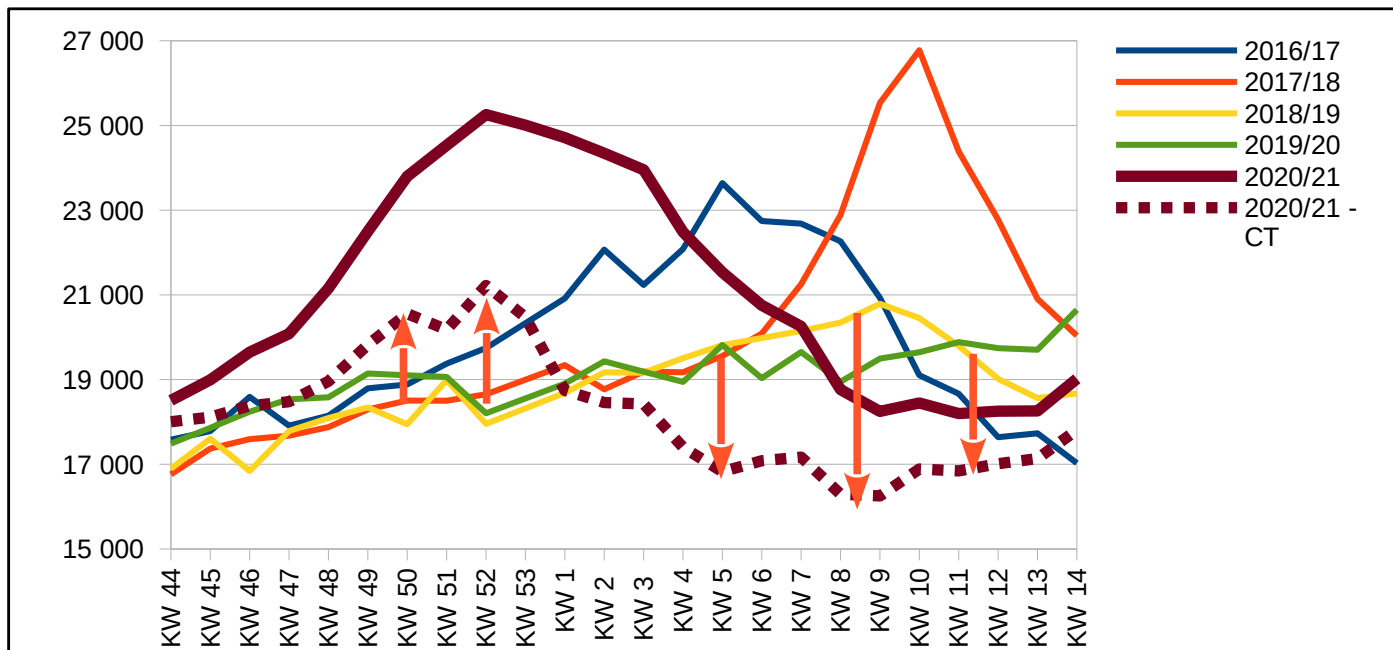
(Zur vereinfachten Darstellung ist die 53. KW des Jahres 2020 weggelassen worden.)

Besondere Aufmerksamkeit soll auf die gestrichelte Linie gerichtet sein. Es ist eine rechnerisch ermittelte Linie, die sich ergibt, wenn von der Gesamtzahl der Sterbefälle des Jahre 2020/21 (durchgezogene violette Linie) die offizielle Zahl der Coronatoten abzieht. Hintergrund für das Vorgehen ist, dass allgemein das Corona-Sterbegeschehen als *zusätzliches* Sterben betrachtet wird.

Zwei Dinge fallen auf:

a) Zwischen der 48. und 52. KW gibt es eine erhöhte Sterblichkeit, die über das zusätzliche Coronasterben hinausgeht. Diese ungeklärte Erhöhung resultiert vor allem aus der Zahl der Toten im Freistaat Sachsen (siehe auch Punkt C im Fakt 8). Alles deutet darauf hin, dass eine nicht erkannte Ursache für das regional erhöhte Sterblichkeit verantwortlich ist. In der Öffentlichkeit wurde nebulös als Grund einfach die Pandemie angegeben.

Verdächtig ist, dass trotz mehrerer Anfragen bei örtlichen Behörden und dem Sächsischen Sozialministerium Totalschweigen herrscht.



b) Zwischen 3. und 13. KW liegt die gestrichelte Linie (weit) unterhalb der Sterbezahlen der Jahre 2016 bis 2020. Dieser Sachverhalt ist ein weiterer klarer Indiz dafür, dass ein wesentlicher Teil des Corona-Sterbegeschehens Bestandteil des „normalen“ Sterbens ist.

Fakt 2: Der relativ milde Verlauf der Corona-Infektionen in Deutschland war nicht den Maßnahmen gegen das Virus, wie dem Lockdown für Wirtschaft und Gesellschaft im März/April 2020, geschuldet. Im Gegenteil die Folgeschäden der Maßnahmen erweisen sich als wesentlich gravierender.

1. Der entscheidende Zeitpunkt bei der Entwicklung einer Pandemie ist der Zeitpunkt bei dem das exponentielle Wachstum endet. Dies ist der „Wendepunkt“. Diesen gleichen Begriff gibt es auch in der Mathematik. In der unten abgebildeten Kurve ist der Wendepunkt mit dem 9. März datiert (d.h. unter Berücksichtigung einer 5-tägigen Inkubationszeit am 4. März), also 3,5 Wochen (!!!) vor einer möglichen Wirkung des Shutdowns (ab 28.03.) - wieder unter Beachtung der Inkubationszeit. Die entscheidende Änderung im Ansteckungsverhalten kann also gar nicht durch den Lockdown/ Shutdown (oder durch die eine Woche früher begonnenen Schulschließungen) „bewirkt“ worden sein.

2. Die Pandemie-Entwicklung zeigt drei Phasen:

Die Phase 1 (Ausbruch) mit progressivem Wachstum endet am 9. März.

Phase 2 (Ausbreitung) geht vom 9. März bis ca. 10. April (bzw. für Ansteckung 02.03.- 03.04.) und stellt eine konkave Funktion dar.

Die Abklingphase (Phase 3) ab 10. April (bzw. 03.04..) ist konvex.

3. Aber auch eine andere Wirkung des durchschnittlich am 23.03. eingeleiteten Shutdown ist in der Kurve nicht erkennbar. Die kolossalen Auswirkungen des Shutdown auf die Wirtschaft und die Gesellschaft waren und sind unverantwortlich. Eine Gruppe von Wissenschaftler hat in einer Zuarbeit für eine kritische Analyse aus dem Innenministerium zum Corona-Krisenmanagement festgestellt, dass durch die staatlichen Maßnahmen ein enormer Anstieg der Zahl der Toten (Zehntausende) durch Verschiebung notwendiger Operationen aufgrund der künstlichen Verringerung der Klinikverfügbarkeiten, durch eingeschränkte Versorgung von Pflegebedürftigen sowie zusätzliche Suizide zu befürchten sind.

4. Der Verlauf der Ansteckungskurve zeigt keinerlei Abhängigkeiten, weder des Shutdowns noch der Maskenpflicht oder gegenüber Lockerungsmaßnahmen (Schul- / Kita-Öffnungen).

5. Das untenstehende Schaubild ist aus Daten des „Täglichen Lagebericht des RKI vom 30.12.20 erstellt. Die Kurve der täglichen Neuerkrankungen an COVID-19“ entspricht dem üblichen Verlauf der Ausbreitung in einer Epidemie bzw. Pandemie. (Eine von der Charakteristik gleichartig verlaufenden Kurve erhält man auch für der Ausbreitungsverlauf der Infektionen in Schweden, allerdings auf einem höheren Niveau bezogen auf die Einwohnerzahl.)

Anmerkungen: Die hier verwendeten Daten wurden entsprechend dem Datenmaterial vom RKI COVID-19 Dashboard vom 30.12.2020. Um die zeitliche Abfolge des Infektionsgeschehens bewerten zu können, ist bewusst aus dem Datenmaterial des RKI die Zeitreihe verwendet, die den abgefragten Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns angibt. Das hat zwar den Nachteil, dass nicht alle „Fälle“ berücksichtigt sind (nicht vollständiger *quantitativer* Verlauf) aber gleichzeitig den Vorteil die bestmögliche *qualitative* Darstellung für den zeitlichen Ablauf nutzt – und völlig symptomfreie „Fälle“ ausklammert.



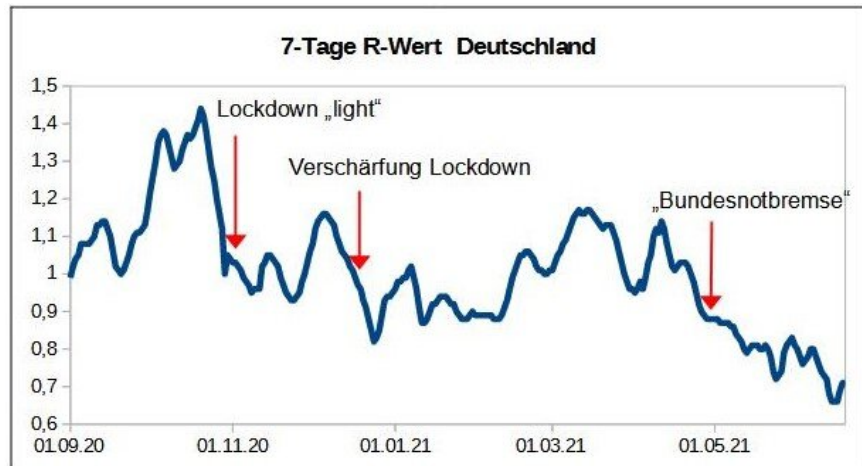
Fakt 3: Das progressive Wachsen der Neuinfektionen ist auch in der Herbstwelle wieder ca. 4 Wochen vor Einsetzen des „Lockdown light“ gebrochen. Inzwischen geben Regierende zu, dass der Lockdown nicht die gewünschte Wirkung gezeigt hat.

1. Auch für die Herbstwelle ist erkennbar (siehe Bild auf Seite 6, rechter Teil), dass das Ende des progressiven Wachstums bereits um den 10. Oktober 2020 (unter Beachtung einer durchschnittlichen 5- täglichen Inkubationszeit) eintrat. Die Wirkung des Lockdown „light“ (welch zynischer Begriff) durchschnittlich erst aber ab 7. November (wieder unter Beachtung der Inkubationszeit) erkennbar sein kann. D.h. der Wendepunkt des Infektionsgeschehens lag dieses Mal sogar 4 Wochen vor einer möglichen Wirkung des Lockdowns.

Die immer wiederkehrenden Erklärungen, dass nur die staatlichen Maßnahmen das Infektionsgeschehen beherrschbar gemacht haben, ist in der statistischen Auswertung nicht im geringsten erkennbar. Es sind haltlose Behauptungen.

2. Die Aussagen der Politik, weil „die Maßnahmen nicht (so) geholfen haben, wie erwünscht, werden sie verlängert bzw. noch verstärkt“ entbehrt nicht einer gewissen Unlogik. (siehe auch Fakt 8). Vielleicht wäre ein völliges Umdenken notwendig (siehe Tübinger Modell: „Die Welt“ vom 09.12.20, Artikel von Boris Palmer) .

3. „Bei den R-Werten, wie sie vom Robert-Koch-Institut täglich bestimmt werden, ergibt sich seit September 2020 kein unmittelbarer Zusammenhang mit den getroffenen Maßnahmen - weder mit dem Lockdown-Light am 2. November und der Verschärfung am 16. Dezember 2020, noch mit der 'Bundesnotbremse', die Ende April 2021 beschlossen wurde.“
(Statistiker der Ludwig-Maximilians-Universität München, 01.06.2021)



4. Die Anfang Januar 2021 veröffentlichte und begutachtete Studie von Ioannidis u.a.: Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13484>) erklärt zusammenfassend, dass England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien und die USA mit ihren Lockdowns, Schul- und Betriebsschließungen, sowie den Ausgangssperren und Hausarrest bezüglich des Infektionsgeschehen keine nennenswerten Vorteile gegenüber Schweden und Südkorea haben, die ohne diese harten Maßnahmen ausgekommen sind.

5. In über weiteren 20 Studien

(<https://www.zerohedge.com/covid-19/lockdowns-do-not-control-coronavirus-evidence>) wird die weltweite Irrelevanz von Lockdowns beschrieben.

6. Als Beispiel der vielen wissenschaftlichen Arbeiten, die katastrophalen Folgen von Lockdowns zeigen, soll aus einer amerikanischen Studie zitiert werden:

„Betrachtet man nur die Verluste an Menschenleben durch versäumte medizinische Versorgung
<https://thehill.com/opinion/healthcare/499394-the-covid-19-shutdown-will-cost-americans-millions-of-years-of-life>

und Arbeitslosigkeit allein aufgrund der Lockdown-Maßnahmen, schätzen wir konservativ, dass der nationale Lockdown für mindestens 700.000 verlorene Lebensjahre pro Monat verantwortlich ist oder etwa 1,5 Millionen bis zum jetzigen Zeitpunkt -und damit bereits weit mehr als die COVID-19-Gesamtzahl.“

Fakt 4: Der Anteil der sogenannten Corona-Toten an der Gesamtzahl der Toten in Deutschland betrug vom 01.03.-31.12.2020: 3,84 % (bezogen auf den Pandemiezeitraum 01.03.20 – 10.09.22: 5,41 %)

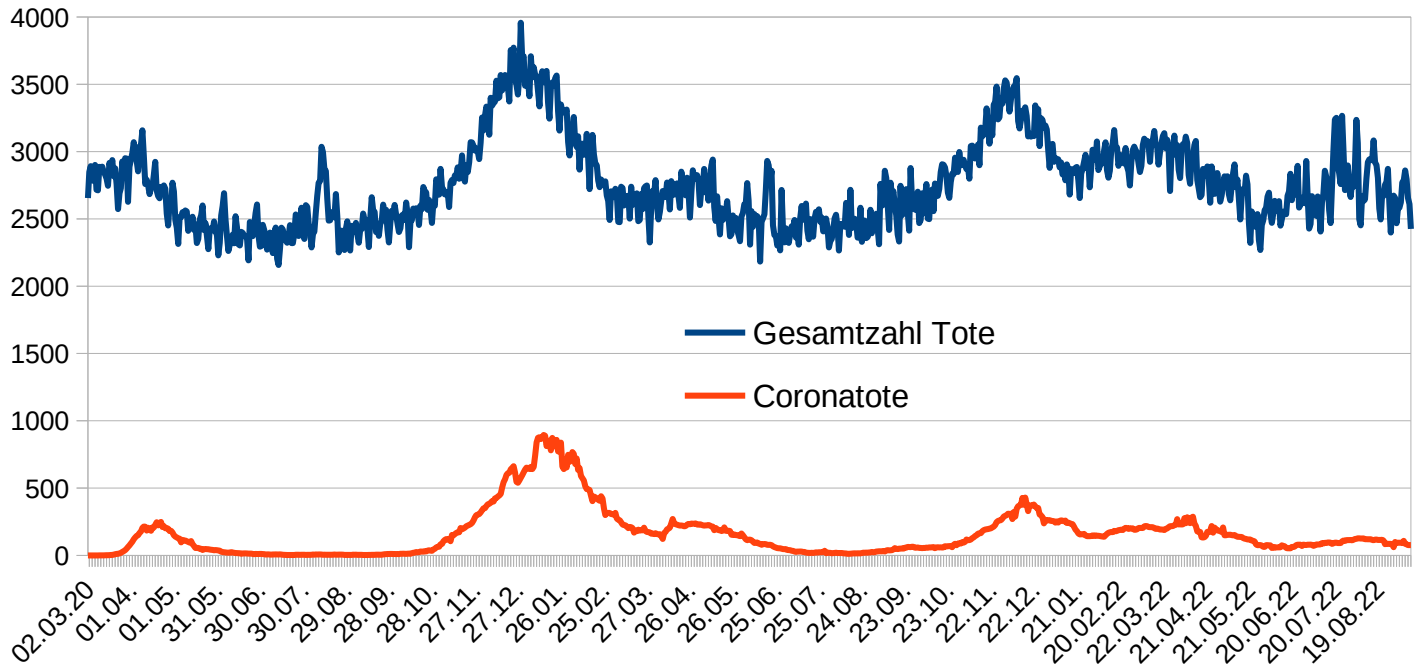
Quelle(n): Sonderauswertung der Sterbefallzahlen des Statistischen Bundesamtes vom 20.09.2022 sowie <https://ourworldindata.org/covid-deaths> vom 21.09.2022)

1. Die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen zur Bekämpfung des Virus zeigt sich auch deutlich, wenn man den Anteil der täglichen Corona-Sterbefälle (geglättet, 7-Tage-Mittel) zur Gesamtzahl der Sterbefälle betrachtet.

Der Anteil der Coronatoten an der Gesamtzahl der täglichen Sterbefälle betrug in den Sommermonaten 2020 und 2021 etwa 0,5 %; gegenwärtig ist ein Anteil weniger als 3 %.

Bei den Zahlen ist natürlich zu beachten, dass alle die Todesfälle erfasst sind, die mit und an dem Virus gestorben sind.

Vergleich der Gesamtzahl der Toten mit Coronatoten



2. Der Anteil anderer Krankheiten liegt wesentlich höher. Genaue Daten werden aber erst mit großer Zeitverzögerung veröffentlicht. Gegenwärtig liegen offizielle Daten nur bis 2018 vor. Im nebenstehenden Kreisdiagramm sind die Häufigkeiten der Krankheiten für das Jahr 2019 dargestellt. (Quelle:

<https://interaktiv.tagesspiegel.de/lab/corona-im-vergleich-zu-anderen-todesursachen-an-corona-sind-zehnmal-so-viele-menschen-gestorben-wie-bei-verkehrsunfaellen/>

Der Anteil der Corona-Toten im Jahr 2020 (bis 31.12.) liegt bei 3,84 %. Dieser Prozentsatz ist aus dem Anteil sonstiger Krankheiten herausgerechnet.

3. Es ergeben sich folgende Anteile: 35,3 % Herz/Kreislauf, 25,5 % Krebs, Nervensystem/Psychische 9,8 %, Lunge (ohne Corona) 7,1 %, Unfälle/Suizide 4,5 %, Verdauung 4,4 %, Stoffwechsel 3,6 %, Harnkrankungen 2,6 %, Sonstige 3,4 %, Corona 3,8 % .

Erst in diesen Vergleichen kann man die Gefährlichkeit einer Erkrankung richtig erkennen.

4. Bei der Betrachtung der Zahl der Corona-Toten ist immer zu beachten, dass es sich um die Zahl der Toten handelt, die zuvor einmal auf das Virus Sars-CoV2 getestet wurden. Die Todesursache könnte z.B. auch Alkoholvergiftung gewesen sein.

5. Forschungen aus anderen Ländern kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Corona-Virus keine außergewöhnliche Gefährlichkeit besitzt. Auswertungen der Daten bis 08.08.20 durch das amerikanische Center for Disease Control (CDC) ergaben, dass nach Ansteckung mit dem Virus folgende Überlebenschancen bestehen:

Altersgruppe	Überlebenschance	Altersgruppe	Überlebenschance
0 – 19	99,997 %	20 – 49	99,98 %
50 – 69	99,5 %	> 70	94,6 %

(Quelle: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>)

6. Die neue Metastudie von Prof. Ioannidis, veröffentlicht am 26.03.2021, ermittelt eine durchschnittliche weltweite Sterberate bei COVID von 0,15 %, d.h. **99,85 %** überleben diese Krankheit (Quelle: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13554>).

7. Die Überlebenschance bei Erkrankung mit COVID betrug im Jahr 2020 in der Altersgruppe bis 20 Jahre: 99,9987 %.

In einer neuen umfangreichen Studie von Prof. Ioannidis von der Stanford University (USA) (Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.08.21260210v2.full>) wurden weltweit die Infektionssterblichkeiten bei COVID im Jahr 2020 analysiert.

Die Jahresangabe ist notwendig, damit erkennbar wird, es handelt sich ausschließlich um ungeimpfte Erkrankte.

Wichtig ist auch zu beachten, dass die Erfassungen sich auf wesentlich gefährlichere Corona-Varianten beziehen als auf die gegenwärtig wirkenden Delta- und Omikron-Varianten. Hier liegen die Sterblichkeitsraten noch wesentlich niedriger.

Aber auch die Überlebensraten oder Überlebenschancen (Angabe in Prozent) der massiveren Corona-Varianten rechtfertigen die einschneidenden Begrenzungen der Grund- und Freiheitsrechte sowie drakonischen Maßnahmen gegen die Wirtschaft in Lockdowns zu keinem Zeitpunkt.

Altersgruppe	Überlebensrate
0 – 19	99,9987
20 – 29	99,9912
30 – 39	99,979
40 – 49	99,958
50 – 59	99,86
60 – 69	99,35
mind. 70	95,1

Zwei Ergebnisse sind besonders erwähnenswert:

a). Die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen wird vor allem bei den Kindern und Jugendlichen deutlich. Bei unter 20-Jährigen wurde eine Infektionssterblichkeitsrate von 0,0013 % festgestellt, d.h. von auf 76.900 Erkrankten ist im Durchschnitt mit einem Todesfall zu rechnen. Diese Zahlen bieten absolut keine wissenschaftliche Grundlage für stundenlanges Maske tragen im Unterricht, ihnen die Klassenfahrt oder das Essen in der Mensa auf Grund einer 2G-Regel zu verbieten.

b). Eine Überlebensrate von nur 95,1 % ist bei mind. 70-Jährigen zu beobachten. Diese geringere Überlebensrate entsteht durch die relativ hohe Zahl von Sterbefällen in Heimen. In der Studie wird festgestellt, dass für mind. 70-Jährige, die nicht in Heimen wohnten, die Überlebensrate auf 97,1 % ansteigt.

Fakt 5: Es gibt neben Corona weltweit wesentlich mehr – und schlimmere Krankheiten.

Tabelle: Zahl der Toten weltweit (nach Todesursachen) 2020 bzw. 2022

Stand **22.02.2022, 20:00 Uhr** Quelle: <https://www.worldometers.info/de/>)

	<u>2020</u>	<u>2022 (bis 23.09.)</u>
Selbstmorde	1.071.405	780.042
Verkehrstote	1.348.708	981.836
Corona	1.828.307 (3,0 %)	1.055.000 (2,47 %)
Aids	1.679.580	1.222.827
durch Alkohol	2.498.890	1.819.332
durch Rauchen	4.994.626	3.636.368
Kinder unter 5 Jahren	7.594.341	5.529.103
Krebs	8.205.678	5.974.191
ansteckende Krankheiten	12.970.247	9.443.060
Insgesamt	60.816.965	42.787.400

Relativiert sich nicht die Corona-Panik, wenn man sieht, dass im Jahr 2020 die Zahl der Selbstmorde in der Größenordnung von 60 % wie die Zahl der mit den Coronavirus getesteten Toten liegt ? In Wirklichkeit ist sogar die Zahl der Selbstmorde weltweit in der gleichen Größenordnung wie die Zahl der Corona-Toten, da hier statistisch auch die Fälle erfasst werden, die mit dem Virus Sars-Cov2 infiziert waren, deren Todesursache aber eine andere war. Muss die Zahl der Suizide durch verordnete Vereinsamung noch weiter zunehmen ?

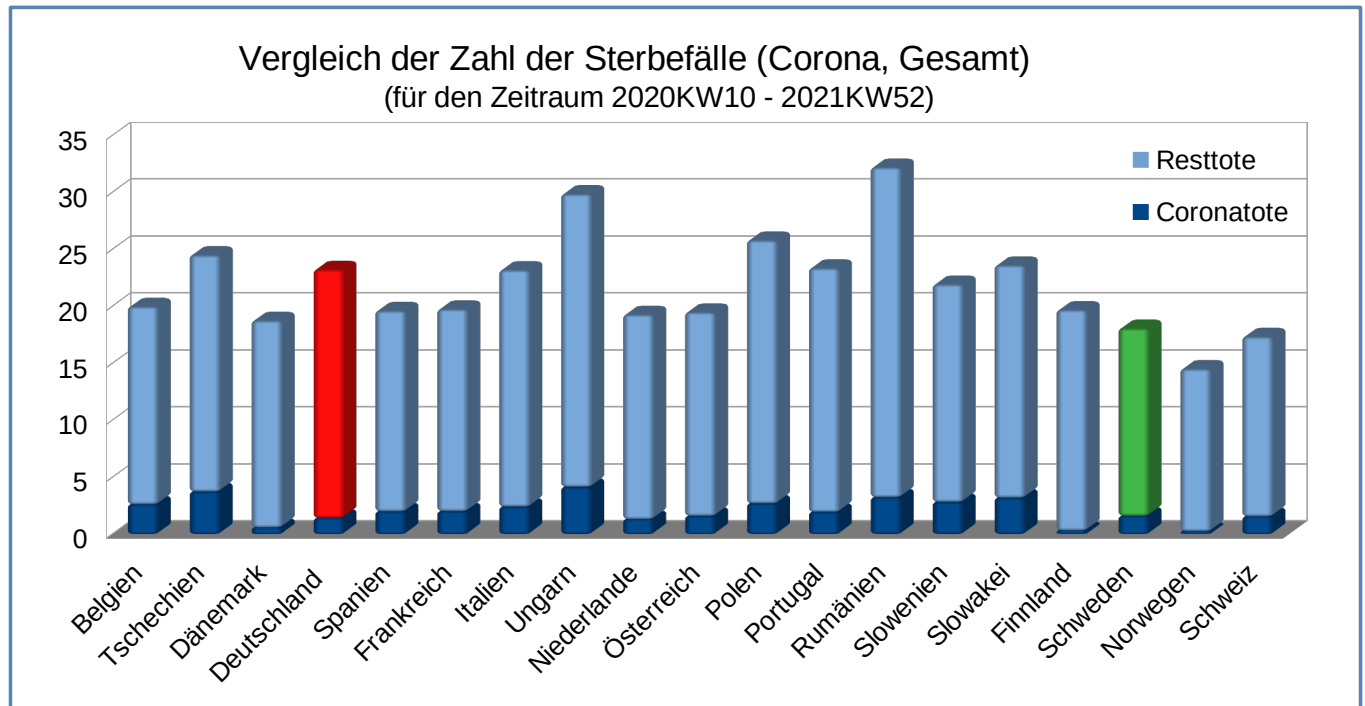
Müsste man nicht eher etwas gegen Alkohol- und Tabakmissbrauch tun, wenn 4,2-mal so viel Menschen daran als an Corona starben ?

War und ist die Verschiebung von notwendigen Operationen von Krebskranken in deutschen Krankenhäusern vertretbar, wenn die Zahl der Krebstoten das 4,6-fache gegenüber der Coronatoten-Zahl betrug ?

Auch im Jahr 2022 beträgt der Anteil der Coronatoten an allen Sterbefällen weltweit etwa 2,4 %. Das bedeutet, dass bei 42 Sterbefälle 1 Coronatoter dabei ist. Bei Krebs sieht das Verhältnis wesentlich schlechter aus: auf 7 Sterbefälle kommt 1 Krebstoter.

Der spezielle Blick auf bestimmte Gebiete der Welt, wie z.B. auf Sub-Sahara-Afrika, zeigt noch deutlicher die Falschbewertung der Corona-Pandemie: 30.000 Corona-Tote, 300.000 malarialote Kinder, 6.000.000 Tote wegen Unterernährung. (Quelle: www.nachdenkenseiten.de)

Fakt 6: Der „schwedische Weg“ ist erfolgreicher als es die deutschen Regierenden und die Medien zugeben.



Die Auswertung der Daten (Quellen: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> vom 24.02..2022 und https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_r_mwk_ts&lang=de vom 24.02.2022) bezüglich der gesamten Anzahl der Sterbefälle im Vergleich mit der Zahl der Corona-Toten im o. g. Zeitraum zeigen deutlich, dass nichts gegen den „schwedischen Weg“ (fast ohne Lockdown auszukommen) spricht – entgegen fast allen Verlautbarungen in den Mainstreammedien.

1. Das obige Schaubild zeigt aber auch sehr deutlich, dass in allen betrachteten Ländern andere Todesursachen erheblich häufiger sind (wobei noch zu beachten ist, dass nicht jeder der als Corona-Toter gezählt wird, an dem Virus gestorben ist). Bei allen aufgeführten 19 Ländern beträgt die Zahl der übrigen Toten ein Vielfaches der Zahl der Corona-Toten. Es gab Tote **ohne das Coronavirus** z.B. 6-mal so oft in Tschechien und Ungarn, 15-mal so oft in Deutschland, 30-mal so oft in Dänemark, 57-mal so oft in Norwegen bis 59-mal so oft in Finnland **als Coronatote**.

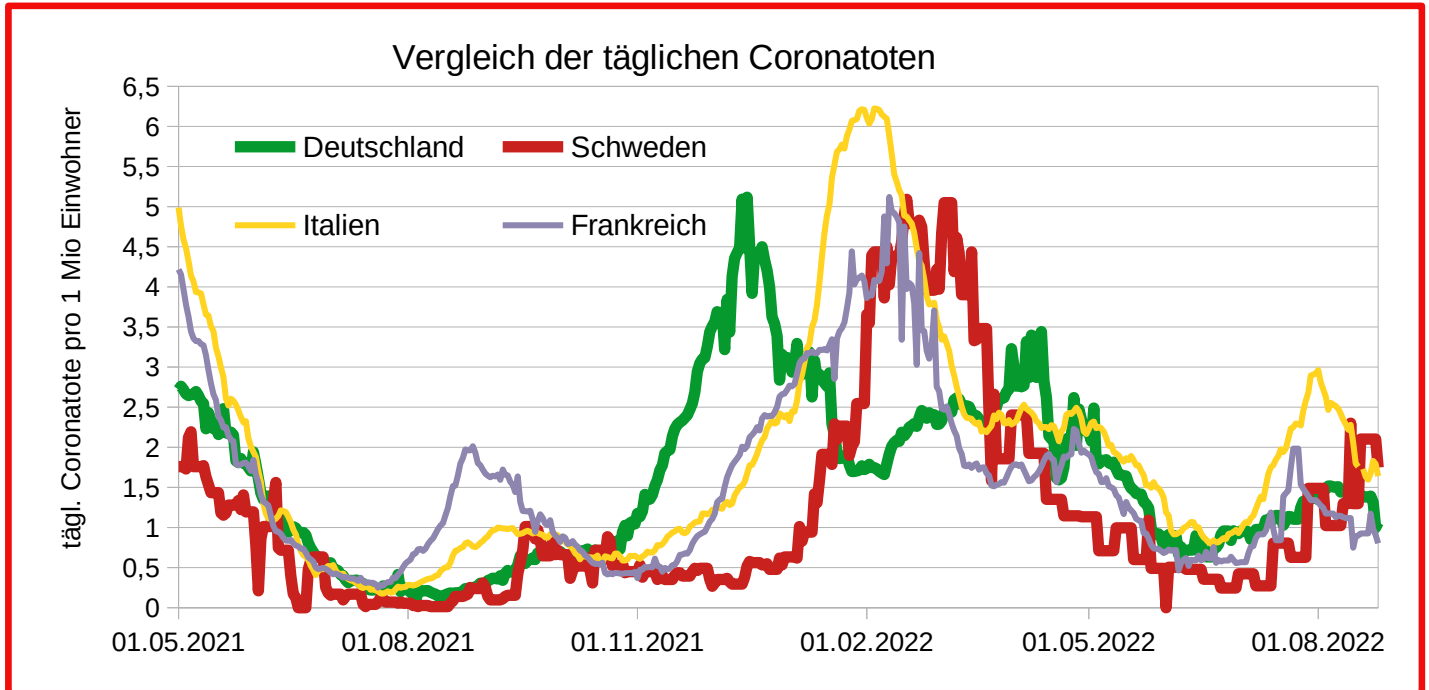
Es ist unanständig, diese Toten in der Berichterstattung quasi zu vergessen. Auch hier fehlt jede Verhältnismäßigkeit !

2. Der Anteil der Corona-Toten ist in den einzelnen Länder stark verschieden, aber unabhängig von der Stärke des verhängten Lockdown (Belgien massiver, Schweden kaum Lockdown). Der Anteil der Corona-Toten ist in manchen Ländern (Finnland, Dänemark und Norwegen) bis zum betrachteten Zeitpunkt so klein, der dunkelblaue Balken fast nicht sichtbar wird !!!

Es muss doch generell den Leugnern der Sinnvollheit des „**schwedischen Weges**“ klar sein, dass z.B. Tschechien und Ungarn (mehr als 2-fache), Slowakei und Rumänien (1,8-fache), Slowenien (1,6-fache), Polen (1,5-fache), Belgien (1,4-fache), Italien (1,3-fache) sowie Spanien, Frankreich und Portugal (1,1-fache) trotz härtestem Lockdown eine höhere und in einigen Fällen sogar eine wesentlich höhere Anzahl (immer bezogen auf die Einwohnerzahl) an Corona-Toten zu beklagen haben. (Daten: Stand 31.12.2021)

3. Die durchschnittliche Gesamtzahl der Toten pro Woche (im Verhältnis zu der Einwohnerzahl; pro 1 Mio Einwohner) ist in Schweden (181) im Vergleich zu Deutschland (232) sogar niedriger, auch wenn der Anteil der Corona-Toten in Schweden im Frühjahr 2020 höher lag als in Deutschland.

4. Das untenstehende Schaubild (Quelle: <https://ourworldindata.org/covid-deaths> vom **22.09.2022**), welches die täglichen COVID-Sterbefälle (im 7-Tage-Mittel) in fünf ausgewählten Ländern angibt, zeigt ebenfalls, dass Länder mit schärfsten Lockdowns wesentlich mehr Sterbefälle (immer, wegen der Vergleichbarkeit, bezogen auf 1 Mill. Einw.) als Schweden aufweisen (dargestellt ist der Zeitraum vom **01.05.2021 bis 25.08.2022**). In diesem Zeitraum gibt es in Schweden **554** Coronatote (pro 1 Mio Einw.) ohne Lockdown wesentlich weniger Coronatote als in Deutschland (**771**), aber auch weniger als in **Frankreich (753)** oder **Italien (919)** mit z.T. besonders harten Corona-Maßnahmen.



5. Man erkennt aus den Kurvenverläufen, dass die Zahl der tägl. Coronatoten (immer bezogen auf die Einwohnerzahl) in Schweden fast zu keinem Zeitpunkt für den Zeitraum 01.05. bis 18.01.22 höher lag als in Deutschland (erst danach kommt phasenverschiebt der Gipfel). Dabei sind die Folgeschäden durch die strengeren Maßnahmen überhaupt noch nicht mit einbezogen.

6. Das Bild zeigt aber auch, dass offensichtlich nicht Regierungsmaßnahmen auf das Infektionsgeschehen Einfluss haben, sondern die epidemiologischen Gesetzmäßigkeiten wirken.

Fakt 7: Die Schwere der Krankheitsverläufe in den einzelnen Ländern scheint stark von unterschiedlichsten Faktoren wie Stärke und spezifische Beschaffenheit des Immunsystems sowie der Gene abzuhängen, aber wesentlich weniger von den Maßnahmen der Regierungen.

Im Folgendem werden die unterschiedlichen Auswirkungen des Virus (Zahl der Fälle, Toten und Tests jeweils bezogen auf 1 Mio Einwohner)

(Quelle: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, **24.09.2022**)

a) in den 100 bevölkerungsreichsten Länder der Erde und

b) in den Ländern Europas mit mehr als 200.000 Einwohnern betrachtet.

Beide Tabellen zeigen riesige Unterschiede bezüglich der Auswirkungen der Pandemie, obwohl in fast allen Ländern die gleichen staatlichen Maßnahmen ergriffen wurden. Die erheblichen Unterschiede können also nicht wesentlich von den staatlichen Maßnahmen abhängen, sondern müssen andere Ursachen haben.

Rang	Land	Fälle / 1 Mio Einw.	Tote / 1 Mio Einw.	Tests/ 1 Mio Einw.	Bevölkerung
1	Peru	122,91	6.426	1,039,505	33,684,208
2	Ungarn	216,812	4.940	1,186,160	9,606,259
3	Tschechien	380,923	3.819	5,231,810	10,736,784
4	Rumänien	171,381	3.519	1,314,809	19,031,335
5	USA	292,35	3.230	3,330,675	334,805,269
6	Griechenland	472,559	3.200	8,944,971	10,316,637
7	Brasilien	160,974	3.185	296,146	215,353,593
8	Chile	238,916	3.170	2,332,307	19,250,195
9	Polen	166,206	3.112	987,667	37,739,785
10	Italien	369,423	2.934	4,076,421	60,262,770
11	Argentinien	210,908	2.822	776,264	46,010,234
12	Belgien	387,883	2.798	3,043,946	11,668,278
13	Großbritannien	344,857	2.773	7,628,357	68,497,907
14	Kolumbien	122,427	2.752	708,941	51,512,762
15	Russland	142,286	2.652	1,875,095	145,805,947
16	Ukraine	117,994	2.523	451,963	43,192,122
17	Mexico	53,816	2.508	139,449	131,562,772
18	Portugal	540,015	2.464	4,420,317	10,140,570
19	Spanien	286,895	2.440	10,082,298	46,719,142
20	Tunesien	95,076	2.428	410,188	12,046,656
21	Frankreich	534,999	2.362	4,139,547	65,584,518
22	Österreich	557,886	2.284	21,725,758	9,066,710
23	Ecuador	55,321	1.981	170,173	18,113,361
24	Schweden	252,801	1.972	1,853,494	10,218,971
25	Bolivien	92,372	1.854	225,59	11,992,656
26	Deutschland	392,831	1.782	1,458,359	83,883,596
27	Südafrika	66,119	1.682	430,811	60,756,135
28	Iran	87,729	1.678	628,229	86,022,837
29	Schweiz	463,619	1.616	2,537,137	8,773,637
30	Jordanien	169,406	1.370	1,668,643	10,300,869
31	Niederlande	488,945	1.315	1,226,358	17,211,447
32	Israel	499,181	1.253	4,436,346	9,326,000
33	Türkei	196,961	1.181	1,902,052	85,561,976
34	Kanada	110,28	1.172	1,691,366	38,388,419
--	-----	-			
91	Nigeria	1,223	15	25,104	216,746,934
92	Tadschikistan	1,786	13		9,957,464
93	Tansania	622	13		63,298,550
94	Benin	2,162	13	47,268	12,784,726
95	Niger	381	12	9,759	26,083,660
96	Südsudan	1,534	12	35,313	11,618,511
97	Tschad	435	11	10,988	17,413,580
98	China	172	4	110,461	1,448,471,400
99	Dem. R. Kongo	183,636	3		25,990,679
100	Burundi	3,963	3	27,386	12,624,840

1. Deutschland belegt Platz **26**(mit **1.782** Coronatoten / 1 Mio Einwohner) in der Negativ-Rangliste (Zahl der Corona-Toten) der 100 bevölkerungsreichsten Länder der Welt. Das ist im Vergleich der bevölkerungsstarken europäischen Länder gut; nur Niederlande, Serbien und Weissrussland schneiden unter den europäischen Ländern mit über 8 Mill. Einwohnern besser ab. Interessant ist, dass Weißrussland trotz der pausenlosen Demonstrationen im Jahr 2021 die niedrigste Todesrate in Europa (bei Ländern über 8 Mio Einwohner) hat !

2. Weltweit gibt es aber 74 Länder, die niedrigere Sterberaten als Deutschland aufweisen. Ursachen für die Todeshäufigkeit scheinen vielen unterschiedlichsten Einflüssen zu unterliegen, die noch nicht erforscht sind. Offensichtlich ist aber, dass die von den einzelnen Regierungen ergriffenen Maßnahmen , z. B. ob ein Shutdown/Lockdown eingeführt wurde (bzw. in welcher Schärfe) keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt.

3. Der Autor konnte bis jetzt von niemand und nirgends erfahren, warum die Zahl der Coronatoten in den einzelnen Ländern sich so gravierend unterscheiden, obwohl die Maßnahmen (Lockdown, Maskenpflicht, ...) fast überall gleich sind. Im Gegensatz, es ist sehr verwunderlich, dass auch in den europäischen Ländern, in welchen die härtesten Lockdowns durchgeführt wurden, eine besonders hohe Anzahl an Coronatoten (bezogen auf die Bevölkerungszahl) zu beklagen ist: Ungarn inzwischen mit dem 2. Platz (4.940 Coronatote pro 1 Mio Einwohner), Tschechien 3. Platz (3.819), Rumänien 4. Platz (3.419) und Belgien 12. Platz (2.798) . Eine möglicherweise unterschiedliche Zählung der Coronatoten in den einzelnen Ländern kann diese so großen Unterschiede allein nicht erklären.

4. **Peru** ist ganz schlecht einschätzbar (belegt gegenwärtig wieder den 1. Platz mit 6.426 Coronatoten / 1 Mio Einwohner ein). Die Zählweise der Coronatoten wurde durch Regierungsent-scheidung am 22.05.21 von 67.807 auf 180.764 verändert !!!

5. Als erste (rein)asiatische Länder rangieren Malaysia auf dem 35. Platz, Indonesien auf dem 45. Platz und Philippinen auf dem 46. Platz.

6. Bei fast allen afrikanischen Ländern ist die Sterblichkeitsrate von COVID-19 relativ gering (z.B. Niger 95. Platz, Südsudan 96., Tschad 97., Kongo 99. und Burundi 100. Platz).

Spätestens bei der Betrachtung dieses Faktos müsste klar sein, dass eben nicht – wie von den Politikern immer wieder selbstgefällig kolportiert – das besonders gut ausgestattete Gesundheitssystem (das klingt wie bössartiger Hohn in den Ohren der Afrikaner) und die Maßnahmen gegen das Virus für die relativ niedrigen Sterberaten allein verantwortlich sind. Offensichtlich wirkt die spezifische Beschaffenheit des Immunsystems auf Abwehr und Verlauf der Krankheit viel stärker.

Könnten nicht daraus für Maßnahmen gegen das Virus ganz andere Schlussfolgerungen gezogen werden: viel frische Luft, Abhärtung, ... usw. (und nicht Abschottung, Maske, u.ä.) ?

7. Osteuropäische Länder schnitten im Frühjahr / Sommer 2020 wesentlich besser ab als westeuropäische Länder. Auffallend ist allerdings der erhebliche Anstieg der Zahl der Corona-Toten in Ungarn (33. → **2. Platz**), Tschechien (31. → 3. Platz) und Polen (38. → 9. Platz) in der Herbst-/Winterwelle.

8. Nachdem die Zahlen der Coronatoten in den südamerikanischen Ländern zurückgegangen waren, haben sie wieder zugenommen: Brasilien 7. Platz, Argentinien 11. Platz und Kolumbien 14. Platz.

9. Auffällig ist auch, dass die ostasiatischen Länder nach wie vor sehr geringe Zahlen an Coronatoten haben: z.B. **China 99. Platz**

10. Welch „Falsch-Zeugnis“ die Medien häufig geben, soll am Beispiel **Indien** gezeigt werden. Die vermeldeten hohen (absoluten) Zahlen an Coronatoten ist erdrückend. Wenn aber die Einwohnerzahl berücksichtigt wird (Indien ist das zweitbevölkerungsreichste Land der Erde mit ca. 1,4 Mrd. Einwohner), erkennt man wie glimpflich Indien bis jetzt durch die Coronapandemie gekommen ist: 54. Platz mit 376 Coronatoten pro 1 Mio Einwohner. Das ist nur etwa ein Fünftel bezogen auf Deutschland.

11. Die Tabelle zeigt aber in aller Deutlichkeit die Ohnmacht der Herrschenden und, dass ihr Aktionismus den Schaden nur verschlimmert.

b) Europa

1. Im Vergleich **aller** europäischen Länder (mit über 200.000 Einwohner) wird das Abschneiden Deutschlands deutlicher sichtbar: 30. Platz (von 39). Im Vergleich der Länder ist aber auch hier offensichtlich, dass noch so harte Lockdowns das Infektionsgeschehen nicht wesentlich beeinflussen. (zugehörige Tabelle auf Seite 20)
2. In den letzten Wochen hat sich gezeigt, dass vor allem die (mittel-)osteuropäischen Länder stark betroffen sind (die ersten 9 Plätze).
3. Besonders gut kommen nordeuropäische Länder, wie Dänemark, Finnland, Norwegen und Island, durch die Pandemie.

Auswertung von **Studien**, die Ursachenforschung für die unterschiedliche Wirkungsschärfe des Virus betreiben

Im Folgenden sollen Studien zitiert werden, die Anhaltspunkte für die unterschiedliche Intensität der Auswirkungen beleuchten:

- a) Offensichtlich hängt die Sterblichkeitsrate sehr eng vom Immunsystem der verschiedenen Ethnien ab. In den USA ist die altersbereinigte Sterblichkeitsrate bei COVID-19 bei Schwarzen 3,4-mal, bei Latinos und indigenen Menschen 3,3-mal, bei pazifischen Insulanern 2,9-mal und bei Asiaten 1,3-mal so hoch gegenüber bei Weißen.

(Quelle: <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>)

- b) In der Studie <https://coronakrise-blog.jimdofree.com/07-07-20-keine-korrelation-zwischen-lockdown-und-covid/>) wurden bis zu 174 Länder in Bezug auf die Zahl der Covid-Toten und die möglichen Zusammenhänge mit den vorgenommenen Lockdowns sowie verschiedenen gesellschaftlichen, gesundheitlichen und klimatischen Faktoren untersucht. Im Grunde war der Untersuchungsgegenstand die Schwere der Covid-Epidemie in den jeweiligen Ländern. Da die Infektionszahlen aber einen hohen Grad an Unsicherheit aufweisen, wurde stattdessen als Indikator für die Schwere der Infektionsverläufe die Zahl der Covid-Toten verwendet. Es zeigt sich, dass die Anzahl der Covid-Toten vor allem von gesellschaftlichen, gesundheitlichen, klimatischen oder umweltbezogenen Rahmenbedingungen abhängt. Beispielsweise finden sich Zusammenhänge für folgende Faktoren, deren Höhe mit der Höhe der Covid-Toten-Zahl in Zusammenhang steht:

- Anteil älterer oder alter Menschen in einem Land
- Anteil verschiedener vorherrschender Erkrankungen in einem Land, die sich aber je nach Weltregion unterscheiden können.

Grundsätzlich sind aber unter anderen Todesfälle aufgrund von Krankheiten aufgefallen, die mit psychischen und Verhaltensstörungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Bindegewebes in Zusammenhang stehen. In europäischen Ländern sind darüber hinaus besonders Krankheiten aufgefallen, die mit dem Gehirn oder dem Nervensystem in Zusammenhang stehen, wie zum Beispiel Alzheimer, Demenz und Parkinson.

- Der Anteil Menschen, die an Übergewicht leiden.
- Die Bettenzahl (damit Plätze) in Langzeitpflegeeinrichtungen (in Europa) und die Anzahl der Mediziner im Verhältnis zur Bevölkerung (weltweit). Höhere Zahlen in diesen Bereichen stehen für tendenziell mehr Covid-Tote.
- Die CO₂-Emissionen eines Landes, dabei aber scheinbar nicht so sehr die Feinstaubkonzentrationen der Partikelgröße 2,5 ppm in der Luft.

- c) Eine weitere Studie (Ioannidis u.a.: Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19) zeigt, dass England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien und die USA mit ihren Lockdowns, Schul- und Betriebsschließungen, sowie den Ausgangssperren und Hausarrest bezüglich des Infektionsgeschehens nicht mehr erreicht haben als Schweden und Südkorea ohne diese harten Maßnahmen.

Tabelle 1

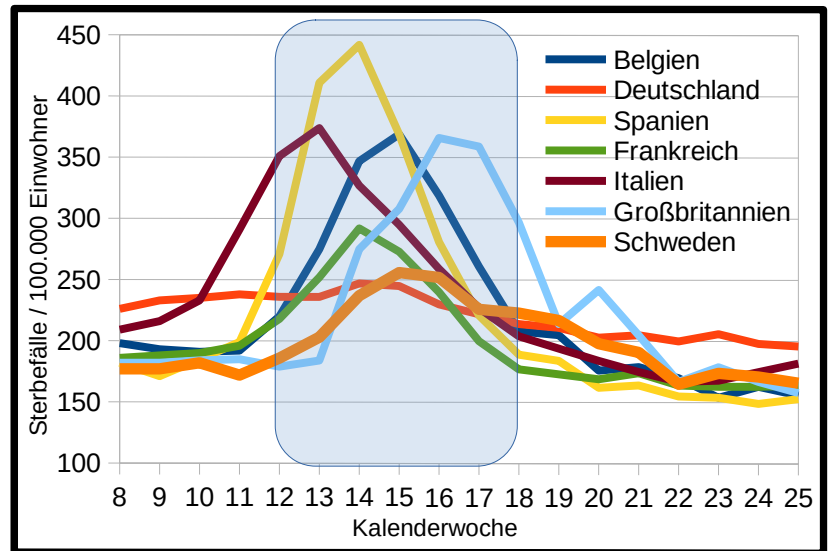
Rang	Land	Fälle / 1 Mio Einw.	Tote / 1 Mio Einw.	Tests/ 1 Mio Einw.	Bevölkerung
1	Bulgarien	183,31	5.508	1,538,669	6,844,597
2	Bodnien und Herzogevina	122,555	4.961	570,661	3,249,317
3	Ungarn	216,812	4.940	1,186,160	9,606,259
4	Nordmazedonien	164,569	4.577	1,022,330	2,081,304
5	Montenegro	444,516	4.429	4,169,693	627,950
6	Kroatien	302,658	4.157	1,283,556	4,059,286
7	Tschechien	380,923	3.819	5,231,810	10,736,784
8	Slowakei	337,224	3.745	1,335,554	5,460,193
9	Rumänien	171,381	3.519	1,314,809	19,031,335
10	Litauen	466,892	3.499	3,817,741	2,661,708
11	Slowenien	563,129	3.277	1,318,255	2,078,034
12	Lettland	498,678	3.235	4,123,806	1,848,837
13	Griechenland	472,559	3.200	8,944,971	10,316,637
14	Polen	166,206	3.112	987,667	37,739,785
15	Moldawien	146,26	2.946	801,437	4,013,171
16	Italien	369,423	2.934	4,076,421	60,262,770
17	Belgien	387,883	2.798	3,043,946	11,668,278
18	Großbritannien	344,857	2.773	7,628,357	68,497,907
19	Russland	142,286	2.652	1,875,095	145,805,947
20	Ukraine	117,994	2.523	451,963	43,192,122
21	Portugal	540,015	2.464	4,420,317	10,140,570
22	Spanien	286,895	2.440	10,082,298	46,719,142
23	Frankreich	534,999	2.362	4,139,547	65,584,518
24	Österreich	557,886	2.284	21,725,758	9,066,710
25	Estland	454,404	2.018	2,668,117	1,321,910
26	Schweden	252,801	1.972	1,853,494	10,218,971
27	Serbien	271,081	1.957	1,266,179	8,653,016
28	Malta	257,976	1.811	4,634,304	444,033
29	Deutschland	392,831	1.782	1,458,359	83,883,596
30	Luxembourg	449,363	1.748	6,853,194	642,371
31	Schweiz	463,619	1.616	2,537,137	8,773,637
32	Irland	330,791	1.566	2,528,512	5,020,199
33	Niederlande	488,945	1.315	1,226,358	17,211,447
34	Albanien	115,794	1.252	677,173	2,866,374
35	Dänemark	532,239	1.204	21,997,012	5,834,950
36	Finnland	231,693	1.067	2,066,429	5,554,960
37	Weißrussland	105,381	755	1,446,722	9,432,800
38	Norwegen	265,249	738	1,996,315	5,511,370
39	Island	594,841	617	5,780,036	345,393

Fakt 8: Während der staatlich angeordneten Shutdowns / Lockdowns erhöhen sich die Zahlen der nicht coronabedingten Sterbefälle. Die wesentlich gravierenderen gesundheitlichen Schäden wegen der Maßnahmen werden erst so richtig in Zukunft spürbar werden.

A) Die Zahl der Sterbefälle ist während der Lockdowns am höchsten

Statistisch ist häufig festzustellen, dass sich die höchsten Werte der Zahl der Sterbefälle immer während der Lockdowns einstellen.

In nebenstehende Bild ist die Gesamtzahl der wöchentlichen Sterbefälle in verschiedenen europäischen Ländern (jeweils auf die Einwohnerzahl bezogen) von der 8. bis zur 25. KW angegeben. Der Zeitraum der Lockdowns in den einzelnen Ländern beläuft sich zwischen der 12. und der 17. KW. Für den „Wirkungszeitraum“ des Lockdowns wurde angenommen, dass bezüglich der Sterbefälle die Wirkung sofort bis ca. eine Woche danach eintreten kann. Der mögliche Wirkungszeitraum 12. bis 18. KW wurde farbig unterlegt.



Das Bild soll nicht zwangsläufig suggerieren, dass der Anstieg der Zahl der Sterbefälle ausschließlich **durch** den Lockdown ausgelöst wurde. Es zeigt aber deutlich, dass in dem eigentlichen „Wirkzeitraum“ die Zahl der Sterbefälle besonders hoch liegt; vor allem auch im Vergleich zu Schweden, wo es keinen Lockdown gab.

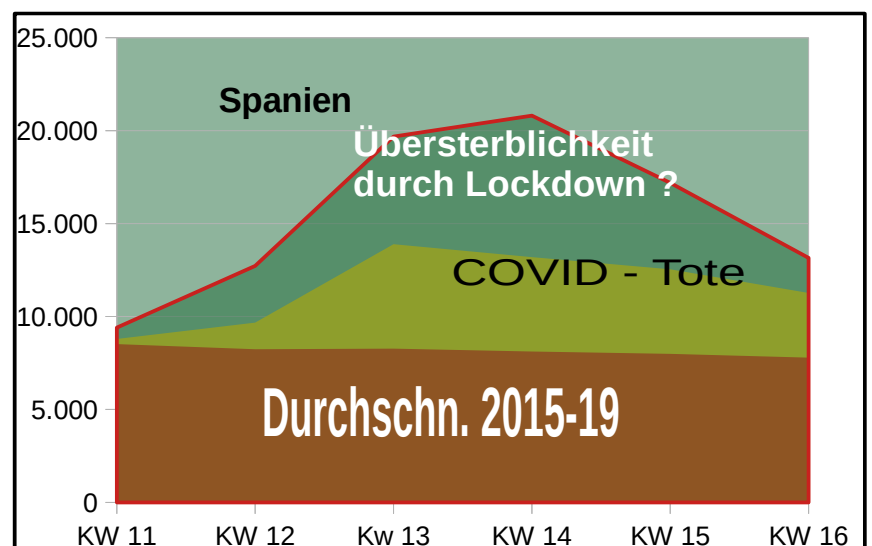
B) Hohe Übersterblichkeit (in europäischen Ländern) während der Lockdowns, die **nicht** durch COVIDtote erklärbar ist

Ein zweiter Aspekt ist statistisch auffällig: Der hohe Anteil an der Übersterblichkeit während der Lockdowns in den einzelnen Ländern, die **nicht durch die Zahl der COVID-Toten erklärbar** ist. Zur Begründung ist der Verdacht der negativen Auswirkungen der Lockdowns naheliegend. Beispielhaft werden die Auswirkungen der Frühjahrs-Lockdown (für den Herbst-/Winter- zeitraum liegen noch keine vollständigen Daten vor) in den Ländern Spanien, Italien und Großbritannien ausgewertet.

Dargestellt wird das Ergebnis für Spanien:

Betrachtung des Zeitraums
KW 11 - 16 (09.03.-19.04.20)

Durchschnitt Zahl der Toten 2015 – 2019:	48.919
Zahl der Toten 2020:	92.970
→ Übersterblichkeit:	44.051
- davon COVID-Tote:	20.443
- davon zusätzliche Tote:	23.608
115 % der Zahl der COVID-Toten	



Ähnliche Ergebnisse wurden u.a. für die Länder Italien, Frankreich, Großbritannien und Belgien gefunden.

Für die Berechnung der Übersterblichkeit wird die Differenz der Zahl der Sterbefälle zwischen dem Durchschnittswert der Jahre 2015-19 (brauner Bereich) und der Zahl der Sterbefälle im Jahr 2020 (rote Kurve) genommen. (Quelle: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>) Die Übersterblichkeit wurde in zwei Gruppen aufgeteilt: Die offizielle Zahl der COVID-Toten (hellgrüne Bereich) (Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/COVID-19-Pandemie/Statistik/1HJ2020#Todesfälle>) und den Rest der Zahl der Sterbefälle (hellblauer Bereich). Die Betrachtung bezieht sich auf Zeiträume von Lockdowns in diesen Ländern. Es ist also nicht auszuschließen, dass die beachtliche zusätzliche Zahl der Toten im Zusammenhang mit den staatlichen Maßnahmen stehen könnte.

Sollte es den Regierenden nicht zu denken geben, wenn verordnete „Medikamente“ (Lockdown, Maskenpflicht) mit unstrittig erheblichen negativen Nebenwirkungen nicht die gewünschte Reaktion zeigen? In der Medizin wäre es wohl üblich die Medikamente abzusetzen bzw. umzustellen, aber keineswegs aus Trotz die Dosis der alten Medikamente zu erhöhen.

C) Auffallende, aber nicht erklärte Übersterblichkeit in Sachsen (Ende 2020)

Dieses Phänomen der Übersterblichkeit, die **nicht** durch die Zahl der COVID-Toten erklärbar ist, gilt auch für den **Freistaat Sachsen** im Zeitraum November 2020 bis 08.01.2021.

Im Zeitraum (01.11.20 - 08.01.21) ergibt sich für Sachsen:

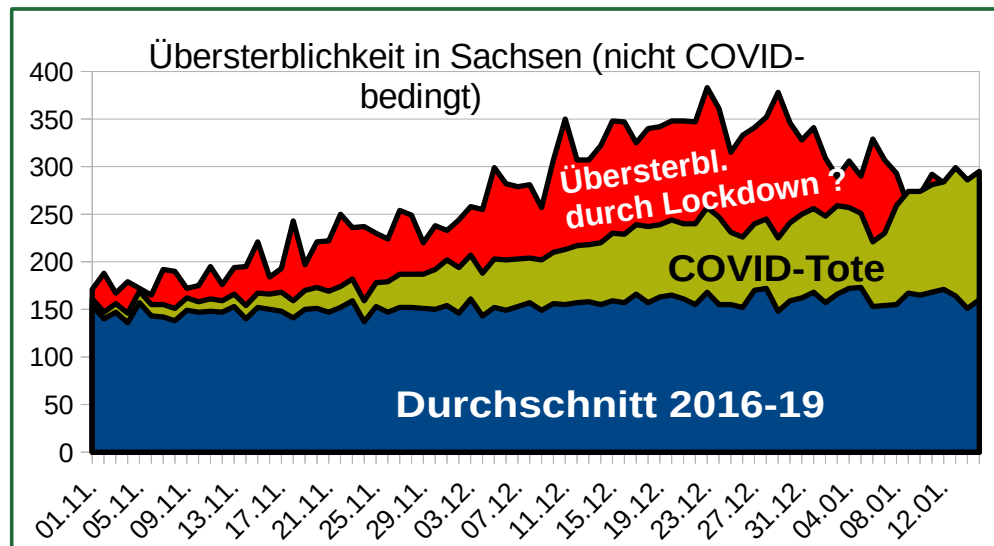
2020: 18.476 Tote,
Durchschn. 2016-19: 10.616 Tote
→ Übersterblichkeit 7.860 Tote
(74 % !!!), davon 3.278 mit bzw.
an Corona gestorben.

Es verbleiben 4.583 Tote in der Übersterblichkeit, die nicht auf COVID zurückzuführen sind! Man muss also davon ausgehen, dass etwa 60 % der Übersterblichkeit für diesen Zeitraum in Sachsen **nicht** auf das Coronavirus zurückgeht.

Überraschend ist, dass drei Tage nach Veröffentlichung dieser

Situation durch überregionale Institutionen (LMU München) und Medien („Die Welt“, „Focus“) der Effekt aus den Statistiken ab 09.01.2021 verschwindet. „Eigenartiger“ Zufall ???

*Die Fakten zeigen eindeutig, dass die gesamte Übersterblichkeit nicht auf COVID zurückzuführen ist. Trotzdem sprechen fast alle Medien von der Übersterblichkeit im **Zusammenhang mit der Corona-Pandemie**. Das lässt dann nur den einzigen logischen Schluss zu, dass ein erheblicher Teil der Übersterblichkeit nur **durch die Corona-Maßnahmen** erklärbar ist?*



D) Eine weitere Studie zeigt: Lockdowns waren nutzlos und schädlich

In der Studie (Quelle: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w29928/w29928.pdf) des amerikanischen „National Bureau of Economic Research“ werden die Auswirkungen auf Gesundheit, Wirtschaft und Bildung untersucht. Das Ergebnis ist eindeutig: Anti-Lockdown-Staaten schnitten besser ab als Pro-Lockdown-Staaten.

Für die Wirtschaftsleistung verwendeten die Autoren zwei Messgrößen: Arbeitslosigkeit und Bruttoinlandsprodukt nach Bundesstaaten. Die Bildung bewerteten sie anhand des Prozentsatzes der Schulen, die 2020 und 2021 geöffnet blieben – wobei Hybridunterricht zur Hälfte gewichtet wurde. Für die Sterblichkeit berücksichtigten sie die COVID-assoziierten Todesfälle, die der CDC gemeldet wurden, sowie die Gesamtübersterblichkeit. Aufgrund erheblicher Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten haben die Autoren die Resultate um diverse Faktoren bereinigt.

(Durchschnittsalter 13,3 Jahre) teil, davon 73,7 % an allen vier Befragungen.

Als summarisches Fazit der Befragungen kann vorweg genommen werden: Auch eineinhalb Jahre nach Pandemiebeginn fühlten sich im Herbst 2021 (Welle 3) noch 82 % der Kinder und Jugendlichen durch die Pandemie belastet (Tabelle). Das Belastungserleben hatte im Pandemieverlauf zunächst zugenommen und stabilisierte sich dann auf hohem Niveau.

Etwa ein Drittel (35 %) der Kinder und Jugendlichen fühlten sich in ihrer Lebensqualität zum Zeitpunkt der dritten Befragungswelle (W3) eingeschränkt; das sind noch doppelt so viele wie vor der Pandemie. Psychische Auffälligkeiten (SDQ) stiegen im Pandemieverlauf signifikant an und sanken zur W3 leicht ab. Ein ähnlicher Trend fand sich bei Ängstlichkeits- und Depressivitätswerten.

Die Häufigkeit psychosomatischer Beschwerden lag auch in W3 deutlich über den Werten vor der Pandemie; Bauch- und Kopfschmerzen sowie Nervosität nahmen in W3 noch einmal leicht zu. Mädchen waren hinsichtlich ihrer Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depressivität und psychosomatischen Beschwerden zu einem höheren Anteil beeinträchtigt.

Die Kinder waren während der Pandemie deutlich inaktiver als vor der Pandemie. Der Süßigkeitenkonsum war in W1 und W2 bei einem Drittel der Kinder erhöht, im Herbst 2021 noch bei einem Fünftel. Der Medienkonsum, der anfangs deutlich erhöht war, nahm im Herbst 2021 etwas ab, aber noch knapp die Hälfte der Kinder nutzte mehr Medien als vor der Pandemie (mehr als 3–4 Stunden/Tag).

F) WHO bestätigt massive Übersterblichkeit durch Corona-Pandemie-Maßnahmen:

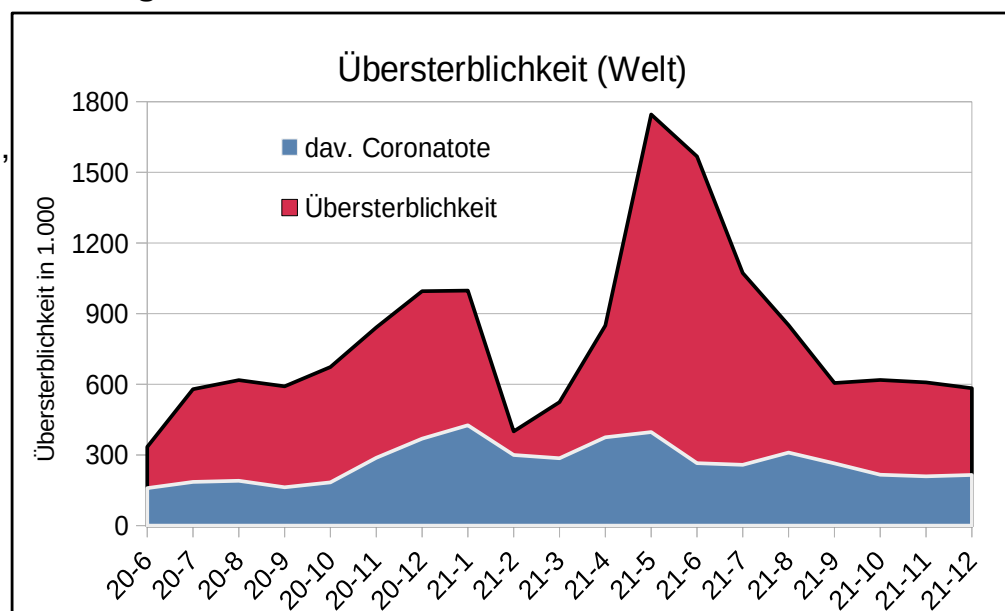
Doppelt so viele Tote durch die Corona-Maßnahmen als durch die Corona-Pandemie

Der Bericht der WHO vom 05.05.22 „Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 – December 2021“ (Globale überzählige Todesfälle in Verbindung mit COVID-19, Januar 2020 – Dezember 2021)

(Quelle: <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>) betrachtet weltweit die Zahl der Todesfälle, die direkt und indirekt mit der Corona-Pandemie zu tun haben. Es werden also nicht nur die mit und an den Corona-Virus Gestorbenen sondern auch die Zahl der zusätzlichen Todesfälle der Corona-Maßnahmen (Lockdowns, Schulschließungen, verschobene Operationen usw.) betrachtet. Das Ergebnis ist niederschmetternd: Die WHO kommt auf eine Übersterblichkeit von 14,91 Millionen Menschen und davon 5,42 Millionen Todesfällen an oder mit Covid innerhalb von 2 Jahren.

Oder anders ausgedrückt, es sind **5,42 Millionen als Coronatote gemeldet, aber 10,49 Millionen sind als Folge der Corona-Maßnahmen gestorben.**

Im Bild stellt die hellblaue Fläche die monatliche Zahl der gemeldeten Coronatoten (mit und an dem Virus gestorben), die rote Fläche erfasst die restliche Übersterblichkeit, die vermutlich durch die Corona-Maßnahmen (einschl. der Corona-Impfung) entstanden ist. Besonders erschreckend ist, dass die Übersterblichkeit zunimmt, je weiter die Pandemie fortschreitet (maximale Werte: April-Aug. 21). Die Pandemie-Maßnahmen, wie Lockdowns, Quarantäne, Schul- und Geschäftsschließungen, dauernde Tests, Verbreitung von Angst und Panik, reduzierte Sozialkontakte, etc. schaden und führten zu mehr Todesfällen. Deutlich sichtbar ist auch der negative Einfluss der Impfkampagne. Statt die Zahl der Todesfälle zu reduzieren, ist sie 2021 sie regelrecht in die Höhe geschneilt.



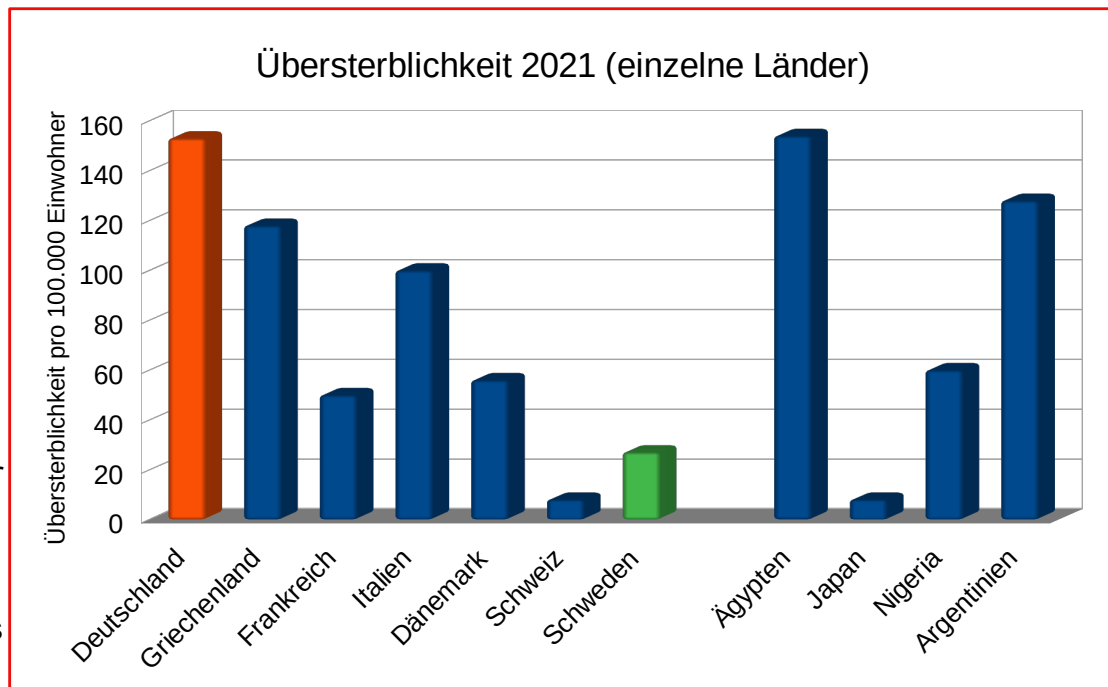
Land	ÜS 2020	ÜS 2021	ÜS 2020/21
Deutschland	80	153	116
Griechenland	39	118	93
Frankreich	75	50	63
Italien	166	100	138
Dänemark	8	56	32
Schweiz	87	8	47
Schweden	84	27	56
Ägypten	89	154	122
Japan	-24	8	-8
Nigeria	29	60	45
Argentinien	70	128	99

Die einzelnen Länder schneiden in der Bewertung äußerst unterschiedlich ab.

Laut den WHO-Daten waren also in Deutschland in den vergangenen beiden Jahren pro 100.000 Einwohner im Schnitt 116 Todesfälle mehr zu beklagen als statistisch zu erwarten gewesen wären. Im Vergleich mit Ländern wie der Schweiz (47), Schweden (56), Frankreich (63), Österreich (66), Belgien (77), Portugal (100), Großbritannien (109) oder Spanien (111) entpuppt sich der vermeintliche Corona-Klassenstreber Europas schnell als Sitzenbleiber.

Einen Zusammenhang zwischen besonders strengen Corona-Maßnahmen und einem „besonders gut durch die Pandemie kommen“ gibt es also ganz offensichtlich nicht. Im Diagramm ist konkret die Übersterblichkeit

einzelner Länder ausschließlich für das Impf-Jahr 2021 dargestellt. Das Abschneiden von Deutschland steht im krassen Widerspruch zu Lauterbach-Aussagen, wie gut Deutschland aufgrund der Maßnahmen durch die Pandemie gekommen wäre. Während die Schweiz oder Japan kaum ein Übersterblichkeit mit 8 (pro 100.000 Einwohner), hat Deutschland (153) fast das 6-Fache an Übersterblichkeit wie Schweden (27).



Selbst in der etablierten Politik regt sich Unzufriedenheit: Der CDU-Gesundheitspolitiker Tino Sorge fordert angesichts der WHO-Zahlen in der „BILD“, dass Deutschland seine „Pandemiepolitik immer wieder hinterfragen“ müsse und forderte, die Aufarbeitung der Corona-Maßnahmen „nicht länger auszubremsten“. Auch KBV-Chef Andreas Gassen verlangt von der Bundesregierung eine „schnelle, unabhängige“ Überprüfung, was umso mehr gelte, „wenn zahlreiche Nationen mit einer weniger rigiden Corona-Politik offenbar mitunter sogar deutlich weniger Übersterblichkeit zu verzeichnen haben“.

G) Neue Studie aus Deutschland: Kinder-Suizidversuche im Lockdown fast verdreifacht

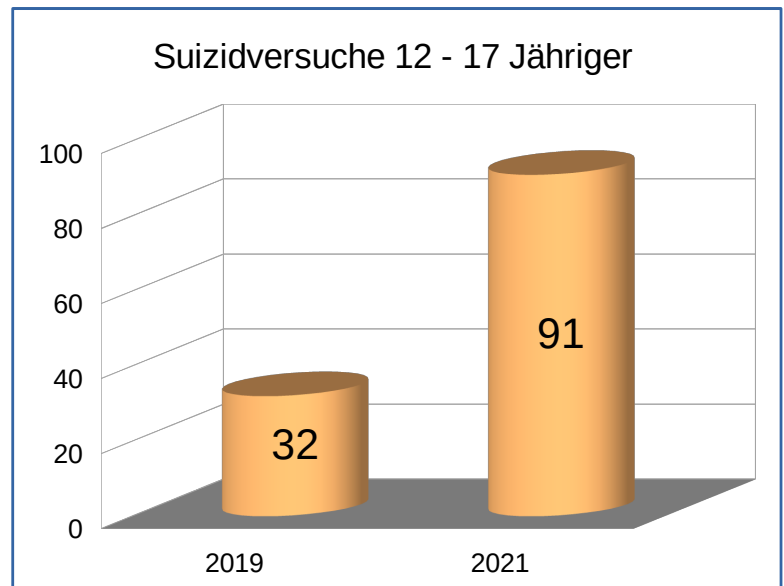
Die „Welt“ vom 11.05.22 hat in einem Vorabdruck über die Ergebnisse einer Studie von Kinder-Intensivmediziner Christian Dohna-Schwake berichtet. Die Studie wird im Journal „Pediatrics“ der American Academy of Pediatrics erscheinen. Zur Erfassung der Daten wurden 27 deutschen Kinder-Intensivstationen befragt. Verglichen wurde der Zeitraum 16. März bis 31. Mai in den Jahren 2020 und 202 mit dem Durchschnittswert der Jahre 2017 bis 2019 bei Kindern im Alter von 12 bis 17 Jahren. Ein „Suizidversuch“ wurde als solcher gewertet, wenn sich in den Krankenhausakten die Diagnose „Suizidversuch“, „akute Suizidalität“ oder „Suizidabsicht“ fand.

In den Krankenhausakten wurde als Durchschnittswert für die Jahre 2017 bis 2019 32 Suizidversuche bei Kindern im Alter von 12 bis Jahren registriert.

In der Zeit des ersten Lockdowns (März – Mai 2020) kam es zu noch keinem nennenswerten Anstieg der Suizidversuche, aber im zweiten Lockdown (März – Mai 2021) kam es zu einem Anstieg auf **284 %**.

Besonders betroffen waren Mädchen mit 78 Suizidversuchen, gegenüber 13 Fällen bei Jungen.

Der Unterschied der Auswirkungen des 1. und 2. Lockdown erklärt Dohna-Schwake wie folgt: „Der zweite Lockdown dauerte viel länger und zog sich dahin wie Kaugummi. Die Schulen waren mal offen, mal geschlossen. Es war nicht klar, wie es weitergehen würde. Dadurch haben Kinder und Jugendliche eine viel längere Zeit der Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit erlebt.“



H) Die verschwiegene tödlichen Lockdowns: fast 200.000 Lockdowntote in den USA (April 2020 – Dez. 2021)

Eine neue Studie aus Cambridge rechnet mindestens mit 170.000 US-Amerikanern, die aufgrund der Lockdown-Politik ums Leben gekommen sind. Ähnliche Schätzungen gibt es für die EU. Eine andere Studie in „Economist“ rechnet sogar mit 200.000 zusätzlichen Todesfällen, die nicht auf Covid zurückzuführen sind.

Hier soll die Cambridge-Studie von Juni 2022 mit dem Titel „NON-COVID EXCESS DEATHS, 2020-21: COLLATERAL DAMAGE OF POLICY CHOICES?“ ausgewertet werden.

(Quelle: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w30104/w30104.pdf)

Die Tabellen zeigen die erhöhte Zahl von Nicht-COVID-Todesfällen im Vergleich zu dem langjährigen Durchschnitt für mindestens 18-Jährige. Tabelle 1 zeigt die **altersabhängige** Übersterblichkeit, die nicht als Coronatote ausgewiesen wurden. Besonders stark ist die Abweichung bei den 18- bis 64-Jährigen. Hier liegt die Übersterblichkeit bei 25 bis 26 %.

Tabelle 1		
Alter	Zahl	Zuwachs
18 – 44	51.000	26 %
45 -65	58.000	25 %
65 +	62.000	18 %
Gesamt	171.000	

Tabelle 2		
Krankheiten	Zahl	Zuwachs
Kreislaufkrankheiten	57.500	4 %
Diabetes oder Fettleibigkeit	27.000	10 %
Drogenbedingte Ursachen	21.500	13 %
Alkoholbedingte Urs.	21.500	28 %
Tötungsdelikte	7.500	27 %
Verkehrsunfall	6.000	11 %
andere	30.000	1 %
Gesamt	171.000	

Tabelle 2 benennt einige **Krankheiten**, die offensichtlich durch die Lockdowns zusätzlich zu Sterbefällen geführt haben.

Die größten Veränderungen gegenüber dem Durchschnittswerten gab es bei alkoholbedingten Ursachen mit 28 % und Tötungsdelikten bei 27 %

I) Verheerende Wirkung der Lockdowns in den Entwicklungsländern

In der Studie

<https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-250121-en.pdf>

wird die verheerende Situation durch die Maßnahmen des Lockdowns vor allem für die **Entwicklungsländer** betrachtet: Durch die Lockdowns werden etwa 6 bis 28 Mal so viele Lebensjahre vernichtet wie gerettet..

Fakt 9: Weniger Lockdown in der Pandemiebekämpfung ist sowohl für die Wirtschaftspolitik als auch für die Gesundheitspolitik erfolgreicher. Je massiver der Lockdown (Höhe des Stringency Index) umso größer der Schaden.

In mehreren Studien wurde bereits darauf hingewiesen, dass sogenannte „nicht-pharmazeutischen Interventionen“, wie Lockdowns, kaum, keinen oder sogar negativen Einfluss auf das Corona-Infektionsgeschehen haben. Es werden hier beispielsweise genannt:

Ioannidis u.a.: Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19 oder <https://www.epochtimes.de/blaulicht/berlin-enormen-anstieg-von-suizidversuchen-seit-april-senat-antwortet-auf-kleine-anfrage-a3379692.html>.

Im Folgenden sollen eigene Untersuchungen beschrieben werden:

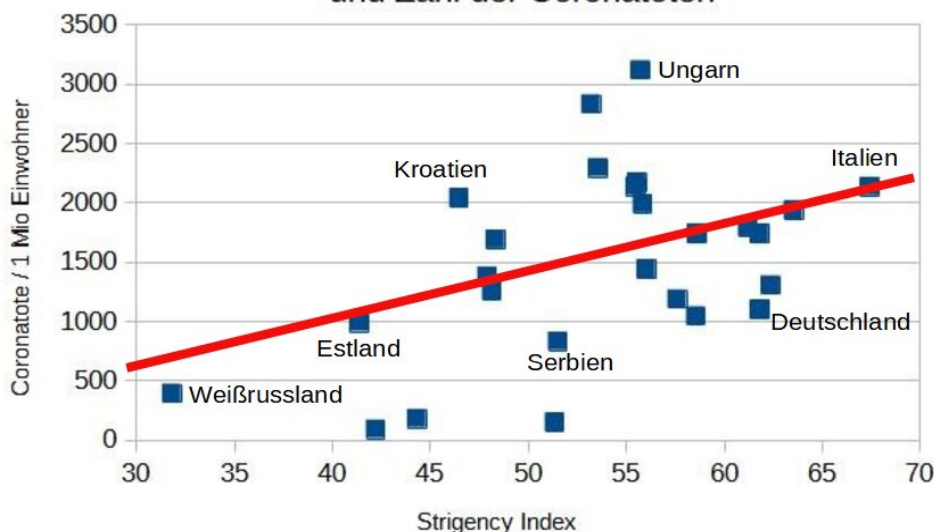
Der Zusammenhang zwischen der Härte der verhängten Lockdowns und der Zahl der Covidtoten.

A) Zusammenhang zwischen Lockdownschärfe (Stringency Index) und Zahl der Coronatoten

Als Maß für die Härte oder Schärfe eines Lockdowns haben Wissenschaftler aus Oxford den „Government Stringency Index“ definiert und berücksichtigen dabei: Schulschließungen, Schließungen von Arbeitsplätzen, Absage von öffentlichen Veranstaltungen, Einschränkungen bei öffentlichen Versammlungen, Schließung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Hausarrestauflagen, öffentliche Informationskampagnen, Einschränkungen bei Landes internen Bewegungen und internationale Reisekontrollen. Jeder der neun Kennwerte wird eine Zahl zwischen 0 und 100 (größte Härte) zugeordnet. Der GSI (Government Stringency Index) ergibt sich dann als Mittelwert der neun Kenngrößen. Diese Werte sind taggenau auf <https://ourworldindata.org/covid-stringency-index> abrufbar.

Es wird nun die Abhängigkeit zwischen dem mittleren Government Stringency Index (GSI) und der Zahl der gemeldeten Covidtoten (bezogen jeweils auf 1 Mio Einwohner) im gesamten Pandemiezeitraum 15.03.2020-05.07.2021 bei 26 (europäischen) Ländern betrachtet. Nach allen Verlautbarungen der Regierenden und der meisten Medien wäre zu erwarten, dass mit zunehmender Stringenz des Lockdowns die Zahl der Covidtoten sich verringert. Das Bild auf der nächsten Seite zeigt das Gegenteil:

Abhängigkeit zwischen Stringency Index und Zahl der Coronatoten



Mathematisch kann man eine (lineare) Abhängigkeit zwischen zwei Größen durch den Korrelationskoeffizient (mögliche Werte $-1 \leq \rho \leq 1$) bestimmen. Der Wert 1 gibt einen strikten positiven (linearen) Zusammenhang an (beide Größen steigen gleichartig an). Der Wert -1 sagt aus, wenn die eine Größe steigt, fällt die andere). Bei Null ist keinerlei Abhängigkeit erkennbar. Bei der Betrachtung der 25 Länder (jedes Land ist durch# ein Punkt gekennzeichnet) ergibt sich rechnerisch ein Korrelationskoeffizient von $\rho = 0,43$.

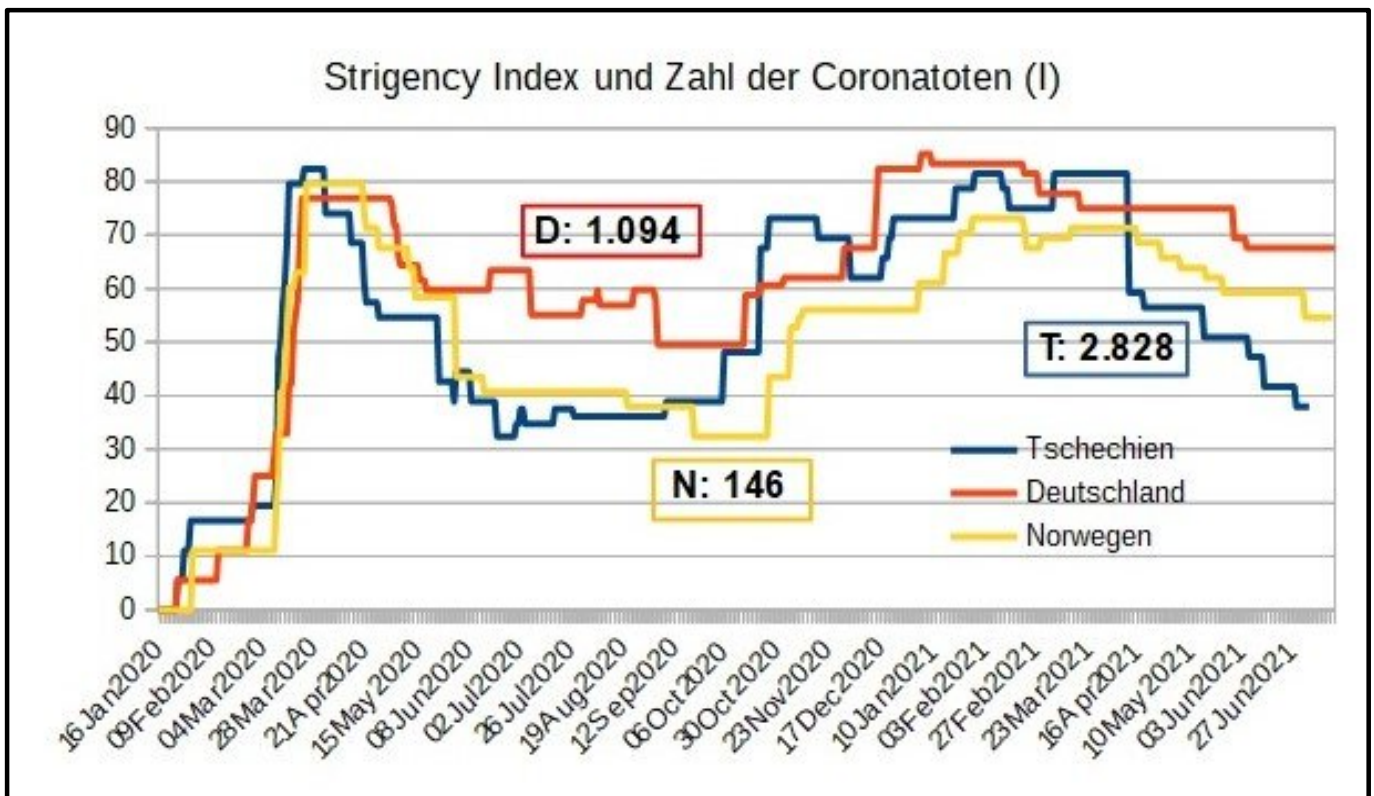
In der math. Statistik geht man davon aus, dass ein (linearer) Zusammenhang signifikant (statistisch gesichert) ist, wenn $\rho \geq 0,6$ ist. Im vorliegenden Fall ist eine klare positive (wenn auch nicht statistisch gesicherte) Abhängigkeit erkennbar.

Diese Erkenntnis steht also im krassen Widerspruch zu den offiziellen Verlautbarungen (wie allerdings bei vielen statistischen Untersuchungen). Dabei sind die vielen Kollateralschäden, wie Jobverlust oder zusätzliche Tote durch verschobene Operationen bzw. psychische Schädigungen noch gar nicht betrachtet.

Fazit I: Mit zunehmender Schärfe der Lockdown-Maßnahmen sterben mehr Menschen an Corona als bei weniger Einschränkungen.

B) Es ergeben sich fast gleichartige Verläufe des Strigency Index bei Ländern mit **sehr hoher** (Tschechien), **mittlerer** (Deutschland) und **sehr niedriger** (Norwegen) **Zahl von Coronatoten**

Die drei Kurven unterscheiden sich in ihrem charakteristischen Verlauf nicht wesentlich (mit den kleinen Modifikationen, dass Deutschland auch im Sommer 2020 sehr restriktiv bleibt und Tschechien im Frühjahr 2021 etwas mehr lockert).



Die Ergebnisse bezüglich der Zahl der Coronatoten (immer bezogen auf 1 Mio Einwohner des Landes) unterscheiden sich gravierend: Tschechien hat in Europa mit 2.828 Coronatoten eine der überhaupt höchsten Zahlen, während Norwegen mit 146 Coronatoten eine der geringsten Zahlen in Europa aufzuweisen hat; Deutschland liegt mit 1.094 Coronatoten im mittleren Bereich.

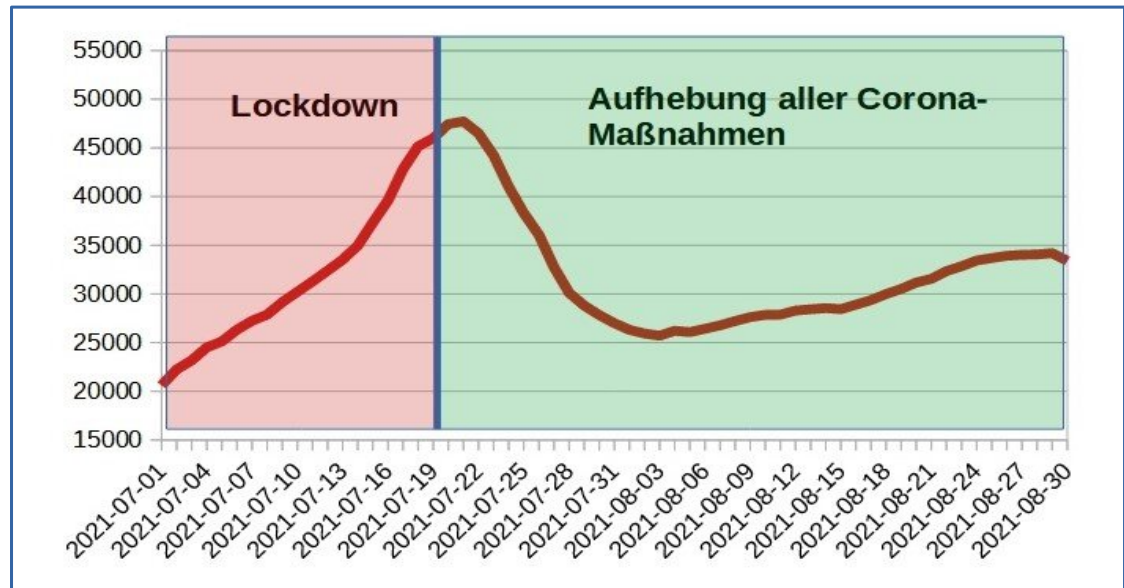
Fazit II: Fast identische Maßnahmen, aber völlig unterschiedliche Wirkungen (oder solle man besser sagen: Nichtwirkungen) der staatlichen Maßnahmen.

C) Wie viele Beispiele der Nutz- und Sinnlosigkeit staatlicher Corona-Maßnahmen müssen noch benannt werden ?

Als der britische Premierminister, Boris Johnson, die Aufhebung aller Corona-Maßnahmen für den 19.07.2021 ankündigte, ging ein Aufschrei – vor allem – durch die deutschen Medien:

- ZDF heute (05.07.21): „Spiel mit großem Risiko“
- t-online (06.07.21): „Britten rechnen mit 100.000 Infizierten täglich“
- ZDF heute (06.07.21): „Viele Infektionen erwartet“
- Frankfurter Rundschau (10.07.21): „Forschende warnen vor Lockerungen“

Die Unkenrufe sind (bis jetzt) ins Leere gelaufen; im Gegenteil: die Zahl der Infektionen ist mit der Aufhebung der Corona-Sanktionen gesunken und dann bis jetzt nur moderat gestiegen (siehe nebenstehendes Bild).



D) Immer mehr Studien: Lockdowns nützen nichts, sondern richten Schaden an – und erhöhen sogar die Zahl der Corona-Infektionen

In einem amerikanischen Papier (Quelle: Gosh, Venkatraman, u.a.: Association between City-wide Lockdown and COVID-19 Hospitalization Rates in New York City) wird gezeigt, dass die Zahl der COVID-Kranken in den Krankenhäusern während des Lockdowns steigt. Der größte Anstieg wurde 3 Wochen nach Beginn des Lockdowns festgestellt: 54 % Anstieg der Krankenhausaufenthalte wegen COVID. Die galt verstärkt für Mehrgenerationenhaushalte.

Fazit III: Was uns Regierende und Medien vorgaukeln bezüglich der positiven Wirkung der Einschränkungen sind also dreiste Lügen.

E) Deutschland hat nicht die effektivsten Maßnahmen - aber die strengsten

Der Stringency Index (von Wissenschaftlern der Oxford University ermittelt) betrachtet alle geltenden Corona-Beschränkungen in einem Land und fasst sie zu neun Indikatoren zusammen. Als Indikator zählen unter anderem Schulschließungen, geschlossene Arbeitsplätze, Reisebeschränkungen, Kontaktbeschränkungen, Impfpolitik.

Jeder Indikator hat höchstens 100 Punkte – wird die Regel im Land weniger streng umgesetzt, bekommt der Indikator weniger Punkte (z.B. nur noch 80 statt 100).

Der durchschnittliche Stringency Index (SI) wird berechnet, indem die Punktzahlen aller neun Indikatoren zusammengezählt werden. Anschließend wird das Ergebnis durch neun geteilt, um einen Durchschnitt-Wert zu bekommen.

Mit Stand Heiligabend (24.12.21) hat **Deutschland die strengsten Maßnahmen** von 185 ausgewerteten Ländern der Erde. Dass dies nicht gleichzusetzen ist mit **effektiven Maßnahmen** zeigt z.B. ein Blick auf Zahl der COVID-toten (pro 1 Mio Einwohner) im Dezember 2021: Deutschland 99,28, Griechenland 196,80, China 0,00, Indien 7,10, Dänemark 35,44, Schweden 11,22, Jemen 6,02.

Platz	Land	SI
1	Deutschland	83,93
2	Griechenland	83,04
3	Costa Rica	82,74
4	Fidschi-Inseln	82,74
5	Italien	82,44
6	China	80,06
80	USA	56,55
81	Indien	55,95
85	Dänemark	54,76
105	Polen	51,79
120	Tschechien	48,81
157	Ungarn	39,88
176	Schweden	29,17
182	Tansania	21,43
183	Nicaragua	20
184	Burundi	20
185	Jemen	15,48

E) Das „schwedische Modell“ ist in der Pandemiebekämpfung sowohl bei der Gesundheitspolitik als auch vor allem bei der Wirtschaftspolitik erfolgreich, wesentlich erfolgreicher als Deutschland

Häufig wird behauptet, dass der „schwedische Weg“ mit wesentlich mehr Freiheiten und Betonung auf selbstbestimmten Entscheidungen in der Pandemiezeit mit einer großen Zahl von Toten „erkauft“ wurde. Dies ist schlicht falsch. Schweden hat zwar im Frühjahr 2020 bezogen auf die Bevölkerungszahl mehr COOVIDtote gemeldet als manches anderes Land.

Inzwischen ist die gemeldete COVIDtotenzahl (relativiert auf die Einwohnerzahl) über den gesamten Pandemiezeitraum mit Deutschland vergleichbar: Schweden 1.568, Deutschland 1.412. Was aber viel entscheidender ist, **Schweden hat 2020/21 insgesamt eine Untersterblichkeit**, Deutschland eine leicht erhöhte Sterblichkeit. Das heißt, auch gesundheitspolitisch war der schwedische Weg erfolgreicher als die restriktiven Maßnahmen in Deutschland.

Hier soll es aber vor allem um die **wirtschaftlichen Erfolge des schwedischen Weges** gehen. Die Zeitschrift „Economist“ hat die Wirtschaftsleistung von 23 reichen Ländern ausgewertet.

(Quelle: https://www.economist.com/finance-and-economics/which-economies-have-done-best-and-worst-during-the-pandemic/21806917?utm_medium=social-media.content.np&utm_source=facebook&utm_campaign=editorial-social&utm_content=discovery.content.evergreen&fbclid=IwAR36L45sTKI_zbSI6iAH-xaRnVUBmBQl4UdD0ajPOdQ_GR8xkvczwpRnkmw)

Dabei wurden die **Veränderungen** des Bruttoinlandsproduktes (BIP), der Haushaltseinkommen, der Aktienkurse, der Investitionen und der Staatsverschuldung bewertet. Die Tabelle gibt einen Ausschnitt aus der Ranking-Liste an. Die Liste wird angeführt von Dänemark (Platz 1) und Slowenien (Platz 2), gefolgt von Schweden auf Platz 3. Deutschland auf Platz 20 von 23 !!!

Schweden schnitt bei der Staatsverschuldung besonders gut ab und begrenzte ihren Anstieg im Verhältnis zum BIP auf nur 6,2 % – verglichen mit 19 % in den USA und 22 % in Großbritannien.

Schweden widerlegt damit zwei Kernsätze des Abriegelungsdogmas: dass Lockdowns notwendig seien, um eine große Zahl von Todesfällen zu verhindern, und dass es

keinen Kompromiss zwischen Gesundheit und Wirtschaft gebe.

Der Autor des Artikels, Noah Carl, hebt seinen Hut vor Schwedens staatlichem Epidemiologen Anders Tegnell. Er sei standhaft geblieben, während andere westliche Politiker und Experten unter dem Druck, «etwas zu tun», in Panik geraten seien.

F) Strenge Corona-Maßnahmen senken nicht die Zahl der COVIDtoten

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, ob die Strenge der Corona-Maßnahmen zu einer Verringerung der Zahl der COVIDtoten führt. Als Maß für die Strenge der Maßnahmen hat sich der sogenannte „Stringency Index“, der für alle Länder der Erde von Oxford Wissenschaftler ermittelt wird, bewährt.

Die notwendigen Daten werden von den beiden Homepages

<https://ourworldindata.org/covid-stringency-index> und

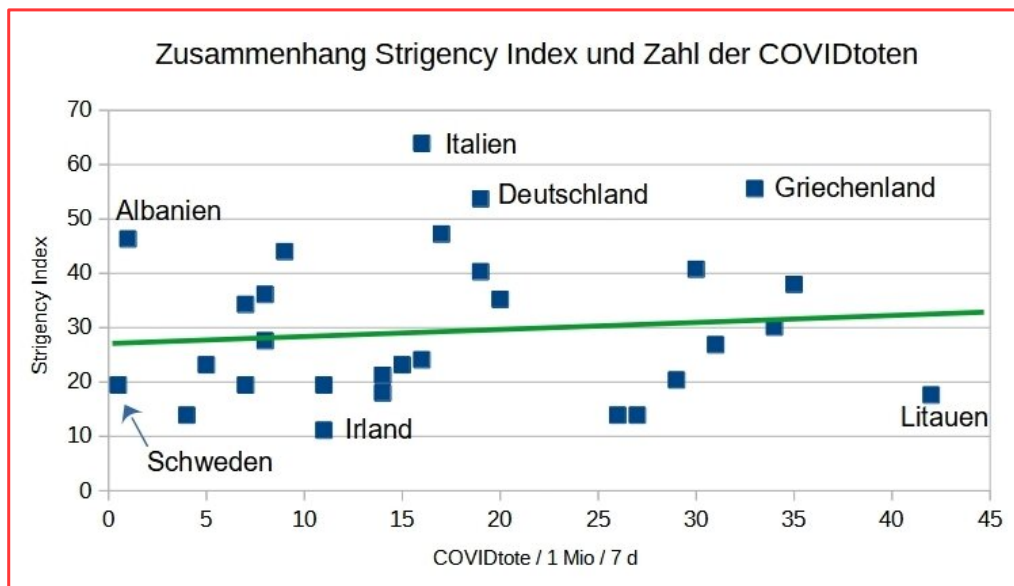
<https://www.worldometers.info/coronavirus/>

entnommen. Auch hier bewahrheitet sich die veröffentlichte Meinung nicht.

Zunächst war festzustellen, dass zum Zeitpunkt 28.03.22 in Europa die Länder Italien, Griechenland und Deutschland die strengen Corona-Maßnahmen verhängt haben. Offensichtlich haben diese Corona-Maßnahmen aber keinen günstigen Einfluss auf die Zahl der COVIDtoten.

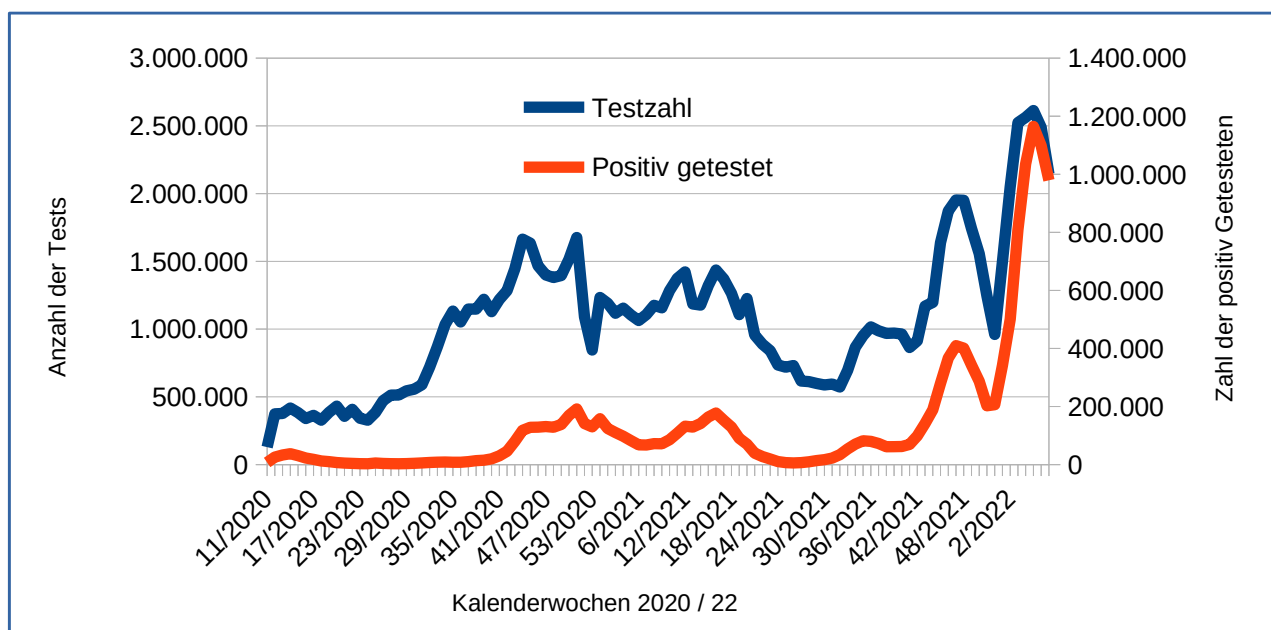
Rang	Land	BIP	Haushalts-einkommen	Aktien-kurse	Investi-tionen	Staatsver-schuldung
1	Dänemark	2,1	3,4	57,3	12,1	3,5
2	Slowenien	1,2	10,1	33	6,8	7,4
3	Schweden	2,1	2	50,4	5,5	6,2
4	Norwegen	3,5	4	31,3	-8,5	-9
5	Chile	10,4	32,7	-5,6	6,7	11,9
--	-----					
19	Österreich	1,1	-5,8	18,6	-1,1	14
20	Deutschland	-1,1	-0,9	15,6	-1,9	13,6
21	Japan	-1,9	1	17,4	-3,8	20,7
22	Großbritannien	-2,1	-2,3	-2,2	-7,4	21,9
23	Spanien	-6,6	-6,3	-7,2	-6,5	22,3

Es gibt zwischen dem Strigency Index und der Zahl der COVID-Toten keinen nachweisbaren Zusammenhang. Es tritt wieder das Gegenteil von dem ein, was Politik und Mainstreammedien ständig fälschlicherweise behaupten. Mit der Strenge der Maßnahmen nimmt sogar die Zahl der COVID-Toten leicht zu. (konkret sind wieder die Zahl der COVID-Todesfälle der Woche vor dem 28.03.22 bezogen auf 1 Mio Einwohner berücksichtigt worden).



Fakt 10: Die täglich gemeldeten „Zahl der Neuinfizierten“ ist in Wirklichkeit die „Zahl der neu positiv Getesteten“, die zudem einen wesentlichen Anteil an *falsch* positiv Getesteten enthält.

1. Mit der Zahl der getesteten Personen (**blaue Kurve**) steigt häufig auch die Zahl der positiv Getesteten (**rote Kurve**), ohne dass sich der Anteil der Angesteckten wesentlich erhöhen muss. Die angsterregenden Zahlen der positiv Getesteten wird ständig in den Medien **fälschlicherweise** als Zahl der Neuinfizierten propagiert (Bild auf der folgenden Seite). Mit Beginn der Omicron-Welle (ab ca. KW 42/21) werden auch immer mehr positiv getestet, obwohl sie völlig asymptomatisch sind, fälschlicherweise als infiziert gemeldet werden – und in Quarantäne müssen.



2. Noch gravierender wird die Fälschung deutlich, wenn man beachtet, dass der verwendete PCR-Test für die Testung beliebiger Personen überhaupt nicht zugelassen ist, sondern nur für Personen mit Symptomen. Auf den meisten Beipackzetteln der PCR-Tests ist das auch vermerkt „Nicht für diagnostische Zwecke zugelassen“. Die nach einem solchen Test veröffentlichten Zahlen sind zutiefst irreführend und können allein der Panikmache dienen. Die bewussten Falschmeldungen von RKI und den Medien, indem „positiv Getestete“ und „Neuerkrankte“ gleichgesetzt werden, sind nichts Anderes als vorsätzliche Täuschung.

3 Letztendlich entscheidet die Teststrategie über den Wert der 7-Tage-Inzidenz, nach dem sich die Politik mit ihren Maßnahmen wesentlich richtet. Das hat die Konsequenz, wer nicht testet, hat den Inzidenzwert Null.

4. Es ist sehr wahrscheinlich, wenn die Zahl der Tests bei gleichbleibenden (bzw. leicht zurückgehenden !) Laborkapazitäten erhöht wird, dass die Aussageverlässlichkeit der Ergebnisse der Tests sogar noch sinkt.

5. Hier soll ein aktuelles Beispiel angeführt werden, wie falsch positive Tests sinnlose Maßnahmen auslösen (siehe auch Fakt 12 über die hohe Zahl falsch positiver Testergebnisse).

In Wien gab es besonders viele positive Testergebnisse. In der zweiten Schulwoche waren 0,26% aller Wiener Gurgeltests positiv. In anderen Bundesländern waren jedoch nur zwischen 0,01% und 0,09% der Tests positiv. Es gibt also eine sehr niedrige Prävalenz, die unter 1 in 1000 liegt.

Daraus errechnet sich mit dem Satz von Bayes bei einer Sensitivität von 98% und Spezifität von 99% eine Rate falsch-positiver Ergebnisse von 91% .

Von den in Wien bisher gemeldeten 1.134 Fällen waren also rund 1.031 falsch-positiv.

Das bedeutet, dass 91 % der Kinder grundlos (gesunde Kinder) in Quarantäne geschickt wurden und die angegebenen Inzidenzwerte völlig überhöht sind.

(Quelle: tkp . Gesundheit, 30.09.21)

6. Wie können die Medien, das RKI, usw. .. die beiden Begriffe „positiv Getestete“ und „Neuinfizierte“ synonym verwenden, wenn auf dem Beipackzettel des PCR-Testes steht: „Ein positives Testergebnis zeigt nicht notwendigerweise die Anwesenheit lebensfähiger Organismen.“ ??? Diese Gleichsetzung ist eine bössartige Falschmeldung.

Die WHO fordert in einer Stellungnahme

(Quelle: <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>)

vom 20.01.2021 nicht ohne Grund die Benutzer auf, bei der Interpretation der Ergebnisse für Proben, die mit der PCR-Methodik getestet wurden, die Gebrauchsanweisung (IFU) zu befolgen und weist speziell darauf hin, dass eine sorgfältige Interpretation schwacher positiver Ergebnisse erforderlich ist. Entsprechen die Testergebnisse nicht der klinischen Darstellung, so sollte eine neue Probe entnommen und mit der gleichen oder anderen NAT-Technologie erneut getestet werden. Dies geschieht in der Regel aber nicht.

Hinzu kommt noch die generelle Fehleranfälligkeit der PCR-Tests. Bei den Fehlermöglichkeiten der Testung auf das Coronavirus unterscheidet man Sensitivität (Anteil der richtigen Erkennung des Virus) und die Spezifität (Anteil der richtigen Erkennung des Nichtbefalls mit dem Virus).

Wie hoch die Fehlerquote wirklich ist, kann man nicht sagen, da die genaue Prävalenzrate nicht bekannt ist. Ein Indiz für die Höhe der Fehlerquote bei den PCR-Tests, also den Anteil der fälschlicherweise als Neuinfizierte Bezeichneter, könnte eine Statistik des RKI selbst geben. Im „Täglichen Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 30.03.2021“ steht, dass nur von 51 % der als neuinfiziert Gemeldeten ein Erkrankungsbeginn ermittelt werden konnte. Praktisch bedeutet das, bei etwa jedem Zweiten, der als „Neuinfizierter“ in die Statistik eingegangen ist, konnten keine Symptome festgestellt werden. (Früher nannte man diese Menschen „gesund“.)

Die tatsächliche Zahl von falsch positiv Getesteten hängt dabei stark von der (nicht genau bekannten) Prävalenz (tatsächliche Infiziertenrate) ab. In der folgenden Tabelle wird von realistischen

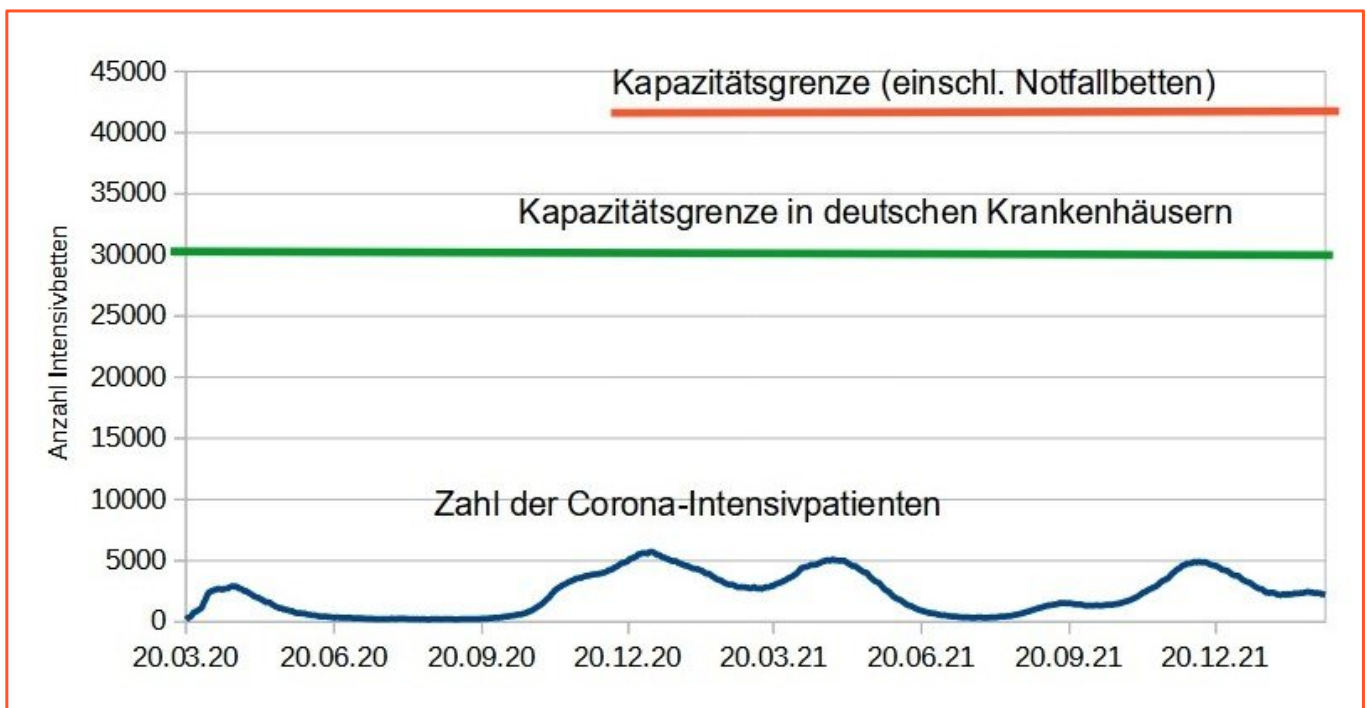
1.000.000 Testungen und von sehr optimistischen Werten von 99 % für Sensitivität und Spezifität ausgegangen:

			Sensivität	99,00 %	Spezifität	99,00 %	Anteil
Prävalenz	tats. Neg.	tats. Pos.	neg.	falsch pos.	pos.	falsch neg.	falsch positiv
0,10 %	999.000	1.000	989.050	9.990	990	10	90,98 %
0,50 %	995.000	5.000	985.050	9.950	4.950	50	66,78 %
1,00 %	990.000	10.000	980.100	9.900	9.900	100	50,00 %
2,00 %	980.000	20.000	970.200	9.800	19.800	200	33,11 %

Fakt 11: Die durchschnittliche Auslastung der Intensivbetten in deutschen Krankenhäusern war durch COVID-Patienten nie besonders dramatisch.

1. Neben der Sterblichkeit ist die Zahl der in Krankenhäusern intensiv auf COVID-19 behandelten Patienten (siehe blaue Kurve) von Bedeutung. Die Abbildung zeigt, dass ab der 29. bis zur 38. KW weniger als 300 Intensiv-Patienten (weniger als 1 %) in deutschen Krankenhäusern gelegen haben. Im gesamten Pandemie-Zeitraum vom 01.03.20 – **26.02.22** waren die 29.000 Intensivbetten (mit Behelfsbetten sogar 40.500) in Krankenhäusern Deutschlands mit nie mehr als 13,75 % mit COVID-19-Intensivpatienten belegt.

(Daten: aus <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister> am 26.02.22)



2. Sehr stark verwunderlich ist, dass in dem Zeitraum vom 04.08.20 bis **19.05.2021** laut DIVI-Intensivregister **6.640** Intensivbetten „abgebaut“ (!!!) wurden; zumindest sind diese einfach aus der Statistik herausgefallen. Warum ??? Waren es die falschen finanziellen Anreize, die zu diesen fatalen Entscheidungen geführt haben – oder Personalmangel oder ... ?

3. Das Thesenpapier „Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie“, das unter Leitung von Prof. Schrappe formuliert und am 17.05.21 veröffentlicht wurde, wirft ein beschämendes Bild auf die bisherige Berichterstattung durch Medien und Regierenden. Viele restriktive Maßnahmen wurden gerade mit dem Blick auf die mögliche Überforderung der Intensivmedizin durch Corona begründet.

Im Papier wird zum Beispiel angeführt:

- Es wurden als Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser 10,2 Mrd. € und als Prämien für knapp 11.000 zusätzliche Intensiv-Betten 530 Mio. € ausgezahlt. Dazu Schrappe wörtlich im „Welt“-Interview vom 18.05.21: „Nach unseren Recherchen scheinen diese Betten aber nicht existent zu sein. Sie sind offensichtlich niemals geschaffen worden oder wurden beantragt, obwohl es keine Pflegekräfte dafür gab“
- Die Datengrundlage ist auch äußerst widersprüchlich (z.B. mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten).
- In Deutschland wurden am 27.4.2021 41% der hospitalisierten CoViD-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt, während dies nur für 25% der Patienten in der Schweiz oder 11% der Patienten in Italien zutraf.

4. Im **Bericht des Bundesrechnungshofes** vom 9. Juni 2021 steht u.a.:

- „Die Bettenauslastung in Krankenhäusern, in denen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet wird, betrug nach den Ergebnissen einer Studie im Jahr 2020 67,3 % und im Vorjahr 75,1 %. Intensivstationen waren im Jahr 2020 zu 68,6 % und im Vorjahr zu 69,6 % ausgelastet. Patientinnen und Patienten, die am neuartigen Coronavirus erkrankt waren, belegten im Jahr 2020 durchschnittlich 2 % der Krankenhausbetten und 4 % der Intensivbetten.“ *Diese Aussagen stehen im krassen Gegensatz zur Panikmache in Meldungen und Bildern von Pressekonferenzen und Medien.*

- „Das RKI äußerte gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium mit Schreiben vom 11. Januar 2021 die Vermutung, dass Krankenhäuser zum Teil weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze meldeten, als tatsächlich vorhanden waren. Dadurch könnte der für die Gewährung von Ausgleichszahlungen erforderliche Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungsplätze von unter 25 % erreicht werden.“ *Wer sind die Verantwortlichen für die Falschmeldungen, mit der die Einschränkung von Freiheitsrechten begründet wurden ?*

- „Bei sinkender Bettenauslastung um knapp 8 Prozentpunkte wuchsen die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 1,7 %. Hinzu traten die Ausgleichszahlungen des Bundes, die allein im Jahr 2020 10,2 Mrd. Euro betrugen.“ *Offensichtlich verführt die seit 2004 geltende (Unter ?) Finanzierung der Krankenhäuser zu – vorsichtig ausgedrückt – zweifelhaften Abrechnungsmechanismen !*

5. Die „Welt“ schreibt am 17.06.21: „Pro Bett wurden 50.000 Euro als Anreiz bereitgestellt und von Mitte März 2020 bis Anfang März dieses Jahres insgesamt 686,1 Millionen Euro an die Krankenhäuser ausgezahlt. Damit hätten 13.722 Intensivbetten entstehen müssen – aber die Zahl findet sich nicht in den aktuellen Statistiken zum Bestand in Deutschland.“

Im Gegenteil (siehe auch 2.): Die Zahl der Intensivbetten wird im Intensivregister (DIVI) am 03.05.20 (dieser Termin entspricht etwa den Zeitpunkt, zu dem das Intensivregister endgültig aufgebaut war) mit 31.038 und am 30.03.21 mit 24.022 angegeben. Dies entspricht einer Verringerung um 7.016 .

Statt (bezahltem) Aufwuchs um 13.722 Intensivbetten in Wirklichkeit Abbau um 7.016 !!!

Diese Situation wird mit dem Begriff „Skandal“ fast noch verharmlost.

6. Die ständigen Meldungen der Überlastung der Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2020 durch Corona-Patienten waren bewusste Falschmeldungen.

Ausgerechnet in einer Studie des Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung / Technische Universität Berlin mit dem Titel „Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise (Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020)“ (Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf) , die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefertigt wurde und am 30. April 2021 erschien, aber jetzt erst öffentlich wurde, stehen entlarvende Zahlen. Nur zwei Beispiele sollen hier angeführt werden:

- ***„Die mittlere Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag bei 11,2 Tagen, so dass im Laufe des Jahres 2020 1,93 Mio. Verweildauertage erbracht wurden, was 1,9% aller Verweildauertage entspricht (bei den Intensivbetten waren es 3,4 % aller Verweildauertage).“***

- ***„Die mittlere Auslastung der Krankenhäuser erfuhr 2020 ein Allzeittief mit 67,3 %.“***

Natürlich ist bekannt, dass Mittelwerte allein nur begrenzt aussagefähig sind. Die Studie betont aber ausdrücklich, dass zeitlich und örtlich begrenzt Engpässe aufgetreten, die aber mit einer einigermaßen funktionierende Logistik im Gesundheitswesen ausgeglichen hätten werden können.

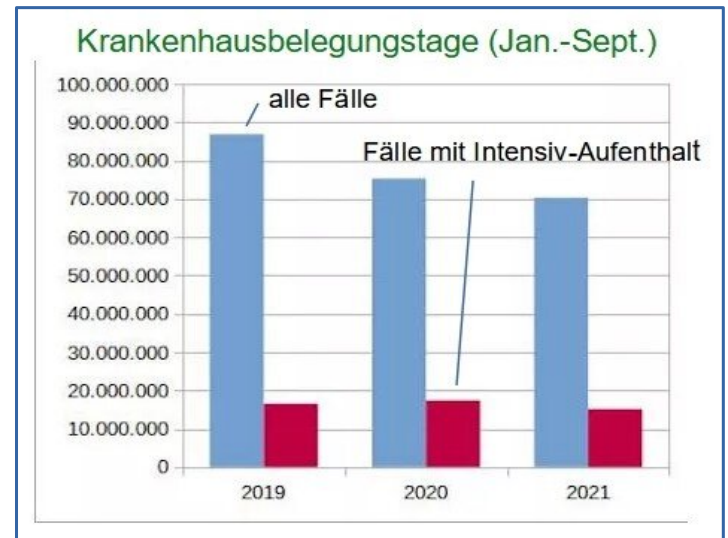
Ganz sicher gab es aber überhaupt keinen Grund für die drastischen Maßnahmen (Lockdowns, Schulschließungen, ...), die ja gerade mit der Gefahr der Überlastung der Krankenhäuser begründet wurde. Es ist offiziell bestätigt, dass die verhängten Maßnahmen nicht nur unverhältnismäßig waren, sondern völlig illegitim.

7. Der Widerspruch zwischen den offiziellen Daten der Krankenhausauslastung und der veröffentlichten Situationsbeschreibungen bleibt ominös

Die von dem „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK) erfassten Daten (veröffentlicht am 19.11.21) zeigen einen klaren Rückgang der Krankenhausbelegungstage sowohl in allen Fällen als auch in denen mit Intensiv-Aufenthalt in den Pandemie Jahren 2020 und 2021. Gleichzeitig erreichen uns ständig emotionale Bilder von übervollen Krankenhäusern. Wenn beides richtig ist, gibt es nur eine logische Erklärung. Diese Situation ist in erster Linie der verfehlten Gesundheitspolitik (Verknappung der technischen und personellen Ressourcen) durch die Regierenden geschuldet.

Wenn 2021 (Jan.-Sept.) die Belegung der deutschen Krankenhäuser um ca. 25 % Belegungstage niedriger war, kann man nicht der Pandemie die Hauptschuld geben.

Wie auch in vielen anderen Fällen sagen Regierende und Medien nicht die Wahrheit.



8) Selbst das RKI gibt „aus Versehen“ zu, dass Geimpfte häufiger mit COVID auf Intensivstationen müssen als Ungeimpfte

Im letzten Wochenbericht des RKI vom 07.07.22 steht auf Seite 18: „Für den Zeitraum vom 08.06.2022 bis 03.07.2022 (Mitte KW 23 - KW 26/2022) wurde der Impfstatus von 1.951 COVID-19-Aufnahmen gemeldet; das entspricht etwa 67,1 % der für diesen Zeitraum übermittelten Fälle (2.908). 14,4 % (280 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus hatten keine Impfung, 3,7 % (72 Fälle) hatten eine Impfung, 12,5 % (243 Fälle) hatten zwei Impfungen, 56,4 % (1.101 Fälle) hatten drei Impfungen und 13,1 % (255 Fälle) hatten vier oder mehr Impfungen“.

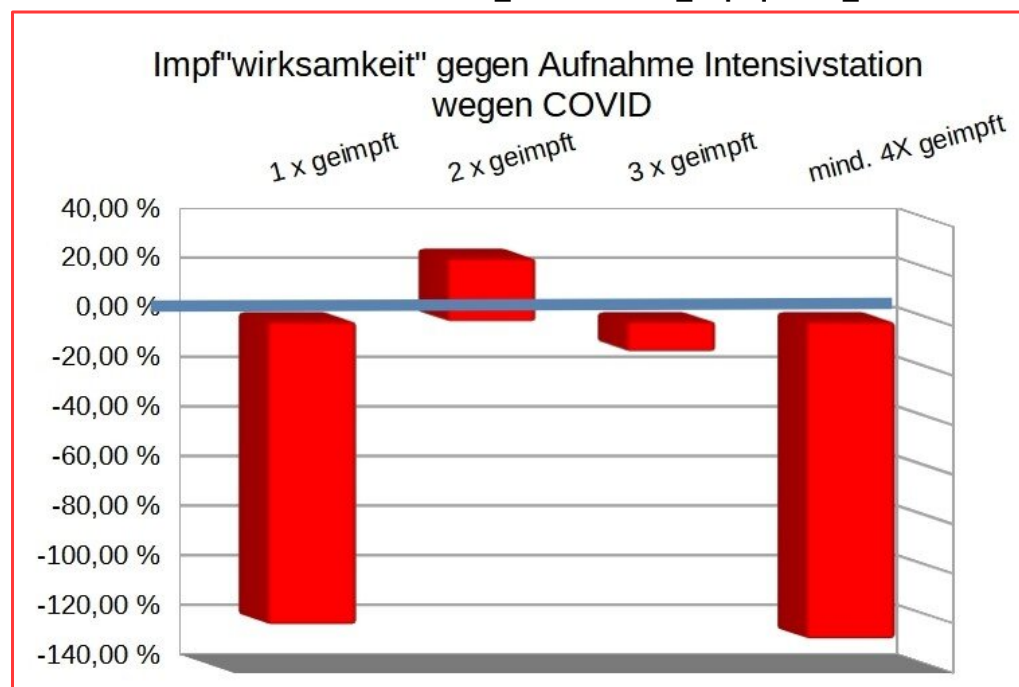
(Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-07-07.pdf?__blob=publicationFile)

Anmerkung: In der Mitteilung wird davon gesprochen, dass nur von 67,1 % auf Intensivstationen eingelieferten Patienten der Impfstatus bekannt war. Etwa ein Drittel der Fälle wird nicht analysiert, dadurch sind Manipulationen der Werte zugunsten der Geimpften möglich !

Berücksichtigt man noch die Impfquoten (Stand: 08.06.22) ungeimpft 22,4 %, einfach geimpft 1,7 %, zweifach geimpft (grundimmunisiert) 16,1 %; dreifach geimpft (geboostert) 53,6 % und vierfach geimpft (2.Boosterung) 6,2 % (Quelle: (Quelle: https://github.com/robert-koch-institut/COVID-19-Impfungen_in_Deutschland/blob/fd37c81f95f2cc85b016194dd2c30e5765968139/Aktuell_Deutschland_Impfquoten_COVID-19.csv), dann kann man die

Impfwirksamkeit nach der sog. Screening-Methode nach Farrington bestimmen. Diese Impf„wirksamkeit“ ist im Diagramm dargestellt. Für den Monat Juni 2022 gesteht das RKI indirekt ein, dass die Impfwirksamkeit gegen die Aufnahme auf eine Intensiv-Station wegen einer COVID-Erkrankung bei 1 x Geimpften - 122 %, bei 3 x Geimpften – 12 % und bei mind, 4 x Geimpften sogar – 128 % beträgt.

Nur bei 2 x Geimpften ergibt sich eine bescheidene positive



Impfwirksamkeit von 26 %.

Wohlgemerkt, es geht hier nicht um eine Impfwirksamkeit gegen eine Infektion, sondern gegen sehr schwere Verläufe einer COVID-Erkrankung. Besonders erschütternd an den Zahlen des RKI ist, dass die mind. viermal Geimpften mehr als doppelt so häufig auf eine Intensivstation müssen als Ungeimpfte. Welch krasser Widerspruch zu der veröffentlichten Meinung !!!

Anmerkung: Die Primärzahlen stammen aus dem RKI-Bericht. Die Angabe der negativen Impfwirksamkeiten ist darin nicht enthalten; nur der Hinweis, dass rechnerisch ermittelte negative Impfwirksamkeiten Null gesetzt werden.

Offensichtlich: „Nicht sein kann, was nicht sein darf“. Welch schlimme ideologische Verblendung !

Fakt 12: Die 7 Tage-Inzidenzwert-Grenzwerte, gleich ob 165, 150, 100, 50, 35 oder 10 sind alle willkürlich und völlig unlogisch.

Ende Mai 2020 wurde aus politischen Überlegungen von den Regierenden ein Grenzwert von 50 Neuinfektionen in 7 Tagen auf 100.000 Einwohner festgelegt. Inzwischen wurden immer absurdere Grenzwerte zur „Begründung“ von restriktiven Maßnahmen in Verordnungen eingeführt.

1. Diese Festlegung ist willkürlich, weil sie damit begründet wurde, dass unter 50 die Gesundheitsämter noch in der Lage wären, die Nachverfolgung zu garantieren. Abgesehen davon, dass nicht die Neuinfizierten gezählt werden, sondern die Zahl der positiv (falsch und richtig) Getesteten, kann ein falscher Personalschlüssel in den Behörden in einem Rechtsstaat nie und nimmer als Begründung für die Beschneidung wesentlicher Freiheitsrechte des Grundgesetzes genommen werden. Wäre die epidemische Situation im Blick gewesen, hätte man bei Vervierfachung der Zahl der Tests auch den Grenzwert vervierfachen müssen, denn die Positivquote (Anteil der positiv Getesteten an der Gesamtzahl der Getesteten) könnte ein Anhaltspunkt für die epidemische Lage sein.

2. Wesentlicher ist aber noch die Unlogik mit der der Fetisch „7-Tage-Inzidenzwert“ von den Regierenden benutzt wird. Es ist unbestritten, dass es eine große Dunkelziffer gibt bezüglich der Zahl der Personen, die in Kontakt mit dem Coronavirus gekommen sind. Verschiedene Studien gehen von einer Dunkelziffer mit dem Faktor 4 bis Faktor 20 (aus einer sehr seriösen Studie von Prof. Ioannidis erkennt man den Faktor 15). Gleich welchen Faktor man konkret ansetzt, wird deutlich, dass das Gefasel über „Kontrolle durch vollständige Nachverfolgung“ zu keiner Zeit gestimmt hat, genau so wenig wie der gegenwärtige „Kontrollverlust“. Dies sind von der Regierenden geschaffene Termini, die ausschließlich dann Sinn machen, wenn das Ziel die Disziplinierung der Gesellschaft ist.

3. Wenn ein Inzidenzwert schon benutzt werden soll, gäbe es sinnvollere Formen. Man multipliziert den üblichen regionalen Inzidenzwert mit dem Quotienten aus durchschnittlicher Testrate in Deutschland (Zahl der Tests durch Bevölkerungszahl) und regionaler Testrate. Damit würde eine hohe Anzahl von regionalen Tests die Region nicht automatisch mit einer hohen Inzidenz „bestrafen“.

Zahlenbeispiel: durchschnittliche Testrate in Deutschland 1,5 % (1.250.000 Tests / 83,4 Mio Einw.)

Testrate Landkreis 3 % (9.000 Tests / 300.000 Einw.); Zahl der pos. Getesteten in 7 Tagen: 450

Übliche Inzidenzberechnung: $I_{alt} = 150$; Verbesserung: $I_{neu} = I_{alt} * 1,5 / 3 = 75$

Natürlich bleibt das Inzidenzergesamt für Deutschland unverändert, aber für den Landkreis, der aus irgendeinen Grund nur viel getestet hat, sind die verordneten Maßnahmen, z.B. bezüglich der Schulschließungen, erheblich.

4. Wie sinnlos die Festlegungen bestimmter Grenzen für Inzidenzen zeigte sich deutlich, als im Rahmen der Omicron-Variante Inzidenzen von 1.000 und mehr bestimmt wurden. .

Fakt 13: Die offiziellen staatlichen Meldungen über Gefahren des Corona- Virus sind häufig nicht statistisch untersetzt – und dienen vorwiegend der Panikmache.

Dies soll an drei Dingen beispielhaft verdeutlicht werden:

A) Gefährlichkeit der mutierten Corona-Viren

Eine Abschätzung der **Gefährlichkeit der mutierten Viren** aus Daten in Deutschland ist wegen der dünnen Datenlage statistisch noch nicht möglich. Verlässliche Aussagen sind aber über das Verhalten der mutierten Viren in den „Mutterländern“ der letzten Wochen machbar.

Der Wirkzeitraum für die Mutationen ist ja vielleicht, ab Januar dieses Jahres anzunehmen.

Ein schlichter Zahlenvergleich (Coronatote pro 1 Mio Einwohner) zeigt

	bis 31.12.20	bis 27.08.21	Aufwuchs	
Südafrika (Beta)	462	1.343	um 881	auf 291 %
Großbritannien (Alpha)	1.051	1.936	um 885	auf 184 %
Indien (Delta)	177	313	um 115	auf 177 % (auf niedrigem Niveau)
Deutschland	386	1.101	um 715	auf 285 %

(Quelle: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> am 27.08.21)

In den "Mutterländern" der Mutanten verhält sich aber die Sterberate wesentlich zurückhaltender als in Deutschland. In Indien ist die relative Zahl der Coronatoten sogar gegenwärtig erheblich geringer als in Deutschland. Dass die Virusmutationen ansteckender sein könnten, ist damit nicht widerlegt; es findet sich aber keinerlei Begründung für eine größere Gefährlichkeit bezüglich schwerer Verläufe. Die Zahlen zeigen das Gegenteil !

B) Portugal als Virusmutantengebiet

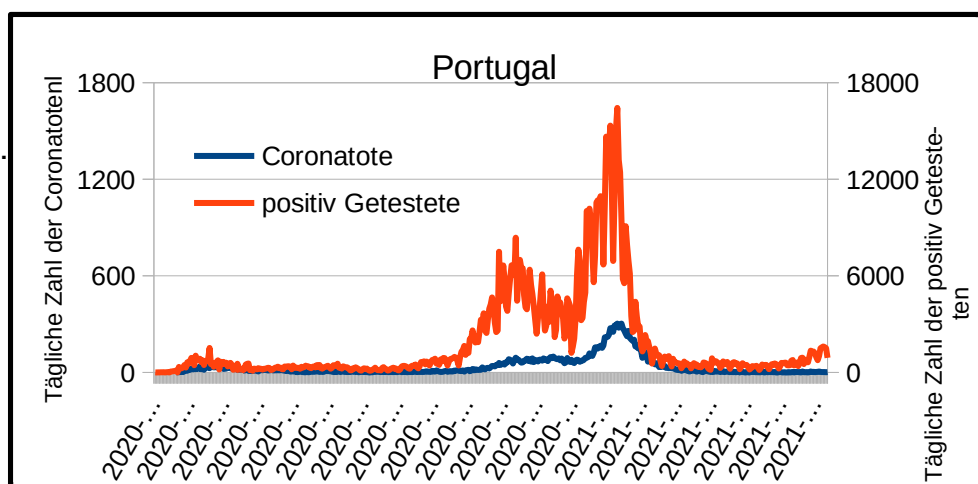
Die deutsche Bundesregierung hat Portugal als Virusmutantengebiet erklärt und besonders restriktive Maßnahmen bezüglich des Urlaubslandes Portugal beschlossen. Kanzleramtsminister Braun sprach voller Stolz davon, dass dies „die schärfsten von allen europäischen Ländern wären“ (*wie kann man stolz auf so etwas sein ?*). Aber auch eine Rüge der Europäischen Kommission wegen des Verhaltens der deutschen Regierung lässt die handelnden unberührt.

Fakt ist, dass weder das Infektionsgeschehen und erst recht nicht die Zahl der Coronatoten in letzter Zeit in Portugal wesentlich zugenommen.

Das Bild stellt das Infektionsgeschehen bis 29.06.21 dar

(Quelle: <https://inourworldindata.org>).

Aber der sächsische Ministerpräsident warnte bereits am 27.06.21 von der dramatischen Situation in Portugal gesprochen.



Woher nehmen die Politiker solche unwahren Informationen ?

C) „Gefährlichkeit“ der Delta-Variante

In den offiziellen Verlautbarungen, besonders von den Herren Spahn, Wieler und Lauterbach wird die besondere Gefährlichkeit der Delta-Mutation (vorher: indische Variante) des Corona-Virus dargestellt. Prof. Wieler erdreistete sich sogar, die doppelt so hohe Hospitalisierung von 15 - 39 - Jährigen zu prognostizieren.

Englische Studien – und nach den offiziellen Angaben „wütet“ ja die Delta-Variante gerade besonders stark in Großbritannien - zeigen das ganze Gegenteil:

- die Ansteckungshäufigkeit liegt zwar (leicht) höher (von 8 % auf 11 %)
- aber die Schwere der Krankheitsverläufe (Krankenhausaufenthalt) hat sich **um 75 % reduziert**,
- und die Delta-Variante ist **15-mal weniger tödlich** als das Ursprungsvirus (Public Health England).

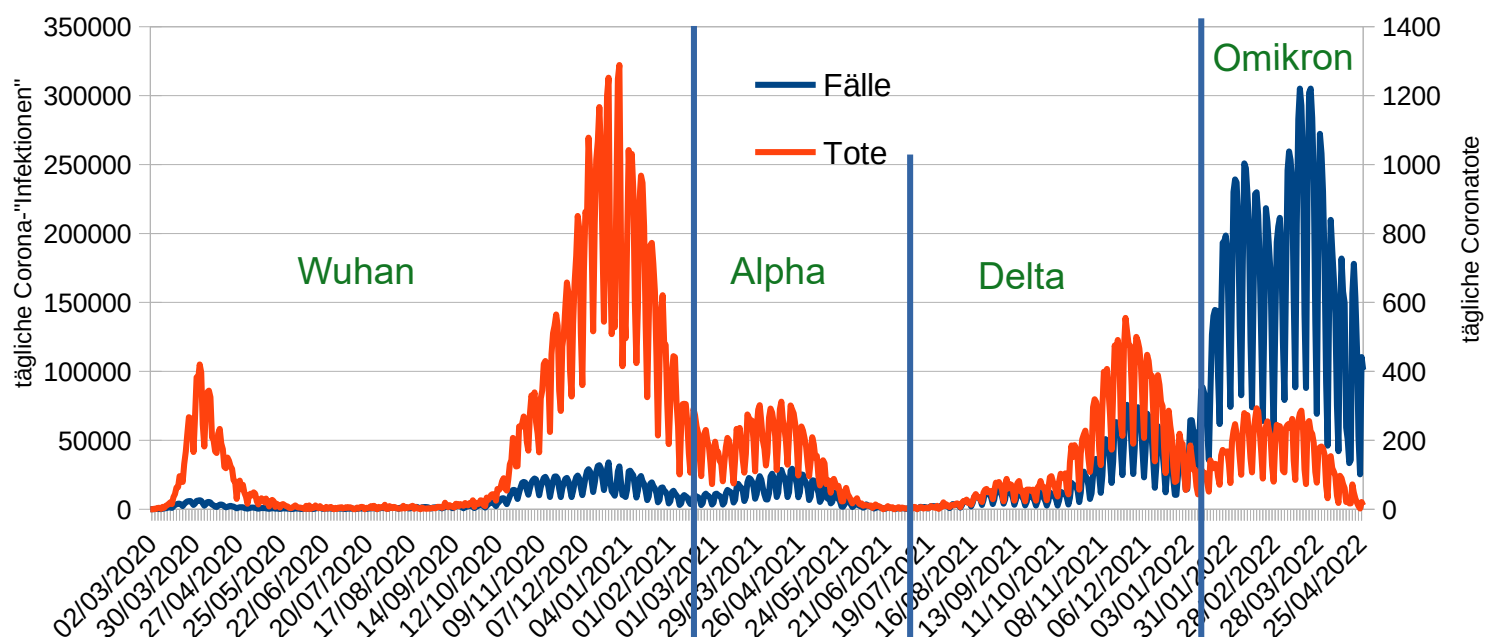
Woher kommt die Dreistigkeit der Falschdarstellungen ?

Wie wahrscheinlich sind die Lauterbachschen Angstprognosen für Killervarianten des Corona-Virus für den Herbst 2022 ?

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach warnte bereits mehrmals davor, dass sich im Herbst 2022 Killervarianten des Corona-Virus in Deutschland ausbreiten könnten. Lauterbach wörtlich: „Es ist durchaus möglich, dass wir eine hochansteckende Omikron-Variante bekommen, die so tödlich wie Delta ist. Das wäre eine absolute Killervariante“,
Führende Virologen widersprechen. Die Entwicklung von Sars-Cov 2 verlaufe „lehrbuchmäßig“. Das bedeute, dass das Virus zwar immer ansteckender werde. Gleichzeitig nehme aber die krankmachende Wirkung ab.

Die folgenden Grafiken sollen dies verdeutlichen:

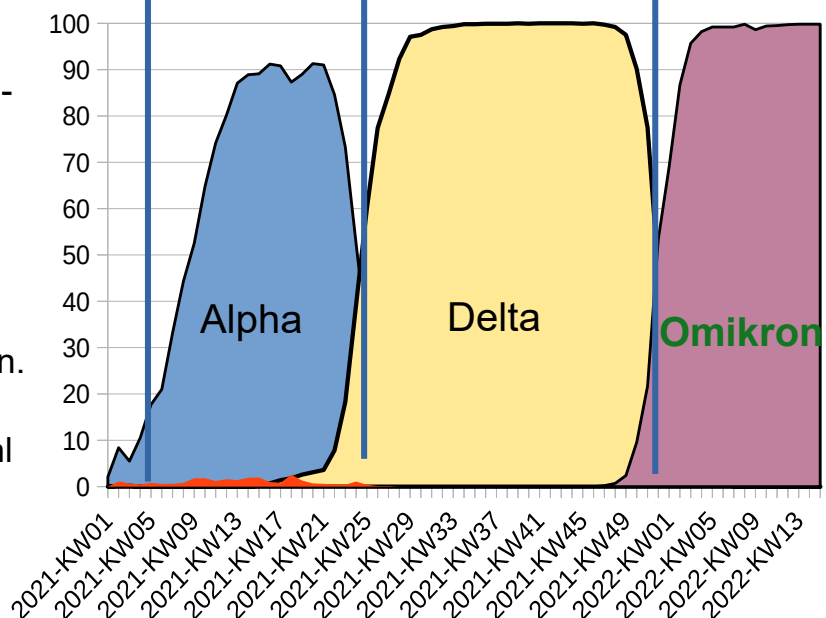
Corona-"Infektionen" und Todesfälle (Deutschland)



Das Infektionsgeschehen in Deutschland kann man durch fünf Wellen charakterisieren:

- W 1 (04/20) - Wuhan-Virus
- W 2 (11/20-01/21) – Wuhan-Virus
- W 3 (03-04/21) - Alpha-Variante
- W 4 (10-12/21) – Delta - Variante
- W 5 (ab 01/22) – Omikron-Varianten.

Aus dem oberen Bild wird deutlich, dass sich das Verhältnis von der Zahl der Coronatoten (rote Linie) zu der Zahl der Corona“fälle“ im Laufe der Zeit sich „umkehrt“.



Auf der nächsten Seite soll dies ausführlicher in Abhängigkeit von der dominierenden Variante diskutiert werden. Zur Bewertung der Gefährlichkeit der Virusvariante wird die Sterberate (Zahl der Coronatoten dividiert durch die Zahl der Corona“fälle“ in Prozent) verwendet.

Die Statistik zeigt deutlich, dass im Laufe der Zeit, nach jeder Mutation, die

Sterberate kontinuierlich abnimmt. Das ist die Begründung der Virologen nach dem lehrbuchmäßigem Verhalten. Es ist also ein anderes Verhalten des Corona-Virus äußerst unwahrscheinlich. Nur Herr Lauterbach befürchtet die Mutation zu einem Killervirus (höchstwahrscheinlich wieder nur Ausdruck seiner Panikmache).

	Zeitraum	Virus-Var.	Sterberate
Welle 1	04/20	Wuhan-Virus	5 – 10 %
Welle 2	11/20-01/21	Wuhan-Virus	3,5 – 5,8 %
Welle 3	03-04/21	Alpha-Var.	1,2 – 3,4 %
Welle 4	10-12/21	Delta-Var.	0,7 – 1,4 %
Welle 5	ab 01/22	Omikron	0,01 – 0,1 %

Fakt 14: Die Corona-Maßnahmen ziehen erhebliche Kollateralschäden (Zunahme von Suiziden, Gewalt und sozialer Isolation) nach sich.

Wissenschaftler haben schon sehr zeitig auf die katastrophalen Folgen der Corona-Maßnahmen nicht nur für die Wirtschaft sondern auch für die Gesundheit hingewiesen. Es ist zu befürchten, dass die Folgeschäden der Maßnahmen höher sein werden als durch die COVID-Erkrankung selbst. Im „BMI-Papier KM4-51000/29#2“ (Quelle: <https://jimdo-storage.global.ssl.fastly.net/file/57893c42-3457-400c-8561-82d13c63ee65/BMI-Papier%20KM%204%20-%2051000%20ÄRZTE-FÜR-AUFKLÄRUNG.pdf>), das u.a. auf der Expertise von 10 ausgewiesenen Wissenschaftlern beruht, geht man davon aus, dass die unverhältnismäßigen Corona-Maßnahmen (nicht das Virus !) folgende gesundheitliche Kollateralschäden verursachen:

*** zusätzliche Todesfälle**

- aufgrund Einschränkungen der Klinikverfügbarkeiten
 - ~ verschobene oder abgesagte Operationen (Schätzung: 5.000 bis 125.000 Tote),
 - ~ verschobene oder abgesagte Folgebehandlungen (mehrere 1000 Tote),
- durch sinkende Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen durch Besuchsverbote und -einschränkungen (ca. 3.500 Tote),
- wegen der Zunahme von Suiziden,
- durch Herzinfarkt und Schlaganfall ,

*** sonstige gesundheitliche Schäden**

- wie Psychosen, Neurosen,
- durch häusliche Gewalt, Kindesmissbrauch

*** Verlust an Lebenserwartung**

Das große Schweigen-Kartell von Regierenden und Medien erschwert bis jetzt eine echte Quantifizierung der Schäden der Corona-Maßnahmen. Hier kann nur beispielhaft auf einige Aspekte eingegangen werden.

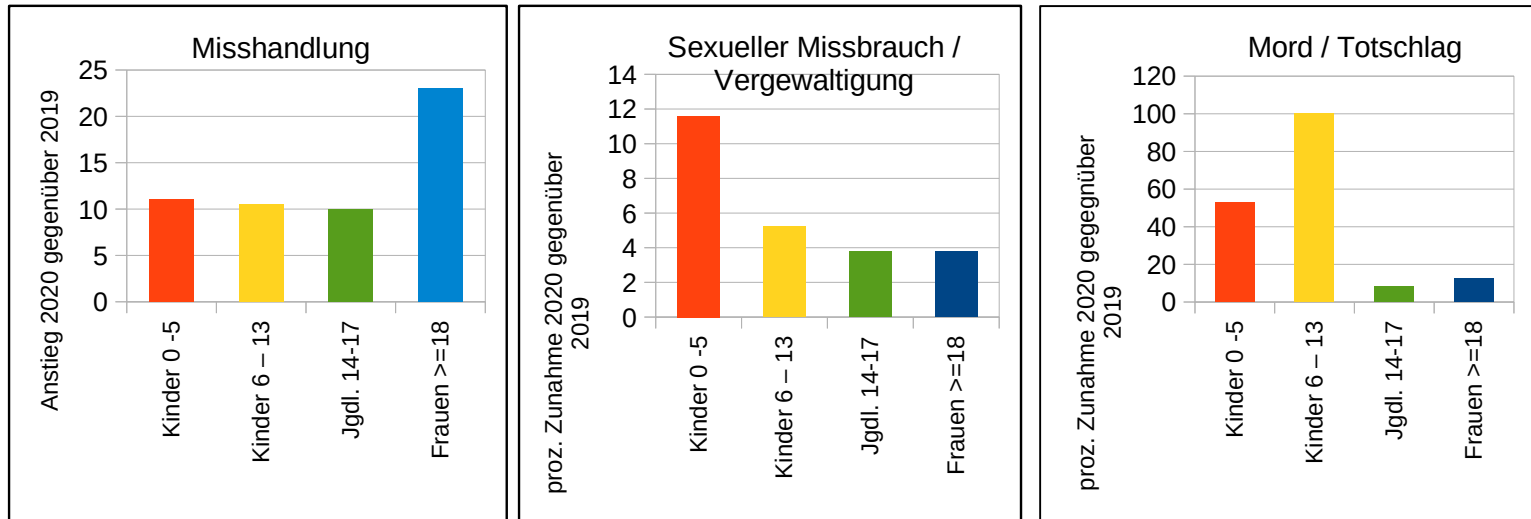
a) erhöhte Anzahl an Suiziden

Die Datenlage ist zwar sehr knapp (und wird natürlich mit Absicht so knapp gehalten), deshalb hat die „Corona-Initiative Deutscher Mittelstand“ die reellen Zahlen der „Anzahl der Einsätze Feuerwehr Berlin“ auf Deutschland hochgerechnet. Zum Vergleichszeitraum März/April 2019 ist eine erschreckende Erhöhung der Fallzahlen um 70 % im März/April 2020 zu beklagen (das entspricht 929 zusätzliche Fälle !).

Oder: Aufgrund einer Anfrage eines Abgeordneten gab die Berliner Senatsverwaltung folgende bezüglich der Feuerwehreinsätze erschreckende Zahlen bekannt: 2018: **7**, 2019: **3** und bis Okt. 2020: **294** .

b) Gewalt gegen Kinder / Jugendliche / Frauen

Die Daten werden wie ein sensibles Staatsgeheimnis behandelt. Die „Corona-Initiative Deutscher Mittelstand (CIDM)“ hat die dargestellten Zahlen aus der „Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2020 ohne Dunkelziffer“ entnehmen können. In allen Fällen ergibt **sich** sowohl für Kinder und Jugendliche bzw. Frauen als auch in Bereichen Misshandlung, sexueller Missbrauch sowie Mord/Totschlag eine prozentuale Erhöhung für das erste Halbjahr 2020 gegenüber den Vergleichszeitraum 2019.



c) höhere Sterberate durch Vereinsamung

Im AOK-Pflegebericht vom 29.06.21 führt aus: „Die Sterblichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime in Deutschland ist in den ersten beiden Pandemiewellen drastisch angestiegen. Lag die Letalität in Pflegeheimen bereits rund drei Wochen nach Start des ersten Lockdowns (6. bis 12. April 2020) um 20 Prozent höher als im Mittel der Vorjahre, so überstieg sie in den ersten drei Monaten der zweiten Pandemiewelle von Oktober bis Dezember 2020 das Niveau der Vorjahre um durchschnittlich 30 Prozent. In der Spitze lag die Übersterblichkeit in der 52. Kalenderwoche 2020 sogar bei 80 Prozent.“ Als Ursache werden vor allem „die drastischen **Einschränkungen der sozialen Teilhabe** von Pflegebedürftigen“ angegeben.

d) Die Lebenserwartung in Deutschland sinkt (in Folge der Corona-Maßnahmen ?)

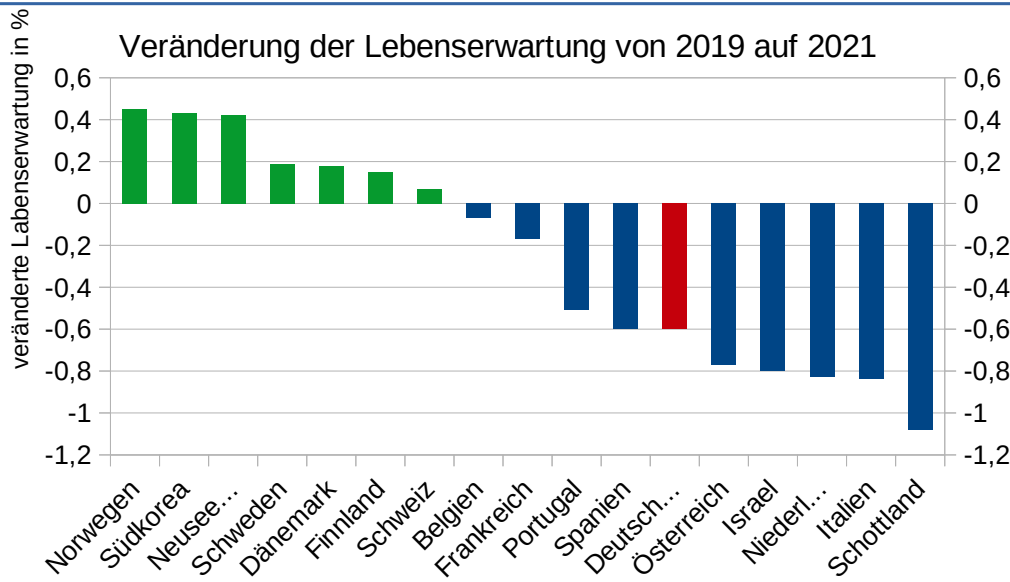
Lauterbach's Lügen werden immer dreister und absurder. Der Gesundheitsminister twittet am 13.04.22 : „Diese amerikanische Studie zur Entwicklung der Lebenserwartung während der COVID-Pandemie zeigt, dass Deutschland im Vergleich zu vielen Industrieländern bisher eine geringere Senkung der Lebenserwartung hatte.“

Er bezieht sich dabei auf die Studie

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.04.05.22273393v2.full.pdf#:~:text=US%20life%20expectancy%20decreased%20from%2078.86%20years%20in,in%202021%2C%20a%20net%20loss%20of%202.26%20years.>

Diese Twitter-Nachricht soll als Beispiel auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft werden, indem die Studie daraufhin analysiert wird. Zunächst ist festzustellen, dass die Studie zum Hauptziel hat, die niedrigere Lebenserwartung der Menschen in den USA gegenüber anderen Industrieländern darzustellen. Die Studie behandelt, dass was in Deutschland ein absolutes Tabu-Thema ist, den Einfluss der ethnischen Abstammung auf die Sterblichkeit. So wird gezeigt, dass in der Zeit von 2019 auf 2021 bei der spanisch-stämmigen Bevölkerung die Lebenserwartung um 4,5 %, bei der schwarzen Bevölkerung um 3,8 % und bei der weißen Bevölkerung um 2,2 % gesunken ist. Hier soll aber weiter auf die Lauterbach-Aussage eingegangen werden und die in der Studie aufgeführten Länder verglichen werden.

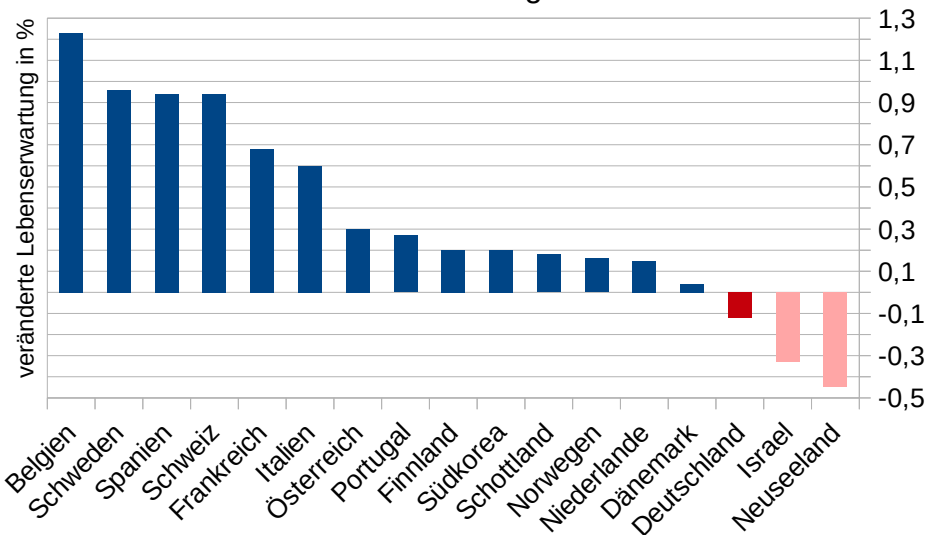
Veränderung der Lebenserwartung von 2019 auf 2021



Man erkennt sehr leicht, dass die Aussage so nicht stimmt, denn von den 17 aufgeführten Ländern schneiden beispielsweise die europäischen Länder wie Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland, Schweiz, Belgien und Frankreich wesentlich besser ab.

Extremer wird die Aussage Lauterbachs noch, wenn man einen Vergleich der Lebenserwartung der Jahre von 2020 und 2021 vornimmt. Hier schneidet Deutschland von allen aufgelisteten europäischen Ländern am schlechtesten ab und hat als einziges europäisches Land sogar eine negative Entwicklung der Lebenserwartung. Ein Gesundheitsminister, der voller Absicht solche Fake-News in Umlauf bringt, muss sofort zurücktreten, zumal er ein Wiederholungstäter ist.

veränderte Lebenserwartung von 2020 auf 2021



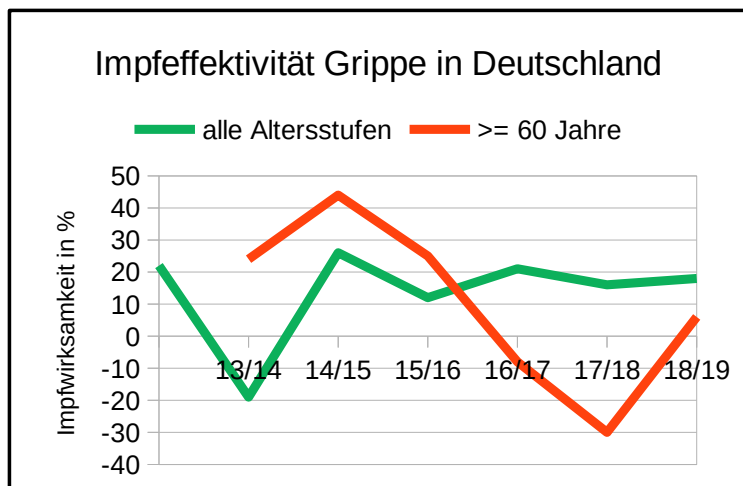
Fakt 15: Grippe-Schutzimpfungen geraten immer mehr ins Zwielficht, vor allem auch im Zusammenhang auf die Auswirkungen auf Corona. Ihre positive Wirkung wird weit überschätzt. An der Wirksamkeit einer neuen Corona-Schutzimpfung bei ständig mutierendem Virus sind erhebliche Zweifel berechtigt.

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde ein Vergleich die Grippe-Impfquote der Jahre 2018/19 von mind. 65-Jährigen und der Zahl der Corona-Toten pro 1 Mio Einwohner von 22 europäischen Ländern (Quellen: <https://data.oecd.org/healthcare/influenza-vaccination-rates.htm>; Stand 24.09.20, <https://wordometers.info/coronavirus>) angestellt. Es ergab sich ein erstaunlicher statistischer Zusammenhang mit einem linearen Korrelationskoeffizienten von $p = 0,65$. Dies bedeutet, dass bei einer vorangegangenen Grippe-Schutzimpfung die Sterblichkeit nach einer Corona-Infektion statistisch gesichert höher ist.

Diese Feststellung, die im Verlaufe der Pandemie zurückging, bekommt gegenwärtig durch Studien neue Bedeutung, indem festgestellt wurde, dass die Corona-Impfung das Immunsystem gegen andere Infektionskrankheiten negativ beeinflusst.

Eine andere Frage ist, wie effektiv bzw. wirksam sind überhaupt Grippe-Schutzimpfungen ? Die Wirksamkeit der Grippe-Impfung bei älteren Menschen muss immer wieder hinterfragt werden. Einerseits wäre sie für diese Risikogruppe besonders sinnvoll, andererseits gibt es klare Belege, dass gerade für diese Menschen die Wirksamkeit nicht gesichert ist.

Die Werte aus dem „Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland 20xx/xx“ (Quelle: RKI) sind im folgenden Bild visualisiert. Daraus geht hervor, dass die Impfung in der Saisons 2016/17 und 20 17/18 für mind. 60-Jährige eine durchschnittliche negative Impfwirksamkeit hatte. Das heißt, z.B. in der Saison 2017/18 hatten 30 % der Geimpften eine höhere „Chance“ an Grippe zu erkranken als Ungeimpfte. Eine erschreckende Erkenntnis !



Auch die durchschnittlichen Impfwirksamkeiten (für die sechs letzten Grippeperioden gerechnet) sind erschreckend gering: für alle Altersstufen 12 %, bei mind. 60-Jährigen sogar nur 10 % d.h. im Durchschnitt wird nur bei etwa jedem zehnten Geimpften eine positive Wirkung erreicht werden.

Die zu erkennenden Fakten zur Grippe-Impfung lassen einen erheblichen Zweifel über die mögliche Wirksamkeit einer Corona-Impfung aufkommen, weil für das Coronavirus ein ähnliches Mutationsverhalten zu erwarten ist.

Fakt 16: Der gegenwärtige Kenntnisstand über die Corona-Schutzimpfung gleicht einem makaberen Menschenexperiment.

Fakt 16.1: Die von den Impfstoffherstellern angegebene Impfwirksamkeit ist statistisch nicht gesichert – und hat sich in der Realität als falsch erwiesen.

1) Nach Angaben des Impfstoffherstellers **Biontech** haben rund 43.000 Probanden an der Impfstudie teilgenommen: 21.720 erhielten mRNA-Impfstoff, davon erkrankten 8 an COVID; 21.728 erhielten Placebo-Impfstoff davon erkrankten 162 an COVID
 → durch Impfung wurden 154 Erkrankungen vermieden

Nach der Biontech-Rechnung ergibt das $154/162 \cdot 100 = 95,1 \%$ Wirkung.

Man kann die Sachlage auch anders betrachten und interpretieren: Bei 154 von 21.720 Geimpften wurde der Ausbruch von COVID verhindert. Das bedeutet eine Effektivität von $154/21.720 \cdot 100 = 0,7 \%$.

Eine andere Überlegung führt zu einem weiteren Bedenken. Die Sterberate bei COVID liegt beispielsweise bei der Heinsbergstudie (Prof. Streek) bei 0,37 %, bei Angaben der Weltgesundheitsorganisation bei 0,23 % (Quelle: www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf) bzw. in der neuesten Studie (26.03.2021) von Ioannidis nur bei 0,15 %.. Da die Probanden aus allen Teilen der Welt gekommen sein sollen, wird hier bei der Rechnung der 0,15 % verwendet: Bei 154 Erkrankten und einer Sterberate von 0,15 % sind durchschnittlich 0,231 Sterbefälle zu erwarten. ($154 \cdot 0,15 / 100 = 0,231$)

Das Fazit: Auf die 21.720 Probanden mit Impfstoff hochgerechnet ($21.720 / 0,231 = 94.026$) bedeutet das: Man muss **fast 100.000 Menschen impfen** - und damit unbestritten einer Gefahr aussetzen, um **ein Menschenleben zu retten** - ganz abgesehen von den möglichen Langzeitschäden

Die gegenwärtig zugelassenen Impfstoffe gegen das Coronavirus sind nach eigenen Angaben der Hersteller nicht bei sehr alten Menschen getestet worden; genau bei der Personengruppe, bei der er zuerst eingesetzt wurde. Der Impfstoff von Biontech ist an keinen einzigen Probanden älter als 85 Jahren getestet worden. Bei über 75-Jährigen ist die Probandenzahl so gering, dass das Vertrauensintervall für die Wirksamkeit der Impfung zwischen **- 13 %** und 100 % liegt (und nicht wie angegeben bei 95 %). Das bedeutet natürlich, dass nicht nur erhebliche Nebenwirkungen auftreten können, sondern das Minuszeichen bedeutet, dass es durchaus im Rahmen des Wahrscheinlichen liegt, dass alte Menschen ohne Impfstoff sogar besser vor Covid-19 geschützt sein könnten als mit dem Impfstoff. Selbst das RKI schreibt (Epidemiologisch-logischen Bulletin 2/2021, S.27), dass die Wirksamkeit der Impfung bei Menschen ab 75 Jahre „nicht mehr statistisch signifikant“ schätzbar sei und „mit hoher Unsicherheit behaftet“ ist.

Wir sind gegen Tierversuche, aber bejubeln Menschenexperimente. Welch verrückte Welt !!!

2) Es fehlen unabhängige Studien zur Wirksamkeit von COVID-Impfungen; die veröffentlichten Studien sind „Auftragswerke“ der Impfstoff-Hersteller

Eine kürzlich veröffentlichte Studie über die Wirksamkeit des Impfstoffes von Biontech/Pfizer vom 28.07.21 wurde von Biontech/Pfizer finanziert und von Mitarbeitern von Pfizer verfasst.

Positiv: Es gibt erste statistische Werte für die Wirksamkeit des Impfstoffes über einen Zeitraum bis zu 6 Monaten. (Makaber dabei ist, dass in der Studie zugegeben wird, dass bis zur Notfall-Zulassung nur Wirksamkeitswerte bis 2 Monate bekannt waren.).

Kritikpunkte:

1. Die große Chance Langzeitbeobachtungen in beiden Versuchsgruppen (Corona-Geimpfte und Placebo-Geimpfte) durchzuführen, wurde durch sehr zeitige Entblindung (die Placebo-Geimpften wurden nachträglich mit Corona-Impfung versehen) der Gruppen bewusst vertan !

2. Die in der Zusammenfassung angegebene relative Wirksamkeit von 91,1 % noch nach 6 Monaten ist irreführend. In diesem Wert sind alle Zeiträume **bis zu 6 Monaten** einbezogen. Die Wirksamkeit nach 4 Monaten betrug nur noch 83,7 %.

3. Die relative Wirksamkeit des Impfstoffes für geimpfte Personen in Deutschland ergibt eine Wirksamkeit von **- 104,5 %**, d.h. Geimpfte erkrankten im Durchschnitt etwa doppelt so häufig an COVID als Ungeimpfte.

4. Die Wirksamkeit eines Impfstoffes lässt sich auch anders berechnen als die Impfstoffhersteller dies tun. Bei den 21.896 mit Placebo geimpften Personen sind 792 Erkrankungen mehr als bei den Geimpften festgestellt worden, das entspricht 3,6 %.

Geht man von einer Sterblichkeitsrate von 0,15 % aus, dann hätten durchschnittlich 1,2 Todesfälle durch Impfung bei den 21.896 Personen verhindert werden können.

5. Im Anhang versteckt ist eine andere traurige Realität: Von den Corona-Geimpften sind im Beobachtungszeitraum 20 Menschen gestorben, von den Placebo-Geimpften nur 14.

3) Die „Fachinformation zum Impfstoff Janssen“ vom 02.07.21 offenbart die Unzulänglichkeiten / Unverantwortlichkeiten der (Not-) Impfzulassungen.

Die Fachinformation zur Zulassung des Impfstoffes Janssen von der Firma Johnson & Johnson ist z.B. auf der Homepage des österreichischen Gesundheitsministerium veröffentlicht.

Aus statistischer Sicht ist die Datenlage (das gilt natürlich auch in gleicher Weise für die anderen COVID-Impfstoffe) völlig unzureichend – von den völlig fehlenden Untersuchungen von möglichen Langzeitfolgen ganz abgesehen. Von den 19.630 Geimpften sind 116 an COVID erkrankt; von den Placebo-Gespritzten 348. Daraus leitet der Hersteller eine 66,7 %-ige Impfwirksamkeit $\{ (348-116)/348 \cdot 100 = 66,7\% \}$ ab. Die Zahlen 116 und 348 unterliegen aber einer großen Zufälligkeit (bei Biontech lagen sie bei quasi gleichen Impfzahlen bei 8 und 162). Viel aussagefähiger ist die Überlegung, dass 19.630 Personen geimpft werden mussten, um 232 Erkrankungen $(328-116=232)$ zu vermeiden. Das entspricht 1,18 %.

Bei einer durchschnittlichen COVID-Sterberate von 0,15 % (nach Ioannidis) und den 232 (Mehr-)Erkrankten wären 0,348 Todesfälle zu erwarten gewesen (bei 19.630 geimpften Probanden). Das bedeutet, man muss 56.408 Personen impfen, um einen COVID-Todesfall zu verhindern.

Andererseits ergibt sich aus dem Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Institutes vom 15.07.21, dass bei 43,89 Mill. geimpften Personen 1.028 Impftote gemeldet wurden. Das entspricht 42.695 Impfungen pro Todesfall.

4) Die tatsächliche Impfwirksamkeit der Corona-Impfung liegt bei durchschnittlich 1 % und nicht bei 90 %

In der renommierten Medizin- Zeitschrift „The Lancet“ wird im Artikel „Wirksamkeit und Effektivität des COVID-19-Impfstoffs“ (Quelle:

[https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext)) wird der Unterschied von **relativen** (beworbenen) und **absoluten** (tatsächlichen) Impfschutz herausgestellt:

Pfizer/Biontech: beworbener Schutz: 95,03%, tatsächlicher Schutz: 0,84%

Moderna: beworbener Schutz: 94,08%, tatsächlicher Schutz: 1,24%

Janssen: beworbener Schutz: 66,62%, tatsächlicher Schutz: 1,19%

AstraZeneca: beworbener Schutz: 66,84%, tatsächlicher Schutz: 1,28%

5) Das Paul-Ehrlich-Institut muss seine Aussage zur Impfwirksamkeit ständig „anpassen“, korrigieren oder einfach ändern.

Es sei hier noch ein weiterer Aspekt der Lügen zur Impfwirksamkeit ergänzt werden, denn die Verantwortlichen wissen längst, dass die anfangs über die Impfwirksamkeit genannten Zahlen glatter Schwindel waren. Trotzdem treiben Politik und Medien die Erzählung der „Pandemie der Ungeimpften“ weiter voran. Umso bemerkenswerter ist es, dass nun ausgerechnet das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) seine Einschätzung zur Wirksamkeit der Impfstoffe massiv korrigiert hat.

- Bis Mitte August (15.08.) hatte das PEI auf seiner Homepage zur Information der Bundesbürger noch geschrieben: „COVID-19-Impfstoffe **schützen vor Infektionen** mit dem SARS-CoV-2 Virus.“

- Anfang September (07.09.) lautete die Einschätzung der Fachleute im südhessischen Langen schon etwas anders: „COVID-19-Impfstoffe **schützen vor einem schweren Verlauf** einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus“.

- Ende September (23.09.) wurde die Einschätzung des PEI hinsichtlich des Wirkspektrums der Corona-Impfstoffe abermals korrigiert. Nun hieß es: „COVID-19-Impfstoffe sind induziert zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung der durch das SARS-CoV-2 Virus verursachten COVID-19-Erkrankung.“

Dieser Satz ist eine „nichtssagende Vornehmheit“ (Reißinger). Die verklausulierte Formulierung zeigt die Schwäche der noch möglichen Positionierung und kommt einer Bankrotterklärung gleich. Es ist absolut keine Rede mehr von einer Schutzwirkung gegen die Infektion selbst.

6) Anmerkungen zu bedingten Zulassung von Corona-Impfstoffen

Im Folgenden sollen einige Auszüge aus einem Artikel von Peter F. Mayer

(Quelle: <https://tkp.at/2021/11/12/status-der-studien-und-bedingten-zulassung-von-corona-impfstoffen-in-der-eu/>) , wiedergegeben werden, die interessante Aussagen über den Status der Zulassung und der Zulassungsstudien von Corona-„Impfstoffen“ trifft.

1. Zulassung von Corona-Impfstoffen: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 8 Präparate und die Europäische Medizin Agentur (EMA) 4 Präparate für die Corona-Impfung zugelassen

Die WHO hat derzeit drei Impfstoffe (Sinopharm / China, Sinovac oder Coronavac / China, Covaxin / Indien) und fünf „Gentechnik-Präparate“ / nach MAYER / (Comirnaty von Biontech/Pfizer, Vaxzevria von Astrazeneca, Moderna, Janssen-Cilag von Johnson&Johnson sowie die indische Lizenz von Astrazeneca Covishield) gelistet. Diese Liste der WHO gilt zum Beispiel in Österreich für den Nachweis des Geimpft-Status, aber nicht in Deutschland. Sinopharm und CoronaVac sind die weltweit am häufigsten verwendeten Produkte.

Für die Europäische Union wurden von der EMA keine Impfstoffe, sondern 4 der 5 Gentechnik-Präparate (alle außer Covishield) zugelassen, die ausschließlich den Impfstatus in Deutschland bestätigen.

2. Zulassungsstatus und Zulassungsdauer

Alle Zulassungen sind bedingte, befristete Zulassungen aus einer (wörtlich) „Notfallsituation“ heraus. Deshalb spricht man auch häufig von Notzulassungen. Die Zulassungen waren jeweils auf ein Jahr befristet, sind aber bereits (noch nicht Janssen) verlängert.

Interessant ist auch, dass der weltweit am häufigsten verabreichte chinesische Impfstoff (Sinovac), kein Gentechnik-Präparat - das Produktionsverfahren (Vero Cell) wurde übrigens von der Immuno AG, in Orth/Donau, Österreich, entwickelt – von der EMA nicht zugelassen ist. Man „prüft“ das seit 04.05.21 .

3. Zulassungsstudien

Die Zulassungsstudien der Phase 3 sind noch **nicht** abgeschlossen. Die Zulassungsstudie von Pfizer endet z.B. am 2. Mai 2023 und die von Moderna am 27. Oktober 2022.

Inzwischen wurden allein in der EU 605 Millionen Impfdosen verabreicht, lange bevor die Studien über Wirksamkeit und Sicherheit abgeschlossen sind.

4. Der Impfstoff **Novavax** erhält eine Notzulassung, obwohl die **Sicherheit gegen COVID-Todesfälle negativ** ist

Am 08.06.22 gab es eine Anhörung bei der US-Zulassungsbehörde FDA für den Protein-basierten Covid-Impfstoff von Novavax (Quelle: <https://www.youtube.com/watch?v=DfdMsAqkneE>). Im Vordergrund der Diskussion stand die (angebliche) Impfwirksamkeit von 89,6 % gegen Infektion.

Es gab aber auch kritische Stimmen. Die Impfwirksamkeit gegen COVID-Todesfälle ist negativ.

Novavax		Placebo		Impfwirksamkeit
Teilnehmer	COVIDtote	Teilnehmer	COVIDtote	gegen Tod
26.151	17	25.145	15	-9,00 %

Die Tabelle zeigt, dass in der geimpften Gruppe relativ mehr COVID-Todesfälle (17 / 26.151) während der Zulassungsstudie auftraten als bei der ungeimpften

Gruppe (15 / 25.145) . Daraus resultiert eine negative Impfwirksamkeit von - 9 %, d.h. es ist gegenüber einen Ungeimpften wahrscheinlicher an COVID zu sterben, wenn man mit Novavax geimpft ist .

Im diskutierten Dokument der FDA für das Meeting finden sich auch eher zweifelhafte Daten für die Sicherheit bei Schwangerschaft. Die FDA schreibt selber dazu: „Die verfügbaren Daten reichen nicht aus, um das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Impfstoff-Risiko während der Schwangerschaft festzustellen.“

Eine Zulassung durch die FDA erfolgte trotzdem ...

5. 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 Herzklopfen 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 !

5. Die „Schummelei“ mit der Angabe der Impfwirksamkeit der staatlichen Behörden ist beschämend

Über die Wirksamkeit der Corona-„Impfungen“ gibt es von den staatlichen Stellen und in den Mainstreammedien keine verlässlichen Daten. Die sehr begrenzte Wirksamkeit, verbunden mit enormen unerwünschten Impfnebenwirkungen, „zwingen“ die verantwortlichen Politiker zur Unwahrheit, um bei ihren Mantra der Notwendigkeit der Impfung bleiben zu können. Grundsätzlich lassen sich mindestens drei Linien über die Art der Veröffentlichung von Daten zur Impfwirksamkeit Erkennen:

a) Berechnung des zeitlichen Verlaufes der Impfwirksamkeit aus den Inzidenzen der Zahl der Coronafälle, Anzahl der notwendigen Hospitalisierungen und der Zahl der COVID-Todesfälle. Dies wurde beispielgebend u.a. von der britischen Gesundheitsbehörde (UKHSA) bis Ende März 2022 getan. Dann wurde diese Berichterstattung ersatzlos eingestellt, weil die **Impfwirksamkeit** gegen Infektion für Geboosterte auf unter – 240 % (im Durchschnitt über alle Altersgruppen gefallen war. Für jeden Statistiker waren diese Werte so wertvoll, weil sie aus einer großen Stichprobe der 52. Mill. Briten (über 18 Jahre) gewonnen wurden – und damit äußerst verlässlich und aussagekräftig sind.

b) Aussagen über die Impfwirksamkeit aus Studien von den Impfstoffherstellern bis ca. der 20. Woche nach der Impfung. Abgesehen davon, dass der Stichprobenumfang hierfür wesentlich kleiner und ein Interessenskonflikt vorprogrammiert ist, enden die Studien genau zu dem Zeitpunkt, bei dem keine positive Wirkung mehr festgestellt werden und die permanente Schädlichkeit der Impfung auf das Immunsystem klar sichtbar wird.

Das Diagramm zeigt beispielhaft Daten aus dem Bericht „COVID-19 vaccine surveillance report - Week 27“ vom 07.07.2022 der britischen Gesundheitsbehörde UKHSA.

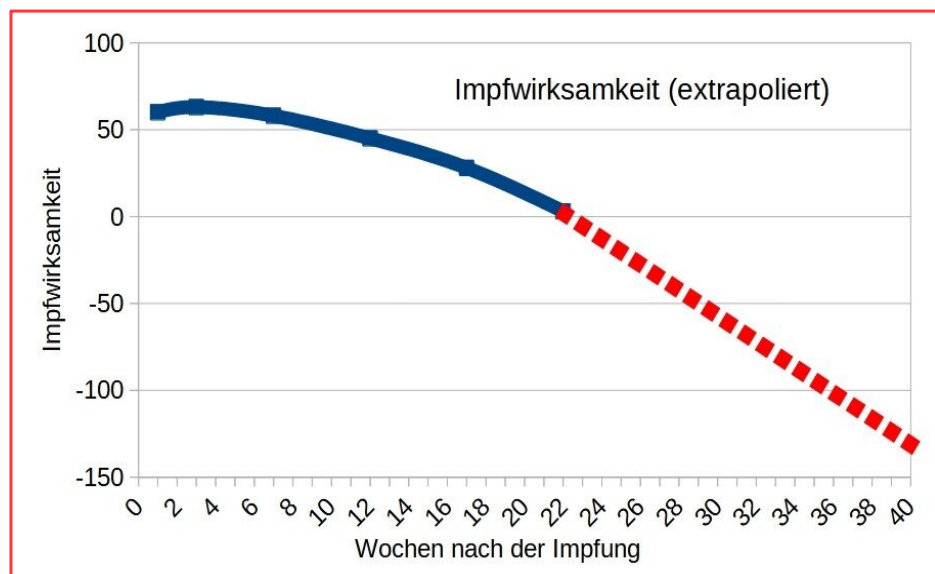
Die blaue Kurve entstammt Seite 5 des o.g. Berichtes für eine Dreifach-Impfung mit dem Biontech-Impfstoff (BNT162b2).

Leider bricht die Beobachtung mit 20 Wochen nach der Impfung ab, wo eine Impfwirksamkeit noch von 3 % (!!!) festgestellt wurde.

Führt man die Kurve weiter (rot gestrichelt) kommt man

nach 40 Wochen auf eine Impf„wirksamkeit“ von etwa - 140 %. Dies ist offensichtlich der Grund, warum die Studien abgebrochen werden.

(Quelle: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1088974/Vaccine-surveillance-report-week-27.pdf)



c). Es erfolgt bewusst eine unvollständige Erfassung des Impfstatus und bestimmt aus nur aus „angenehmen“ Daten die Impfwirksamkeit, wie es das Robert-Koch-Institut (RKI) von Anfang an praktiziert, gegenwärtig in extremer Weise, indem nur ca. 5 % Werte überhaupt ausgewertet werden, aber dann über viele Seiten! Die Ergebnisse sind völlig wertlos (werden aber sogar bei Gerichtsentscheidungen verwendet).

Es ist eine Schande und ein böser Schlag gegen faktenbasierte Aussagen, wenn über eine der fundamentalsten Dinge (Impfwirksamkeit) die öffentliche Meinung so manipuliert wird.

6. Neuere Zahlen aus Australien zeigen weiterhin desaströse Werte für die Impf- „wirksamkeit“ der Corona-Impfung

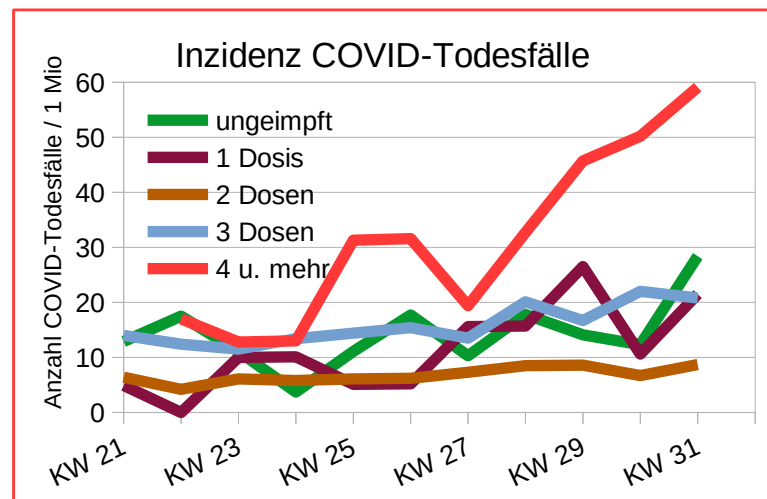
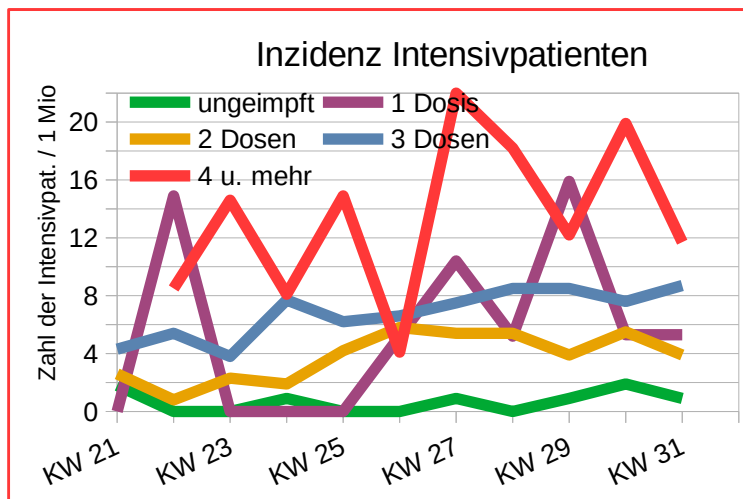
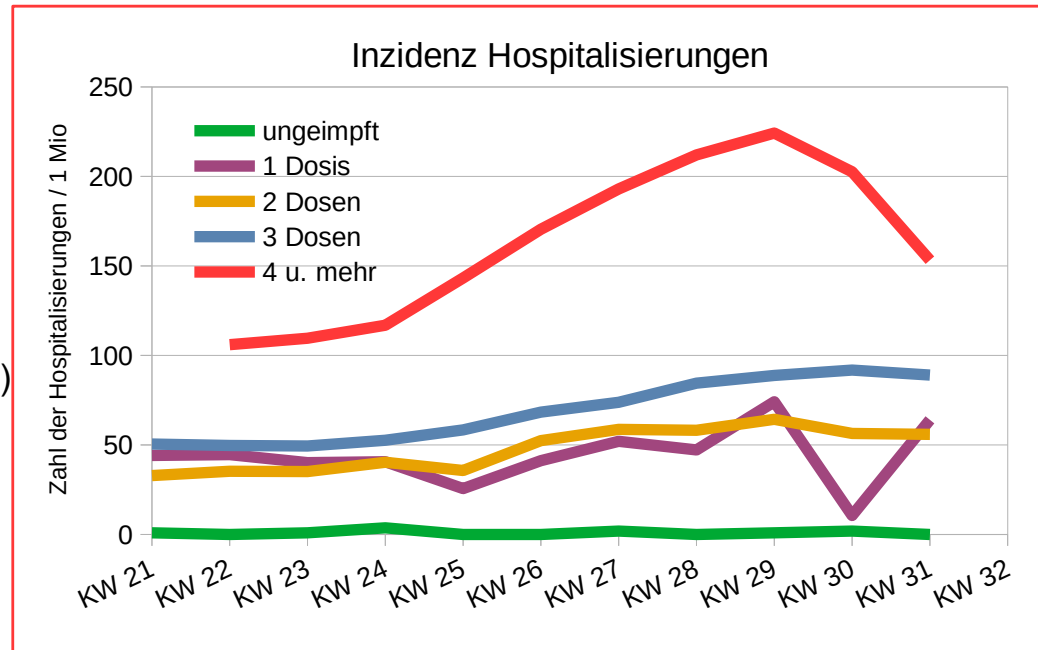
Es gibt nicht mehr viele Länder, die Informationen über die Impfwirksamkeit bezüglich Infektionen, Hospitalisierungen, Aufenthalt auf Intensivstationen und COVID-Todesfällen veröffentlichen.

Einige Bundesstaaten von Australien, wie New South Wales (NSW), tun das noch, wenn auch leider nicht in Altersgruppen aufgeteilt. Es ist deshalb in der Analyse nur Aussagen möglich, die sich generell auf den Impfstatus (nicht altersstandardisiert) beziehen. Die folgenden Schaubilder sind aus den Wochenberichten der Gesundheitsbehörde von NSW zusammengestellt.

(Quelle: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/covid-19/Documents/weekly-covid-overview-20220806.pdf>)

In den Diagrammen werden immer die Wocheninzidenzen für die Zahl der Hospitalisierungen, die Zahl der Intensivpatienten und die Zahl der COVID-Todesfälle (immer bezogen auf 1 Mio im betreffenden Impfstatus). Besonders auffällig ist in allen drei Diagrammen, dass die 4-fach Geimpften (rote Kurven) die mit Abstand schlechteste Inzidenz besitzen, d.h. sie erkranken schwerer und die COVID-Erkrankung führt wesentlich häufiger zum Tode als bei Ungeimpften.

Diese Statistiken stehen im krassen Widerspruch zu den offiziellen Verlautbarungen der Regierungen und Medien !!!



Anmerkung: Altersstandardisierte Angaben wären im Rahmen der Medizinstatistik wünschenswerter, dazu sind aber nicht genügend Informationen in den veröffentlichten Primärdaten der staatlichen Behörden enthalten. Der qualitative Verlauf der Kurven ist auch ohne Altersstandardisierung voll gültig, in der quantitativen Bewertung könnten sich gewisse Unterschiede ergeben, die aber nichts an der Grundaussage ändern:

Die Impfung reduziert im Durchschnitt nicht schwere Erkrankungen und Todesfälle, leider gilt das Gegenteil.

7. Die Zulassung der angepassten Corona-„Impfstoffe“ auf die Varianten BA.1 bzw. BA.5 ist eine wissenschaftliche Schande

Es ist in keiner Weise nachzuvollziehen, dass die europäische Zulassungsbehörde EMA und die deutsche Ständige Impfkommission (StIKo) diese angepassten Impfstoffe zulassen bzw. empfehlen. Es fehlt dazu jegliche Datengrundlage, sowohl bezüglich der Wirksamkeit noch über mögliche Nebenwirkungen. Es steht nur fest, dass nicht evidenzbasierte Aussagen eine Rolle gespielt haben. Stehen diese Behörden so unter (politischen) Druck oder sind sie korrupt ??? Auf jeden Fall bleiben es ethisch verwerfliche Entscheidungen.

a) Der auf die Omicron-Varianten BA.1 und BA.2 angepasste Impfstoff wurde an einigen hundert Personen getestet (der Stichprobenumfang ist so gering, dass keine verlässliche statistische Aussage möglich ist). Das Ergebnis war niederschmetternd, eine Impfwirksamkeit gegen Infektion, schwere Verläufe oder Tod war **nicht nachweisbar**. Lediglich wurde eine leichte Erhöhung des Antikörperspiegels festgestellt. Allerdings betraf die Erhöhung der Zahl der Antikörper die Wuhan-Variante und nicht die BA – Varianten, die 2022 kursieren. Dieser Impfstoff ist ein reiner Pharma-Bluff !

b) Noch krasser verhält es sich mit der Zulassung auf die BA.4/BA.5-Omicronvarianten angepassten Impfstoffes. Für diesen konnten die Impfstoffhersteller überhaupt **keine Humandaten** vorlegen. Selbst die Ergebnisse, die an einigen wenigen Mäusen (genau 8 Mäuse) festgestellt wurden, sind ernüchternd. Die Zulassung eines Impfstoffes, der nicht vorher an Menschen getestet wurde, verstößt gegen alle Prinzipien und Konventionen, die sich die Vereinigung der Zulassungsbehörden selbst gegeben haben. Die Zulassung dieses Impfstoffes ist ein besonderer Skandal und deren Verabreichung ethisch höchst verwerflich. Wo bleibt hier das verantwortliche Handeln der Mediziner !!!

Fakt 16.2: Die statistischen Daten zeigen recht deutlich, dass die Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses bei der sog. Corona-„Impfung“ zeigt, dass das Risiko stark überwiegt. Die Zulassungen sind höchst fragwürdig.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis hätte bei allen Coronavirus-Varianten schon deutlicher hinterfragt werden müssen. Bei den Omikron-Varianten wird aber allzu deutlich, dass das Risiko überwiegt. Ganz extrem zuungunsten der „Impfung“ fällt die Abwägung für Kinder und Jugendliche aus. Hier ist das Überwiegen des Schadens unübersehbar ...

1. Geheime, für die Impfstoffhersteller unangenehme Daten über den Corona-Impfstoff von Biontech-Pfizer (CORMINATY) mussten laut Gerichtsbeschluss veröffentlicht werden

Bis **2017** wollte das Unternehmen Pfizer die Dokumente zu den Studien des „Comirnaty“ mRNA-Stoffes gegen Corona vor der Öffentlichkeit zurückhalten. Unterstützung gab es für diesen Plan auch von der FDA, der US-amerikanischen Zulassungsbehörde. Per Gerichtsbeschluss konnten diese Pläne aber durchkreuzt werden. Die jetzt veröffentlichten Daten (den Zeitraum bis Februar 2021 betreffend) hätten längst zu einem vollständigen **Impfstopp** des mRNA-Impfstoffes führen müssen !

Bereits im Anfangsstadium der Impfung war dem Impfstoffhersteller aufgrund einer eigenen Studie klar, dass der Impfstoff in einem bisher nicht annähernd bekannten Umfang (Zahl und Schädigungsgrad) Nebenwirkungen auftreten: bis Ende Februar 2021 42.086 unerwünschte Nebenwirkungen mit 1.223 Impftoten. Besonders auffällig ist dabei, dass die unerwünschten Impfnebenwirkungen vor allem in den mittleren Altersstufen auftraten: für 32- bis 50-Jährige 13.886 Fälle.

Alter	Fälle
0 – 17	175
18 – 30	4.953
31 – 50	13.386
51 – 64	7.884
65 – 74	3.098
mind. 75	5.214
unbek.	6.876

Die Schwere der Impfnebenwirkungen wird auch durch Angabe der einzelnen Erkrankungen deutlich: Erkrankungen des Nervensystems (25.957), Muskel-Skelett- und Bindegewebs-erkrankungen (17.283), Magen-Darm-Erkrankungen (14.096), Haut- und Erkrankungen des Unterhautzellgewebes (8.476), Erkrankungen der Atemwege (8.848) und Infektionen (4.610).

Die US-Arzneimittelbehörde FDA wollte sich 75 Jahre Zeit lassen zur Veröffentlichung der Zulassungsstudien. Das Bundesgericht verweist aber auf die «überragende öffentliche Bedeutung» der Sicherheitsdaten zum Pfizer/BioNTech-Präparat und hat entschieden, dass die Behörde, die Dokumente, auf die sie sich bei der Zulassung des Covid-«Impfstoffs» von Pfizer/BioNTech stützte, in einem Umfang von 55.000 Seiten pro Monat herausgeben muss.

a) Pfizer behauptete fälschlicherweise wiederholt, dass sein Impfstoff COVID-19 verhindern würde.

Trotz der jüngsten Behauptungen, dass die Impfungen nur dazu gedacht waren, schwere Erkrankungen zu reduzieren, geht aus den Dokumenten klar hervor, dass Pfizer bei der FDA ein Präparat eingereicht hat, das auf eine «**aktive Immunisierung zur Vorbeugung von Covid-19**, verursacht durch SARS-CoV-2 bei Personen ab 16 Jahren» abzielt. Dieser Zweck wird wiederholt genannt. Das bedeutet, dass das Präparat von Pfizer an den eigenen Bedingungen gescheitert ist. Angesichts dessen sollte die behördliche Zulassung widerrufen werden. Es ist unklar, wieso dies nicht geschieht.

Zulassung eines Impfstoffs durch Täuschung des Impfstoffherstellers !!!

b) Pfizer wusste, dass die geimpfte Gruppe weit mehr systemische unerwünschte Ereignisse berichtete als die Placebogruppe.

Es wurde eine große Anzahl von **unerwünschten Impfnebenwirkungen** beobachtet. Aus den Dokumenten geht hervor, dass bei den Geimpften sehr viel häufiger schwere unerwünschte Ereignisse auftraten als bei den Empfängern des Placebos. Die Wahrscheinlichkeit, dass schwere systemische Ereignisse auftraten, war im Vergleich zur Placebogruppe um 2- bis 25-mal höher. Beispielsweise trat schweres Fieber in der geimpften Gruppe 14-mal so häufig auf wie in der Placebogruppe.

c) Pfizer wusste, dass ihre Injektionen nicht an der Injektionsstelle blieben.

In der Tat zeigen ihre eigenen Daten aus Tierversuchen, dass mit nur einer Dosis über einen Zeitraum von 48 Stunden die Impfstoffmenge von der Injektionsstelle abnimmt und insbesondere in den Eierstöcken, der Leber und der Milz, aber auch in den Nebennieren, der Blase, dem Knochen, dem Knochenmark, den Augen, dem Dickdarm, den Lymphknoten, der Bauchspeicheldrüse, der Haut, dem Dünndarm, Hoden, Thymus, Schilddrüse und die Gebärmutter.

Die Tabelle gibt an, wie sich der Impfstoff (μg Lipidäquivalent/g der Pfizer-Injektion) von Beginn

Organ	Beginn	1 h	2 h	4 h	8 h	24 h	48 h
Lymphknoten	0,05 1	0,15 3	0,53 10,6	0,49 9,8	0,69 13,8	0,99 19,8	1,37 27,4
Eierstöcke	0,104 1	1,34 12,9	1,64 15,8	2,34 22,5	3,09 29,7	5,24 50,4	12,3 118,3
Milz	0,334 1	2,47 7,4	7,73 23,1	10,3 30,8	22,1 66,2	20,1 60,2	23,4 70,1
Magen	0,017	0,065 3,8	0,115 6,8	0,144 8,5	0,268 15,8	0,152 8,9	0,215 12,6
Leber	0,737 1	4,63 6,3	11 14,9	16,5 22,4	26,5 36	19,2 26,1	24,3 33

der Impfung bis 48 Stunden danach in die Organe fließt; entgegen der öffentlichen Beteuerungen des Herstellers. Die zweite Zeile gibt die Vervielfachung in Bezug auf den Beginn an.

Das bedeutet, dass beispielsweise 0,09% der Injektion in den Eierstöcken, 1,03% der Injektion in der Milz und etwa 16,2% der Injektion nach 48 Stunden in der Leber landen.

d) Pfizer wusste, dass die Nebenwirkungen der Injektion mit mehr Injektionen von fortgesetzten Boostern zunehmen würden.

Die Häufigkeit und Schwere der Reaktionen war nach der zweiten oder dritten Injektion höher als bei der ersten Injektion. Die Mehrheit der Tiere hatte nach der ersten Dosis sehr leichte Ödeme oder selten leichtes Erythem. Nach der zweiten oder dritten Dosis stieg die Schwere von Ödemen und Erythemen bis zu mittleren oder selten schweren Graden an.

e) Pfizer wusste, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs im Laufe der Zeit sehr schnell nachließ. Während die Mainstream-Medien immer noch behaupten, dass der Impfstoff "sicher und wirksam" ist, zeigten die eigenen Daten von Pfizer bereits am 19. September 2020 keines dieser Dinge. Insbesondere zeigte die Wirksamkeit des Impfstoffs, selbst für den kurzen Zeitraum, für den er untersucht wurde, dass er in nur 1 Monat nach der zweiten Dosis um bis zu 50% nachließ.

f.) Pfizer schwärzt trotz der Veröffentlichungspflicht wichtige Daten. Es ist beunruhigend, dass Pfizer Informationen schwärzt, die bei der Bewertung der Daten sehr hilfreich wären, wie z.B. die Anzahl der verabreichten Impfdosen.

g) Pfizer zahlte 2.875.842,00 US-Dollar (fast 2,9 Mio US-Dollar) für ihren Antrag an die amerikanische Zulassungsbehörde FDA. Ohne Kommentar !

(Quelle: <https://stevekirsch.substack.com/p/10-things-you-should-know-about-the?s=r>)

2. 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-Informationsblättern 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.

3. Selbst die von der Bundesregierung offiziell veröffentlichten Daten bezüglich der Nutzen-Risiko-Abwägung der Corona-Impfung stimmen äußerst bedenklich

Häufig wurde bisher die fehlende positive Wirkung der Corona-Impfung betrachtet. Zur Nutzen-Risiko-Abschätzung der Impfung muss aber auch die Quantität und die Qualität der unerwünschten Impfnebenwirkungen herangezogen werden. Obwohl bekannt ist, dass in den offiziellen Statistiken eine sehr starke Untererfassung zu verzeichnen ist (leider auch eine Folge des an Psychoterror grenzenden Kampagnen), sollen hier nur „Regierungsstatistiken“ benutzt werden.

Die Definition einer schweren Nebenwirkung ist wie folgt: „... Nebenwirkungen, die tödlich oder lebensbedrohend sind, eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer stationären Behandlung erforderlich machen, zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung, Invalidität, kongenitalen Anomalien oder Geburtsfehlern führen“.

Bei 170,8 Millionen verimpfter Dosen (Stand: 10.03.22 lt. Impfdashboard) und der Angabe des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI), dass pro 100.000 verabreichter Impfdosen 20,02 schwere Impfnebenwirkungen auftreten, entspricht dies also der nicht ganz unwesentlichen Zahl von 34.200 Menschen, die – wohlgemerkt laut offizieller Angaben – durch diese Injektionen eine bleibende Behinderung, eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Vergleichbares erlitten haben.

Auch der Vergleich der Zahl der Corona-„Fälle“ und Corona-Toten in Deutschland zwischen den beiden Pandemie Jahren 2020 (ohne Impfung) und **2021 (Impfjahr)** lässt keinerlei Schlüsse auf eine positive Wirkung der Corona-Impfung zu:

Sowohl bei der Zahl der Corona-„fälle“ (auf 257 %) als auch bei der Zahl der Corona-Toten (auf 191%) gibt es im Impfjahr 2021 eine wesentliche Steigerung.

	2020	2021	Vergleich
Corona-„Fälle“	1,75 Mio	5,40 Mio	257,00 %
Corona-Tote	34.000	78.000	191,00 %

Das für Deutschland gezeigte ist auch für andere Länder der Welt mit ähnlichen Impfstrategien gültig.

(Quelle: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>)

Dazu ein Kommentar von **Vera Lengsfeld**:

Nachdem weltweit Hunderte Millionen Menschen mit einem Stoff geimpft wurden, der nur eine Notfallzulassung hatte (Wie alle anderen Coronavakzine auch), stellt sich heraus, dass diese „Impfungen“ einem globalen Feldversuch mit ungewissem Ausgang unterworfen wurden. Diese Impfung wurde politisch verordnet, mit globaler Propaganda, psychischem Druck und teilweise Zwangsmaßnahmen durchgepeitscht. Nach und nach musste eingeräumt werden, dass die Impfung keinen Schutz vor Ansteckung, Weiterverbreitung und schweren Krankheitsverläufen bietet. Auch die ungewöhnlich hohe Anzahl von Impfnebenwirkungen wurde bald von verantwortungsvollen Ärzten benannt, der Öffentlichkeit von Politik und Medien aber verschwiegen. Jetzt sind eben diese Nebenwirkungen der Grund hinter dem Biontech-Eingeständnis. Der Beschluss der Politiker, die Corona-Pandemie nach dem Vorbild von China mit politischen Mitteln zu bekämpfen, hat Millionen Menschen Leid und Tod gebracht.

Das ist kein bloßes Versagen sondern bewusste Ignoranz der Verantwortlichen, die sich offenbar in der Rolle der absoluten Gesellschaftslenker, man kann sie auch Herrscher nennen, zu sehr gefielen.

Es ist hohe Zeit, diese Haltung der Politik zu untersuchen und die Konsequenzen zu ziehen, damit sich so etwas nicht wiederholt. In Deutschland gibt es immer noch Politiker wie Lauterbach, die nach wie vor einen Impfwang fordern, unbeachtet dessen, was über die mangelnde Wirksamkeit und die verheerenden Impfnebenwirkungen inzwischen bekannt ist.

Die Corona-Politik hat sich als gefährlicher erwiesen als das Virus.

Sie ist die eigentliche Krankheit, die bekämpft werden muss!

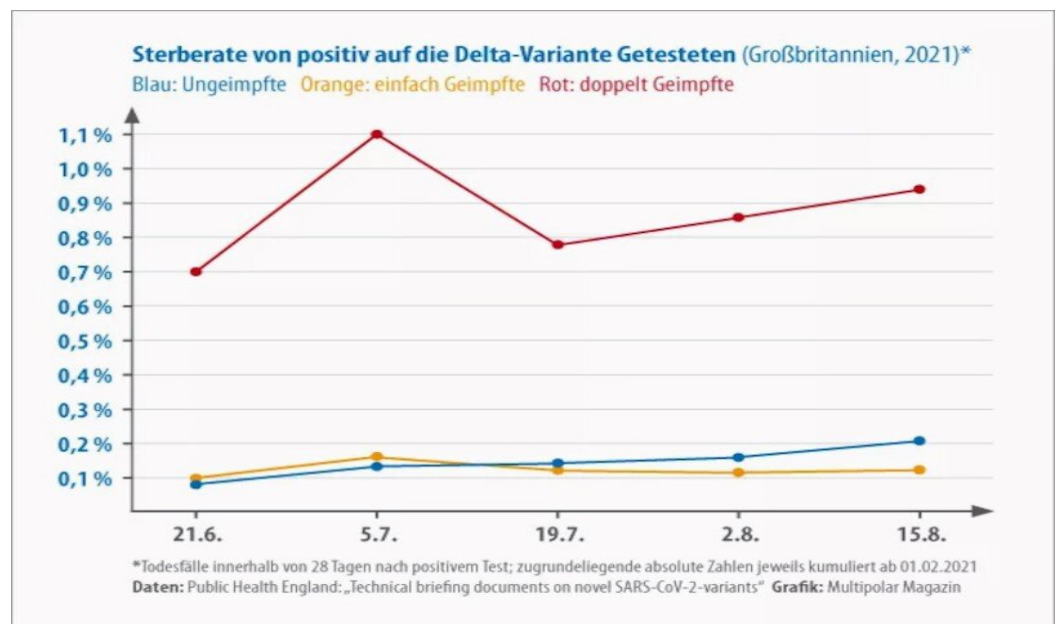
Fakt 16.3: Die völlige Andersartigkeit der Corona-Impfstoffe zeigt sich auch an den signifikant schwerwiegenden Folgen.

A) Die Sterberate von geimpften Coronakranken liegt wesentlich höher als bei Ungeimpften

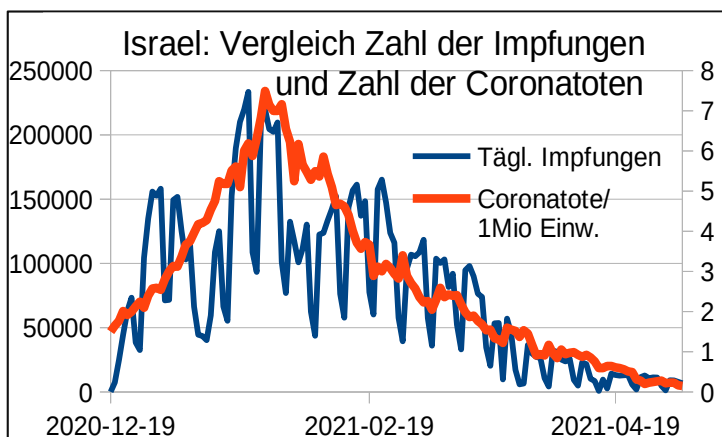
1) Public Health England gibt in regelmäßigen Abständen „Technical briefing“ heraus.

Aus den Technical briefings Nr. 17 – 23 wurden im Artikel „Sterben der Geimpften“ der Zeitschrift AN vom 25.08.21 die Sterberaten der über 60-Jährigen ermittelt.

Die Sterberate bei Geimpften liegt um mehr als Dreifache als bei Ungeimpften.



B) Gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen Impfungen und Zahl der Coronatoten ?



Inzwischen gibt es erste Erfahrungen mit den Impfungen:

Die Daten für **Israel** sind von

<https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data> heruntergeladen.

Dargestellt sind die berechneten 7-Tage-Mittelwerte. Die Daten zeigen einen Gleichlauf zwischen Zahl der COVID-Toten und der Zahl der Impfungen. Ein kausaler Zusammenhang ist nicht auszuschließen. Zumindest wirft der nahezu Gleichlauf der Kurven Fragen auf ???