

## 16 (kommentierte) Fakten zu Corona

Diese kommentierte Datensammlung wird seit April 2020 jede Woche ergänzt und aktualisiert. Das 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. Das Ergebnis ist eine stark veränderte und zu tiefst gesplattene Gesellschaft.

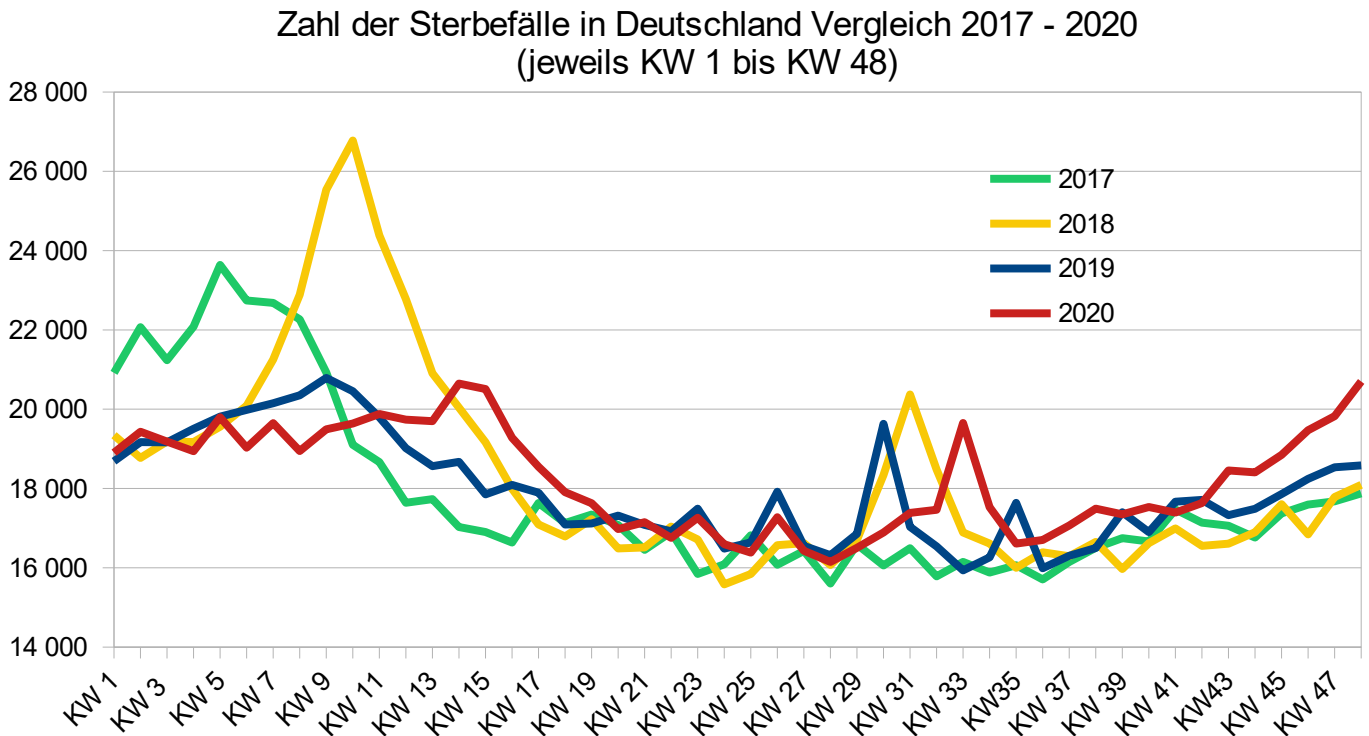
Weitere Beweggründe für den Versuch mit dieser Datensammlung aufzuklären, sind

- Die Bundesregierung hat sich - wie bei der Schweinegrippe 2009 – wieder die gleichen falschen „Berater“ genommen :  
WHO, Prof. Wieler, Prof. Drosten ...
  - damals 300 Mill. Euro für Impfstoffe für den Müll angeschafft
- 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 soll. In dem Papier wird Panikmache in der fiesesten Art empfohlen; das ist unverantwortlich.
- **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.

## Fakt 1: Die Corona-Pandemie verläuft bis jetzt in Deutschland immer noch harmloser als die Grippeepidemie 2018.

### Auswertung der Daten vom Statistischen Bundesamt vom 30.12.2020

(Quelle: <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, im Gegensatz zu der Lüge mit der fast jede Nachrichtensendung beginnt: „Zahl der „Neuinfizierten“. Die in den Medien ausgegebene Zahl der Neuinfizierten ist die Zahl der positiv Getesteten – und wie wir wissen ist davon ein erheblicher Teil sogar noch **falsch** positiv getestet (siehe auch Fakt 8).

2. Das obenstehende Schaubild zeigt die grafische Aufbereitung der Zahl der wöchentlichen Sterbefällen (Kalenderwochen 01-48) in Deutschland im Vergleich der Jahre 2017 bis 2020. Es ist recht deutlich, die langgestreckte Grippewelle des Jahres 2017 und die massive Grippeepidemie des Jahres 2018 zu erkennen - aber nur eine etwas erhöhte Sterblichkeit, begrenzt auf die jeweils erste Aprilhälfte sowie auf den Monat November, die durch Coronatote des Jahres 2020 verursacht sein könnte.

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

4. Auch die Gesamtzahl der Sterbefälle ist für das Jahr 2020 noch um 2.300 geringer als im Jahr 2018, allerdings um 15.000 höher als im Jahr 2019. Das Jahr 2020 ist also wegen der Corona-Pandemie kein gutes Jahr. Im Jahr 2018, in dem im Frühjahr die Grippe grassierte, starben aber noch mehr Menschen als in diesem Jahr - und Politik oder Medien haben so reagiert, dass die Bürger kaum davon etwas mitbekommen haben, Ärzte und Krankenhäuser aber wohl. Jeder muss aber für sich selbst entscheiden, ob die staatlichen Maßnahmen und die Art der Berichterstattung über das Leiden durch Corona (auch in Bezug auf die über 98 % anderen Todesfälle) verhältnismäßig ist.

5. In der 33. KW des Jahres 2020 ist die Zahl der Sterbefälle mit 19.083 überraschend hoch, dies liegt aber **nicht** am Corona-Virus, da von den 19.083 Sterbefällen nur 27 (0,14 %) COVID-19 zugerechnet werden. Die Erhöhung wird nach Angaben des Statistischen Bundesamtes der Hitzewelle dieser Woche zugeschrieben. Es ist mehr als bezeichnend für die Überschätzung der Wirkung des Corona-Virus, wenn eine Hitzewelle in einer **Woche** ca. 3.000 Tote mehr verursacht und das Virus ca. 9.000 Tote in einem **halben Jahr**.

6. Bis zur 48. KW (29.11.20) des Jahres 2020 gab es in Deutschland 16.533 Coronatote bei insgesamt 876.688 Sterbefällen. D.h. 1,89 % der Sterbefälle erfolgte mit Feststellung des Corona-Virus !!!

Ein gesondertes Coronatoten-Gedächtnis, wie vom Bundespräsidenten angeregt, halte ich für pietätlos gegenüber den anderen 98,11 % .

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

Anmerkungen: Die hier verwendeten Daten wurden aktualisiert entsprechend 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.

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 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 .

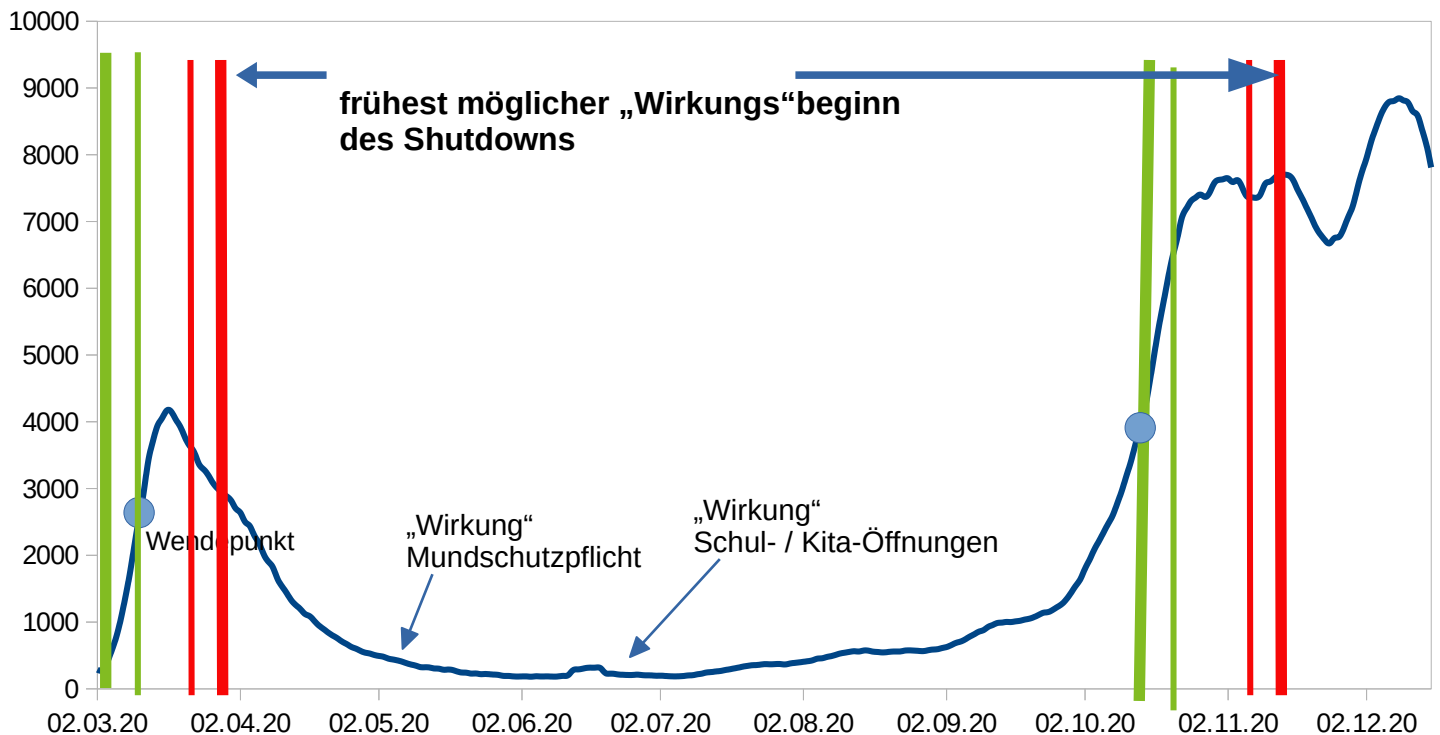
3. Aber auch eine andere Wirkung des durchschnittlich am 23.03. eingeleiteten Shutdown ist in der Kurve nicht erkennbar. Die kolossalen Auswirkungen des Shutdown auf die Wirtschaft und die Gesellschaft waren und sind unverantwortlich.

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 oder der Maskenpflicht noch 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.)

Anzahl der tägl. Neuerkrankungen (Erkrankungsbeginn)  
(im 7 -Tage - Mittel)



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

Auch für die Herbstwelle ist erkennbar (siehe obiges Bild), dass das Ende des progressiven Wachstums bereits um den 10. Oktober 2020 (unter Beachtung einer durchschnittlichen 5-tägigen 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.

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

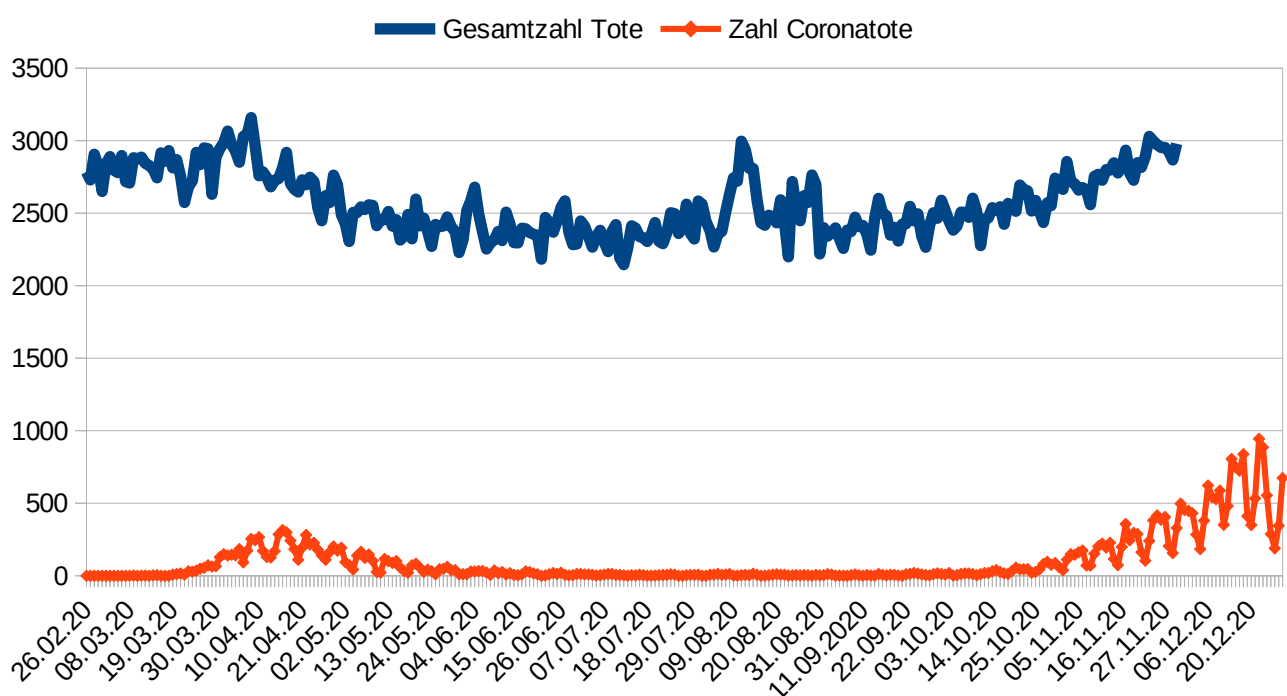
Eine detailliertere Betrachtung des herbstlichen Infektionsgeschehen ist erst möglich, wenn verlässliche Daten des RKI zur Verfügung stehen (die notwendigen Daten werden noch ständig aktualisiert und verändern sich deshalb).

**Fakt 4: Der Anteil der sogenannten Coronatoten an der Gesamtzahl der Toten in Deutschland war nie dramatisch hoch und liegt jetzt in der Summe bei knapp 2 % .**

(Quellen: Sonderauswertung der Sterbefallzahlen des Statistischen Bundesamtes vom 30.12.2020 sowie <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/germany/> vom 30.12.2020)

1. Bei der Betrachtung der Zahl der Coronatoten 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.
2. Der monatliche Anteil an Coronatoten ist mit Ausnahme des Monat April (mit 6,8 %) gering. Der Anteil der Coronatoten liegt im Juni bei 0,66 %, im Juli bei 0,23 %, im August bei 0,20 %, im September bei 0,26 % und im Oktober 1,28 % (nur bis 29.11. liegen die Daten für die Gesamtzahl der Sterbefälle vor). Diese Zahlen zeigen in aller Deutlichkeit die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen zur Bekämpfung des Virus.
3. Der Anteil anderer Krankheiten liegt wesentlich höher. Genauere Daten werden aber erst mit großer Zeitverzögerung veröffentlicht. Es sind also nur Analogieschlüsse und Vergleiche mit dem Jahr 2018 möglich. Hier betrug beispielsweise der Anteil der Sterbefälle mit der Todesursache Krebs bei 25 % und bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen sogar bei 38 %. **Der Anteil der Coronatoten im Jahr 2020 (bis 29.11.) liegt bei 1,89 %.** Erst in diesen Vergleichen kann man die Gefährlichkeit einer Erkrankung richtig erkennen.
4. Die erhöhte Zahl der Coronatoten des Monats November kann noch nicht – wegen der fehlenden Zahlenbasis – mit der Gesamtzahl der Toten verglichen werden.

Vergleich Gesamtzahl Tote mit der Zahl der Coronatoten



5.. Beim Vergleich beider Kurven erkennt man (überraschend) keinen besonders engen statistischen kausalen Zusammenhang. Im Monat April, in dem die meisten Coronatoten zu beklagen waren, zeigt die Gesamtzahl der Toten eine fallende Tendenz. Der Pearsonsche Korrelationskoeffizient (über den gesamten Zeitraum 26.02. - 29.11.) berechnet, zeigt auch nur einen Wert von 0,53 .

(Zur Erklärung: Wenn der Korrelationskoeffizient nahe 1 ist besteht ein enger (linearer) Zusammenhang zwischen beiden Größen. Nach Statista wird noch von einem statistischen *erkennbaren* Zusammenhang gesprochen, wenn der Korrelationskoeffizient größer als 0,6 . Im betrachteten Fall liegt er bei 0,53; also außerhalb des Bereiches.)

Das Ergebnis legt den statistischen Schluss nahe, dass die Zahl der Coronatoten nicht grundsätzlich die Zahl der Gesamttoten wesentlich erhöht, sondern eher als „normaler“ Teil des Sterbe geschehens zu verstehen ist.

6. Aber auch Forschungen aus anderen Ländern kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass das Corona-Virus keine besondere 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	Überlebenschancen
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>)

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

### Tabelle : Zahl der Toten weltweit (nach Todesursache) 2020

Stand 30.12.2020, 18:00 Uhr Quelle: <https://www.worldometers.info/de/>

<b>Selbstmorde</b>	<b>1.071.405</b>
<b>Verkehrstote</b>	<b>1.348.708</b>
<b>Aids</b>	<b>1.679.580</b>
<b>Corona</b>	<b>1.801.724</b>
<b>durch Alkohol</b>	<b>2.498.890</b>
<b>durch Rauchen</b>	<b>4.994.626</b>
<b>Kinder unter 5 Jahren</b>	<b>7.594.341</b>
<b>Krebs</b>	<b>8.205.678</b>
<b>ansteckende Krankheiten</b>	<b>12.970.247</b>

Relativiert sich nicht die Corona-Panik, wenn man sieht, dass die Zahl der Selbstmorde in der gleichen Größenordnung wie die Zahl der mit den Corona-Virus getesteten Toten liegen ? In Wirklichkeit ist sogar die Zahl der Selbstmorde weltweit höher als die Zahl der Coronatoten, da hier statistisch auch die Fälle erfasst werden, die mit dem Virus Sars-Cov2 infiziert waren, die Todesursache aber eine andere war.

Muss die Zahl der Suizide durch verordnete Vereinsamung noch weiter zunehmen ?

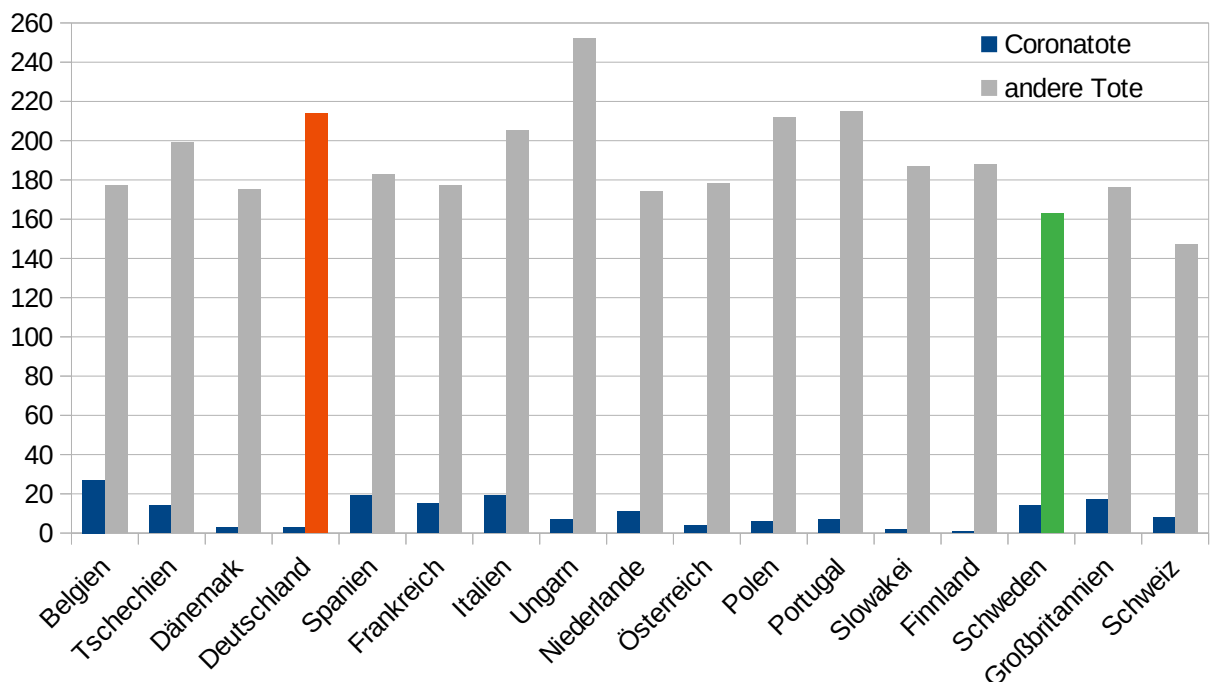
Müsste man nicht eher etwas gegen Alkohol- und Tabakmissbrauch tun, wenn immer noch 4,2-mal so viel Menschen daran als an Corona sterben ?

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 beträgt ?

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 Coronatote, 300.000 malariatote Kinder, 6.000.000 Tote wegen Unterernährung. (Quelle: [www.nachdenkenseiten.de](http://www.nachdenkenseiten.de))

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

Zahl der Sterbefälle pro 1 Mio Einwohner und Woche (01.-46. KW)



Anmerkung: Die Daten liegen für einige Länder noch nicht aktualisiert bis zur 46. KW vor. Es wurden dann die zuletzt gemeldeten Daten verwendet (Italien bis 40. KW, Tschechien und Slowakei bis 44. KW).

Die Auswertung der Daten (Quellen: [www.worldometers.info/coronavirus/country](http://www.worldometers.info/coronavirus/country) vom 14.12.20 und [https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_r\\_mwk\\_ts&lang=de](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_r_mwk_ts&lang=de) vom 14.12.20) bezüglich der gesamten Anzahl der Sterbefälle im Vergleich mit der Zahl der Coronatoten im o. g. Zeitraum zeigen deutlich,

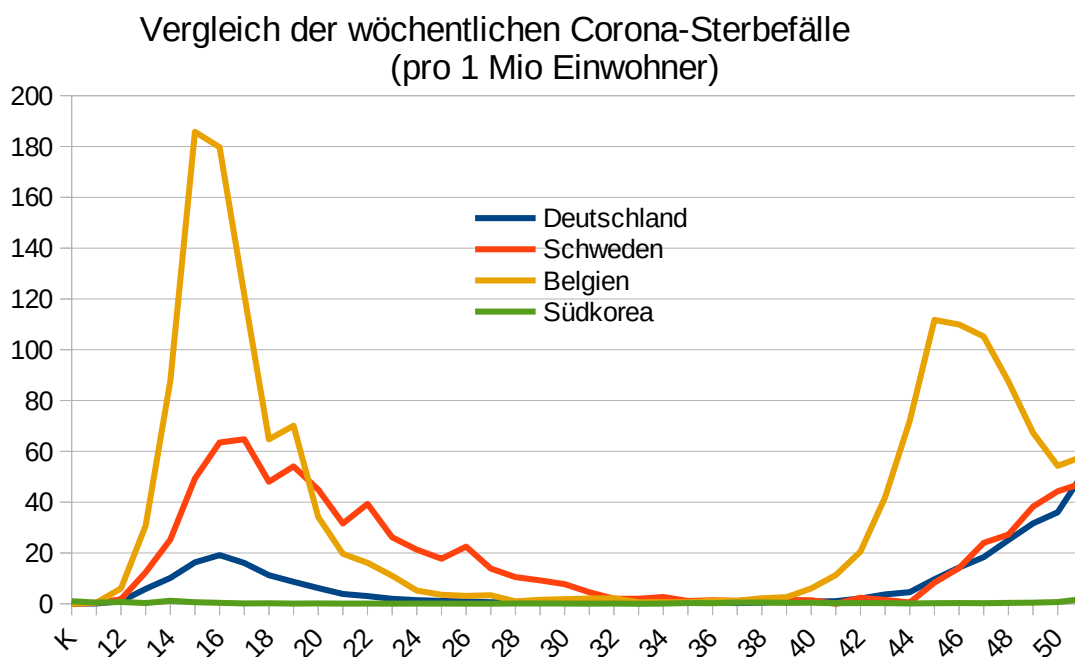
- \* dass nichts gegen den „schwedischen Weg“ (fast ohne Lockdown / Shutdown auszukommen) spricht – entgegen fast aller Verlautbarungen in den Mainstreammedien – und
- \* dass in allen aufgeführten Ländern 7-mal (Belgien) bis 180-mal (Finnland) so viele Tote ohne dem Corona-Virus gab.

1. Das Schaubild auf Seite 7 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 Coronatoter gezählt wird, an dem Virus gestorben ist). Es ist unanständig, diese Toten quasi in der Berichterstattung quasi zu vergessen. Auch hier fehlt jede Verhältnismäßigkeit !

2. Der Anteil der Coronatoten ist in den einzelnen Länder stark verschieden, aber unabhängig von der Stärke des verhängten Lockdown (Belgien massiver, Schweden kaum Lockdown). Der Anteil der Coronatoten ist in manchen Ländern (Slowakei, Finnland) 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 in Belgien (2,05-fache), Frankreich 1,18), Spanien (1,36), Italien (1,42), Großbritannien (1,25) oder Tschechien (1,20) trotz härtestem Lockdown eine höhere und in einigen Fällen sogar eine wesentlich höhere Anzahl (immer bezogen auf die Einwohnerzahl) an Coronatoten zu beklagen haben. (Stand: worldometers 15.12.20)**

3. Die durchschnittliche Gesamtzahl der Toten pro Woche (im Verhältnis zu der Einwohnerzahl) ist in Schweden (177) im Vergleich zu Deutschland (217) sogar niedriger, auch wenn der Anteil der Coronatoten in Schweden im Frühjahr höher lag als in Deutschland.

4. In der Herbstwelle (1. November – 20. Dezember) gibt es in Deutschland genau so viele Coronatote wie in Schweden (natürlich wieder bezogen auf die Einwohnerzahl).



(Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/COVID-19-Pandemie/Statistik#Todesfälle>; 30.12.20)

5. Das obige Schaubild, welches die wöchentlichen COVID-Sterbefälle in drei ausgewählten Ländern angibt, zeigt ebenfalls, dass Länder mit schärfsten Lockdowns, wie beispielsweise Belgien, wesentlich mehr Sterbefälle (immer, wegen der Vergleichbarkeit, auf die Einwohnerzahl bezogen) als Schweden aufweisen, sowohl in der Frühjahrs- als auch Herbstphase.

6. Das Bild zeigt aber auch eindrücklich die Lernfähigkeit (besonders notwendiger Schutz der Alten- und Pflegeheime) der schwedischen epidemiologischen Führung. Während in der Frühjahrsphase in Schweden noch wesentlich höhere Todesraten waren als in Deutschland, schneidet Schweden in der Herbstphase ebenso ab wie Deutschland.

7. Die Zahl der COVID-Sterbefälle (grüne Kurve) dagegen ist in Südkorea so gering, dass sie fast identisch mit der Achse sich abbildet.



**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.

(Quelle: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, 30.12.2020, 10:00 Uhr)

Im Folgendem werden die unterschiedlichen Auswirkungen des Virus (Zahl der Fälle, Toten und Tests)

- a) in den 100 bevölkerungsreichsten Länder der Erde und
- b) in den Ländern Europas mit mehr als 200.000 Einwohnern betrachtet.

### a) Weltweit

1. Deutschland belegt Platz 30 (mit 385 Coronatoten / 1 Mio Einwohner) in der Negativ-Rangliste (Zahl der Coronatoten) der 100 bevölkerungsreichsten Länder der Welt. Das ist im Vergleich der bevölkerungsstarken europäischen Länder gut; nur Serbien und Weissrussland schneidet unter den europäischen Ländern mit über 8 Mill. Einwohnern besser ab. Weltweit gibt es aber 70 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.

2. Nach der offiziellen Berichterstattung müsste man USA (7) oder Brasilien (12) auf den ersten Plätzen erwarten, aber keinesfalls Belgien, das den 1. Platz (mit 1.687 Coronatote / 1 Mio Einw.) einnimmt (trotz besonders massivem Shutdown). Es kommt so gut wie in keiner Berichterstattung vor, dass Belgien derart hohe Zahl an Coronatoten (bezogen auf die Einwohnerzahl) hat. Bei den hohen Sterberaten in USA und Brasilien wird immer auf die schlechte Politik der rechtskonservativen Regierungen hingewiesen.

3. Als erste (rein)asiatische Länder rangieren Indien auf den 45. Platz und Philippinen auf den 46. Platz; Kambodscha sogar auf Platz 100.

4. Bei fast allen afrikanischen Ländern ist die Sterblichkeitsrate von COVID-19 relativ gering (z.B. Burkina Faso 91. Platz, Benin 92. Platz, Papua Neu Guinea 94. Platz, Tansania 97. Platz oder Burundi 99. Platz mit einstelliger Todeszahl).

Spätestens bei der Betrachtung dieses Faktus müsste klar sein, dass eben nicht – wie von den Politikern immer wieder selbstgefällig kolportiert – das besonders gut ausgestattete Gesundheitssystem (das klingt wie böser Hohn in den Ohren der Afrikaner) und die Maßnahmen gegen das Virus für die relativ niedrigen Sterberaten 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.) ?**

5. Osteuropäische Länder schnitten im Frühjahr / Sommer 2020 wesentlich besser ab als westeuropäische Länder. Auffallend ist allerdings der erhebliche Anstieg der Zahl der Coronatoten in Tschechien (31. → 5. Platz) und Polen (38. → 20. Platz) in der Herbstwelle.

Rang	Land	Fälle / 1 Mio Einw.	Tote / 1 Mio Einw.	Tests/ 1 Mio Einw.	Bevölkerung
1	Belgien	55,224	<b>1667</b>	590,676	11,614,676
2	Italien	34,22	<b>1209</b>	434,37	60,417,484
3	Peru	30,438	<b>1132</b>	165,249	33,198,330
4	Spanien	40,759	<b>1079</b>	577,714	46,763,798
5	Tschechien	65,457	<b>1066</b>	349,624	10,718,867
6	Großbritannien	35,01	<b>1051</b>	795,118	68,063,019
7	USA	60,18	<b>1044</b>	753,609	331,965,664
8	Frankreich	39,391	<b>981</b>	528,578	65,345,362
9	Ungarn	33,12	<b>977</b>	273,601	9,648,108
10	Mexiko	10,814	<b>956</b>	27,491	129,602,491
11	Argentinien	35,289	<b>948</b>	104,786	45,401,028
12	Brasilien	35,461	<b>903</b>	134,078	213,308,382
13	Schweiz	50,942	<b>863</b>	409,772	8,685,990
14	Chile	31,462	<b>859</b>	332,48	19,197,449
15	Schweden	42,301	<b>837</b>	421,749	10,130,500
16	Kolumbien	31,57	<b>833</b>	156,058	51,150,999
17	Rumänien	32,496	<b>807</b>	247,793	19,173,459
18	Ecuador	11,833	<b>788</b>	41,695	17,775,024
19	Bolivien	13,35	<b>777</b>	34,727	11,751,553
20	Polen	33,539	<b>726</b>	188,024	37,825,943
21	Österreich	39,344	<b>671</b>	420,072	9,031,897
22	Portugal	39,286	<b>663</b>	545,106	10,181,866
23	Niederlande	45,349	<b>654</b>	336,394	17,153,732
24	Iran	14,345	<b>650</b>	88,893	84,523,526
25	Südafrika	17,116	<b>462</b>	108,926	59,677,790
	-----				
29	Russland	21,454	<b>387</b>	617,98	145,965,630
30	Deutschland	20,159	<b>386</b>	401,687	83,917,119
31	Tunisien	11,347	<b>385</b>	50,438	11,879,763
	-----				
91	Burkina Faso	309	<b>4</b>		21,182,777
92	Benin	261	<b>4</b>	30,93	12,278,203
93	China	60	<b>3</b>	111,163	1,439,323,776
94	Papua Neu Guinea	86	<b>1</b>	4,061	9,030,256
95	Thailand	96	<b>0,9</b>	17,426	69,887,088
96	Vietnam	15	<b>0,4</b>	14,643	97,772,090
97	Tanzania	8	<b>0,3</b>		60,563,141
98	Taiwan	33	<b>0,3</b>	5,279	23,838,225
99	Burundi	67	<b>0,2</b>	6,38	12,063,127
100	Kambodscha	22	<b>0</b>	19,362	16,833,065

6. Der hohe Zuwachs in den letzten Wochen in den südamerikanischen Ländern ist abgebremst. Peru belegt jetzt den 3. Platz mit 1.112 Coronatoten / 1 Mio Einwohner. In den letzten 6 Wochen ist beispielsweise Argentinien vom 6. auf 11. Platz bzw. Bolivien von 7. auf den 19. Platz gerückt.

7. Offensichtlich hängt die Sterblichkeitsrate sehr eng vom Immunsystem der verschiedenen Ethnien ab. In den USA ist die altersbereinigte Sterblichkeitsrate bei COVID-19 gegenüber Weißen 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.

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

8. Aus allen vorgenannten Argumenten geht klar hervor, dass es offensichtlich ist, dass die restriktiven Maßnahmen der Regierungen so gut wie keine Rolle bei den Auswirkungen des Virus spielen.

Mit den Maßnahmen der Regierungen ist es in keiner Weise zu erklären, dass es in Peru über 1.000 Coronatote (pro 1 Mio Einwohner) und in Kambodscha keinen einzigen Toten gibt.

9. Da die vollständige Tabelle aller 100 der bevölkerungsreichsten Länder leider zu viel Platz in Anspruch nimmt – sie zeigt aber in aller Deutlichkeit die Ohnmacht der Herrschenden und, dass ihr Aktionismus den Schaden nur verschlimmert – wird dieses Mal auf Seite 10 nur ein Auszug dargestellt.

10. 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 statt dessen als Indikator für die Schwere der Infektionsverläufe die Zahl der Covid-Toten verwendet.

Im Ergebnis kann kein statistisch sichtbarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Covid-Toten und den durchgesetzten Lockdowns ermittelt werden. Dies bedeutet, dass sich die Infektion (die Covid-Toten) vollkommen unabhängig davon entwickelt, ob ein Lockdown vorgenommen wurde oder nicht.

Statt dessen 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 CO<sub>2</sub>-Emissionen eines Landes, dabei aber scheinbar nicht so sehr die Feinstaubkonzentrationen der Partikelgröße 2,5 ppm in der Luft.

**b) Europa**

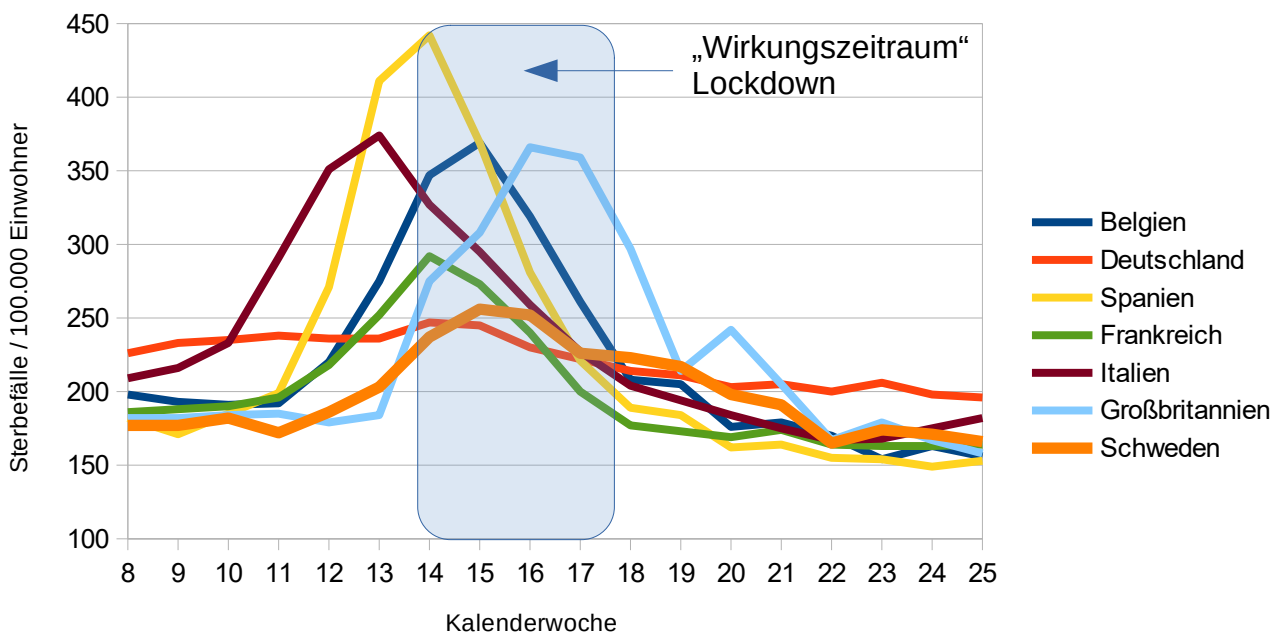
Rang	Country, Other	Tot Cases/ 1M pop	Deaths/ 1M pop	Tests/ 1M pop	Population
1	Belgien	55.080	<b>1656</b>	588,017	11,614,538
2	Slovenien	56,422	<b>1265</b>	318,722	2,079,080
3	Bosnien - Herzegowina	33,771	<b>1230</b>	155,646	3,270,664
4	Italien	34.220	<b>1209</b>	434,369	60,417,726
5	Nordmazedonien	39,505	<b>1187</b>	190,463	2,083,332
6	Spanien	40,759	<b>1079</b>	577,714	46,763,749
7	Montenegro	75,471	<b>1078</b>	282,647	628,105
8	Tschechien	63,925	<b>1054</b>	341,776	10,718,813
9	Großbritannien	35.010	<b>1051</b>	795,129	68,062,047
10	Bulgarien	28.610	<b>1047</b>	163,671	6,922,392
11	Frankreich	39,392	<b>966</b>	528,581	65,344,969
12	Ungarn	32,915	<b>963</b>	271,702	9,648,175
13	Kroatien	50.480	<b>927</b>	245,401	4,092,669
14	Schweiz	50,943	<b>859</b>	409,78	8,685,818
15	Schweden	42,302	<b>837</b>	421,756	10,130,329
16	Rumänien	32,496	<b>807</b>	247,789	19,173,808
17	Luxembourg	73,044	<b>775</b>	2,626,645	630,962
18	Moldawien	35,453	<b>728</b>	136,843	4,029,310
19	Polen	33,539	<b>726</b>	188,024	37,826,055
20	Österreich	39,345	<b>671</b>	420,078	9,031,757
21	Portugal	39,285	<b>663</b>	541,646	10,181,947
22	Niederlande	45,349	<b>654</b>	336,396	17,153,629
23	Litauen	49,675	<b>498</b>	591,41	2,703,290
24	Malta	28,365	<b>486</b>	1,150,932	442,125
25	Griechenland	13,174	<b>455</b>	318,872	10,397,741
26	Irland	17,813	<b>446</b>	469,49	4,964,891
27	Ukraine	23,791	<b>415</b>	125,519	43,603,028
28	Albanien	19,868	<b>407</b>	87,197	2,876,239
29	Russland	21.454	<b>387</b>	617980	145.965.630
30	Deutschland	20.159	<b>386</b>	401687	83.917.119
31	Slowakei	31,164	<b>363</b>	255,563	5,460,952
32	Serbien	38,046	<b>358</b>	260,206	8,719,883
33	Lettland	20,085	<b>321</b>	454,555	1,875,787
34	Dänemark	27,308	<b>211</b>	1,782,561	5,802,284
35	Estland	19,807	<b>167</b>	468,013	1,326,977
36	Weißrussland	20,153	<b>149</b>	416,803	9,447,782
37	Finnland	6,388	<b>99</b>	441,477	5,544,980
38	Island	16,756	<b>82</b>	1,267,355	342,335
39	Norwegen	8,811	<b>80</b>	506,164	5,442,127

Es ist fast gleich, welche Darstellung man wählt, im Endergebnis bleibt keine sehr schlüssige Erklärung für die Unterschiede in den einzelnen Ländern. Nur Eines wird klar – und das kann nicht oft genug wiederholt werden – die getroffenen staatlichen Maßnahmen sind nicht das Entscheidende.

**Fakt 8: Während und im Ergebnis der staatlich angeordneten Shutdowns / Lockdowns erhöhen sich die Zahlen der Sterbefälle. Das lässt sich statistisch zeigen. Die wesentlich gravierenderen gesundheitlichen Schäden wegen der Maßnahmen werden erst so richtig in Zukunft spürbar werden.**

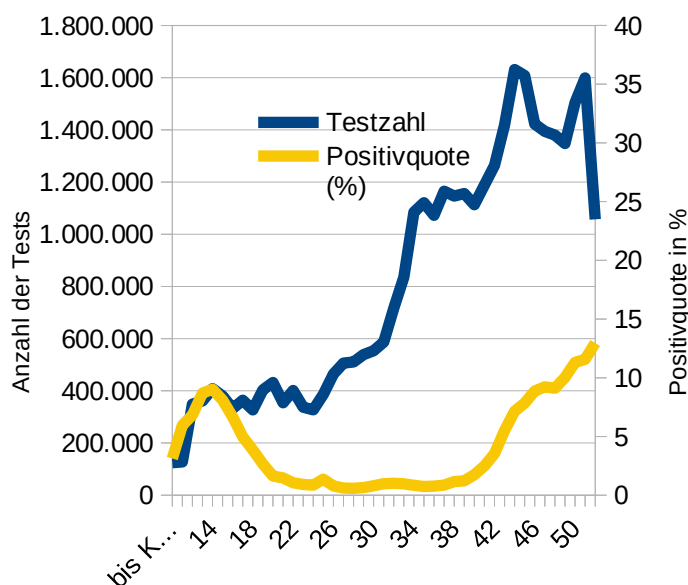
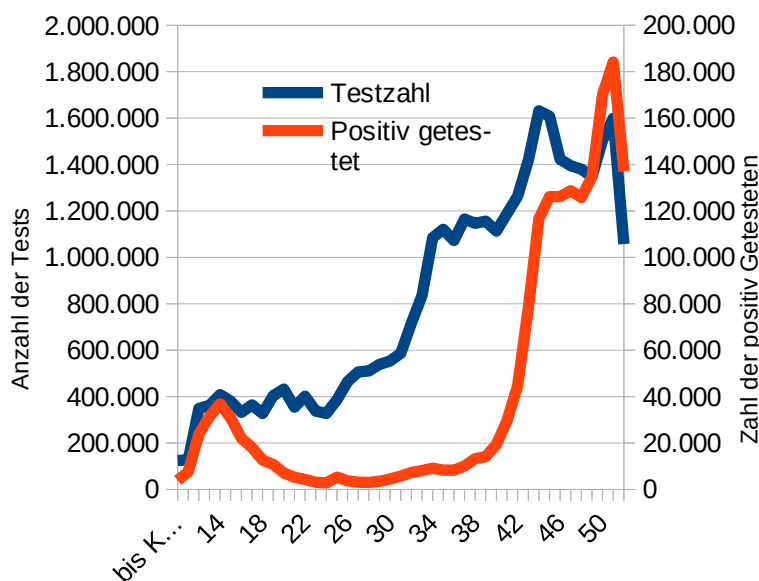
Im Fakt 2 wurde bereits ausgeführt, dass sowohl der Frühjahrs- als auch die Herbst-Lockdowns keine sichtbaren Wirkungen bei den Infektionszahlen gezeigt haben.

Hier soll auf ein anderes Phänomen hingewiesen werden. In den untenstehenden 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 Zeitrahmen der Lockdowns in den einzelnen Ländern beläuft sich zwischen der 12. und der 16. KW. Für den „Wirkungszeitraum“ des Lockdowns wurde angenommen, dass er zeitversetzt etwa zwei Wochen später beginnt. Die zwei Wochen werden als Mittelwert verwendet, weil negative Folgen sofort auftreten können, aber positive Reaktionen auch noch später erwartet werden könnten. Der mögliche Wirkungszeitraum 14. bis 18. KW wurde farbige unterlegt.



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

**Fakt 9: Die täglich gemeldeten „Zahlen der Neuinfizierten“ sind grobe Falschmeldungen. Die angegebene Zahl der positiv Getesteten wird stark von der Teststrategie geprägt.**



1. Mit der Zahl der getesteten Personen steigt auch die Zahl der positiv Getesteten, ohne dass sich der Anteil der Angesteckten wesentlich erhöht hat. Die angsterregenden Zahlen der **roten Kurve** wird ständig in den Medien fälschlicherweise als Zahl der Neuinfizierten propagiert. Wesentlich aussagekräftiger ist der Anteil der positiv Getesteten an der Gesamtzahl der Getesteten (gelbe Kurve). Diese Positivquote bleibt von der 23. bis zur 39. KW konstant um und unter 1 %, dann bis zur 47. KW auf 9,4 % steigt, sinkt in der 48. KW wieder leicht auf 9,28 % und nimmt in der 52. KW der bisherigen Höchststand von 12,96 % an.

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".

**Aber die Regierenden entscheiden danach !!! Ist das Dummheit oder Bösartigkeit – oder beides ???**

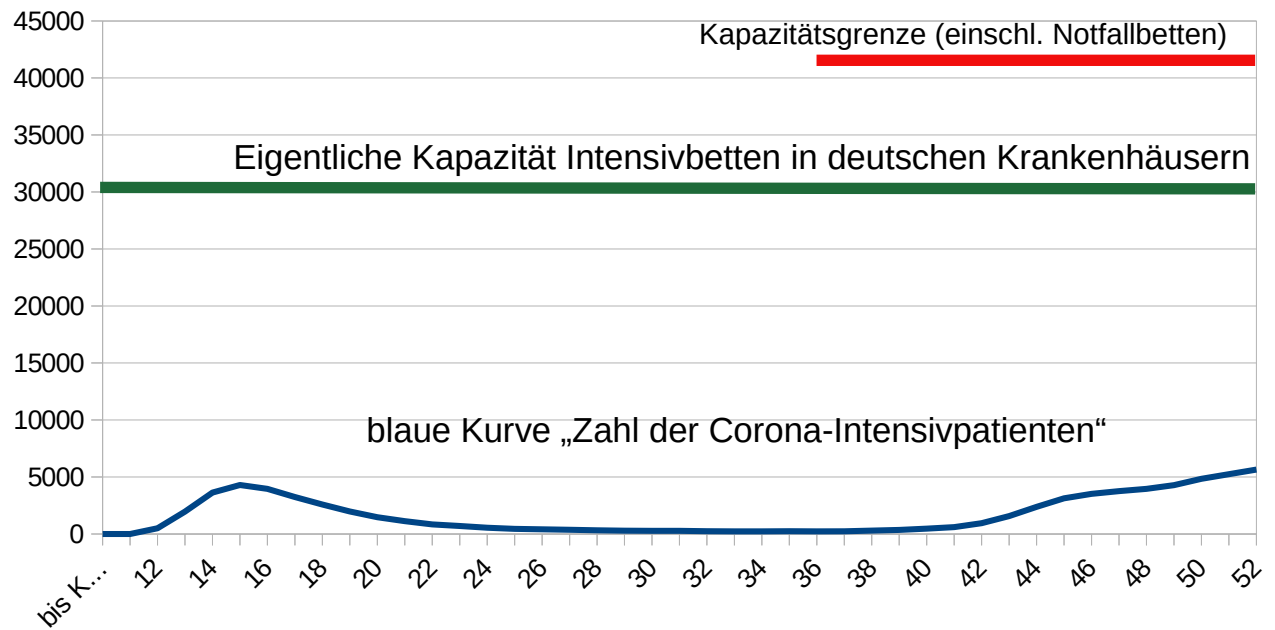
3. Es ist sehr wahrscheinlich, wenn sich die Zahl der Tests vervierfacht bei gleichbleibender (bzw. leicht zurückgehender !) Laborzahlen, dass die Aussageverlässlichkeit der Ergebnisse der Tests sogar noch sinkt.

4. Neben der Sterblichkeit ist die Zahl der in Krankenhäusern intensiv auf COVID-19 behandelten Patienten (siehe untenstehende blaue Kurve) von Bedeutung. Die Abbildung zeigt, dass ab der 29. bis der 38. KW weniger als 300 Intensiv-Patienten (weniger als 1 %) in deutschen Krankenhäusern gelegen haben. Es gibt nur in der 39. bis 52. KW anwachsende Zahlen. D.h. aber, dass trotzdem im Zeitraum vom 15.06. - 20.12.20 die 30.000 Intensivbetten (mit Behelfsbetten sogar 41.500) in den Krankenhäusern Deutschlands mit nie mehr als 14 % mit COVID-19-Intensivpatienten belegt waren. (siehe Bild oben Seite 15)

5. Sehr stark verwunderlich ist, dass in dem Zeitraum, in der die Zahl der positiv Getesteten stieg, die Zahl der vorhandenen Intensivbetten lt. DIVI-Intensivregister in den letzten Wochen um ca. 3.500 Betten abgebaut wurden, zumindest einfach aus der Statistik herausgefallen sind.

(Daten: aus „Täglicher Lagebericht des Robert-Koch-Institutes vom 30.12..2020;

<https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>)



**Fakt 10:** Die täglich gemeldete Zahl der sogenannten „**Neuinfizierten**“ ist eine bewusste **Falschmeldung**. Es handelt sich in Wirklichkeit um die Zahl der im PCR-Test positiv Getesteter, wobei darunter ein erheblicher Anteil **falsch positiv** Getesteter enthalten ist.

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.

Hinzu kommt noch die Fehleranfälligkeit der PCR-Testzs. Bei den Fehlermöglichkeiten der Testung auf das Corona-Virus unterscheidet man Sensitivität (Anteil der richtigen Erkennung des Virus) und die Spezifität (Anteil der richtigen Erkennung des Nichtbefalls mit dem Virus). Wie alle Testverfahren haben auch die PCR-Tests (üblicherweise der Drogen-Test) zur Erkennung des Corona-Virus Fehlerquoten. Für die Spezifität gibt die „Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien“ einen Fehler von 1,4 bis 2,2 % an (die Hersteller geben einen niedrigeren Wert an).

Was heißt aber z.B. 1,8 % mittlere Fehlerquote bei der Spezifität ? Wenn 1.000.000 Testungen in einer Woche durchgeführt werden, dann werden 18.000 Menschen für diese Woche fälschlich als infiziert gemeldet, obwohl sie den Virus überhaupt nicht in sich tragen. Auf den Tag gerechnet sind dies ca. 2.570 Menschen, die dann fälschlicherweise als infiziert angegeben werden.

Noch ein wenig Mathematik (aber nur Prozentrechnung) in einer sehr realistischen Beispielrechnung:

Bei 1.000.000 Testungen und einer Prävalenz (Annahme tatsächliche Infiziertenrate) von 0,5 % (dieser Wert der Prävalenz ist gegenüber früheren Rechnungen wegen der geänderten Teststrategie auf das Zehnfache angehoben worden, ohne dass sich die Grundaussage wesentlich verändert) hätte man **995.000 Personen tatsächlich negativ und 5.000 Personen tatsächlich positiv.**

Geht man bei den PCR-Tests von einer sehr hohen Spezifität von 99 % aus, erhält man aber bei der Testung 985.050 richtig negativ erkannt und 9.950 als falsch negativ (also positiv) sowie bei einer ebenfalls sehr hohen Sensitivität von 99 % (in allen mir zugänglichen medizinischen Zeitschriften wird der Wert sogar noch wesentlich geringer angegeben) 4950 richtig positiv erkannt und 50 falsch positiv (also negativ). Das bedeutet, dass der Test **(985.050+50=) 985.100 Personen als negativ ausweist und (9.950+4.950=) 14.900 als positiv.**

In Klartext heißt das, von den 14.900 als positiv getestet ausgewiesenen Personen nur in Wirklichkeit 5000 positiv sind. **Das ist eine Fehlerquote von sage und schreibe 66 % (was bedeutet, dass von je 3 positiv Gemeldeter in Wirklichkeit nur Einer richtig positiv getestet wurde, was aber immer noch nicht heißt, dass dieser infiziert ist) .**

Dass dies nicht Theorie ist, zeigt das Beispiel der Fleischfabriken Tönnies in Gütersloh, wo 1.600 Personen positiv getestet wurden, aber nur 20 erkrankten (Quelle: „Neue Westfälische, 26.09.20) (Fehlerquote real sogar 98,8 %).

Die nach einen 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 und glatte Lügen.

**Fakt 11: Der 7 Tage-Inzidenzwert-Grenzwert von 50 ist willkürlich und völlig unlogisch.**

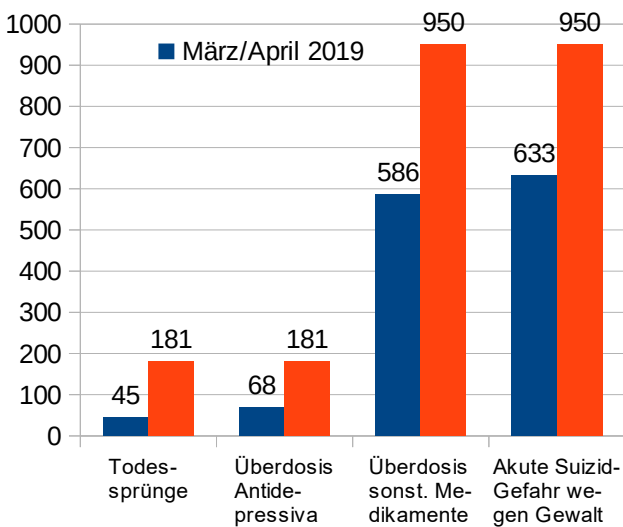
Ende Mai 2020 wurde aus politischen Überlegungen von den Regierenden ein Grenzwert von 50 Neuinfektionen in 7 Tagen auf 100.000 Einwohner festgelegt. Wenn die sog. „rote Ampel“ überschritten wird, sind restriktive Maßnahmen einzuleiten.

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 Corona-Virus 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.

**Fakt 12: Die Corona-Maßnahmen ziehen erhebliche Kollateralschäden nach sich (am Beispiel der Zunahme der Suizide aufgezeigt)**



Im linken Bild wird als *Beispiel* für die Kollateralschäden der Maßnahmen die erhöhte Zahl von Suiziden im März/April 2020 (rote Säulen) dokumentiert. Die Datenlage ist zwar sehr knapp (und wird natürlich mit Absicht so knapp gehalten), deshalb hat die „Corona-Initiative Deutscher Mittelstand“ die realen Zahlen der „Anzahl der Einsätze Feuerwehr Berlin“ auf Deutschland hochgerechnet. Zum Vergleichszeitraum März/April 2019 ist eine erschreckende Erhöhung der Fallzahlen um 70 % zu beklagen (das entspricht 929 zusätzliche Fälle!).

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

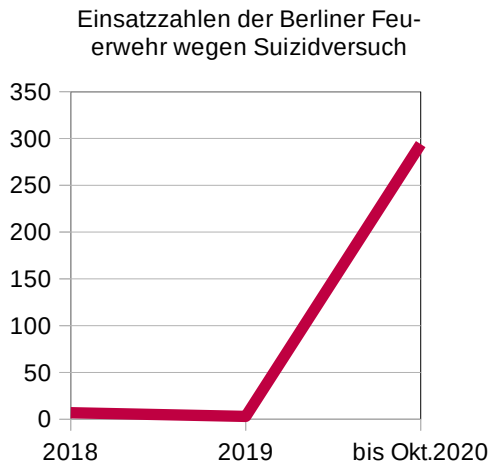
**\* zusätzliche Todesfälle**

- 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**

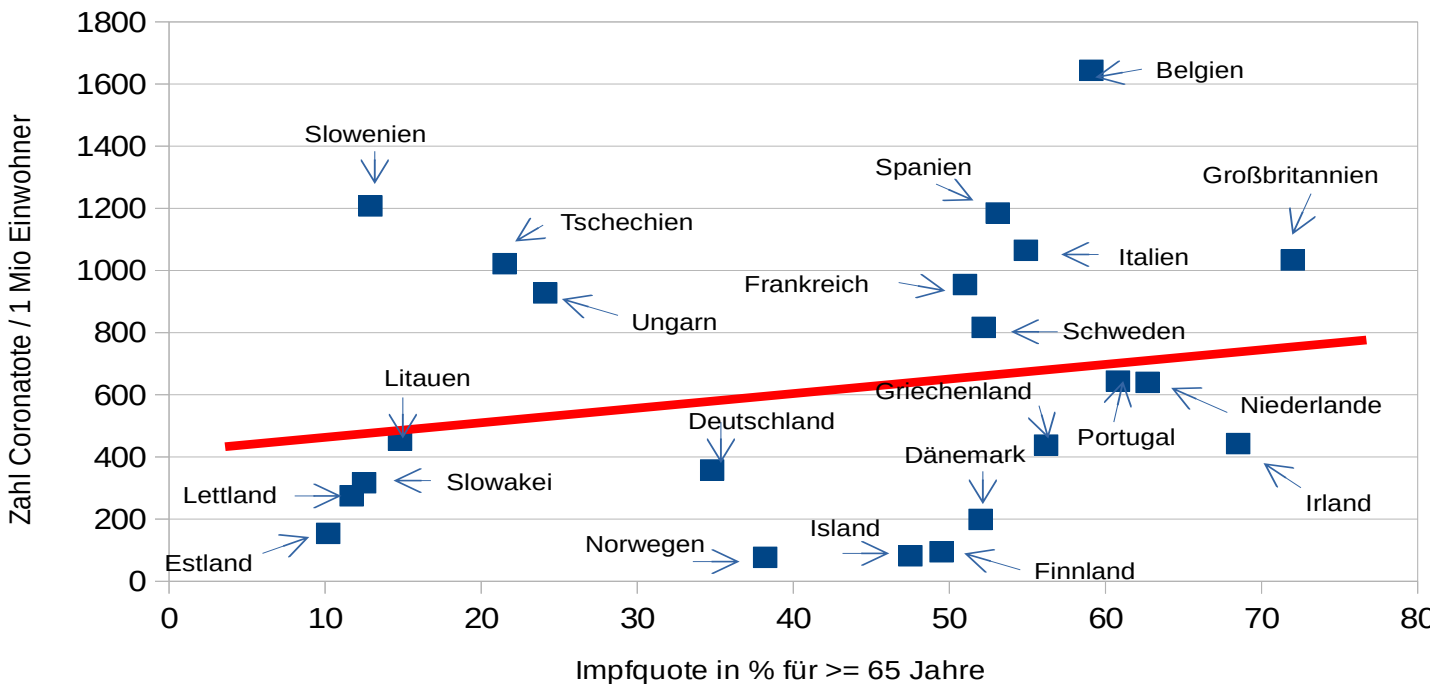


Noch einmal zu Suizidversuchen in Zeiten der staatlich verordneten Corona-Beschränkungen (rechtes Bild): Aufgrund einer Anfrage eines Abgeordneten gab die Berliner Senatsverwaltung folgende bezüglich der Feuerwehreinsätze erschreckende Zahlen bekannt: 2018: 7, 2019: 3 und bis Okt. 2020: **294**.

Und noch aus einem „Tagesschau“-Bericht: Demnach befürchten US-Wissenschaftler aufgrund der Corona-Maßnahmen, „dass in den nächsten Jahren bis zu 75.000 Amerikaner durch Alkohol- und Drogenmissbrauch oder durch Suizid ums Leben kommen.“

(Quelle: <https://www.epochtimes.de/blaulicht/berlin-enormen-anstieg-von-suizidversuchen-seit-april-senat-antwortet-auf-kleine-anfrage-a3379692.html>)

**Fakt 13:** 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.



Im obigen Bild ist gleichzeitig die Grippe-Impfquote der Jahre 2018/19 von mind. 65-Jährigen (Quelle: <https://data.oecd.org/healthcare/influenza-vaccination-rates.htm>; Stand 24.09.20) und Zahl der Coronatoten pro 1 Mio Einwohner von 22 europäischen Ländern eingetragen.

(Quelle: <https://wordometers.info/coronavirus>, Stand: 26.12.20)

Die Auswertung der ersten Phase der Pandemie (Frühjahr/Sommer) zeigte einen statistisch gesicherten Zusammenhang (Korrelationskoeffizient  $\rho = 0,65$ ) zwischen Influenza-Schutz-Impfquote des vergangenen Jahres und Zahl der Coronatoten. Diese Abhängigkeit lässt im Herbst deutlich nach ( $\rho = 0,22$ ).

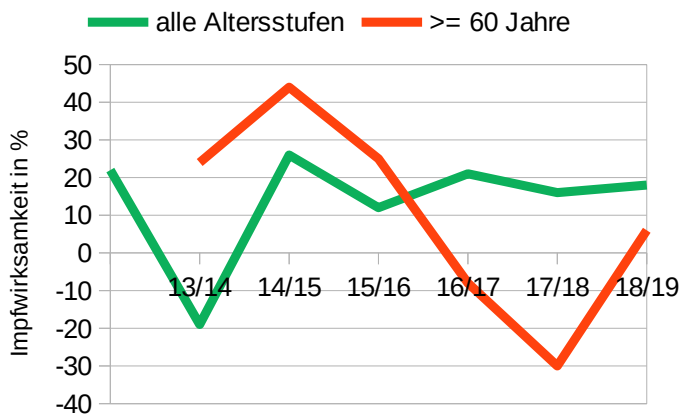
Das Bild soll nicht die alleinige Abhängigkeit von der Impfquote suggerieren; aber ein Einfluss ist doch sehr naheliegend.

Bei den europäischen Ländern mit sehr hohen Zahlen an Coronatoten (bezogen auf die Einwohnerzahl) sind 6 Länder mit hohen Impfquoten, dagegen nur 3 Länder mit niedrigeren Impfquoten.

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 den „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 !

Impfeffektivität Grippe in Deutschland



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 Corona-Virus ein ähnliches Mutationsverhalten zu erwarten ist.

**Fakt 14:** Es geht keine Ansteckungsgefahr durch positiv Getestete mit asymptomatischem Verlauf bzw. repositiven Fällen.  
Von Kindern geht eine äußerst geringe Infektionsgefahr aus.

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

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

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

(Quelle: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>  
Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China | Nature Communications vom 20.11.2020)

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

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

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

**Wie erklären sich dann aber - trotz der eindeutigen Fakten - die teilweise drastischen Maßnahmen der Politik gegen Kindertagesstätten und Schulen ?**

**Fakt 15:** 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) sind.

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

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

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

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

1. Das **Infektionsrisiko** in Bezirken mit bzw. ohne Maskenpflicht unterscheidet sich nur gering, allerdings liegt es bei Bezirken **mit Maskenpflicht um ca. 10 % höher**.
2. Die **Sterberate** der mit oder durch das Virus Gestorbenen betrug in den nicht-maskenpflichtigen Bezirken 0,85 %, war aber in den **Bezirken mit Maskenpflicht höher mit 1,28 %**.

Die vorangegangenen Prozentzahlen beziehen sich auf Verstorbene **mit bzw. durch** das SARS-CoV-2-Virus. Der Autor versucht das Ergebnis auf die Sterbefälle zu projizieren, die ausschließlich **durch** das Virus gestorben sind, und kommt zu der alarmierenden Feststellung, dass die tatsächliche Sterberate in den Bezirken ohne Maskenpflicht 0,026 % , während die **Sterberate in Bezirken mit Maskenpflicht** 0,286 % beträgt, d.h. **um 11-mal höher** ist. Die Ursache dafür wird im sog. Fögen-Effekt gesehen. Für die medizinische Begründung wird auf die Quelle verwiesen.

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

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

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

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

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

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

5. Besonders gesundheitsschädlich ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes für Kinder, gleich ob im Unterricht, auf dem Pausenhof oder in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Übrigens in einer Hausmitteilung des Bundestages vom 28.08.2020 heißt es: „Bereits nach 30 Minuten Tragedauer kann es nach Art der Mund-Nasen-Bedeckung zu einem signifikanten CO<sub>2</sub>-Werte im Blut kommen, da die ausgeatmete Luft unter Umständen nicht so gut entweichen kann. Ein ständige Aus- und wieder Anziehen der MNB ist aber auch nicht sinnvoll, da so das Risiko einer Kontamination erhöht wird.“

Bei dem wesentlich geringeren Atemvolumen von Kindern ist die Wirkung des Kohlendioxids viel ausgeprägter als bei Bundestagsabgeordneten. Um wie viel schlimmer dies für Kinder ist, zeigt folgende Rechnung: Das Atemzugsvolumen beträgt ca. 7 ml / kg Körpergewicht (Quelle: flexikon.docchek.com) , d.h. ein 20 kg schweres Kind atmet 140 ml bei einem Atemzug ein. Das „Totraumvolumen“ unter einer Maske (verbrauchte Luft mit CO<sub>2</sub>) beträgt nach Angabe von Medizinern ca. 80 ml. Das Kind atmet also mehr als die Hälfte „verbrauchte Luft“ ein. Bei einem Bundestagsabgeordneten mit 80 kg Körpergewicht ist es nur ein Siebentel. **Wer die Schädlichkeit von Masken für Kinder leugnet, kann also nur ein notorischer Ignorant sein.**

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

Prof. Bhakdi charakterisiert dies zutreffend so: „Die Maskenpflicht ist eine Idiotie, weil sie vor einer Gefahr schützen soll, die gar nicht da ist. Masken haben psychisch schädliche Wirkungen beispielsweise bei Kindern in der Schule. Das ist ja fast schon Folter, was den Kindern da angetan wird.“ (Fuldaer Zeitung vom 10.09.2020)

**Fakt 16: Kurzzeitige Kontakte haben keinen negativen Einfluss auf das Infektionsgeschehen. Ausgangsbeschränkungen und Ausgangssperren sind somit weitgehend nutzlos.**

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

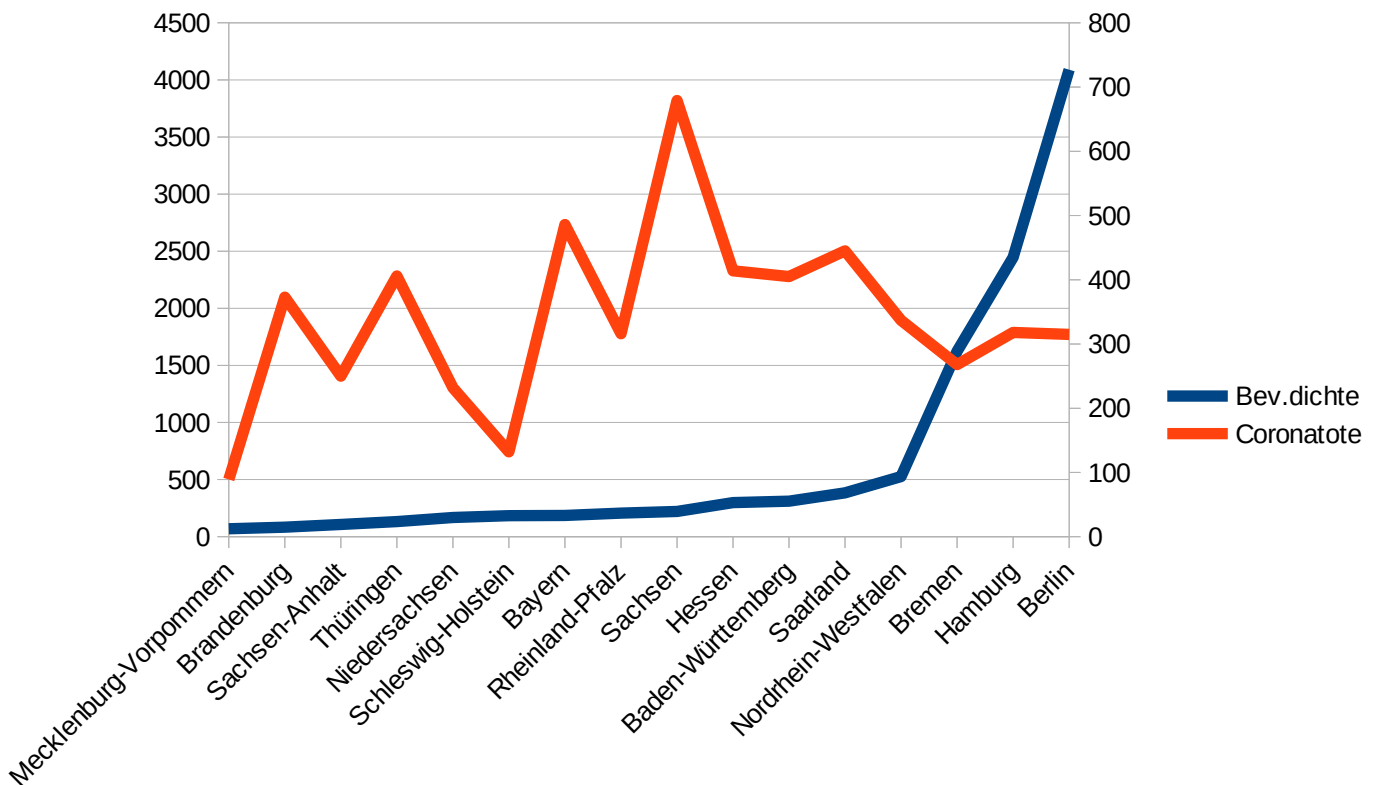
Wenn kurzzeitige Kontakte (auf belebten Plätzen, beim Einkaufen, ...) einen relevanten Einfluss auf die Verbreitung des Virus hätten, müssten z.B. Bundesländer mit einer großen Bevölkerungsdichte anfälliger auf ein steigendes Infektionsgeschehen sein, weil ja zwangsläufig häufiger menschliche Kontakte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

Die folgenden Bilder (Daten aus den Quellen: 28.12.2020

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1242/umfrage/bevoelkerungsdichte-in-deutschland-nach-bundeslaendern/> und <https://interaktiv.tagesspiegel.de/lab/karte-sars-cov-2-in-deutschland-landkreise/>)

stellen für die 16 deutschen Bundesländer die Bevölkerungsdichte (Zahl der Einwohner pro 1 km<sup>2</sup>) und die Zahl der Coronatoten pro 1 Million Einwohner dar.

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



Wenn die Zahl und Häufigkeit von Kontakte einen entscheidenden Einfluss auf das Infektionsgeschehen hätte, müsste die rote Kurve (Zahl der Coronatoten) annähernd gleich verlaufen wie die blaue Kurve (Bevölkerungsdichte). Das Gegenteil ist aber eher der Fall.

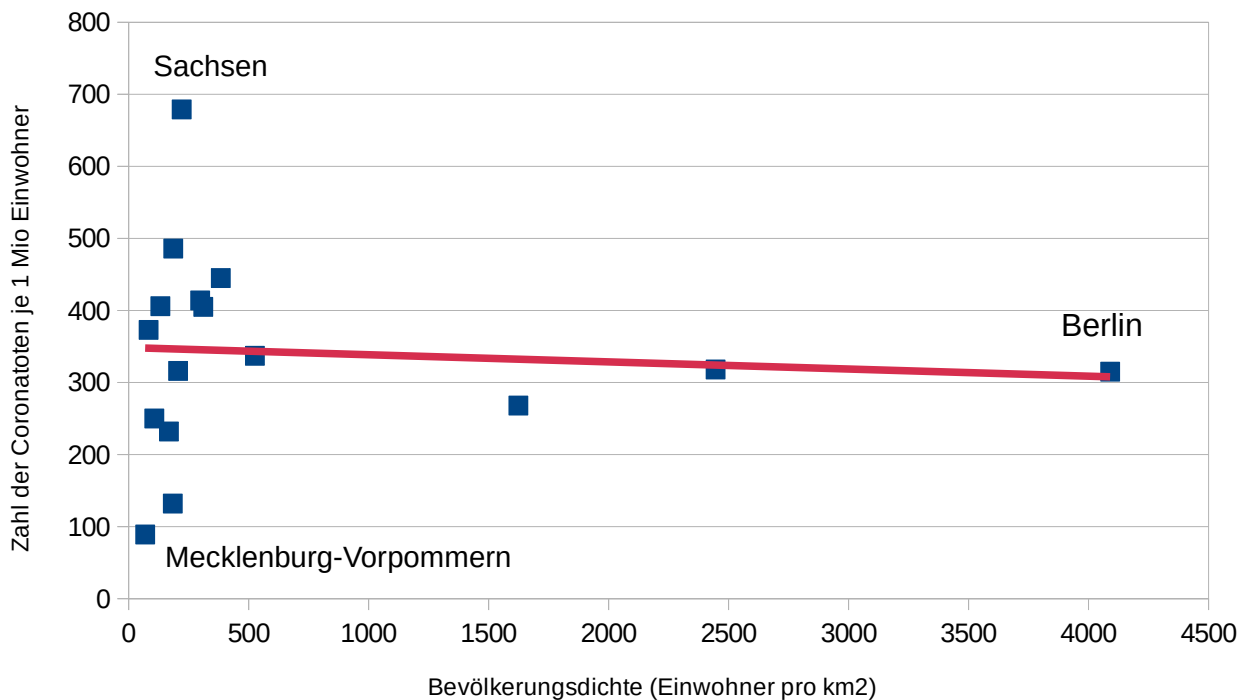
In der Statistik kann man mathematisch den Grad der (linearen) Abhängigkeit zwischen zwei Größen durch den Korrelationskoeffizienten angeben. Das untere Schaubild enthält für jedes Bundesland einen Punkt, der sich aus dem Wertepaar (Bevölkerungsdichte ; Zahl Coronatote) ergibt. Wenn es einen engen statistischen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

Es sind zwei Zeiträume betrachtet worden:

1. Zahl der Coronatoten bis 30.06.20 (nur „erste Welle“)
2. Zahl der Coronatoten bis 27.12.20 (im konkreten Schaubild angegeben).

In beiden Fällen liegt der Korrelationskoeffizient nahe bei Null (konkret: bei 1.  $\rho = -0,07$  ; bei 2.  $\rho = 0,02$ ). D.h., dass in beiden Fällen keinerlei statistischer Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte eines Bundeslandes und der negativen Auswirkung (Coronatote) des Infektionsgeschehen existiert. In der Betrachtung der Zahl der Coronatoten bis 27.12.20 nimmt sogar die Zahl der Coronatoten mit wachsender Bevölkerungsdichte schwach ab.

"Zusammenhang" Bevölkerungsdichte und Zahl Coronatote



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

Nach [https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/MiA\\_Bevoelkerungsschutz\\_201225\\_V1.0.pdf.pdf](https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/MiA_Bevoelkerungsschutz_201225_V1.0.pdf.pdf) sind aus den obigen Feststellungen folgende Schlussfolgerungen zwingend:

1. Die Nähe der Menschen zueinander hat keinen Einfluss auf die Infektionsdynamik.
2. Es sind keine kontakt-begrenzenden Maßnahmen erforderlich !
3. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den erfassten Todesfällen und einem ansteckenden Virus !

# Schlussfolgerungen (aus statistischer Sicht)

## \* Szenario der Regierenden:

- Bundesregierung war im März 2020 völlig unvorbereitet auf den Ausbruch einer Pandemie (siehe Einschätzung : Global Health Security Index von April 2020, weltweit 67. Platz mit 12 von 100 Punkten, entspricht Schulnote 6);
- Überreaktion → Shutdown ; **Unfähigkeit zu Fehlerkorrektur**  
→ **grob fahrlässiger Fehlalarm**
- Hauptproblem: Die Regierung hätte es besser wissen können, ja sogar wissen müssen: Es haben viele renommierte Wissenschaftler eine realistischere Einschätzung gegeben.  
Diese Experten wurden nicht nur nicht gehört, sondern sogar diffamiert.

## \* Fragen:

Warum

- dann die Vernichtung vieler wirtschaftlicher Existenzen ,
  - die verantwortungslose Inkaufnahme von Toten durch die Verschiebung notwendiger Operationen
  - die völlig überzogenen Maßnahmen in der Einschränkung der Freiheitsrechte, beispielsweise gegenüber der Kirche (wie wohl seit dem Augsburger Frieden 1555 nicht mehr) und gegen das Versammlungsrecht ???
  - Warum hat es überhaupt keine Folgen, wenn (damals schon klar erkennbare) Fehlentscheidungen jetzt zugegeben werden müssen (Gundesgesundheitsminister Spahn) ?
- \* aus dem Papier „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ des Koalitionsausschuss vom 3. Juni 2020:  
Punkt „53. Die Corona-Pandemie endet, wenn ein Impfstoff für die Bevölkerung zur Verfügung steht.“  
→ Eines der dümmsten Sätze der Politik
- \* Vieles erinnert fatal, nicht nur an 1989, sondern an 1933. Dieses Mal ist ein Krankheits-Virus, damals war es ein ideologisches Virus.  
Die Manipulation klappte in beiden Fällen durch Angst und Falschmeldungen.

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

## \* Schlussfolgerung:

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

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

→ **Protest ist Bürgerpflicht**