Sachliche Grundlagen zur pandemischen Lage, Begründung des Tatbestands „Pandemieverbrechen“

Um zu untermauern, dass es sich bei der pandemischen Lage nicht um eine „Natur- oder Umweltkatastrophe“, sondern um eine orchestrierte exekutive Selbstermächtigung handelt, möchte ich einige Statistiken und Einzelnachweise des Jahres 2020 vorstellen.

Quellen und Einzelnachweise werde ich auf folgender Internetseite hinterlegen:

http://grolo.de/?p=1099

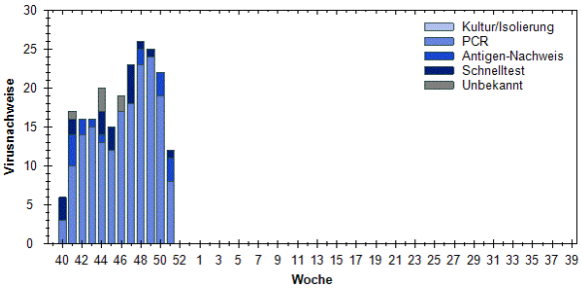
Dort werden die Quellen in eckigen Klammern hinterlegt.

1 Infektionsrate und PCR-Test

Beginnen wir bei den sogenannten Infektionsrate. Die behauptete Infektionsrate, die auch die Grundlage für die COVID-bedingte Sterberate, die Inzidenzwerte, den COVID-19 Anteil der Intensivbettenbelegung und Quarantänemaßnahmen ist, zeigt keine Infektionen an.

Grundlage für diese Infektionsrate ist einer von mehreren möglichen biochemischen Nachweisen (Einzelnachweise [5], http://grolo.de/?p=1058):

- Echtzeit-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR)
- Antikörpertests
- Antigentests
- Schnelltests (ebenfalls Antigentests)
- Kulturisolierung

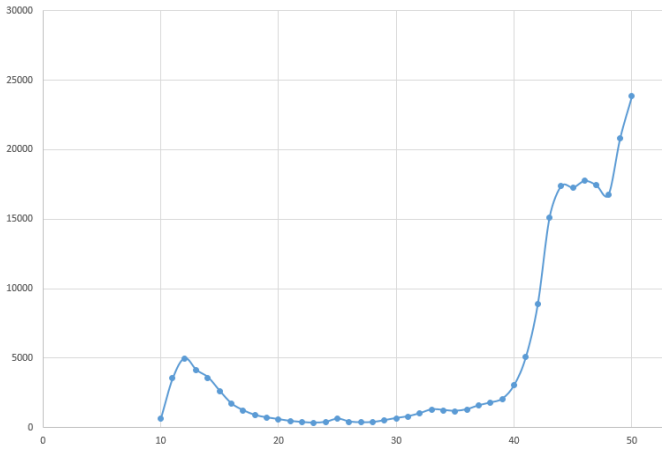


KW 50 /2020, Quelle: RKI

Diese Verfahren können auf einer logarithmischen Skala zwar eine Virenlast messen, vermögen es aber nicht eine Infektion anzuzeigen. Hinzu kommen mögliche Kreuzreaktionen und Sekundärreaktionen durch Kontaminierung. Insbesondere bei dem ab August 2020 durchgeführte Häufigkeit des RT-PCR-Testverfahrens. (Nachweise: [4])

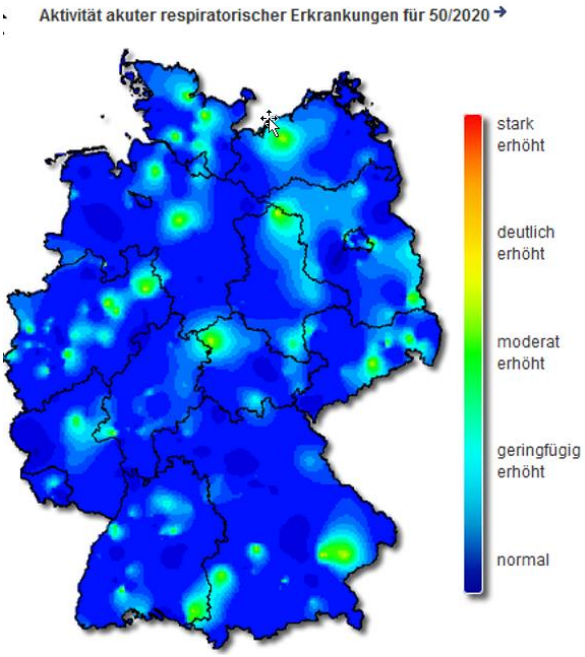
Weiterhin sind die gewählten Testverfahren für diagnostische Einzelnachweise nicht geeignet. (Nachweise: [4]), werden aber dazu verwendet, Quarantänen zu verordnen (vgl. §239, Freiheitsberaubung).

Im Ergebnis ist zu erkennen, dass der Verlauf der positiven Testfälle in keinerlei Zusammenhang zu wirklichen Erkrankungen steht. Die folgende Kurve zeigt den Verlauf der PCR-Tests bis zu KW 50/2020:



KW 50 /2020, Quelle: RKI, Auswertung in Eigenarbeit

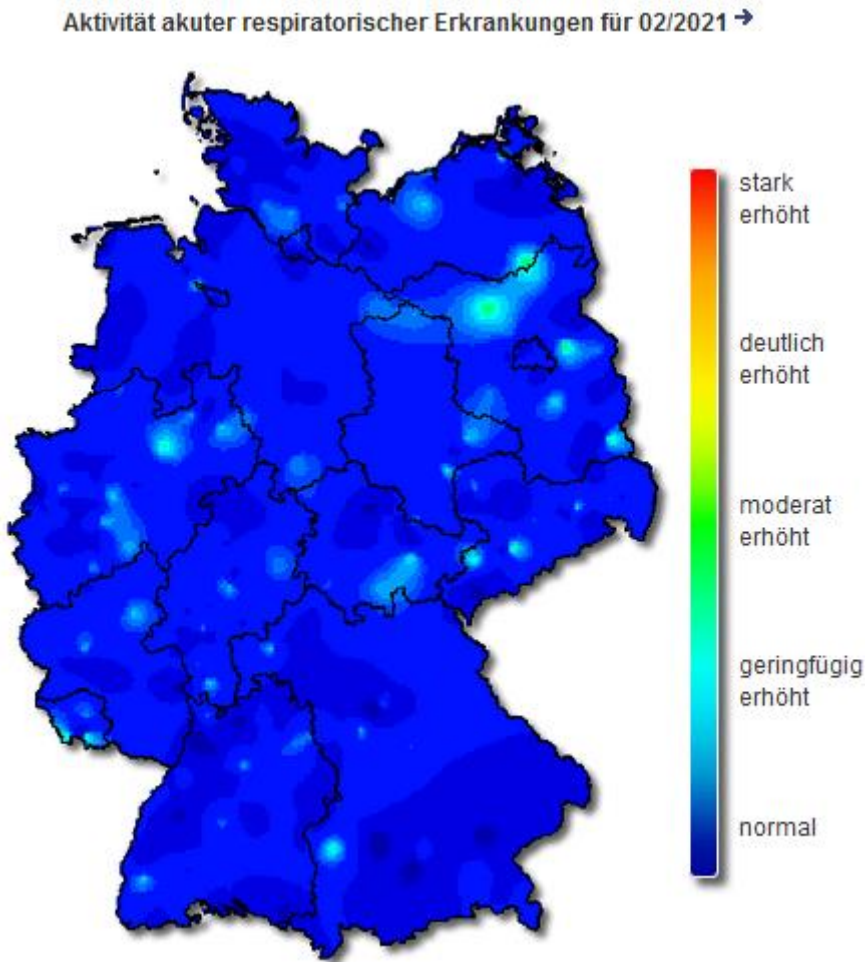
Zu erwarten wäre ein deutlich messbares Krankheitsgeschehen im Falle der Atemwegserkrankungen zu Kalenderwoche 50. Dies zeigt sich jedoch nicht.



KW 50 /2020, Quelle: [2]

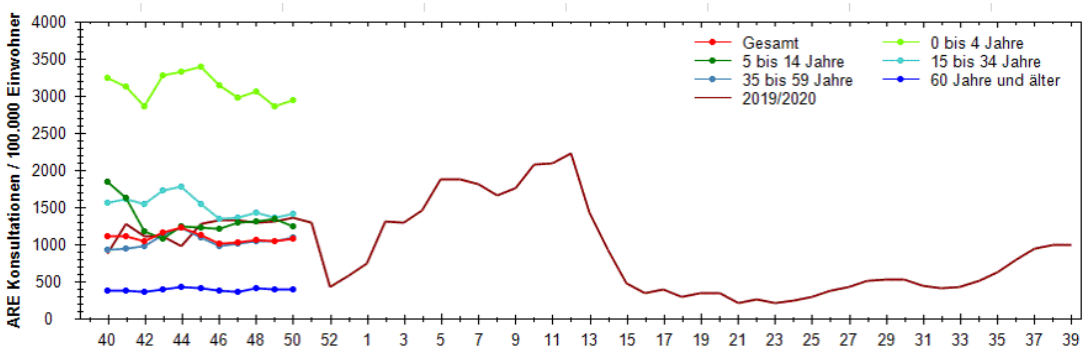
Bereits ab KW45/2020 verweilte der Wert der positiv getesteten Fälle nahezu konstant knapp über 120000. Die Anzahl der durchgeführten Tests lag zu diesem Zeitpunkt bei 1.6 Mio/Woche. (7.84 % Positivrate).

Aktuell sind keine erhöhten Atemwegserkrankungen zu erkennen:



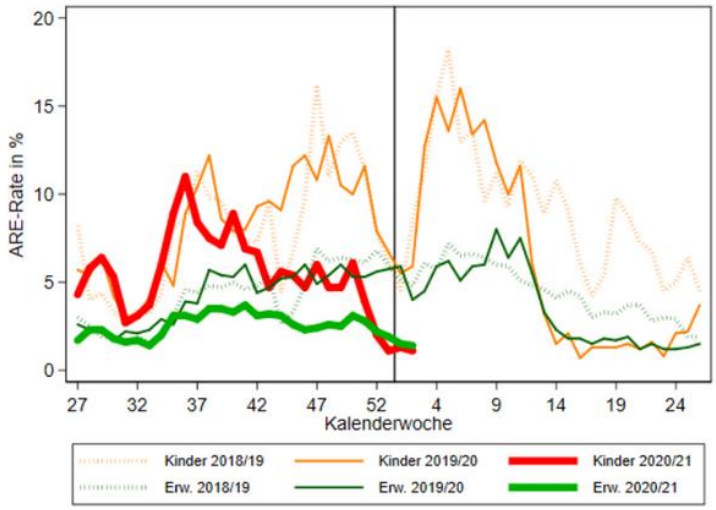
KW 20/2929, Quelle: [1], RKI

An der Kurve der Atemwegserkrankungen kann jedoch keine bedrohliche Situation abgelesen werden (rote Kurve):



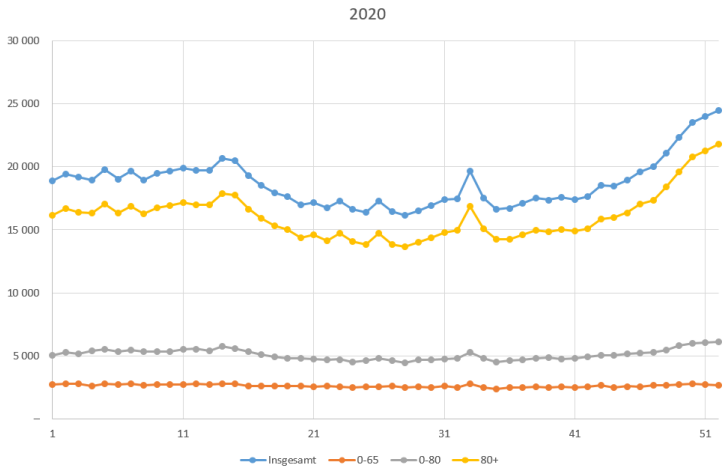
KW 50 /2020, Quelle: RKI

Auch neuste Auswertungen liefern keine alarmierende Situation:



KW 50 /2020, Quelle: [3]

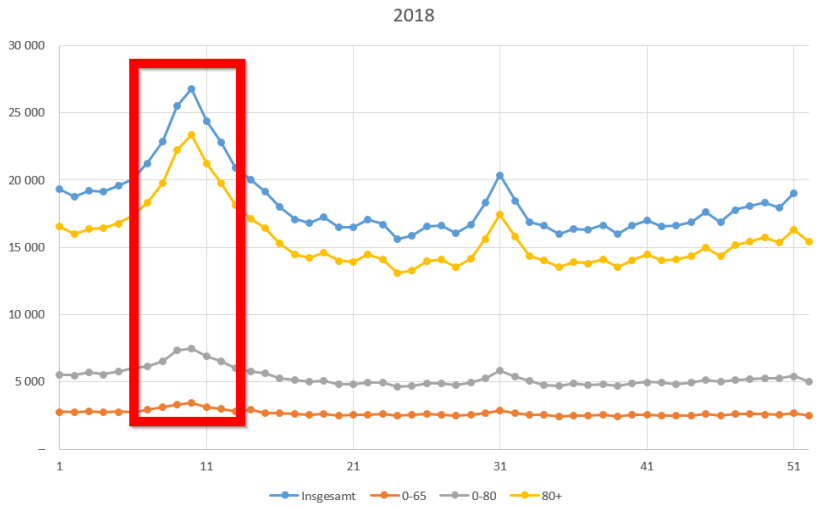
Lediglich der Sterbeverlauf liefert ab KW 42/2020 einen Anstieg:



Quelle: http://grolo.de/?p=1091 , Downloadlink Jan2021_5

Bei genauerer Betrachtung ist dieser Anstieg auf Altersgruppen über 80 beschränkt. In allen weiteren Altersgruppen zeigt sich dieser Anstieg nicht.

Im Gegensatz hierzu zeigte sich die Influenza aus dem Jahr 2018 aber sehr wohl in den jüngeren Altersgruppen:



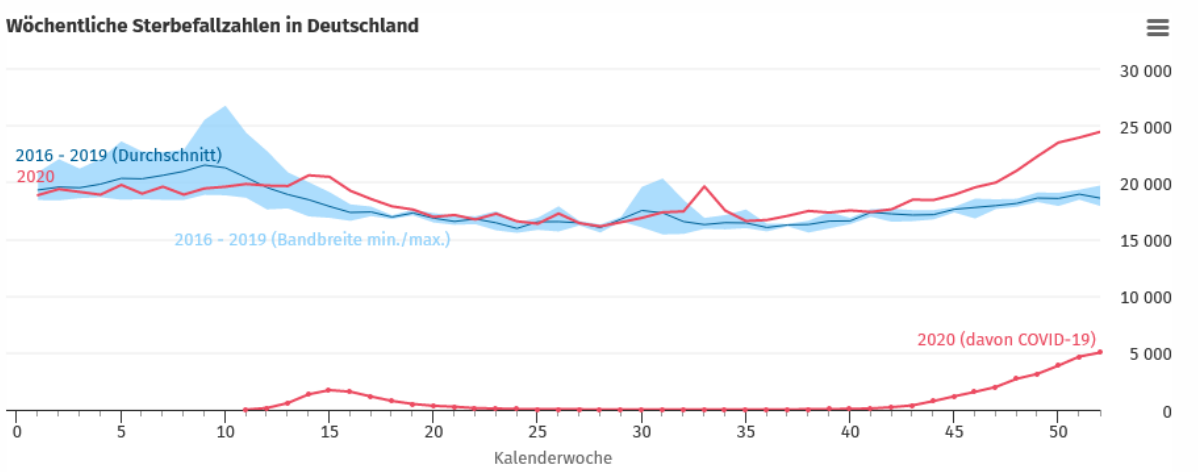
Quelle: http://grolo.de/?p=1091 , Downloadlink: Jan2021_5, Daten des stat. Bundesamtes

Diesen Anstieg der Sterblichkeit ab KW41 werden wir im weiteren Fortgang noch behandeln.

Wegen der hier dargestellten Diskrepanz zwischen 2020 und 2018 ist nicht davon auszugehen, dass die erhöhte Sterblichkeit in 2018 , bei den über 80 Jährigen, das Resultat einer pandemischen Lage ist, sondern dass sie anders erklärt werden muss.

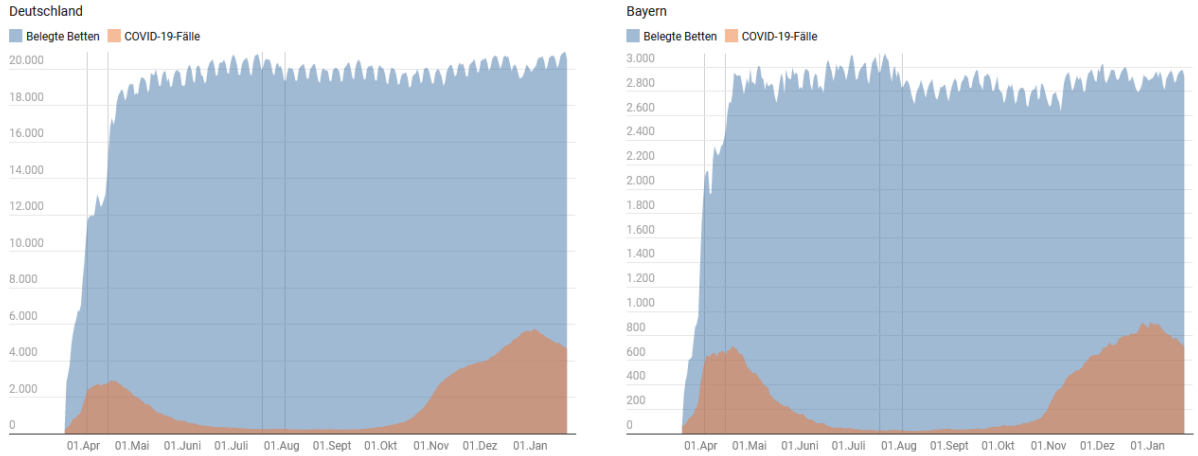
An Covid verstorbene oder die Belegung der Krankenhausbetten können nicht als Messlatte herangezogen werden, da die Klassifizierung der Todesursache „An Covid verstorben“ ja auf den hier genannten Messmethoden beruht. Wie aufgezeigt wurde (insbesondere in der Quelle [4]) ist insbesondere das verwendete RT-PCR Testverfahren kein zuverlässiges und damit kein qualifiziertes Messverfahren, um eine pandemische Lage festzustellen.

Die hieraus abgeleiteten Todes- oder Krankenhausbelegungsstatistiken sind daher ebenfalls nicht aussagekräftig:



Die untere Linie (an Covid verstorben) basiert auf den mangelhaften Testmethoden und ist daher nicht aussagekräftig. Quelle [7]

Selbiges gilt für die belegten Intensivbetten:



Die untere Kurve zeigt die Patienten, die mit positivem Covid-Test auf den Intensivstationen liegen. Quelle: [8]

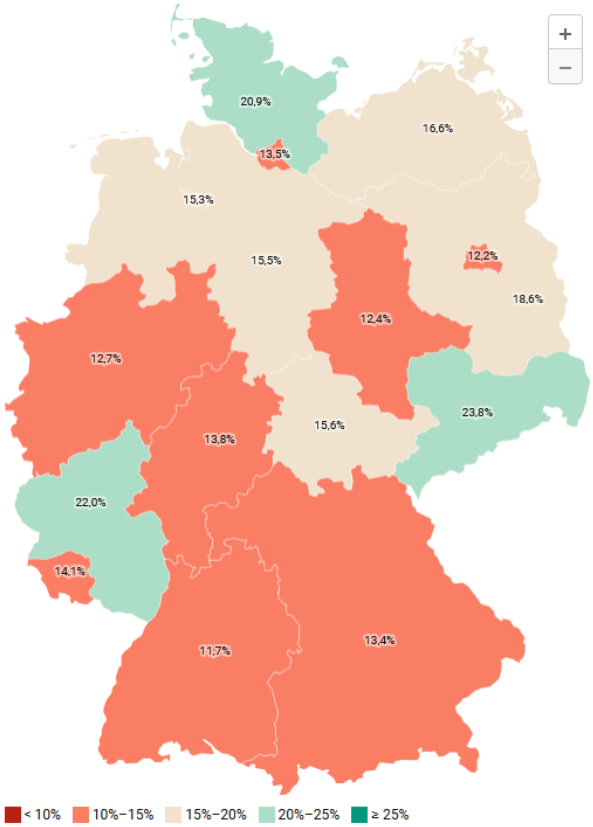
Beide Statistiken können also nicht als Nachweis für die Zuverlässigkeit oder die mangelnde Zuverlässigkeit des PCR-Tests herangezogen werden, da sie ja auf den angewandten Testverfahren, wovon der RT-PCR-Test den größten Anteil ausmacht, herangezogen werden.

Fazit:

Halten wir also fest, dass abgesehen von einer erhöhten Sterberate (deren mögliche Ursachen noch weiter hinten genannt werden sollen), es mehrfach Anzeichen dafür gibt, dass der Verlauf der positiv getesteten PCR-Fälle keinen Bezug zu anderen realen Erkrankungskennwerten aufweist.

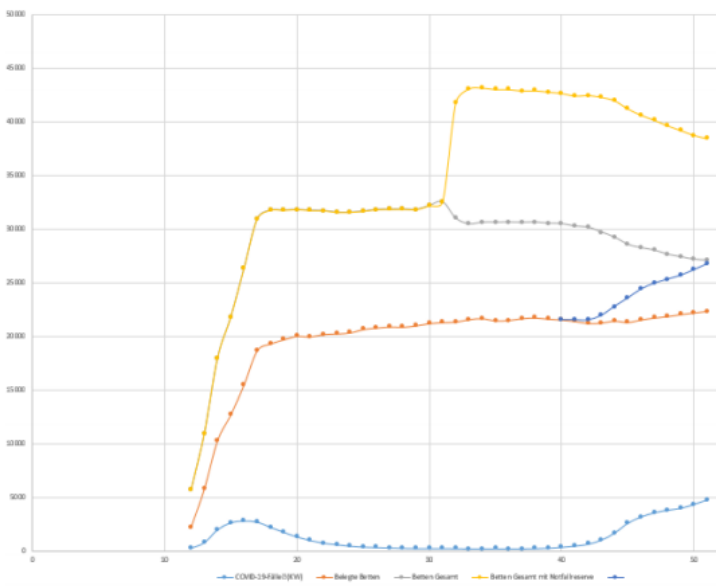
2 BELEGUNG DER INTENSIVBETTEN, VERKNAPPUNGSSITUATION

Derzeit gibt es im Intensivbereich der Krankenhäuser eine Verknappung.



Anteil der freien Betten an der Gesamtzahl der Intensivbetten
KW 4/2021, Quelle: https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/kartenansichten

Um zu untersuchen, ob die Ursache dieser Verknappung die behauptete Pandemie ist, muss man sich den zeitlichen Verlauf der Krankenhausbbetten ansehen:



Die gelbe Kurve zeigt die Gesamtzahl der Betten incl. Notreserve.

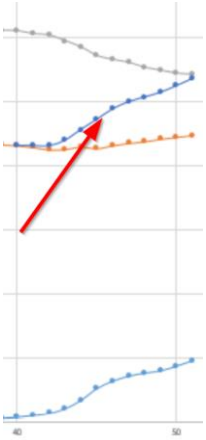
Die graue Kurve zeigt die maximale Anzahl der verfügbaren Intensivbetten.

Die orange Kurve zeigt die belegten Intensivbetten.

Die blaue Linie ganz unten zeigt den Anteil der Patienten mit positivem COVID-Test.

Quelle: [9], DIVI-Intensivregister, Eigenauswertung

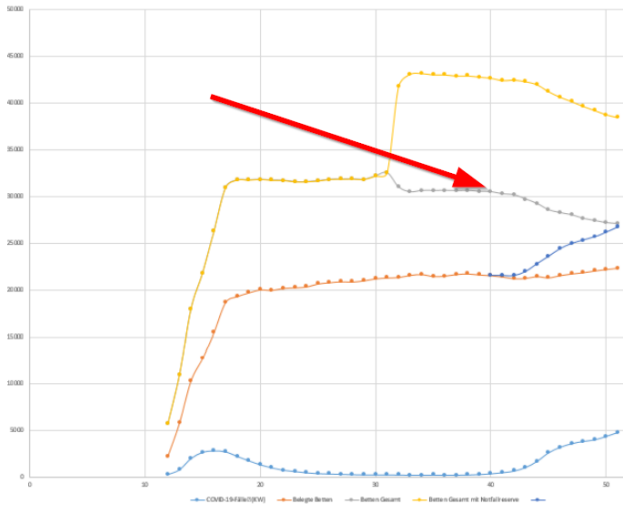
Interessant ist der von mir angehängte Ausschnitt:



Die hier künstlich eingezeichnete Kurve spiegelt den Verlauf wieder, der sich ergeben würde, wenn die COVID-Erkrankung für eine erhöhte Auslastung der Betten verantwortlich wäre. Die Kurve müsste im nahezu gleichen Maß ansteigen, wie der Anteil der COVID-Patienten. Dies ist aber nicht der Fall.

Das bedeutet, dass COVID-19 nicht für die Verknappung der Intensivbetten verantwortlich sein kann, denn der Verlauf der orangenen Linie ist für die Jahreszeit durchaus normal.

Was ist denn dann aber die Ursache für die Verknappung der Intensivbetten?



Die graue Linie zeigt die Anzahl der verfügbaren Intensivbetten. Diese geht seit ca. August 2020 sukzessive zurück, ebenso wie die Notreserve (gelbe Linie).

Die Anzahl der Intensivbetten macht keinen Sinn, wenn man, wie im Sommer 2020 angekündigt, eine „zweite Welle“ erwarten würde.

Der Abbau der Intensivbetten hat also einen anderen Grund. Natürlich könnte man an dieser Stelle mit wirtschaftlichen Gründen argumentieren oder damit, dass die Zuschüsse für das Bereithalten von Intensivbetten zurückgehen. Dies ist angesichts der unter dem Deckmäntelchen der Pandemie durchgeführten Maßnahmen und der großzügigen Gelddruck- und Geldvergabepolitik, keine brauchbare Erklärung.

Würde es um das Funktionieren des Gesundheitssystems gehen, dann würde man zumindest so viel Aufwand für den Erhalt der Krankenhausbetten betreiben, wie der Aufwand, der für die PCR-

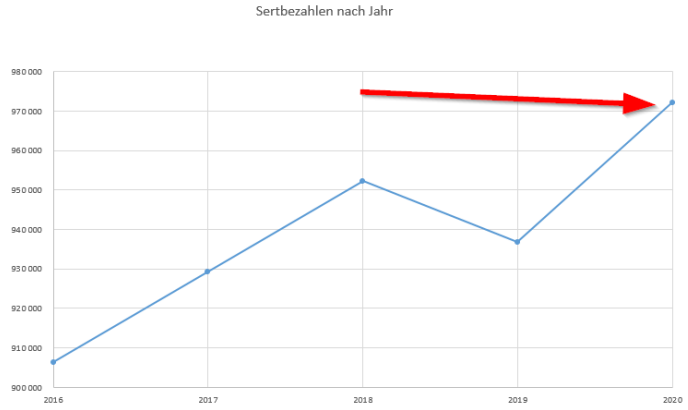
Testungen oder die Bereitstellung der Impfstoffe betrieben wird. In den letzten genannten Fällen scheinen Geld und Manpower ja auch keine Rolle zu spielen.

Es ist zwar spekulativ, aber ich kann an diesem Abbau der Intensivbetten nur Vorsatz erkennen. Wenn man durch den Mangel an Angebot Verknappung schafft, dann lässt sich das Argument „Überlastung des Gesundheitssystems“ politisch und medial besser verkaufen.

Der Verlauf der Intensivbetten ist zwar kein Beweis, aber durchaus ein deutliches Indiz dafür, dass die Pandemie verkauft oder argumentiert werden muss, da es ansonsten keine Anzeichen für eine Pandemie gibt. So zumindest mein Eindruck.

3 Sterbevelrauf in Deutschland

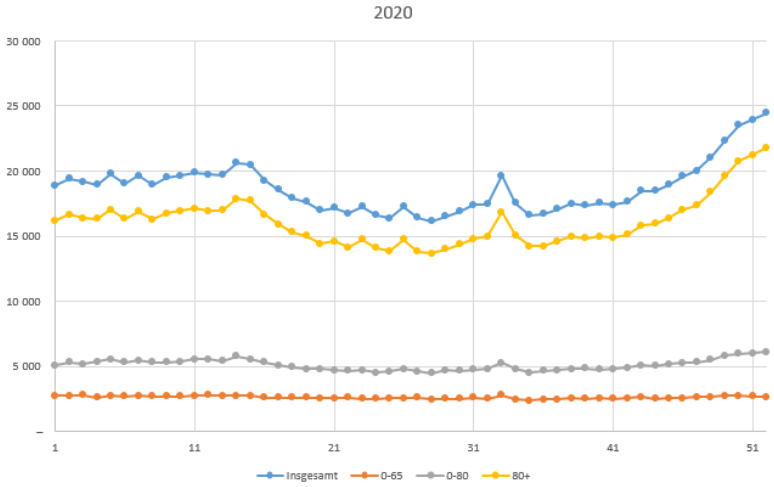
Bei Betrachtung der absoluten Zahlen ergibt sich für das Jahr 2020 eine deutliche Übersterblichkeit für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland.



Quelle: [10]

Mit 972155 Sterbefällen ist, nach absoluter Betrachtung, das Jahr 2020 der Spitzenreiter seit 2016.

Wie bereits zu den PCR-Tests erwähnt, gibt es jedoch bei den Sterbezahlen in 2020 einige Auffälligkeiten, insbesondere gegenüber 2018:



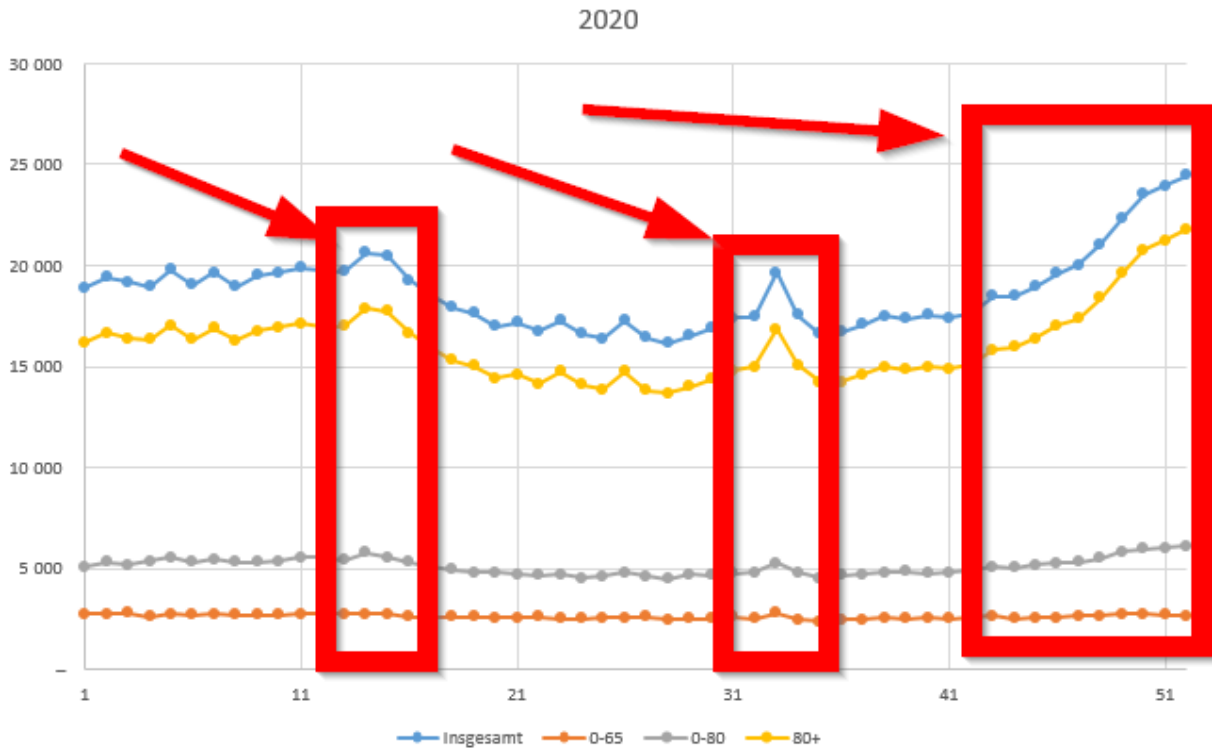
Die blaue Kurve stellt den Verlauf der Gesamtsterblichkeit dar.

Die gelbe Kurve stellt den Verlauf der Sterblichkeit der über 80-jährigen dar.

Die graue Kurve zeigt den Sterbeverlauf der 0-80-jährigen und die graue Kurve den Sterbeverlauf der 0-65-jährigen.

Quelle: [10]

Wie man deutlich sieht, wirkt sich die erhöhte Sterblichkeit im Herbst/Winter 2020 nahezu ausschließlich auf die über 80-jährigen aus. Wie Pressemeldungen zu entnehmen ist, ist die Sterblichkeit in Altenheimen besonders hoch.



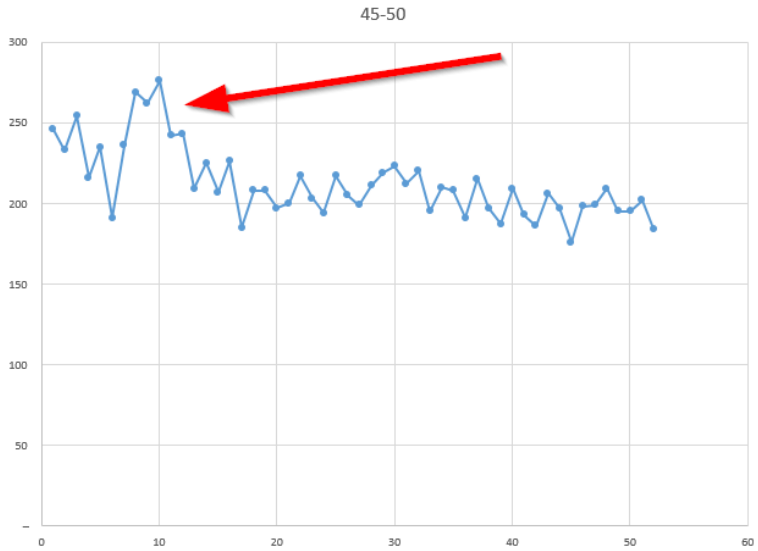
Die linke rote Marke zeigt den Sterbeverlauf während des ersten Lockdowns im März/April 2020.

Die mittlere rote Marke zeigt den Sterbeverlauf während der Hitzewelle im Sommer. Hier ist auch zu sehen, dass sich die Hitzewelle auch auf die 0-65-jährigen auswirkt.

Die rechte rote Marke zeigt den Sterbeverlauf ab Herbst 2020. Hier ist die Übersterblichkeit im Alter über 80 Jahren ganz deutlich sichtbar.

Vergleichen wir dies mit der Influenza aus dem Jahr 2018:

Im Gegensatz zum Herbst 2020 zeigt sich die Influenza 2018, sowie auch die Hitzewelle im Sommer, ganz deutlich bei den 0-65-jährigen. Bei genauer Betrachtung ist sie sogar bei den 45-50 jährigen sichtbar:

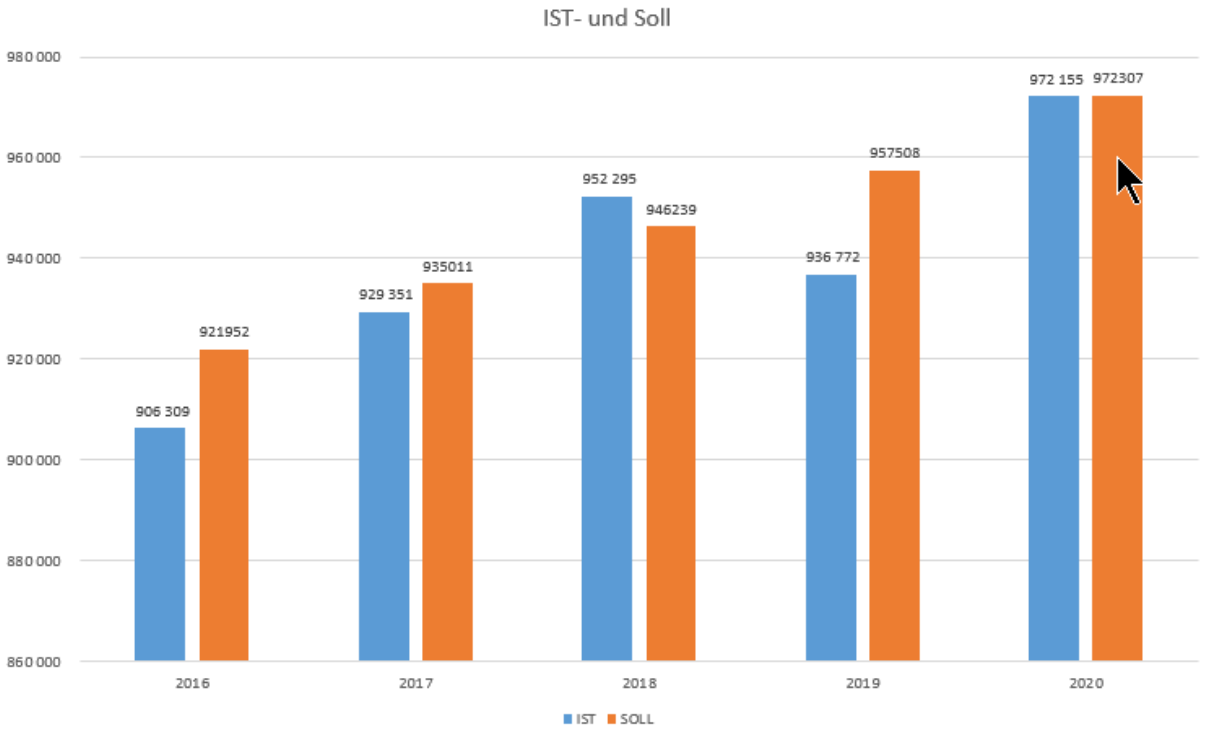


Quelle: [10]

Dies ist im Herbst/Winter 2020 jedoch nicht zu beobachten.

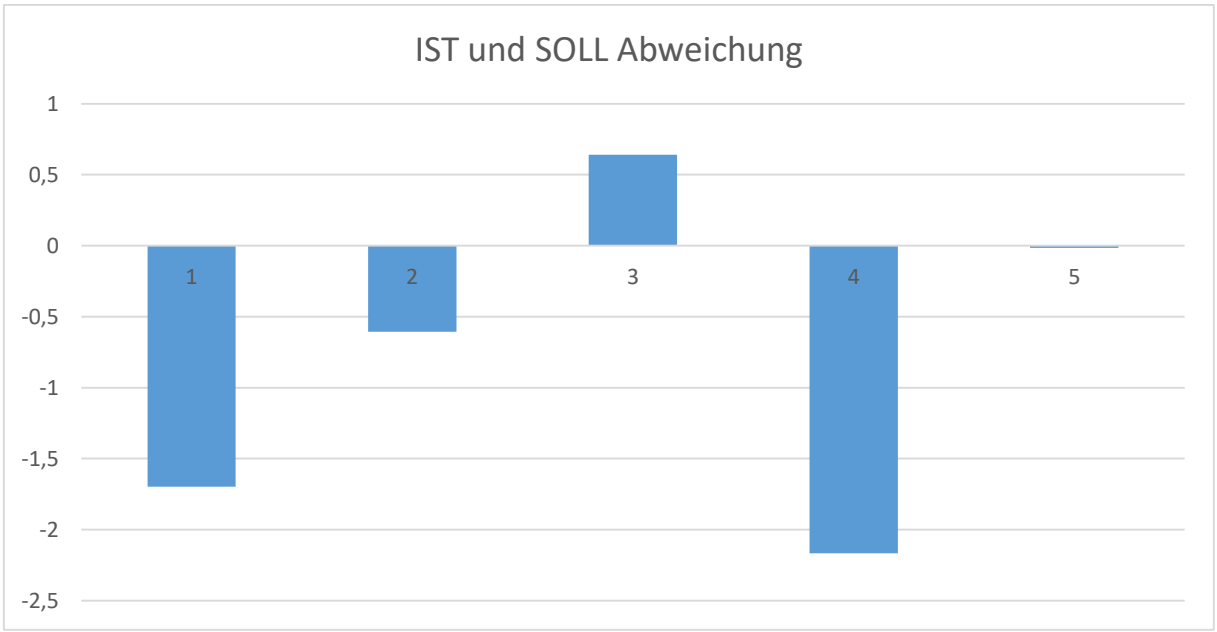
Des Weiteren ist Verlauf der Absolutzahlen problematisch, da er die Demographie, und somit den erwarteten Sterbeverlauf, nicht berücksichtigt.

Sieht man sich die Erwartungswerte des Sterbeverlaufs an, und vergleicht dies mit den Ist-Zahlen, dann erhält man folgende Grafik:



Quelle: [10], Sollzahlen: [11]

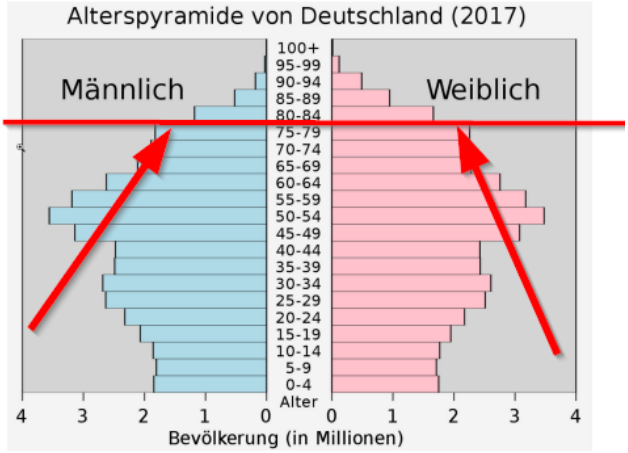
Als Abweichung des Ist-Werts vom Sollwert ergibt sich hierbei folgendes Diagramm.



Quelle: [10], Sollzahlen: [11]

Gegenüber dem Erwartungswert ergibt sich als für das Jahr 2020 eine geringfügige Untersterblichkeit, anstelle einer Übersterblichkeit. (siehe auch: [9])

Deutlich wird dies auch, wenn man sich die Alterspyramide für Deutschland ansieht:



Quelle: [10], Alterspyramide aus 2017

Aus dieser Alterspyramide geht deutlich hervor, dass in den Altersstufen von 50 bis 79 (heute 54 bis 83) Jahren eine deutliche Zunahme der Altersstufen zu beobachten ist, d.h. eine Überalterung der Gesellschaft. Dieser Trend hält an bis zu den 50-jährigen. Unterhalb der 50-jährigen ist deutlich der sogenannte Pillenknick zu sehen.

Dies bedeutet, dass lt. Erwartung die Sterblichkeit in Deutschland in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. Dieser Trend wird anhalten bis etwa 2050, wenn die jetzt unter 50-Jährigen (Pillenknickgeneration) in das Alter der durchschnittlichen Lebenserwartung kommen. Erst ab 2050 ist als ein deutlicher Rückgang der Sterberaten zu erwarten.

Bis dorthin werden die Sterberaten deutlich ansteigen.

Um also dem demographischen Wandel gerecht werden zu können, dürfen die jährlichen Sterberaten nicht absolut betrachtet werden, sondern sie sind in den Kontext der demographischen Entwicklung zu setzen.

Für ganz Europa wird dies von Samuel Eckert durchgeführt. (Siehe [12])

Im Ergebnis ist 2020 bei Betrachtung der Gesamtsterblichkeit das tödlichste Jahr innerhalb der Jahre von 2012 bis 2020.

KW	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Covid-19	† 2020 – Ø *
1-4	es liegen für 2012 bis 2015 keine wöchentlichen Werte vor				74.240	86.307	76.470	76.524	76.457	0	-1.928
5-8					73.992	91.333	83.786	80.292	77.425	0	-4.926
9-12					75.611	76.337	99.474	80.054	78.758	55	-4.111
13-16					71.348	68.297	78.101	73.174	80.143	4.239	7.413
17-20					68.184	69.185	67.596	69.417	71.082	3.620	2.487
21-24					64.148	65.286	65.848	67.976	67.776	873	1.962
25-26					32.609	32.895	32.412	34.557	33.669	170	551
27-28					32.401	32.027	32.692	32.871	32.586	106	88
29-32					64.068	64.925	73.891	70.060	68.273	133	37
33-36					65.622	63.798	65.892	65.822	70.540	129	5.257
37-40					64.666	66.062	65.534	67.104	69.504	204	3.663
41-44					70.192	68.430	67.048	70.194	72.049	952	3.083
45-48					72.430	70.518	70.322	73.217	79.597	5.642	7.975
49-52					76.798	73.951	73.229	75.510	94.296	13.655	19.424
Bevölk.	80.328	80.524	80.767	81.198	82.176	82.522	82.792	83.019	83.167	x1.000 (Bevölkerung)	
1-26	442.899	472.383	431.984	487.074	460.132	489.640	503.687	481.994	485.310	8.957	1.447
27-52	426.683	421.442	436.372	438.126	446.177	439.711	448.608	454.778	486.845	20.821	39.527
1-52	869.582	893.825	868.356	925.200	906.309	929.351	952.295	936.772	972.155	29.778	40.973
/HTsd.	1.083	1.110	1.075	1.139	1.103	1.126	1.150	1.128	1.169	35,8	54,6
Rate	10,83	11,10	10,75	11,39	11,03	11,26	11,50	11,28	11,69	Sterberate / 1.000	
Rang	8	6	9	3	7	5	2	4	1	(*) Differenz Vorjahresmittelwert	

Quelle: [12]

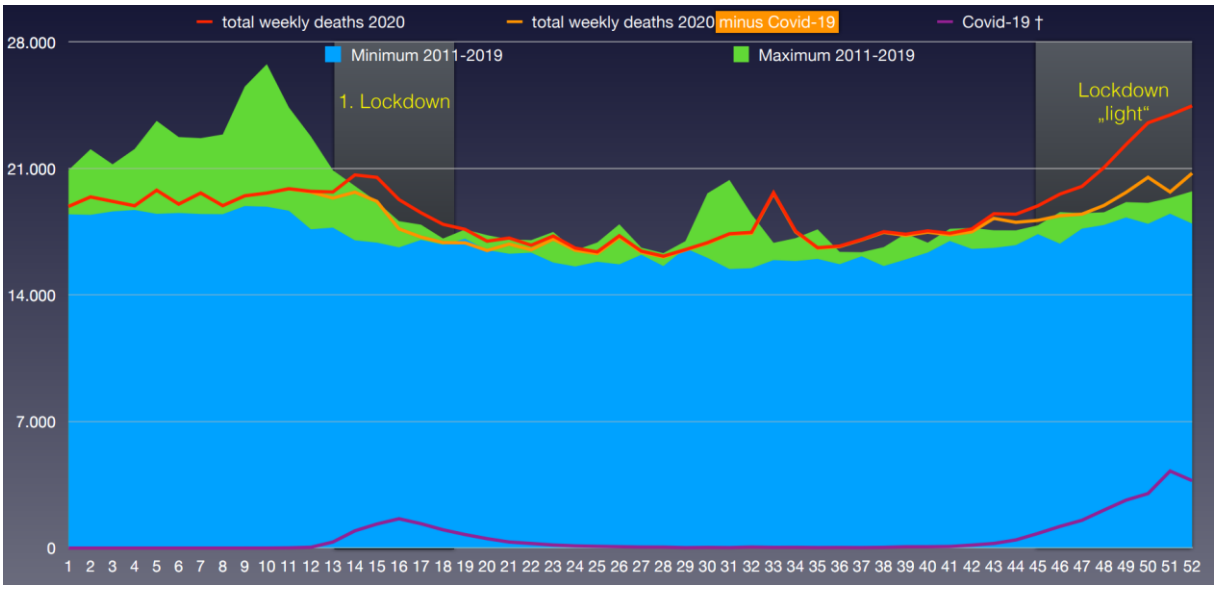
Bereinigt nach Demographie (bei Betrachtung des Gesamtäquivalents) ist 2020 jedoch das Jahr mit der zweitniedrigsten Sterblichkeit seit 2012.

verstorben	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Covid-19	Rang ↓
0–9 Jahre	2.923	2.991	2.938	3.119	3.449	3.266	3.281	3.228	3.092	10	6
10–19 Jahre	1.345	1.287	1.246	1.310	1.311	1.199	1.259	1.188	1.082	3	9
20–29 Jahre	3.628	3.488	3.382	3.601	3.356	3.239	3.256	3.092	3.017	29	9
30–39 Jahre	5.795	6.053	5.962	6.401	6.371	6.442	6.455	6.512	6.735	67	1
40–49 Jahre	22.284	21.363	19.883	19.490	18.557	17.028	16.577	15.505	15.480	213	9
50–59 Jahre	56.609	58.216	57.285	59.154	58.679	57.795	58.943	56.823	56.775	861	8
60–69 Jahre	98.071	100.276	97.740	104.410	107.755	110.086	114.922	114.206	116.870	2.436	1
70–79 Jahre	220.466	227.291	221.805	227.795	216.055	214.168	212.188	202.435	198.925	6.177	9
80–89 Jahre	315.346	320.812	307.596	332.013	325.392	338.188	349.797	349.305	373.075	14.333	1
90 Jahre und älter	142.922	152.048	150.519	167.907	165.384	177.940	185.617	184.478	197.104	6.795	1
verstorben gesamt	869.389	893.825	868.356	925.200	906.309	929.351	952.295	936.772	972.155	30.924	1
Einwohneranteil	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Änderung	
0–9 Jahre	6.883.912	6.874.551	6.898.052	6.977.889	7.185.460	7.370.373	7.488.994	7.588.635	7.688.346	11,7 %	
10–19 Jahre	7.917.040	7.846.457	7.784.877	7.775.622	7.885.630	7.851.064	7.763.332	7.705.657	7.642.156	-3,5 %	
20–29 Jahre	9.677.484	9.678.560	9.708.457	9.753.154	9.975.559	9.940.787	9.900.594	9.800.607	9.682.902	0,1 %	
30–39 Jahre	9.459.400	9.527.142	9.665.074	9.832.697	10.119.604	10.279.113	10.453.462	10.646.445	10.784.930	14,0 %	
40–49 Jahre	13.165.390	12.822.724	12.365.493	11.906.703	11.513.792	11.081.898	10.731.644	10.426.257	10.182.384	-22,7 %	
50–59 Jahre	11.789.672	12.069.553	12.397.750	12.709.784	12.993.405	13.207.433	13.369.561	13.474.166	13.447.540	14,1 %	
60–69 Jahre	8.816.314	8.929.719	9.019.345	9.161.871	9.533.940	9.844.581	10.086.747	10.302.411	10.506.803	19,2 %	
70–79 Jahre	8.349.516	8.449.321	8.562.055	8.535.519	8.239.091	8.004.494	7.847.332	7.685.929	7.550.515	-9,6 %	
80–89 Jahre	3.680.319	3.695.563	3.709.780	3.854.880	4.011.112	4.192.313	4.380.651	4.594.163	4.858.088	32,0 %	
90 Jahre und älter	588.853	630.156	656.580	689.418	718.091	749.597	770.034	794.943	823.047	39,8 %	
Summe Einwohner	80.327.900	80.523.746	80.767.463	81.197.537	82.175.684	82.521.653	82.792.351	83.019.213	83.166.711		
verstorben /Altersgr.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		Rang ↓
0–9 Jahre	0,042 %	0,044 %	0,043 %	0,045 %	0,048 %	0,044 %	0,044 %	0,043 %	0,040 %		9
10–19 Jahre	0,017 %	0,016 %	0,016 %	0,017 %	0,017 %	0,015 %	0,016 %	0,015 %	0,014 %		9
20–29 Jahre	0,037 %	0,036 %	0,035 %	0,037 %	0,034 %	0,033 %	0,033 %	0,032 %	0,031 %		9
30–39 Jahre	0,061 %	0,064 %	0,062 %	0,065 %	0,063 %	0,063 %	0,062 %	0,061 %	0,062 %		5
40–49 Jahre	0,17 %	0,17 %	0,16 %	0,16 %	0,16 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,037 %	8
50–59 Jahre	0,48 %	0,48 %	0,46 %	0,47 %	0,45 %	0,44 %	0,44 %	0,42 %	0,42 %		8
60–69 Jahre	1,11 %	1,12 %	1,08 %	1,14 %	1,13 %	1,12 %	1,14 %	1,11 %	1,11 %		7
70–79 Jahre	2,64 %	2,69 %	2,59 %	2,67 %	2,62 %	2,68 %	2,70 %	2,63 %	2,63 %		6
80–89 Jahre	8,57 %	8,68 %	8,29 %	8,61 %	8,11 %	8,07 %	7,99 %	7,60 %	7,68 %		8
90 Jahre und älter	24,3 %	24,1 %	22,9 %	24,4 %	23,0 %	23,7 %	24,1 %	23,2 %	23,9 %		5
Anteil gesamt	1,08 %	1,11 %	1,08 %	1,14 %	1,10 %	1,13 %	1,15 %	1,13 %	1,17 %		1
Gesamtäquivalent 2020	1,24 %	1,25 %	1,20 %	1,24 %	1,19 %	1,20 %	1,20 %	1,16 %	1,17 %		8
Rang	3	1	6	2	7	5	4	9	8		

Quelle: [12]

Die undifferenzierte Art und Weise, wie in Politik und Medien über die Sterblichkeit in 2020 berichtet wird, zeigt, dass man nicht wirklich an einer neutralen, sachlichen Beurteilung der „Pandemischen Lage“ interessiert ist. Anzeichen für eine Pandemie zeigen sich, jedenfalls nach Bereinigung der Demographie, nicht.

Ganz deutlich fällt allerdings die Koinzidenz der hohen Sterblichkeitsraten im zeitlichen Verlauf des Jahres 2020 auf.



Quelle: [12]

An dieser Stelle muss die Frage erlaubt sein, ob der Lockdown eine Folge der (erwarteten) hohen Sterblichkeit ist, oder ob in etwa die Sterblichkeit eine Folge des Lockdowns ist.

Es liegt nach Sichtung der bisherigen Zahlen der Verdacht nahe, dass es sich bei der saisonal erhöhten Sterblichkeit ab Herbst 2020, aber ggf. auch schon im April 2020, um ein Verbrechen handelt.

Während man im März/April 2020 noch die Neuartigkeit der Situation und hiermit in Zusammenhang stehende Fehler für die zeitlich begrenzte, mild verlaufende, Übersterblichkeit verantwortlich machen kann, so ist für den Herbst 2020 Vorsatz sehr naheliegend.

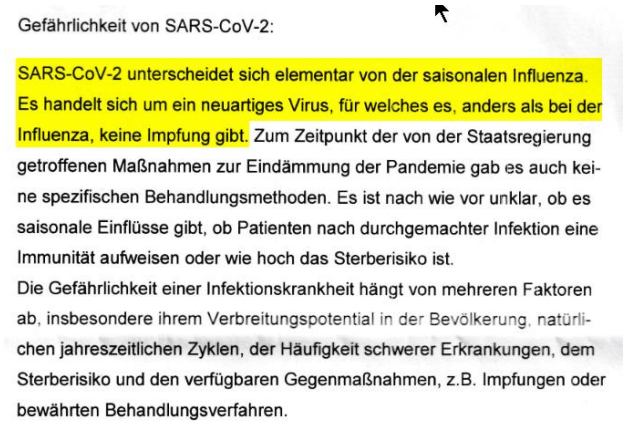
Insbesondere scheint sich ein Zusammenhang zwischen der Härte des Lockdowns und der Übersterblichkeit zu ergeben. In Ländern, in denen der Lockdown besonders hat war, war die Sterblichkeit besonders hoch.

Ich weiße darauf hin, dass dieser Zusammenhang zunächst keine Kausalität nahelegt.

Es gibt für Länder mit hoher Sterblichkeit noch einen weiteren Zusammenhang, der im Rubikon als Artikel erschienen ist. Diese habe ich auf der Quelleseite unter [13] verlinkt.

4 VERSCHWINDEN DER INFLUENZA UND ZURECHTBIEGEN DER REALITÄT DURCH DIE POLITIK

COVID-19 ist lt. den Verlautbarungen aus Presse und Politik eine neuartige Krankheit (vgl. [14])



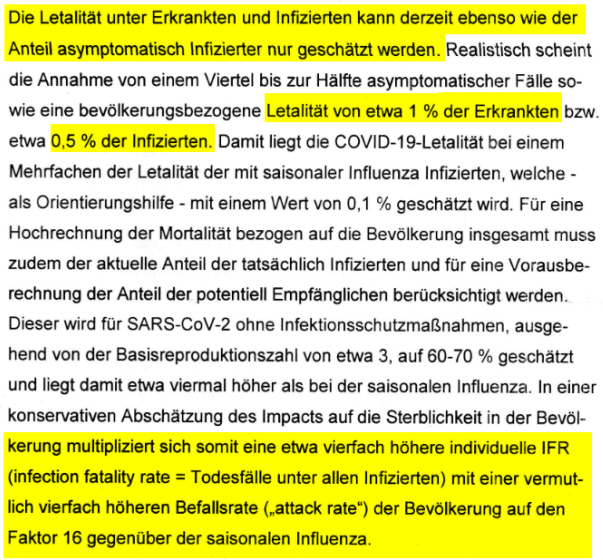
Gefährlichkeit von SARS-CoV-2:

SARS-CoV-2 unterscheidet sich elementar von der saisonalen Influenza. Es handelt sich um ein neuartiges Virus, für welches es, anders als bei der Influenza, keine Impfung gibt. Zum Zeitpunkt der von der Staatsregierung getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie gab es auch keine spezifischen Behandlungsmethoden. Es ist nach wie vor unklar, ob es saisonale Einflüsse gibt, ob Patienten nach durchgemachter Infektion eine Immunität aufweisen oder wie hoch das Sterberisiko ist.
Die Gefährlichkeit einer Infektionskrankheit hängt von mehreren Faktoren ab, insbesondere ihrem Verbreitungspotential in der Bevölkerung, natürlichen jahreszeitlichen Zyklen, der Häufigkeit schwerer Erkrankungen, dem Sterberisiko und den verfügbaren Gegenmaßnahmen, z.B. Impfungen oder bewährten Behandlungsverfahren.

Antwort von Gesundheitsministerin Melanie Huml auf meine Petition vom 8.4.2020, Quelle: [14]

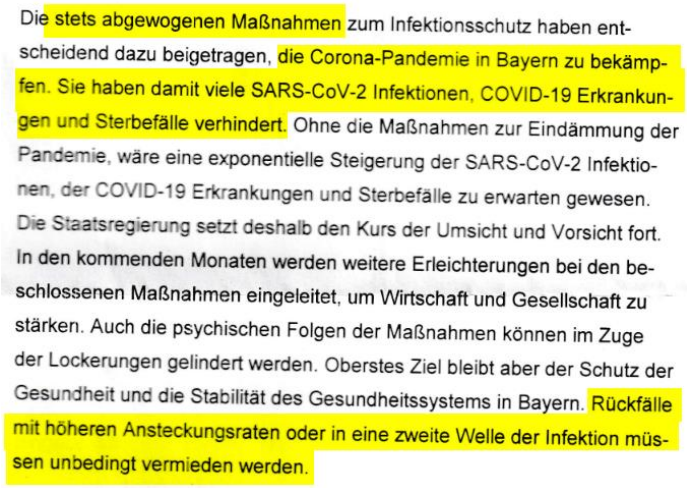
Offenbar wird die Tatsache, anders kann ich die Ausführungen von Frau Huml nicht vertehen, dass es keine Impfung und keine spezifischen Behandlungsmethoden gibt, auf die „Neuartigkeit des Virus“ geschlossen. Belege und Beweise hierfür bleibt Frau Huml aber schuldig.

Unter intensiver Verwendung von Konjungtiven versucht Frau Huml zu erläutern, dass SARS-Cov-2 16 mal so letal sei, wie die Influenza:



Die Letalität unter Erkrankten und Infizierten kann derzeit ebenso wie der Anteil asymptomatisch Infizierter nur geschätzt werden. Realistisch scheint die Annahme von einem Viertel bis zur Hälfte asymptomatischer Fälle sowie eine bevölkerungsbezogene Letalität von etwa 1 % der Erkrankten bzw. etwa 0,5 % der Infizierten. Damit liegt die COVID-19-Letalität bei einem Mehrfachen der Letalität der mit saisonaler Influenza Infizierten, welche - als Orientierungshilfe - mit einem Wert von 0,1 % geschätzt wird. Für eine Hochrechnung der Mortalität bezogen auf die Bevölkerung insgesamt muss zudem der aktuelle Anteil der tatsächlich Infizierten und für eine Vorausberechnung der Anteil der potentiell Empfänglichen berücksichtigt werden. Dieser wird für SARS-CoV-2 ohne Infektionsschutzmaßnahmen, ausgehend von der Basisreproduktionszahl von etwa 3, auf 60-70 % geschätzt und liegt damit etwa viermal höher als bei der saisonalen Influenza. In einer konservativen Abschätzung des Impacts auf die Sterblichkeit in der Bevölkerung multipliziert sich somit eine etwa vierfach höhere individuelle IFR (infection fatality rate = Todesfälle unter allen Infizierten) mit einer vermutlich vierfach höheren Befallsrate („attack rate“) der Bevölkerung auf den Faktor 16 gegenüber der saisonalen Influenza.

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln aufgezeigt wurde ist dies jedoch nicht der Fall. Im weiteren Verlauf, gegen Ende des Textes, geht Frau Huml noch auf die Maßnahmen ein:



Die stets abgewogenen Maßnahmen zum Infektionsschutz haben entscheidend dazu beigetragen, die Corona-Pandemie in Bayern zu bekämpfen. Sie haben damit viele SARS-CoV-2 Infektionen, COVID-19 Erkrankungen und Sterbefälle verhindert. Ohne die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, wäre eine exponentielle Steigerung der SARS-CoV-2 Infektionen, der COVID-19 Erkrankungen und Sterbefälle zu erwarten gewesen. Die Staatsregierung setzt deshalb den Kurs der Umsicht und Vorsicht fort. In den kommenden Monaten werden weitere Erleichterungen bei den beschlossenen Maßnahmen eingeleitet, um Wirtschaft und Gesellschaft zu stärken. Auch die psychischen Folgen der Maßnahmen können im Zuge der Lockerungen gelindert werden. Oberstes Ziel bleibt aber der Schutz der Gesundheit und die Stabilität des Gesundheitssystems in Bayern. Rückfälle mit höheren Ansteckungsraten oder in eine zweite Welle der Infektion müssen unbedingt vermieden werden.

Auffällig ist, dass Frau Huml nahezu eine komplette Seite der Mund- und Nasenbedeckung widmet, auch wenn diese in der Originalpetition nur kurz erwähnt wird. Es entsteht der Eindruck, als stünde Frau Huml unter einem enormen Rechtfertigungsdruck. Videoaufnahmen von Landtagdebatten bestätigen diesen Eindruck noch. Siehe hierzu [15] auf der Seite zu den Quellen und Einzelnachweisen.

Die stetige Betonung der Hinterhältigkeit, Neuartigkeit und deshalb besonderer Gefährlichkeit des Virus, wie beispielsweise auch durch Prof. Melanie Brinkmann [16].

> „Das liegt an der Eigenschaft dieses Virus. Es macht eben nur ein paar Leute schwer krank, aber es verbreitet sich leicht. Und dadurch dass es viele Menschen nicht so stark erkranken lässt, bewegen die sich frei herum und nehmen sich auch nicht zurück, warum sollten sie auch? Sie merken ja gar nicht dass sie infiziert sind. Und genau das, macht es so schwer, dieses Virus einzudämmen. Es ist eigentlich viel gefährlicher, als ein Virus, das Menschen richtig krank macht, denn die bleiben zu hause und stecken niemanden an. Und dadurch kann das Virus nicht weiter verbreitet werden. Und es ist leider so, dass dieses Virus uns immer wieder zwingen wird, in eine Situation, in der wir jetzt sind … “

Frau Brinkmann gesteht also ein, dass es sich um einen harmlosen Erreger handelt, der nur wenige Menschen krank macht, redet aber dann zwar plump, aber perfide, die besondere Gefährlichkeit von SARS-Cov2 herbei.

Ich möchte mir weitere Ausführungen dieser Qualität ersparen. Die Aussagen von Frau Huml und Frau Brinkmann entbehren jeder Grundlage. Insbesondere beschreiben sie die allwinterliche Realität, insbesondere zur Erkältungszeit.

Wie gefährlich SARS-Cov-2 beispielsweise gegenüber der 2018 grassierenden Influenza ist, zeigen die Ausführungen weiter oben im Text.

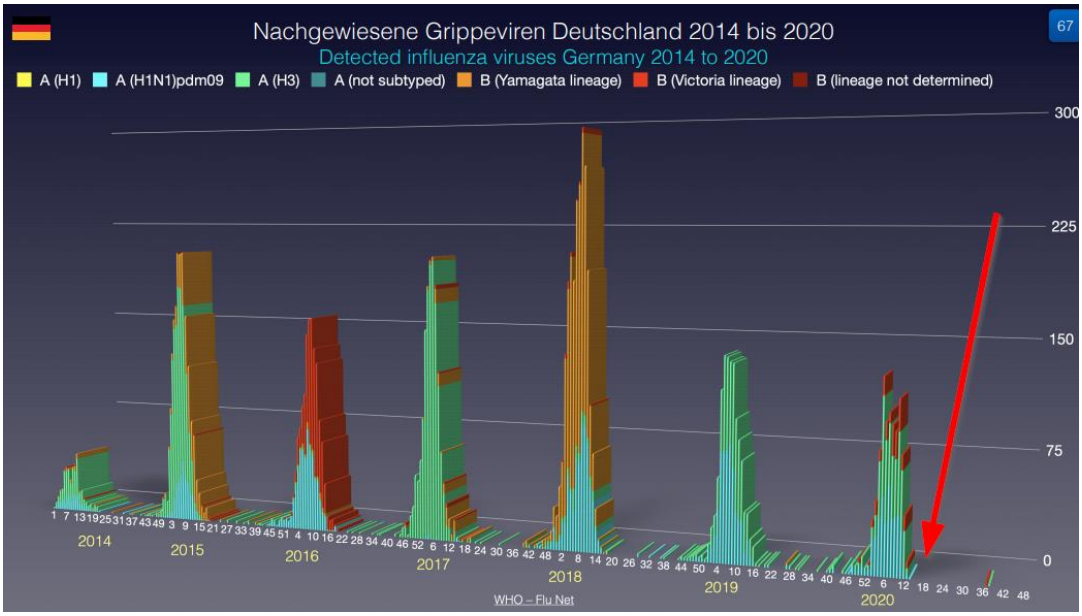
Insbesondere ignorieren diese Ausführungen die Tatsache, dass die Menschheit bereits seit Anbeginn mit solchen Erregern lebt und das Immunsystem hervorragend mit neuen Erregern umgehen kann. Die Existenz/Nichtexistenz einer Impfung kann daher nicht als Maßstab für die Gefährlichkeit eines Erregers herangezogen werden.

Bei genauer Betrachtung verursacht SARS-Cov-2 weder andere Symptome als die Influenza, noch verhält sich der Erreger in sonst einer Weise anders, als der Influenza Erreger. Es ist davon auszugehen, dass die Grippewelle 2018 eine noch anhaltende Immunisierung verursacht hat, die bis zum heutigen Zeitpunkt nachwirkt.

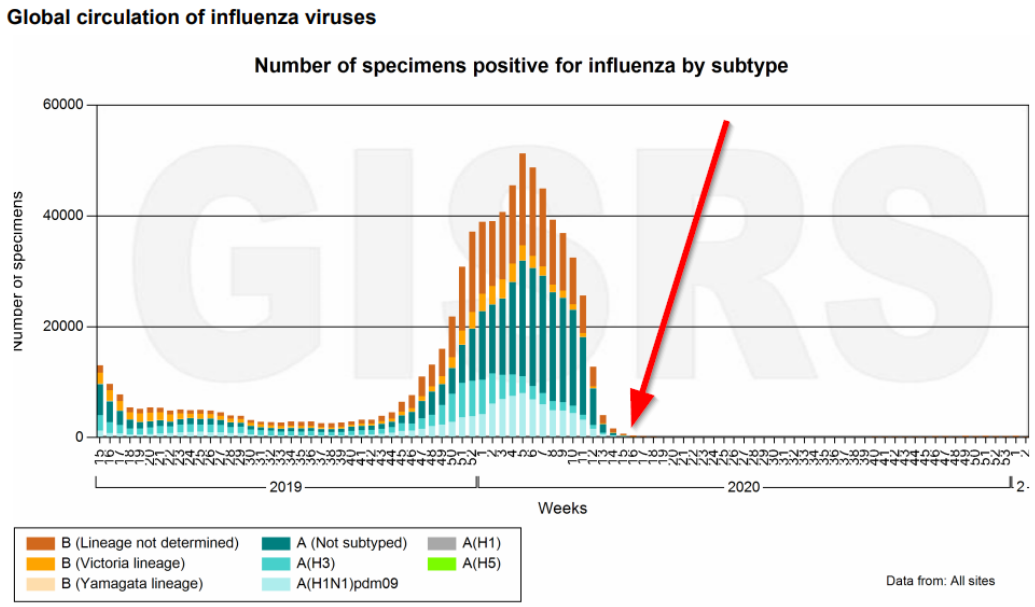
Ein Aussterben des Influenzavirus ist durch diese Immunisierung allerdings nicht begründbar.

Doch wirft man einen Blick in die Sentinelstatistik des RKI oder der WHO, dann ist, zumindest lt. dieses Sentinelprogramms, die Influenza weltweit ausgestorben.

Hier für Deutschland:



Hier weltweit:



Quelle: [12]

Es scheint, als hätte SARS-Cov-2 das Influenzavirus abgelöst oder ausgerottet.

Dies ist natürlich nach allen wissenschaftlichen Standards ausgemachter Unfug. Auch die Behauptung dass Influenza durch das Tragen der Gesichtsmasken ausgerottet worden sei, kann am Beispiel Finnland, Schweden oder Norwegen wiederlegt werden ([15]: jeweils in den Videos im hinteren Dritteln bei den Sentinel Auswertungen), denn in diesen Ländern gab es keine Maskenpflicht. Dennoch zeigte sich die gleiche Signatur für die Influenza.

Deshalb begebe ich mich hier in den Bereich der Spekulation:

Es bleiben für das plötzliche Auftauchen von SARS-Cov-2 und das komplette Verschwinden der Influenza nicht viele tragfähige Erklärungen übrig. Ich kann mir dies nur dadurch erklären, dass es sich um ein Verschwinden der Influenza und ein Auftauchen von SARS-Cov-2 im Labor handelt.

Was will ich damit sagen?

Die einzige mir derzeit brauchbare Erklärung für dieses seltsame Verschwinden der Influenza schient zu sein, dass SARS-Cov-2 ein und dasselbe ist, wie Influenza, zumindest als Verursacher einer Krankheit mit Symptomen.

Was ich damit sagen möchte ist, dass SARS-Cov-2 lediglich eine Umwidmung der Influenza ist. Anders ist das weltweit nahezu vollständige Verschwinden der Influenza nicht zu erklären.

Man könnte es auch provokativ so ausdrücken: Die Influenza Impfung ist kein tragfähiges Geschäftsmodell mehr, weshalb ein neues Geschäftsmodell benötigt wird. Um was es sich bei diesem neuartigen Geschäftsmodell handeln könnte, habe ich auf meiner Einzelnachweisseite unter Punkt [5] verlinkt.

Sollte ich mit meinen Spekulationen Recht haben, dann würde das „ertappte“ Verhalten von Frau Huml und das unsägliche Geschwurbel von Frau Huml und Frau Brinkmann, durchaus Sinn ergeben, quasi als Marketing für dieses neue Geschäftsmodell.

Es würde dementsprechend auch ins Bild passen, dass beispielsweise Kritiker an verkürzten Impfzulassung, Biologe und Buchautor Clemens Arvay [18], öffentlich an den Pranger gestellt werden.

5 Der Mythos „Der Lockdown hat schlimmeres verhindert“

Man könnte jetzt auf die Idee kommen, dass der Lockdown im März/April 2020 und im Herbst/Winter 2020, einen drastischen Sterbeverlauf verhindert hat, wie im letzten Punkt von Frau Huml bereits angedeutet.

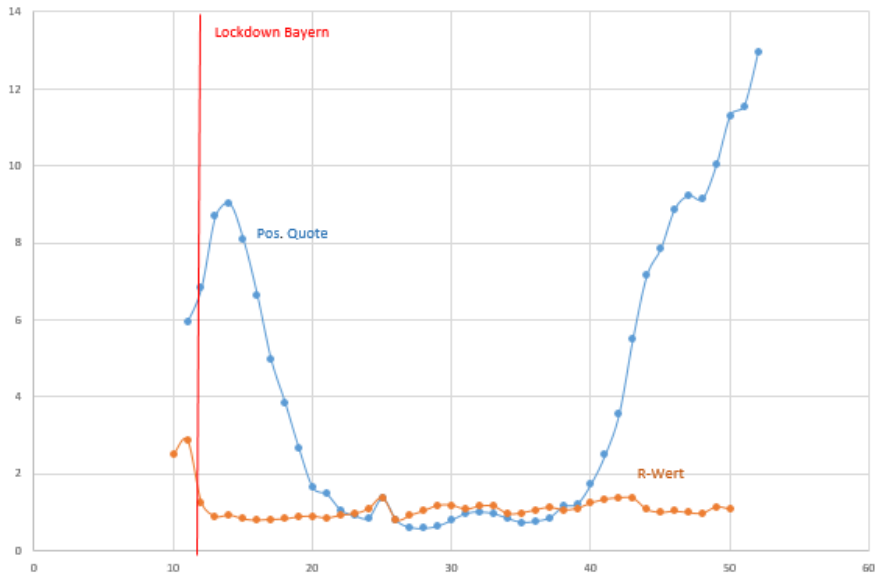
Ein konsequenter Lockdown kann die Verbreitung eines Erregers sicherlich verlangsamen. Allerdings ist es nicht möglich, einen Erreger durch Lockdowns, insbesondere wenn diese so inkonsequent und stümperhaft durchgeführt werden, wie im März/April 2020 und erstrecht im Herbst/Winter 2020.

Im März/April 2020 wurde der Lockdown kaum umgesetzt. Zumindest in meinem Wahrnehmungsbereich hat sich niemand an den Lockdown gehalten, meine Person eingeschlossen. In Folge hätte es, wegen der inkonsequenten Lockdownpraxis, im April 2020 zu einer rasanten und massenhaften Ausbreitung des Erregers kommen müssen.

Dies konnte nicht beobachtet werden und spielgelt sich, insbesondere in Deutschland, auch nicht in den Zahlen wieder.

Trotz des Lockdown Light im Herbst/Winter 2020/21 sind die Sterbezahlen gegen Jahresende in die Höhe geschossen. Es entsteht der Eindruck, als hätte der Lockdown selbst keinen positiven Effekt auf die Sterbezahlen, d.h. der Lockdown hat keinen Effekt.

Auch im April 2020 wurde der Lockdown erst zu einem Zeitpunkt eingeleitet, als das Infektionsgeschehen bereits wieder im Abschwellen war. Als der Lockdown in Bayern eingeleitet wurde, war der amtlich ermittelte R-Wert bereits auf einem Wert bei knapp über 1 (genau: 1.24):



Quelle: http://grolo.de/?p=1079

Wie man an dem hier dargestellten Graphen leicht sieht, ist der R-Wert im Herbst 2020 nahezu konstant auf 1, während die positiven PCR-Ergebnisse in noch nie dagewesener Geschwindigkeit in die Höhe schießen.

Auch ein Vergleich mit Ländern ohne oder mit relativ mildem Lockdown, lässt vermuten, dass ein Lockdown eher den gegenteiligen Effekt hat, wie „beabsichtigt“. ([16])

Ein Vergleich der skandinavischen Länder mit Deutschland, Frankreich oder Spanien legt dies nahe.

Zur Eigenrecherche: [16], [19]

Eine genauere Auswertung von Samuel Eckert wird innerhalb der kommenden Wochen erwartet.

Für die Behauptung, dass der Lockdown eine Auswirkung auf die Ausbreitung der Krankheit hätte, gibt es keine mir bekannten Beweise oder Belege. Es gibt aber sehr wohl Anhaltspunkte dafür, dass der Lockdown gravierende wirtschaftliche, psychische, gesundheitliche Auswirkungen hat.

Weiterhin gibt es auch Anhaltspunkte dafür, dass der Lockdown und die Zwangsmaßnahmen, insbesondere bei Kindern und alten Menschen, erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit hat, bzw. bei alten Menschen sich stark lebensverkürzend auswirkt. In Einzelfällen wurden auch bei Kindern und Jugendlichen Todesfälle gemeldet. Da mir hierüber keine verlässlichen Informationen vorliegen, möchte ich hierüber auch nicht weiter spekulieren.

Wenn es tatsächlich der Fall wäre, dass die Lockdown-Maßnahmen keinen positiven Effekt hatten, jedoch einen durchaus gravierenden negativen Effekt, in vielen Fällen gar mit Todesfolge, dann würde es sich bei den Lockdownmaßnahmen um ein schweres Menschen- und Völkerrechtsverbrechen handeln. Genauere Daten liegen noch nicht vor, aber es häufen sich die Anhaltspunkte und Indizien, dass es in der Tat so ist.

Verdeutlicht wird dies durch den Umgang mit Demonstranten bei den Querdenken Demonstrationen in Berlin am 1.8.2020 und am 29.8.2020, sowie bei weiteren Veranstaltungen, wie in München, Leipzig oder Nürnberg. Die selektive und lückenhafte Berichterstattung der Leitmedien über diese Ereignisse legen den Verdacht der gezielten Propaganda nahe.

Belege: [20]

Für die geschmacklose Berichterstattung der Leitmedien zu diesen Vorfällen werde ich keine Quellen verlinken, denn zum einen möchte ich diese Propaganda und Fakenews nicht noch weiterverbreiten, zum anderen sind entsprechende Berichterstattungen ja hinreichend bekannt.

6 FAZIT

Nach den hier aufgelisteten Sachverhalten erhärtet sich der Verdacht, dass es im Falle Corona, Covid-19 oder SARS-Cov-2 zu keinem Zeitpunkt um eine ernsthafte pandemische Lange ging.

Die endgültige Beweisführung ist noch nicht erbracht, aber es gibt genügend Verdachtsmomente und Anhaltspunkte, die nahelegen, dass es bei SARS-Cov-2 um eine grundlegende Veränderung der Gesellschaft geht. Da dies mit den Methoden der Angst, der Propaganda und des Holzhammers durchgesetzt werden, ist davon auszugehen, dass die „geplanten“ Veränderungen nicht gerade zu Gunsten der uns bekannten und liebgewonnenen Werte vollzogen werden.

Die Verantwortlichen machen kein Geheimnis mehr daraus, dass die ins Leben gerufenen und damit an den Start gebrachten Maßnahmen, rücksichts- und hemmungslos durchgeprügelt werden.

Das erschütternde daran ist die hiermit einhergehende Denunzianten- und Blockwartmentalität, die jetzt viele Mitmenschen demaskiert und ihr wahres Antlitz zur Schau stellt.

In meiner Verantwortung zur deutschen Geschichte in der Zeit von 1933 bis 1945 kann ich nicht kommentar- und tatenlos mit zusehen, wie sich in diesem Land Geschichte wiederholt. Ich berufe mich daher auf mein Recht auf Widerstand, um den bereits angerichteten Schaden und die noch folgenden Schäden abzuwenden.