

Eric Boll

20.01.2021

Diskurs COVID-19

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. PCR-Tests	7
3. Todeszahlen	13
4. Der Tod	15
5. Vergleich Sterbezahlen	17
6. Mutationen und Immunisierung	21
7. Sieben-Tage-Inzidenz	21
8. Lockdown und andere Maßnahmen	24
9. Bergamo und New York	25
10. Intensivbetten	27
11. Schlussworte	31

Einleitung

Sehr geehrte Mitmenschen,

in dieser Arbeit geht es nicht darum, irgendwelche Interpretationen anzustellen, warum die globale und nationale Lage bezüglich Corona ist, wie sie ist.

Es geht vor allem darum, aufzuzeigen, dass die Regierungsmaßnahmen keinesfalls alternativlos sind und dass es niemals und zu keinem einzigen Zeitpunkt eine einheitliche Positionierung seitens der Forschung und Wissenschaft inklusive der internationalen Virolog*innen und Epidemiolog*innen zu der Wirksamkeit der Regierungsmaßnahmen gegeben hat.

Es hat seit Beginn eine Kontroverse auf allen Ebenen gegeben. Die Regierung hat sich bloß bemüht, andere Standpunkte als die eigenen zu diffamieren und als verantwortungslos zu verurteilen.

Es hat von Anfang an sehr viele hochrangige und bezüglich der Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen kritische Professor*innen und Wissenschaftler*innen, auch der Virologie und Epidemiologie der angesehensten Universitäten der Welt, gegeben.

Viele von ihnen sind der Meinung, dass Lockdowns und harte, alle Menschen gleichermaßen betreffende Maßnahmen gesamtgesellschaftlich kontraproduktiv und nicht zielführend bei der Reduktion des Infektionsgeschehens sind.

Und dass alle Menschen wieder ihr „normales“ Leben aufnehmen können, während vor allem die Risikogruppen gezielt geschützt werden. [Hier](#) und [hier](#) sind zwei Links mit Listen von zehntausenden internationalen Professor*innen, Wissenschaftler*innen und medizinischen Praktiker*innen, die genau diese Meinung in der „Great Barrington Declaration“ vertreten.

Genauer ist deren eigener Webseite zu entnehmen.

Das sind keine Trolle oder Idioten. Wenn die Fachkompetenz und Strategie z.B. eines Harvard Professors für Medizin, der Biostatistiker und Epidemiologe mit der Fachausrichtung zum Monitoring von Ausbrüchen von Infektionskrankheiten ist und z.B. eines Professors der Stanford Universität, der Arzt und Epidemiologe ist, angezweifelt werden, dann muss im gleichen Zug fairerweise auch die Kompetenz z.B. von Drosten und der handvoll maßnahmenfreundlicher Regierungsberater*innen, bezüglich COVID-19, angezweifelt werden.

Die Liste internationaler, kritischer und fachkompetenter Professor*innen und Wissenschaftler*innen ist lang.

Aber auch außerhalb dieser „Great Barrington Declaration“ gibt es zahlreiche hochrangige Wissenschaftler*innen, die konstant wissenschaftliche Studien erarbeiten, die der Wirksamkeit der Regierungsmaßnahmen widersprechen, von denen ich einige in dieser Arbeit vorstellen werde.

Ich möchte mit dieser Arbeit verdeutlichen, dass der kleinste Teil der Maßnahmenkritiker*innen Verschwörungstheoretiker*innen oder Nazis etc. sind, sondern der Großteil der Maßnahmenkritiker*innen vernunftbegabte Menschen und auch Fachkräfte aus der ganzen Welt sind.

Der Professor für Wissenschaftsphilosophie Dr. Michael Esfeld, Mitglied der Leopoldina Akademie, hat als Reaktion auf die Stellungnahme dieser nationalen Akademie für Wissenschaft vom 08.12.2020, in der ein harter Lockdown im Einklang mit der Regierungslinie gefordert wird, einen Satz formuliert, der es gut auf den Punkt bringt:

„Diese Stellungnahme verletzt die Prinzipien wissenschaftlicher und ethischer Redlichkeit, auf denen eine Akademie wie die Leopoldina basiert. Es gibt in Bezug auf den Umgang mit der Ausbreitung des Coronavirus keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die bestimmte politische Handlungsempfehlungen wie die eines Lockdowns rechtfertigen. Wir haben es mit der üblichen Situation einer wissenschaftlichen Kontroverse zu tun, in der verschiedene Standpunkte mit Gründen vertreten werden.“ ([Quelle](#))

Selbst der COVID-19 Spezialbeauftragte der WHO positionierte sich schon im Oktober, aufgrund der vielen fatalen Nebenwirkungen, wie z.B. der Verdoppelung der Armutsrate, gegen das Einsetzen von Lockdowns, was hier in den Medien leider kaum transportiert wird ([Quelle](#)).

Die Kritik unserer Leitmedien an den Regierungsmaßnahmen ist leider in der Corona-Angelegenheit sehr stark zurückgegangen. Meist beschreiben Journalist*innen die Regierungsmaßnahmen nur noch, anstatt sich ihnen kritisch zu stellen. Wie ich in dieser Arbeit feststelle, ist und war für fundierte Kritik schon die ganze Zeit eine Vielzahl an Studien, Fakten und kritischen Stellungnahmen offiziellster Persönlichkeiten verfügbar.

Es wurde ein Bild manifestiert, dass alle Kritiker*innen der Regierungsmaßnahmen, überspitzt gesagt, unsolidarische, empathielose und verschwörungstheoretische Spinner seien, die ihre Großeltern umbringen wollen.

Aufgrund dessen und den Diffamierungen, die viele erleiden mussten, die sich öffentlich kritisch äußerten, sind viele Menschen stumm geworden und auch die Medien halten sich möglicherweise aus demselben Grund noch bedeckt. Doch das können wir jederzeit ändern.

Ich zumindest kann für mich sagen, dass ich mich in Acht nehme vor Menschen, die ihren eigenen Weg als alternativlos bezeichnen, eine offene Kontroverse nicht zulassen, das Wahrheitsmonopol beanspruchen und bei Missachtung des selbstdefinierten richtigen Weges mit Strafe und Diffamierung drohen.

Dies sind wohlbekannte Mechanismen. Die Geschichte sollte uns gelehrt haben, dass das noch nie zu einer konstruktiven Auflösung der Problematik geführt hat, sondern nur noch mehr Verzweiflung, Ohnmachtsgefühl und Wut innerhalb der Bevölkerung erzeugt.

Für mich ist der Inbegriff von Demokratie die offene und freie Diskussion, in der keine beteiligte Diskussionspartei sich vor Diffamierung fürchten muss und Vielfalt akzeptiert und kultiviert wird.

Eines der letzten Dinge, die alternativlos sind, sind politische Maßnahmen, wie schon die globale Diversität der politischen Maßnahmen bezüglich des Umganges mit dem gleichen Sachverhalt beweist - oder das Vorhandensein unterschiedlichster politischer Systeme und Religionen auf der Welt.

In diesem gesamten Artikel wurde sich nur offiziellster Quellen bedient, wie wissenschaftlichen Studien der WHO, des RKI, des statistischen Bundesamts, des Gesundheitsministeriums etc. Informationen aus Zeitungen entnahm ich nur den etablierten Leitmedien.

Es war sehr viel Arbeit, all die Informationen zusammenzusammeln und sich dann durch diese Masse durchzuarbeiten. Ich habe zwei Drittel meiner Arbeit schon weggekürzt, um zum jetzigen Stand zu kommen. Es gibt sehr viel fundiert Kritisches zu schreiben. Alleine das Kapitel über die Nebenwirkungen des Lockdowns und der Maßnahmen oder über die destruktive Gesundheitspolitik seit vielen Jahren könnte über 30 Seiten füllen.

Vieles habe ich ganz rausgenommen und probiert, mich nur auf das zu konzentrieren, was jetzt wirklich wichtig ist, um ein umfassenderes Bild der Situation zu bekommen.

Ich habe diese Arbeit vor allem geschrieben, um denen, die keine Zeit oder Muße hatten oder haben, sich mit der Thematik intensiv auseinanderzusetzen, den Raum für eine fundierte Kontroverse zu eröffnen.

Es ist eigentlich gar nicht so kompliziert, wie uns weißgemacht werden soll. Dass keine*r von uns Kritik üben darf, weil wir es angeblich sowieso nicht verstehen, sehe ich als vollkommen falsch an.

Wir können auf jeden Fall den Sachverhalt erfassen und auch verstehen, wenn etwas grundlegend schief läuft in der Politik, sodass sich die Umstände falsch anfühlen. Dafür braucht es keine wissenschaftliche Bestätigung.

Eine Kontroverse sagt im Kern aus, dass auch sogenannte Expert*innen sich nicht einig sind. Das bedeutet, dass auch Fachwissen nicht zu einer einzigen kompetenten Lösung für alle führt, sondern es immer von den Individuen abhängig ist, wie eine Sachlage interpretiert wird.

Wer darf eigentlich festlegen, dass unser gesamtes Leben nur noch von der Virologie und dem Ergebnis eines Tests bestimmt werden soll und die tausenden anderen Bereiche und

Faktoren des Lebens dem unterzuordnen sind und wir uns nicht mehr mit den 9 Millionen Hungertoten jedes Jahr beschäftigen sollen, die zudem als Folge der Maßnahmen in großen Sprüngen immer mehr werden? Ich habe mich auf jeden Fall nicht dafür entschieden.

Somit wünsche ich alles Gute beim Entdecken der Informationen dieser Arbeit, die leider viel zu wenig in den Leitmedien aufgearbeitet werden.

Ich bin jedoch guter Dinge. Irgendwann wird die fundierte Kritik Einzug in den Mainstream halten. Hoffentlich beginnen wir dann direkt mit der Ausarbeitung konstruktiver Lösungen für die Zukunft und verschwenden nicht zu viel Zeit mit der Suche nach Schuldigen.

Diese Lösungen müssen anders sein. Wir dürfen meiner Meinung nach nicht in irgendeine destruktive „Normalität“ von gestern zurückkehren, in der wir jedes Jahr im Mai schon die Ressourcen für das ganze Jahr verbraucht haben und 1% der Weltbevölkerung über 50% des Kapitals der Welt besitzt.

Stattdessen müssen wir für eine zukunftsfähige Gegenwart eintreten, in der wir gerne leben wollen und vor allem alle weiteren Generationen überhaupt noch würdevoll leben können.

PCR-Test

Da der PCR-Test die Datengrundlage für alle weiteren Maßnahmen liefert, wird sich zum Einstieg kritisch mit dem Thema auseinandergesetzt und der PCR-Test und seine wichtigsten Parameter kurz erläutert.

Vorweg eine unmissverständliche Erklärung des RKI von dessen Webseite, wie die ‚Infizierten‘ zu zählen sind: *„In Einklang mit den internationalen Standards der WHO wertet das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle“* ([Quelle](#)).

Damit ist direkt zu Beginn offiziell geklärt, dass es sich bei den PCR-positiv Getesteten nicht ausschließlich um Infizierte mit Symptomatik handelt und der Begriff der ‚Neuinfektionen‘ oder ‚Infizierten‘ bezüglich der PCR-positiv Getesteten in den Medien falsch verwendet wird.

Der PCR-Test ist ein molekularbiologisches Verfahren, das in der Wissenschaft dazu dient, das Vorhandensein einer bestimmten DNA, wenn auch nur in geringsten Spuren, festzustellen. Das ist z.B. beim Überprüfen von Blutspenden auf HIV oder Hepatitis ein sehr nützliches, wenn auch sehr teures Verfahren, wie beim Roten Kreuz bemerkt wird ([Quelle](#)).

Die eindeutige Feststellung einer Infektion mit COVID-19 ist jedoch nur in Verbindung mit einer ärztlichen Diagnose und einer klaren Eingrenzung der Symptomatik möglich. Da es jedoch keine ausschließlich COVID-19-spezifische Symptomatik gibt, müssten zudem korrekterweise auch andere akute Krankheiten ausgeschlossen werden.

Nun stellt sich direkt im Anschluss die Frage, wie überhaupt ein positiver PCR-Test zustande kommt und welche Parameter maßgeblich für die Qualität dieser Aussage sind, wenn die resultierenden Zahlen als Grundlage für alle Maßnahmen dienen.

Als erstes ist es relevant, wonach überhaupt gesucht wird: Das genetische Material des Virus, nach dem in dem Labortest gesucht wird, sind sogenannte Primer.

In der Diskussion, ob der PCR-Test geeignet ist oder nicht, geht es oftmals um genau jene Primer, also die Virus-RNA, die letztlich über die Spezifität bestimmt. Damit kann geprüft werden, ob tatsächlich eindeutig COVID-19 gefunden wurde oder nur irgendwelche Bruchstücke vergangener SARS-Viren.

Wirklich eindeutig lässt sich das Vorhandensein von COVID-19 nur dann bestätigen, wenn 3 verschiedene spezifische Primer des COVID-19 Virus gleichzeitig in der Probe vorgefunden werden. ([Quelle](#))

Und genau in diesem Punkt wird die Kritik an dem Verfahren oftmals schwammig. Drosten wird in Bezug auf sein erstes Paper, das er im Januar veröffentlicht hatte und in dem er den

ersten PCR-Test zum Nachweis von COVID-19 in einem Organismus entwickelte, vorgeworfen, dass dieser ungenau und unspezifisch gewesen sei.

Es wird ihm zudem vorgeworfen, dass alle weiteren PCR-Tests auf diesem Paper und seinen isolierten Gensequenzen beruhen, was so nicht stimmt, da alle PCR-Test-Hersteller nach eigenen Gensequenzen suchen. Diese Tatsache ist jedoch eher als problematisch zu betrachten, da es die verschiedenen Tests untereinander schwer vergleichbar macht.

Der Vorwurf an Drosten muss aus wissenschaftlicher Sicht dennoch differenziert betrachtet werden. Seine ursprüngliche Testentwicklung war der erste Ansatz, um das Virus feststellen zu können. Der erste Ansatz wird in keiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung dauerhaft als Goldstandard gesehen, sondern muss als Wegbereiter für weitere Entwicklungen und als ein Beitrag zu dem Gesamtbild betrachtet werden.

Drosten hatte sich im weiteren Verlauf darum bemüht, das Testverfahren spezifischer zu gestalten und nun mehrere Genabschnitte prüfen zu lassen. Der Test von Drosten ist ein Test von sehr vielen, aber unter denen, die es gibt, immer noch einer der genauesten ([Quelle](#)).

Das Verfahren wurde konstant bezüglich der Spezifität weiterentwickelt und laut der Gesellschaft für Virologie liegt die Sensitivität des Testverfahrens nach dem Stand 30.11.2020 bei nahezu 100% ([Quelle](#)).

Das Problem hierbei ist nur, dass Drostens Motivation korrekt sein mag und er seinen eigenen Test auch verbessert, er jedoch auf die verschiedenen Testhersteller keinen Einfluss hat. Von denen arbeiten die meisten immer noch mit zwei Primern und haben ihren Test seit der jeweiligen Erstveröffentlichung nicht mehr überarbeitet - so z.B. Abbot, einer der größten PCR-Test Hersteller aus den USA ([Quelle](#)). Oder Roche, der größte PCR-Test Hersteller in Europa, der auch den Test vom TIB-Molbiol vertreibt, die mit dem Charité und Drosten zusammen den ersten Test entwickelten ([Quelle](#)). Oder die PCR-Tests von Biotake ([Quelle](#)) beispielsweise basieren auch nur auf der Suche nach maximal 2 Primern.

Im Universitätsklinikum Leipzig werden z.B. PCR-Tests mit der Suche nach drei Genabschnitten (Primern) durchgeführt. Uwe Liebert, der Direktor des Klinikums sagt, dass es bei drei positiv getesteten Genabschnitten praktisch unmöglich sei, dass es sich nicht um COVID-19 handele. Bei zwei positiven Ergebnissen spricht er jedoch nur noch von vermutlich positiv. Gleichzeitig sucht Jörn Landtag beispielsweise in seinem Dessauer Labor nur nach zwei Primern ([Quelle](#)).

Die meisten Testhersteller weisen sogar auf ihrer Website darauf hin, dass ihre PCR-Tests nur für molekularbiologische Verfahren geeignet sind und nicht für die Diagnose, Prävention oder Behandlung von Krankheiten (so wie z.B. Quiagen ([Quelle](#))). In anderen Fällen verweisen die Hersteller verkürzt formuliert darauf, dass der Test nur zu Forschungszwecken und nicht für die Diagnose geeignet ist, so wie bei Agilent ([Quelle](#)).

Zudem sind bei einem derartig sensiblen Testverfahren mit milliardenfacher bis billionenfacher Vervielfältigung des Ausgangsmaterials grundlegend die Umgebung in der die Proben entnommen werden und deren Keimfreiheit relevant sowie die Laborverhältnisse, in denen die Proben vermehrt und ausgewertet werden.

Spannend ist hierbei auch, dass stets die absolute Genauigkeit der Tests nur auf die Variante SARS-Cov-2 betont wurde und wird, dieselben Tests jedoch auch dazu in der Lage sind, alle neuen Virusmutationen aus England, Brasilien etc. zu erkennen und auch für diese Varianten entsprechende „Neuinfektionszahlen“ liefern.

Wer sagt dann, dass die Tests nicht auch alle anderen möglichen SARS-Varianten positiv testen können?

Zudem ist die Behauptung, dass die Labore alle unter durchgehenden Qualitätskontrollsystemen arbeiten und dies Fehler im Labor ausschließe ([Quelle](#)), kritisch zu betrachten, da Fehler in Laborverfahren auch schon an die Öffentlichkeit getreten sind und eine Ausnahme schon aufzeigt, dass keine absolute Sicherheit gegeben ist.

Eine an die Öffentlichkeit getretene falsch positiv getestete Fehlreihe aus einem bayerischen Labor, die nur durch Nachprüfungen in einem Krankenhaus aufgedeckt wurde, brachte 58 falsch positive von 60 positiven Tests hervor. Es habe an der Knappheit der Reagenzien gelegen ([Quelle](#)).

Auch Drosten äußerte sich dazu, dass es eine Standardisierung benötige, um wirklich vergleichbare Ergebnisse aus den verschiedenen Laboren zu beziehen. Es müsse eine fest ermittelte Anzahl Kopien pro Abstrich-Tupfer oder pro ml Flüssigkeit geben und darauf standardisierte cT-Grenzwerte, ab denen keine aktive Viruslast mehr nachzuweisen sei ([Quelle](#)).

Laut dem RKI liegt dieser cT-Wert bei 30, da sich bei einem Wert von mehr als 30 in Laborversuchen kein Virus mehr vermehren ließe; es befinden sich somit keine aktiven Viren mehr in der Ausgangsprobe ([Quelle](#)). Das Center of Disease Control aus den USA sagt dazu, dass sie ab einem cT-Wert von 33 extrem schwer wäre, noch aktives Virusmaterial feststellen zu können ([Quelle](#)).

Beleuchten wir nun etwas genauer den cycle Threshold oder auch cT-Wert. Beim PCR-Test werden mehrere Zyklen durchgeführt, in denen jeweils das zu untersuchende Erbgut aus dem Probenabstrich mittels Vermehrungsenzymen und Temperatureinfluss vielfach verdoppelt wird.

Dies geschieht durch Zugabe von DNA-Bausteinen, aus denen dann jeweils Kopien des Ausgangsmaterials erzeugt werden.

Nun wird, während die Verdopplungen stattfinden, geschaut, ob irgendwann die DNA des Virus, sogenannte Primer, zu einem bestimmten Zeitpunkt an die vermehrte Ursprungs-DNA

andocken und sich damit das Vorhandensein entsprechender Virusbausteine im Körper nachweisen lässt ([Quelle](#)).

Der cT-Wert sagt jetzt aus, bei wie vielen Verdopplungszyklen die Vermehrung des Erbgutes abgebrochen und das Testverfahren als abgeschlossen gilt, weil die Primer angedockt sind.

Bei einem cT-Wert von 1 hat man eine Spur, bei 10 Wiederholungen 1.024, nach 20 Zyklen schon 1.048.576 und nach 40 Wiederholungen 109.951.162.776 Spuren vermehrten Ausgangsmaterials, in denen es dann die gesuchten Erbstücke des Virus zu finden gilt ([Quelle](#)).

Genau hier entsteht die Kernproblematik bezüglich der Aussagekraft des Tests, da wir ja laut dem RKI ab einem cT-Wert von 30 keine aktiven Viren mehr nachweisen können.

Zudem wird angegeben, dass bei stark Erkrankten das Virus bereits in die Lunge gewandert sein kann und deswegen im Rachenabstrich kaum noch vorhanden sei ([Quelle](#)).

Dabei wird verkannt, dass es in der Kritik am PCR-Test nicht primär um die positiv Getesteten geht, die starke Symptome haben, sondern darum, dass so viele Menschen ohne Symptome oder mit sehr milden Symptomen positiv getestet und als infektiös eingestuft werden.

Zugleich ist anzunehmen, dass viele positiv Getestete mit starken Symptomen an anderen Respirationskrankheiten leiden, was in der Regel jedoch nicht mehr diagnostisch überprüft wird.

Olfert Landt, Geschäftsführer der Firma TIB Molbiol, die in Zusammenarbeit mit der Charité PCR-Tests herstellt, bemerkt, dass ein Mensch ohne jeglichen Kontakt mit irgendwelchen Bausteinen des Virus auch nach 100 Zyklen nicht positiv getestet werden sollte. Er weist jedoch auch darauf hin, dass etwa die Hälfte der positiv Getesteten nicht infektiös seien ([Quelle](#)).

Das heißt im Klartext, dass allein nach seiner Aussage 50% der aktuellen Fallzahlen direkt aus der Statistik der Infizierten gestrichen werden können. Doch dies wird weder aktuell umgesetzt, noch ist eine Korrektur der Zahlen der Vergangenheit zu erwarten.

Zudem wurde die Annahme, dass die positiv Getesteten und Asymptomatischen generell als infektiös einzustufen seien, in einer groß angelegten Studie widerlegt: In einer chinesischen Studie aus Wuhan mit knapp 10.000.000 Teilnehmern, die alle mit PCR- und Antikörpertests nach einem harten Lockdown getestet wurden, sind keine Hinweise auf eine Infektiosität ohne Symptome gefunden worden ([Quelle](#)). Dort wurden nach dem Lockdown 1174 enge Kontakte der 300 asymptomatisch positiv Getesteten überprüft, von denen alle negativ getestet wurden.

Es werden jedoch nach wie vor alle positiven Ergebnisse, größtenteils ohne Angabe des cT-Werts, von den Laboren an die Gesundheitsämter und schließlich zum RKI weitergeleitet,

ohne dass Patienten vorher einer klinischen Prüfung unterzogen wurden oder überhaupt eine Symptomatik vorhanden ist ([Quelle](#)).

Das RKI schreibt hierzu: „Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde“ ([Quelle](#)).

Dennoch werden alle diese Ergebnisse weiterhin zu den Infizierten gezählt.

Dazu stellt sich die Frage, inwieweit eine Änderung des cT-Wertes in den gleichen Proben die positiven Ergebnisse beeinflusst. Nehmen wir als Grundannahme des RKI, dass ein cT-Wert über 30, unter standardisierten Verhältnissen, keine aktiven Viren mehr nachweisen kann und schauen uns konkret an, welchen Einfluss der cT-Wert auf die Ergebnisse hat.

In einer Studie des Wadsworth Center, dem New York State Lab, wurden 872 positiv getestete Ergebnisse bei einem cT-Wert von 40 noch zusätzlich mit cT-Werten von 35 und 30 nachgetestet. Das Ergebnis sollte einem zu denken geben.

Bei einem cT-Wert von 35 gab es 43% weniger und bei dem cT-Wert von 30 insgesamt 63% weniger positiv Getestete im Vergleich zu den Ergebnissen mit einem cT-Wert von 40. In den USA wird meistens mit cT-Werten über 40 getestet ([Quelle](#)).

In einer Untersuchung der Süddeutschen Zeitung, des NDR und WDR wurden alle Gesundheitsämter Deutschlands gefragt, ob sie den cT-Wert von den Laboren mitgeteilt bekämen und wie hoch die Werte seien.

Es haben nur 137 der Gesundheitsämter geantwortet. 73% von ihnen teilten mit, dass sie den cT-Wert selten oder nie mitgeteilt bekämen und nur 11% erhalten den Wert meistens oder immer.

Von den 11%, die die Werte erhalten haben, variieren die Proben, die durch einen cT-Wert von über 30 als positiv eingestuft wurden, zwischen 16% und 63% - und das bei nur ca. 1/3 der Gesundheitsämter, die sich überhaupt zurückgemeldet haben ([Quelle](#)).

Das heißt konkret, dass auch die täglichen Fallzahlen der Infizierten der verschiedenen Gesundheitsämter nicht miteinander vergleichbar sind und der Großteil der Ergebnisse unbrauchbar ist.

Es sagt vor allem aus, dass die Anzahl der Infizierten deutlich geringer ist, als die offiziellen Infektionszahlen des RKI beschreiben, worin alle Zahlen der Gesundheitsämter gesammelt und aufaddiert werden.

Zusätzlich wäre zur Erhebung belastbarer Zahlen zu gewährleisten, dass bei allen anderen positiv Getesteten mit Symptomen und einem cT-Wert von unter 30 eine klinische Untersuchung zu den Symptomen unter Ausschluss anderer Krankheiten stattgefunden hat, die Laborverhältnisse perfekt waren, die Probeentnahme optimal erfolgte und es keine Mehrfachzählungen der gleichen Testpersonen gab etc.

Wir sollten uns an dieser Stelle noch einmal verdeutlichen, dass alles, was gerade auf der Welt bezüglich COVID-19 stattfindet, darauf basiert, dass ein hochsensibler, molekularbiologischer Test das Vorhandensein kleinster DNA-Bausteine in bis zu billionenfacher Vermehrung des Ausgangsmaterials feststellt.

Es handelt sich um den Nasen- oder Rachenabstrich irgendwelcher Menschen an irgendwelchen Orten, die auf irgendeine Art und Weise an diese DNA-Bausteine auf ihren Schleimhäuten gelangt sein können.

Zum Abschluss des Kapitels noch kurz die Bestätigung meiner Zusammenfassung zum PCR-Test seitens der WHO.

Auf deren Webseite ist vom 14.12.2020 die Aufforderung zu finden, dass die Labore aufgrund der vielen falsch positiven Ergebnisse durch viel zu hohe cT-Werte ihre PCR Tests nur noch mit geringen cT-Werten durchführen und nur diese Ergebnisse als Infizierte werten sollen ([Quelle](#)).

Zufälligerweise wurde die Aufforderung am selben Tag veröffentlicht, an dem die Impfungen in den USA begonnen haben ([Quelle](#)).

Todeszahlen

Nachdem nun das fälschliche Zustandekommen der sogenannten Infektionszahlen im Kapitel der PCR-Testung erörtert wurde, geht es als nächstes direkt um die Todeszahlen.

Da sie die nächsten „Zahlen“ sind, die benutzt werden, um die Bevölkerung zu verängstigen und zur Zustimmung bezüglich der Maßnahmen zu bewegen, ist es sehr wichtig, zu schauen, wie die Corona-Toten tatsächlich gezählt werden und ob die Zahlen als solche stimmen.

Außerdem steht im nächsten Kapitel ein Vergleich mit den Todeszahlen anderer Krankheiten und vermeidbarer Todesursachen an.

Kommen wir direkt zu Beginn zu dem größten Skandal. Ich nenne es bewusst so, da ich es selber kaum glauben konnte, als ich es las.

Eigentlich bräuchte es meiner Meinung nach keinen weiteren Artikel mehr, wenn die Tragweite dieser Information wirklich verstanden würde.

Zur Wiederholung, was schon beim Kapitel zum PCR-Test erwähnt wurde: Das RKI schreibt auf seiner Seite: „In Einklang mit den internationalen Standards der WHO wertet das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle“ ([Quelle](#)). Somit wissen wir, dass das Institut den internationalen Standards der WHO Folge leistet.

Das bedeutet konkret, dass sie alle Fälle, bei denen mit einem hochsensitiven PCR-Test irgendein Vorhandensein einer bestimmten DNA auf den Schleimhäuten irgendwelcher Menschen festgestellt wurde, als Corona-Infizierte zählen.

Das ist die Tatsache, die sie öffentlich auf ihrer eigenen Webseite für alle zugänglich schreiben und das sind unsere täglich veröffentlichten „Infektionszahlen“.

Richtig verstörend wird es jedoch erst, wenn auf der Seite der WHO selber nachgeschaut wird, wie dort eigentlich die Richtlinien für die Feststellung von COVID-19-Toten ist.

Dazu muss nur in die „INTERNATIONAL GUIDELINES FOR CERTIFICATION AND CLASSIFICATION (CODING) OF COVID-19 AS CAUSE OF DEATH“ auf der Webseite der WHO nachgelesen werden ([Quelle](#)). Ab Seite 8 wird es interessant.

Es sind die Richtlinien für die Zertifizierung der Toten auf dem Totenschein und wie die Erkrankung COVID-19 als Todesursache zu handhaben ist.

Als erstes wird beispielsweise konkret bei dem Fall von HIV-Toten, die PCR-positiv getestet wurden, dazu aufgefordert, HIV auf jeden Fall als Vorerkrankung und nicht als Todesursache zu zählen.

Meiner Kenntnis nach stirbt niemand an HIV, sondern immer an einer Infektionskrankheit aufgrund des schwachen Immunsystems. Demnach gäbe es keine HIV-Toten mehr auf der Welt, sondern nur noch entsprechende Tote an den jeweiligen letzten Erkrankungen.

Ebenso ist bei allen anderen Vorerkrankungen zu verfahren. Es ist egal, welche Vorerkrankung existiert, wie Krebs, Diabetes etc., es ist immer COVID-19 als Todesursache zu zählen, wenn positiv getestet wurde.

Selbst bei gleichzeitigen, wenn auch nachgewiesenen Erkrankungen, wie einer Grippe oder anderen Atemwegserkrankungen, wie z.B. einer Lungenentzündung, ist trotzdem immer

COVID-19 als Todesursache festzustellen, wenn ein positiver PCR-Test vorliegt - völlig ungeachtet z.B. auch des cT-Wertes oder eines ärztlichen Gutachtens.

Bestätigt wird das dadurch, dass z.B. auf der Seite der WHO ab der KW 17, in der die Richtlinien zur Zertifizierung der COVID-19 Toten herausgebracht wurden, kein einziger Grippe-Fall mehr verzeichnet ist ([Quelle](#)).

Damit ist es keine Vermutung mehr, sondern selbst auf der Seite der WHO festzustellen, dass alle Grippe-Fälle zu COVID-19-Fällen umgemünzt wurden.

Das alles ist schon äußerst skandalös, aber das Unglaubliche kommt jetzt:

Sie schreiben, dass alle Menschen, die an Respirationsstörungen als letztes Symptom vor dem Tod gestorben sind, als COVID-19 Tote zu zählen sind.

Auch wenn sie nicht ein Mal getestet wurden.

Es sei grundsätzlich erst einmal COVID-19 als Todesursache festzustellen, bis das Gegenteil bewiesen werde.

Eigentlich könnte ich hier aufhören, weiter an dem Artikel zu schreiben. Als ich das gelesen habe, konnte ich meinen Augen tatsächlich nicht trauen. Die ganze Zeit wird in den Medien irgendetwas über die Entstehung der Todeszahlen spekuliert und es steht ganz offiziell auf der Seite der WHO.

Es geht sogar noch viel weiter als nur die Diskussion um „mit oder an Corona gestorben“. Es werden nach den Richtlinien der WHO, nach denen auch das RKI arbeitet, pauschal alle Menschen, die an Atemwegserkrankungen sterben, als COVID-19 Tote gezählt.

Wann werden denn jemals die Zahlen rückwirkend korrigiert werden können, wenn die Leichen schon längst bestattet wurden? Es wird rein technisch niemals das Gegenteil bewiesen werden können, sobald ein Mensch erst einmal als COVID-19-Toter registriert wurde.

Am Ende sind jedoch sowohl die WHO, als auch das RKI von jeglicher grundlegender Kritik entlastet, da sie ihre Vorgehensweise für alle öffentlich zugänglich auf ihren Internetseiten zeigen.

Der Tod

Ich bin der Meinung, dass viel der Panik und Angst um die gesamte Corona-Situation damit zu tun hat, dass wir die Zahlen rund um den Tod gar nicht einordnen können.

Viele Menschen wurden vorher noch nie derartig mit Todeszahlen konfrontiert und deshalb können Zahlen, wie die Corona-Fall- und Todeszahlen derart schockierend wirken.

Mal ganz abgesehen von dem äußerst fragwürdigen Zustandekommen sowohl der Infektionszahlen (Kapitel PCR-Test) und der Todeszahlen (Kapitel Todeszahlen), sind selbst die offiziellen Zahlen im Kontext mit anderen Todesarten eigentlich gar nicht schockierend.

Ich habe das Gefühl, dass in der Corona-Debatte außer Acht gelassen wird, dass wir Menschen alle sterben müssen und garantiert auch werden. Es wird ein merkwürdiger Versuch unternommen, das Sterben zu verhindern.

Dabei wird sich nur noch auf eine einzige Art, durch COVID-19 zu sterben, fokussiert, die die gesamte Aufmerksamkeit und Einschränkung der Menschheit erfordert, während sämtliche andere Krankheiten, die zum Tod führen, außer Acht gelassen werden.

Es sterben jedoch durch die Corona-Maßnahmen auch viele Patient*innen mit diversen anderen Krankheiten, da sie keinen Zugang mehr zu ihren gewohnten Behandlungen haben, weil sich alles nur noch auf Corona fixiert.

Es wird – überspitzt gesagt – so getan, als ob wir nur durch Corona sterben könnten und dies die einzig relevante Todesart der Menschheit sei. Zynischerweise kann sogar gesagt werden, dass aktuell nur noch ein Corona-Toter ein relevanter Toter zu sein scheint.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass die sogenannten ‚Volkskrankheiten‘, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Diabetes, Tuberkulose, HIV, Hepatitis etc. relevante Vorerkrankungen für den frühzeitigen Tod durch alle möglichen Infektionskrankheiten darstellen ([Quelle](#)).

Dass eine grundlegende Angst vor dem Tod instrumentalisiert wird, um damit politische Maßnahmen zu rechtfertigen, wie es z.B. auch schon in Bezug auf den Terrorismus probiert wurde und wird, ist meiner Meinung nach seitens der Regierungen höchst unmoralisch.

Es muss nur einmal darüber nachgedacht werden, wie viele Menschen jeder selber kannte, die gestorben sind und ob sie eines friedlichen Todes im Alter ohne Krankheit gestorben sind oder ob sie an Krankheiten und deren Folgen starben.

Es mutet in der öffentlichen Debatte fast so an, als ob COVID-19 eine völlig neue und unbekannte Art zu sterben darstellt und die Menschen davor immer nur eines friedlichen und gesunden Todes starben.

Dieses Gefühl wird dadurch bestärkt, dass es in der gesamten Debatte kaum um Gesundheit geht und darum, wie Gesundheit erhalten und ein qualitatives, statt nur quantitatives Leben

gefördert werden kann.

Auch werden die relevanten Vorerkrankungen nicht thematisiert und was gegen deren Entstehung unternommen werden kann. Dabei kann von jedem von uns direkt von heute an eine Menge für Gesundheit und Wohlbefinden getan werden, ohne dass wir dazu pharmazeutische Erzeugnisse bräuchten.

Wären beispielsweise in den letzten 10 Monaten entsprechende Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsprogramme für die Risikogruppen eingeleitet worden, hätten wir jetzt mit sehr großer Wahrscheinlichkeit deutlich weniger Menschen in den Risikogruppen.

Doch zurück zu Corona. Das Durchschnittsalter der Corona-Toten liegt nach einer Studie vom Dezember 2020 des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin bei 82 Jahren, wobei deutlich mehr Männern als Frauen verstarben ([Quelle](#)).

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland von jetzt geborenen Jungen beträgt 78,6 und bei jetzt geborenen Mädchen beträgt sie 83,4 Jahre ([Quelle](#)). Der Durchschnitt der Jungen und Mädchen zusammen beträgt 81 Jahre.

Wenn wir die durchschnittliche Lebenserwartung weltweit nehmen, beträgt diese nur 69 Jahre ([Quelle](#)). In vielen afrikanischen Ländern, wie Mali, Burundi, Mosambik, Somalia, Nigeria etc. liegt die durchschnittliche Lebenserwartung sogar unter 57 Jahren bis hin zu 50 Jahren in Sierra Leone oder 49 Jahren in der Zentralafrikanischen Republik ([Quelle](#)).

Das heißt, dass das Durchschnittsalter der „Corona-Toten“ 13 Jahre über dem weltweiten Durchschnitt der Lebenserwartung liegt.

Warum haben wir in Deutschland das Recht darauf, älter als der eigene Todesdurchschnitt zu werden und dies mit härtesten politischen Maßnahmen durchzusetzen, die unglaublich viele Nebenwirkungen für alle Bevölkerungsgruppen haben?

Wieso darf der Deutsche durchschnittlich bis zu 33 Jahre älter werden als die Menschen aus anderen Ländern, ohne dass in diesem Kontext die Solidaritätsfrage gestellt wird, abgesehen von der Frage, was wir jetzt daran ändern könnten?

Die Anzahl hungernder Menschen auf der Welt steigt seit Jahren wieder an und befindet sich 2019 bei 811 Millionen hungernden Menschen, von denen die meisten junge Menschen sind ([Quelle](#)). Als direkte Folge der Corona-Maßnahmen ist auch die Anzahl der kritisch Unterernährten seit 2019 von 149 Millionen Menschen im Jahr 2020 auf 270 Millionen Menschen gestiegen. Das sind 80% mehr in derselben kritischen Situation ([Quelle](#)).

Wieso dürfen wir einerseits, auf individueller Ebene, selbst über unsere Gesundheit oder Krankheit entscheiden; wie wir uns ernähren, wie viel wir uns bewegen, ob wir rauchen, Alkohol trinken, wie viel Stress wir im Leben zulassen etc. und gleichzeitig finden nun kollektive Regierungsmaßnahmen statt, in denen die Verantwortung für die Risikogruppen auf die gesamte Gesellschaft übertragen wird?

Das mag jetzt insgesamt drastisch klingen, aber wenn wir bezüglich aller Krankheiten und Umstände, die zum Tod führen, derartige Maßnahmen ergreifen würden, dürften wir gar nicht mehr leben. Wir wären dauerhaft schon in der Totenstarre gefangen, während wir eigentlich noch lebten; aus Angst vor dem einzig Alternativlosen.

Es geht hier in keinsten Weise darum, die Trauer um den Verlust eines geliebten Menschen zu relativieren, aber der Tod gehört tatsächlich zum Leben dazu und ist kein ungewöhnliches Phänomen.

Und schon gar nicht der Tod durch Krankheit.

Und ich wünsche von ganzem Herzen jedem einzelnen Menschen dieser Welt ein gesundes und erfülltes Leben!

Vergleich Sterbezahlen

Ich werde in diesem Kapitel zuerst die Sterbezahlen durch Corona in Deutschland gegenüber anderen Sterbezahlen in Deutschland einordnen und danach auf weltweite Sterbezahlen eingehen. Dort werden die globalen Ungerechtigkeiten bezüglich des ‚Rechts auf die Todesart‘ noch einmal sehr deutlich.

Ich wiederhole noch ein Mal, dass die offiziellen Todeszahlen zu COVID-19 nicht stimmen und bitte alle, die es noch nicht getan haben, das Kapitel zu den Todeszahlen noch vor diesem Kapitel durchzulesen.

Ich führe trotzdem die offiziellen Zahlen in meinen Vergleichen an, um zusätzlich aufzuzeigen, wie unverhältnismäßig selbst die offiziellen Zahlen zu all den anderen Todesursachen sind, die leider keine große mediale Aufmerksamkeit erfahren.

Deutschland

Ich beziehe mich in der Tabelle auf die offiziellen Todeszahlen der ‚Corona-Toten‘ zum Stand 28.12.2020, sodass damit die Toten eines ganzen Jahres im Vergleich zu anderen aktuellen deutschlandweiten Sterbezahlen, jeweils bezogen auf ein ganzes Jahr, eingeordnet werden können – ungeachtet des fragwürdigen Zustandekommens der Corona-Todeszahlen.

Es gibt je nach Todesursache verschiedene Angaben zur jährlichen Sterbeziffer, da unterschiedliche Quellen unterschiedliche Schätzungen hervorbringen. Es ist klar, dass z.B. Behandlungsfehler und deren tödliche Folgen nur ungerne zugegeben werden und die Dunkelziffer deshalb sehr groß sein wird.

Ich habe mich dennoch stets für einen Wert entschieden, der ungefähr in der Mitte liegt und nie einfach nur den höchsten Wert genommen, den es zu finden gab.

Selbstverständlich gibt es zwischen den verschiedenen Ursachen auch Überschneidungen.

Anzahl Toter	Todesursache	Quellenverweis
30.126	, Corona `	Quelle
331.200	Herz-Kreislauf Erkrankungen	Quelle
231.300	Krebs	Quelle
44.847	Lungenkrebs	Quelle
30.000	Lungenentzündung	Quelle
120.000	Folgen des Rauchens	Quelle
25.000	Nebenwirkungen Medikamente	Quelle
18.800	Behandlungsfehler	Quelle
27.500	Krankenhauskeime	Quelle
62.000	Vermeidbare Umweltbelastungen, wie Luftverschmutzung etc.	Quelle

Weltweit

Anzahl Toter (in Mio)	Todesursache	Quellenverweis
1,8	, COVID-19`	Quelle
18,5	Herzkrankheiten	Quelle
9	Hunger	Quelle
2,2	Zusätzliche Hungertote durch COVID-19 Maßnahmen, wie Lockdowns und deren nachhaltige Folgen, wie Infrastruktureinbrüche etc.	Quelle bei 12.000/Tag und angenommenen 6 Monaten harten Maßnahmen und deren Folgen
9	Vermeidbare Umweltbelastungen	Quelle
1,8	Davon verschmutztes Trinkwasser	Quelle
1,8	Tuberkulose	Quelle
8	Folgen des Rauchens (aktiv und passiv)	Quelle
2,6	Lungenentzündung	Quelle
9,6	Krebs	Quelle
1,6	Diabetes	Quelle
2,2	Hyperglykämie	Quelle

Fast alle dieser Faktoren sind größtenteils vermeidbare Krankheiten und Ursachen des Todes, auf die wir jederzeit Einfluss nehmen könnten. Jedoch bekommt keine einzige dieser Todesursachen eine derartige mediale Aufmerksamkeit, wie Corona.

Es gibt mittlerweile unzählige Studien, Bücher und praktische Ärzt*innen, die aufzeigen, dass die Zivilisationskrankheiten, wie Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes und Krebs größtenteils durch unsere Art zu leben bedingt sind und wir uns durch die Änderung unseres Lebensstiles größtenteils davor schützen können.

Was definitiv auch eine politische Verantwortung ist, dafür den Rahmen zu schaffen.

Ein sehr gutes und umfangreiches Buch dazu mit vielen praktischen Tipps ist z.B. „Das Heilende Selbst“ von Deepak Chopra und Rudolph E. Tanzi, dessen Titel erst einmal spirituell

anmutet, jedoch ein komplett wissenschaftlich recherchiertes Buch ist. Darin fassen die Autoren die meisten modernen Studien und Erkenntnisse zu Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs und Diabetes und unseren Einfluss auf unser Immunsystem zusammen.

Die Schlussfolgerung ist, dass jeder einzelne Mensch einen extrem großen Einfluss auf das eigene Immunsystem und die eigene Gesundheit nehmen kann. In dem Buch werden direkt praktische Hinweise zur Änderung des Lebensstiles, aufgrund der modernsten Erkenntnisse, gegeben.

Dort wird auch angeführt, dass Einsamkeit, Stress und Angst die größten psychischen Faktoren sind, die das Immunsystem schwächen.

Auch die Politik könnte die Gesundheit der Bevölkerung mit etlichen Programmen konstruktiv fördern, anstatt durch Angst und Einschränkungen unsere Immunsysteme konstant zu schwächen.

Noch ein absurdes Beispiel zum Abschluss des Kapitels:

Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass jährlich fast zwei Milliarden Dollar zur Bekämpfung der Tuberkulose fehlen ([Quelle](#)). Das mutet im Verhältnis zu den Kosten der PCR-Tests und den Folgekosten der Corona-Maßnahmen schon fast grotesk an, sterben doch jedes Jahr weltweit genauso viele Menschen an Tuberkulose, wie offiziell an COVID-19. Hier würden jedoch nur 2 Milliarden Dollar den entscheidenden Unterschied machen.

Eine ähnliche Summe werde benötigt, um den Hunger der Welt größtenteils zu beenden ([Quelle](#)).

Zum Vergleich: Die PCR-Tests kosten nur in Deutschland bei einem durchschnittlichen Preis von 100€ je Test und einem Testvolumen zwischen 1 Millionen und 1,6 Millionen Tests zwischen 100 und 160 Millionen Euro jede Woche.

Mutationen und Immunisierung

Aus einer sehr umfangreichen internationalen Studie zur Immunreaktion von Menschen auf SARS-Cov-2, die im Nature Magazine veröffentlicht wurde, gehen sehr relevante Erkenntnisse bezüglich der Vorimmunisierung hervor.

Bei Menschen, die zuvor keinerlei Kontakt mit SARS-Cov-2 hatten, wurde bei 81% der untersuchten Fälle, die zum ersten Mal dem SARS-Cov-2 ausgesetzt waren, eine T-Zellen-Immunreaktion auf das neuartige Virus beobachtet.

Sie waren somit schon vorher durch den Kontakt des Körpers mit anderen Erkältungs-Coronaviren auch gegenüber der SARS-Cov-2-Mutation immunisiert ([Quelle](#)).

Hiermit ist ein offizieller Hinweis gegeben, dass schon eine breite Immunisierung innerhalb der Bevölkerung gegenüber dem neuartigen SARS-Virus besteht und dass stark davon auszugehen ist, dass es bezüglich aller weiteren Mutationen schon eine T-Zellen-Immunität im Großteil der Bevölkerung, aufgrund vorheriger SARS-Immunreaktionen, gibt.

Es ist in Anbetracht dessen äußerst fragwürdig, warum Politiker, wie Lauterbach, eine Politik der Angst fahren, in der sie uns bei jeder neuen Mutation einschüchtern und uns aufgrund dessen sogar noch in einen unbegrenzten Lockdown bringen wollen ([Quelle](#)).

7-Tage-Inzidenz

Der PCR-Test liefert fast ausschließlich die Datengrundlage für alle weiteren Kennzahlen, mit denen die Regierungen ihre Maßnahmen rechtfertigt. Wie die Richtlinien der WHO zur Feststellung eines COVID-19-Toten jedoch zeigen, braucht es nicht einmal mehr ein positives Testergebnis, um einen COVID-19-Toten feststellen zu können.

Aus den Ergebnissen der PCR-Tests leitet sich zudem noch die 7-Tage-Inzidenz mit Grenzwerten von 50 und 35 ‚Neuinfizierten‘ je 100.000 Einwohnern ab, die im Infektionsschutzgesetz unter §28a nun gesetzlich verankert wurden ([Quelle](#)).

Diese Kennzahl und die Überschreitung des Grenzwertes von 50, ermächtigt die Regierung ohne Zustimmung des Parlamentes zur Einschränkung der Grundrechte der Bevölkerung nach §28 des Infektionsschutzgesetzes ([Quelle](#)).

Die Daten dazu liefert, ebenfalls gesetzlich festgelegt, das RKI.

Doch wie kommt nun diese Kennzahl zustande und wie ist dieser Grenzwert überhaupt zu rechtfertigen?

Als erstes ist dazu der Begriff ‚Neuinfektion‘ noch einmal genauer zu betrachten. Wie im Kapitel PCR-Test schon behandelt, ist grundsätzlich die Erfassung der Infektionszahlen höchst fragwürdig.

Umso fragwürdiger ist dann die Definition einer sogenannten ‚Neuinfektion‘, wenn sogar Menschen, die in der Vergangenheit bereits positiv getestet wurden, Monate später und völlig frei von Symptomen weiterhin positiv getestet werden können und dann auch ein weiteres Mal in die Statistik fallen ([Quelle](#)).

Aufgrund dessen lässt sich z.B. nicht sagen, ob eine Neuinfektion vorliegt oder ob sich schon seit Monaten völlig unproblematisch die DNA des Virus in dem getesteten Menschen befindet.

Noch einmal zur Erinnerung: Es wird mit dem hochsensiblen PCR-Test das Vorhandensein von DNA-Abschnitten eines Virus in einem Nasen- oder Rachenabstrich eines Menschen festgestellt. Bis hin zu einer billionenfachen Vermehrung des Ausgangsmaterials, bis die Primer des Virus letztlich andocken.

Dass mittlerweile auch alle weiteren Mutationen des COVID-19 mit den gleichen PCR-Tests positiv getestet werden können, lässt vermuten, dass damit vielleicht auch die ganze Zeit noch ganz andere SARS-Viren positiv getestet wurden.

Außerdem sagt es aus, dass, wenn die PCR-Tests weiterhin auf jede neue Mutation reagieren und wir mit derselben Strategie fortfahren, es dazu kommen kann, dass wir nie wieder einen Wert unter 50 erreichen.

Es wird wohl mit entsprechend großer Teststärke auf unbegrenzte Zeit möglich sein, immer wieder mindestens 50 Menschen unter 100.000 zu finden, die entsprechende DNA-Abschnitte des Virus in sich tragen, auf die der PCR-Test positiv reagieren wird.

Zudem wurde der Wert erschaffen, um die Rückverfolgbarkeit durch die Gesundheitsämter weiterhin zu gewährleisten und diese vor Überforderung zu schützen und sollten der nationalen Vergleichbarkeit dienen ([Quelle](#)).

Der Wert von 50 hat keine wissenschaftliche, sondern eine behördliche Grundlage. Der Grenzwert für die 7-Tage-Inzidenz ist somit ein politischer und kein wissenschaftlich-epidemiologischer Wert.

Der Wert wird als relativer Wert, im Gegensatz zu rein absoluten ‚Infektionszahlen‘ bezeichnet, ist jedoch genauso von der Teststärke abhängig. Je mehr getestet wird, umso mehr positiv Getestete wird es auch geben, denn der Wert wurde z.B. zu Zeiten festgelegt, in denen 400.000 Tests in der Woche gemacht wurden ([Quelle](#)). Wir sind seit langem schon im Bereich der millionenfachen Testungen.

Es wird außerdem von Stefan Willich, dem Direktor am Institut für Epidemiologie der Charité, kritisiert, dass der Bezugsrahmen fehle. Man müsse den Wert auf repräsentative

Stichproben beziehen und nicht aus einer Mischung aus zufälligen Befunden und freiwilligen Testungen, wie es aktuell gehandhabt wird ([Quelle](#)).

In der Epidemiologie bildet die Inzidenz zusammen mit der Prävalenz, der Wahrscheinlichkeit in einem Krankheitsbestand wirklich krank zu sein, die Morbidität ab.

Für die Feststellung der Inzidenz sind die wissenschaftlichen Voraussetzungen, dass die Person vor der Erfassung nicht schon krank gewesen sein darf und dass jede Person mindestens zwei Mal untersucht wird und dass es festgelegte Stichprobengruppen gibt, die überwacht werden ([Quelle](#)).

Selbst dann ist die Zahl immer noch in den Kontext einzuordnen und mit den wirklich schwer Erkrankten abzugleichen ([Quelle](#)).

Wenn es wirklich korrekt laufen würde, dann müsste, wie schon im Kapitel PCR-Test erwähnt, auch noch ein klinischer Befund zur Bestätigung der Erkrankung mit COVID-19 und der Ausschluss anderer Respirationskrankheiten vorliegen und definitiv auch immer der cT-Wert mit berücksichtigt werden.

Zur Erinnerung: Die WHO hat selber auf ihrer Webseite erklärt, dass es viel zu viele falsch Positive durch zu hohe cT-Werte gibt.

Mit den beschriebenen Maßnahmen und, damit einhergehend, viel weniger positiv Getesteten, einer Anpassung des Grenzwertes für die 7-Tage-Inzidenz nach oben und einem geringeren Testvolumen würde keine einzige Gemeinde den Grenzwert überschreiten.

Doch es werden leider viel willkürliches Datenmaterial und politische, nicht wissenschaftliche Grenzwerte benutzt, um damit die eigenen politischen Maßnahmen zu rechtfertigen.

Sogar entgegen den wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich der Wirksamkeit der Maßnahmen, wie Lockdown oder Maskenpflicht auf das Infektionsgeschehen.

Und damit geht es direkt zum nächsten Kapitel, in dem die Maßnahmen und deren Wirksamkeit noch einmal genauer beleuchtet werden.

Lockdown und Nebenwirkungen

Gleich zu Beginn des Kapitels gehe ich auf die neueste Metastudie (vom 05.01.2021), „Assessing Mandatory Stay at Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID 19“ von John P.A. Ioannidis und drei weiteren Autoren ein.

Zur Erinnerung, John P.A. Ioannidis ist einer der federführenden Gesundheitswissenschaftler für die WHO. Dort wird auch schon länger mit seiner errechneten Infektionssterblichkeit von 0,23% und bei unter 70 Jährigen von 0,04% gearbeitet ([Quelle](#)).

Er ist Professor für Medizin und Epidemiologie an der Stanford University of Medicine ([Quelle](#)).

In der Studie werden die Auswirkungen verschieden starker, nicht pharmazieller Interventionen, wie Lockdowns, das Tragen von Masken etc. von 10 Ländern und deren Einfluss auf die Epidemiedynamik miteinander verglichen. Es handelt sich dabei um England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien, Südkorea, Schweden und die USA ([Quelle](#)).

Es werden somit Länder mit den härtesten und den mildesten und insgesamt sehr diversen Maßnahmen miteinander verglichen.

Das Ergebnis ist eindeutig und sollte uns allen stark zu denken geben, wenn unsere Regierung und auch einige andere Regierungen der Welt weiterhin auf immer härtere Maßnahmen plädieren.

Es gibt keinerlei signifikante Reduktion der Fallzahlen durch härtere Maßnahmen, wie z.B. Lockdowns oder auch das allgemeine Maskentragen. Die zwei Länder ohne restriktive Maßnahmen, wie Schweden und Südkorea schneiden z.B. besser ab, als Spanien und Frankreich mit extrem harten Maßnahmen ([Quelle](#)).

Es sollte durch diese Studie und alles andere, was ich in diesem Artikel anführe, immer klarer werden, dass sich die Regierung in keinsten Weise auf wissenschaftliche Erkenntnisse stützt, sondern von irgendeiner anderen Motivation getrieben sein muss.

Auch eine weitere groß angelegte Studie vom 21.07.2020, „A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes“, kommt zu dem Schluss, dass Maßnahmen der Regierungen, wie Grenzschließungen, strikte Lockdowns und eine hohe Rate an COVID-19-Tests nicht mit einer statistisch signifikanten Verringerung der Anzahl kritischer Fälle oder der Gesamtmortalität verbunden waren ([Quelle](#)).

Eine weitere Studie aus Frankreich vom 19.11.2020, die 160 Länder auf den Einfluss von Faktoren im Bereich der Demografie, der öffentlichen Gesundheit, der Wirtschaft, der Umwelt und des Regierungshandelns wie Lockdowns etc. untersucht hat, kommt ein

weiteres Mal zu dem Schluss, dass in allen Ländern, gleich welche Maßnahmen sie ergriffen, die Ansteckungs- und Sterblichkeitskurven im Ländervergleich nahezu gleich sind ([Quelle](#)).

Es wurde zudem kein Zusammenhang zwischen den ergriffenen Maßnahmen, inklusive Lockdown, und einem Effekt auf die Sterblichkeitsrate festgestellt.

Selbst der COVID-19-Spezialbeauftragte der WHO positionierte sich schon im Oktober, aufgrund der extrem vielen fatalen Nebenwirkungen, wie z.B. der Verdopplung der Armutsrate, gegen das Einsetzen von Lockdowns ([Quelle](#)).

An dieser Stelle macht es Sinn, wenn die wissenschaftliche Legitimität des Lockdowns in Frage gestellt ist, auf ein paar der vielen Nebenwirkungen der Lockdowns einzugehen.

Am härtesten trifft es wieder einmal die Ärmsten unter uns. Es sterben in den ärmsten Ländern durch die Lockdowns und harten Maßnahmen zusätzlich zu den schon 24.000 Menschen ([Quelle](#)), schätzungsweise täglich 12.000 Menschen mehr durch Hunger, als Folge des Zerbrechens der schon labilen Infrastruktur ([Quelle](#)).

Wird das auf ein Jahr hochgerechnet sind das 4,4 Millionen zusätzliche Hungertote alleine durch die Maßnahmen.

Auch bei uns geht die Kluft zwischen Arm und Reich immer weiter auseinander. Millionen von Menschen verlieren ihre Arbeitsplätze und das Vermögen der Reichen, z.B. in den USA, hat sich während der Corona-Maßnahmen um 1000 Milliarden Dollar erhöht. Das ist ein Viertel mehr, als sie vor der Krise hatten ([Quelle](#)).

Unzählige kleine Farmer*innen sind schon in den Ruin getrieben worden und die Armutsrate auf der Welt wird sich vermutlich innerhalb dieses Jahres verdoppeln ([Quelle](#)).

Viele wissenschaftliche Studien belegen, dass Angst und starker Stress zu den tödlichsten Gesundheitsgefahren der Welt gehören, die z.B. zu erhöhtem Blutdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, höherer Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten und Krebs führen ([Quelle](#)).

Bergamo und New York

Eigentlich wollte ich dieses Kapitel rausnehmen, dass der Text insgesamt nicht zu lang wird, aber es ist wichtig, wenigstens mit ein paar wenigen Beispielen aufzuzeigen, wie viele Tragödien zu Zeiten rund um COVID-19 gespeist sind von menschlichen, kommunikativen, infrastrukturellen und organisatorischen Fehlern, welche medial oft COVID-19, anstatt dem Menschen in seiner Fehlbarkeit, zugeschrieben werden.

Bergamo

In Bergamo wurden bei der ersten Welle viele Corona Patient*innen mit milden Symptomen aus Krankenhäusern in Pflegeheime der Region verlegt und haben dort für viele Tote unter den geschwächten alten Menschen gesorgt. Es starben dadurch über 3000 Menschen in den Heimen. Keiner von ihnen wurde positiv auf Corona getestet ([Quelle](#)).

Im Krankenhaus Papa Giovanni XXIII, dem Krankenhaus mit den berühmten Bildern der Särge, die in Militärfahrzeugen abtransportiert wurden, hätten viele der Patient*innen in andere Krankenhäuser der Umgebung, die freie Plätze gehabt hätten, untergebracht werden und somit gerettet werden können. Doch es mangelte an einer guten Kommunikation zwischen den Kliniken und somit war die Klinik Papa Giovanni maßlos überfordert und hatte entsprechend auch keinen Platz mehr für die Särge der Toten ([Quelle](#)).

New York

In New York hat es, laut einer amerikanischen Studie, während des Lockdowns vom 01.03. bis zum 25.04.2020 eine Übersterblichkeit bezüglich Herzkrankheiten von 398% und bezüglich Diabetes von 356% gegeben ([Quelle](#)).

Intensivbeatmung

Der Pneumologe Thomas Voshaar, Chefarzt einer Lungenklinik, sagt, dass eine frühe künstliche Beatmung einer der größten Fehler bei der Behandlung von Corona sei. Über die Hälfte der COVID-19-Patient*innen auf den Intensivstationen werde künstlich beatmet und das sei fatal. 50% der intensiv beatmeten Patient*innen sterben. Doch genau die frühe künstliche Beatmung wurde, ohne wissenschaftliche Evidenz, zu einer Leitlinie zur Behandlung schwer Erkrankter erhoben ([Quelle](#)).

Er sagt zudem, dass genau das in Kombination mit den vielen Patient*innen auf den Intensivstationen letztes Frühjahr zu den hohen Todeszahlen in Italien, Frankreich und Spanien führte ([Quelle](#)).

In New York lag die Sterberate beatmeter Patient*innen während der ersten Welle sogar bei 80% ([Quelle](#)).

Intensivbetten

Auf der Seite intensivregister.de, die in Zusammenarbeit mit dem RKI die Verfügbarkeiten der Intensivbetten in ganz Deutschland tagesaktuell aufbereitet, sind die Statistiken Abbildung 1 und Abbildung 2 (Stand 14.01.2021) zu finden ([Quelle](#)).

Die erste Statistik bestätigt, dass konstant die Intensivbettenkapazität seit dem 04.08.2020 abgebaut wurde.

Zudem wurde der Terminus ab dem 04.08.2020 geändert und der Großteil der freien Betten (aktuell 10.232 Betten) wurde nun Notfallreserve genannt, anstatt sie in der ‚Notlage‘ einer ‚Pandemie‘ als freie Betten konstant zur Verfügung zu haben.

Selbst mit der Notfallreserve wurde jedoch die Kapazität seit dem 04.08.2020 um ca. 6000 Betten abgebaut.

Das sollte einem höchst merkwürdig erscheinen, wenn das doch die anfängliche Begründung für den erneuten Lockdown im Dezember letzten Jahres war und es immer nur um die Intensivbettenknappheit ging und geht.

Glücklicherweise sind jedoch diese Statistiken für jeden Menschen öffentlich einsehbar.

Denn es geht aus den beiden Statistiken hervor, dass es niemals (!) einen Anstieg der Gesamtauslastung der Intensivbetten durch mehr PCR-positiv getestete COVID-19-Patient*innen gab.

Was ein weiterer Hinweis darauf ist, dass das Geschehen nicht nur auf die Wirkung des Erregers COVID-19 zurückzuführen ist, sondern darauf, wie wir Testen und wie Menschen dem Label „COVID-19-Infizierte*r“ zugeordnet werden. Das deutet auch darauf hin, dass das Infektionsgeschehen, wie es gerade stattfindet, kein außergewöhnliches ist, wie auch der Abbildung 3 im Vergleich zu den zwei Vorjahren zu entnehmen ist.

Wie in dem Kapitel „Todeszahlen“ nachzulesen ist, sind alle Menschen, die durch Respirationsprobleme starben, völlig gleich, ob sie getestet wurden oder nicht, laut der WHO zu COVID-19-Tote zu zählen.

Der PCR-Test sagt erst einmal nur aus, dass ein Genabschnitt des Virus in einem Abstrich der Schleimhäute gefunden wurde und ist laut Herstellerangaben auch nicht für diagnostische Zwecke geeignet.

Es werden bei den ‚Infizierten‘, bei den ‚Corona-Toten‘ und bei den Menschen mit COVID-19 auf den Intensivstationen keine anderen Krankheiten ausgeschlossen, wie Lungenentzündung, Grippe etc. oder Vorerkrankungen, wie Lungenkrebs etc. berücksichtigt, die seit Jahrzehnten zu sehr vielen Todesfällen in Verbindung mit dem Respirationstrakt führen.

Alle Menschen mit Atemwegserkrankungen sind nun COVID-19-infiziert und es scheint keine anderen Atemwegserkrankungen mehr zu geben.

Genau das spiegelt auch die Intensivbettenauslastung wider. Selbst der Anstieg der COVID-19 Patient*innen verändert in keiner Weise die Gesamtauslastung, wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist.

Das trägt zu der Vermutung bei, dass Menschen mit allen möglichen Respirationskrankheiten in dieser Pandemie kollektiv zu COVID-19-Kranken umbenannt werden.

Die einzige offizielle Quelle, die ich fand, die zusätzlich einen guten Vergleich der Intensivbettenauslastung 2020 zu der der Vorjahre bietet, ist eine Analyse des Gesundheitsministeriums, die leider nur von die KW 1 bis 20 der Jahre 2020 zu 2019 und 2018 vergleicht, dadurch jedoch die komplette Auslastung der Intensivstationen während der ‚ersten Welle‘ aufzeigt ([Quelle](#)).

Es handelt sich hierbei um die dritte Abbildung dieses Kapitels. Dort wird aufgezeigt, dass die Intensivbettenbelegung bis KW 20 im Jahr 2020 konstant unter der Belegung der zwei Vorjahre lag.

Damit lag sie sogar vor, während und nach der ‚ersten Welle‘ unter dem Durchschnitt der zwei Vorjahre.

Der nächste bedeutende Punkt neben der Reduktion der Intensivbettenkapazität seit dem 01.08.2020 um ca. 6000 Betten ist, dass in der öffentlichen Debatte die „Notfallreserve“ kaum erwähnt wird.

Es ist ganz klar abzulesen, dass die Belegung der Intensivbetten konstant um die 20.000 Patient*innen beträgt, völlig gleich, ob es eine ‚COVID-19-Welle‘ gab oder auch ob es Lockdowns gab oder nicht.

Weder eine ‚COVID-19-Welle‘, noch ein Lockdown hatten jemals einen Einfluss auf die absolute Intensivbettenbelegung!

Die Aussage, dass wir nur noch 4300 Betten frei hätten, ist zudem schlicht falsch. Ohne die Schließung der 6000 Intensivbetten hätten wir direkt 10300 Betten frei und auch aktuell hätten wir mit der ‚Notfallreserve‘ ca. 14000 freie Betten.

Statt der medial wirksamen Zahl freier Intensivbetten von nur noch 16% hätten wir dann auf ein Mal 39% freie Intensivbetten. Und das mitten in der angeblich härtesten Phase aller Zeiten während einer Jahrhundertpandemie.

Auch hier mutet es doch merkwürdig an, dass der Terminus geändert wurde und wir von einer Notfallreserve sprechen, die in den öffentlichen Zahlen und Diskursen nicht zu der

Gesamtzahl freier Betten gezählt wird, obwohl sie sofort innerhalb von 7 Tagen verfügbar wäre.

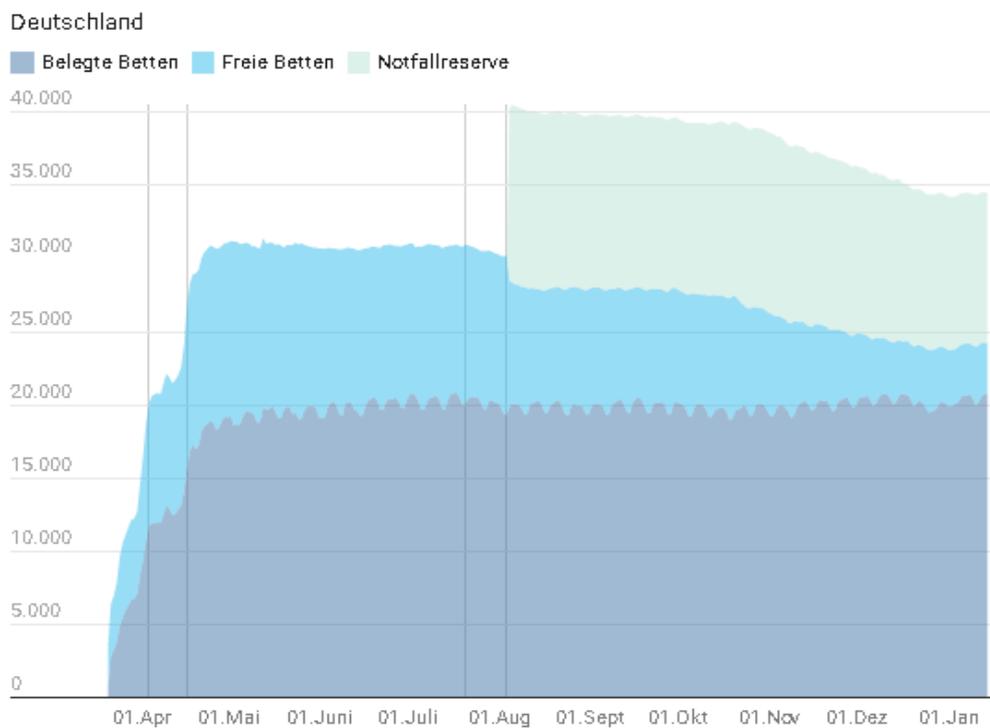
Es ist jedoch an der Kurve abzulesen, dass die Auslastung immer relativ gleich blieb und nur die Zahl der freien Betten konstant reduziert wurde und Teile davon in ‚Notfallreserve‘ umbenannt wurden.

Das ist das, was uns als Engpass verkauft wird.

Denn wie kann es sein, dass der gesamten Bevölkerung die Maßnahmen, wie Lockdowns etc. aufgrund der angeblichen Engpässe der Intensivbetten abverlangt werden, während es

1. Diesen Engpass es inkl. der Notfallreserven gar nicht gibt
2. Die Regierung trotzdem innerhalb der letzten 5 Monaten einen Abbau von 6000 Intensivbetten zugelassen und dem politisch nicht entgegengesteuert hat (das entspricht 150% der momentanen freien Betten; ohne die Notfallreserve)
3. Kliniken während der ‚Krise‘ geschlossen wurden und weiterhin geschlossen werden ([Quelle](#))

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)



Stand: 14.01.2021 12:17

Quelle: DIVI-Intensivregister · [Daten herunterladen](#) · Erstellt mit [Datawrapper](#)

Abbildung 1

Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle an Anzahl belegter Intensivbetten

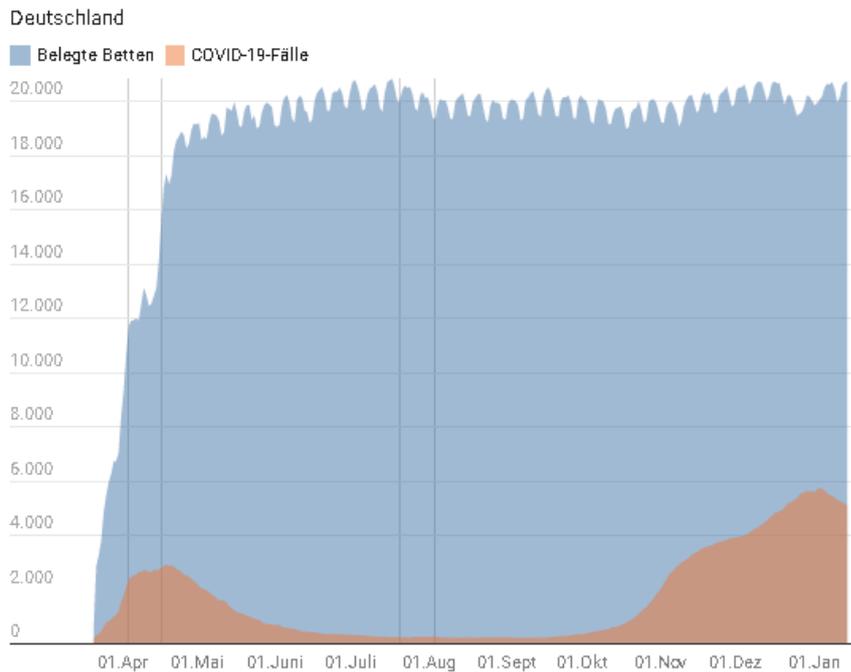


Abbildung 2

Durchschnittliche Anzahl der Patienten auf der Intensivstation nach Jahren und Kalenderwoche

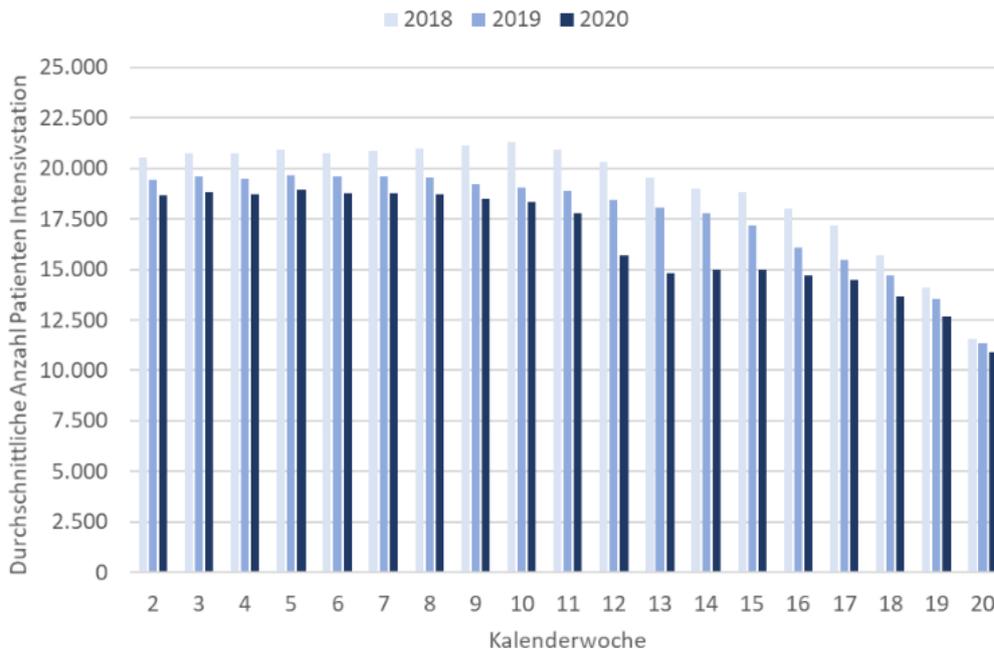


Abbildung 3

Schlussworte

Ich hoffe, dass diese Arbeit zu mehr kritischem Bewusstsein beitragen konnte und aufzeigen, dass vieles in der Politik und der medialen Aufbereitung falsch läuft und vor allem, dass es eine wissenschaftliche Kontroverse und zahlreiche Studien und Expert*innen gibt, die aufzeigen, dass die harten Maßnahmen nicht nur nicht alternativlos, sondern zusätzlich noch destruktiv sind.

Am Ende muss uns jedoch auch klar sein, dass die Frage, wie wir leben wollen, nicht durch die Wissenschaft oder irgendeine Regierung entschieden werden kann.

Das müssen wir letztlich jede*r für sich tief aus dem Innersten heraus feststellen und entscheiden. Wir sollten unser Glück nicht in die Hände von Menschen geben, die keine alternativen Wahrheiten zulassen und die Wissenschaft nur als informelle Unterstützung, jedoch nicht als Maß absoluter Wahrheit, annehmen.

Die Wandelbarkeit und Fehlbarkeit der Wissenschaft wird schon dadurch aufgezeigt, dass ständig alte Erkenntnisse, die zum Zeitpunkt der Entstehung von einigen als die absolute Wahrheit angenommen wurden durch neue Erkenntnisse ersetzt werden, die nun für manche als die neue absolute Wahrheit gelten und in Zukunft für wiederum andere durch eine neue absolute Wahrheit ersetzt werden.

Die komplette Weisheit des Lebens liegt eigentlich schon von Geburt an in jedem einzelnen von uns und unser Zugang dazu wird mit den Jahren durch zu viel Denken und Identifikation mit dem Äußeren immer weiter verschleiert, wenn wir uns dessen nicht bewusst werden.

Das kann im Extrem dahin führen, dass wir derartig mit unserem eigenen Ego identifiziert sind, dass wir keine andere Wahrnehmung der Realität, als unsere eigene, mehr zulassen können und probieren, ebene jene eigene Wahrnehmung allen anderen aufzuzwingen und die Existenz anderer Realitätswahrnehmungen zu diffamieren oder zu leugnen.

Und ich bin der Meinung, dass jeder von uns tief im Inneren sehr wohl weiß, was für ihn oder sie richtig oder falsch ist und es liegt an uns, was wir um uns herum zulassen und was nicht. Wir sind keine ohnmächtigen Wesen, die Opfer des Wahnsinns der Menschheit sein müssen und nichts daran ändern können.

Wir können und dürfen Einfluss nehmen auf das, was um uns herum geschieht. Und das kann bei dem Mut beginnen, zu dem eigenen Leben und den eigenen Bedürfnissen zu stehen.

Wir sind handlungsfähig und wir können jederzeit zu einer konstruktiven Realität beitragen. Und dazu brauchen wir keine Expert*innen, die über unser Leben bestimmen, die selber niemals frei von Widersprüchlichkeit sein können.

Sie dürfen gerne inspirieren, denn es gibt unendlich viel Inspiration da draußen, Konstruktives zu vollbringen. Das ist es eher, was wir meiner Meinung nach brauchen. Gute Beispiele, wie wir liebevoll und konstruktiv mit uns selber und mit anderen zusammen leben können.

Wenn ich das schreibe, dann meine ich das aus ganzem Herzen und voller Überzeugung und wünsche euch allen somit ein zufriedenes und liebevolles Leben,

Eric