

Coronaviren sind nicht das Problem-bleiben Sie besonnen!



Rede Wolfgang Wodarg, Demo 8. Mahnwache G...



Regierungen und Justiz auf dünnem Eis

Bei einer erneuten Demonstration für unsere grundgesetzlich garantierten Freiheiten in Stuttgart habe ich versucht klarzumachen, dass Regierung und Justiz sich bei einer Rechtsgüterabwägung zwischen persönlichen Freiheiten und Gesundheitsschutz nicht auf eine ausserordentliche gesundheitliche Gefahr berufen können. Sehen Sie obiges Video mit meiner Stuttgarter Rede.

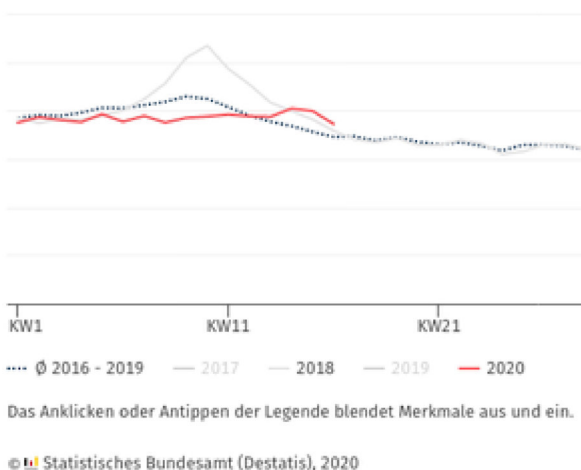
Alleinige Grundlage aller amtlichen und bisherigen Risikoabschätzungen sind positive PCR-Tests. Diese Tests werden in aller Welt in über 300 Variationen mit "Notfallzulassungen" ohne amtliche Validierungen für Milliarden \$ oder € verkauft und verwendet. Sie sagen weder etwas aus über ein Erkrankungsrisiko noch über Ansteckungsgefahren. Sie sind auch **positiv bei SARS-Viren**, mit denen wir Menschen in aller Welt und auch viele Tiere schon über 15 Jahre vertraut sind und die auch bisher keine Gefahr begründet haben. Die Welt fällt auf einen Schwindel rein! Das ist peinlich.

Es wird aber kriminell und bekommt ein anderes Gewicht, wenn solche Testerei eingesetzt wird, um die von uns anvertraute Macht zu mißbrauchen und uns mit Immunitätsnachweisen zu sogenannten Impfungen zu zwingen, die in Wirklichkeit bisher verbotene Genmanipulationen sind.

Schon der Lockdown tötet inzwischen (s.u.), vernichtet längst Existenzen und beraubt uns unserer Grundrechte. Die Gerichte sind aufgerufen, sich nicht nur auf parteiliche Daten der Täter zu verlassen, sondern nach Wahrheit zu suchen, um unsere Grundrechte zu schützen.

Dr. Wolfgang Wodarg, 16.5.2020

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland



Mehr Sterbefälle in Deutschland im Lockdown

Nach unterdurchschnittlichen Sterbefallzahlen in der Grippesaison 2019/2020 kam es während der 13. bis 16. Kalenderwoche zu einer überdurchschnittlich deutlichen Vermehrung von Todesfällen: "Seit

der letzten Märzwoche liegen die Zahlen allerdings über dem Durchschnitt der

Jahre 2016 bis 2019. ...In der 16. Kalenderwoche (13. bis 19. April 2020) sind die Sterbefallzahlen im Vergleich zur Vorwoche **zwar wieder deutlich gefallen** – sie liegen jedoch noch immer über dem Durchschnitt der Vorjahre." In dieser Zeit gab es **keine vermehrten Atemwegserkrankungen.** (Hier der Bericht)

Fehlentscheidungen führen in vielen Ländern zu mehr Opfern als ein Virus!

- Es wird mit nichtssagenden Tests Angst und Panik erzeugt.
- Gefährliche Medikamente werden unkontrolliert ausprobiert.
- Wegen der Fixierung auf Covid-19 werden andere Leiden ignoriert und das Falsche behandelt.
- Notwendige Behandlungen werden erschwert oder verhindert.
- Wirtschaftlicher Ruin und seelische Depression werden sehenden Auges erzeugt.
- Wir werden durch Immunitätsnachweise zur Impfung erpresst.
- Die vorbereiteten RNA-"Impfungen" würden uns genetisch verändern und zu GMOs machen.
- Eine solcher Eingriff wäre grob fahrlässig - das ist keine Impfung!

Ich fordere **Normenkontrollen der Covid-19 Gesetze durch die VerfG und ggf. durch den ECHR.**

z.B. eine überparteiliche Initiative von 178 der 709 MdB könnte das jederzeit einleiten!



Covid-19 – ein Fall für Medical Detectives

Der massenhafte, überproportional häufige Tod von Covid-19-Patienten mit dunkler Hautfarbe und aus südlichen Ländern ist offenbar auch Folge einer medikamentösen Fehlbehandlung. Betroffen sind Menschen mit einem speziellen Enzymmangel, der vor allem bei Männern auftritt, deren Familien aus Regionen stammen, wo Malaria endemisch war oder ist. Sie werden derzeit mit Hydroxychloroquin, einem für sie unverträglichen Medikament behandelt, das jetzt überall auf der Welt im Kampf gegen Covid-19 eingesetzt wird. Wenn dies nicht rasch aufhört, droht ein Massensterben, vor allem in Afrika.



Covid-19 – a case for medical detectives

The numerous and disproportionately frequent deaths of Covid-19 patients with dark skin colour and from southern countries are apparently also the result of a drug-related mistreatment. Affected are people with a specific enzyme deficiency, which occurs mainly in men whose families come from regions where malaria was or still is endemic. They are currently being treated with hydroxychloroquine, a drug which they do not tolerate, now being used all over the world to fight Covid-19. If this practice does not end soon, there is a great risk of widespread deaths, especially in Africa.

Ich werde jetzt oft angesprochen auf eine Bewertung des Nutzens von Chloroquin Derivaten bei Covid-19. Hier deckt sich meine Meinung mit der [Einschätzung des arznei-telegramms](#). Aber auch dort wird nicht auf die gefährlichen Nebenwirkungen von Hydroxychloroquin bei G6PD-Mangel hingewiesen. Das halte ich angesichts des derzeit in aller Welt vorbereiteten und praktizierten massenhaften off-label Gebrauchs aber für dringend erforderlich. Mein Artikel soll helfen, dass z.B. in Afrika oder bei Migranten HCQ nur angewendet wird,

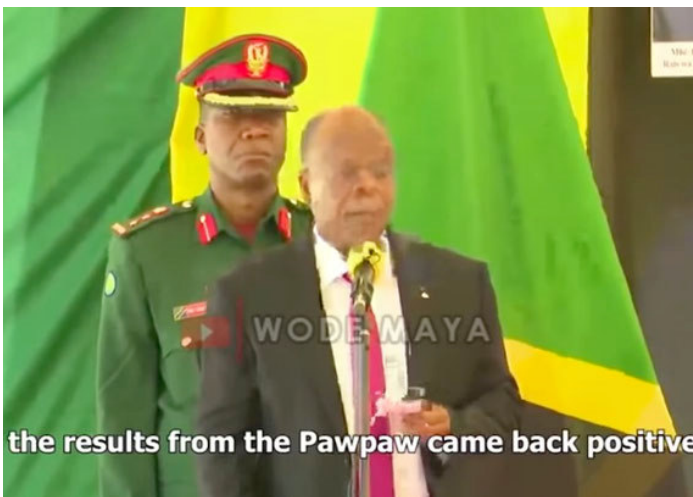
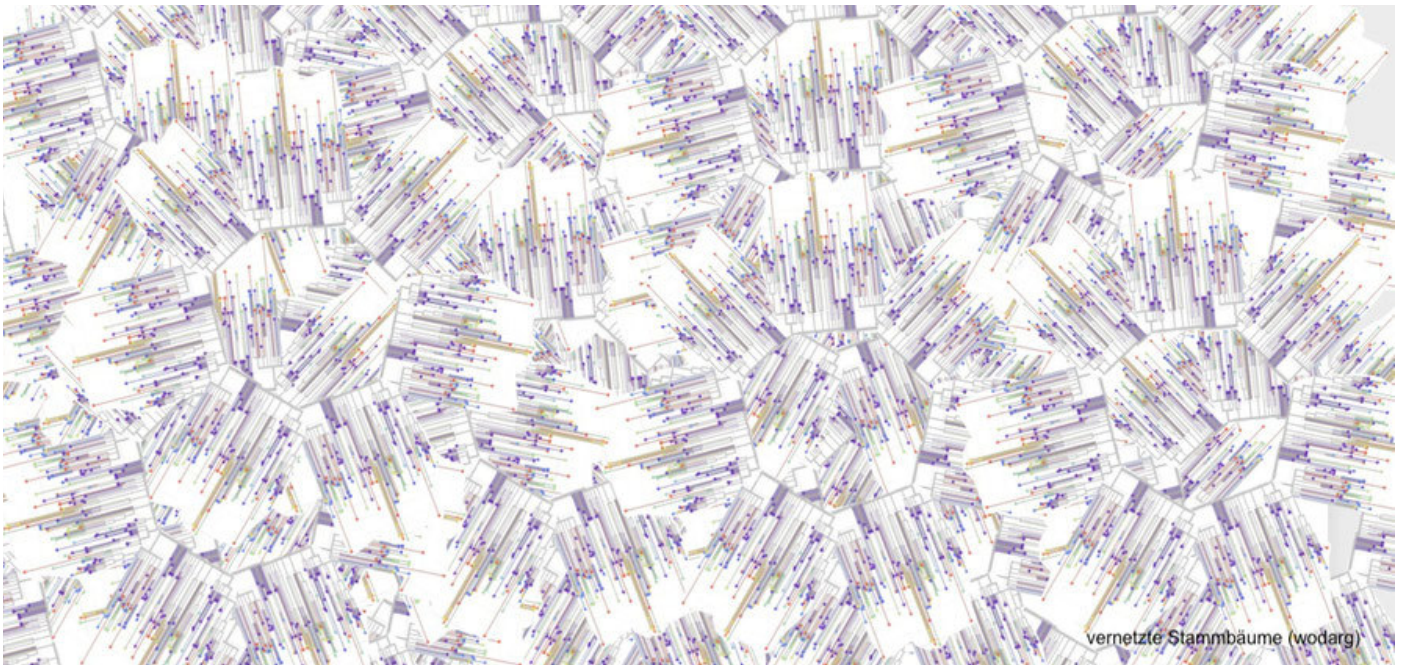
wenn der Enzymdefekt ausgeschlossen ist. Z.B. in Brasilien könnte der falsche Einsatz von HCQ und anderen off label Medikamenten eine der Hauptursachen für die Toten bei einer sonst nicht ungewöhnlich gefährlichen Covid-19 Infektion sein.

Krieg gegen einen Joker

Die Pharma-Industrie und ihre Virologen versuchen derzeit, aus durchsichtigen Gründen, den Erreger SARS-CoV2 als stabilen Feind zu definieren. Für den "Krieg gegen das Virus" braucht man die Gefahr in Form einer Stachelkugel. Eine "coronafreie Welt" ist das erklärte Ziel des impf-besessenen Bill Gates und seiner politischen Freunde. Man versucht, uns die Illusion eines klar definierbaren Gegners in der Welt der Viren einzureden. Denn das ist die Voraussetzung für das Geschäft mit den Tests, für riskante Arzneimittelstudien und die staatliche Durchsetzung einer weltweiten und für die Impfstoffhersteller risikolosen Impfgie. Heute, am 4.5.2020 findet eine Online-Geberkonferenz zur Schaffung "einer coronafreien Welt" ([ARD-Tagesschau](#)) statt und Kanzlerin Merkel verspricht Milliarden unserer Steuergelder dafür hinzugeben.

Aus wissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei allen diesen Bemühungen -schonend ausgedrückt- um gefährliche Irrwege, denn es ist völlig sicher, dass sich auch das SARS-Virus laufend und in großer Geschwindigkeit ändert- und zwar schon immer! Und was nützt eine Impfung gegen etwas, was sich gar nicht fassen lässt?

[Lesen sie mehr und prüfen Sie hier auch wissenschaftliche Details einer Zusammenstellung, für die ich allen Beteiligten sehr danke. \(Wissenschaftliches und Ärztliches\)](#)



Wie kann ein Test, der die SARS-Viren bei Fledermäusen, Hunden, Tigern, Löwen, Ziegen, Kaninchen, Hauskatzen, (Papaya?) und Menschen nachweist, die sich seit vielen Jahren weltweit verändern und verbreiten,

für den Nachweis eines angeblich erst vier Monate alten SARS-CoV-2 spezifisch genannt werden?

Der Präsident von Tansania hat den Test getestet - unsere Kanzlerin ist noch nicht so weit.

Wenn Ihnen wegen des Testergebnisses Nachteile entstehen und Sie einen Rechtsschutz haben, so sollten Sie das anfechten! Richter können logisch denken. Lassen Sie Ihre Katze testen ;-)

Die Katze ist aus dem Sack!

Der Test ist keine valide Grundlage für Therapien oder seuchenhygienische Maßnahmen!

Jetzt, wo nach Tigern, Hunden und Löwen in New York auch zwei Hauskatzen positiv sind, müssen sich die Verantwortlichen und ihre "Faktenchecker" entscheiden: Wollen sie den Drogen-Märchen weiter lauschen und das Land zugrunde richten, oder sehen sie endlich, dass sie sich in Widersprüche verwickeln, sich immer mehr verrennen und sich lächerlich machen?



Spezifisch ist ein Test, wenn er nur das findet, was gesucht wird. Gesucht wird ein angeblich gefährliches Virus aus Wuhan (SARS-CoV-2). Die verwendeten Tests sind aber auch bei vielen schon vorher existierenden unspektakulären Coronaviren von Menschen und Tieren positiv.

Gesetze und amtliche Verordnungen beziehen und berufen sich auf diese Testergebnisse wenn sie unsere Freiheiten beschneiden. Die verwendeten PCR-Tests sind aber nicht einmal amtlich validiert und zugelassen! Wir leben in einer Papayarepublik!

BMJ Artikel über intransparente Antikörper-Tests.

Zitat aus dem Artikel wurde übersetzt. Hervorhebung WW):

Diese Angelegenheit kam ans Licht, als ein Pre-Print-Papier¹ zur Bewertung von neun verschiedenen Antikörpertests für Covid-19 veröffentlicht wurde, wobei die Namen der Tests anonymisiert wurden. In dem Papier wurde berichtet, dass keines der Geräte angemessen war, wobei die Sensitivität zwischen 55 und 70% und die Spezifität zwischen 95 und 100% lag. Dies stand im Widerspruch zu dem von der Arzneimittelzulassungsbehörde angestrebten Spezifitätsziel von 98%, das hoch ist, **da das Risiko falsch positiver Ergebnisse hoch ist, wenn diese Tests zur Lockerung der Sperre eingesetzt werden.**

In der **Studie, die vom National Covid Testing Scientific Advisory Panel** durchgeführt wurde, hieß es: "Einzelne Hersteller haben der Freigabe von Daten auf Geräteebene nicht zugestimmt, so dass die Gerätenamen anonymisiert werden".



Leitlinien für In-vitro-Tests zur Diagnose von COVID-19 (2020/C 122 I/01)

Es handelt sich um ein Papier der EU-Kommission, das sehr

aufschlussreich in Bezug auf die Aussagefähigkeit der derzeit benutzten Tests ist.

Die Kommission empfiehlt, *"COVID-19-Tests durch den Vergleich mit einer Referenzmethode in einer ausreichend großen Zielpopulation zusätzlich zu validieren, bevor die Produkte in die klinische Routine aufgenommen werden. Es wird dringend empfohlen, einer Peer-Review unterzogene wissenschaftliche Ergebnisse für die klinische Validierung kommerzieller COVID-19-Tests abzuwarten, bevor diese sicher und zuverlässig für die Entscheidungsfindung in den Bereichen Medizin und öffentliche Gesundheit verwendet werden."*

Sie sagt weiter: *"Da es kaum Referenzmethoden und -materialien gibt, sind diese Validierungsstudien genauso wie die Bewertung der Leistung eines Produkts durch die Hersteller schwierig." Und: "Mit jedem neu infizierten Patienten kann sich das Virus verändern (mutieren), und diese Mutationen wiederum können einen bestimmten Test weniger wirksam oder sogar unwirksam werden lassen."*

Bis es klinisch brauchbare Tests gibt, sollen wir aber möglichst alle schon getestet sein. Die Bundesregierung "plant derzeit ein neues umfassendes Gesetzespaket im Eiltempo, um schon bald **4,5 Millionen Corona-Tests** pro Woche zu ermöglichen."

Auch wenn klinisch unbrauchbar, so scheint der Test politisch von großer Bedeutung zu sein.

Mitteilung des Labor Augsburg MVZ:

"Geändertes Befundlayout der SARS-CoV2 PCR-Ergebnisse ab sofort geben wir auf unseren Befunden nur noch das Ergebnis positiv oder negativ aus.

Bisher erhielten Sie in Abhängigkeit vom verwendeten Test zwei Ergebnisse. Falls die Probe mit dem Verfahren der Fa. Roche analysiert wurde, haben wir die Messergebnisse für beide Zielsequenzen der PCR (ORF1- und E-Gen) getrennt angegeben. **Das ORF1-Gen ist dabei für SARS-CoV-2 spezifisch, während das E-Gen auch in anderen Coronaviren vorkommt.** Die Fälle, in denen nur das ORF-Gen amplifiziert wurde, haben wir auch bisher schon positiv bewertet. Wenige

Fälle mit isoliert positivem E-Gen wurden als fraglich eingestuft und führten deshalb immer wieder zu Rückfragen und Problemen hinsichtlich des weiteren Managements betroffener Patienten. Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Situation und der insgesamt gestiegenen Positivenrate folgen wir ab sofort der WHO-Empfehlung und geben ein Ergebnis bereits dann **als „positiv“ heraus, wenn nur das E-Gen amplifiziert** wurde. Um den Befund zu vereinfachen, erscheint deshalb zukünftig nur noch ein Gesamtergebnis (positiv oder negativ). Ein Ergebnis ist positiv, wenn mindestens eine der beiden Zielsequenzen des SARS-CoV-2 im Abstrichmaterial nachgewiesen wurde. Falls die Probe mit Verfahren von rBiopharm oder **TibMolbiol** analysiert wurde, haben wir bisher getrennte Screening- und Bestätigungstests durchgeführt. Analog zum oben beschriebenen Vorgehen beschränken wir uns **aufgrund des hohen positiven Vorhersagewerts bei steigender COVID-19-Prävalenz auf den bisherigen Screeningtest, der auf das E-Gen zielt.**"

Heute - wie vor zwei Monaten - ist richtig:

Wenn wir den Test nicht hätten, würden wir keine "Pandemie" bemerken!

TELEPOLIS

Archiv Forum RSS f t e Suchbegriff

POLITIK WIRTSCHAFT WISSENSCHAFT ENERGIE & KLIMA KULTUR & MEDIEN MAGAZIN

TELEPOLIS > WISSENSCHAFT

> VON DER FEHLENDEN WISSENSCHAFTLICHEN BEGRÜNDUNG DER CORONA-MASSNAHMEN

Von der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der Corona-Maßnahmen

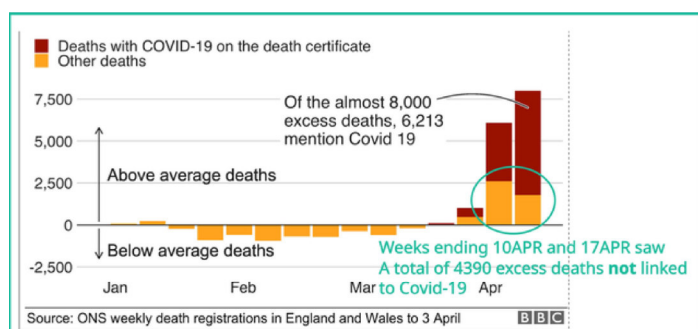
25. April 2020 - Christof Kuhbandner

Es gibt doch noch Medienvielfalt!

Hier ein **Faktencheck**, der seinen Namen verdient und der den regierungshörigen Medien die

Schamröte ins Gesicht treiben muss.

Diese Darstellungen und Grafiken eignen sich auch gut für die Beweisführung bei Gerichten.



Lockdown-Tote ohne positiven Test

In UK gibt es eine **Berichterstattung**, an der man auch erkennen kann, wieviel mehr Tote es dort während des Lockdown gab, bei denen Covid-19

keine Rolle spielt. Aber wie wir aus der **Hamburger Pathologie** wissen:

Selbst wenn Covid-19 auf dem Totenschein steht, ist Covid-19 eher ein Nebebefund und nicht die Haupttodesursache. Hinzu kommt, dass besonders zu Anfang der Panik in vielen Kliniken mit sehr riskanten Medikamenten experimentiert und **viel zu schnell intubiert und beatmet wurde**. Dadurch wurden Menschen unnötig belastet.

Viele erhielten wegen anderer Leiden im Lockdown nicht früh genug die nötige Diagnostik oder Behandlung. Die medizinische Vernunft wich dem **Corona-Aktionismus** in einzelnen Ländern unterschiedlich stark. ([euromomo s.u.](#))

2,500 extra non-Covid deaths in a week! Collateral damage from the lockdown?

Date: Sat 18 April 2020 by InProportion2

In the last release of mortality statistics from the ONS (data to 2014-04-03) showed a sudden increase in deaths. Unsurprisingly, many of the excess deaths are attributed to COVID-19, about 3,000. What was very surprising is that, compared to the five year average, **2,500 additional non-Covid deaths** occurred in a single week.

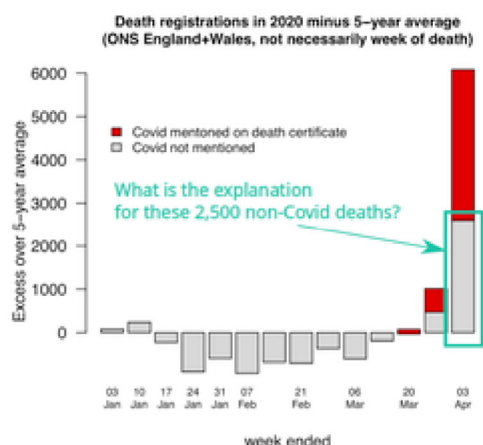


Image Source: [Sir David Spiegelhalter](#), Winton Professor of the Public Understanding of Risk, Cambridge University



EUROMOMO 16. KW. 2020

Wenn ein Erreger die Mortalität verursacht, so sollte eine ähnliche Kurve in allen betroffenen Ländern resultieren.

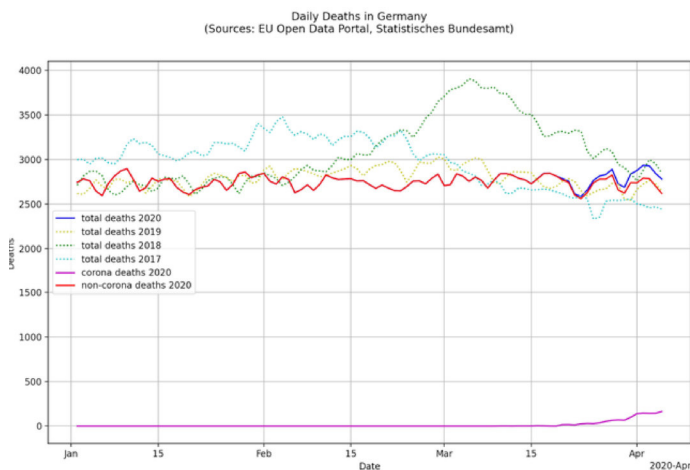
In der 16. Woche sieht man bei [euromomo](#), dass der kurzzeitige starke Anstieg der Mortalität in Spanien, Italien, Frankreich, Belgien und Holland bereits rückläufig ist, während die Mortalität in Deutschland und mehreren anderen Ländern völlig normal bleibt. Unter den Landesteilen des UK ist besonders England erstaunlich lange belastet. (s.o.) In Irland kommt es zu zwei völlig unterschiedlichen Kurven. Es sollten bei der Bewertung der Mortalität die vielen nicht infektiösen Wirkungen viel mehr und genauer analysiert werden (s.o. am Beispiel UK und auf der [Italien-Seite](#)). Auch das gehört zu einer Pandemic Preparedness dazu.

Da in New York der Anteil der [Menschen afrikanischer Herkunft an den Opfern sehr hoch](#) war, ist auch in europäischen Ländern an ähnliche Effekte zu denken. Zahlen über die Zusammenhänge zwischen Medikation (nicht zugelassene und riskante Medikamente) und Lethalität der Krankheitsverläufe sind extrem selten und unvollständig. Ich bin der Auffassung, dass auch [hierdurch viele regionale Unterschiede in der Covid-19 angelasteten Mortalität beeinflusst werden](#). (s.o. zu HCQ).

Auch die neuen Arbeiten von Ioannidis und Poch (siehe oben) ergeben keinen Hinweis auf Covid-19 als Ursache. Wir vergessen vor lauter Corona völlig Influenza und andere Viren, deren Varianten immer noch da sind und bisher schon schlimmere Auswirkungen gezeigt haben. (2016/17!) Sie werden gar nicht mituntersucht!

Wie die britische Info-Plattform [InProportion2](#) anschaulich zeigt, sind in den [euromomo-Zacken](#) auch die vielen Opfer des sozialen Stress und weiterer Lockdown Auswirkungen enthalten.

Weshalb sterben derzeit so viel mehr Menschen in Heimen? [Hier eine Erklärung.](#)



Mehr Covid-19 Tote aber nicht mehr Tote.

Hier eine Darstellung von Daten aus dem Statistischen Bundesamt. Sie hinken etwas hinterher, zeigen aber, dass bei weiterhin unauffälliger Gesamtmortalität viele Todesfälle Covid-19 zugeschrieben wurden. Welche Viren alten Menschen im Tod

begegnen bleibt offen.

Vorher war hier eine irreführende Darstellung mit der Covid-19 Fall-Kurve (unten) zu sehen.

(Entschuldigung)

G6PD-Mangel / Favismus

Startseite Tipps & Infos Fachinfos

Glipizide	
Glucosulfone (glucosulfone s	High
Hydroxychloroquine	High

Covid-19 Chloroquine may kill many people in Africa, Chicago and elsewhere!

18.4.2020

WHO and many others advocate the use of hydroxychloroquine (HCQ) if the SARS-CoV-2 test is positive. HCQ is an old malaria drug, used also with autoimmun diseases but is not officially approved for Covid-19. Most of the **recent studies with HCQ** (more than 100 on 18.4.2020, 35 new ones last week), which have now been registered in rapid succession, also want to use HCQ alone or in combination with other drugs. HCQ is already being used like that even in completely healthy people „for the prevention of severe courses“. It is also used prophylactically for medical staff. The recommended dose is about 20 times as high as for malaria prophylaxis! (400-800mg per day). The „**compassionate**“ use and the production (e.g. in **Cameroon**) of HCQ is currently being ramped up especially in Africa

But so far there is no sufficient evidence for a positive clinical effect of HCQ in SARS-CoV-2 positives, let alone in test negatives.

However, **HCQ is one of the drugs that causes severe damage** to red blood cells in cases of hereditary glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency. The erythrocytes then burst en masse. Their debris clogs the smallest blood vessels and damages sensible organs like kidneys and brain. In addition erythrocytes are then missing to transport oxygen throughout the body. This is one of the reasons why there is severe shortness of breath without typical signs of pneumonia.

The acute symptoms improve spontaneously after the dangerous medication is stopped, thanks to a rapid normalisation of the blood count.

Other serious side effects of **HCQ like arrhythmia** or eye damage do not have this hereditary background.

In WHO there is little attention to the fact, that in sub-Saharan Africa, for example, the **hereditary G6PD deficiency is widespread** among 20-30% of the population? But also in other Countries, where malaria was or still is endemic, there is a high prevalence of G6PD deficiency . It must also be remembered in families with a migration background e.g. in Chicago (10 to 12%), New York and elsewhere.

Johns Hopkins University is warning not to use „Aspirin, certain antibiotics (which?), Fava beans and Moth balls“ but **does not mention chloroquin** derivatives!

If people with G6PD deficiency get this HCQ-prophylaxe or therapy the symptoms will appear soon.

1-2 days after the start of treatment a very severe clinical picture with sudden weakness, dizziness, respiratory distress and signs of organ damage may end deadly, if the toxic medication is not stopped immediately.

So using the questionable SARS-CoV-2 test as a trigger for treatment or prevention with dangerous drugs like HCQ may kill many, without any pandemic being in sight. (**See my comment in BMJ here**)

This genetic peculiarity is also common in Mediterranean countries and in all regions where malaria has occurred or is still occurring.

Doktorarbeit der TU München:

Schon eine einfache OP-Maske führt zu vermehrter CO₂-Rückatmung und



erhöht den CO₂ Partialdruck bei gesunden Nichtrauchern um ca. 5.6 mmHg (ca. 14%).

Darauf geht die Arbeit aber nicht ein:

COPD-, Asthma-Patienten und stark Übergewichtige kommen damit leicht

in einen erheblich riskanteren Bereich mit Störungen der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit. Dabei können -in Abhängigkeit von der Schwere der Vorerkrankung- z.B. Müdigkeit, gestörte Feinmotorik und Atemnot bei körperlicher Belastung auftreten. Menschen mit verminderter Lungenfunktion werden durch das Tragen solcher Masken gefährdet. Die Maske vermindert zwar eine Keimabgabe, aber belastet viele die sie tragen erheblich.

Systematische Studie zur Prävalenz der Covid-19 Infektion (USA)

Die Stanford-Gruppe hat gerade eine Anfang April 2020 durchgeführte **Seroprävalenzstudie** veröffentlicht. Sie berichten:

"Diese Prävalenzschätzungen repräsentieren eine Spanne zwischen 48.000 und 81.000 Menschen, die bis Anfang April in Santa Clara County infiziert waren, 50-85-mal mehr als die Zahl der bestätigten Fälle".

Das bedeutet, dass die Sterblichkeitsrate bei Infektionen 50-85 Mal niedriger ist als die veröffentlichten Zahlen.

Hier finden Sie die Studie.

AW: Fallzahlen

1 Nachricht

GrippeWeb <GrippeWeb@rki.de>

An [REDACTED]

Mo., 6. Apr. 2020, 09:29

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

vielen Dank für Ihre Nachricht.

Diese Antwort des RKI wurde mir heute zugesendet.
Danke GrippeWeb!
Das ist verantwortungsvolle Berichterstattung!

Unseres Erachtens gibt es keine "Diskrepanz" zwischen der Entwicklung der Gesamt-ARE-Raten und der COVID-19-Zahlen. Das COVID-19-Geschehen ist momentan noch "weit unter dem Radar", die Zahl der Fälle, selbst, wenn man konzediert, dass nicht alle Fälle bekannt sind (Dunkelziffer), liegt deutlich unter dem Promillebereich, damit wird das Gesamt-ARE-Geschehen dadurch kaum beeinflusst. Insgesamt verhält sich die COVID-19-Dynamik jedoch etwas "träger" als die meisten anderen Infektionen durch Atemwegsviren, da ihre Inkubationszeit bis zu 14 Tagen andauern kann und somit relativ lange ist, zum zweiten gibt es ja in der letzten Zeit schon auch noch Ausbrüche, z. B. in Altenheimen, die dazu beitragen, dass die COVID-19-Zahlen noch nicht dramatisch abfallen. Allerdings - so hoffen wir - ist die Entwicklung der ARE-Raten in der Tat ein Hinweis darauf, dass nun die COVID-19-Raten auch sinken werden.

Weitere Informationen vom Robert Koch-Institut zu COVID-19 erhalten Sie auf der Homepage unter:
<https://www.rki.de/covid-19>.

Weitere Informationen zur Aktivität akuter Atemwegserkrankungen in Deutschland, im Speziellen der Grippe, erhalten Sie auch auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft Influenza: <https://influenza.rki.de>.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr GrippeWeb-Team am Robert Koch-Institut

FROM NYC ICU: DOES COVID-19 REALLY...



Bessere Überprüfung der Anwendung von Chloroquin und weiteren Medikamenten zur Behandlung oder Prophylaxe von Covid-19 erforderlich!

14.4.2020

Ein junger Arzt auf einer Intensivstation (ICU) in New York machte **eine wichtige Beobachtung**. Er erlebte mehrere Patienten, die zwar keine typischen Symptome einer Lungenentzündung zeigten, aber dennoch extrem kurzatmig und zyanotisch (blaue Haut) waren. "Es waren keine Covid-19-Patienten, sie sahen aus wie Passagiere eines Flugzeugs in großer Höhe, das Druck verliert."

Beatmungsplätze, Intensivtherapie und experimentelle Medikation für SARS-CoV-19 Infizierte sind in. Nicht nur für multimorbide alte Menschen mit positivem SARS-CoV-2 Test bestehen hohe Risiken für Fehlbehandlungen. (siehe oben unter "[Ärztliches und Wissenschaftliches](#)")

Es kann sehr wohl sein, dass die Viren weniger gefährlich sind als so manche überstürzte Behandlung. Ausserdem gibt es inzwischen über 500 klinische Studie im Zusammenhang mit Covid-19. Auch dort besteht starker Zeitdruck und das führt leicht zu vermehrten Risiken bei den Behandelten. Der folgende seit langem bekannte Sachverhalt wird bei fast einem Drittel der 91 registrierten [Studien mit Hydroxychloroquin](#) nicht beachtet:

Es ist bekannt, dass u.a. Chloroquin und weitere Medikamente die Funktion der Erythrozyten bei einem Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel ([G6PD-Mangel/ Favismus](#)) schädigen. Dieses ist der weltweit häufigste Enzymdefekt. Der Defekt ist erblich und Männer sind deutlich stärker gefährdet. Die meisten Träger dieses Gendefekts finden sich in Ländern, in denen Malaria endemisch ist oder war. Daher sind auch Menschen mit Vorfahren aus solchen Regionen gefährdet unter Hämolyse, Sauerstoffmangel und Dyspnoe zu leiden, [wenn sie Chloroquin-Derivate oder hohe Dosen von Vitamin C intravenös erhalten](#). Es ist wahrscheinlich, dass dieser Effekt in Ländern mit einer höheren Prävalenz von G6PD-Mangel/Favismus und in Regionen mit vielen Migranten aus diesen Ländern häufiger auftritt. Spielt dieser Faktor in Mittelmeerländern, in China (2-20%) je nach Herkunft oder Region, - in Africa 20-30%!) oder in New York (?? %) vielleicht eine Rolle?

Wie in Hamburg sollten alle angeblichen Covid-19 Todesfälle gründlich untersucht werden, damit Risiken und Fehlbehandlungen vermieden werden können. (aktuellere Version in englisch s.o.)

Spahn und Drosten wollen eine Corona-Tracking APP. Ein weiterer falscher Schritt in den Überwachungsstaat!

Der derzeitige Gesundheitsminister Spahn handelt, als wäre er immer noch Lobbyist der datenhungrigen Pharmamanager. Und die freuen sich, [wie man auf einem Insider-Treffen sehen kann](#).



Drosten zu SARS-CoV-1,5 (MERS)

Damals waren sie noch nicht soweit.

Schade, dass Drosten et al. diese Haltung verlassen haben, denn die Aussage wäre auch für Covid-19 noch gültig.

Damals gab es aber noch keine Sondergenehmigung für nicht amtlich validierte Tests und Impfstoffe und

keinen Gesundheitsminister, dem die Gesundheitswirtschaft anscheinend näher ist als die Gesundheit.

Die WHO ist allerdings durch ihre Abhängigkeit von privaten Geldgebern schon lange institutionell korrumpiert.

Frohe Ostern trotzdem!

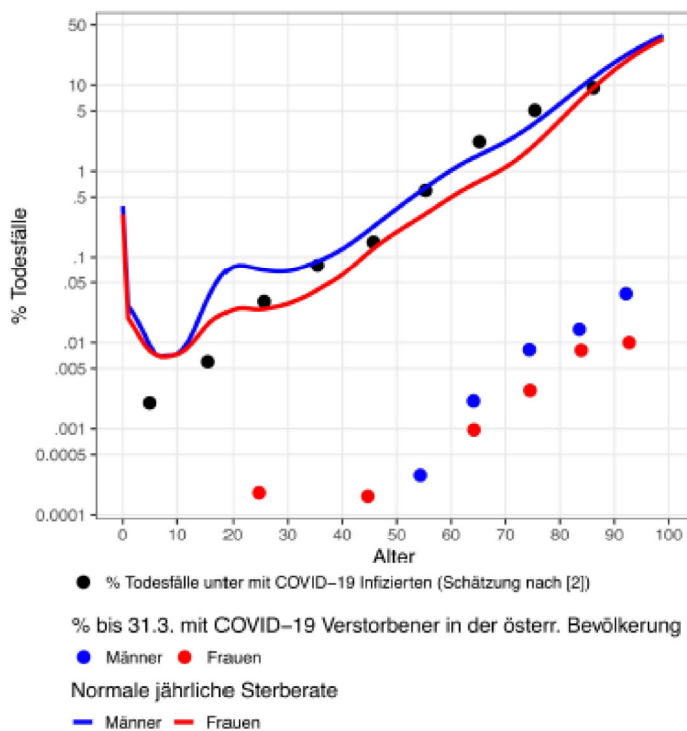
Hier ein Link (2018) zu den Massengräbern in New York

Prof. John M. Ioannidis(Stanford) gibt **Entwarnung für unter 65-jährige**

Covid-19: Sterberisiko geringer als bei PKW-Pendlern

"Unsere Ergebnisse gelten auch für die Hauptepizentren der Pandemie, da unsere Auswahlkriterien explizit so festgelegt wurden, dass sie die Orte mit den meisten Todesfällen einschließen.

Daher ist für die überwiegende Mehrheit der Länder auf der ganzen Welt und für die überwiegende Mehrheit der Bundesstaaten und Städte in den USA ein Todesfall durch COVID-19 in dieser Saison für Menschen unter 65 Jahren möglicherweise sogar geringer als das Risiko, an einem Autounfall während des täglichen Pendelns zu sterben".



M. Poch et al.: Covid-19 in Österreich: Kein Einfluss auf das Sterberisiko

Wir analysieren die Alters- und Geschlechtsverteilung der gemeldeten COVID-19 Verstorbenen in Österreich. Übereinstimmend mit internationalen Studien legen auch die österreichischen Daten nahe, dass das Sterberisiko mit dem Alter stark ansteigt. **"Die beobachtete Altersabhängigkeit ist konsistent mit der des allgemeinen jährlichen Sterberisikos in Österreich."**

Beide Ergebnisse sind konsistent mit offiziellen Daten aus Deutschland, Italien, Frankreich, Spanien und Schweiz zu dem Altersmedian der Verstorbenen von 80+ Jahren und zahlreichen Vorerkrankungen. In Italien litten 50% der Verstorbenen an 3 und mehr Vorerkrankungen.

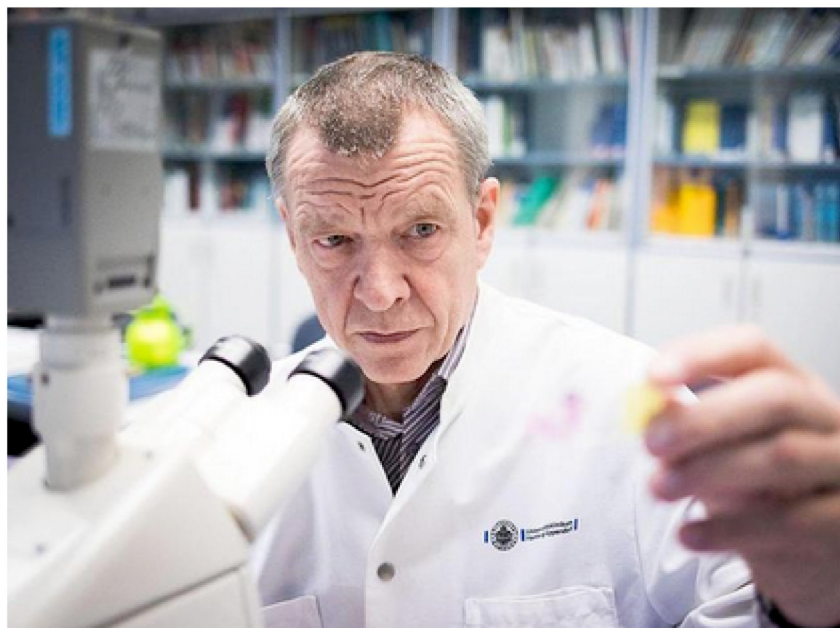
Die pathologische und pharmakologische Untersuchung der mit Covid-19 Diagnose Verstorbenen muss schnell ausgeweitet werden.

Inzwischen folgt man dem Hamburger Beispiel auch in anderen Ländern. Sehr gespannt bin ich, ob dabei auch eine Rolle spielt, mit welchen Medikamenten Covid-19 behandelt wurde. Es gibt derzeit keine für die Indikation Covid-19 zugelassenen Medikamente. Um so wichtiger erscheint es, mögliche schädliche Nebenwirkungen der riskanten laufenden Großversuche schnell zu erkennen. Das gilt nicht nur für Chloroquinderivate (siehe oben) sondern auch für antivirale Medikamente, die schon früher sehr bedenkliche und tödliche Nebenwirkungen gezeigt haben.

Professor Klaus Püschel

Rechtsmediziner warnt vor Corona-Wahnsinn: „Kein Grund für Todesangst“

Teilen 



Professor Klaus Püschel, Chef der Hamburger Rechtsmedizin, abduziert die Corona-Toten in Hamburg.

Bild: opa

Donnerstag, 09.04.2020, 21:57

„Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht. Und der astronomische wirtschaftliche Schaden, der jetzt entsteht, ist der Gefahr, die von dem Virus ausgeht, nicht angemessen. Ich bin überzeugt, dass sich die Corona-Sterblichkeit nicht mal als Peak in der Jahressterblichkeit bemerkbar machen wird ...“

Freiheit und Gesundheit sind nur mit Vernunft vereinbar!

In den letzten Monaten erleben wir vermehrt Übergriffe auf unsere grundgesetzlich gesicherten Freiheits- und Persönlichkeitsrechte.

Gesundheitsschutz und persönliche Freiheit sind vereinbar, wenn nicht Angst, sondern Vernunft die öffentliche Diskussion leitet.

Wenn wir spüren, dass Politik und die Medien hier versagen, bleibt uns das Verfassungsgericht. Es kann nur nützen, wenn die derzeit schweren Eingriffe in unsere Freiheiten durch dafür vorgesehene Instrumente unseres Rechtsstaats auf ihre Verhältnismäßigkeit überprüft werden.

Deshalb bedanke ich mich bei der Rechtsanwältin Frau Beate Bahner und allen, die helfen, eine solche Klärung mutig herbeizuführen. [Hier ihr Eilantrag an das Bundesverfassungsgericht](#)

Meine Stellungnahme zu den ablehnenden Bescheiden des BVerfG:

Das Bundesverfassungsgericht beruft sich auf das höherrangige Gut des Gesundheitsschutzes.

Es geht davon aus, dass eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit derzeit gegeben ist.

Es relativiert seine Entscheidung dadurch, dass es eine laufende Überprüfung dieser Voraussetzung fordert. Die seine Ablehnung der Eilanträge begründende Expertise ist jedoch lediglich die eines weisungsabhängigen Amtes der beklagten Bundesregierung (RKI).

Das Bundesverfassungsgericht ist deshalb aufgerufen, sich um eine Expertise zu bemühen, bei der keine Interessenskonflikte die wissenschaftliche Aussage beeinträchtigen können.

Eine Anrufung des EMRG in Straßburg erscheint berechtigt. Auch dort sollte man sich der Vordringlichkeit einer Entscheidung bewußt sein. (10.4.2020)

Bundesverfassungsgericht begründet bisherige Ablehnungen von Eilanträgen in Sachen Covid-19

In einer [Pressemitteilung](#) begründet das BVerfG seine Haltung letztlich damit, dass es der Risikoeinschätzung deutscher Behörden folgt: "Gegenüber den Gefahren für Leib und Leben wiegen die Einschränkungen der persönlichen Freiheit weniger schwer."

Es werden weitere Erläuterungen gegeben, in denen die Abwägungsprozesse der Kammer dargestellt werden.

Es wird deutlich, dass Gerichte in einem Dilemma stecken, welches nur durch eine Gegenüberstellung der widersprüchlichen fachlichen Expertisen zu klären wäre. Die öffentliche Diskussion zeigt, dass die hierzu veröffentlichte fachliche Expertise sich mit einer Verbesserung der Datenlage laufend ändert.

Wie kann es dazu kommen, dass grobe Fehleinschätzungen aus mikrobiologischer Perspektive unsere Gesellschaft immer wieder destabilisieren? (Vogelgrippe, Schweinegrippe, Covid-19)

Ich sehe eine sehr große Verantwortung der Medien, welche durch ihre Berichterstattung immer wieder die Stimmung erzeugen, aufgrund derer die Politik zu Fehlentscheidungen bewegt wird.

Die Mehrzahl der Medien scheint sehr anfällig für fachliche Hochstapelei und Emotionalisierung.

Wir brauchen aber dringend eine inhaltlich geführte Auseinandersetzung.
(8.4.2020)

1.

**Der SARS-2-CoV-Test fällt positiv aus
egal ob jemand krank ist oder nicht**



Risikoanalyse der Covid-19 Infektion

Dr. Wolfgang Wodarg

Facharzt für innere Medizin-Pneumologie, Sozialmedizin

Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin

PhD Knut Wittkowski ist ein renommierter Infektionsepidemiologe, der sich viele Jahre mit dem Zusammenspiel von Mikroorganismen und menschlichem Immunsystem beschäftigt hat. Er zeigt in seiner **neuesten Arbeit** am Beispiel SARS-CoV-2, wie durch die Atemluft übertragene Viren sich schnell weltweit verbreiten und wie sie besonders bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern innerhalb von wenigen Wochen eine natürliche "Herdenimmunität" erzeugen. Hierdurch wird in jeder Grippezeit schnell und wirksam allen Atemwegsviren die weitere Ausbreitung erschwert.

Herdenimmunität ist der sicherste Schutz für Geschwächte und Alte.

Nur während der gut zwei Monate der Infektiosität (spitze rote Kurve) von Coronaviren brauchen alte und gefährdete Menschen einen besonderen Schutz vor Ansteckung.

Man sieht auch, dass während der akuten Welle der Virusausbreitung nur etwa 10% der Infizierten **vorübergehend Krankheitssymptome** haben und dass diese immer mit einer zurechenbaren Todesrate von etwa 600 auf 10 Mio Einwohnern einhergeht. Das wären 4.800 der jährlich über 24.000 Opfer akuter Pneumonie- und Grippefälle in Deutschland, (siehe Grafik unten).

Meine Hypothese ist, dass die von Coronaviren erreichbare Infektionsrate innerhalb einer Saison deutlich geringer sein kann als die z.B. von Rhinoviren. Während Rhinoviren in Sentinelbeobachtungen Quoren bis zu 80% Quoren erreichen, kommen Coronaviren fast nie über 20% hinaus. Auch der Positivenanteil in allen bisherigen Untersuchungen - repräsentativ oder nicht-erreicht trotz relativ unspezifischer Tests oder bei Kontrollen durch Antikörperbestimmungen nie mehr als ein Fünftel der Population. Das scheint den flexiblen Coronaviren zu reichen um jedes Jahr in neuem Kostüm wieder dabei zu sein. Sollte der Wahnsinn einer Impforgie gegen CoV sich bewahrheiten, werden die konkurrierenden anderen Atemwegsviren sich freuen und den Platz der CoV einnehmen. Was das für die Gesundheit der gefährdeten Patienten bedeutet, steht in den Sternen.

Diese Todesrate kann durch gezielte **Infektionsschutzmaßnahmen** bei alten und geschwächte Menschen deutlich gesenkt werden. Während die bisherige Grippe-Impfung zwar die Erkrankung durch Influenza-Viren signifikant reduziert, wird dadurch aber das Risiko von akuten Atemwegserkrankungen (ARE) nicht erkennbar reduziert, da offenbar **andere Erreger die Lücke füllen**.

Covid-19 lässt viele vergessen, dass all die anderen Viren und Bakterien weiterhin zu Krankheit und Tod bei Geschwächten und Alten führen. Die Todesfälle wegen Pneumonie und Grippe gehen auf das Konto **vieler verschiedener Erreger** und SARS-CoV-2 Viren sind nicht die gefährlichsten!

Wittkowski rät, wie die meisten der systemisch denkenden Infektionsepidemiologen, von der Schließung von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche dringend ab. Gesunde "Rotznasen" und ihre Eltern sorgen jedes Jahr in Kindergärten, Schulen und an Arbeitsplätzen dafür, dass sich in der Bevölkerung schnell Immunität ausbreitet und das Oma und Opa nach der kurzen akuten Phase wieder besucht und in den Arm genommen werden können.

Die Infektionsepidemiologen warnen davor, dass durch die Schließung von Kindertagesstätten, Schulen und anderen Einrichtungen in denen sich jüngere Menschen treffen (flatten the curve) die infektiöse Phase verlängert wird und daher über einen längeren Zeitraum mehr gefährdete Menschen angesteckt werden.

Durch ein solches Lockdown oder Social Distancing würden vermutlich schon durch das Virus mehr geschwächte Menschen sterben als ohne. Hinzu kommen natürlich noch die Opfer von Angst, Depression und erschwerten Betreuungsbedingungen.

Es ist ein Jammer, wenn akute Atemwegsinfekte bei über 80jährigen nicht ambulant optimal betreut und behandelt werden können. Für diese Altersgruppe sind die Gefahren und der Stress einer Akutklinik oft gefährlicher als die Grundkrankheit.

Falsche Prioritäten gesetzt und ethische Prinzipien verletzt

© 15. April 2020 avstoesser Berichte, Themen Kommentare deaktiviert



Ca. 40% der Menschen sterben in Alten- und Pflegeheimen - und jetzt noch mehr!

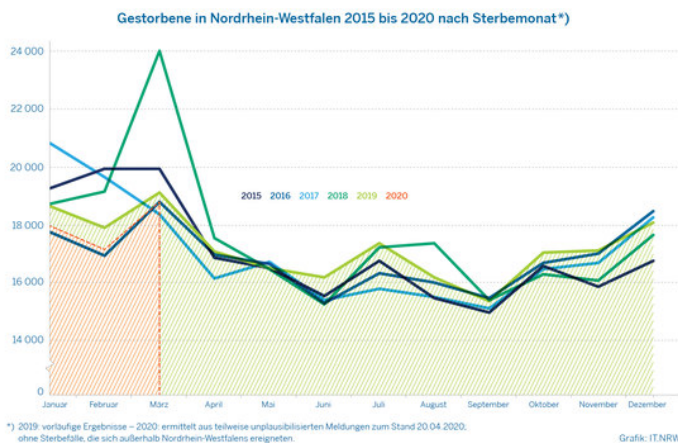
Das Lockdown ist mörderisch, es tötet die, die auf unsere Nähe und Hilfe angewiesen sind!

Wenn in den letzten Wochen die Todesraten steigen und jetzt sogar die Hälfte der Opfer aus den Alten- und

Pflegeheimen kommt, dann kann man den [Bericht der Pflegeethik Initiative](#) sehr gut nachvollziehen. Bitte tragen Sie dazu bei, dass unsere Lieben in den Heimen und allein zu Haus nicht vor Einsamkeit sterben müssen. **FORDERN SIE DAS SOFORTIGE ENDE DES LOCKDOWN!**

Die Pastorentochter, die unser Land regiert, könnte das ändern und den tödlichen Spuk beenden.

Bisher macht sie sich tausendfach schuldig. **Was Sie in Euromomo sehen, hat mit Viren nichts zu tun!**



Die Todesstatistik ist in Deutschland

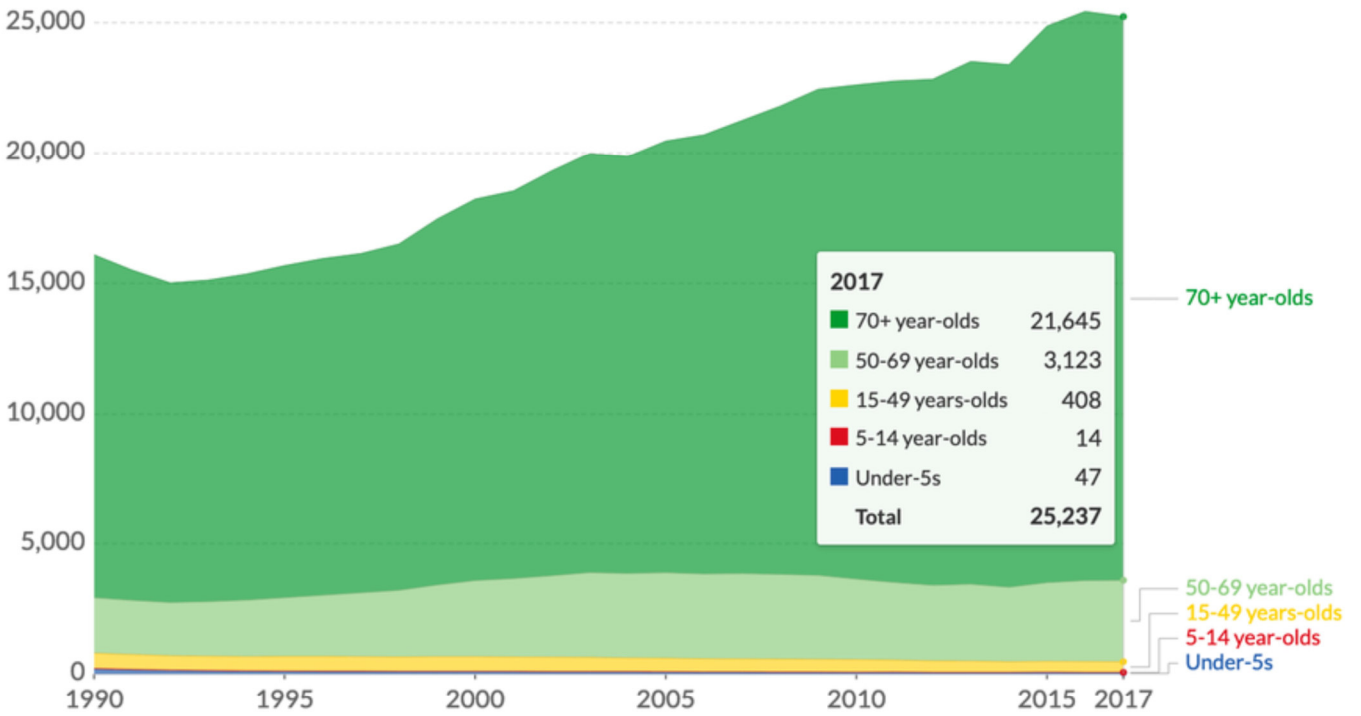
Ländersache. Trotzdem sind selbst dort die Daten viel zu spät erhältlich. (siehe Grafik aus NRW)

Nachdem Deutschland durchweg normale Sterblichkeit zeigte, sieht man bei **Euromomo** kurzfristige zunehmende Übersterblichkeiten ab der 12. KW. Die zeigen sich aber nur in

einigen Ländern, wie UK, Spanien, Italien, Belgien, Holland, Frankreich oder -geringer-Schweden. Die Kurven normalisieren sich -bis auf die in UK- inzwischen. Eine virusbedingt unterschiedliche Mortalität bei so enger Nachbarschaft ist unwahrscheinlich. Unser Augenmerk muss sich auf weitere Ursachen für diese Unterschiede richten. Dazu gehören Versorgungsstrukturen, Härtefälle durch Lockdown, Suizide und Depressionsfolgen und mögliche Fehlbehandlungen in Kliniken: Intubation, riskante Medikation, nosokomiale Infektionen etc.

„Die Pneumonie ist die häufigste zum Tode führende Infektion in Westeuropa. Sie steht in der bundesweiten Todesursachen-Statistik auf Platz 5, ungefähr 3 bis 5% der Patienten sterben jährlich daran. Besonders gefährlich sind die Erkrankungen, die im Krankenhaus erworben werden, die so genannten nosokomialen Pneumonien. Sie sind meist schwer behandelbar, denn ihre Erreger erweisen sich gegen viele Antibiotika als widerstandsfähig.“ Quelle: **Lungenärzte im Netz** (zit.n. A. v. Stösser)

Deaths from pneumonia, by age, Germany



Source: IHME, Global Burden of Disease Study (GBD)

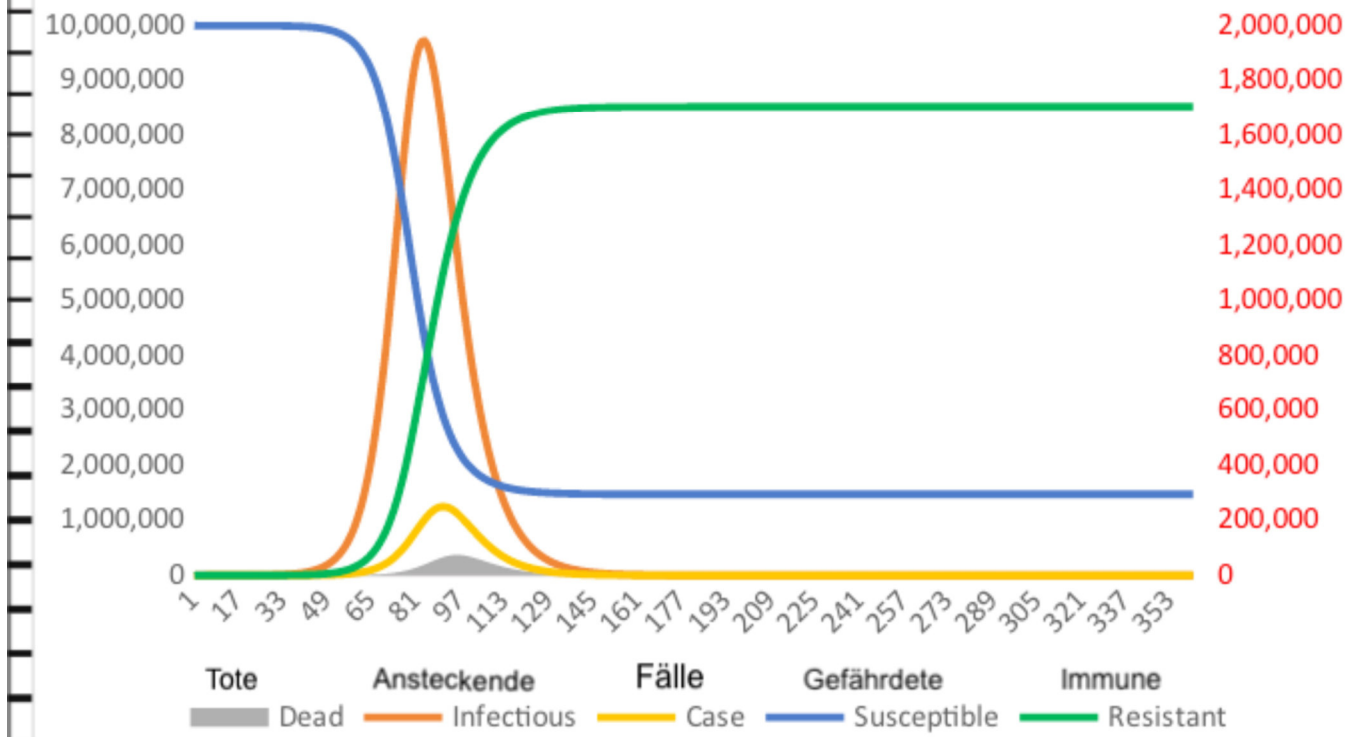
Note: Deaths from 'clinical pneumonia', which refers to a diagnosis based on disease symptoms such as coughing and difficulty breathing and may include other lower respiratory diseases.

CC BY

Hier sind die vollständigen Berechnungen und die Originalgrafik erhältlich:

<https://app.box.com/s/pa446z1csxcvfksgj13oohjm3bjg86ql>

Deaths: 597



ENTWARNUNG

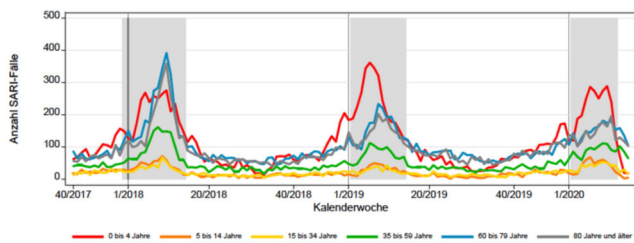
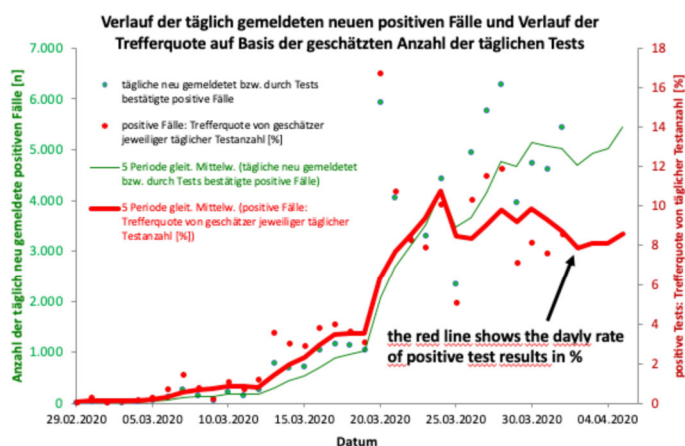


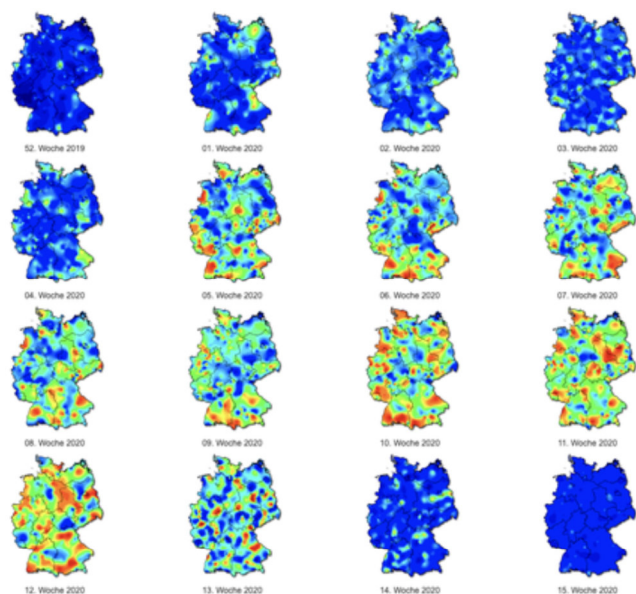
Abb. 4: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2017 bis zur 15. KW 2020, Daten aus 71 Sentinelkliniken. Die senkrechte Linie markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Weniger schwere Atemwegserkrankungen auch in den Kliniken
Die milde Grippewelle incl. Covid-19 ist vorbei -auch in den Kliniken weniger Fälle als in den Vorjahren.



Es ist zwingend erforderlich, die genaue Anzahl der täglichen Tests präzise zu erheben und so eine solide Datengrundlage zum besseren Verständnis der Zusammenhänge zu schaffen. Die Testzahlen sind z.T. aus Medienangaben ermittelt worden. Das RKI hat erst jetzt angefangen sie zu benennen.

Coronaviren scheinen in Grippezeiten -wie schon immer- bei um 10% von uns nachweisbar.



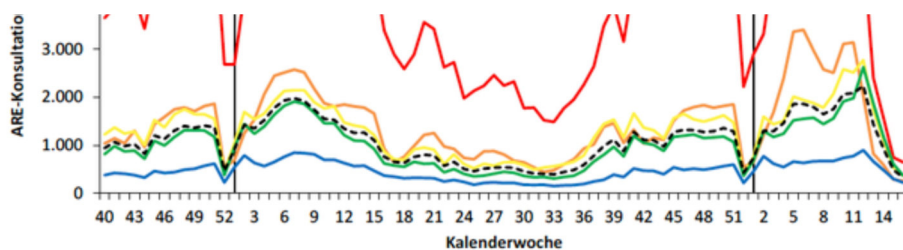


Abb. 2: Werte der Konsultationsinzidenz von der 40. KW 2018 bis zur 16. KW 2020 in fünf Altersgruppen und gesamt in Deutschland pro 100.000 Einwohner in der jeweiligen Altersgruppe. Die senkrechte Linie markiert die 1. KW des Jahres.

Oben links: die abgeschwächten Reste der Grippewelle dieses Winters mit lokalen Schwerpunkten.

Oben rechts:

Die Periode der Arztbesuche ist in der Saison 19/20 um ein Drittel kürzer als im Vorjahr. (Dadurch weniger Fallmeldungen?) Ein Effekt des Lockdown auf die ARE Inzidenz ist nicht nachweisbar, da die stark rückläufige Zahl der Kontakte mit den meldenden Arztpraxen allein zu einem Rückgang der Meldungen führen würde.

Ein Risiko entsteht daraus, dass Menschen mit Atemwegserkrankungen und möglichen Komplikationen nicht rechtzeitig ambulant behandelt werden.

Bild unten (RKI 16. KW):

Zur Erinnerung: Influenza-Viren sind weitaus bedeutender für unsere Gesundheit als Covid-19.

Hier die Zusammenfassung des Berichtes der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI (AGI):

"Die AGI hat die virologische Surveillance um SARS-CoV-2 erweitert. Seit der 8. KW 2020 sind insge-samt 13 SARS-CoV-2-positive Proben in 1.172 untersuchten Proben im Sentinel der AGI detektiert worden.

Seit der 40. MW 2019 wurden nach IfSG insgesamt 185.535 labordiagnostisch bestätigte Influenzafälle an das RKI übermittelt. Bei 16 % der Fälle wurde angegeben, dass die Patienten hospitalisiert waren.

Es wurden in dieser Saison laut RKI 29.685 Patienten mit Influenza im Krankenhaus behandelt!

Alle Bilder stammen aus dem Bericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI/KW 16. [updates hier](#).

Unten: Bei Routineproben in dieser Saison gemessenen Quoren bekannter Viren bei ARE. SARS-CoV-2 ist nur zweimal gemessen worden und wird deshalb nicht abgebildet. Andere CoV werden nicht getestet.

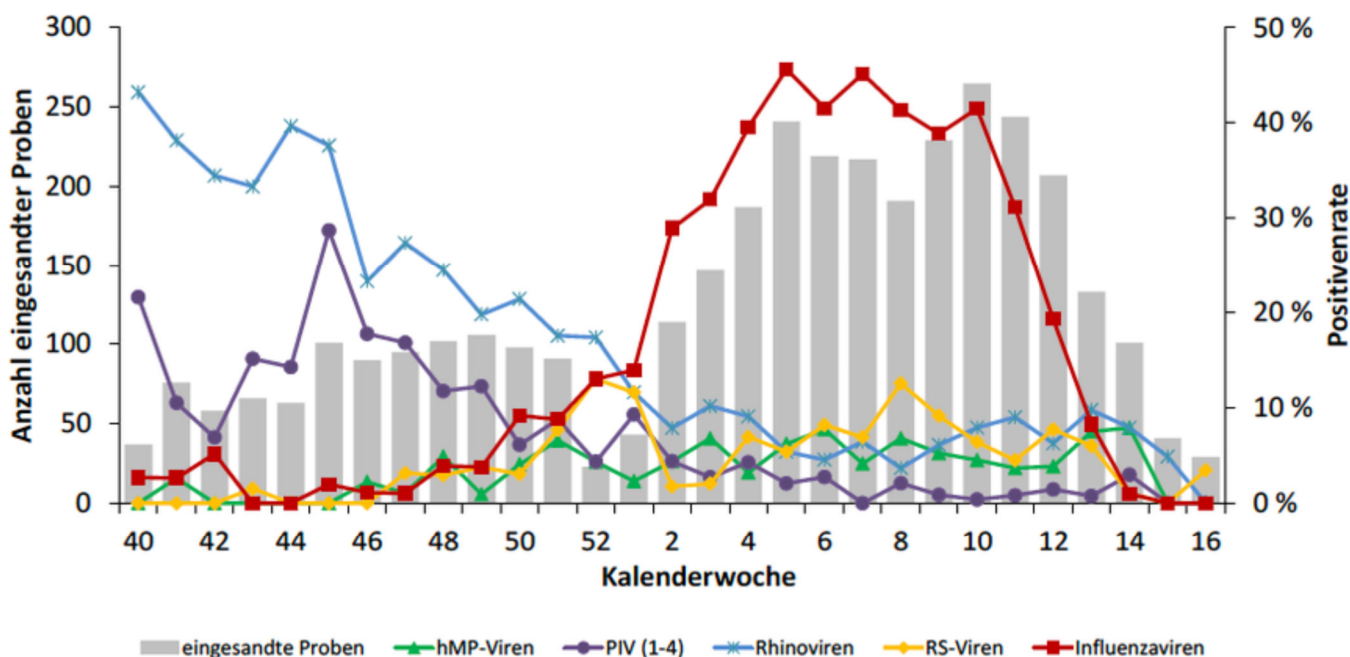
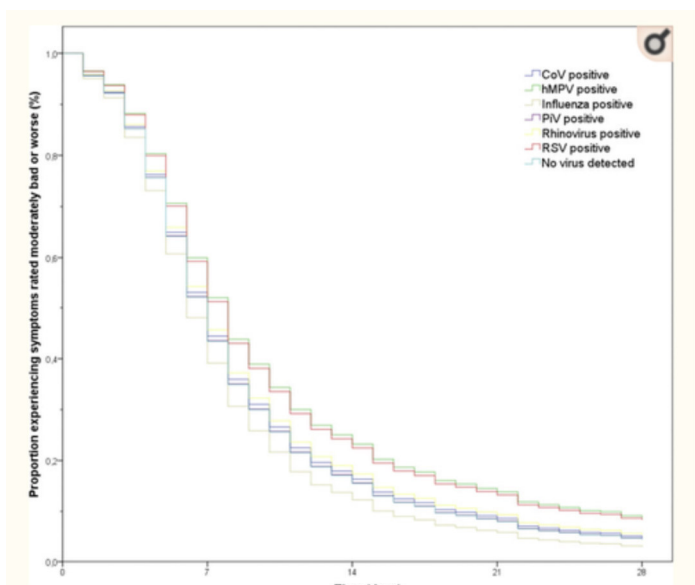


Abb. 3: Anteil positiver Influenza-, RS-, hMP-, PI- und Rhinoviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivenrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2019 bis zur 16. KW 2020.



Corona weniger belastend als andere Viren, sie werden deshalb gar nicht erwähnt.

"Aus sozio-ökonomischer Sicht vernachlässigt die Ausrichtung der Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens nur auf das Influenzavirus jedoch die erhebliche Krankheitslast in der Bevölkerung, die durch andere Atemwegsviren verursacht wird. Aus unseren Ergebnissen schließen wir, dass RSV

und hMPV eine Krankheitsbelastung darstellen, die sich gut mit der des Influenzavirus vergleichen lässt, und daher in der Primärversorgung mehr Aufmerksamkeit erhalten sollte, z.B. durch die Unterstützung der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsansätzen wie Impfstoffen"

(untere blaue Kurve: Coronaviren) Quelle: doi: [10.1016/j.cmi.2020.03.023](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.03.023) [Epub ahead of print]

Notruf aus einem Gesundheitsamt:

"Ich arbeite im Gesundheitsamt, aber stehe nicht mehr zu dem, was ich da jetzt machen muss. Die Arbeit ist unerträglich und hat mich auch krank gemacht. Ich will in einem solchen öffentlichen Gesundheitsdienst nicht mehr arbeiten. Ich muss Menschen in Quarantäne schicken. Viele weinen bitterlich und einige würden sich gerne aus dem Fenster werfen."

(Name und Adresse sind dem Verfasser bekannt)

Die Zahl der Atemwegsinfektionen hat sich längst normalisiert - wie in den Vorjahren und schon vor dem Lockdown.

Hier können Sie den ganzen [aktuellen Wochenbericht des Robert-Koch-Institutes](#) herunterladen.

Ergebnisse einer vergleichenden Übersicht zum Risiko durch SARS-CoV-2

Zusammenfassung:

SARS-CoV-2, das neuartige Coronavirus aus China, breitet sich weltweit aus und verursacht trotz der derzeit geringen Häufigkeit außerhalb Chinas und des Fernen Ostens eine enorme Reaktion. Vier gemeinsame Koronaviren sind derzeit im Umlauf und verursachen weltweit Millionen von Fällen. Dieser Artikel vergleicht die Inzidenz- und Sterblichkeitsraten dieser vier häufigen Koronaviren mit denen von SARS-CoV-2 in OECD-Ländern. Er kommt zu dem Schluss, dass das Problem von SARS-CoV-2 wahrscheinlich überschätzt wird, da 2,6 Millionen Menschen jedes Jahr an Atemwegsinfektionen sterben, verglichen mit weniger als 4000 Todesfällen bei SARS-CoV-2 zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels.

Yanis Roussel, Audrey Giraud-Gatineau, Marie-Thérèse Jimeno, Jean-Marc Rolain, Christine Zandotti, Philippe Colson, Didier Raoult, SARS-CoV-2: fear versus data, International Journal of Antimicrobial Agents (2020), doi:

<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105947>

Es gibt andere Risiken der "Pandemie": Lockdown- und Angstfolgen

Ich halte es wegen der möglichen Nebenwirkungen der mit Seuchenbekämpfung begründeten Interventionen für erforderlich, dass die Gesundheitsbehörden in Europa statistisch erfassen, wie sich die Zahl folgender gesundheitlicher Indikatoren in den einzelnen Mitgliedsländern seit Beginn des Jahres 2020 entwickelt haben:

- Zahl der Depressionen und Zunahme des Alkohol- und Drogenkonsums
- Zahl der Suizide
- Zahl der erforderlichen Kriseninterventionen wegen psychischer Erkrankungen
- Zahl der registrierten Fälle häuslicher Gewalt
- Zahl der durch Angst und Personalmangel in Heimen und anderen Einrichtungen Geschädigten.
- Zahl der Fehlbehandlungen wegen Fixierung auf Covid-19
- Zahl der verspäteten Behandlungen, die zu Komplikationen und Todesfällen führen.

Sterbezahlen in Pflegeheimen

31. März 2020 avstoesser Allgemein, Pflegepolitik 0



Jeden Tag sterben in deutschen Pflegeheimen rund 900 Menschen. Diese Zahl beruht auf einer

Arme Alte! Jetzt auch noch allein!

2018 verstarben insgesamt 954.874 Menschen in Deutschland. Der Tag mit der höchsten Sterbezahl war der 3. März 2018, an diesem Tag sind 3.863 Menschen in Deutschland gestorben.

Im Zeitraum zwischen Februar bis Mitte April lag die tägliche Sterberate deutlich über 3.000, für den Rest des

Jahres, mit einer Ausnahme im August, lag sie zwischen 2.300 und 3.000. Am 03.03.2018 verstarben in Deutschland 2.302 Menschen der Altersgruppe ab 80 Jahren. (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Das Thema Pflege wird oft politisch mißbraucht - jetzt zur Angstmache!

Danke, Adelheid v. Stösser für die [Recherche!](#)

Drosten - Test falsch positiv

Landeshauptstadt Schwerin - Pressestelle: Meldung vom 7.4.2020

Nachdem die Testung aller Kontaktpersonen auf einer Station des Pflegeheims im Wohnpark Zippendorf am Sonnabend keinen weiteren Infektionsfall ergeben hatte, konnte am Dienstag auch der eigentliche Verdachtsfall einer Covid19-Erkrankung bei einem 84-jährigen Pflegeheimbewohner ausgeräumt werden. Der Mann, der deutliche Krankheitssymptome gezeigt hatte, war am Freitag zunächst positiv getestet worden. Am Dienstag konnte die Covid19-Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Der 84-Jährige hatte sich vielmehr mit einer älteren und harmlosen Variante des Coronavirus infiziert, was auch ein Folgetest bestätigte.

Die Spezifität und damit die Aussagekraft des Drosten - Tests wird immer fragwürdiger.

Ich fordere das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, die verwendeten Test so lange zu verbieten, bis ihre Validität amtlich bestätigt wurde.

Keine Krankenhausüberlastung durch Covid-19 - weniger schwere Atemwegserkrankungen als in den Vorjahren. (alle Erreger-ggf. auch SARS-Coronaviren

Todesursachen sind trotz positiver SARS-CoV-2 Tests unklar. Wir brauchen sie zur Risikoabschätzung.

Schon immer wurde in der Pathologie nach den wahren Todesursachen gesucht. (incl. mikrobiol. Proben)

Natürlich auch bei TBC oder Lungenentzündungen oder fraglichen anderen Infektionskrankheiten.

Das RKI-blamiert sich schon, wenn es Angst hat sich zu blamieren. Hygiene ist hier ein Vorwand!

Wichtige Meldungen und Quellen

29.3.2020 : Risk Net: Mangelhafte Datenkompetenz, Covid-19 und der Blindflug

22.3.2020 Erste Zeichen für einen geordneten Rückzug in **US** und **UK** ?

Ich fasse hier noch einmal meine fachliche Einschätzung zusammen. Handeln Sie vernünftig und solidarisch!

Gesundheitliche Bewertung:

Es gibt keine validen Daten und keine Evidenz für außergewöhnliche gesundheitliche Bedrohung.

Unbestrittene Fakten:

- Amtlichen Statistiken zur Mortalität zeigen normale Kurvenverläufe bis zum Lockdown.
- regionale Auffälligkeiten sind durch das Virus nicht erklärbar, wohl aber durch örtliche Zusatzrisiken.
- Die Fallzahlen für akute Atemwegserkrankungen sinken wie in jedem April.
- Die saisonale „Grippe“ verläuft wie immer.
- Auch Coronaviren sind und waren schon immer dabei.
- Coronaviren, Influenzaviren und andere Viren müssen sich laufend verändern.
- „Neue“ Viren sind also etwas Normales.
- Bei schweren Atemwegserkrankungen sind meistens mehrere Erreger gleichzeitig vorhanden.
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind durch Influenza auch jetzt viel häufiger krank als durch CoV
- Eine Pneumonie stellt sich bei Sterbenden häufig ein. Intensivmedizin ist da fehl am Platze

Zur Aussagekraft und Anwendung der PCR-Tests:

- Die benutzten Tests sind nicht amtlich validiert, sondern lediglich von miteinander kooperierenden Instituten befürwortet worden.
- Die Aussagekraft der vielen Tests mit "Sonderzulassung" ist sehr fragwürdig
- Die Tests werden häufig (Wuhan und Italien) selektiv z.B. bei ohnehin Schwerkranken angewendet und sind dann für die Abschätzung einer Seuchengefahr unbrauchbar.
- SARS-Viren sind auch in Europa seit Jahren weit verbreitet und werden jetzt erst überall getestet und gefunden.

Zu weiteren Risiken einer Fehleinschätzung

- Auch in Italien würde man ohne die neuen Tests die alljährlichen Problem in der Grippesaison beobachten: Unterversorgung , überalterte Bevölkerung, sehr viele Tote wegen Krankenhausinfektionen, Enge, Smog, Personalmangel und hoher Antibiotikaresistenz. Ein positiver Sars-2-Cov-Test ist weit überwiegend nur ein Nebenbefund. Z.B. Influenza ist weiterhin viel gefährlicher für geschwächte Patienten, wird aber kaum beachtet.

Was ist Covid-19 - und wenn ja, wie viele?

What is Covid-19 - and if so how many?

An Outbreak of Human Coronavirus OC43 Infection and Serological Cross-reactivity with SARS Coronavirus

Infektionen am Lebensende - CoV incl SARS auch 2006 schon dabei.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18382647>

Berühmte US-Immunologen stellen Fragen:

Covid-19 - Navigieren ohne Landkarte (Navigating the Uncharted)

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2002387>

Flu in Italy shortly before Wuhan:

Flu outbreak in Italy peaking as half a million people struck down in a week, The Local, 23.1.2020 (vor der

<https://www.thelocal.it/20200123/flu-outbreak-in-italy-half-a-million-people-struck-down-in-a-week>

National Health office ISS about ARI in Italy 15.3.2020

<https://www.epicentro.iss.it/influenza/stagione-in-corso>

COVID-19 must have been familiar to our immune system before the Wuhan“outbrake“

Vielleicht 90% von Coronainfektionen unbemerkt! Prof. Dr. med. Pietro Vernazza , 20.3.2020

<https://infekt.ch/2020/03/neues-verstaendnis-der-covid-19-epidemie/>

CoV are rapidly changing their RNA and their hosts.

Not only Alpha but also Beta strains do this and not only in Italy

<https://doi.org/10.1016/j.virusres.2018.11.007>

Drosten et al. long ago about SARS-like viruses in Europe Nov 2010, and Jan 2014

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20686038/?from_term=rhinolophid+SARS&from_pos=7

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24184128/>

The test fails substantially

Falsch-Positiv-Rate“ von bis zu 80 Prozent möglich. G H Zhuang 5.3.2020

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32133832/>

Drostens test detects SARS-like viruses, that preexisted worldwide before Wuhan.

„These virus-positive samples stemmed from European rhinolophid bats. Detection of these phylogenetic outliers within the SARS-related CoV clade suggests that all Asian viruses are likely to be detected.“

[https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045#html_fulltext)

[7917.ES.2020.25.3.2000045#html_fulltext](https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045#html_fulltext)

Persönliche Bemerkung:

Meine Zeit reicht bei weitem nicht aus, die einstürmenden Anfragen zu beantworten. Das tut mir sehr Leid, doch ich verfüge nicht über die nötigen Ressourcen. Recherchieren Sie! Vernetzen Sie sich!

Hier finden Sie wichtige Links und Argumente, mit denen Sie sich gegen nicht fachlich gerechtfertigte Einschränkungen Ihrer Persönlichkeitsrechte wehren können.

Virologin Prof. Dr. Karin Mölling:

Corona ist kein schweres Killervirus! Die Panikmache sei das Problem.

Prof. John P.A. Ioannidis, Stanford

Covid-19, has been called a once-in-a-century pandemic. But it may also be a once-in-a-century evidence fiasco. We are making decisions without reliable data.

Update: *“Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures.”*, [Eur J Clin Invest. 2020 Mai 19:e13222](#),

John P.A. Ioannidis is professor of medicine, of epidemiology and population health, of biomedical data science, and of statistics at Stanford University and co-director of Stanford’s Meta-Research Innovation Center.

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2) kann eine grippeähnliche Erkrankung (Covid-19) auslösen, die meist mild verläuft. Bei manchen Menschen kann sie aber zu einer Lungenentzündung führen. Nach derzeitigem Wissensstand wird das neuartige Coronavirus wie Erkältungs- und Grippeviren übertragen.

Das IQWiG hat sich noch nicht zur Qualität und Aussagekraft der verwendeten Tests geäußert.

Virologe **Hendrik Streeck** in der FAZ:

In Deutschland sterben jeden Tag rund 2500 Menschen, bei bisher zwölf Toten gibt es in den vergangenen knapp drei Wochen (ca. 50.000 Tote) eine Verbindung zu Sars-2.

Stefan Hockertz, Immunologe und Toxikologe: Das Coronavirus SARS-CoV-2 ist in seiner Gefährlichkeit mit der bekannten Influenza vergleichbar, die wir schon in früheren Jahren hatten. "Corona" ist nicht die Pest, es ist nicht Ebola und sogar Masern sind gefährlicher.

Auch hier [noch ein Interview](#) vom 24.3.2020 bei 94.3RS2

Hier ein [Film](#) vom 9.3.2020.

Er enthält kritische Informationen und eine Ermutigung für all jene, die spüren, dass an der Corona-Panik irgend etwas nicht stimmt.

Hier ein kleiner [Ausschnitt aus dem ZDF Frontal 21 Facebook-Chat](#) vom 10.03.2020 in YouTube bei [uncutnews.ch](#)

Hier mein Gespräch zur Corona-Panik und zur aktuellen Lage am Freitag, den 13.3.2020 mit Milena Preradovic auf youtube

Hier mein Facebook Chat zur Corona-Panik und zur aktuellen Lage am 10.3.2020 beim ZDF Frontal 21 und hier ungekürzte Infos bei YouTube für nicht-facebook-nutzer

übersetzt aus **John P.A. Ioannidis (s.o.):**

Wenn wir davon ausgehen, dass die Sterblichkeitsrate bei Personen, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind, 0,3 % in der Allgemeinbevölkerung beträgt - eine mittlere Schätzung aus meiner Analyse von Diamond Princess - und dass 1 % der US-Bevölkerung infiziert wird (etwa 3,3 Millionen Menschen), würde dies etwa 10.000 Todesfälle bedeuten. Das klingt nach einer riesigen Zahl, aber sie ist in den Lärm der Schätzung der Todesfälle durch "grippeähnliche Krankheiten" eingegraben. **Hätten wir nicht von einem neuen Virus dort draußen gewusst und hätten wir die Personen nicht mit PCR-Tests untersucht, würde die Zahl der Gesamttodesfälle aufgrund einer "grippeähnlichen Krankheit" in diesem Jahr nicht ungewöhnlich erscheinen.** Höchstens hätten wir vielleicht beiläufig festgestellt, dass die Grippe in dieser Saison etwas schlimmer als der Durchschnitt zu sein scheint. Die Medienberichterstattung wäre geringer gewesen als bei einem NBA-Spiel zwischen den beiden gleichgültigsten Mannschaften.

1.3.2020 Corona-Hype:

Without PCR-Tests there would be no reason for special alarms.

We are currently not measuring the incidence of coronavirus diseases, but the activity of the specialists searching for them.

by Wolfgang Wodarg

The corona hype is not based on any extraordinary public health danger. However, it causes considerable damage to our freedom and personal rights through frivolous and unjustified quarantine measures and restrictions. The images in the media are frightening and the traffic in China's cities seems to be regulated by the clinical thermometer. Evidence based epidemiological assessment is drowning in the mainstream of fear mongers in labs, media and ministries.

The carnival in Venice was cancelled after an elderly dying hospital patient was tested positive. When a handful of people in Northern Italy also were tested positive, Austria immediately closed the Brenner Pass temporarily.

Due to a suspected case of coronavirus, more than 1000 people were not allowed to leave their hotel in Tenerife. On the cruise ship Diamond Princess 3700 passengers could not disembark., **Congresses and touristic events are cancelled**, economies suffer and schools in Italy have an extra holyday.

At the beginning of February, 126 people from Wuhan were brought to Germany by plane and remained there in quarantine two weeks in perfect health. Corona viruses **were detected in two of the healthy individuals**.

We have experienced similar alarmist actions by virologists in the last two decades. WHO's "swine flu pandemic" was in fact one of the mildest flu waves in history and it is not only migratory birds that are still waiting for "birds flu". Many institutions that are now again alerting us to the need for caution have let us down and failed us on several occasions. Far too often, they are institutionally corrupted by secondary interests from business and/or politics.

If we do not want to chase frivolous panic messages, but rather to responsibly assess the risk of a spreading infection, we must use solid epidemiological methodology. This includes looking at the "normal", the baseline, before you can speak of anything exceptional.

Until now, hardly anyone has paid attention to corona viruses. For example, in the **annual reports of the Robert-Koch-Institute (RKI)** they are only marginally mentioned because there was SARS in China in 2002 and because since 2012 some transmissions from dromedaries to humans have been observed in Arabia (MERS). There is nothing about a regularly recurring presence of corona viruses in dogs, cats, pigs, mice, bats and in humans, even in Germany.

However, children's hospitals are usually well aware, that a considerable proportion of the often severe viral pneumonia is also regularly caused or accompanied by **corona viruses worldwide**.

In view of the well-known fact that in every "flu wave" 7-15% of acute respiratory illnesses (ARI) are coming along with coronaviruses, the **case numbers that are now continuously added up** are still completely within the normal range. About one per thousand infected are expected to die during flu seasons. By selective application of PCR-tests - for example, only in clinics and medical outpatient clinics - this rate can easily be pushed up to frightening levels, because those, who need help there are usually worse off than those, who are recovering at home. The role of such a selection bias seems to be neglected in China and elsewhere.

Since the turn of the year, the focus of the public, of science and of health authorities has suddenly narrowed to some kind of blindness. Some doctors in Wuhan (12 million inhabitants) succeeded in attracting worldwide attention with **initially less than 50 cases and some deaths** in their clinic, in which they had identified corona viruses as the pathogen.

The **colourful maps** that are now being shown to us on paper or screens are impressive, but they usually have less to do with disease than with the activity of skilled virologists and crowds of sensationalist reporters.

We are currently not measuring the incidence of coronavirus diseases, but the activity of the specialists searching for them.

Wherever such the new tests are carried out - there about 9000 **tests per week available** in 38 laboratories throughout Europe on 13 February 2020 – there are at least single cases detected and every case becomes a self-sustaining media event. The fact alone that the discovery of a coronavirus infection is accompanied by a particularly intensive search in its vicinity explains many regional clusters.

The horror reports from Wuhan were something, that virologists all over the world are waiting for. Immediately, the virus strains present in the refrigerators were scanned and compared feverishly with the reported newcomers from Wuhan. A laboratory at the

https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045#html_fulltext and was the first to be allowed to market its in-house tests worldwide. Prof C. Drosten was **interviewed on 23rd of January** 2020 and described how the Test was established. He said, that he

cooperated with a Partner from China, who confirmed the specific sensitivity of the Charitè-Test for the Wuhan coronavirus. Other Tests from different Places followed soon and found their market.

However, it is better not to be tested for corona viruses. Even with a slight "flu-like" infection the risk of coronavirus detection would be 7% - 15% . This is, what a [prospective monitoring in Scotland \(from 2005 to 2013\)](#) may teach us. The scope, the possible hits and the significance of the new tests are not yet validated. It would be interesting to have some tests not only on airports and cruising ships but on German or Italian cats, mice or even bats.

If you find some new virus RNA in a [Thai cave](#) or a [Wuhan hospital](#), it takes a long time to map its prevalence in different hosts worldwide.

But if you want to give evidence to a spreading pandemic by using PCR-Tests only, this is what should have been done after a prospective cross sectional protocol.

So beware of side effects. Nowadays positive PCR tests have tremendous consequences for the everyday life of the patient and his wider environment, as can be seen in all media without effort.

However, the finding itself has no clinical significance. It is just another name for acute respiratory illnesses (ARI), which as every year put 30% to 70% of all people in our countries more or less out of action for a week or two every winter.

According to a prospective [ARI-virus monitoring in Scotland from 2005 to 2013](#), the most common pathogens of acute respiratory diseases were: 1. rhinoviruses, 2. influenza A viruses, 3. influenza B viruses, 4. RS viruses and 5. coronaviruses.

This order changed slightly from year to year. Even with viruses competing for our mucous membrane cells, there is apparently a [changing quorum](#), as we know it from our intestines in the case of microorganisms and from the Bundestag in the case of political groups.

So if there is now to be an increasing number of "proven" coronavirus infections in China or in Italy: Can anyone say how often such examinations were carried out in previous winters, by whom, for what reason and with which results? When someone claims that something is increasing, he must surely refer to something, that has been [observed before](#).

It can be stunning, when an experienced disease control officer looks at the current turmoil, the panic and the suffering it causes. I'm sure many of those

responsible public health officers would probably risk their jobs today, as they did with the "swine flu" back then, if they would follow their experience and oppose the mainstream.

Every winter we have a virus epidemic with thousands of deaths and with millions of infected people even in Germany. And coronaviruses always have their share.

So if the Federal Government wants to do something good, it could learn from epidemiologists in Glasgow and have all clever minds at the RKI observe prospectively (!!!) and watch how the virom of the German population changes from year to year.

Some questions for the evaluation of the current findings:

1. Which prospective, standardised monitoring of acute respiratory diseases with or without fever (ILI, ARI) is used for the epidemiological risk assessment of coronavirus infections observed in Wuhan Italy, South Korea, Iran and elsewhere (baseline).
2. How do the comparable (!) results of earlier observations differ from those now reported by the WHO? (in China, in Europe, in Italy, in Germany, etc.)
3. What would we observe this ARI-season if we would ignore the new PCR-testing?
4. How valid and how comparable are the detection methods used with regard to sensitivity, specificity and pathogenetic or prognostic relevance?
5. What is the evidence or probability that the observed corona viruses 2019/2020 are more dangerous to public health than previous variants?
6. If you find them now, how can you prove, they were not there (e.g. in animals) before.
7. How do you make shure, that a positive tested case is not in the same time suffering/dying from other virus co-infections?
8. What considerations have been made or taken into account to exclude or minimise sources of bias (sources of error)?

24.3.20, Some important questions for science:

- Is Covid-19 in Italy a model for the pandemics that threatens the world?
- What does the SARS-2-CoV test really measure?
- Does the test give positive results in human pets or other tame animals?
- Is it possible, that so many infected are so easily recovering if it is a really new virus?
- What is the pathogenetic role and impact of Covid-19 compared to „normal" flu?
- Which preventive actions are necessary in addition to those during normal flu-seasons?



(Ausschnitt aus Seite 29 vom Flensburger Tageblatt vom 29.2.2020)

[Download des ganzen Textes als pdf hier](#)

[Hier der Text auf Italienisch / Ecco il testo in italiano](#)

Dr. Wolfgang Wodarg 26.2.2020

Das Echo auf eine fragwürdige Meldung aus Wuhan in China chaotisiert die Welt zu unrecht!

Es ist gefährlich, den Virologen die Einschätzung von Problemen der öffentlichen Gesundheit zu überlassen. Die laufende Panik, die von der chinesischen Stadt Wuhan ausging und inzwischen die ganze Welt erfasst hat, ist aus medizinisch-epidemiologischer Sicht unbegründet und richtet großen Schaden an.

Ich habe nach einer kurzen Phase von ungläubigen Staunens kurzfristig versucht, die Ergebnisse meiner Recherchen in einer für die Allgemeinheit und die Politik verständlichen epidemiologische Bewertung zu publizieren. Nach mehreren vergeblichen Anläufen bei unterschiedlichen (großen) Medien hat jetzt das Flensburger Tageblatt sich getraut, gegen den medialen Mainstream diesen Meinungsbeitrag zu veröffentlichen.

Dafür bin ich dankbar. Und jene, die unter der Corona-Hype, unter Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheit, unter fallenden Aktienkursen, unter abgesagten Festen oder Ausstellungen, Schüleraustauschaktionen, Reisen

oder sonstigen gesellschaftlichen Ereignissen privat oder geschäftlich leiden, können es auch sein und können möglicherweise davon profitieren.

Wer geschädigt wurde oder davon bedroht ist, sollten sich nicht scheuen, die verantwortlichen Panikmacher und ihre unkritischen Vollzugshelfer zur Rechenschaft zu ziehen.

Stellen Sie doch einfach folgende Fragen, die bei der Bewertung eines gesundheitlichen Seuchenrisikos selbstverständlich sind, die aber hier schmählich missachtet wurden.

Sie helfen herauszufinden, ob in dieser "Grippe"-Saison und seit dem Alarm aus Wuhan etwas geschieht, was sich wesentlich von dem unterscheidet, was uns jedes Jahr mehr oder weniger als "Grippewelle" belastet.

Nur dann, und nicht weil Virologen wieder einmal neue Molekülstrukturen in einem der vielen Viren gefunden haben, für die sie sich -aus welchen Gründen auch immer- interessieren wären öffentliche Maßnahmen des Gesundheitsschutzes berechtigt.

Hände waschen und in die Ellenbeuge Husten ist natürlich immer richtig.

Hier die

Fragen zur Bewertung der aktuellen Befunde Sachverhalte:

Welches prospektive, standardisierte Monitoring von akuten Atemwegserkrankungen mit oder ohne Fieber (ILI, ARI) wird für die epidemiologische Risikoabschätzung der in Wuhan und anderswo beobachteten Coronavirus Infektionen herangezogen (Baseline).

Wie unterscheiden sich die vergleichbaren (!) Ergebnisse früherer Beobachtungen von den jetzt von der WHO berichteten in China, in Europa, in Deutschland?

Wie valide und wie vergleichbar sind die dabei **verwendeten Nachweismethoden** in Bezug auf Sensitivität, Spezifität und pathogenetische bzw. prognostische Relevanz?

Was würden wir in dieser ARE-Saison beobachten, wenn wir die neuen PCR-Tests ignorieren?

Wodurch wird nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht, dass die beobachteten Coronaviren 2019/2020 für die öffentliche Gesundheit gefährlicher sind als frühere Varianten?

Welche Erwägungen wurden angestellt bzw. berücksichtigt, um Bias-Quellen (Fehlerquellen) auszuschließen bzw. zu minimieren?

Wenn Sie den gesamten Text meines Beitrages in Ruhe lesen möchten, können Sie ihn **hier downloaden**.

Sollten Sie ihn weiterverwenden wollen, so ist das nur unter Angabe meines Namens und ohne textliche Veränderungen gestattet.

Täglich erhalte ich jetzt Hunderte von Fragen , Anregungen und Ermutigungen. Ich habe kein Büro, welches mir bei der Beantwortung der vielen guten Fragen helfen könnte und werde versuchen, die wichtigsten hiervon zusammenfassend auf meiner Frage- und Antwortseite (Q & A) zu beantworten. Dafür brauche ich Zeit, weil ich mir Mühe gebe gewissenhaft mit diesem Thema umzugehen.