



Samstag, 08. Mai 2021, 15:00 Uhr
~17 Minuten Lesezeit

Gefährliche Geninjektion

Was über die sogenannte Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 propagiert wird, widerspricht zahlreichen wissenschaftlichen Grundsätzen. Teil 2.

von Norman Zeelan
Foto: Billion Photos/Shutterstock.com

Alles und jeder wird heute mit geradezu manischem Eifer getestet. Nur der Impfstoff, der es nach Ansicht der meisten Medien und Politiker richten soll, wurde viel zu wenig auf seine Wirksamkeit und Unschädlichkeit überprüft. Die Entwicklung und Testung neuartiger Impfstoffe kann sonst mitunter zehn Jahre oder länger dauern. Wahrheitswidrig wird in der Öffentlichkeit der Eindruck erweckt, alle möglichen Nebenwirkungen seien schon bekannt und äußerst selten. Gerade bei Millionen gesunden

Menschen wären jedoch schon geringe Impfschäden ein Skandal. Es scheint, als ob die Sorgfalt, mit der ein Impfstoff überprüft wird, mit der Anzahl der potenziellen Opfer von Fehlbehandlungen eher abnehme. Dies mag damit zusammenhängen, dass es beim Projekt „Durchimpfen der Weltbevölkerung“ auch um sehr viel Geld geht. Der Autor ist Prüfarzt und hat klinische Studien über Impfungen vorgenommen. Sein fachmännisches Urteil über die laufende Impfkampagne fällt für deren Betreiber vernichtend aus.

Teil 1 (<https://www.rubikon.news/artikel/gefahrlige-geninjektion>)

Fehlende Notwendigkeit

Während man die **CFR** (<https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>), also die Case Fatality Rate, zumindest berechnen kann – man teilt die Anzahl der als durch das Virus verstorben Gemeldeten durch die Anzahl der positiv Getesteten – ist die IFR – also die Infection Fatality Rate, sprich der Anteil der Todesfälle pro tatsächlicher Infektion – schwierig zu bestimmen, aber im Gegensatz zu der von vielen willkürlichen Faktoren abhängigen CFR wenigstens bedingt aussagekräftig.

Die wirklich interessante Zahl wäre der Anteil der Bevölkerung, der durch das Virus bis zum Erreichen der Herdenimmunität verstirbt, geteilt durch die Gesamtbevölkerung – sozusagen die Mortalität bis

zur Herdenimmunität. Diese ist nicht deckungsgleich mit der IFR, weil sich einige Personen mangels Exposition gar nicht infizieren; sie auch ohne Antikörper eine Infektion verhindern können; sie eine vorbestehende natürliche Immunität besitzen; sie durch andere Coronaviren eine Kreuzimmunität aufweisen; sie vor der Infektion durch eine andere Ursache versterben oder durch Erreichen der Herdenimmunität vor einer möglichen Infektion geschützt sind.

Eine solche Mortalität bis zur Herdenimmunität würde dann tatsächlich das durchschnittlich zu erwartende Todesrisiko für den Einzelnen widerspiegeln, natürlich ohne Individualisierung im Hinblick auf das Land, Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen und andere Risikofaktoren. Wenn man eine Menge Annahmen über die etwa 80.000 Verstorbenen in der BRD, welche offiziell als COVID-19-Verstorbene bezeichnet werden, akzeptieren würde, dann nähert man sich dieser realen Mortalität bis zur Herdenimmunität von unten an, in der BRD mit aktuell etwa 0,1 Prozent.

Andere Länder hingegen liegen wie **Laos** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/laos/>) bei 0,00000 Prozent, wie **Tansania** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/tanzania/>) bei 0,00003 Prozent, wie **Thailand** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/thailand/>) bei 0,0001 Prozent, wie **China** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/china/>) bei 0,0063 Prozent oder wie **Tschechien** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/czech-republic/>) – der bisherige Rekordhalter von Ländern mit mehr als 50.000 Bewohnern – bei dem viele weitere Fragen aufwerfenden Spitzenwert von 0,24 Prozent.

Der Rekordhalter unter den Ländern – beziehungsweise Gebieten – mit weniger als 50.000 Bewohnern ist **Gibraltar** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/gibraltar/>)

), wo durchschnittlich jeder Bewohner sechsmal getestet wurde und 13 Prozent der Gesamtbevölkerung bereits zum Case erklärt wurden, mit insgesamt 94 Toten – was 0,27 Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht. Diese Zahlen entstanden im Dezember 2020 und haben daher nichts mit der experimentellen Geninjektion zu tun, ferner sind zum Beispiel die Daten von **San Marino** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/san-marino/>) denen in Gibraltar sehr ähnlich und noch früher entstanden.

Wenn – bei einem Gedankenexperiment mit Ausblenden von Herdenimmunität, natürlicher Immunität, Kreuzimmunität, primärem Befall von Immunschwachen, falsch klassifizierten Todesursachen et cetera – 100 Prozent der Bewohner von Gibraltar zu Cases würden, wären selbst in der sich daraus ergebenden Hochrechnung nur maximal 2,1 Prozent der Bevölkerung verstorben, womit anschaulich wird, dass alle IFR-Werte über 2 Prozent nicht einmal mehr mit den Daten aus den Regionen mit der am weitesten fortgeschrittenen Ausbreitung, den meisten Testungen pro Person und dem – weltweit – tödlichsten Verlauf zusammenpassen.

Wenn wir uns von diesem in mehrfacher Hinsicht extremsten Worst-Case-Szenario lösen, finden wir mit demselben Rechenweg andere ebenfalls stark durchgetestete Länder mit einem hohen Anteil von Cases in der Bevölkerung, wo sich als immer noch maximal übertriebene Obergrenze der IFR verschiedene Werte wie 0,84 Prozent – **Estland** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/estonia/>), durchschnittlich 85 Prozent der Bevölkerung getestet, 879 Tote bei 104.214 Cases und 1,3 Millionen Menschen Gesamtbevölkerung – oder wie 0,16 Prozent – in **Katar** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/qatar/>), mit halb so vielen Cases wie der Rekordhalter Gibraltar, bei durchschnittlich 1,7 Testungen pro Person – zeigen.

Nachdem man also einfach errechnen kann, dass IFR-Werte von 2 Prozent oder 1 Prozent nicht einmal mit den tatsächlichen Daten bei den extremsten Formen von Ausbreitung, Tests, Cases, Toten und Bevölkerungszahl zusammenpassen, stellt sich die Frage, was sich am anderen Ende des Kontinuums zeigt – also bei Ländern, bei denen Ausbreitung, Cases und Tote um viele Zehnerpotenzen niedriger sind.

Sollen 7,3 Millionen Laoten eine experimentelle Injektion mit synthetischen Genen über sich ergehen lassen, während das Land auf den ersten COVID-Toten wartet? Wozu brauchen die **Taiwaner** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/taiwan/>) mit ihren 11 COVID--Toten ein unabschätzbare Genexperiment? Sollen die **Singapurer** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/country/singapore/>) weitere 100 Jahre warten, bis aus den bisherigen 30 Toten – bei etwa 60.000 bisherigen Cases – die zu erwartenden 3.000 Toten werden, bei einer Bevölkerung von etwa 6 Millionen? Trotz **Neil Fergusons** (<https://www.rt.com/uk/487853-ferguson-resigns-lockdown-violate-lover/>) seit einem Jahr widerlegten „Berechnungen mit willkürlichen Variablen“ – wobei seine Laufbahn ja voll von **fragwürdigen Vorhersagen** (<https://www.nationalreview.com/corner/professor-lockdown-modeler-resigns-in-disgrace/>) war – kam es nirgendwo zu der prophezeiten exponentiellen Ausbreitung.

Die polizeistaatlichen Verbrechen der Regierungen spielen bei der Ausbreitung dabei keine Rolle, wie man an Belarus, Tansania oder vielen anderen Regionen sehen kann, weil diese Verbrechen dort nicht begangen wurden – diese Ausrede entfällt also in Bezug auf das Scheitern der katastrophalen Vorhersagen.

Ohne diese exponentielle Ausbreitung könnte es damit sehr lange dauern, bis sich in Singapur die 30 Toten pro Jahr zu einer ernst zu

nehmenden Zahl zusammenaddiert haben. Wo ist also die Rechtfertigung für noch nie da gewesene gentechnische Experimente an der Bevölkerung, mit existenziellen Risiken? Und wie passt das Narrativ der gleichgeschalteten Meinungsfabrik zu den extremen Unterschieden zwischen den verschiedenen **Ländern** (<https://www.rubikon.news/artikel/der-ausnahmestaat>)?

Die CFR von SARS-CoV-2 wird je nach Region und Alter zwischen 0,0 Prozent und 30 Prozent angegeben, wobei das Risiko mit dem Alter logarithmisch **ansteigt** (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.23.20160895v4.full.pdf>) und zwischen unterschiedlichen Regionen wie dargelegt nicht nachvollziehbare Größenordnungen liegen.

Unterschiede in Bezug auf klimatische Bedingungen oder die Altersstruktur der Bevölkerung wären hierbei zum einen nicht hinreichend, zum anderen gibt es ähnlich beschaffene Vergleichspaare unter den Regionen, die sich aber dennoch in Bezug auf die CFR stark unterscheiden. Aufgrund der hohen Dunkelziffer, welche in der Regel fünffach bis zehnfach die durch Tests entstandenen Fälle übersteigt und am ehesten durch **Seropositivitätsstudien** (<https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892.pdf>) geschätzt werden kann, beträgt die IFR entsprechend zwischen einem Fünftel und einem Zehntel der CFR.

Die nicht altersbezogene CFR ergibt in jedem Land andere, sehr unterschiedliche Werte: Singapur 0,05 Prozent, Katar 0,2 Prozent, Malediven 0,3 Prozent bis hin zu den fragwürdigen Extremen wie Mexiko 8,7 Prozent und Jemen 29,1 Prozent. Diese Unterschiede in Höhe von Zehnerpotenzen deuten auf entscheidende nicht auf das Virus zurückzuführende Faktoren bei der Entstehung dieser Zahlen hin.

Die geringe CFR eines hochentwickelten Landes mit umfangreicher

Testung und einer ausreichend hohen Zahl an **Fällen** (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>) ist am glaubwürdigsten und verortet die durch das Virus zu vertretende Gesamt-CFR unterhalb von 0,5 Prozent, woraus eine Gesamt-IFR im Bereich von etwa 0,05 Prozent resultiert. Wenn Singapur bei 60.000 Cases insgesamt 30 Tote aufweist, entspricht dies einer CFR von 0,0005 beziehungsweise 0,05 Prozent. Damit liegt die entsprechend darunter liegende IFR aufgrund der bekannten Daten am ehesten bei 0,00005 beziehungsweise 0,005 Prozent.

Faktoren für eine falsch hohe IFR – wie zum Beispiel finanzielle Anreize für das falsche Codieren von Patienten, falsch oder richtig positive Testergebnisse bei durch andere Ursachen Verstorbenen, direkte politisch motivierte Fälschung von Zahlen, Fehlbehandlungen von COVID-19-Erkrankten, Zuschreibungen der COVID-19-Diagnose allein durch Symptome oder Bildgebung, asymptomatische Verläufe et cetera – sind stärker als die für eine falsch niedrige IFR – wie zum Beispiel das unerkannte Versterben an einer viralen Pneumonie in Form von COVID-19. In dem Fall, dass Letzteres in nennenswertem Maß auftritt, dürfte es wohl grundlegendere Probleme des jeweiligen medizinischen Systems geben.

Ein anderer Blick auf dieses Problem ist der Vergleich der Toten in Bezug auf die Gesamtbevölkerung – statt der Toten in Bezug auf die Cases. Auch hier sehen wir eine extrem unterschiedliche Verteilung der angeblichen COVID-19-Toten je nach Region. Die USA und Brasilien stellen zusammen nur 7 Prozent der Weltbevölkerung, aber angeblich 31 Prozent der angeblichen COVID-19-Toten.

Zwölf Länder – die USA, Brasilien, Mexiko, Großbritannien, Italien, Frankreich, Spanien, Kolumbien, Argentinien, Polen, Peru und Tschechien – stellen zusammen zwar nur 14 Prozent der Weltbevölkerung, aber angeblich 62 Prozent der COVID-19-Toten. Während andere Länder nach 15 Monaten der Ausbreitung einer

hochinfektiösen Atemwegserkrankung durch globalen Warenverkehr, Flugreisen, Pendler und Migrationsströme immer noch auf den ersten COVID-19-Toten warten oder bei zweistelligen Zahlen verharren, zählen andere Hunderttausende – ohne ersichtlichen Grund.

Zusammenfassend würde angesichts der niedrigen IFR selbst eine ausreichend getestete und wirksame tatsächliche Impfung sehr kritisch hinterfragt werden – von einer **zwangsweisen** (<https://www.telegraph.co.uk/politics/2021/03/22/care-home-staff-face-compulsory-covid-vaccination/>) Injektion von experimentellen synthetischen Genen und Nanopartikeln in Gesunde, für die das Risiko durch SARS-CoV-2 minimal ist, ganz zu schweigen.

Eine hohe Infektiösität in Verbindung mit einer tatsächlich hohen IFR würde sich nach einem Jahr der Ausbreitung eines Virus in einer entsprechenden Übersterblichkeit ausdrücken. Dies ist allerdings nicht der Fall.

Trotz der Toten durch die Verbrechen des Polizeistaates – also den Lockdowntoten durch zusätzliche Selbstmorde, Kinderselbstmorde, Nichtbehandlung akuter lebensbedrohlicher Krankheiten, häusliche Gewalt, Alkoholismus, Bewegungsmangel, Sonnenlichtmangel et cetera – gab es im Jahr 2020 keine deutliche Übersterblichkeit im Vergleich zu den **Vorjahren** (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>), insbesondere nicht im Vergleich zu 2018.

Als extremes Beispiel kann hierfür Folgendes angeführt werden: Sterbefälle am 5. März 2018: 3932; Sterbefälle am 5. März 2020: 2782. Dabei nehmen die jährlichen Todesfälle seit zwei Jahrzehnten mit einem eindeutigen Trend jedes Jahr um 13.000 zu, was

grundsätzlich nicht eine Übersterblichkeit eines einzelnen Jahres, sondern einen generellen Trend beschreibt.

Es müssen beim Vergleich von verschiedenen Jahren miteinander zahlreiche Besonderheiten beachtet werden:

Erstens die kalendarische Besonderheit, da 2020 ein Schaltjahr war.

Zweitens der binäre Jahresrhythmus, da 2020 ein hohes Jahr im stetigen Wechsel von hohen und tiefen Sterbezahlen war.

Drittens die demographischen Veränderungen, wobei zum einen das generelle Bevölkerungswachstum, zum anderen die stetige Zunahme der **über 90-Jährigen** (<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2011&a=80,90&v=2&g>), nämlich um 40 Prozent innerhalb der letzten Dekade, zu beachten ist.

Nach Einberechnung dieser Besonderheiten ist nicht mehr eindeutig festzustellen, ob es 2020 in der BRD überhaupt eine Übersterblichkeit gab, weil selbst eine Differenz von 16.000 oder 20.000 Toten anders erklärbar ist. Noch schwieriger wird der Versuch, **Lockdowntote** (<https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/coronakrise-entwicklungsminister-mueller-an-den-folgen-der-lockdowns-werden-weit-mehr-menschen-sterben-als-am-virus/26209144.html>), **gefälschte COVID-19-Tote** (<https://reitschuster.de/post/herr-doktor-faelscht-die-totenscheine/>), mit COVID-19 Verstorbenen, tödlich Fehlbehandelten, falsch positiv getesteten Toten und statistisch davon ganz zu unterscheidende Gruppen – zum Beispiel weniger Verkehrstote durch den Stillstand des Verkehrs – scharf voneinander zu trennen. Dabei hilft es nicht, wenn zum Beispiel Verkehrstote als **COVID-19-Tote** (<https://www.rubikon.news/artikel/die-schein-coronatoten-2>) deklariert werden und daher als Verkehrstote entfallen, während

sie die Zahl der angeblichen COVID-19-Toten erhöhen, ohne dass dies zu einer Übersterblichkeit führt.

Wenn jeder, der nach einem positiven PCR-Test verstirbt, als durch COVID-19 verstorben gezählt wird, wäre es intellektuell redlich, jeden, der nach der experimentellen Geninjektion verstirbt, auch als „**Impftoten** (<https://www.n-tv.de/panorama/Institut-prueft-zehn-Todesfaelle-nach-Impfung-article22292066.html>)“ beziehungsweise Gentechniktoten zu zählen – dann folgerichtig natürlich ohne Obduktion, Differenzierung und mit einer unkritischen, einseitigen Pauschalität, wie man es von der Todesursache COVID-19 gewohnt ist. Anhand dieses Beispiels zeigt sich deutlich die absichtsvolle Fälschung der Darstellung des Geschehens durch die Anwendung von zweierlei Maß.

Alternativ könnte endlich definiert werden, was eigentlich das Kriterium für einen Injektionstoten ist, beziehungsweise wie die Kriterien für einen kausalen Zusammenhang überhaupt erfüllt werden können.

Die einzige Hoffnung für eine annähernde Aufklärung liegt hier in der Placebogruppe der laufenden Studien und deren Langzeitergebnissen, dies setzt allerdings voraus, dass man dieser Placebogruppe nicht irgendwann ebenfalls synthetische Gene und Nanopartikel injiziert – zum Beispiel unter dem absurden Vorwand, es sei aus „ethischen Gründen“ notwendig, die Vergleichbarkeit der Gruppen zu zerstören, um der Placebogruppe nicht den angeblichen und selbst nach den Daten der Pharma-Werbebrochüren mikroskopisch kleinen **angeblichen Vorteil** (<https://www.rwi-essen.de/unstatistik/109/>) der Verumgruppe „vorzuenthalten“.

Ferner müsste irgendjemand eine solche Studie auch tatsächlich durchführen beziehungsweise durchführen dürfen und dazu auch auf die Identitäten der Probanden zugreifen können. Außerdem

wird die Information über den Vergleich des Langzeitüberlebens beider Gruppen eine sein, die in jedem Fall für die Opfer der industriell betriebenen Geninjektionen zu spät zugänglich sein wird.

Was die direkten Erfahrungen von der Front der Patientenversorgung betrifft, so erreichen mich übereinstimmende persönliche Berichte aus verschiedenen Krankenhäusern und Pflegeheimen, dass nach der experimentellen Geninjektion – auch bleibend – Empfindungsstörungen, Zunahme von Demenz, Bluthochdruck und starke körperliche Schwäche auftreten und insbesondere Diabetiker, Parkinson-, Multiple-Sklerose- und Korsakow-Syndrom-Erkrankte entweder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Injektion versterben oder sich über die folgenden Monate stetig und ungewöhnlich schnell im Allgemeinzustand verschlechtern haben.

Diese Einschätzungen kommen von ärztlichen Kollegen und Pflegekräften, die sich seit Jahrzehnten intensiv mit Patienten in der direkten Untersuchung und Pflege beschäftigen und für die sich das Bild eines industriellen Totspitzens zur Sanierung des Rentensystems aufdrängt – dazu wird die Statistik der Todesursachen 2021 interessant werden, denn als COVID-19-Tote dürfte man Gentechniktote ja eigentlich nicht mehr codieren, wenngleich die ersten „komplett Durchgeimpften“ schon mit COVID-19 auf den Intensivstationen aufgenommen wurden – und das weiß ich aus erster Hand.

Die schweren und lebensbedrohlichen Reaktionen auf die Geninjektion sind auch biologisch plausibel, da Gebrechliche eine künstlich herbeigeführte systemische Entzündungsreaktion mangels Reserven nicht gut kompensieren können – um von Endothelzerstörung, Mikrothrombosen und ähnlichen **vorhergesagten** (<https://doctors4covidethics.medium.com/press-release-doctors-and-scientists-accuse-medical-regulator-of-downplaying-covid-19-vaccine-d2431d5abdab>) und eingetroffenen

Komplikationen gar nicht erst zu sprechen.

Diese Fälle werden nicht gemeldet, nicht untersucht oder gemessen. Den Pflegekräften vor Ort wird unter Androhung disziplinarischer Maßnahmen ein Maulkorb verpasst, und, so unglaublich es für den Laien klingen mag, ist dies aus anderen Bereichen der **Patientensicherheit**

(<https://www.aerzteblatt.de/archiv/197450/Qualitaetssicherung-Unzumutbare-Verhaeltnisse>) ein bekannter Missstand.

So ist es selbst für einen Arzt praktisch unmöglich, einen ärztlichen Kollegen, der systematisch Patienten schwer schädigt oder tötet, auch nur aufzuhalten.

In den seltenen Fällen, in denen entgegen dem Corpsgeist, Mobbing, nachteiligen Konsequenzen für den eigenen Arbeitsplatz, wirtschaftlichen Abhängigkeiten, steilen Hierarchien, Unkenntnis der Grundlagen von Patientensicherheit, einem Kartell des Schweigens und allgemeiner unkritischer Geschäftigkeit doch einmal die schweren Verstöße auch nur thematisiert werden, verläuft dies regelmäßig im Sand.

Dies erklärt, warum ein Hinweis an die Staatsanwaltschaft dann noch seltener ist und der Hinweisgeber vor allem mit schwerwiegenden eigenen Nachteilen, aber trotz eindeutiger Beweislage nicht mit einem Strafverfahren oder gar Urteil für den Täter rechnen kann. Dies erklärt weiterhin, warum **Hochstapler in der Medizin** (<https://epdf.pub/gestndnisse-eines-hochstaplers.html>) nur durch **Formalien** (https://www.welt.de/welt_print/article1142757/Falsche-Kinderaerztin-arbeitet-jahrelang-am-UKE.html) und Zufälle, nicht aber durch Fehlbehandlungen aufliegen.

Zurückkehrend zur Frage der Notwendigkeit einer – derzeit ja nicht existenten – Impfung ist es auch essentiell darauf hinzuweisen, dass

das Statistische Bundesamt für 2020 in jeder Altersgruppe eine **Untersterblichkeit** (<https://www.presseportal.de/pm/126425/4729873>) festgestellt hat, außer einer deutlichen Übersterblichkeit bei den über 90-Jährigen und einer minimalen Übersterblichkeit bei den etwa 30-Jährigen.

Insgesamt ist man also sehr weit weg von einer angeblichen „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“, welche nicht gerade dadurch definiert ist, dass unklar bleibt, ob überhaupt auch nur ein Hundertstel eines Hundertstels der Bevölkerung zusätzlich gestorben ist – und diese Frage wird aufgrund der benannten Fehlerquellen und Ungereimtheiten am ehesten durch die Gesamtzahl der Toten beantwortet, und nicht durch die Zahl der als COVID-19-Tote deklarierten Toten. Auch ist für eine angebliche „epidemische Lage mit nationaler Tragweite“ unpassend, dass das Durchschnittsalter der Verstorbenen etwa der Lebenserwartung entspricht.

Global wurde dieses Thema durch Genevieve Briand aufgearbeitet. Ihre transparenten Schlussfolgerungen anhand allgemein zugänglicher **Daten** (<https://advanced.jhu.edu/directory/genevieve-briand/>) wurden zensiert.

Bei etwa 80 Millionen Deutschen und einer Lebenserwartung von etwa 80 Lebensjahren sterben etwa eine Million Deutsche pro Jahr, beziehungsweise 10 Millionen pro Jahrzehnt. Dies entspricht etwa 20.000 pro Woche, etwa 2.700 pro Tag, etwa 110 pro Stunde.

Die jährlichen Grippetoten werden nicht gemessen, sondern geschätzt. Ihre Zahl liegt je nach der Art der sehr subjektiven Deutung und natürlich der Schwankungen zwischen den Jahren irgendwo zwischen 5.000 und 50.000 Deutschen. Genaue **Todesstatistiken**

<https://www.mdedge.com/familymedicine/article/60314/cause-death-certification-not-easy-it-seems>) gibt es in der BRD nicht, weil seit längerem systematisch zu wenig seziert wird und die klinischen Diagnosen nachweislich **unzuverlässig sind** (https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2001-2010/2009/01/0109_014.pdf) – ein Trend, der durch die unsachlichen Empfehlungen der weisungsgebundenen Bundesoberbehörde Robert Koch-Institut (RKI) noch **verstärkt wurde** (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html).

Es gibt erhebliche Übersterblichkeit durch vermeidbare Todesursachen, welche nicht als Vorwand für „Great Reset“ und „New Normal“ durch Kriegsrecht, Ausnahmezustand, Zwangsmaßnahmen, ausufernde Rechtlosigkeit, Enteignung, massenhafte Körperverletzung, massive Zensur, gewalttätige Repression gegen Andersdenkende oder kollektives Berufsverbot verwendet werden.

In den reichen westlichen Regionen der Erde sind medizinische Fehler als mindestens dritthäufigste **Todesursache** (<https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>) bisher keine nennenswerten Maßnahmen wert, wengleich die hohe Dunkelziffer an medizinischen Fehlern einiges über die Dunkelziffer von Impfschäden sowie Geninjektionsschäden aussagt – wer glaubt, dass die Meldungen von Patienten, Angehörigen und Ärzten hier annähernd widerspiegeln, wie groß die Schäden wirklich sind, dem sei ein Krankenhauspraktikum empfohlen.

In armen, südlichen Regionen der Erde könnte man per Knopfdruck **Rohstoffkriege** (<https://web.archive.org/web/20040805052000/http://www.globalsecurity.org/military/world/war/congo.htm>) und das **millionenfache Aushungern**

<https://www.un.org/press/en/2002/gashc3721.doc.htm>)

beenden. Offensichtlich ist das Aufbausuchen einer sogenannten Pandemie ohne messbare Übersterblichkeit mit konsekutiver extremer Verachtung von Grundrechten politisch motiviert und politischen Zielen dienend.

Dazu passt, dass Angela Merkel den kollektiven Hausarrest auch als **politisch** (<https://www.youtube.com/watch?v=M5l1FvKShZw>), nicht als wissenschaftlich oder medizinisch motiviert bezeichnet hat – es ist also nicht mehr notwendig, sich zu wundern, was der **pseudomedizinische Unsinn** (<https://www.aier.org/article/the-catastrophic-impact-of-covid-forced-societal-lockdowns/>) eigentlich soll, sondern vielmehr, **wohin die Reise von „politisch motivierten Maßnahmen“ noch gehen könnte** (<https://www.onepoliticalplaza.com/t-213061-1.html>).

Wie bereits bei der **Schweinegrippe**

(<https://www.express.co.uk/news/world/1281081/who-world-health-organisation-coronavirus-latest-swine-flu-covid-19-europe-politics-spt>) ist der Begriff „Pandemie“ nicht mehr angemessen, da eine Pandemie eine sich global ausbreitende Infektionskrankheit ist, die mit erheblicher Morbidität und Mortalität beziehungsweise „severity of illness“ einhergeht – wie beispielsweise die Pest, die Grippe von 1918, eine mögliche Ebola-Ausbreitung über weite Teile des Globus beziehungsweise die **absichtliche** (<https://www.911tap.org/10-publications/news-releases/641-anthrax-attack-spawned-in-military-bioweapons-lab>) oder **unabsichtliche** (<https://eu.usatoday.com/story/news/2015/05/28/biolabs-pathogens-location-incidents/26587505/>) Verbreitung dieser und anderer Erreger im Rahmen der **milliardenschweren** (<https://www.popsci.com/is-bioweapon-research-making-us-safer/>) verschiedenen **Biowaffenprogramme** (<https://govtribe.com/opportunity/federal-contract-opportunity/bioresearch-scientific-support-in-tbilisi-republic-of->

[georgia-w81xwh14x9999](https://www.salon.com/2015/01/25/the_golden_age_of_black_ops_americas_secret_global_war_abroad_partner/)) der **westlichen angeblichen Demokratien** (https://www.salon.com/2015/01/25/the_golden_age_of_black_ops_americas_secret_global_war_abroad_partner/) – bei diesen **Biowaffen** (https://www.opednews.com/articles/Boyle-Charges-U-S-Germ-Wa-by-Sherwood-Ross-Biowarfare_Bioweapons_Blowback_Bush-150923-836.html) ist es übrigens auch an der Zeit, nachzufragen, wer eigentlich für deren **Anwendung** (https://en.wikipedia.org/wiki/Black_operation) als **Feind** (<https://www.veteranstoday.com/2020/07/15/the-pentagon-bio-weapons/>) definiert ist.

Pandemien haben nicht die Eigenschaft, dass man einen Test braucht, um herauszufinden, ob man erkrankt ist. Pandemien haben nicht die Eigenschaft, dass die Gesamtsterblichkeit über das Jahr hinweg mal etwas über und **mal etwas unter** (<https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/zu-wenige-beerdigungen-bestatter-in-kurzarbeit-16865665.html?premium>) den Vorjahren ist. Pandemien haben nicht die Eigenschaft, dass die Bevölkerung zu einer angeblich schützenden experimentellen Injektion von synthetischen Genen und Nanopartikeln gezwungen werden muss.

Stattdessen haben Pandemien die Eigenschaft, Gesellschaften durch extreme krankheitsbedingte Übersterblichkeit zu zerstören, statt dass dies durch die derangierte Übergriffigkeit des Staates geschieht. Grundrechtsverletzungen wie das **irrationale Wegsperrn von Gesunden** (<https://frankfurtzack.medium.com/warum-lockdowns-nicht-so-wirken-wie-gedacht-9a92c093d361>), Menschenversuche mit der Injektion experimenteller synthetischer Gene, Verbot und Bankrottieren ganzer Branchen mit konsekutiver Umverteilung zugunsten von Konzernen sind allesamt historisch – auch unter Einbeziehung von wirklich verheerenden Infektionskrankheiten – als medizinische Maßnahme ein absolutes und der Wissenschaft unbekanntes Novum.

Man kann hierauf nicht oft genug hinweisen, da viele zu glauben scheinen, dass solche Verbrechen normal oder auch nur aus historischer Sicht im Sinne medizinischer Maßnahmen bekannt seien – und an Verbrechen ist die Historie nicht arm.

Vor einem Jahr – im Februar 2020 – war angesichts von zunächst relativ glaubwürdigen Berichten und Videos von Triage, exponentiellem Wachstum der Todesfälle, Leichenhaufen in Krankenhäusern und auf offener Straße kollabierenden jungen Menschen in China, Iran und Italien das Vorsorgeprinzip – gerade auch vor dem Hintergrund anderer Laborunfälle und Biowaffenangriffe – noch dringend geboten, wurde jedoch vom Staat bewusst unterlassen. Seit dem Sommer 2020 konnte man sich aufgrund von hohen Fallzahlen ohne im entsprechenden Maß resultierende Todesfälle und der immer geringeren CFR beziehungsweise IFR neu orientieren, was vom Staat allerdings ebenfalls bewusst unterlassen wurde.

Damit lag die Regierung aus medizinischer Sicht auf bemerkenswerte Weise immer genau auf der falschen Seite – und dies noch ungeachtet der Tatsache, dass ihre Handlungen für sich genommen die Gesundheitsschäden durch das Virus verstärkten oder sogar als offensichtliche Verhöhnung und Schikanieerkennung erkennbar sind – man denke nur an die verbotene Joggingrunde nach 21 Uhr oder das Tragen der Maske im Stehen vor dem Abnehmen der Maske im Sitzen.

Die Anwendung der Geninjektionen bei **Sterbenden im Hospiz** (https://www.focus.de/politik/deutschland/hospize-in-der-pandemie-trotz-engpaessen-bekommen-todkranke-corona-impfung-aus-ethischer-sicht-kein-unterschied_id_12901151.html) beziehungsweise anderen Palliativsituationen zeigt, dass ein vorrangiges Motiv der Injektion die Umsatzsteigerung für die Pharmaindustrie ist.

Diese Profitorientierung einer völlig außer Kontrolle geratenen Industrie und **ihrer Henker**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122876/Kinder-und-Jugendliche-Kinderaerzte-fuer-rasche-Zulassung-von-COVID-19-Impfstoffen>) will als nächstes globale Menschenversuche mit

Kindern, denen bei einem **absurd niedrigem Risiko**

<https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/>) experimentelle synthetische Gene injiziert werden sollen.

Wir reden hierbei von der geplanten existenziellen Gefährdung von Gesundheit und Leben aller Kinder mittels eines schon primär kostspieligen Genexperimentes, und das angesichts von drei nicht vorerkrankten an COVID-19 verstorbenen Kindern beziehungsweise Jugendlichen unter den angeblich **2.800.000 Toten**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123123/Elf-Todesfaelle-durch-COVID-19-bei-Kindern-und-Jugendlichen>) – das ist die inzwischen erreichte Stufe von Menschenfeindlichkeit und Absurdität.

Quellen und Anmerkungen:

Abgerufen am 29. März 2021:

Laos, Tansania, Thailand, China, Tschechien, Gibraltar, San Marino, Estland, Katar, Singapur, Malediven, Mexico, Jemen

Welt	Tote	Gesamtbevölkerung	
	2.802.698	7.856.120.000	0,0357 Prozent

USA, Brasilien

Land	Tote	Gesamtbevölkerung	
USA	562.950	332.436.770	0,169 Prozent
Brasilien	313.866	213.675.240	0,147 Prozent
Gesamt	876.816	546.112.010	0,161 Prozent

31 Prozent der Toten, aber nur 7 Prozent der Weltbevölkerung — also 450 Prozent überrepräsentiert — 0,31285 durch 0,06951.

USA, Brasilien, Mexiko, Großbritannien, Italien, Frankreich, Spanien, Kolumbien, Argentinien, Polen, Peru, Tschechien

Land	Tote	Gesamtbevölkerung	
USA	562.950	332.436.770	0,169 Prozent
Brasilien	313.866	213.675.240	0,147 Prozent
Mexiko	201.623	129.931.687	0,155 Prozent
Großbritannien	126.615	68.149.558	0,186 Prozent
Italien	108.350	60.395.950	0,179 Prozent
Frankreich	94.956	65.380.383	0,145 Prozent
Spanien	75.199	46.768.187	0,161 Prozent
Kolumbien	62.955	51.282.802	0,123 Prozent
Argentinien	55.449	45.501.779	0,122 Prozent
Polen	51.932	37.815.902	0,137 Prozent
Peru	51.469	33.310.047	0,155 Prozent
Tschechien	26.036	10.723.683	0,243 Prozent
Gesamt	1.731.400	1.095.371.988	0,158 Prozent

62 Prozent der weltweiten Toten, aber nur 14 Prozent der Weltbevölkerung, beziehungsweise zwei Drittel der weltweiten Toten, aber nur ein Siebtel der Weltbevölkerung – also 443 Prozent überrepräsentiert — 0,61776 durch 0,13943.



Norman Zeelan ist promovierter Facharzt und Prüfarzt.

Er verfügt über jahrzehntelange klinische Erfahrung, wurde für seine Forschungsarbeit mit einem Preis ausgezeichnet und publizierte in mehreren internationalen Journalen. Der Name wurde geändert, um die Anonymität des Autors, aber auch der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, deren Fälle in seinen Artikeln zur Sprache kommen.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.