



Samstag, 21. März 2020, 13:33 Uhr
~25 Minuten Lesezeit

Schweinegrippe 2.0

Der Umgang von Politik und Medien mit dem Coronavirus erinnert an die Fake-Pandemie aus 2009.

von Rubikons Weltredaktion
Foto: pathdoc/Shutterstock.com

Denken Sie an die „Fake“-H1N1-Schweinegrippe-Pandemie 2009: Die Daten wurden manipuliert, um einen weltweiten öffentlichen Gesundheitsnotstand zu rechtfertigen und massenweise Impfstoffe zu verkaufen, die nie gebraucht wurden. Der amerikanische Autor und Wirtschaftsprofessor Michel Chossudovsky sieht Parallelen zwischen der aktuellen Coronavirus-Pandemie und der damaligen Schweinegrippe-Hysterie.

von Michel Chossudovsky

Einleitung des Autors

Am 30. Januar 2020 erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Öffentlichen Gesundheitsnotstand von Internationaler

Bedeutung (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) in Bezug auf das neuartige Coronavirus (2019-nCoV), das als eine virale Pneumonie kategorisiert wird. Das Virus brach in der Stadt Wuhan aus, einer Stadt im Osten Chinas mit über 11 Millionen Einwohnern.

In den Wochen vor der Entscheidung am 30. Januar äußerte die WHO-Notfallkommission „unterschiedliche Ansichten“. Es waren Spaltungen innerhalb der Kommission sichtbar. Am 30. Januar wurde ohne die Stütze einer Expertenmeinung zu einer Zeit, als der Ausbruch des Coronavirus auf das chinesische Festland begrenzt war, auf unverantwortliche Weise eine weitreichende Entscheidung getroffen.

Bei ihrer ersten Sitzung äußerte die Kommission unterschiedliche Ansichten darüber, ob dieses Ereignis einen PHEIC rechtfertige oder nicht. Zu dieser Zeit lautete die Empfehlung, dass das Ereignis keinen PHEIC rechtfertigt, doch die Kommissionsmitglieder waren sich über die Dringlichkeit der Situation einig und legten nahe, dass die Kommission das Treffen am nächsten Tag fortsetzen sollte, wobei sie zu dem gleichen Schluss kam.

Diese zweite Sitzung fand in Hinblick auf bedeutende Anstiege der Anzahl von Fällen und zusätzlicher Länder, die bestätigte Fälle berichteten, statt (1).

Es gab 150 bestätigte Fälle außerhalb Chinas, als die Entscheidung getroffen wurde. 6 in den USA, 3 in Kanada, 2 in Großbritannien und so weiter.

150 bestätigte Fälle in einer Bevölkerung von 6,4 Milliarden (Weltbevölkerung von 7,8 Milliarden Minus die Bevölkerung Chinas von 1,4 Milliarden). Wie hoch ist das Risiko einer Infektion? Nahezu Null. Das ist keine Rechtfertigung, um eine weltweite Angstkampagne zu starten. Bei kürzlichen Entwicklungen stieg die Anzahl bestätigter Fälle besonders in Südkorea, im Iran und in Italien.

Die WHO handelte nicht, um die weltweite öffentliche Meinung zu beruhigen und zu informieren. Eher das Gegenteil: Es wurde eher eine „Angst-Pandemie“ losgetreten als ein Öffentlicher Gesundheitsnotstand von Internationaler Bedeutung (PHEIC). Panik und Unsicherheit wurden durch eine sorgfältig geplante Medien-

Desinformationskampagne geradezu gefördert.

Dies führte fast unmittelbar zu wirtschaftlichen Verwerfungen, einer Handels- und Transportkrise mit China, die die wichtigsten Fluglinien und Schifffahrtunternehmen betraf. In westlichen Ländern wurde in Folge des Einsturzes der Aktienmärkte Ende Februar, ganz zu schweigen von der Krise in der Tourismusindustrie, eine Hasskampagne gegen die chinesische Ethnie gestartet. Dies wäre ohne die Desinformationskampagne in Kombination mit dem Vorsatz der US-Regierung, die chinesische Wirtschaft zu unterminieren, nicht passiert.

Was motivierte den Generaldirektor der WHO, auf diese Weise zu handeln? Wer stand hinter der historischen Entscheidung des Generaldirektors der WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, am 30. Januar?

Cui Bono?

Doch dies war nicht das erste Mal, dass die WHO sich entschied, auf diese Weise zu handeln. Erinnern Sie sich an die ungewöhnlichen Umstände rund um die H1N1-Schweinegrippe-Pandemie im April 2009. Es herrschte eine Atmosphäre der Angst und der Einschüchterung vor. Die Daten wurden manipuliert.

Auf Grundlage der unvollständigen und spärlichen Informationen sagte die Generaldirektorin der WHO dennoch mit Autorität voraus, dass: „nicht weniger als zwei Milliarden Menschen sich über die nächsten zwei Jahre infizieren könnten – beinahe ein Drittel der Weltbevölkerung“ (2).

Es war eine Multimilliarden-Goldgrube für die großen Pharmakonzerne, unterstützt von der Generaldirektorin der WHO Margaret Chan.

Im Juni 2009 gab Margaret Chan folgende Stellungnahme ab:

„Auf Grundlage der (...) Expertengutachten zu den Beweisen wurden die wissenschaftlichen Kriterien für eine Grippe-Pandemie erfüllt. Ich habe deshalb beschlossen, das Niveau der Grippe-Pandemiewarnung von Stufe 5 auf Stufe 6 anzuheben. Die Welt steht nun am Beginn der Grippe-Pandemie 2009“ (3).

Welche „Expertengutachten“?

In einer nachfolgenden Stellungnahme bestätigte sie, dass:
„Impfstoffhersteller im besten Fall pro Jahr bis zu 4,9 Milliarden
Pandemie-Grippeimpfungen produzieren könnten“ (4).

Ein finanzieller Glücksfall für die großen Impfstoffhersteller der
Pharmaindustrie einschließlich GlaxoSmithKline, Novartis, Merck &
Co., Sanofi, Pfizer und andere. Dieselben großen
Pharmaunternehmen stehen ebenfalls hinter der Coronavirus-
Pandemie.

Fake News, Fake-Statistiken, Lügen auf den höchsten Regierungsebenen

Die Medien kamen sofort auf Hochtouren (ohne den geringsten
Nachweis). Angst und Unsicherheit. Die öffentliche Meinung wurde
vorsätzlich getäuscht.

*„Die Schweinegrippe könnte im Laufe der nächsten zwei Jahre bis zu
40 Prozent der Amerikaner treffen und nicht weniger als mehrere
Hunderttausende könnten sterben, wenn eine Impfkampagne und
andere Maßnahmen nicht erfolgreich sind“ (5).*

*„Die USA gehen davon aus, dass irgendwann im Oktober 160
Millionen Impfungen gegen die Schweinegrippe erhältlich sind“ (6).*

*Wohlhabendere Länder wie die USA und Großbritannien werden
etwas weniger als 10 Dollar pro Dosis (der H1N1-Impfung) bezahlen.
(...) Die Entwicklungsländer werden einen niedrigeren Preis zahlen“
(Circa 40 Milliarden Dollar für die großen Pharmaunternehmen?) (7).*

Doch die Pandemie fand niemals statt. Es gab keine Pandemie, die
zwei Milliarden Menschen betraf ...

***Millionen Impfungen gegen Schweinegrippe wurden von
den nationalen Regierungen bei den großen
Pharmakonzernen bestellt. Millionen Impfungen
wurden danach zerstört: Ein finanzieller Volltreffer für
die großen Pharmaunternehmen, eine Kostenkrise für
die nationalen Regierungen.***

Es gab keine Untersuchung darüber, wer hinter diesem Milliardenbetrug steckte. Einige Kritiker sagten, dass die H1N1-Pandemie „Fake“ sei.

Die Parlamentarische Versammlung des Europarates, ein Wachhund für die Beachtung der Menschenrechte, **untersuchte öffentlich** (http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209) die Motive der WHO für ihre Verkündung einer Pandemie. Der Vorsitzende ihrer einflussreichen Kommission, der Epidemiologe Wolfgang Wodarg, **erklärte** (<http://www.wodarg.de/english/3013320.html>), dass die „falsche Pandemie einer der größten Medizinskandale des Jahrhunderts“ ist (8).

Und im Januar 2010 **reagierte die WHO mit der folgenden Stellungnahme** (https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_pandemic_20100122/en/):

Statement of the World Health Organization on allegations of conflict of interest and 'fake' pandemic

Statement
22 January 2010

Providing independent advice to Member States is a very important function of the World Health Organization (WHO). We take this work seriously and guard against the influence of any improper interests. The WHO influenza pandemic policies and response have not been improperly influenced by the pharmaceutical industry.

WHO recognizes that global cooperation with a range of partners, including the private sector, is essential to pursue public health objectives today and in the future. Numerous safeguards are in place to manage conflicts of interest or perceived conflicts of interest among members of WHO advisory groups and expert committees. Expert advisers provide a signed declaration of interests to WHO detailing any professional or financial interest that could affect the impartiality of their advice. WHO takes allegations of conflict of interest seriously and is confident of its decision-making independence regarding the pandemic influenza.

Additional allegations that WHO created a 'fake' pandemic to bring economic benefit to industry are scientifically wrong and historically incorrect.

Die westlichen Medien, die täglich über die Pandemie berichteten, schwiegen (bis auf einige Ausnahmen) über das Thema des Finanzbetrugs und der Desinformation.

Ich sollte betonen, dass die aktuelle öffentliche Gesundheitskrise bezüglich des neuartigen Coronavirus aus China völlig anderer Art ist als die H1N1-Krise.

Doch es gibt einige wichtige Lektionen, die wir aus der H1N1-Pandemie 2009 lernen sollten.

Die grundsätzlichen Fragen, die wir sowohl bezüglich der aktuellen als auch der vergangenen öffentlichen Gesundheitsnotstände stellen müssen:

- Können wir den westlichen Medien trauen?
- Können wir der WHO trauen?
- Können wir der US-Regierung einschließlich der US-amerikanischen Zentren zur Seuchenbekämpfung und -vorbeugung (US Centers for Disease Control and Prevention, CDC) trauen?

Michel Chossudovsky, Global Research, 6. März 2020

Der folgende Artikel wurde vor über zehn Jahren am 25. August 2009 veröffentlicht. Er wurde 2009/10 mit dem Project Censored Award der Sonoma State University **ausgezeichnet**

https://www.projectcensored.org/the-h1n1-swine-flu-pandemic-11-manipulating-data-to-enrich-drug-companies/?doing_wp_cron=1579992303.8159410953521728515625

Die H1N1-Schweinegrippe-Pandemie: Manipulierung der Daten, um einen weltweiten öffentlichen Gesundheitsnotstand zu rechtfertigen

von Michel Chossudovsky, 25. August 2009

„Im Laufe der nächsten Monate werden wir uns mithilfe unserer Partner im privaten und öffentlichen Sektor und auf jeder Regierungsebene aggressiv in Bewegung setzen, um die Nation auf die Möglichkeit eines ernsthafteren Ausbruchs des H1N1-Virus vorzubereiten. Wir werden alles tun, was wir für verschiedene Szenarien planen können. Wir bitten das amerikanische Volk, aktiv für seine eigene Vorbereitung und Vorbeugung tätig zu werden. Es ist eine Verantwortung, die wir alle teilen“ (Warnhinweis der US-Regierung, 9).

Ein weltweiter öffentlicher Gesundheitsnotstand verbreitet sich auf

nie dagewesene Weise. 4,9 Milliarden H1N1-Schweinegrippe-Impfungen werden von der Weltgesundheitsorganisation geplant.

Ein Bericht des Wissenschafts- und Technologierats von Präsident Obama „betrachtet die H1N1-Pandemie als ‚eine ernsthafte Bedrohung für die Gesundheit‘; für die USA — nicht so ernsthaft wie die spanische Grippe 1918, aber schlimmer als den Ausbruch der Schweinegrippe 1976.“:

„Es ist nicht so, dass der neue H1N1-Pandemiestamm tödlicher ist als andere Grippebedrohungen, aber wahrscheinlich mehr Menschen ansteckt als gewöhnlich, da so wenige Menschen immun sind“ (10).

Gemäß der von der WHO festgelegten Leitlinien schreiten die Vorbereitungen für die Impfung von Millionen von Menschen in Amerika, in der Europäischen Union, in Südostasien und weltweit voran. Die Priorität liegt bei Angestellten des Gesundheitswesens, schwangeren Frauen und Kindern. In einigen Ländern wird die H1N1-Impfung Pflicht sein.

In den USA sind die Regierungen der Bundesstaaten in Abstimmung mit Bundesämtern für diese Vorbereitungen zuständig. Im Staat Massachusetts wurde eine Gesetzgebung eingeführt, die saftige Geld- und Gefängnisstrafen für diejenigen vorsieht, die sich einer Impfung widersetzen (Siehe **Zwangsimpfung in Amerika?** (<http://globalresearch.ca/index.php?context=va&aid=14899>)).

Das US-Militär soll eine aktive Rolle im öffentlichen Gesundheitsnotstand einnehmen. Schulen und Colleges in ganz Nordamerika bereiten sich für Massenimpfungen vor (11).

In Großbritannien plante das Innenministerium als Reaktion auf eine steigende Zahl der Todesopfer den Bau von Massengräbern. Das britische Innenministerium berichtet Aufrufe für „höhere Leichenhauskapazitäten“. Es herrscht eine Atmosphäre der Panik und Unsicherheit (12).

Zuverlässigkeit der Informationen

Die Verbreitung der Krankheit wird anhand landesweiter Berichte bestätigter und wahrscheinlicher Fälle gemessen.

Wie zuverlässig sind diese Daten? Rechtfertigen diese Informationen einen weltweiten öffentlichen Gesundheitsnotstand einschließlich eines 40 Milliarden-Dollar-Impfprogramms, das einer Handvoll Pharmaunternehmen zu Gute kommt? Allein in den USA belaufen sich die Kosten für das Vorbereitetsein auf H1N1 auf 7,5 Milliarden Dollar (13).

In Folge des Ausbruchs der H1N1-Schweinegrippe in Mexiko war die Datensammlung von vornherein dürftig und unvollständig, wie offizielle Stellungnahmen bestätigten (14).

Das in Atlanta ansässige Zentrum für Seuchenbekämpfung (CDC) bestätigte, dass das, was in den USA gesammelt wurde, Zahlen der „bestätigten und wahrscheinlichen Fälle“ waren. Allerdings wurde nicht zwischen „bestätigt“ und „wahrscheinlich“ aufgeteilt. Tatsächlich war nur ein geringer Prozentsatz der berichteten Fälle durch einen Labortest „bestätigt“.

Auf Grundlage dieser spärlichen landesweiten Information rief die WHO am 27. April Pandemiestufe 4 aus. Zwei Tage später wurde ohne bekräftigende Beweise Pandemiestufe 5 verkündet (29. April). Am 11. Juni wurde Pandemiestufe 6 ausgerufen.

Es gab keinen Versuch, den Prozess der Datensammlung in Bezug auf Laborbestätigungen zu verbessern. Eher im Gegenteil. In Folge der Ankündigung von Pandemiestufe 6 entschieden sowohl die WHO als auch das CDC, dass die Datensammlung individueller bestätigter und wahrscheinlicher Fälle nicht mehr notwendig war, um die Verbreitung der Schweinegrippe zu ermitteln. Denn am 10. Juli, einen Monat nach der Ankündigung von Pandemiestufe 6, unterbrach die WHO die Sammlung von bestätigten Fällen. Sie forderte die Mitgliedsstaaten nicht auf, Zahlen bezüglich bestätigter und wahrscheinlicher Fälle einzusenden.

Die WHO wird die weltweiten Tabellen mit den Zahlen der bestätigten Fälle für alle Länder nicht länger herausgeben. Dennoch werden als Teil der anhaltenden Bemühungen zur Dokumentation der weltweiten Ausbreitung der H1N1-Pandemie regelmäßige Updates geliefert, die die Situation in den neu betroffenen Ländern beschreiben. Die WHO wird weiterhin verlangen, dass diese Länder die ersten bestätigten Fälle berichten und, soweit machbar, wöchentlich angesammelte Fallzahlen und eine deskriptive Epidemiologie der frühen Fälle liefern (15).

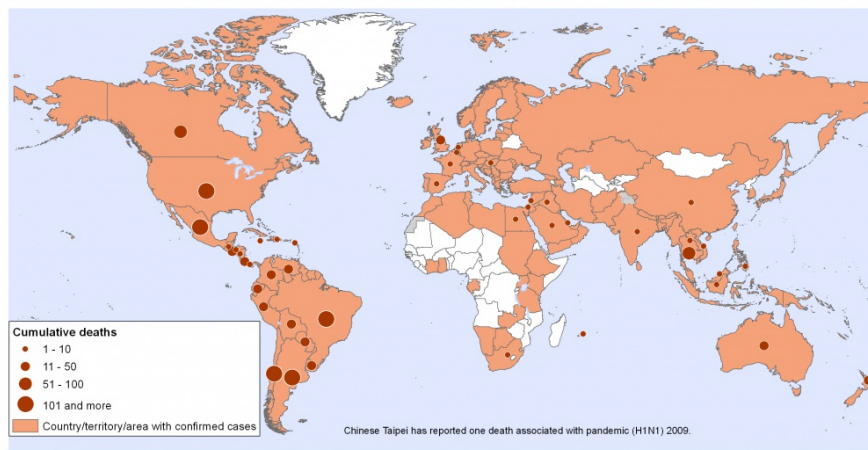
Auf Grundlage unvollständiger und spärlicher Informationen sagt die WHO dennoch mit Autorität voraus, dass: „nicht weniger als zwei Milliarden Menschen sich über die nächsten zwei Jahre infizieren könnten – beinahe ein Drittel der Weltbevölkerung“ (16).

Die Stellungnahmen der WHO sind offenkundig widersprüchlich. Während sie eine Atmosphäre der Angst und Unsicherheit erzeugt und auf eine weltweite öffentliche Gesundheitskrise hinwies, bestätigte die WHO ebenfalls, dass die zugrundeliegenden Symptome moderat sind und dass „die meisten Menschen sich innerhalb einer Woche von der Schweinegrippe erholen, genau wie sie es bei den Formen der saisonalen Grippe tun“ (17).

Die Leitlinien der WHO vom 10. Juli schafften die Voraussetzungen für eine Struktur der Knappheit und Unzulänglichkeit bezüglich der Datensammlung auf nationaler Ebene. Nationale Regierungen der Mitgliedsstaaten der WHO wurden nicht aufgefordert, die Verbreitung der AH1N1-Schweinegrippe durch Labortests zu belegen.

Die untenstehende WHO-Tabelle liefert die Aufschlüsselung nach geographischer Region. Diese Zahlen basieren, wie von der WHO bestätigt, nicht länger auf belegten Fällen, da die Regierungen seit dem 11. Juli nicht mehr aufgefordert werden „individuelle Fälle zu testen und zu berichten“.

In einer absolut verdrehten Logik postuliert die WHO, dass „die Anzahl der berichteten Fälle unter der Zahl der wirklichen Fälle bleibt“, da die Regierungen der WHO-Mitgliedsländer nicht aufgefordert werden, individuelle Fälle zu testen und zu berichten, um die Ausbreitung des Virus zu bestimmen (siehe Hinweis unter der Tabelle). Die Frage ist: Was wird von den Ländern berichtet? Wie bestimmt man, ob die berichteten Fälle H1N1 im Gegensatz zu saisonaler Grippe sind?



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

World Health Organization
© WHO 2009. All rights reserved

Map produced: 19 August 2009 13:38 GMT

Karte der betroffenen Länder und Toten bis zum 13. August 2009

(http://www.who.int/entity/csr/don/GlobalSubnationalMasterGradcolour_20090813_20090819.png)

TABELLE

Region	Cumulative total	
	as of 13 Aug 2009	
	Cases*	Deaths
WHO Regional Office for Africa (AFRO)	1469	3
WHO Regional Office for the Americas (AMRO)	105882	1579
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)	2532	8
WHO Regional Office for Europe (EURO)	Over 32000	53
WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO)	13172	106
WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO)	27111	50
Total	Over 182166	1799

*Given that countries are no longer required to test and report individual cases, the number of cases reported actually understates the real number of cases.

Da die Länder nicht länger aufgefordert werden, individuelle Fälle zu testen und zu berichten, bleibt die Anzahl der berichteten Fälle unter der wirklichen Anzahl von Fällen. Quelle: WHO | Pandemie (H1N1) 2009 — Update 62

(http://www.who.int/csr/don/2009_08_21/en/index.html)
(überarbeitet am 21. August 2009)

Die WHO bestätigt, dass die obenstehenden Daten auf qualitativen

Indikatoren basieren:

„Die Überwachung der qualitativen Indikatoren: die weltweite geografische Ausbreitung der Grippe, Trends mit akuten Atemwegserkrankungen, die Intensität der Atemwegserkrankungsaktivität und die Auswirkung der Pandemie auf das Gesundheitswesen.“

Diese qualitativen Indikatoren lauten nach der WHO wie folgt:

Geographische Ausbreitung

Die geografische Ausbreitung bezieht sich auf die Anzahl und Verteilung der Orte, die eine Grippeaktivität vermelden.

- Keine Aktivität: Keine laborbestätigten Grippefälle oder Belege einer gestiegenen oder ungewöhnlichen Atemwegserkrankungsaktivität.
- Lokal: Nur auf eine Verwaltungseinheit (oder meldende Stelle) des Landes begrenzt.
- Regional: Auftreten in mehreren, aber weniger als 50 Prozent der Verwaltungseinheiten (oder meldenden Stellen) des Landes.
- Weit verbreitet: Auftreten in mehr als 50 Prozent der Verwaltungseinheiten (oder meldenden Stellen) des Landes.
- Keine Information verfügbar: Für den Zeitraum der vorhergehenden Woche keine Informationen verfügbar.

Trend

Trend bezieht sich auf Änderungen der Atemwegserkrankungsaktivität im Vergleich zur vorhergehenden Woche.

- Steigend: Beweis, dass die Atemwegserkrankungsaktivität im Vergleich zur vorhergehenden Woche steigt.
- Unverändert: Beweis, dass die Atemwegserkrankungsaktivität im Vergleich zur vorhergehenden Woche unverändert ist.
- Sinkend: Beweis, dass die Atemwegserkrankungsaktivität im Vergleich zur vorhergehenden Woche sinkt.
- Keine Information verfügbar.

Intensität

Der Indikator zur Intensität ist eine Schätzung des Bevölkerungsanteils mit akuter Atemwegserkrankung, was das

Krankheitsspektrum von grippeähnlichen Erkrankungen bis hin zur Lungenentzündung abdeckt.

- Niedrig oder moderat: Ein normaler oder leicht erhöhter Anteil der Bevölkerung ist derzeit von einer Atemwegserkrankung betroffen.
- Hoch: Ein großer Anteil der Bevölkerung ist derzeit von einer Atemwegserkrankung betroffen.
- Sehr hoch: Ein sehr großer Anteil der Bevölkerung ist derzeit von einer Atemwegserkrankung betroffen.
- Keine Information verfügbar.

Auswirkung

Die Auswirkung bezieht sich auf den Grad an Störungen des Gesundheitswesens in Folge der akuten Atemwegserkrankung.

- Niedrig: Die Anforderungen an das Gesundheitswesen sind nicht größer als gewöhnlich.
- Moderat: Die Anforderungen an das Gesundheitswesen sind größer als gewöhnliche Anforderungen, aber noch immer unter der Höchstkapazität des Gesundheitswesens.
- Schwerwiegend: Die Anforderungen an das Gesundheitswesen übersteigen die Kapazitäten des Gesundheitswesens.
- Keine Information verfügbar.

Quelle: **WHO | Anhang 4 der Vorläufigen WHO Anleitung für die Überwachung der menschlichen Infektion mit dem A(H1N1) Virus**
(http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/interim_guidance_definitions/en/index.html)

Das gesamte Konstrukt beinhaltet eine unlogische Schlussfolgerung.

Weiter unten im Text stehen die verwendeten qualitativen Indikatoren. Was erfasst wurde, ist 1. die Ausbreitung der Grippe, 2. die Ausbreitung der Atemwegserkrankungen und 3. die Auswirkungen auf die Aktivität des Gesundheitswesens.

Die Ausbreitung der H1N1-Schweinegrippe wird durch keinen konkreten Indikator untersucht. Eine Untersuchung der Karten (siehe Links der Text Box 2 im **Originaltext**
(<https://www.globalresearch.ca/the-h1n1-swine-flu-pandemic-manipulating-the-data-to-justify-a-worldwide-public-health-emergency/14901>), Anmerkung der Übersetzerin) lässt kein

bestimmtes Muster und keinen Trend erkennen, der die Verbreitung von H1N1 feststellen könnte. Für viele der meldenden Länder ist die Information nicht verfügbar oder weist auf keinen bestimmten Trend hin.

Die Frage ist: Wie kann diese Information vernünftig benutzt werden, um die Ausbreitung einer sehr bestimmten Grippeform, nämlich AH1N1, festzustellen?

(...)

„Bestätigte und wahrscheinliche Fälle“ in den USA

Nachdem die WHO am 10. Juli entschieden hatte, von quantitativen auf qualitative Beurteilungen zu wechseln und die Regierungen nicht mehr aufzufordern, die Daten durch Labortests festzustellen, verkündete am 24. Juli auch das in Atlanta basierte CDC, dass es das Verfahren zur Datenerfassung in Bezug auf „bestätigte und wahrscheinliche Fälle“ abgebrochen hatte:

„Wie viele Fälle der neuartigen H1N1-Grippeinfektion wurden in den USA gemeldet? Als der Ausbruch der neuartigen H1N1-Grippe Mitte April 2009 zuerst festgestellt wurde, begann das CDC mit den Staaten zusammenzuarbeiten, um Informationen bezüglich des Ausbruchs der H1N1-Grippe, einschließlich der Zahlen bestätigter und wahrscheinlicher Krankheitsfälle, zu sammeln, zusammenzustellen und zu analysieren.

Vom 15. April 2009 bis zum 24. Juli 2009 meldeten die Staaten insgesamt 43.771 bestätigte und wahrscheinliche Fälle mit der neuartigen A (H1N1)-Grippeinfektion. Von diesen gemeldeten Fällen wurden 5.011 Menschen hospitalisiert und 302 Menschen starben. Am 24. Juli 2009 wurden die Zählungen der bestätigten und wahrscheinlichen Fälle abgebrochen. Zusammengefasste nationale Berichte der Hospitalisierungen und Todesfälle werden zu dieser Zeit weitergeführt“ (18).

Anstatt Daten zu sammeln — was einer Beurteilung der Ausbreitung des H1N1-Virus einen empirischen Rückhalt geliefert hätte —, verkündete das CDC, dass es ein Modell entwickelt hätte, um „zu

versuchen, die wahre Anzahl der neuartigen H1N1-Grippefälle in den Vereinigten Staaten zu bestimmen“.

„Das Modell nahm die Anzahl der von den Bundesstaaten gemeldeten Fälle und passte die Anzahl an, um die bekannten Quellen der Unterschätzung zu berechnen (zum Beispiel: nicht alle Menschen mit der neuartigen H1N1-Grippe nehmen medizinische Hilfe in Anspruch und nicht alle Menschen, die medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, haben Proben, die von ihrem Gesundheitsdienstleister gesammelt werden) (...)

Warum brach das CDC die Meldung individueller Fälle ab? Die Zählungen individueller Fälle wurden in den frühen Phasen des Ausbruchs verwendet, um die Ausbreitung der Krankheit zu verfolgen. Als sich die neuartige H1N1-Grippe weiter ausbreitete, repräsentierten die Zählungen der individuellen Fälle eine zunehmend ungenaue Darstellung der Krankheitsbelastung.

Das liegt daran, dass viele Menschen wahrscheinlich leicht an der neuartigen H1N1-Grippe erkrankten und niemals eine Behandlung in Anspruch nahmen; viele Menschen haben vielleicht eine Behandlung in Anspruch genommen, aber wurden nie offiziell getestet oder diagnostiziert; und als der Ausbruch sich intensivierte, wurden die Tests, in einigen Fällen, nur auf Krankenhauspatienten begrenzt.

Das bedeutet, dass die offizielle Fallzählung nur einen Bruchteil der wahren Last der neuartigen H1N1-Grippeerkrankung in den Vereinigten Staaten repräsentierte. Das CDC erkannte früh beim Ausbruch, dass es, sobald die Krankheit weit verbreitet war, sinnvoller wäre, zu einem Standardüberwachungssystem überzugehen, um Erkrankungen, Hospitalisierungen und Todesfälle zu begutachten. Am 24. Juli 2009 brach das CDC die offizielle Meldung von individuellen Fällen ab“ (19).

Verzerrte Vorhersagen

Wie genau sind die von den Staaten an das CDC übermittelten Daten beschaffen? Das CDC fordert die Übermittlung von „aggregierten nationalen Berichten von Hospitalisierungen und Todesfällen“ ein.

Wenn die Information von vornherein konzeptuell inkorrekt oder

unvollständig ist, sind Vorhersagen und/oder Simulationen unweigerlich verzerrt. Ohne systematische Laborinformation ist es unmöglich, die Beschaffenheit des Virus zu bestimmen, da die Symptome von H1N1 denen einer gewöhnlichen Grippe sehr ähneln. Mit anderen Worten: Bestätigen die von den Staaten an das CDC übermittelten Daten Fälle von H1N1-Schweinegrippe oder zeigen sie die Verbreitung der saisonalen Grippe?

Das CDC postuliert, dass die von den Staaten an sie gesendeten Daten „unterbewertet“ sind. Dann zieht es diese Zahlen „unbestätigter“ Fälle hoch, von denen viele saisonale Grippe sind. Die „korrigierten Zahlen“ werden dann in das Modell eingefügt:

Mit diesem Ansatz (CDC Modell) erkrankten in den Vereinigten Staaten zwischen April und Juni 2009 schätzungsweise eine Millionen Menschen an der neuen H1N1-Grippe. Die Details dieses Modells und die Modellstudie werden für die Veröffentlichung in einer angesehenen Fachzeitschrift übermittelt (20).

Das Modell wird dann verwendet, um die Verbreitung der Schweinegrippe vorherzusagen und einen nationalen Gesundheitsnotstand zu rechtfertigen.

„Die Schweinegrippe könnte im Laufe der nächsten zwei Jahre bis zu 40 Prozent der Amerikaner treffen und nicht weniger als mehrere Hunderttausende könnten sterben, wenn eine Impfkampagne und andere Maßnahmen nicht erfolgreich sind“ (21).

Jeder, der sich mit Modellerstellung und Computersimulationen auskennt, ist sich stark bewusst, dass die Ergebnisse unweigerlich verzerrt sein werden, wenn die Daten und Annahmen, die in das Modell eingespeist werden, von vornherein inkorrekt sind.

Womit wir es zu tun haben, ist ein Prozess statistischer Manipulation, der weitreichende Auswirkungen hat und der potenziell eine Atmosphäre der Panik erschaffen könnte, insbesondere wenn er, wie im Vereinigten Königreich, mit Ankündigungen kombiniert wird, dass „Massengräber gebaut werden, um mit einer steigenden Todesrate fertig zu werden“.

Impfung

Die Simulationen und Vorhersagen des in Atlanta ansässigen CDC in Bezug auf die Ausbreitung der H1N1-Schweinegrippe werden dann benutzt, um ein landesweites Impfprogramm durchzuführen.

Beruhend auf den Vorhersagen des Modells ist eine Massenimpfung der Hälfte der US-Bürger erforderlich, mit möglichen Quarantänevorschriften unter ziviler und/oder militärischer Zuständigkeit. Im Fall des Vereinigten Königreichs sagte die Regierung, wie von britischen Presseberichten bestätigt, eine steigende Zahl der Todesopfer voraus, was die Erschaffung von Massengräbern erfordere.

Laut dieser Berichte erwartet die US-Regierung bis Ende Oktober 85 Millionen Dosen des neuen Impfstoffs. Insgesamt bestellte die US-Regierung 195 Millionen Impfdosen bei den großen Pharmaunternehmen.

„Empfehlung: Vorrangige Gruppen zum Erhalt einer neuen H1N1-Impfung

Am 29. Juli 2009 empfahl das Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP, deutsch: Beratende Kommission für Immunisierungsverfahren) – eine Beratungskommission für das CDC –, dass die neue H1N1-Grippeimpfung zunächst für die folgenden fünf Gruppen verfügbar gemacht werden sollte (Pressemitteilung):

*Schwangere Frauen,
Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Rettungskräfte,
Menschen, die für Kinder unter 6 Monaten sorgen
Kinder und Jugendliche von 6 Monaten bis 24 Jahre
Menschen zwischen 25 und 64 Jahren mit Vorerkrankungen (zum Beispiel Asthma, Diabetes)
Zusammen ergeben diese Gruppen ungefähr 159 Millionen Personen“
(22).*

Laut WHO haben westliche Länder bereits eine Milliarden Einheiten des Impfstoffs bestellt.

„Die Länder der nördlichen Hemisphäre haben bisher mehr als eine Milliarde Dosen der Schweinegrippe-Impfung bestellt, sagte die Weltgesundheitsorganisation am Dienstag, um vor Engpässen zu warnen“, berichtet Agence France-Presse. Während einige Länder wie Griechenland, die Niederlande, Kanada und Israel genug

Impfstoff bestellt haben, um ihre Bürger zu impfen, „haben andere wie Deutschland, die USA, Großbritannien und Frankreich Bestellungen aufgegeben, die zwischen 30 und 78 Prozent der Bevölkerung abdecken würden“ (23).

Die WHO machte ähnliche Vorhersagen: „Impfstoffhersteller könnten im besten Fall pro Jahr bis zu 4,9 Milliarden Pandemie-Grippeimpfungen produzieren“, so Margaret Chan, Generaldirektorin der WHO (24).

Das Vereinigte Königreich: „Verdachtsfälle“ versus „bestätigte Fälle“

Selbst vor der Entscheidung der WHO, die Meldung und Sammlung bestätigter Fälle abubrechen, offenbarte die Datensammlung aus dem Vereinigten Königreich einige höchst ungewöhnliche Muster.

„Es gibt große Lücken in den Daten des Vereinigten Königreichs zur Schweinegrippe, viele dadurch, dass nirgendwo so wenige Fälle von H1N1 virologisch bestätigt zu werden scheinen. Doch die Virologie ist wichtig – und wenn mehr Tests durchgeführt worden wären, würden wir vielleicht beginnen zu verstehen, warum die Anzahl der Menschen in den Krankenhäusern aufgrund von Schweinegrippe in England so viel höher ist als in Schottland“ (25).

In Schottland gründete die Datenerfassung auf „bestätigten Fälle“ (Labortests), während sie in England auf Grundlage von „Verdachtsfällen“ (keine Labortests) erstellt wurde. In beiden Fällen handelt es sich um Hospitalisierungen. Für den gleichen Zeitraum hatte England laut der Studie 3.906 Krankenhausaufenthalte für „Schweinegrippeverdacht“ im Vergleich zu Schottland mit 43 „bestätigten H1N1“.

In England leben ungefähr zehnmal mehr Menschen als in Schottland. Auf einer Pro-Kopf-Basis gibt es dennoch 9,1 Mal mehr Menschen in England mit „H1N1-Grippeverdacht“ als in Schottland auf Grundlage „bestätigter Fälle“: 43 bestätigte Fälle in Schottland, 3.906 in England (Verdachtsfälle), ein Verhältnis von mehr als 1 zu 9.

Hat sich die H1N1-Epidemie „im Ausmaß und/oder in der

Zeitmessung in Schottland und England unterschiedlich entwickelt“? Es gibt keinen Beweis für diesen Effekt. Oder ist die Abweichung von 9 zu 1 zum Teil das Ergebnis von Verzerrungen in den Daten für England, die auf „Verdachtsfällen“ basieren? (26).

Es liegt an der Grundlage dieser „Verdachtsfälle“, dass unbegründete und unverantwortliche Stellungnahmen von höheren Gesundheitsbeamten geäußert werden. Dies impliziert, dass die zuvor genannten krankenhausbasierten Daten zu „Verdachtsfällen“, die bereits die Quelle der Verzerrung waren, nicht länger vom Personal des Gesundheitswesens gesammelt werden.

Selbsteinschätzung

In Großbritannien wurde die Sammlung von „Verdachtsfällen“ (die als verzerrt bekannt ist) zu Gunsten eines Systems aufgegeben, das weder die Diagnose von einer Gesundheitsfachkraft noch das Testen von Laborproben erfordert.

Seit dem WHO-Beschluss vom 10. Juli mit neuen Richtlinien für die Datensammlung konzentrieren sich die britischen Behörden nicht länger auf die krankenhausbasierten „Verdachtsfälle“, sondern sammeln jetzt die Daten durch „speziell eingerichtete Callcenter“.

Sie haben einen nationalen Service ins Leben gerufen, in dem man bei grippeähnlichen Symptomen speziell eingerichtete Callcenter anrufen oder online prüfen können, ob man Schweinegrippe hat. Also braucht man nicht zu seinem Hausarzt zu gehen, man kann schnell Zugang zu antiviralen Mitteln erhalten, ohne herumfahren zu müssen und andere anzustecken (27).

In Großbritannien fand ein Wechsel von „bestätigten Fällen“ (Laborbestätigung) zu „Verdachtsfällen“ (festgestellt durch Gesundheitsfachkräfte, ohne Test) zu „Selbsteinschätzung“ statt. Mit dem Fortschreiten der Pandemie wird das Verfahren zur Datenerhebung immer lockerer und unprofessioneller. Normalerweise würde man das Gegenteil erwarten, dass nach der Verkündung einer weltweiten Pandemiestufe 6 das Verfahren zur Datensammlung weiterentwickelt und verbessert wird, um einen öffentlichen Gesundheitsaktionsplan zu erstellen.

Das Verfahren zur Datensammlung unter dem Nationalen

Pandemie-Grippe-Service findet nun auf der Basis von „Selbsteinschätzung“ statt. Jeder, der denkt, dass er oder sie Schweinegrippesymptome hat, kann den Nationalen Pandemie-Grippe-Service per Telefon oder über das Internet kontaktieren und ohne den Zwischenschritt über eine Gesundheitsfachkraft und ohne überhaupt einen Arzt zu sehen ein Rezept für ein antivirales Medikament (zum Beispiel Tamiflu) erhalten. Dies funktioniert über das Internet oder durch den Anruf auf der Telefon-Hotline:

„Der (britische) Nationale Pandemie-Grippe-Service ist ein Selbstbehandlungsservice, der Ihre Symptome einschätzt und wenn nötig eine Autorisierungsnummer ausstellt, die verwendet werden kann, um ein antivirales Medikament von einer lokalen Sammelstelle abzuholen. Für alle, die keinen Internetzugang haben, kann derselbe Service per Telefon in Anspruch genommen werden.“

Laut Quellen aus dem britischen Gesundheitswesen, die dem Autor übermittelt wurden, werden Personen, die per Telefon über den Nationalen Pandemie-Grippe-Service oder über die Nationale Gesundheitsservice-Hotline ein Rezept für Tamiflu erhalten, als „Verdachtsfälle“ der H1N1-Schweinegrippe eingestuft und erfasst.

Aus den Richtlinien des Nationalen Pandemie-Grippe-Service:

Typische Symptome: Plötzliches Fieber (38°C oder höher) und plötzlicher Husten.

Andere Symptome schließen ein:

- 1 Müdigkeit und Schüttelfrost
- 2 Kopfschmerzen, Halsschmerzen, laufende Nase und Niesen
- 3 Magenverstimmung, Appetitlosigkeit, Durchfall
- 4 Muskelkater, Gliedmaßen- oder Gelenkschmerzen

Quelle: NHS und BBC.

In dem Augenblick, in dem Sie per Internet oder Telefon Ihren Namen in das System eingeben, das Ihnen das Abholen eines antiviralen Medikaments (zum Beispiel Tamiflu) ermöglicht, können Sie als H1N1-Verdachtsfall oder wahrscheinlicher H1N1-Fall eingestuft werden (28).

Wie in der Analyse des Vergleichs zwischen England und Schottland erörtert, besteht bereits eine Abweichung von 9 zu 1 zwischen „Verdachtsfällen“ und „bestätigten“ Fällen, die beide krankenhausbasiert sind. Das System der Datensammlung im Vereinigten Königreich durch „Selbsteinschätzung“ hat keinerlei wissenschaftliche Grundlage. Es ist absolut bedeutungslos, da H1N1 genau dieselben Symptome aufweist wie eine saisonale Grippe. (Dennoch ist es uns nicht gelungen, zum jetzigen Zeitpunkt das Ausmaß zu bestimmen, in dem die Selbsteinschätzungsinformationen tabellarisch festgehalten und zur Feststellung von Trends in Bezug auf die H1N1-Grippepandemie verwendet werden.)

Das Muster in anderen Ländern unterscheidet sich von dem für Großbritannien dargestellten. In den USA herrscht noch immer ein Testsystem auf Bundesstaatenebene vor.

Abschließende Bemerkungen

Berichte aus Großbritannien von bekannten Ärzten (an den Autor) weisen darauf hin, dass Ärzte und Epidemiologen im Vereinigten Königreich bedroht werden. Sie gehen das Risiko ein, von den Nationalen Gesundheitsbehörden entlassen zu werden, wenn sie sich äußern und die den Daten und Stellungnahmen der Regierung zugrunde liegenden Unwahrheiten enthüllen.

Es ist unverzichtbar, dass Ärzte, Epidemiologen und Gesundheitsfachkräfte sich über ihre jeweiligen Verbände äußern und die Stellungnahmen der Gesundheitsbeamten der Regierung anfechten, die stillschweigend im Auftrag der großen Pharmakonzerne handeln, und die Manipulation der Daten anprangern. Es ist ebenfalls wichtig, die Öffentlichkeit vor den Gefahren von ungetesteten H1N1-Grippeimpfungen zu warnen.

Wir haben es mit einer großen Lüge zu tun. Ein Verfahren zur Erfassung falscher Daten, die dann verwendet werden, um ein landesweites Impfprogramm zu rechtfertigen. Die politischen und unternehmerischen Interessen hinter diesem weltweiten öffentlichen Gesundheitsnotstand müssen die Zielscheibe von Bürgerinitiativen sein.

Dieser öffentliche Gesundheitsnotstand dient nicht dem

Schutz der Menschheit.

Die Welt steht am Scheideweg einer größeren wirtschaftlichen und sozialen Krise. Der weltweite öffentliche Gesundheitsnotstand dient dazu, die öffentliche Meinung von der realen Krise abzulenken, die die Weltbevölkerung trifft. Diese Krise zeichnet sich durch steigende Armut und Arbeitslosigkeit und den Kollaps der sozialen Dienstleistungen aus, ganz zu schweigen vom Multibillionen-Dollar-Hightech-„Krieg ohne Grenzen“, der die präventive „Erstschlag“-Anwendung von nuklearen Waffen einschließt.

Die dramatischen Ursachen und Folgen der „realen Krise“, die im wahrsten Sinne die Zukunft der Menschheit bedrohen, müssen unbemerkt bleiben. Sowohl die wirtschaftliche Krise und der Krieg im Nahen Osten und in Zentralasien sind das Objekt von routinierter und andauernder Verfälschung und Tarnung durch die Medien. Im Gegensatz dazu wird die H1N1-Schweinegrippe – trotz ihrer relativ milden und gutartigen Folgen – als größeres „Rettet die Welt“-Unterfangen dargestellt.

Autor und Wirtschaftsprofessor **Michel Chossudovsky** ist der Direktor des Centre for Research on Globalization, Montreal, Kanada. Er unterrichtete an Universitäten und akademischen Einrichtungen in Nordamerika, Westeuropa Lateinamerika, Asien und dem pazifischen Raum. Er arbeitete ebenfalls als Berater zu Fragen, die das öffentliche Gesundheitswesen und die Kosten für das Gesundheitswesen betreffen, für die Canadian International Development Agency (CIDA), den Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen und die Wirtschaftskommission für Lateinamerika und die Karibik der UN. Er war ebenfalls als Berater für Regierungen von Entwicklungsländern tätig.

Redaktionelle Anmerkung: Dieser Text erschien zuerst unter dem Titel „**Coronavirus: Remember the ‘Fake’ 2009 H1N1 Swine Flu Pandemic: Manipulating the Data to Justify a Worldwide Public Health Emergency** (<https://www.globalresearch.ca/the-h1n1-swine-flu-pandemic-manipulating-the-data-to-justify-a->

[worldwide-public-health-emergency/14901](#)“. Er wurde von Elisa Grati aus dem ehrenamtlichen **Rubikon-Übersetzungsteam** (<https://www.rubikon.news/kontakt>) übersetzt und vom ehrenamtlichen **Rubikon-Korrektoratsteam** (<https://www.rubikon.news/kontakt>) lektoriert. Einige Bilder aus dem Originaltext wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht abgedruckt.

Quellen und Anmerkungen:

- (1) Auszüge des WHO Kommissionsberichts, 30. Januar 2020
- (2) Weltgesundheitsorganisation wie von den westlichen Medien berichtet, Juli 2009
- (3) Margaret Chan, Generaldirektorin WHO, Pressekonferenz 11. Juni 2009
- (4) Margaret Chan, Generaldirektorin WHO, zitiert von Reuters, 21. Juli 2009
(file:///C:/Users/Natalie/AppData/Local/Temp/influenzaAH1N1_presstranscript_20090721/)
- (5) Offizielle Stellungnahme der Obama-Administration, Associated Press, 24. Juli 2009 (<https://www.reuters.com/article/us-flu-who/who-sees-4-9-billion-pandemic-flu-shots-in-best-case-idUSTRE54H1XO20090519> (<https://www.reuters.com/article/us-flu-who/who-sees-4-9-billion-pandemic-flu-shots-in-best-case-idUSTRE54H1XO20090519>))
- (6) Associated Press, 23. Juli 2009
- (7) Business Week, Juli 2009
- (8) Forbes, 10. Februar 2010
(<https://www.forbes.com/2010/02/05/world-health-organization-swine-flu-pandemic-opinions-contributors-michael-fumento.html#47d8d69248e8> (<https://www.forbes.com/2010/02/05/world-health-organization-swine-flu-pandemic-opinions-contributors-michael-fumento.html#47d8d69248e8>))
- (9) CDC flu.gov: Impfungen, Impfstoffverteilung und Impfforschung
(<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm> (<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>))
- (10) Get swine flu vaccine ready: U.S. advisers -Die Schweinegrippe-Impfung bereit machen: US-Berater
(<http://www.cbc.ca/health/story/2009/08/24/swine-flu-vaccine.html>)

<http://www.cbc.ca/health/story/2009/08/24/swine-flu-vaccine.html>))

(11) Siehe CDC H1N1 Flu | Ressourcen für Schulen, Kinderbetreuungsanbieter und Colleges

<https://www.cdc.gov/h1n1flu/schools/>
<https://www.cdc.gov/h1n1flu/schools/>))

(12) Siehe Michel Chossudovsky Angst, Einschüchterung & Desinformation durch die Medien: Britische Regierung plant Massengräber für den Fall einer H1N1-Schweinegrippe-Pandemie

<https://www.globalresearch.ca/fear-intimidation-media-disinformation-u-k-government-is-planning-mass-graves-in-case-of-h1n1-swine-flu-pandemic/14845>
<https://www.globalresearch.ca/fear-intimidation-media-disinformation-u-k-government-is-planning-mass-graves-in-case-of-h1n1-swine-flu-pandemic/14845>))

(13) Siehe flu.gov: Impfungen, Impfstoffverteilung und Impfforschung (<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm> (<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>))

(14) Siehe Michel Chossudovsky, Ist es die „mexikanische Grippe“, die „Schweinegrippe“ oder die „menschliche Grippe“? Michel Chossudovsky Politische Lügen und Desinformation durch die Medien in Bezug auf die Schweinegrippe-Pandemie

<https://www.globalresearch.ca/is-it-the-mexican-flu-the-swine-flu-or-the-human-flu/13492>
<https://www.globalresearch.ca/is-it-the-mexican-flu-the-swine-flu-or-the-human-flu/13492>)),
<https://www.globalresearch.ca/political-lies-and-media-disinformation-regarding-the-swine-flu-pandemic/13433>
<https://www.globalresearch.ca/political-lies-and-media-disinformation-regarding-the-swine-flu-pandemic/13433>))

(15) WHO, Instruktionshinweis, 2009

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/
https://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/))

(16) Weltgesundheitsorganisation wie von den westlichen Medien berichtet, Juli 2009

(17) WHO Stellungnahme, zitiert im Independent, 22. August 2009

(18) Siehe CDC, CDC H1N1 Grippe | Fragen und Antworten zu den Online-Berichten des CDC

<https://www.cdc.gov/h1n1flu/reportingqa.htm>
<https://www.cdc.gov/h1n1flu/reportingqa.htm>))

(19) Ebenda, Hervorhebung hinzugefügt

- (20) Ebenda
- (21) Offizielle Stellungnahme der US-Regierung, Associated Press, 24. Juli 2009
- (22) Siehe Flu.gov: Tests, Impfungen, Medikamente & Masken
(<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>
(<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>))
- (23) AFP, 19. August 2009
- (24) zitiert von Reuters, 21. Juli 2009
- (25) Wo sind all die Virologen? | Straight Statistics
(<https://straightstatistics.fullfact.org/article/where-have-all-virologists-gone>
(<https://straightstatistics.fullfact.org/article/where-have-all-virologists-gone>))
- (26) Ebenda, siehe ebenfalls Forderung nach mehr H1N1-Daten | Straight Statistics (<https://straightstatistics.fullfact.org/in-the-news/2009/08/17/call-more-h1n1-data>
(<https://straightstatistics.fullfact.org/in-the-news/2009/08/17/call-more-h1n1-data>))
- (27) Schnellste Ausbreitung des H1N1-Virus im Vereinigten Königreich
(http://www.ndtv.com/news/world/most_rapid_spread_of_h1n1_virus_in_uk.php
(http://www.ndtv.com/news/world/most_rapid_spread_of_h1n1_virus_in_uk.php))
- (28) siehe die Richtlinien des Nationalen Pandemie-Grippe-Service, Annex 1 ganz unten auf der Originalseite auf GlobalResearch
-



Es bringt wenig, nur im eigenen, wenn auch exquisiten Saft zu schmoren. Deshalb sammelt und veröffentlicht die **Rubikon-Weltredaktion** regelmäßig Stimmen aus aller Welt, vorwiegend aus dem anglo-amerikanischen und arabischen Raum. Wie denken kritische Zeitgenossen dort über geopolitische Ereignisse? Welche Ideen haben sie zur Lösung globaler Probleme? Welche Entwicklungen beobachten sie, die uns in Europa vielleicht auch bald bevorstehen? Der Blick über den Tellerrand ist dabei auch ermutigend, macht er doch deutlich: Wir sind viele, nicht allein!

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.