

Corona – Informationsblatt (25. September 2023)

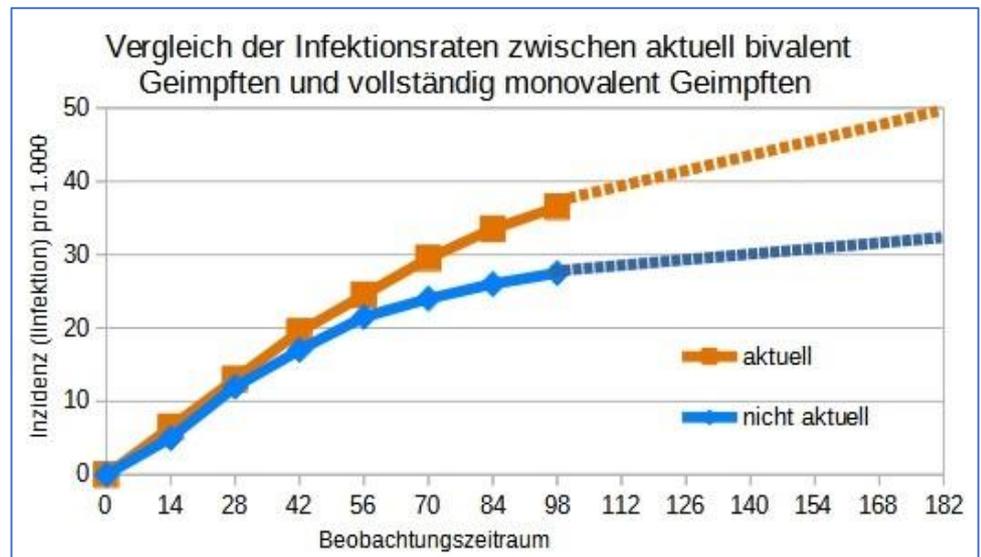
A) Ansteckungsgefahr: Auffrischungen mit den bivalenten COVID-„Impfstoffen“ erhöhen Ansteckungshäufigkeit mit COVID-19

Eine neue amerikanische [Studie](#) zeigt deutlich: Bivalente Auffrischungs-„Impfungen“ erhöhen die Ansteckungshäufigkeit mit COVID-19. Die Untersuchungen wurden an Mitarbeitern der Cleveland Clinic in Ohio (USA) durchgeführt. Die kumulative (aufsummierte) Inzidenz (Zahl der Infektionen bezogen auf die Größe der Population) von COVID-19 seit der Dominanz der XBB-Linien wurde in den Bundesstaaten in den Gruppen "aktuell" (bivalent geimpft mit angepassten „Impfstoff“) und "nicht aktuell" (vollständige Impfung mit monovalenten „Impfstoffen“) verglichen.

Die Population der Gruppe „aktuell“ bestand aus ca. 12.000 Personen, die Gruppe „nicht aktuell“ aus 34.000 Personen. 87 % der Personen erhielten einen bivalenten Impfstoff von Pfizer/BioNTech und 13 % von Moderna für ihre Auffrischungs-„Impfung“.

Abbildung 1 zeigt den zeitlichen Verlauf der Ansteckungsraten im Vergleich der beiden Gruppen „aktuell“ und „nicht aktuell“. Im gesamten Beobachtungszeitraum (0 bis 98 Tage) gibt es bei den bivalent Geimpften eine höhere Ansteckungsrate.

Abbildung 1:
Vergleich der Ansteckungsraten zwischen den zusätzlich bivalent Geimpften („aktuell“) und den „nur“ monovalent Geimpften („nicht aktuell“)



Das Diagramm zeigt jedoch nicht nur eine höhere Ansteckungsrate in der Gruppe der „aktuell“ Geimpften, sondern auch ein immer größer werdendes Risiko einer Ansteckungsgefahr bei der selbigen Gruppen im Vergleich zu den „nicht aktuell“ Geimpften. Nach 98 Tagen beträgt der Unterschied zwischen beiden Gruppen 33 %. Offiziell bricht die Untersuchung nach 98 Tagen ab. Der dargestellte weitere Verlauf würde die Realität (gepunktete Linien) widerspiegeln, da üblicherweise nach 98 Tagen nicht wieder „geimpft“ wird. Die wirkliche Verschlechterung durch die bivalente Auffrischungs-„Impfung“ wird nach einem

halben Jahr besonders deutlich. Durch Extrapolation kann dann der Unterschied nach 182 Tagen auf 59 % geschätzt werden (orange/blaue gepunktete Linie). D.h. die „Schere“ geht immer weiter zu Ungunsten der bivalent Geimpften auf. Die Aussage der Studie bekommt angesichts der erneuten **Impfkampagnen zur „Impfung“** mit bivalenten (sogenannten angepassten) „Impfstoffen“ somit eine besondere Bedeutung. Politik und Behörden rufen zu einer „Impfung“ auf, die die **Infektionshäufigkeit erhöht**. Man muss sich besorgt fragen, welchen Sinn ein solcher Plan hat; zudem die neuen Varianten üblicherweise nur leichte Krankheitsverläufe erzeugen.

B) Sterbefallrate: Englische Statistikbehörde bestätigt, dass COVID-„Geimpfte“ wesentlich häufiger sterben als Ungeimpfte

Der bisher letzte veröffentlichte [Bericht](#) der englischen Statistikbehörde ONS, der die Zahl der Todesfälle monatsweise in Abhängigkeit vom „Impf“-Status analysiert, umfasst den Zeitraum April 2021 bis Mai 2023. In diesem Abschnitt wird vor allem die **Gesamtzahl der Todesfälle** (COVID-19 und alle anderen Ursachen) in Abhängigkeit vom Impfstatus betrachtet, so dass eventuelle „Impf“-Tote bei den Geimpften einbezogen sind. Um die Inzidenz der Sterbefälle berechnen zu können, benötigt man des Weiteren die Größe der Population der Menschen in einem speziellen „Impf“-Status. Die verwendeten [Impf-](#)

[quoten](#) entstammen ebenfalls offiziellen Berichten der englischen Gesundheitsbehörde UKHSA; jeweils erster Wochenbericht eines Monats. Diese Daten wurden von verschiedenen Autoren gegengeprüft.

Zentrale Ergebnisse:

1) In einem [Artikel](#) werden speziell die Impfquoten mit dem Anteil der Sterbefälle in der „Impf“-Gruppe verglichen. Bei einer positiven Wirkung der „Impfung“ müsste der Anteil der Sterbefälle immer niedriger als die Impfquote sein, d.h. ein Impfschutz liegt vor. Die Daten zeigen allerdings, dass genau das Gegenteil der Fall ist !

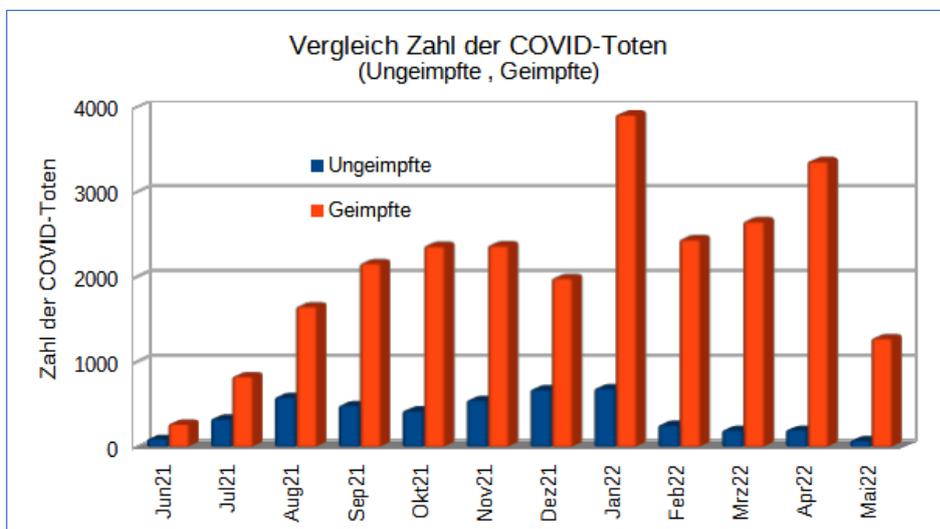
Tabelle 1: Vergleich der Impfquoten mit den Sterbefallquoten gemäß „Impf“-Status für mindestens 18-Jährige (Stand Mai 2023)

	Ungeimpfte	mind. 1 Dosis	mind. 2 Dosen	mind. 3 Dosen
Anteil an Bevölkerung	18,5 %	81,5 %	87,7 %	65,0 %
Anteil an Sterbefällen	3,3 %	96,7 %	96,0 %	91,5 %

Die Tabelle 1 zeigt den Vergleich der Quoten für die Gruppe der mindestens 18-Jährigen. Gleich welcher „Impf“-Status betrachtet wird, der Anteil der Sterbefälle ist immer wesentlich höher als der Anteil an der Bevölkerungsgruppe. Besonders negativ zeigt sich die „Impf“-Schutzwirkung bei den Geboosterten (mindestens 3 Impfdosen). In der Tabelle 1 sind die konkreten Werte angegeben, die als zeitlich letzte Werte (Mai 2023) aus dem ONS-Bericht ermittelt werden können. Es ist aber aus den Daten erkennbar, dass die angegebenen Quoten etwa ab Mai 2022 bereits gelten.

2) Eine andere [Auswertung](#) vergleicht die Anzahl der **COVID-19-Todesfälle** zwischen Geimpften und Ungeimpften im Zeitraum Juni 2021 bis Mai 2022 (Abbildung 2). Auch diese Daten zeigen, dass, auch wenn die „Impf“-Quote nicht explizit berücksichtigt wurde, die COVID-19-„Impfung“ keinen Impfschutz bewirkt: Es gibt wesentlich mehr Tote, die gegen eine Covid-19-Infektion geimpft wurden, als Tote, die gegen diese Infektionskrankheit nicht künstlich bzw. genbasiert behandelt wurden.

Abbildung 2:
Vergleich der Zahl der COVID-Toten zwischen Geimpften und Ungeimpften (Juni 2021 bis Mai 2022)



Deutlich erkennbar ist in der Abbildung 2, dass im Jahr 2022 (bei kaum veränderter „Impf-

Quote) der Anteil der geimpften COVID-19-Toten stark zunimmt. Die niedrigste Zahl von To-

desfällen in der ungeimpften Bevölkerung ereignete sich im Mai 2022 mit 82 Todesfällen. Zum Vergleich: Die geimpfte Bevölkerung verzeichnete im selben Monat 1.282 Todesfälle. Das bedeutet, dass die **Geimpften im Mai 2022 für 94 % aller Covid-19-Todesfälle** verantwortlich waren, obwohl die „Impf-“Quote zu diesem Zeitpunkt bei den mindestens 18-Jährigen bei **81 %** lag.

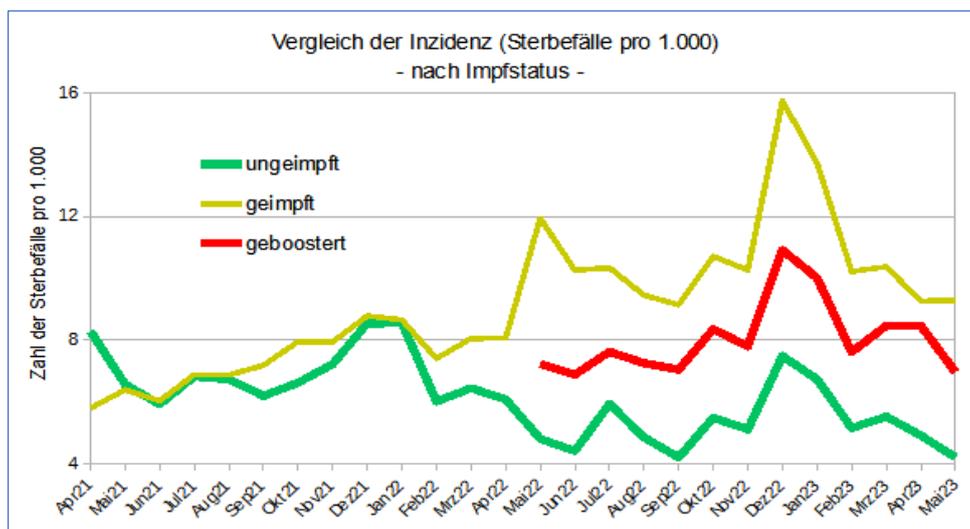
3) In den Ergebnissen 1 und 2 wurde keine altersdifferenzierte Betrachtung durchgeführt. Dies könnte Kritikern die Möglichkeit des Einwandes geben, dass es in den höheren Altersgruppen, in denen die Sterbewahrscheinlichkeit höher ist, auch eine höhere Anzahl an Sterbefällen gibt. Das ist grundsätzlich richtig.

Bei genauerer Betrachtung der Datenlage ([Artikel](#)) für die Altersgruppen verstärkt sich jedoch die Hypothese: Die Sterbewahrscheinlichkeit ist

bei Geimpften höher als bei Ungeimpften. Um diese Hypothese mit Zahlen zu prüfen, werden im Folgenden eigene Berechnungen für die **Altersgruppe der mindestens 80-Jährigen**, die die größte Sterbewahrscheinlichkeit haben, durchgeführt. D.h. es wird die **Gesamtzahl der Todesfälle** betrachtet.

Zunächst wird die Inzidenz der Sterbefälle (Zahl der Sterbefälle pro 1.000) verglichen zwischen Ungeimpften, Geimpften (eine oder 2 Dosen) und Geboosterten (mindestens 3 Dosen) für den Zeitraum April 2021 bis Mai 2023. Die Abbildung 3 stellt die Entwicklung der Sterbefälle in den drei Gruppen über die Zeit dar. Deutlich erkennbar ist: Ab Mai 2021 ist die Sterbefallrate der Ungeimpften am geringsten im Vergleich zu den hohen Sterbefallraten der Geimpften bzw. Geboosterten.

Abbildung 3:
Vergleich der Sterbe-Inzidenzen zwischen Ungeimpften, Geimpften und Geboosterten (April 2021 bis Mai 2023)



Ausgehend von dem ONS-Bericht, der zu Anfang des Kapitels B als Primärquelle benannt wurde, werden an dieser Stelle noch einmal die Sterbefallraten für die Gruppen der Geimpften und Geboosterten angegeben, die verstorben sind in dem Zeitraum zwischen 21 Tagen bis

zum 6. Monat nach der 2. Dosis. Um die höhere Sterbehäufigkeit von Geimpften bzw. Geboosterten zu quantifizieren, sind in den Abbildungen 4a und b die Zahlen so aufbereitet, dass der prozentuale Unterschied der Sterblichkeit zwischen den Ungeimpften sowie den Geimpften bzw. Geboosterten dargestellt ist.

Abbildung 4a: Erhöhte Sterblichkeit – Geimpfte

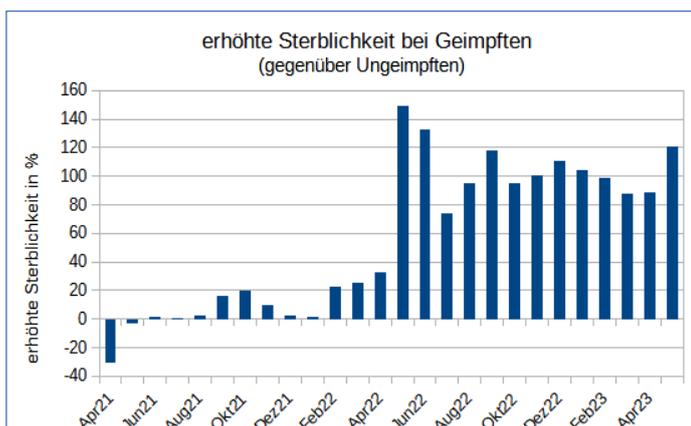
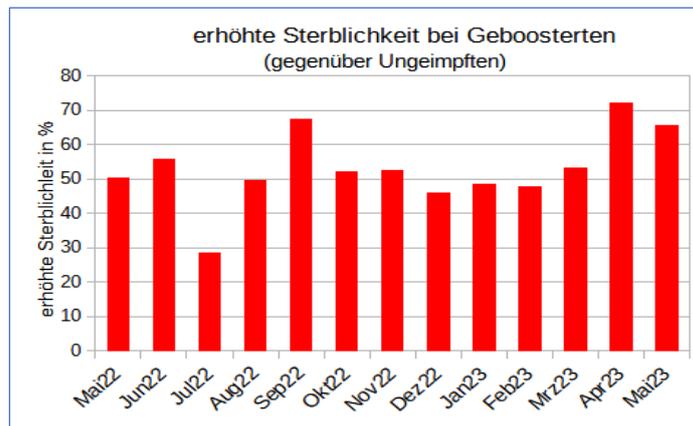


Abbildung 4b: Erhöhte Sterblichkeit – Geboosterte



Auffällig ist: Über den betrachteten Zeitraum ist die Sterblichkeit bei den Geboosterten 50 – 60 % höher als bei den Ungeimpften. Der Vollständigkeit halber ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass die hohen Impfquoten bei den mindestens 80-Jährigen berücksichtigt wurden.

Nachbemerkung: Die Daten der ONS sind sicher kein „Goldstandard“. Es wurden über die Zeit

C) Gedankensplitter

Gedankensplitter 1: Der Chief Science Advisor von Neuseeland veröffentlichte bereits am **2. Juni 2020** einen Bericht, in dem er zu dem Schluss kam, dass **Vitamin-D-Mangel eine Schlüsselrolle bei schwerem Covid-19 und Tod** spielt. Er dokumentierte die neuesten Forschungsergebnisse, Arbeiten von philippinischen und indonesischen Forschern, die zeigten, dass eine schwere Erkrankung mit dem COVID-19-Virus und Todesfällen mit einem massiven Vitamin-D-Mangel einhergehen. Einen Monat später wurden beide Arbeiten entfernt, und die indonesischen Forscher verschwanden von der Bildfläche, während eine Arbeit (ebenfalls aus Indonesien) herauskam, in der behauptet wurde, Vitamin D sei eine „Fehlinformation“ und die indonesischen Forscher hätten nie existiert! Wenn die neuseeländische Regierung im Juni 2020 wusste, dass man die Menschen nur mit Vitamin D versorgen musste, um während der COVID-19-Pandemie Leben zu retten, dann wussten das alle Regierungen.

Wenn alle Regierungen über Vitamin D Bescheid wussten und sich entschieden, ihre Bevölkerung nicht mit Vitamin D zu versorgen oder Vitamin D zu fördern, dann war es immer ihre Absicht, Menschen an Covid-19 sterben zu lassen, die Zahl der Todesopfer in die Höhe zu treiben und damit die Angst-„Pandemie“ weiterzuführen, um die „Impf-Kampagne an die Bevölkerung zu verkaufen.

(Nachdruck aus <https://tkp.at/2023/09/13/vitamin-d-mangel-schluesselfaktor-fuer-schweres-covid-19-und-tod-studien-wurden-geloescht/>)

Gedankensplitter 2: Im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes stellte Stefan Brandl am 26.06.2023 eine Anfrage an das Robert-Koch-Institut (RKI) nach der tatsächlichen Zahl der

mehrere Korrekturen vorgenommen (siehe auch [Webseite](#)). Aber es gibt wenigstens bei der englischen Statistikbehörde eine durchgehende Erfassung der Sterbefälle nach dem Impfstatus. **Leider ist eine etwa vergleichbare Statistik in Deutschland nicht ansatzweise vorhanden – Furcht vor der Wahrheit ?**

Todesfälle, die **ausschließlich auf Covid-19 zurückzuführen seien**. Das RKI [antwortete](#), dass „die gewünschten Informationen dem RKI nicht als amtliche Informationen vorliegen“ und damit keine Zahlen genannt werden können.

Aber: Genau diese Zahlen, die die Schwere der COVID-19-Erkrankung charakterisieren, hätten für staatliche Entscheidungen (Lockdowns, Schulschließungen, 2G-Regel u.ä.) herangezogen werden muss(t)en.

Eine ähnliche Anfrage an die englische Statistikbehörde ONS erbrachte das Ergebnis, dass es im Zeitraum Februar 2020 bis Dezember 2021 6.183 Todesfälle gab, die ausschließlich auf COVID-19 zurückzuführen sind. Gleichzeitig wurden in den Medien für den gleichen Zeitraum 150.000 COVID-19-Toten berichtet. In Wirklichkeit waren es nur 4,1 % !!!

Wenn man das gleiche Verhältnis für Deutschland anwendet, dann sind von den am 31.12.2021 gemeldeten 112.756 COVID-Toten nur 4.648 ausschließlich an COVID-19 verstorben. Das entspricht etwa der Zahl der Verkehrstoten in dem selbigen Zeitraum.

Gedankensplitter 3: Der oberste Gesundheitsbeamte Floridas (USA), Generalarzt Joseph Ladapo, hat die Öffentlichkeit vor Risiken der neuen Covid-19-Auffrischungs-„Impfung“ gewarnt, die von den amerikanischen Behörden FDA und CDC am 11.09.2023 zugelassen wurden. Ladapo und der Gouverneur des Bundesstaates Florida, Ron de Santis, bezeichneten in einer [Pressekonferenz](#) „die **Bundesaufsichtsbehörden FDA und CDC** als korrupt“ und erklärten, „sie seien im Grunde eine **Lobby- und Verkaufsorganisation von Big Pharma** geworden“.

Anmerkungen:

1. Die aktuellen Corona-Informationsblätter können jetzt auch von den Homepages abgerufen werden <https://www.peterdierich.info/corona-informationsblatt> oder <https://www.mwqfd.org/fakten-dierich/>
2. Der Autor hat in gewissen Abständen eine ausführliche Dokumentation „20 (kommentierte) Fakten zu Corona“ (letzter Stand: 03.10.22) herausgegeben. Wer die 156-seitige Ausarbeitung als pdf-Datei beziehen möchte, kann das gern über die E-Mail-Adresse peter.dierich@web.de anfordern. Für Hinweise auf Fehler ist der Autor sowohl bei den „Corona-Informationsblättern“ als auch bei der ausführlichen Dokumentation dankbar.