

# Kanada: Es gab keine COVID-19-Pandemie: Dr. Denis Rancourt

## Analyse der Gesamtmortalität nach Woche in Kanada 2010-2021, nach Provinz, Alter und Geschlecht: Es gab keine COVID-19-Pandemie, und es gibt starke Hinweise auf reaktionsbedingte Todesfälle bei den ältesten und jungen Männern

Von Prof. Denis Rancourt , Marine Baudin und Jérémie Mercier  
Globale Forschung, 31. August 2021

Region: [Kanada](#)

Thema: [Wissenschaft und Medizin](#)



Alle Artikel von Global Research können in 51 Sprachen gelesen werden, indem das Dropdown-Menü „Website übersetzen“ im oberen Banner unserer Homepage (Desktop-Version) aktiviert wird.

Besuchen und folgen Sie uns auf Instagram unter [@crg\\_globalresearch](#).

\*\*\*

## Abstrakt

*Wir analysierten die Gesamtmortalität nach Woche (ACM/w) für Kanada und für die kanadischen Provinzen sowie nach Altersgruppe und Geschlecht von Januar 2010 bis März 2021; im Vergleich mit Daten für andere Länder und deren Regionen oder Landkreise.*

*Wir stellen fest, dass es in Kanada keinen außergewöhnlichen Anstieg der jährlichen oder saisonalen Sterblichkeit gibt, der auf eine COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist; und dass mehrere herausragende Merkmale der ACM/w im COVID-19-Zeitraum eine anomale Heterogenität von Provinz zu Provinz aufweisen, die mit dem bekannten Verhalten von Epidemien viraler Atemwegserkrankungen (VRDs) nicht vereinbar ist. Wir kommen zu dem Schluss, dass keine Pandemie aufgetreten ist.*

Darüber hinaus ermöglicht uns unsere Analyse des ACM/w nach Provinz, Alter und Geschlecht, Anomalien hervorzuheben, die während der COVID-19-Periode aufgetreten sind und starke Beweise dafür liefern, dass:

- Unter den Ältesten (85+ Jahre) starben viele an der unmittelbaren Reaktion auf die von der WHO am 11. März 2020 angekündigte Pandemie.
- Überwiegend junge Männer (0-44 Jahre und auch 45-64 Jahre) starben wahrscheinlich indirekt an der anhaltenden Pandemiereaktion, in den Sommermonaten 2020 und in den Herbst- und Wintermonaten ab Mai 2020, insbesondere in Alberta, deutlich in Ontario und British Columbia, nicht jedoch in Quebec.

Unsere Studie liefert Einschränkungen für die Mechanismen, die bei VRD-Epidemien eine Rolle spielen.

---

## Index

### **Abstrakt**

- 1. Einführung**
- 2. Daten**
- 3. Ergebnisse / Interpretation**

3.1 Kein nachweisbarer pandemischer Anstieg der Jahres- und Saisonsterblichkeit

3.2 Inter-jurisdiktionelle Einheitlichkeit der Merkmale vor der COVID-Periode bei der Gesamtmortalität nach Zeit, 2010-2019

3.3 Unterschiede zwischen den Gerichtsbarkeiten der Merkmale des COVID-Zeitraums bei der Gesamtmortalität nach Zeit

3.4 Analyse von ACM/w nach Altersgruppe und nach Geschlecht

### **4. Diskussion**

4.1 In Bezug auf Pandemien

4.2 Zum „C“-Merkmal („covid-peak“) in ACM nach Zeit

4.3 Zum Sommer-2020-Niveau und dem „2“-Merkmal („2. Welle“) in ACM nach Zeit

4.4 Bezuglich Altersgruppenspezifika in ACM nach Zeit

4.5 Zu den Ursachen von reaktionsinduzierten Todesfällen

4.6 Hätte es weniger Todesfälle gegeben?

### **5. Schlusskommentar: Fehlende Selbsteinschätzung**

### **Verweise**

**Anhang: ACM/w normalisiert nach Population und Vergleiche**

---

### **1. Einleitung**

Eine Virus-Atemwegserkrankung (VRD)-Pandemie hat zwei entscheidende Merkmale (Doshi 2008, 2011):

1. Sie tritt überall auf, unabhängig von Staats- oder Gerichtsbarkeitsgrenzen, vermutlich weil es keine vorherige Immunität gibt.
2. Es verursacht eine weitaus höhere Sterblichkeit als die nicht-pandemischen (saisonalen) VRD-Epidemien.

2008 formulierte es Doshi (2008) so:

Eine kürzlich veröffentlichte offizielle Projektion der US-Todeszahlen (ref) deutete darauf hin, dass die nächste Pandemie 6- bis 56-mal mehr Amerikaner töten wird, als die CDC derzeit schätzt, in einer durchschnittlichen nicht pandemischen Influenzasaison zu sterben. (ref) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einem „relativ konservative Schätzung“ (ref) prognostizierte, dass die nächste Influenza-Pandemie weltweit 4 bis 30 Mal mehr Menschenleben fordern könnte als eine typische Nicht-Pandemie-Saison. (ref)

Ein Problem in der Praxis besteht darin, dass die VRD-klassifizierte Mortalität schwer zu quantifizieren ist. Die tatsächliche Zahl der VRD-zuordnabaren Todesfälle ist immer ungewiss, insbesondere wenn die Todesfälle im Rahmen eines Medienrummels über „die Pandemie“ gezählt werden. Dies gilt heute genauso wie damals, als die Epidemiologie eine junge Wissenschaft war; weil eine Todesursachenbestimmung mit vielen Kofaktoren und in Ermangelung einer analytischen Autopsie

anfällig für menschliches Versagen, menschliche Voreingenommenheit, institutionelle Voreingenommenheit und sogar konstruierte Voreingenommenheit ist, wie wir in der COVID-Zeit gesehen haben (Borger et al., 2021).

Eine Lösung besteht darin, das Problem insgesamt zu vermeiden, indem die Gesamtmortalität (ACM) anstelle der VRD-klassifizierten Mortalität untersucht wird. Ein Tod ist ein Tod ist ein Tod.

Insbesondere wenn während der mutmaßlichen Pandemie kein erkennbarer Überschuss an ACM vorhanden ist, der beispielsweise über dem ACM-Trend des vorangegangenen Jahrzehnts liegt, ist die Schlussfolgerung falsch, dass eine Pandemie aufgetreten ist.

Die einzigen Alternativen sind:

1. zu glauben, dass eine Pandemie aufgetreten ist, aber eine außergewöhnliche medizinische Reaktion verhinderte, dass der vermutlich neue Erreger viele Menschen tötete, genau in der richtigen Menge, um die jährliche ACM wieder auf den dekadischen Trendwert zu bringen; oder
2. zu glauben, dass eine Pandemie aufgetreten ist, aber dass eine außergewöhnliche Reaktion der öffentlichen Gesundheit die Abtötung des vermutlich neuen Erregers verzögert hat, genau in der richtigen Menge, um die jährliche ACM wieder auf den dekadischen Trendwert zu bringen, und dann zukünftige Tötungen durch eine außergewöhnliche Masse verhindert haben Impfkampagne; oder eine Kombination der beiden oder ihre Äquivalente.

In der Wissenschaft gibt es ein Leitprinzip bezüglich konkurrierender Interpretationen derselben Daten, das als „Occams Rasiermesser“ bezeichnet wird (Gibbs, 1996):

Die nützlichste Aussage des Prinzips für Wissenschaftler ist: „Wenn Sie zwei konkurrierende Theorien haben, die genau die gleichen Vorhersagen machen, ist die einfachere die bessere.“

In diesem Artikel fragen wir anhand der oben genannten Kriterien, ob in Kanada eine COVID-19-Pandemie aufgetreten ist. Unsere Anwendung des Occam-Rasierers wird in diesem Zusammenhang durch eine Vielzahl von Studien unterstützt, die zeigen, dass Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit gegen eine VRD unwirksam sind, die wir in mehreren anderen Artikeln überprüft haben.[1]

## 2. Daten

Statistics Canada (StatCan) ist das nationale statistische Amt des Landes. Die in diesem Artikel verwendeten Daten zur Gesamtmortalität (ACM) wurden aus dieser Datenbank abgerufen und sind pro Woche (ACM/w) angegeben und decken den Zeitraum 2010-2021 ab (StatCan, 2021). Zum Zeitpunkt des Zugriffs waren die Daten von KW 1 2010 (Anfang Januar) bis KW 17 2021 (Ende April) verfügbar. In diesem Artikel präsentieren wir die Daten bis Woche 12 von 2021 (Ende März), da die Daten für Kanada für spätere Wochen nicht konsolidiert sind und das Artefakt anomaler kleiner Mortalitätswerte aufweisen.

Die StatCan-Daten werden bereitgestellt von:

- Provinzen und Territorien
- Altersgruppe
  - 0-44 Jahre alt
  - 45-64 Jahre alt
  - 65-84 Jahre alt
  - 85 Jahre und älter
- Sex
  - Männer
  - Frauen

StatCan gibt an, dass die ACM für 2020 und 2021 vorläufig ist und dass die Zahl der Todesfälle „auf ein benachbartes Vielfaches von 5 gerundet wurde, um die Vertraulichkeitsanforderungen des Statistikgesetzes zu erfüllen“.

### 3. Ergebnisse/Interpretation

#### 3.1 Kein nachweisbarer pandemischer Anstieg der Jahres- und Saisonsterblichkeit

Die Gesamt mortalität nach Woche (ACM/w) für Kanada von Januar 2010 bis März 2021 ist in Abbildung 1a dargestellt:

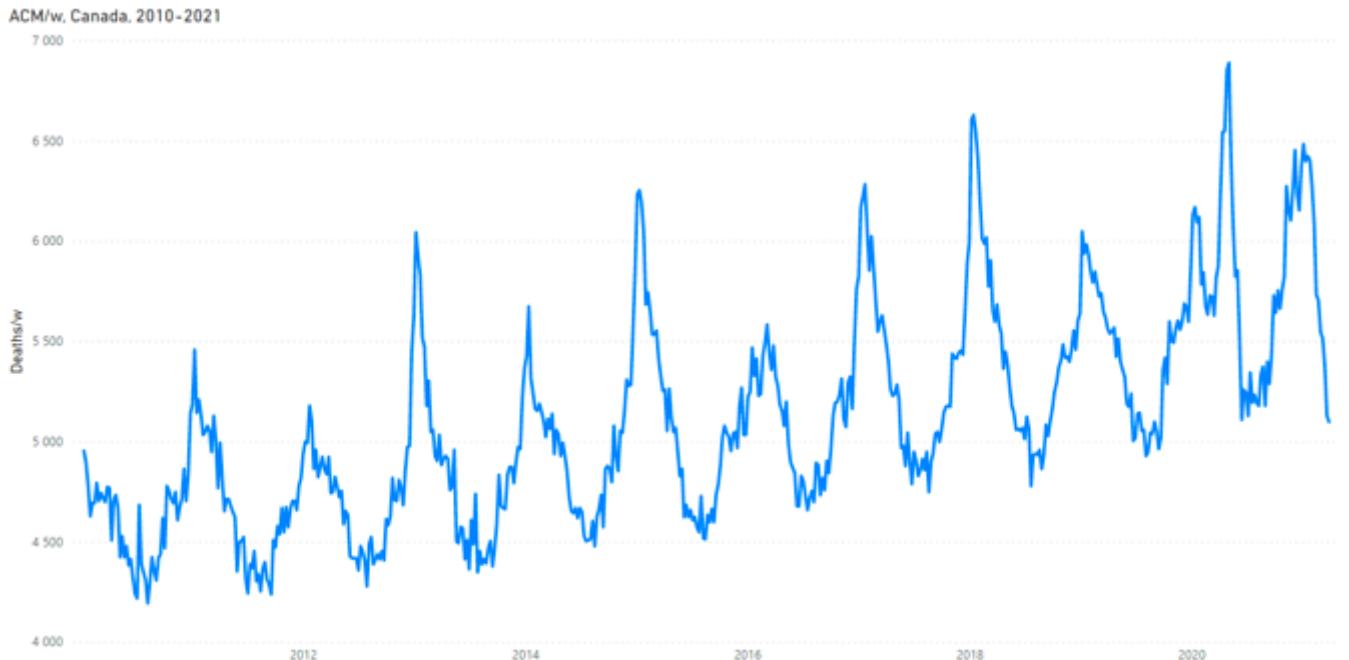


Abbildung 1a: Gesamt mortalität nach Woche in Kanada von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die y-Skala wird angepasst, um die interessierende Region anzuzeigen. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

Es ist wichtig zu bedenken, dass solche Graphen mit einer y-Skala für den interessierenden Bereich dargestellt werden. Die gleichen Daten auf der vollständigen (bei Null beginnenden) y-Skala sind in Abbildung 1b dargestellt:

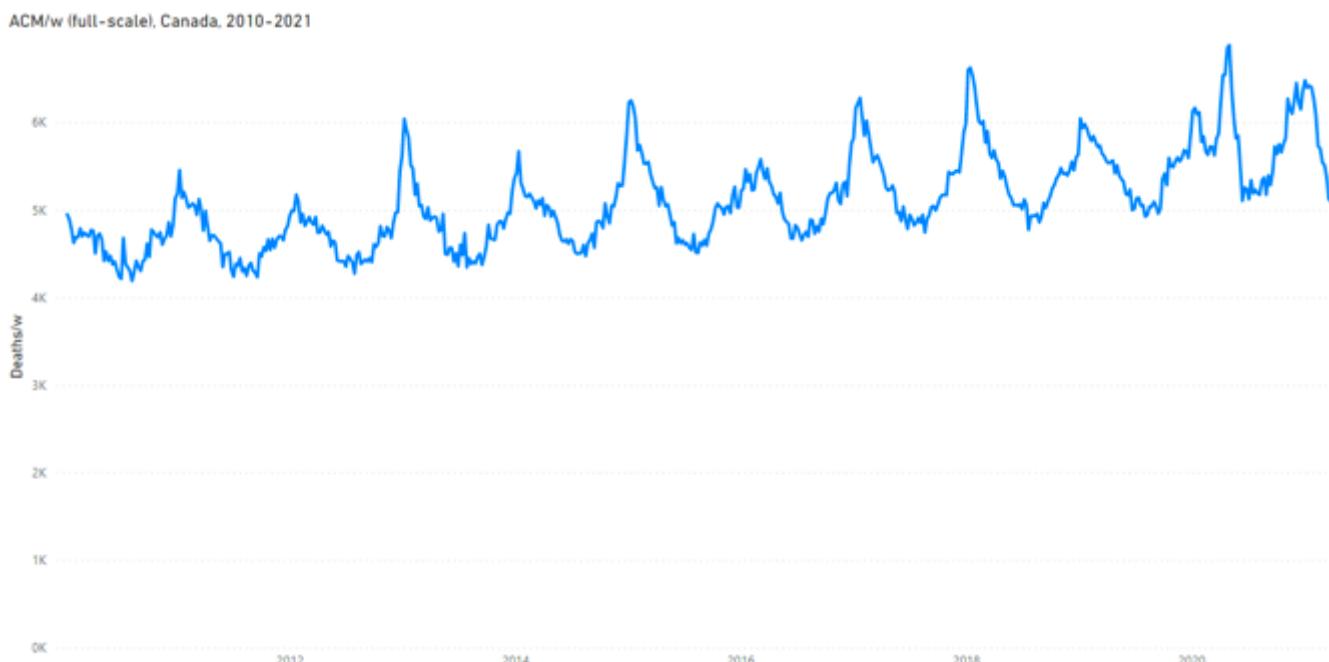


Abbildung 1b: Gesamt mortalität nach Woche in Kanada von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die y-Skala ist nicht angepasst, um nur die interessierende Region anzuzeigen; es beginnt bei 0. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

In Bezug auf die groben Hauptmerkmale (nicht intrasaisonale Details) trat in Kanada seit 2010 bis März 2021 das übliche saisonale Muster auf, das normalerweise in allen Ländern oder Jurisdiktionen der mittleren Breiten der nördlichen Hemisphäre seit etwa 1900 beobachtet wird, wo Daten gesammelt wurden.

Das besagte übliche saisonale Muster hat diese Hauptmerkmale:

- Winterhochs und Sommertiefs (hier, der Todesfälle pro Woche, ACM/w)
  - Sommertief- oder Tiefstwerte (Todesfälle pro Woche), die von Sommer zu Sommer monoton variieren, typischerweise linear im Verlauf eines Jahrzehnts (wir bezeichnen diese monotone Variation als „Sommer-Basislinientrend“)
  - Winterhoch- oder Höchstwerte (Todesfälle pro Woche), die sich von Wintersaison zu Wintersaison in Größe und Datum (oder Wochennummer) erratisch ändern
- Winterbelastungstodesfälle (integriert über dem Sommer-Basistrend, über ein „Zyklusjahr“, von Hochsommer bis Hochsommer) typischerweise (seit den 1960er Jahren) entsprechend zwischen 5 % und 15 % der jährlichen Sterblichkeitsrate

In zwei früheren Artikeln (Rancourt, 2020) (Rancourt, Baudin, Mercier, 2020) haben wir solche Muster in ACM nach Zeit (Tag, Woche, Monat) für mehrere Gerichtsbarkeiten, einschließlich Gerichtsbarkeiten in Kanada, analysiert.

Abbildung 1 zeigt, dass es weder im Winter 2019-2020 noch im Winter 2020-2021 (bis einschließlich März 2021) eine über den üblichen Werten des letzten Jahrzehnts für Kanada übersteigende jährliche oder saisonale Sterblichkeit gab. Dies wird durch die Berechnung der ACM pro Jahr bestätigt. Wir haben die ACM nach „Zyklusjahr“ berechnet, wobei wir ein Zyklusjahr definieren als von Woche 31 (etwa Anfang August) des Kalenderjahres N bis Woche 30 (etwa Ende Juli) des Kalenderjahres N +1. Als solches konzentriert sich beispielsweise das nominale Zyklusjahr 2018 auf den Winter 2018-2019. Diese Definition des Zyklusjahrs führt von einem Hochsommertief zum nächsten Hochsommertief in ACM/w, um beispielsweise die intrinsische saisonale Struktur von ACM/w mit Winterhochs und Sommertiefs zu erfassen. Das Ergebnis ist in Abbildung 2 aufgetragen:

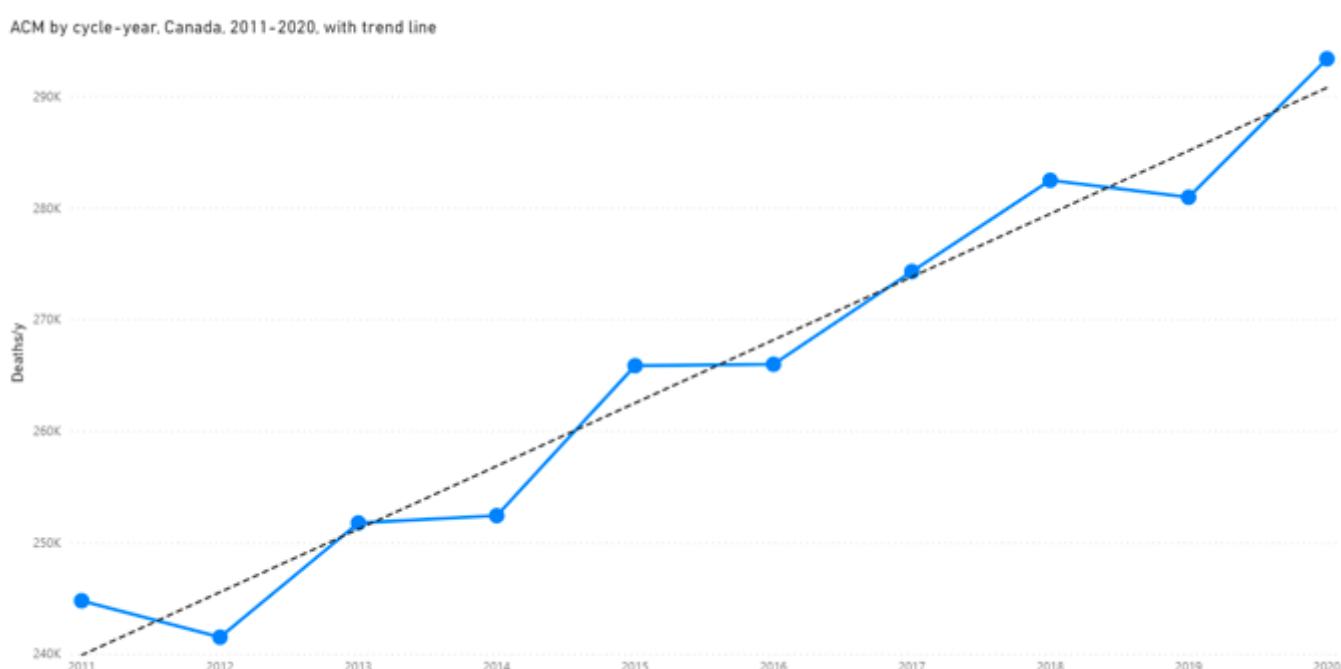


Abbildung 2: Gesamtmortalität nach Zyklusjahr für Kanada, Zyklusjahre 2011 bis 2020, berechnet wie oben beschrieben. Die gestrichelte Linie ist eine angepasste Gerade der kleinsten Quadrate. Das Zyklusjahr beginnt in der 31. Woche eines Kalenderjahres (Anfang August) und endet in der 30. Woche des nächsten Kalenderjahres (Ende Juli). Die Daten für die Berechnung wurden aus StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

Wir kommen zu dem Schluss, dass es in Kanada keine COVID-19-Pandemie gegeben hat. Es wäre schwer, anders zu schließen. Entweder verursacht eine Pandemie einen signifikanten Anstieg der Todesfälle, oder es gab keine Pandemie, abgesehen von den vielen unwissenschaftlichen falschen Überzeugungen über wirksame Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit für VRDs.

Lassen Sie uns diesen Punkt noch weiter verdeutlichen, indem wir die anormalen intrasaisonalen Variationen der ACM von Provinz zu Provinz nach Zeit zeigen, die in der COVID- oder nominellen Pandemie-Periode (nach dem 11. März 2020, dem Datum, an dem die WHO eine Pandemie ausgerufen hat) auftreten.

### **3.2 Inter-jurisdiktionelle Einheitlichkeit der Merkmale vor der COVID-Periode bei der Gesamtmortalität nach Zeit, 2010-2019**

Der ACM/w 2010-2021 (bis März 2021) ist für mehrere kanadische Provinzen wie folgt dargestellt.

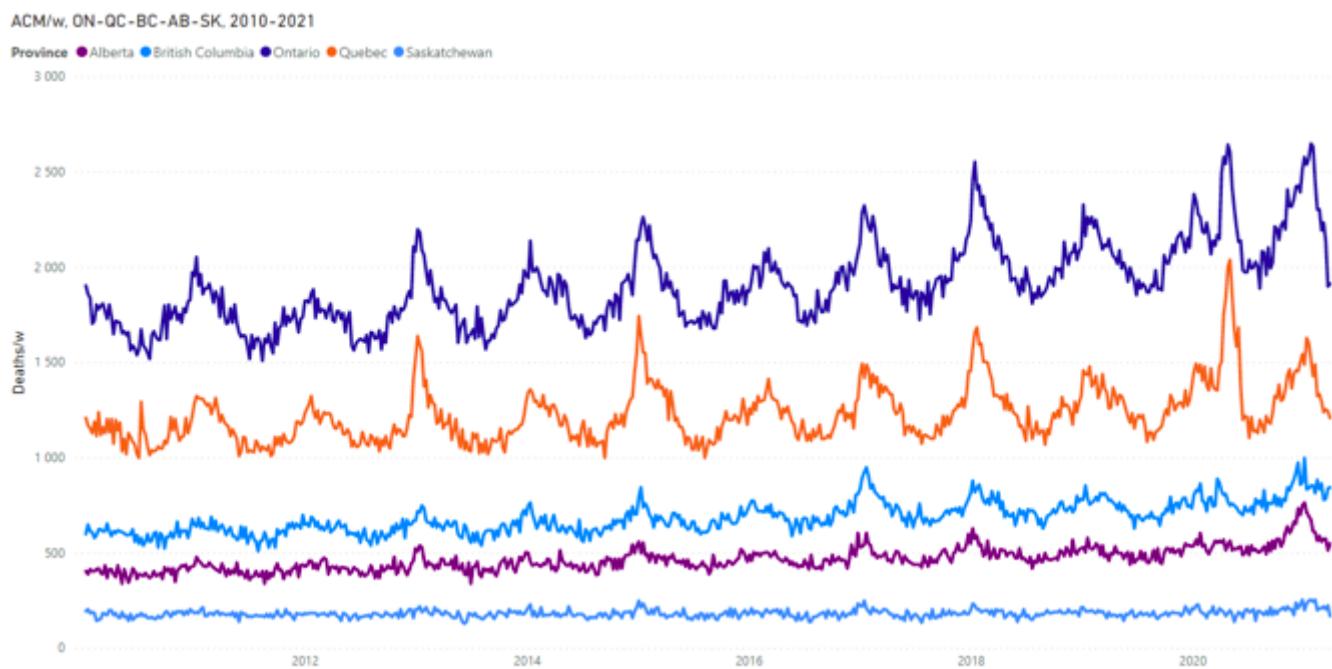


Abbildung 3a: Gesamtmortalität pro Woche von 2010 bis 2021 für Ontario (ON), Quebec (QC), British Columbia (BC), Alberta (AB) und Saskatchewan (SK) von oben nach unten. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden aus StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

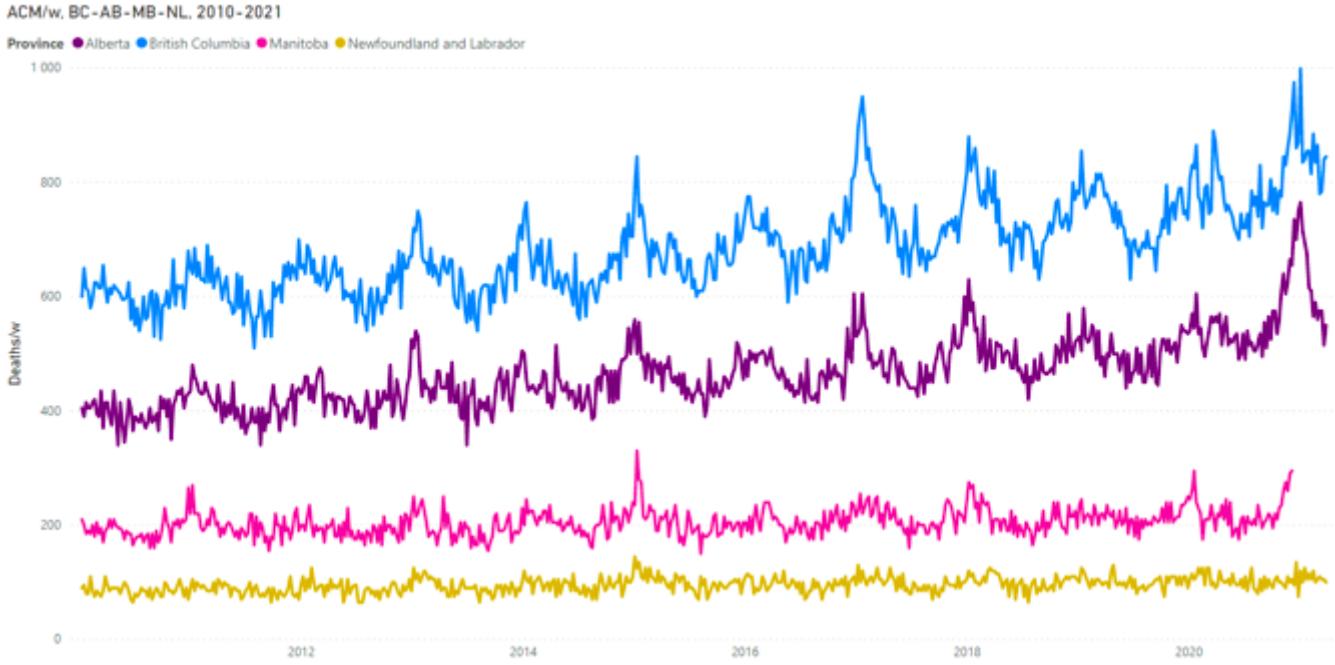


Abbildung 3b: Gesamtmortalität nach Woche von 2010 bis 2021 für British Columbia (BC), Alberta (AB), Manitoba (MB) sowie Neufundland und Labrador (NL) von oben nach unten. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden aus StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

Die jahreszeitlichen Zyklen von ACM/w sind außerordentlich regelmäßig und weisen für einen bestimmten Winter bis einschließlich 2019 von Provinz zu Provinz im Wesentlichen identische Winter-Saison-Merkmale auf. Formen von ACM/w sind synchrone Kopien voneinander, von Provinz zu Provinz, während sie in der Größenordnung des gesamten Musters ungefähr nach Provinzbevölkerung skaliert werden. Diagramme von ACM/w, normalisiert nach Provinzbevölkerung, werden im Anhang gezeigt und verglichen.

Wir haben eine solche Regelmäßigkeit von Gerichtsbarkeit zu Gerichtsbarkeit und auch von Kontinent zu Kontinent bei allen ACM-nach-Zeit-Daten beobachtet, die wir für viele Gerichtsbarkeiten (Länder, Regionen, Provinzen, Landkreise) in Nordamerika und Europa untersucht haben. Viele Jahrzehnte verfügbare Daten, zum Beispiel (Rancourt, 2020) (Rancourt, Baudin, Mercier, 2020). Obwohl es kleine Unterschiede gibt, ist die wichtigste Beobachtung der ersten Ebene die bemerkenswerte Ähnlichkeit der Muster, des Verhältnisses der Winter-zu-Winter-Magnituden und der Synchronizität in allen Rechtsordnungen der mittleren Breiten. Wir stellen fest, dass diese robusten Daten (ACM nach Zeit für Nordamerika und Europa, 20. und 21. Jahrhundert bis 2019) zwei Paradigmen über VRDs in Frage stellen (vermutlich die Hauptursache für die saisonale Sterblichkeit in Ländern der mittleren Breiten).):

- dass ein bestimmtes VRD-verursachendes Virus/eine bestimmte VRD-Variante von einer lokalisierten Quelle stammt und sich über Länder oder Kontinente durch Kontakt von Person zu Person oder durch persönliche Nähe „ausbreitet“ („Quellenverbreitung“-Paradigma)
- dass es „Pandemien“ von VRDs gibt, die sich von nicht-pandemischen Epidemien („Pandemie“-Paradigma) unterscheiden

In Bezug auf den letztgenannten Punkt wird keine der SARS-Pandemien 1957-1958, H3N2 1968, H1N1 2009 oder 2003 in ACM-Zeitdaten erkannt, was sinnvoll von saisonalen Epidemien ohne Pandemie unterschieden wird. Dies ist auch der Fall, wenn man statt der ACM Schätzungen der „influenza-klassifizierten Mortalität“ analysiert (Doshi, 2008). Der Anstieg der ACM im Jahr 1918 auf beiden Kontinenten ist dagegen sehr groß, stellt jedoch einen Sonderfall mit bakteriellen Masseninfektionen dar, die vor dem Aufkommen von Antibiotika nur junge Erwachsene und Säuglinge, nicht ältere Menschen, in Gesellschaften und Volkswirtschaften, die sich dramatisch umorganisierten, töteten nach dem Ende des Ersten Weltkrieges.

Zumindest erlegen ACM-nach-Zeit-Daten strenge reale Einschränkungen für die theoretischen oder interpretativen Konsequenzen der Verwendung dieser Paradigmen (Quellenverbreitung, Pandemie) auf, um groß angelegte epidemiologische Beobachtungen zu erklären.

Für Kanada, das die Größe eines Kontinents hat, zeigen die Abbildungen 3a & 3b (und siehe Anhang) eindeutig eine bemerkenswerte Regelmäßigkeit bis einschließlich 2019: Die Provinzen von Ost nach West haben die gleichen „Fingerabdrücke“ von ACM/w. Die detaillierten Winter-Saison-Formen, das Timing der Merkmale (Synchronizität) und das Verhältnis der Winter-zu-Winter-Magnituden sind von Provinz zu Provinz, 2010-2019, im Wesentlichen gleich, obwohl die Amplituden der jahreszeitlichen Variationen in niedriger Höhe geringer sind (nicht gebirgige) Seeklimaprovinzen der kanadischen Ostküste (siehe unten).

### **3.3 Unterschiede zwischen den Gerichtsbarkeiten der Merkmale des COVID-Zeitraums bei der Gesamtmortalität nach Zeit**

Obwohl, wie oben in Abschnitt 3.1 beschrieben, „in Bezug auf die groben Hauptmerkmale (nicht intrasaisonale Details) das übliche saisonale Muster in Kanada seit 2010 bis März 2021“ (einschließlich der COVID-Periode) auftrat, gab es dennoch waren signifikante Anomalien in intrasaisonalen Merkmalen in der COVID-Periode, die wir als nächstes untersuchen und die für das Auftreten einer Pandemie relevant sind.

Wie in der Einleitung (Abschnitt 1) erwähnt, tritt eine Pandemie „überall auf, unabhängig von Staats- oder Gerichtsbarkeitsgrenzen, vermutlich weil es keine vorherige Immunität gibt“.

Bestimmtes:

- Der mutmaßliche Erreger der Pandemie – ein hochansteckender Erreger vom Typ VRD – wird in Kanada nicht vor den Provinzgrenzen hält machen.
- Der mutmaßliche Erreger wird die ähnlichen Populationen in verschiedenen Provinzen nicht auf dramatisch unterschiedliche Weise beeinflussen; wie das Töten junger Männer in einer Provinz, während in einer anderen nur ältere Menschen getötet werden.
- Der mutmaßliche Erreger selbst, der im März-April-Mai 2020 gleichzeitig in zwei benachbarten ähnlichen Provinzen, zum Beispiel Ontario und Quebec, wirkt, kann in Quebec nicht 2-3-mal tödlicher (pro Einwohner) sein als in Ontario.

Wir untersuchen diese Aussagen in den folgenden Abbildungen.

Zunächst wird der ACM/w für Kanada in einer erweiterten Ansicht von 2019 bis März 2021 dargestellt, um die wichtigsten Merkmale zu definieren, die in der COVID-Periode aufgetreten sind:

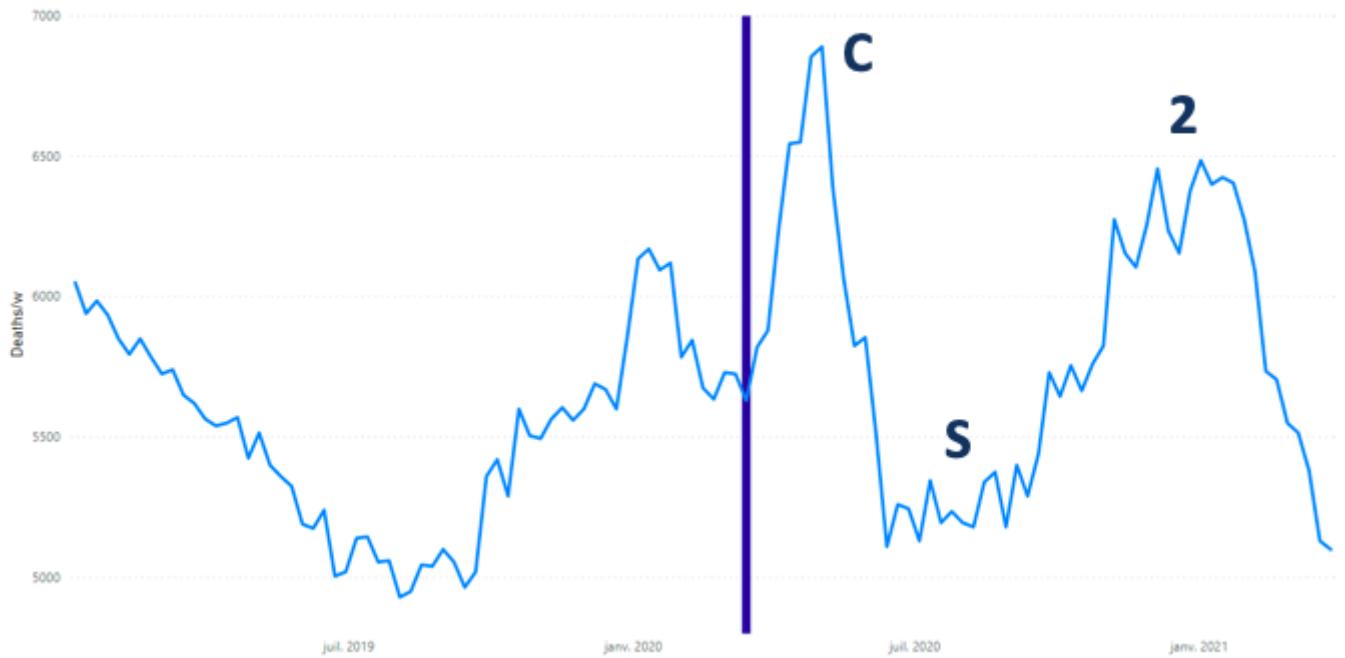


Abbildung 4: Gesamt mortalität nach Woche in Kanada von 2019 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2019 bis März 2021 angezeigt. Die dunkelblaue vertikale Linie stellt die Woche vom 11. März 2020 dar, in der die WHO die Pandemie ausgerufen hat. C = „covid-Peak“, S = Sommer 2020, 2 = 2020-2021 Winter Peak ( „2: Die drei Merkmale werden als markiertes <sup>nd</sup> Welle“). Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

Hier ist das Datum 11. März 2020 der WHO-Aussage der Pandemie als vertikale Linie dargestellt, „C“ bezeichnet das ACM-nach-Zeit-Merkmal, das wir als „Covid-Peak“ bezeichnet haben (Rancourt, 2020) (Rancourt, Baudin, Mercier, 2020), „S“ bezeichnet das Sommertief der Sterblichkeit von 2020 und „2“ bezeichnet den Wintergipfel 2020-2021 (üblicherweise als „2. Welle“ bezeichnet).

Die kanadischen ACM/w-Merkmale „C“ und „S“ (Abbildung 4) sind wie folgt an sich anomali.

Wir haben bereits ausführlich über „C“ geschrieben, unseren sogenannten „Covid-Peak“, der in vielen Jurisdiktionen in Ländern der mittleren Breiten der nördlichen Hemisphäre beobachtet wird (Rancourt, 2020) (Rancourt, Baudin, Mercier, 2020). Es ist insofern ungewöhnlich:

- Überall, wo es auftritt, tritt es synchron unmittelbar nach der Verkündung der Pandemie durch die WHO vom 11. März 2020 auf.
- Sein anfänglicher Anstieg ist außerordentlich stark, mit einer Zeit von der Basis bis zum Wendepunkt von ungefähr 3 Wochen (2 Wochen in ACM pro Tag, ACM/d, Daten für Frankreich).
- Ein so großer und plötzlicher Anstieg tritt praktisch nie so spät im saisonalen Zyklus (nach dem 11. März, im März, April, Mai) auf, der ansonsten immer ein Abstieg von den Hochs Mitte des Winters (Januar-Februar) ist.
- Es ist in seiner Größenordnung in Bezug auf die Gerichtsbarkeit äußerst heterogen, da es in 34 der 52 US-Bundesstaaten, 6 der 13 Regionen des französischen Mutterlandes, 7 der 10 Provinzen Kanadas, 18 der 21 Grafschaften Schwedens nicht vorhanden oder kaum nachgewiesen wird usw., während sie in bestimmten Rechtsordnungen wie New York City in den USA, der Region Paris in Frankreich, der Grafschaft Stockholm in Schweden und der Provinz Quebec in Kanada überproportional groß sind.
- Wo es auftritt, ist das Ausmaß, in dem es sich bis spät in die Saison (bis in den Mai hinein) erstreckt, von Gerichtsbarkeit zu Gerichtsbarkeit unterschiedlich; endet im April 2020 in Frankreich, im Mai 2020 in Kanada und den USA.

Das kanadische ACM/w-Merkmal „S“ (Abbildung 4) ist anomal, da seine mittlere Ausgangsgröße (5,25.000 Todesfälle/w) anomal größer ist als der mittlere Ausgangswert im Sommer 2019 (5,05.000

Todesfälle/w) und deutlich größer als die durch die linearen Sommer-Basislinientrendwerte für die Vorjahre vorhergesagte Größe, wie aus Abbildung 1 ersichtlich ist.

Dies bedeutet, dass in Kanada im Sommer 2020, in einer Saison, in der VRDs nicht aktiv sind, netto 200 zusätzliche Todesfälle pro Woche aufgetreten sind. Im Folgenden zeigen wir, dass der Hauptgrund für diese übermäßigen Todesfälle im Sommer der Tod junger Männer (0-44 Jahre) war, einem Alter, in dem COVID-19 praktisch keine Todesfälle verursacht (Levin et al., 2020), das hauptsächlich in Alberta auftritt. Ontario und Britisch-Kolumbien. In Kanada hingegen tritt für die Altersgruppe der 85+ Jahre das Gegenteil ein: Die mittlere Baseline-Magnitude im Sommer 2020 (ACM/w) ist deutlich kleiner als der Trendwert 2010-2019 für diese Altersgruppe (Abbildung 6a).

Die Abbildungen 3a & 3b zeigen folgende Punkte zur COVID-Periode:

- Nur ON, QC und BC haben signifikante „C“-Merkmale („covid-peaks“). Die anderen sieben Provinzen haben keine statistisch nachweisbaren „C“-Merkmale.
- Das „C“-Merktmal in den QC-Daten ist sehr stark, mittelmäßig in ON und relativ schwach in BC.
- Während AB, MB und SK keine „C“-Merkmale hatten, haben sie im Vergleich zu ihren früheren Sterblichkeiten in der Wintersaison seit 2010 ungewöhnlich große „2“-Merkmale, insbesondere AB.

Diese Beobachtungen sind in erweiterten Ansichten der einzelnen Provinzen im Maßstab Y einfacher zu machen:

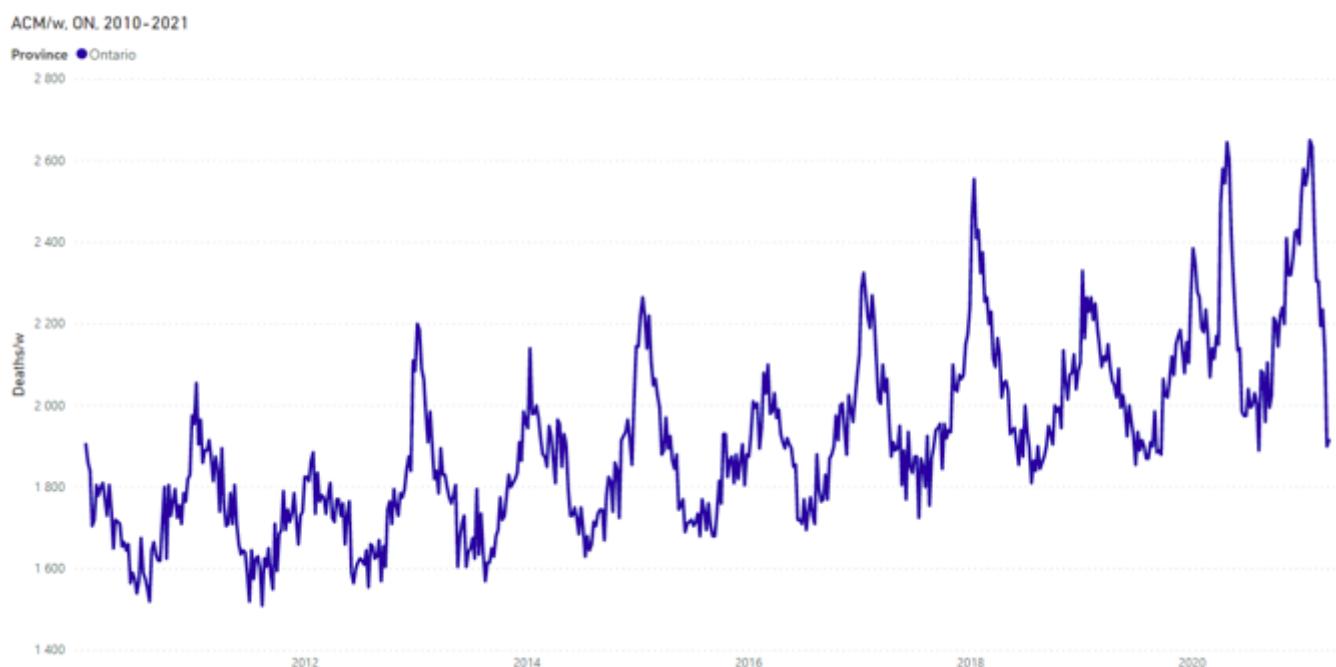


Abbildung 5-ON: Gesamtmortalität nach Woche in Ontario von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w. QC, 2010-2021

Province ● Quebec



Abbildung 5-QC: Gesamtmortalität nach Woche in Quebec von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w. BC, 2010-2021

Province ● British Columbia



Abbildung 5-BC: Gesamtmortalität nach Woche in British Columbia von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w, AB, 2010-2021

Province ● Alberta

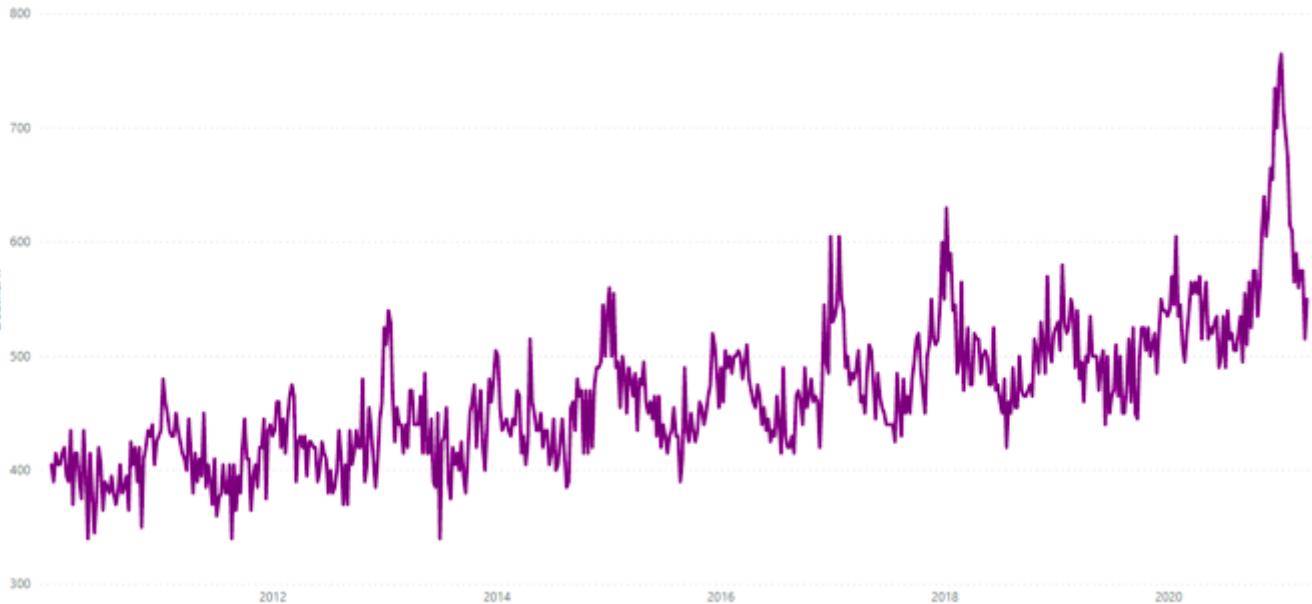


Abbildung 5-AB: Gesamtmortalität nach Woche in Alberta von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w, SK, 2010-2021

Province ● Saskatchewan

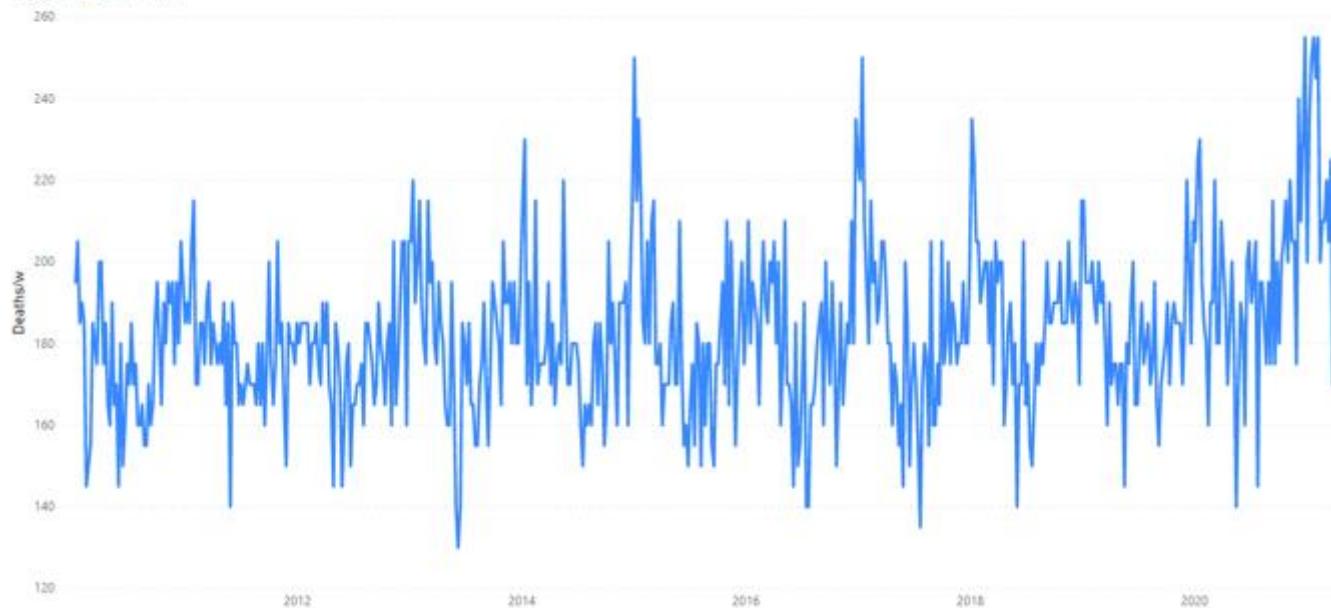


Abbildung 5-SK: Gesamtmortalität nach Woche in Saskatchewan von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w. NS, 2010-2021

Province ● Nova Scotia

260

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Deaths/w

2012

2014

2016

2018

2020

Abbildung 5-NS: Gesamtmortalität nach Woche in Nova Scotia von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w. MB-NB-NL-PEI, 2010-2021

Province ● Manitoba ● New Brunswick ● Newfoundland and Labrador ● Prince Edward Island

350

300

250

200

150

100

50

0

Deaths/w

2012

2014

2016

2018

2020

Abbildung 5-MB-NB-NL-PEI: Gesamtmortalität pro Woche von 2010 bis 2021 für, von oben nach unten, Manitoba (MB), New Brunswick (NB), Neufundland und Labrador (NL) und Prince Edward Island (PEI . ). Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden aus StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

Vor allem:

- Das „C“-Merkmal („covid-peak“) für Quebec ist unter allen Provinzen außergewöhnlich groß. Neben anderen Faktoren ist bekannt, dass Heimarbeiter in Quebec ihre eingesperrten Patienten *massenhaf*t verlassen haben , vermutlich aus Angst, was sogar zu strafrechtlichen Ermittlungen führte.[2]
- Das „C“-Merkmal („covid-peak“) für Ontario ist ebenfalls eindeutig anomal, als ein großes Merkmal dieser Größenordnung und Form so spät in der Wintersterblichkeitssaison. Es gab auch in Ontario eine groß angelegte Nachlässigkeit in Pflegeheimen, die in investigativen Medienartikeln und einem Militärbericht dokumentiert ist.[3]

- Das „C“-Merkmal („covid-peak“) ist für British Columbia vorhanden und weist auf einige maßnahmen- und behandlungsinduzierte Todesfälle in Pflegeheimen und Krankenhäusern hin, jedoch in geringerem Maße als in Ontario und Quebec.
- Das „2“-Feature („2. Welle“) ist in Alberta massiv, was unter allen Provinzen außergewöhnlich ist. Der Höchstwert ist für Alberta im Jahrzehnt 2010-2020 doppelt so hoch wie jeder andere Wintergipfel. Alberta weist auch eine außergewöhnlich hohe Sterblichkeit im Sommer 2020 auf, verglichen mit dem Trend der Sommer-Tiefmittelwerte der letzten Jahrzehnte.
- Sowohl Ontario als auch Saskatchewan weisen im Vergleich zu ihren jeweiligen Trends der Sommer-Tiefenmittelwerte der letzten Jahrzehnte hohe Sterblichkeitsraten im Sommer 2020 und ungewöhnlich große „2“-Merkmale („2. Wellen“) auf, jedoch nicht in dem für Alberta beobachteten Grad .
- Die meisten Provinzen an der Ostküste (NS, NL, PEI, nicht NB) haben saisonale Zyklen von ACM mit kleiner Amplitude; und keine, für die es Daten gibt (NS, NL, NB) haben ACM/w, die Hinweise auf eine COVID-19-Pandemie oder -Störung aufweisen, keine (Daten fehlen für PEI).

### 3.4 Analyse von ACM/w nach Altersgruppe und nach Geschlecht

Die Diagramme von ACM/w, von Januar 2010 bis März 2021, für Kanada, nach Altersgruppe (Alter zum Zeitpunkt des Todes), für die vier Altersgruppen (0-44, 45-64, 65-84, 85+ Jahre) , sind wie folgt.

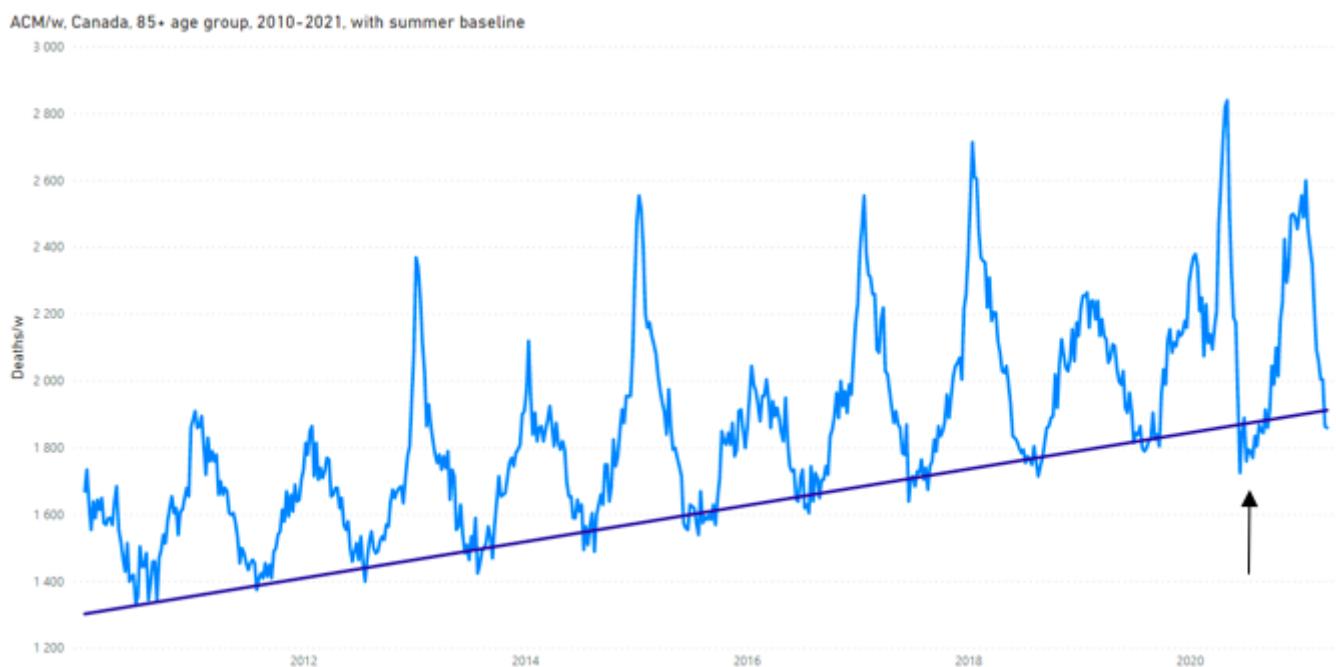


Abbildung 6a: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada für die Altersgruppe 85+, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt Sommer 2013 bis Sommer 2019 unter Verwendung der folgenden Sommerwochen: 2013-Wochen 24-37, 2014-Wochen 28-33, 2015-Wochen 25-38, 2016-Wochen 24-34, 2017-Wochen 24-33, 2018-Wochen 27-35, 2019-Wochen 26-38. Der Pfeil weist auf eine im Text beschriebene Funktion hin. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w, Canada, 65-84 age group, 2010-2021

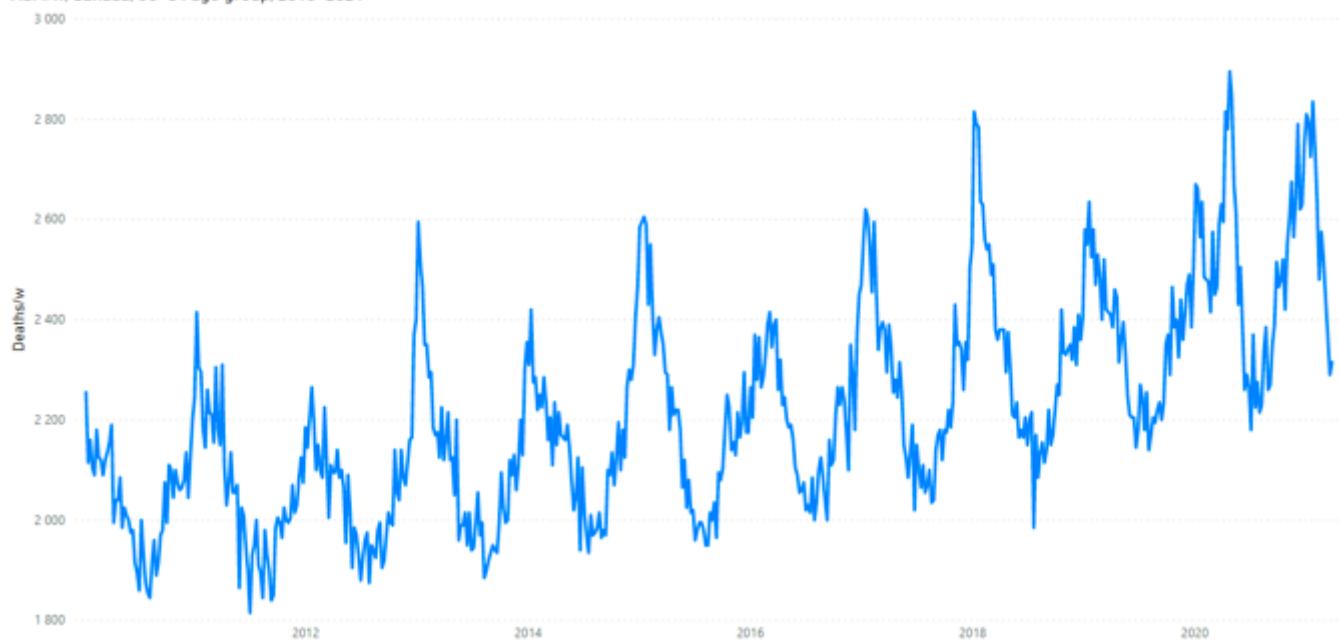


Abbildung 6b: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada für die Altersgruppe der 65- bis 84-Jährigen, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt . beschrieben 2.

ACM/w, Canada, 45-64 age group, 2010-2021

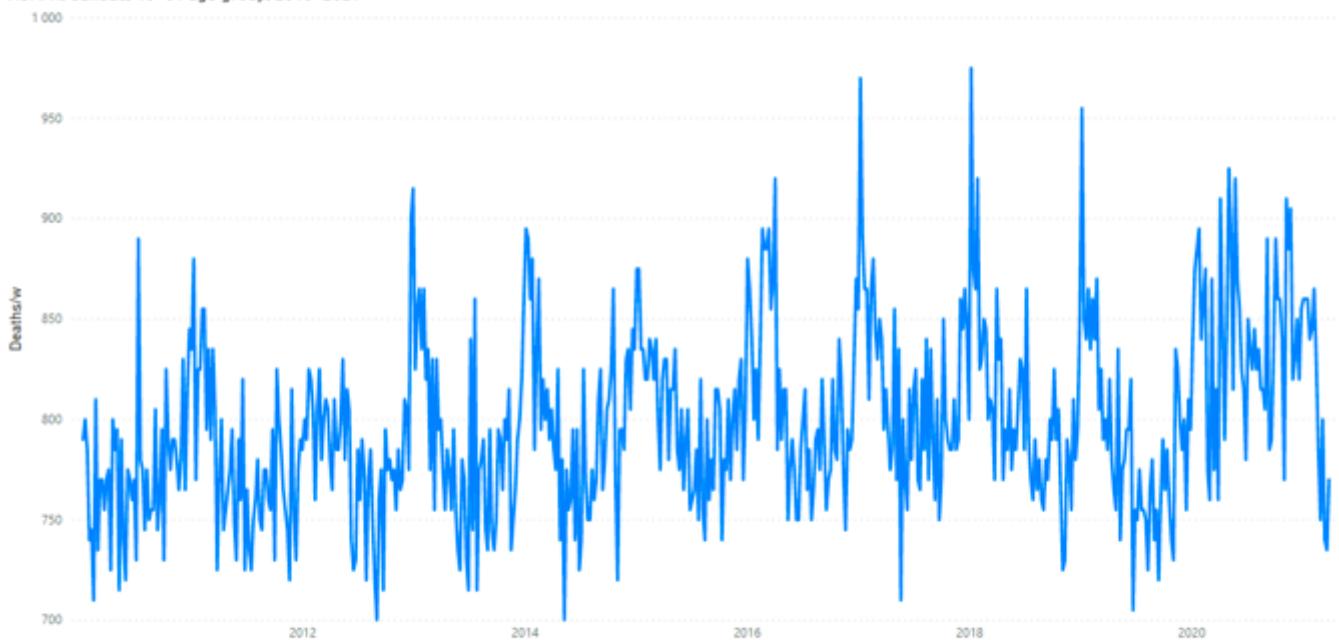


Abbildung 6c: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada für die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt . beschrieben 2.

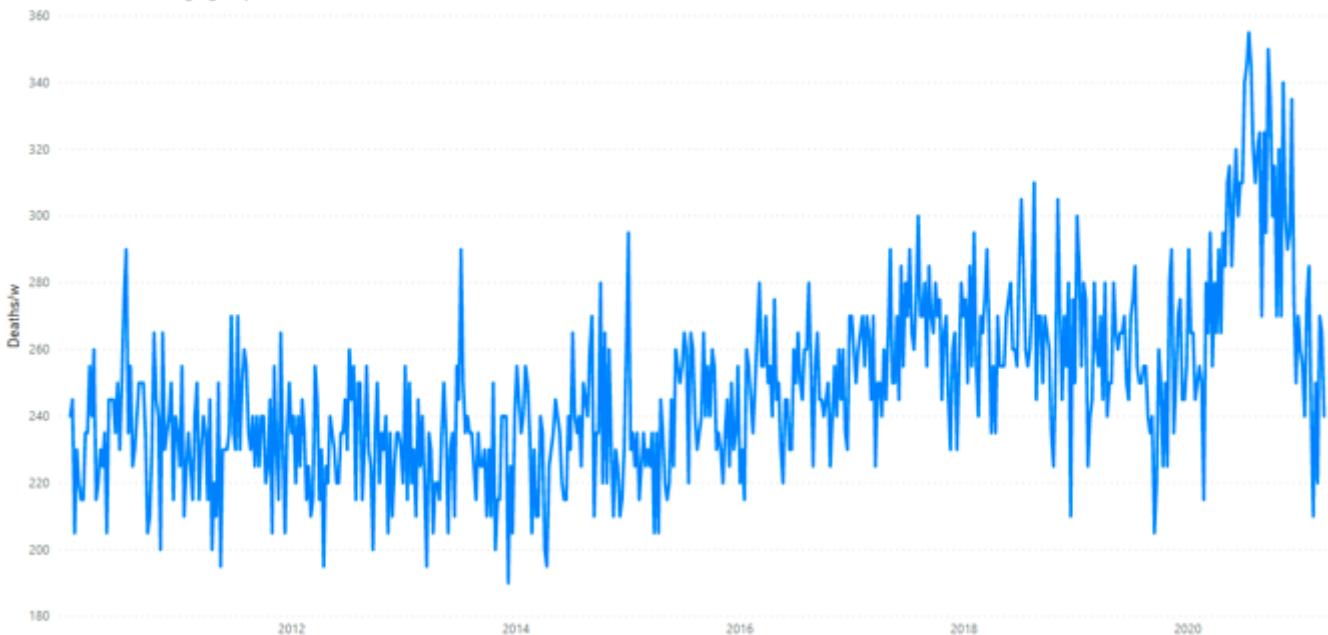


Abbildung 6d: Gesamt mortalität nach Woche in Kanada für die Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie in Abschnitt . beschrieben 2. Zu den in den Abbildungen 6a bis 6d gezeigten ACM/w-Daten können mehrere Beobachtungen gemacht werden:

- Die Amplitude (sommerlicher mittlerer Basiswert zum Wintermaximum) der jahreszeitlichen Variationen von ACM/w, normalisiert durch den mittleren Sommer-Basiswert, variiert signifikant mit dem Alter, ungefähr wie folgt: nahe Null für 0-44 Jahre (keine jahreszeitliche Variation), 20 % für 45-64 Jahre, 30 % für 65-84 Jahre und etwa 60 % für 85+ Jahre. Die Ursachen für die erhöhten Wintertodesfälle sind bei älteren Menschen wirksamer, und zwar umso mehr, je älter man wird.
- Die Muster („Fingerabdrücke“) von ACM/w sind für die Altersgruppen 85+ und 65-84 Jahre vor der COVID-Periode (vor dem 11. März 2020) im Wesentlichen identisch. Siehe Diagramme mit direkten Vergleichen im Anhang. Dies deutet darauf hin, dass die Ursachen für eine erhöhte Wintersterblichkeit und ihr Zeitpunkt normalerweise in den beiden Altersgruppen gleich sind, wobei nur das Ausmaß für die Altersgruppe durch eine erhöhte allgemeine Gebrechlichkeit bei den meisten älteren Menschen beeinflusst wird. Anders ausgedrückt: Eine Altersgruppe stirbt nicht an anderen Ursachen als die andere, was die erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit im Winter betrifft.
- Der letztgenannte Punkt in Bezug auf praktisch identische Zeitstrukturen innerhalb der Saison für jede gegebene Jahreszeit in den beiden Altersgruppen der Ältesten, einschließlich der COVID-Periode, legt nahe, dass der Treiber der erhöhten Wintersterblichkeit durch die gleiche Ursache synchronisiert wird ( s) für die beiden Altersgruppen, die Vitaminmangel, Krebs, Herzinfarkt und Schlaganfälle ausschließen, allein handeln, aber Wetter, plötzliche gesellschaftliche oder wirtschaftliche oder institutionelle Veränderungen, plötzliche geologische Ereignisse oder plötzliches Auftreten hoher Konzentrationen von Krankheitserregern nicht ausschließen in den Lebenswelten.
- Das „C“-Merkmal („covid-peak“) in der ACM/w der Altersgruppe 85+ (Abbildung 6a) ist im Vergleich zu bekannten ACM nach Zeitdaten der letzten Jahrzehnte für europäische und nordamerikanische Jurisdiktionen anomal . Sein dramatischer Rückgang erfolgt in nur 6 Wochen (ebenso wie sein Anstieg) in den Wochen vom 2. 2013 bis 2019 (Abbildung 6a).
- Als solches ist das „S“-Merkmal in der ACM/w der Altersgruppe 85+ (Abbildung 6a) ebenso ungewöhnlich. Warum sollten 85-jährige in Kanada im Sommer 2020, mitten in der Pandemie, zwischen der mutmaßlichen ersten und zweiten Todeswelle relativ unempfindlich gegenüber dem Sterben sein? Unsere Interpretation lautet: Der Tod vieler über 85-Jähriger wurde zu einer Zeit, in

der die saisonale VRD-Übertragung gering ist, künstlich beschleunigt, so dass sich ihr Tod nicht auf den folgenden Sommer und Herbst verteilt, wie es normalerweise der Fall wäre.

- Eine weitere große Anomalie, die als nationale Gesundheitskatastrophe von historischem Ausmaß betrachtet werden sollte, aber in den Medien und regierungsamtlichen Äußerungen praktisch nicht vorkommt, ist in Abbildung 6d für die Altersgruppe der 0- bis 44-Jährigen dargestellt. Hier sehen wir einen signifikanten Anstieg der Todesfälle, von einem Plateauwert vor der COVID-Periode von etwa 260 Todesfällen/w auf einen Sommer-2020-Wert von etwa 320 Todesfällen/w, der mindestens 28 Wochen andauert, bis Anfang Dezember 2020. Der Höchststand entspricht ungefähr 2.000 zusätzlichen Todesfällen in dieser Altersgruppe von 0 bis 44 Jahren in Kanada, nachdem die WHO eine Pandemie ausgerufen hatte.
- Letztere Todesfälle können nicht auf COVID-19 zurückgeführt werden, da die mutmaßliche Krankheit in dieser Altersgruppe praktisch nicht tötet und es in den Sommermonaten zu einer geringen Übertragung von VRDs kommt. Ein ähnlicher, aber geringerer relativer Anstieg der Todesfälle im Sommer 2020 tritt in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen auf (Abbildung 6c).

Die übermäßigen Todesfälle in der COVID-Periode in den jüngeren Altersgruppen können nach Geschlecht und Provinz weiter untersucht werden. Relevante Diagramme von ACM/w sind wie folgt für die Altersgruppe 0-44 Jahre, zuerst für Kanada, dann für ausgewählte Provinzen.

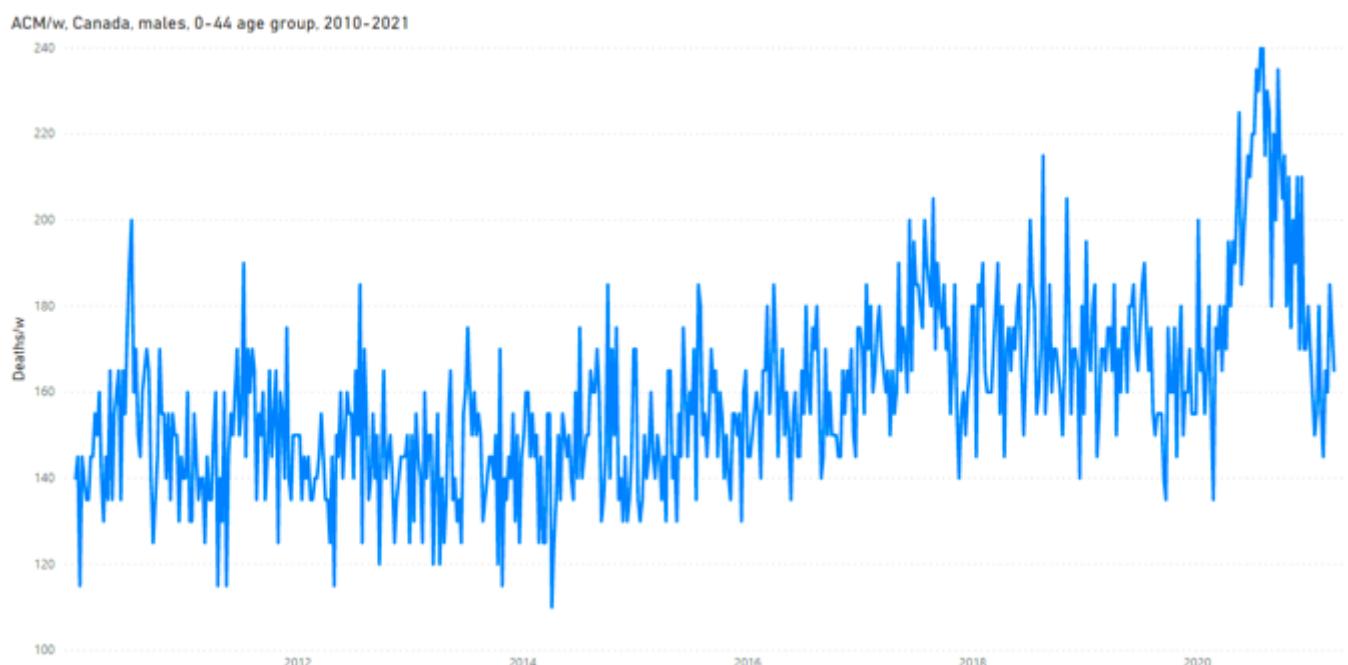


Abbildung 7a: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie beschrieben im Abschnitt 2.

ACM/w, Canada, females, 0-44 age group, 2010-2021



Abbildung 7b: Gesamt mortalität nach Woche in Kanada für Frauen der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2021) abgerufen, wie beschrieben im Abschnitt 2.

Die Abbildungen 7a und 7b zeigen, dass junge kanadische Männer im Allgemeinen in den letzten zehn Jahren fast doppelt so häufig (ungefähr 1,7-mal) an irgendeiner Ursache sterben als junge kanadische Frauen (0-44 Jahre).

Diese Zahlen (Abbildungen 7a und 7b) zeigen auch, dass die überhöhten Todesfälle im Sommer 2020 in dieser Altersgruppe auf nationaler Ebene (Abbildung 6d) fast ausschließlich auf männliche Todesfälle zurückzuführen sind. Dies gilt auch für alle Provinzen, die dieses Merkmal in der Altersgruppe 0-44 Jahre aufweisen. Praktisch nur Männer tragen zu diesen übermäßigen Todesfällen bei.

Als nächstes untersuchen wir die Todesfälle von Männern im Alter von 0-44 Jahren nach Provinz wie folgt.

ACM/w, ON, males, 0-44 age group, 2010-2021

Province ● Ontario

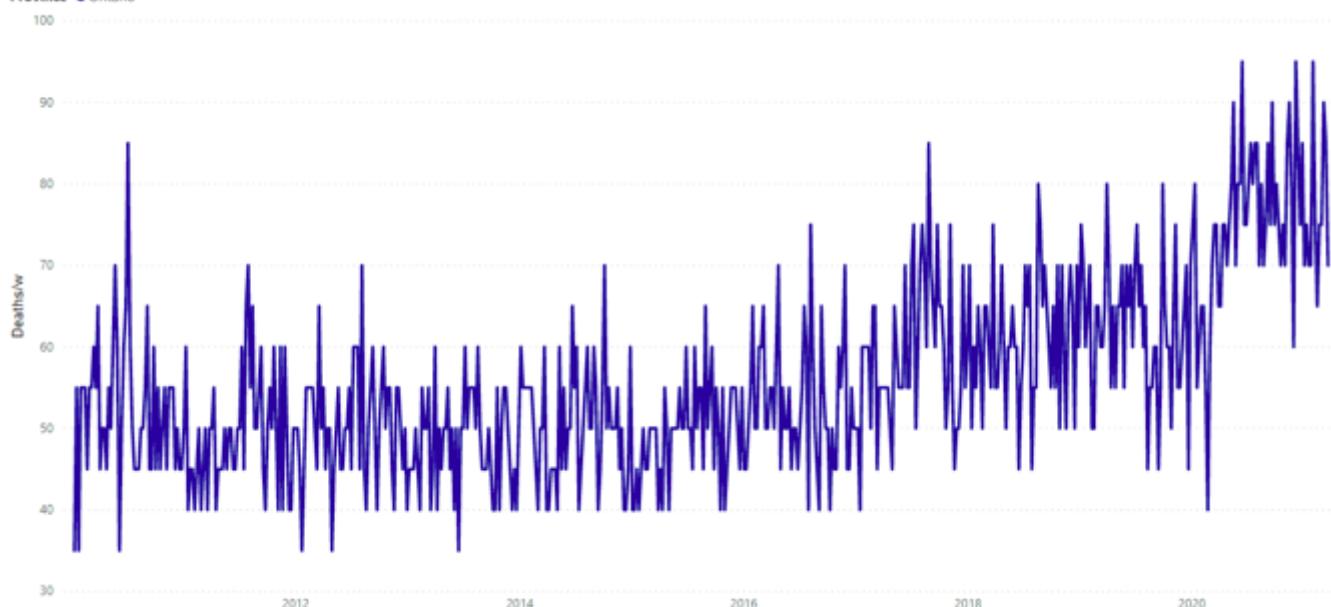


Abbildung 8-ON: Gesamtmortalität nach Woche in Ontario für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021), wie in Abschnitt 2 beschrieben.

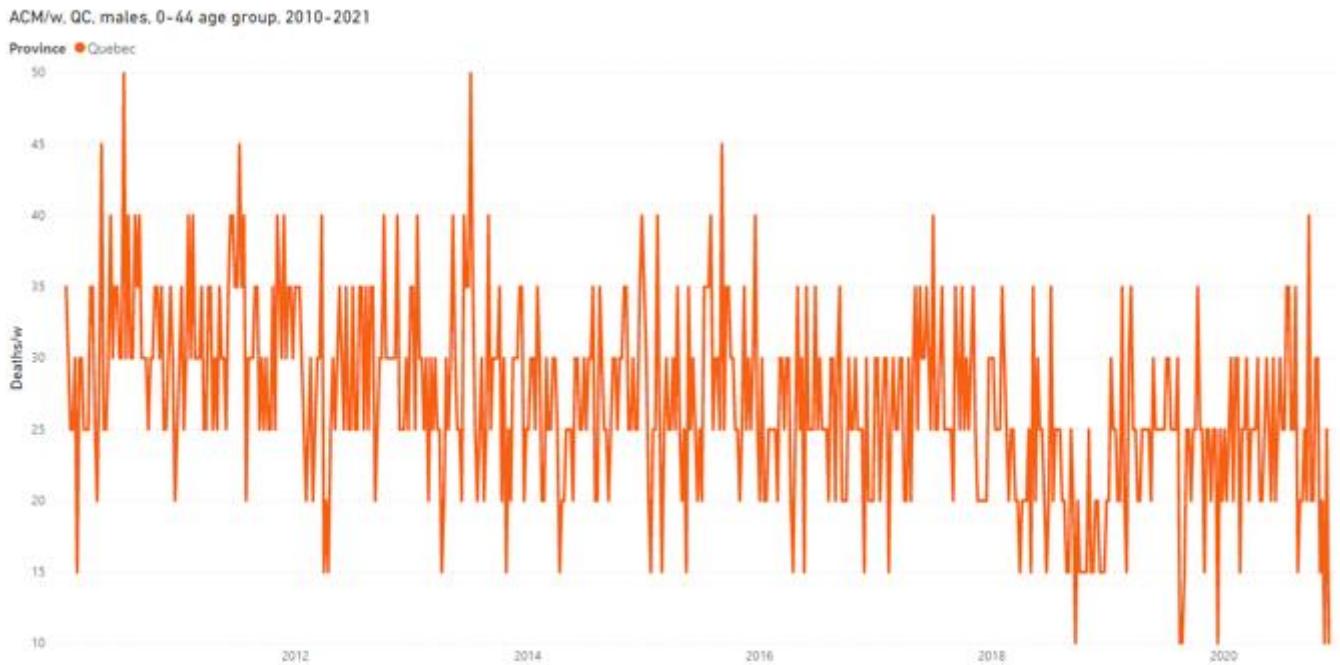


Abbildung 8-QC: Gesamtmortalität nach Woche in Quebec für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021), wie in Abschnitt 2 beschrieben.

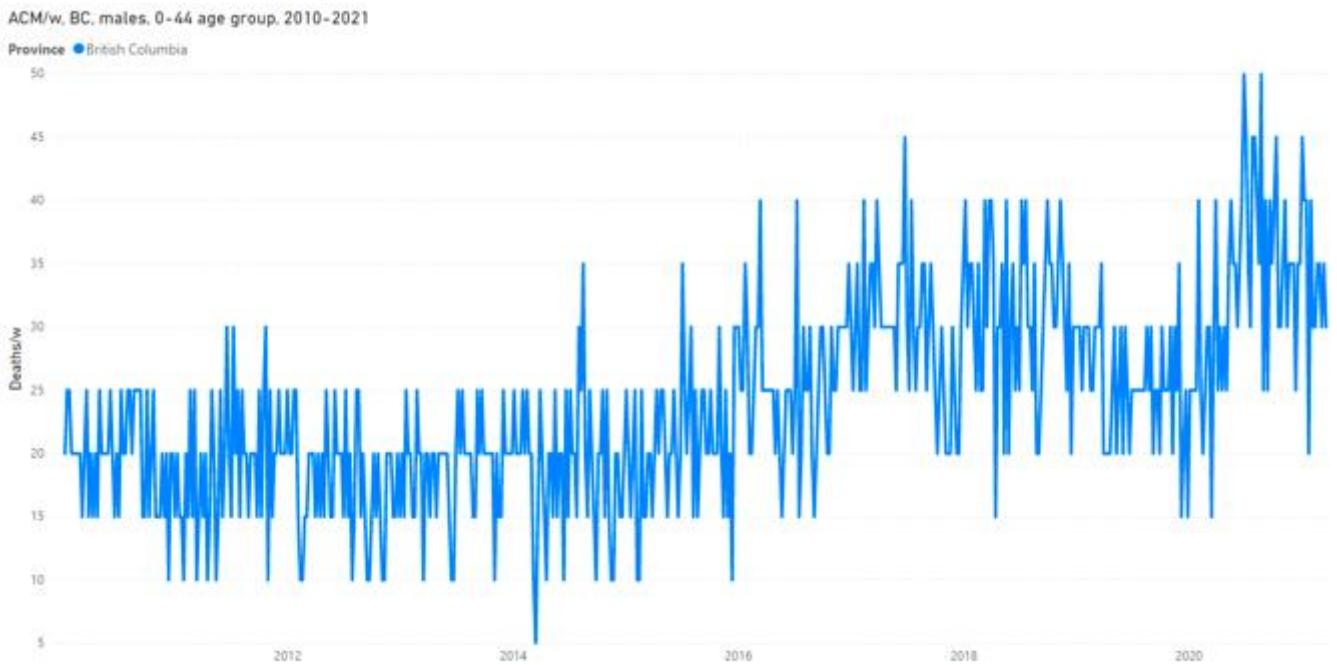


Abbildung 8-BC: Gesamtmortalität nach Woche in British Columbia für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021), wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w, AB, males, 0-44 age group, 2010-2021

Province ● Alberta

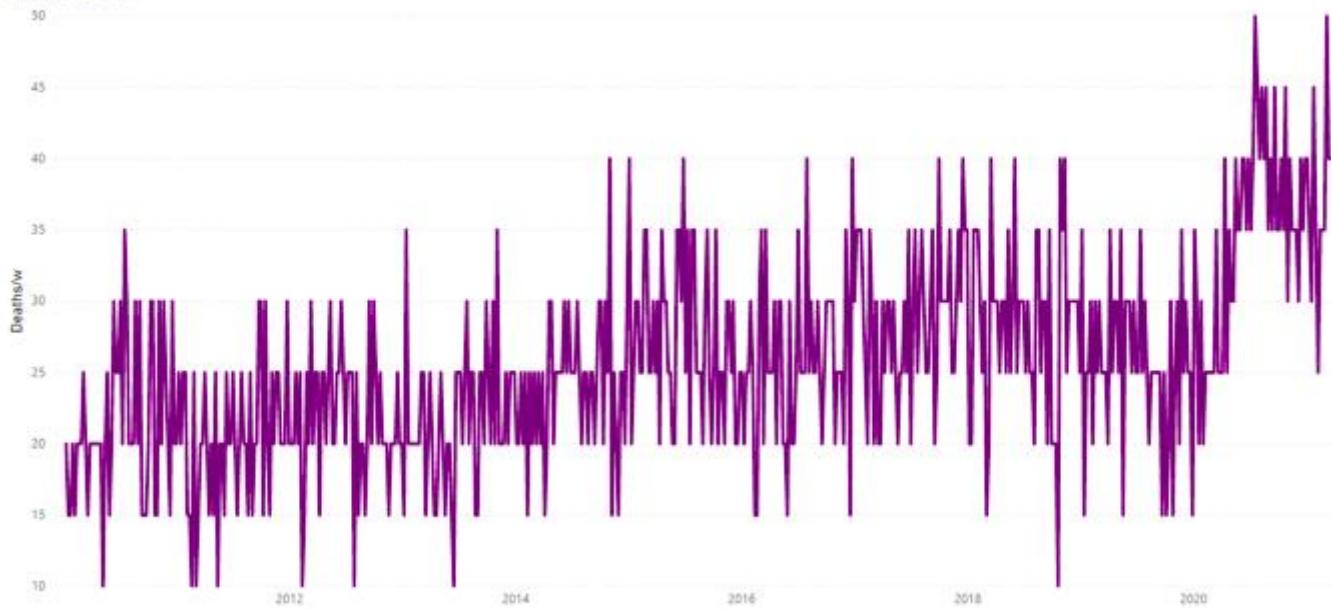


Abbildung 8-AB: Gesamtmortalität nach Woche in Alberta für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021), wie in Abschnitt 2 beschrieben.

ACM/w, SK, males, 0-44 age group, 2010-2021

Province ● Saskatchewan

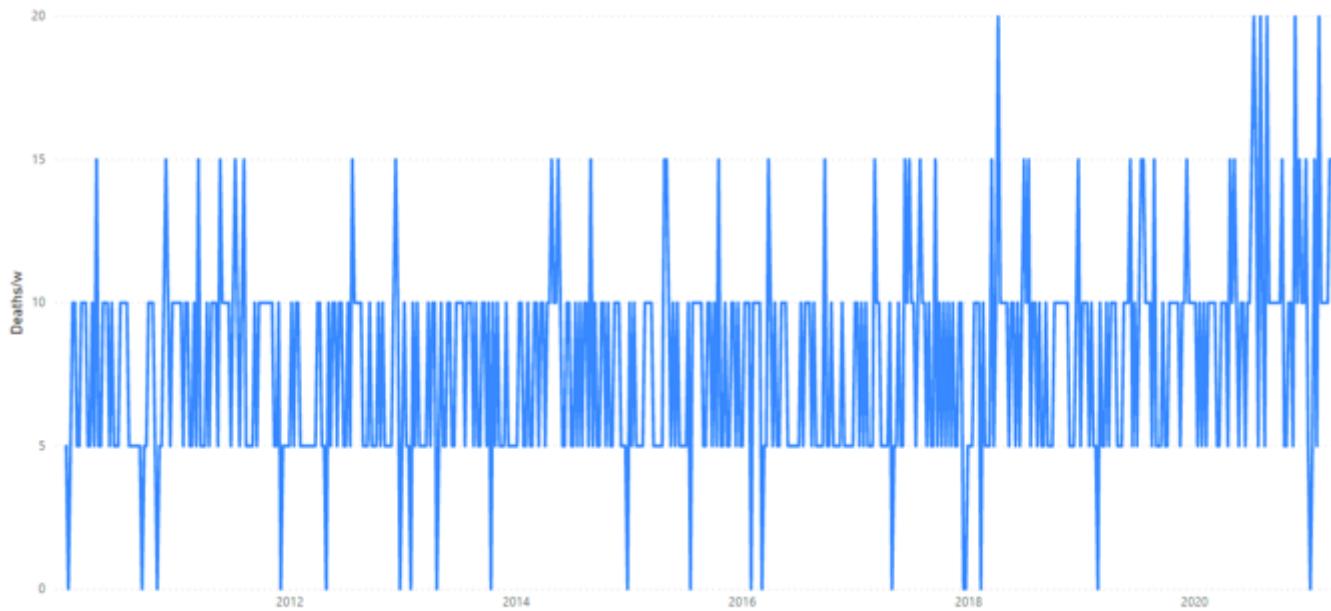


Abbildung 8-SK: Gesamtmortalität nach Woche in Saskatchewan für Männer der Altersgruppe 0-44 Jahre, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021), wie in Abschnitt 2 beschrieben.

So sehen wir, dass das Phänomen der übermäßigen Todesfälle von Männern im Alter von 0-44 Jahren in den bevölkerungsreichen Provinzen sowie in Saskatchewan und Manitoba (nicht gezeigt), jedoch in Quebec ausnahmsweise nicht vorhanden ist.

Hat sich das mutmaßliche SARS-CoV-2-Virus entschieden, in der Provinz Quebec nicht so zu handeln, oder gibt es eine andere Erklärung? Unsere Interpretation ist, dass die übermäßigen Todesfälle bei Männern der Altersgruppe 0-44 Jahre auf den Stress der groß angelegten und anhaltenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Reaktionen auf die erklärte Pandemie zurückzuführen sind und dass der erlebte Stress bei jungen Männern in Quebec geringer ist, weil von bedeutenden kulturellen

Unterschieden mit anglophonen Provinzen, unter Bedingungen, die von allen Provinzregierungen auferlegt werden.

#### 4. Diskussion

##### 4.1 In Bezug auf Pandemien

Wie oben erwähnt, sind die intra- und intersaisonalen Zeitstrukturen und die Homogenität der Gerichtsbarkeit in ACM nach Zeit, bis hin zu kontinentalen geografischen Skalen für mittlere Breiten, in ungestörten Gesellschaften (unerschütterlich durch plötzliche Veränderungen im Zusammenhang mit Weltkriegen oder durch plötzliche globale Reorganisation der „Pandemie-Reaktion“) setzen Einschränkungen hinsichtlich der möglichen Ursachen des saisonalen Phänomens mit hohen Wintersterblichkeitsraten. Ausgeschlossene Ursachen sind: Vitaminmangel, Krebs, Herzinfarkte und Schlaganfälle, alleiniges Handeln. Nicht ausgeschlossene Ursachen sind: Wetter, plötzliche gesellschaftliche oder wirtschaftliche oder institutionelle Veränderungen, plötzliche geologische Ereignisse, plötzliches Auftreten hoher Konzentrationen von Krankheitserregern in der Lebensumgebung oder Kombinationen davon.

Wir plädieren für „plötzliches Auftreten hoher Konzentrationen von Krankheitserregern in der Lebensumgebung“. Es ist bekannt, dass die Stabilität von Aerosolpartikeln in der Luft in mittleren Breiten durch die absolute Feuchtigkeit kontrolliert wird (siehe z. B. Rancourt, 2020b und die darin enthaltenen Referenzen). Wir stellen uns eine Populationsmischung im Sommerhintergrund und eine schnellere Populationsmischung in der Trockenzeit vor, von ständig auftretenden Mutationen von Krankheitserregern, die durch suspendierte Aerosole übertragen werden (dh die gesamte Ökologie der VRD-Viren), gefolgt von einer plötzlichen, durch niedrige absolute Feuchtigkeit induzierten Winterzeit Erhöhung der Konzentrationen (in der gebauten Umwelt – einzelne Wohnungen bis hin zu öffentlichen Räumen) von Aerosolen, die alle diese Krankheitserreger tragen.

Die Infektionen durch die Vielzahl gemeinsam wirkender VRD-Viren würden von einer Reihe opportunistischer bakterieller Co-Infektionen begleitet, unterstützt durch den Trockenluftstress auf das Gewebe der Atemwege.

Wir glauben, dass die genomzentrierte Sichtweise einzelner einzigartiger viraler Mutationen/Varianten, die saisonale Strukturen in ACM über die Zeit erklären, zu eng und überbetont ist. Die Beiträge des Wetters und der Vielzahl der mitwirkenden Erreger müssen relevanter sein als die „besondere-besondere-neue-Mutation/Varianten-Virologen-Sicht“, sonst würden Pandemien in ACM durch Zeitdaten beobachtet, und sie sind es nicht.

Einfach ausgedrückt ist das Pandemie-Paradigma eine schöne Theorie, die den Genom-Jockeys sehr zusagt, aber nicht durch harte epidemiologische Daten gestützt wird, und es hat ein großes Potenzial, das Denken der öffentlichen Gesundheit zu trüben, indem es den Fokus auf einen mutmaßlich pathogenspezifischen lenkt Krankheit, anstatt alle wichtigen Aspekte einer Gesundheitskrise oder einer chronischen Krankheit zu identifizieren und anzugehen.

Zumindest in Kanada haben wir im vorliegenden Artikel gezeigt, dass im COVID-Zeitraum keine zusätzliche jährliche oder saisonale integrierte Mortalität auftritt (Abbildungen 1 & 2). In Kanada gab es keine COVID-19-Pandemie, die in ACM zeitlich nachzuweisen ist. Es wäre eine Fantasie zu glauben, dass Kanada die Todesfälle durch die COVID-19-Pandemie durch seine übereilte, unterschiedliche und unbewiesene Reaktion auf die Pandemie vermieden hat, um die resultierenden jährlichen und saisonalen Nettosterblichkeiten genau an den Trend des letzten Jahrzehnts anzupassen (Abbildung 2 ).

##### 4.2 Zum „C“-Merkmal („covid-peak“) in ACM nach Zeit

Das Auftreten dramatischer Unterschiede von Gerichtsbarkeit zu Gerichtsbarkeit (jurisdiktionselle Heterogenität) in der Größenordnung (relativ zur Sommerbasislinie) des „C“-Merkmals („covid-peak“) in ACM/w nach Provinz in Kanada ist allen diametral entgegengesetzt ACM-Zeitdaten aus der Zeit vor der

COVID-Periode, die wir für viele Jurisdiktionen (Länder, Regionen, Provinzen, Landkreise) in Nordamerika und Europa über die vielen Jahrzehnte der verfügbaren Daten untersucht haben.

Während die integrierten Winter-Burden-Sterblichkeiten vor der COVID-Periode (über den linearen Sommer-Baseline-Trends), normalisiert durch die durchschnittliche Baseline-Sterblichkeit im Sommer oder durch die Bevölkerung der Rechtsordnungen, zwischen den Rechtsordnungen immer relativ konstant sind, variiert das Merkmal „Covid-Spitze“ zwischen den Rechtsordnungen in a . stark einem bestimmten Land oder zwischen Ländern, die oft nicht oder grenzwertig erkennbar sind, im Vergleich zu extremen „Hot-Spot“-Gerichtsbarkeiten.

Für Frankreich berechnen wir, dass die Standardabweichung der durch die Bevölkerungszahl dividiert durch den Mittelwert (sd/Mittelwert) normalisierten „covid-peak“-integrierten Magnitude auf der Grundlage von Zuständigkeitsbereichen auf regionaler Ebene dreimal größer ist als die Standardabweichung für die integrierte Winterlast-Magnitude (integriert über dem linearen Trend der Sommer-Tal-Minimums) normalisiert durch die Bevölkerung dividiert durch den Mittelwert (SD/Mittelwert) (Artikel in Vorbereitung).

Wir argumentieren, dass eine solche rechtliche Heterogenität nicht auf eine VRD-Epidemie in einer ungestörten Gesellschaft zurückzuführen sein kann, da ein solches Phänomen in den vielen Jahrzehnten, da zuverlässige Daten für viele Gerichtsbarkeiten verfügbar sind, noch nie zuvor aufgetreten ist. Nur eine ungewöhnlich große Störung der Gesellschaft kann ein solches Phänomen hervorbringen.

Wir glauben, dass es kein Zufall ist, dass alle „Covid-Peaks“ – in Jurisdiktionen, in denen sie auf beiden Kontinenten auftreten – sofort (innerhalb einer Woche oder so) nach der Ankündigung einer Pandemie durch die WHO vom 11. . Wir glauben, dass Viren nicht plötzlich überall als Reaktion auf das WHO-Memo reagiert haben, in den Jurisdiktionen, in denen das „Covid-Peak“-Merkmal in ACM mit der Zeit auftritt.

#### **4.3 Zum Sommer-2020-Niveau und dem „2“-Merkmal („2. Welle“) in ACM nach Zeit**

Heterogenität nach Provinzen ist auch im Sommer-2020-Niveau und im „2“-Merkmal („2. Welle“) in der COVID-Periode von ACM/w in Kanada vorhanden (insbesondere für Alberta, Abbildung 5-AB).

Es ist unwahrscheinlich, dass ein gleiches Virus, das eine Pandemie verursacht, allein im Sommer-2020-Zeitraum zu signifikanten zusätzlichen Todesfällen geführt hat, relativ zum linearen Trend der Sommer-Basiswerte, unabhängig von der Größe des vorangegangenen „Covid-Peaks“: Ontario (Abbildung 5-ON), British Columbia (Abbildung 5-BC) und Alberta (Abbildung 5-AB), jedoch nicht merklich in Quebec (Abbildung 5-QC).

Es ist möglich, dass die übermäßigen Todesfälle im Sommer-2020-Zeitraum durch die gesellschaftliche Störung der Pandemiereaktion (mehr unten) verursacht wurden, ohne mit einer VRD in Verbindung gebracht zu werden, außer sekundär *über* den sogenannten „trockenen Zunder“-Effekt nach einem großen „Covid-Spitze“.

Auffälliger ist, dass der „2“-Merkmal („2. Welle“) für Alberta im Vergleich zu jeder anderen Provinz massiv ist, während in dieser Provinz kein wahrnehmbarer „Covid-Peak“ auftritt (Abbildung 5-AB). Ein eine Pandemie verursachendes Virus kann sich nicht entscheiden, keine „1. Welle“, sondern nur eine „2. Welle“ in einer Provinz eines kontinuierlich verbundenen Landes mit ähnlicher Provinzbevölkerung zu produzieren. So etwas wurde unseres Wissens noch nie beobachtet.

Wir argumentieren, dass der Peak des „2“-Merkmals („2 in der Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung gegenüber dem Stress der auferlegten Maßnahmen.

Kurz gesagt, wie beim „Covid-Peak“ kann eine solche rechtliche Heterogenität nicht das Ergebnis des Genoms eines bestimmten viralen Erregers sein. Eine solche epidemiologische Heterogenität der mutmaßlichen VRD-Mortalität wurde bisher in Nordamerika oder Europa in vielen Jahrzehnten zuverlässiger ACM-nach-Zeit-Daten nicht beobachtet. VRD-Viren jeder Mutation oder Varietät erkennen keine Zuständigkeitsgrenzen und verhalten sich bei ähnlichen Populationen in zusammenhängenden

Gebieten nicht so unterschiedlich. Die großen Merkmale der ACM-nach-Zeit-Daten für den COVID-Zeitraum können nur erklärt werden, indem auf zusätzliche kausale Faktoren über den begrenzten Bereich der Virologie hinaus zurückgegriffen wird.

#### 4.4 Bezuglich Altersgruppenspezifika in ACM nach Zeit

Die ACM/w in Kanada für die Altersgruppe 85+ (Abbildung 6a) ermöglichte es uns, das komplexe und ungewöhnliche Verhalten der Sterblichkeit in der COVID-Periode teilweise aufzuklären. Wie oben erwähnt, hängt der starke Rückgang seines „Covid-Peaks“ mit einem Sommer 2020 zusammen, der für diese Altersgruppe eine anomale geringe Sterblichkeit aufweist (Abbildung 6a).

Dies ist umso überraschender, als die Sterblichkeit im Sommer 2020 für alle Altersgruppen ungewöhnlich hoch ist (Abbildung 1). Kumuliert weisen alle Altersgruppen eine ungewöhnlich hohe Sterblichkeit im Sommer 2020 auf, während die Altersgruppe der über 85-Jährigen eine ungewöhnlich geringe Sterblichkeit im Sommer 2020 aufweist. Die Sterblichkeit der jüngeren Kanadier stieg in einer Saison, die normalerweise nicht viele VRD-Infektionen mit sich bringt, während die Sterblichkeitsrate der am meisten gealterten Kanadier geringer war.

In den ACM/w-Daten für die Altersgruppe der über 85-jährigen (Abbildung 6a) könnte der „Covid-Peak“ gefolgt von einer ungewöhnlich geringen Sterblichkeit im Sommer 2020 ein überzeugendes Beispiel für den sogenannten „trockenen Zunder“-Effekt sein, in dem die aufeinanderfolgenden Sterblichkeiten in der Wintersaison als antikorreliert gelten, da ein strenger Winter im folgenden Winter weniger gebrechliche ältere Menschen zum Sterben zurücklässt. Während diese postulierte Winter-zu-Winter-Antikorrelation nicht leicht zu erkennen ist, außer in früheren Zeiten, als die Sterblichkeit höher war (siehe Mitte der 1940er bis Mitte der 1950er Jahre für Frankreich, Abbildung 1 von Rancourt, Baudin, Mercier, 2020), hier (Abbildung 6a) zeigen wir den Effekt innerhalb eines Ausnahmejahres in aktuellen Zeiten.

Schließlich gibt es die anomale Massensterblichkeit junger Männer in Kanada, insbesondere in Alberta, aber nicht in Quebec, im Sommer 2020 und bis in den Herbst hinein (Abbildung 7, alle Teile). Diese ignorierte und stille Epidemie ist höchstwahrscheinlich nicht auf eine VRD zurückzuführen und verdient eine eigenständige unabhängige Untersuchung.

#### 4.5 Zu den Ursachen von reaktionsinduzierten Todesfällen

Wir versuchen, plausible Mechanismen zu beschreiben, durch die plötzliche Störungen in der Gesellschaft zu Todesfällen führen oder die Todesfälle zu einem späteren Zeitpunkt reduzieren können, ohne dass sich die jährliche oder saisonale Sterbelast im Vergleich zu einem dekadischen Trend notwendigerweise signifikant ändert (Rancourt, 2020) (Rancourt, Baudin, Mercier ., 2020).

Wir schlagen vor, dass es drei große Kategorien solcher plausibler Mechanismen gibt:

- Medizinische Reaktions-, Behandlungs- und Palliativprotokolle, die zu Beginn der proklamierten und von den Medien gehypten Pandemie angenommen wurden.
- Pandemiereaktion, Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit, institutionelle Protokolle (insbesondere Schulen, Pflegeheime und Krankenhäuser), wirtschaftliche Umwälzungen, Sperren, Ausgangssperren, Selbstquarantäne usw.
- Richtlinien zur Verweigerung medizinischer Behandlung, wie z. B. die Verweigerung der Aufnahme älterer Personen in die Krankenhausversorgung oder die Verlegung von Patienten aus der Krankenhausversorgung.

In Frankreich zum Beispiel, wie auch in vielen anderen Ländern, kam es ab März 2020 zu enormen sozialen und medizinischen Störungen, die weder geplant noch zuvor angewendet wurden. Die in Kraft getretene nationale Sperrung war eine Anordnung, zu Hause zu bleiben, einschließlich des Verzichts auf den Besuch des Hausarztes und den Notruf nur bei Atembeschwerden, was für sich genommen eine gefährliche Empfehlung war, da Menschen mit diesen Symptomen waren meist schon in einem späten Krankheitsstadium, oft stationär direkt auf die Intensivstation eingeliefert. Dieses rücksichtslose Protokoll der Gesundheitsbehörden betraf nicht nur COVID-19, sondern allgemein alle medizinischen Zustände, da

die Menschen gebeten wurden, zu Hause zu bleiben, ihren Hausarzt nicht aufzusuchen oder in Krankenhäusern zu erscheinen (um eine unüberschaubare institutionelle Belastung zu vermeiden). *Doliprane*® (Acetaminophen) bei Symptomen; und medizinischem Fachpersonal wurde die Verwendung oder der Versuch eines medizinischen Protokolls verweigert. Dies führte dazu, dass die allgemeine Bevölkerung und medizinisches Fachpersonal gemäß den offiziellen Empfehlungen auf die medizinische Versorgung verzichteten. Die behördlichen Empfehlungen könnten dabei eine exzessive und gefährliche Selbstmedikation mit frei verkäuflichen Substanzen wie *Doliprane*® und analogen Medikamenten gefördert haben. Zu den Signaturen der beispiellosen Störung im Gesundheitssystem gehören Veränderungen des spezifischen Drogenkonsums und -konsums im Jahr 2020, wie z. . Ein konkretes Beispiel ist die *Rivotril*®-Medikament (Clonazepam) in seiner injizierbaren Form, das per Dekret[4] ausnahmsweise vom 23. März bis 15. rechtfertigte dies und zeigte im April 2020 einen Anstieg von mehr als 200 % gegenüber dem Mittelwert von Januar 2017 bis Februar 2020 (Chaillot, 2020).

In den USA ist die frühzeitige Übernutzung mechanischer Beatmungsgeräte ein gut untersuchter Aspekt tödlicher medizinischer Maßnahmen bei COVID-19 (Richardson et al., 2020).

Darüber hinaus hätte in Kanada die beispiellose strikte Massenquarantäne und Isolation sowohl kranker als auch gesunder älterer Menschen zusammen und getrennt den Tod vieler von ihnen verursacht und ist wahrscheinlich eine der Hauptursachen für das „Covid-Peak“-Ereignis in Kanada, wo die große Mehrheit der COVID-19-bedingten Todesfälle in Altenpflegeheimen auftrat (Clarke, 2021):

Während der ersten Welle der Pandemie (März bis August 2020) entfielen mehr als 80 % aller gemeldeten COVID-19-Todesfälle auf Bewohner von Pflege- und Seniorenheimen (Ref.). [...] Bis Mitte Dezember (in der zweiten Welle, die von September 2020 bis Februar 2021 dauerte) gab es etwa 44.000 Fälle und 9.200 Todesfälle in Pflege- und Seniorenheimen (Ref). Anfang März 2021 zeigten Berichte, dass Pflege- und Seniorenheime weiterhin den größten Anteil der ausbruchbedingten Fälle und Todesfälle ausmachten und etwa 7 % aller Fälle und mehr als 50 % aller Todesfälle ausmachten (refs).

Durch die besagte Massenquarantäne in Pflegeheimen und -einrichtungen isolierten kanadische Provinzinstitutionen schutzbedürftige ältere Menschen von ihren Familien, beschränkten die Bewegungsfreiheit innerhalb der Einrichtungen und sperrten Einzelpersonen oft tage-, wochen-, wenn nicht sogar monatelang auf ihre Zimmer oder Betten, reduzierten das Personal und erlaubten es dem Personal, abwesend sein, das Personal zu extremen Maßnahmen wie Masken, Schilden und Handschuhen gezwungen, die ein gewisses Maß an Angst oder Schrecken hervorrufen können, eine allgemeine Gefahrenatmosphäre geschaffen und die Luftzirkulation durch das Verschließen von Türen und Fenstern sowie durch das Verhindern von Ein- und Ausstieg verhindert haben Verkehr mit Ausnahme der wesentlichen Dienste (Campbell, 2020; Comas-Herrera, Fernandez, et al. , 2020; Wu, 2020).

Dies hätte beides: die in der Luft schwebenden krankheitserregenden Aerosolpartikel ohne ihre Evakuierung zurückgehalten (Morawska und Milton, 2020); und induzierten psychischen Stress bei den Bewohnern.

Psychischer Stress ist bekannt:

1. ein Hauptfaktor zu sein, der Krankheiten verursacht, einschließlich Immunreaktionsstörungen, Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (Cohen, Janicki-Deverts und Miller, 2007),
2. hinsichtlich der Intensität der Infektion ein dominanter Faktor bei der Empfänglichkeit einer Person für virale Atemwegserkrankungen zu sein (Cohen, Tyrrell und Smith, 1991) und
3. bei älteren Personen schädlichere Wirkungen zu haben als bei jüngeren Personen (Prenderville et al. , 2015).

Darüber hinaus ist bekannt, dass die soziale Isolation selbst zusätzlich zu individuellem psychischem Stress einen zusätzlichen Einfluss auf die genannte Anfälligkeit für virale Atemwegserkrankungen hat (Cohen et al. , 1997).

Darüber hinaus gibt es ein längerfristiges „Lebensaufgabe“-Phänomen, das bei auferlegten längeren Isolationen älterer Menschen auftritt, das sogenannte „Glissement“-Syndrom (oder „Slipping-Away-

Syndrom“ oder „geriatrische Gedeihstörung“), das analog ist zu Depressionen (Robertson und Montagnini, 2004; Clegg *et al.*, 2013; Steptoe *et al.*, 2013; Ong, Uchino und Wethington, 2016).

Die plötzlich angewandte nationale Politik der erzwungenen Quarantäne und der psychische Stress, den sie bei gebrechlichen älteren Menschen erzeugte, hätte zur Abnahme der Effizienz der Reaktion des Immunsystems auf eine virale Atemwegserkrankung beigetragen (Comas-Herrera, Zalakaín, *et al.*, 2020). und dies ist eine wahrscheinliche Erklärung für einen Großteil der Sterblichkeit im „Covid-Peak“ und in der „2. Welle“. Derselbe Mechanismus würde in jeder Umgebung (Einrichtung, Wohngruppe, Heim, Krankenhaus) funktionieren, in der Personen mit Gesundheitsproblemen isoliert und anfällig für psychischen Stress sind.

Während Pflegeheime institutionelle Umgebungen sind, die extrem anfällig für Epidemien sind, während VRD-Epidemien in Pflegeheimen weit verbreitet sind und dies allgemein bekannt ist (Utsumi *et al.*, 2010), und während die beste Empfehlung zur Verhinderung der Ausbreitung einer VRD-Epidemie in a Pflegeheim ist wachsam und eine frühzeitige Diagnose von Fällen klinisch erkrankter infizierter Personen, gefolgt von einer schnellen wirksamen Behandlung und Isolierung/Entfernung dieser Personen (Loeb *et al.*, 2000) (Bowles *et al.*, 2003), daher ist es wichtig zu beachten, dass in kanadischen Pflegeheimen wurde das Gegenteil getan: keine Überwachung auf auftretende klinische Infektionen, keine Behandlung oder Suche nach einer Behandlung, keine gezielte Entfernung/Distanzierung oder Isolierung der klinisch erkrankten infizierten Personen und eine allgemeine Sperrung aller Bewohner. Sogar eine antibiotische Behandlung bakterieller Co-Infektionen könnte ineffektiv verweigert worden sein, wie dies in Frankreich der Fall zu sein scheint (wie oben erwähnt).

Rancourt hat die Situation kürzlich so zusammengefasst:[5]

Der Mechanismus, der Pflegeheime und Einrichtungen für kranke und ältere Menschen zu Tötungsfeldern machte, umfasst die folgenden Elemente (refs):

- Infektionsaussaat durch Krankenhausverlegungen in die Pflegeheime
- universelle Sperren der Pflegeheime
- den Bewohnern der Pflegeheime eine fachärztliche Behandlung verweigert
- reduzierter Personaleinsatz und Personalausfälle in den Pflegeheimen und Fahrlässigkeit
- Kollateraleffekte der allgemeinen Sperrung der Pflegeheime: extreme soziale Isolation, psychischer Stress, reduzierte Aerosol-Absaugung, Verlust der Aufsicht über die Einrichtungen durch Angehörige

Wir können die Anwendung von *Rivotril*® (in Frankreich), die einige ältere Patienten mit Atembeschwerden beendet hätte, und andere Änderungen der Behandlungspraktiken hinzufügen (siehe oben).

#### 4.6 Hätte es weniger Todesfälle gegeben?

Obwohl wir gezeigt haben, dass es keine Pandemie gegeben hat, gibt es dennoch von Jahr zu Jahr Unterschiede in der Sterblichkeit in den Jahren ohne Pandemie, und es bleibt eine berechtigte Frage: Hätten weniger unmittelbare und spätere Todesfälle ohne die Reaktion auf die Pandemie zur Folge?

Wir schließen daraus, dass die Antwort „ja“ lautet. Der „Covid-Peak“ wurde spürbar durch die Pandemie-Reaktion induziert, zu einem Zeitpunkt im langfristigen saisonalen Zyklus, in dem die ACM mit der Zeit immer abnimmt. Es folgte eine anomal geringe Sterblichkeit für die Altersgruppe der über 85-Jährigen, was zeigt, dass die Todesfälle in dieser Altersgruppe beschleunigt waren. Ebenso ist die Sterblichkeit junger Männer (0-44 Jahre) im Sommer 2020 und im Herbst stark angestiegen, ein noch nie dagewesenes Phänomen, das nicht auf einen VRD-Erreger zurückzuführen sein kann.

#### 5. Schlusskommentar: Fehlende Selbsteinschätzung

Wir haben bewiesen, dass es in der COVID-Zeit in Kanada keine Pandemie gegeben hat, wenn der Begriff einer Pandemie etwas bedeutet. Wir haben starke Beweise dafür vorgelegt, dass die Reaktion auf

die Pandemie so aggressiv und unklug war, dass sie große negative gesundheitliche Folgen hatte, die im Laufe der Zeit bei ACM identifiziert wurden.

Obwohl es keine Pandemie gab, deutet unsere Analyse der ACM nach Zeitdaten darauf hin, dass die Reaktion auf die Pandemie in Kanada ein rücksichtsloses und tödliches Fiasko war. Hätte es einen besonders virulenten Erreger gegeben, wäre ein solches Maß an staatlicher und institutioneller Nachlässigkeit, basierend auf den internationalen Einstellungstrends und politischen Motiven, nicht möglich gewesen.

Es gibt keine konkreten Beweise dafür, dass die Provinz- und die Bundesregierung aus diesem massiven Fehler im Bereich der öffentlichen Gesundheit gelernt haben. Im Gegenteil, es gibt alle Anzeichen dafür, dass Regierungen weiterhin einen isolierten Ansatz verfolgen, der ausschließlich auf Impfprogrammen und ineffektiven Vorschriften zur persönlichen Hygiene basiert, während sie die wissenschaftlichen Erkenntnisse ignorieren, die für die tatsächlichen Ereignisse in kanadischen Pflegeheimen relevant sind, und während sie Strategien vermeiden, um anzupacken, was tatsächlich aufgetreten ist und auftritt.

Ein erster und unmittelbarer Schritt sollte darin bestehen, die nach der Pandemie-Erklärung der WHO eingeführten Pandemie-Reaktionsmethoden zu verwerfen und eine fachkundige nationale Skepsis gegenüber solchen Erklärungen und den begleitenden Empfehlungen zu entwickeln.

Wir hoffen, dass unsere Analyse für die Gutachter der öffentlichen Gesundheitspolitik von Nutzen sein wird und dass die erforderliche ernsthafte und eingehende kritische Überprüfung der staatlichen und medizinischen Reaktionen auf die eine oder andere Weise durchgeführt wird. Wir hoffen ferner, dass dies mit Transparenz und Rechenschaftspflicht geschehen wird und dass es umfassende Konsultationen einschließt.

\*

Hinweis an die Leser: Bitte klicken Sie oben oder unten auf die Share-Buttons. Folgen Sie uns auf Instagram, @crg\_globalresearch. Leiten Sie diesen Artikel an Ihre E-Mail-Listen weiter. Crosspost auf Ihrer Blog-Site, in Internetforen. usw.

Dieser Artikel wurde ursprünglich auf [denisrancourt.ca](http://denisrancourt.ca) veröffentlicht .

**Prof. Denis Rancourt, Ontario Civil Liberties Association ( [ocla.ca](http://ocla.ca) ), denis.rancourt@alumni.utoronto.ca**

**Marine Baudin und Jeremie Mercier , Mercier Produktion ( [jeremie-mercier.com](http://jeremie-mercier.com) )**

## Quellen

2021–Borger: Borger, Pieter, Bobby R. Malhotra, Michael Yeadon, Clare Craig, Kevin McKernan, Klaus Steger, Paul McSheehy u. a. 2021. „Nachtrag zum Corman-drosten-Überprüfungsbericht.“ *OSF-Preprints* . 12. Januar doi:10.31219/osf.io/9mjy7. — <https://osf.io/9mjy7/>

2021–Chaillot : Chaillot P. « La mortalité en Europe. Comprendre les données de mortalité européenne pour prendre les bonnes décisions. » *Mondialisierung* . Veröffentlicht am 15. Juni 2021. Zugriff am 16. Juni 2021. <https://www.mondialisation.ca/la-mortalite-en-europe-comprendre-les-donnees-de-mortalite-europeenne-pour-prendre-les-bonnes-Entscheidungen/5657446>

2021–Clarke: „Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Pflege- und Pflegeheimen in Kanada“, von Janine Clarke, StatCan (10. Juni 2021), Katalog-Nr. 45-28-0001 —  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00025-eng.htm>

2021–StatCan: Statistik Kanada (2021). Tabelle 13-10-0768-01 Wöchentliche Sterbezahlen nach Altersgruppe und Geschlecht <https://doi.org/10.25318/1310076801-eng> (Zugriff am 2. August 2021)

2020–Campbell: Campbell, AD (2020) „Praktische Auswirkungen von physischer Distanzierung, sozialer Isolation und reduzierter Körperlichkeit für ältere Erwachsene als Reaktion auf COVID-19“, *Journal of Gerontological Social Work* , S. 1–3. doi:

10.1080/01634372.2020.1772933. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501151/>

2020–Comas-Herrera: Comas-Herrera, A., Fernandez, J.-L., et al. (2020) „COVID-19: Implikationen für die Unterstützung von Menschen mit sozialem Betreuungsbedarf in England“, *Journal of Aging & Social*

- Policy , 32(4–5), S. 365–372. doi: 10.1080/08959420.2020.1759759. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497462/>
- 2020–Comas-Herrera: Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., et al. (2020) „Sterblichkeit im Zusammenhang mit COVID-19-Ausbrüchen in Pflegeheimen: frühe internationale Beweise“. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
- 2020–Levin: Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Bewertung der Altersspezifität der Infektionssterblichkeitsraten für COVID-19: systematische Überprüfung, Metaanalyse und Auswirkungen auf die öffentliche Politik . *Eur J Epidemiol.* 2020 Dez.;35(12):1123–1138. doi: 10.1007/s10654-020-00698-1. Epub 2020 8. Dez. PMID: 33289900; PMCID: PMC7721859. — <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7721859/>
- 2020–Morawska: Morawska, L. und Milton, DK et al. (239 Unterzeichner) (2020) „Es ist an der Zeit, die Übertragung von COVID-19 durch die Luft anzugehen“, *Klinische Infektionskrankheiten* . doi: 10.1093/cid/ciaa939. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454469/>
- 2020–Rancourt : 20. August 2020 Artikel „Evaluation of the Virulence of SARS-CoV-2 in France, from all-cause death 1946–2020“, von Rancourt, DG, Baudin, M, und Mercier, J, *ResearchGate* , DOI: 10.13140/RG.2.2.16836.65920/1 — [https://www.researchgate.net/publication/343775235\\_Evaluation\\_of\\_the\\_virulence\\_of\\_SARS-CoV-2\\_in\\_France\\_from\\_all-cause\\_mortality\\_1946-2020](https://www.researchgate.net/publication/343775235_Evaluation_of_the_virulence_of_SARS-CoV-2_in_France_from_all-cause_mortality_1946-2020)
- 2020 – Rancourt: „Gesamt mortalität während COVID-19: Keine Seuche und eine wahrscheinliche Signatur von Massenmorden durch Reaktion der Regierung“, von Rancourt, GD (2. Juni 2020) *ResearchGate* . DOI: 10.13140/RG.2.2.24350.77125 [https://www.researchgate.net/publication/341832637\\_All-cause\\_mortality\\_during\\_COVID-19\\_No\\_plague\\_and\\_a\\_likely\\_signature\\_of\\_mass\\_homicide\\_by\\_government\\_response](https://www.researchgate.net/publication/341832637_All-cause_mortality_during_COVID-19_No_plague_and_a_likely_signature_of_mass_homicide_by_government_response)
- 2020b–Rancourt: „Masken funktionieren nicht: eine Überprüfung der Wissenschaft, die für die Covid-19-Sozialpolitik relevant ist“. Rancourt, GD (11. April 2020) *ResearchGate* , <https://vixra.org/abs/2006.0044> – [https://denisrancourt.ca/entries.php?id=8&name=2020\\_04\\_11\\_masks\\_dont\\_work\\_a\\_review\\_of\\_science\\_relevant\\_to\\_covid\\_19\\_social\\_policy](https://denisrancourt.ca/entries.php?id=8&name=2020_04_11_masks_dont_work_a_review_of_science_relevant_to_covid_19_social_policy)
- 2020–Richardson: Richardson, S. et al. (2020) „Präsentation von Merkmalen, Komorbiditäten und Ergebnissen von 5700 Patienten, die mit COVID-19 in der Region New York City ins Krankenhaus eingeliefert wurden“, *JAMA* . 323(20):2052–2059. doi:10.1001/jama.2020.6775 — <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>
- 2020–Wu : Wu, B. (2020) „Soziale Isolation und Einsamkeit bei älteren Erwachsenen im Kontext von COVID-19: eine globale Herausforderung“, *Global Health Research and Policy* , 5, p. 27. doi: 10.1186/s41256-020-00154-3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32514427/>
- 2016–Ong: Ong, AD, Uchino, BN und Wethington, E. (2016) „Einsamkeit und Gesundheit bei älteren Erwachsenen: Ein Mini-Review und Synthese“, *Gerontologie* , 62(4), S. 443–449. doi: 10.1159/000441651. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26539997/>
- 2015–Prenderville: Prenderville, JA et al. (2015) „Adding fuel to the fire: the impact of stress on the altering brain“, *Trends in Neurosciences* , 38(1), S. 13–25. doi: 10.1016/j.tins.2014.11.001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25705750/>
- 2013–Clegg: Clegg, A. et al. (2013) „Gebrechlichkeit bei älteren Menschen“, *Lancet (London, England)* , 381(9868), S. 752–762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23395245/>
- 2013 – Steptoe: Steptoe, A. et al. (2013) „Soziale Isolation, Einsamkeit und Gesamt mortalität bei älteren Männern und Frauen“, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* , 110(15), S. 5797–5801. doi: 10.1073/pnas.1219686110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23530191/>
- 2011–Doshi: Doshi P. Die schwer fassbare Definition der pandemischen Influenza. *Bulletin der Weltgesundheitsorganisation* . 2011 Juli;89(7):532-538. DOI: 10.2471/blt.11.086173. PMID: 21734768; PMCID: PMC3127275. — <https://europepmc.org/article/pmc/3127275>

2010–Utsumi : Momoe Utsumi, Kiyoko Makimoto, Nahid Quroshi, Nobuyuki Ashida, „Typen von Infektionsausbrüchen und ihre Auswirkungen in Altenpflegeeinrichtungen: ein Überblick über die Literatur“, *Alter und Alter* , Band 39, Ausgabe 3, Mai 2010, Seiten 299–305, <https://doi.org/10.1093/ageing/afq029>

2008–Doshi: Peter Doshi, „Trends in Recorded Influenza Mortality: United States, 1900–2004“, *American Journal of Public Health* 98, Nr. 5 (1. Mai 2008): S. 939–945. — <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.119933>

2007 – Cohen: Cohen, S., Janicki-Deverts, D. und Miller, GE (2007) „Psychologischer Stress und Krankheit“, *JAMA* , 298(14), S. 1685–1687. doi:

10.1001/jama.298.14.1685. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17925521/>

2004–Robertson: Robertson, RG und Montagnini, M. (2004) „Geriatrische Gedeihstörung“, *American Family Physician* , 70(2), S. 343–350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15291092/>

2000–Loeb: „Überwachung von Ausbrüchen von Atemwegsinfektionen in Pflegeheimen“, von Mark Loeb, Allison McGeer, Margaret McArthur, Rosanna W. Peeling, Martin Petric und Andrew E. Simor. *CMAJ* 18. April 2000 162 (8) 1133–1137 — <https://www.cmaj.ca/content/162/8/1133>

1997–Cohen: Cohen, S. et al. (1997) „Soziale Bindungen und Anfälligkeit für Erkältung“, *JAMA* , 277(24), S. 1940–1944. doi: 10.1001/jama.1997.03540480040036. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9200634/>

1996-Gibbs: "Was ist Occams Rasiermesser?" Original von Phil Gibbs 1996. Aktualisiert 1997 von Sugihara Hiroshi. <https://math.ucr.edu/home/baez/physics/General/occam.html> (Zugriff am 27. Juli 2021).

1991-Cohen: Cohen, S., Tyrrell, DAJ und Smith, AP (1991) 'Psychological Stress und Empfänglichkeit für die Common Cold' *New England Journal of Medicine* . Massachusetts Medical Society, 325(9), S. 606–612. doi: 10.1056/NEJM199108293250903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1713648/>

## Anmerkungen

[1] Siehe auch : „COVID“ Abschnitt, Denis Rancourt

Webseite: <https://denisrancourt.ca/categories.php?id=1&name=covid> (abgerufen am 5. August 2021).

[2] „Montreal Polizei, Coroner Untersuchung Eigentümer des Wohnsitzes Senioren wo 31 in weniger als 1 Monat starb“ von Colin Harris · CBC News · Posted: 12. April 2020 12.56 Uhr ET | Letzte Aktualisierung: 13. April 2020 (Zugriff am 6. August 2021). <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/covid-19-private-seniors-home-dorval-chsld-herron-1.5530327>

[3] „Der Militärbericht enthüllt, was der Sektor seit langem weiß: Ontarios Pflegeheime sind in Schwierigkeiten“ von Adam Carter · CBC News · Gepostet: 27. Mai 2020 04:00 ET | Zuletzt aktualisiert: 27. Mai 2020 (Zugriff am 6. August 2021). <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/military-long-term-care-home-report-covid-ontario-1.5585844>

[4] Décret N° 2020-293 Du 23 Mars 2020 Prescrivant Les Mesures Générales Nécessaires Pour Faire Face à l'épidémie de Covid-19 Dans Le Cadre de l'état d'urgence Sanitaire.; 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000041767762/2020-03-29/>

[5] „The Great VIRAL Debate: Dr. Rancourt's Closing Statement“ von Denis Rancourt, *Off-Guardian* (10. November 2020) (Zugriff am 6. August 2021). <https://off-guardian.org/2020/11/10/the-great-viral-debate-dr-rancourts-closing-statement/>

*Das vorgestellte Bild ist von Children's Health Defense*

---

## Anhang: ACM/w normalisiert nach Population und Vergleiche

In diesem Anhang zeigen wir verschiedene Diagramme von ACM/w, normalisiert nach Bevölkerung, und verschiedene Diagramme zum Vergleich von ACM/w-Daten, nach Provinz und nach Altersgruppe.

Statistics Canada (StatCan) ist das nationale statistische Amt des Landes. Die in diesem Anhang verwendeten Daten zur Gesamt mortalität (ACM) und zur Population (Pop) wurden aus der StatCan-Datenbank abgerufen. Die folgende Tabelle zeigt die Eigenschaften der Daten:

Data	Geography	Period	Frequency	Source
ACM	Canada	2010-2021*	Weekly	StatCan, 2021
	Province			
	Territory			
Population	Canada	1971-2020	Annual	StatCan, 2020
	Province			
	Territory			

\*Zum Zeitpunkt des Zugriffs lagen die Daten von KW-1 2010 (Anfang Januar) bis KW-17 2021 (Ende April) vor. In den folgenden Abbildungen zeigen wir die Daten bis Woche 12 von 2021 (Ende März), da die Daten in späteren Wochen nicht konsolidiert werden, was zu einem großen Artefakt (anomaler Rückgang der Sterblichkeit) führt.

Darüber hinaus können Daten nach Geschlecht (männlich/weiblich) oder nach Altersgruppe abgerufen werden. Für die Bevölkerungsdaten sind die Altersgruppen Jahr für Jahr von 0 bis 99 Jahre alt, und die letzte Gruppe ist 100 Jahre und älter. Für die ACM-Daten sind die Altersgruppen wie folgt:

- 0-44 Jahre alt
- 45-64 Jahre alt
- 65-84 Jahre alt
- 85 Jahre und älter

Die Bevölkerung wird geschätzt, am 1. Juli <sup>st</sup> eines jeden Jahres. Der ACM/w eines Kalenderjahres wurde durch die Grundgesamtheit dieses Kalenderjahres (ACM/pop/w) normalisiert. Die einzige Ausnahme ist das Jahr 2021, da es für dieses Jahr keine Bevölkerungsschätzungen gibt, wurde der ACM/w durch die Bevölkerungsschätzungen für 2020 normalisiert.

## Quellen

2021–StatCan: Statistik Kanada (2021). Tabelle 13-10-0768-01 Wöchentliche Sterbezahlen nach Altersgruppe und Geschlecht <https://doi.org/10.25318/1310076801-eng> (Zugriff am 2. August 2021)

2020–StatCan: Statistik Kanada (2020). Tabelle 17-10-0005-01 Bevölkerungsschätzungen am 1. Juli, nach Alter und Geschlecht <https://doi.org/10.25318/1710000501-eng> (Zugriff am 31. Juli 2021)

## Anhang Abbildungen

ACM/pop/w, ON-QC-BC-AB, 2010-2021  
Province ■ Alberta ■ British Columbia ■ Ontario ■ Quebec

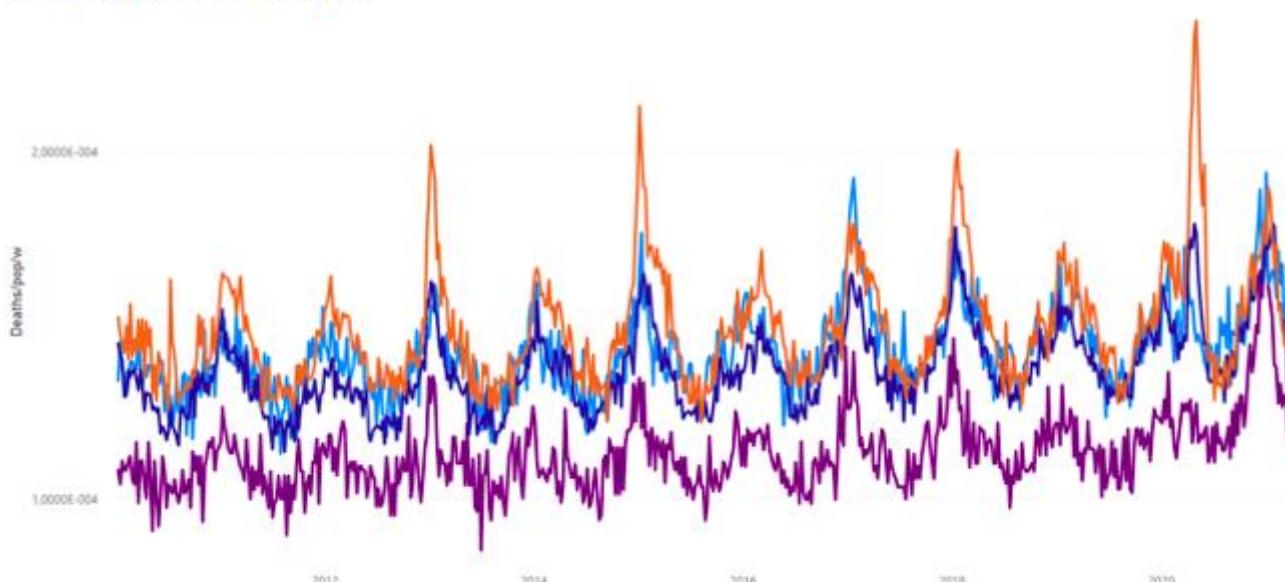


Abbildung A1: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario, Quebec, British Columbia und Alberta von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

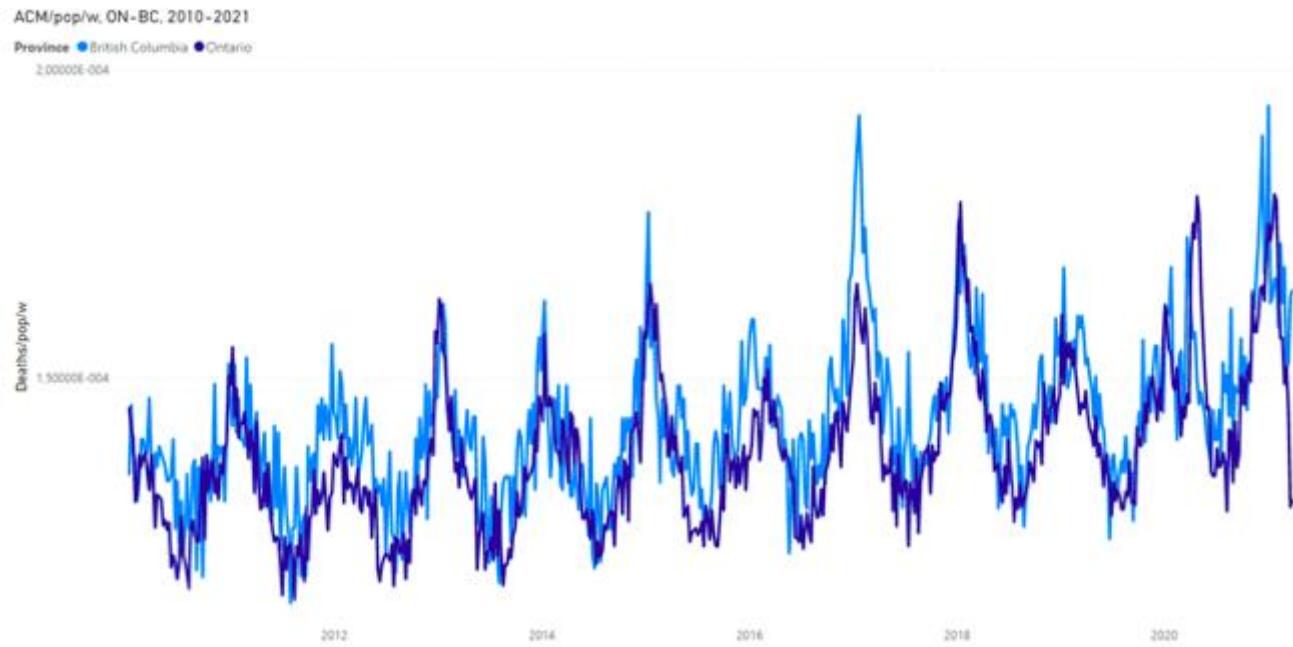


Abbildung A2: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario und British Columbia von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

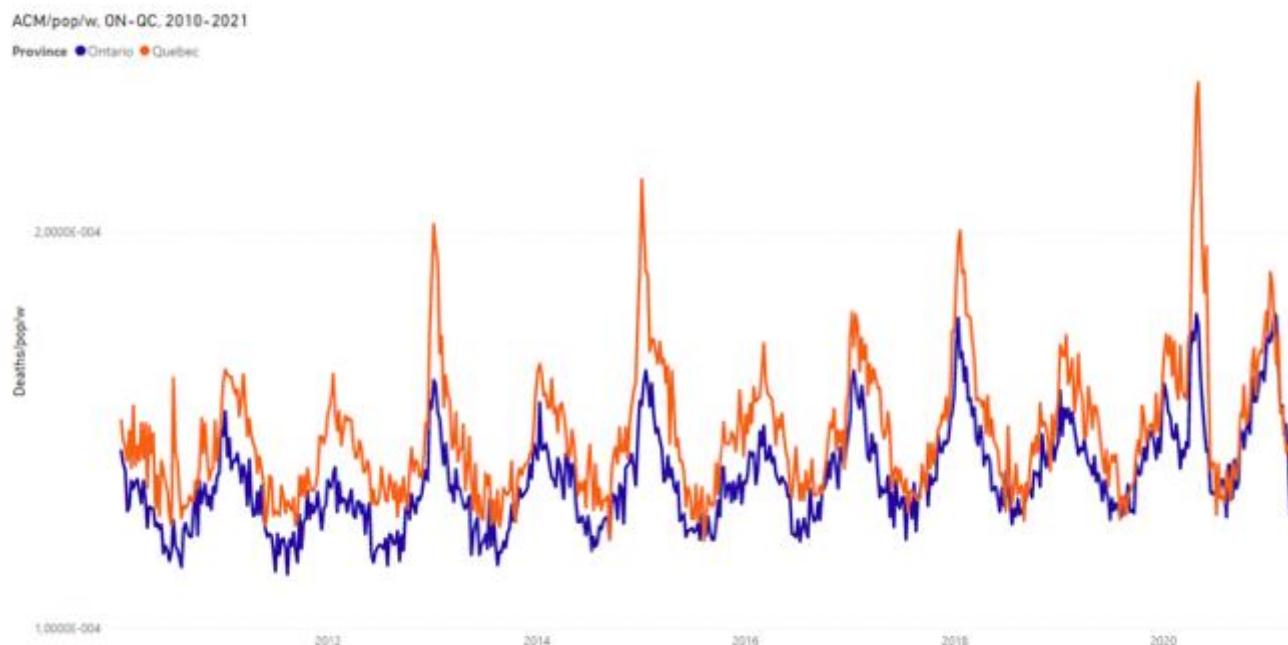


Abbildung A3: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario und Quebec von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

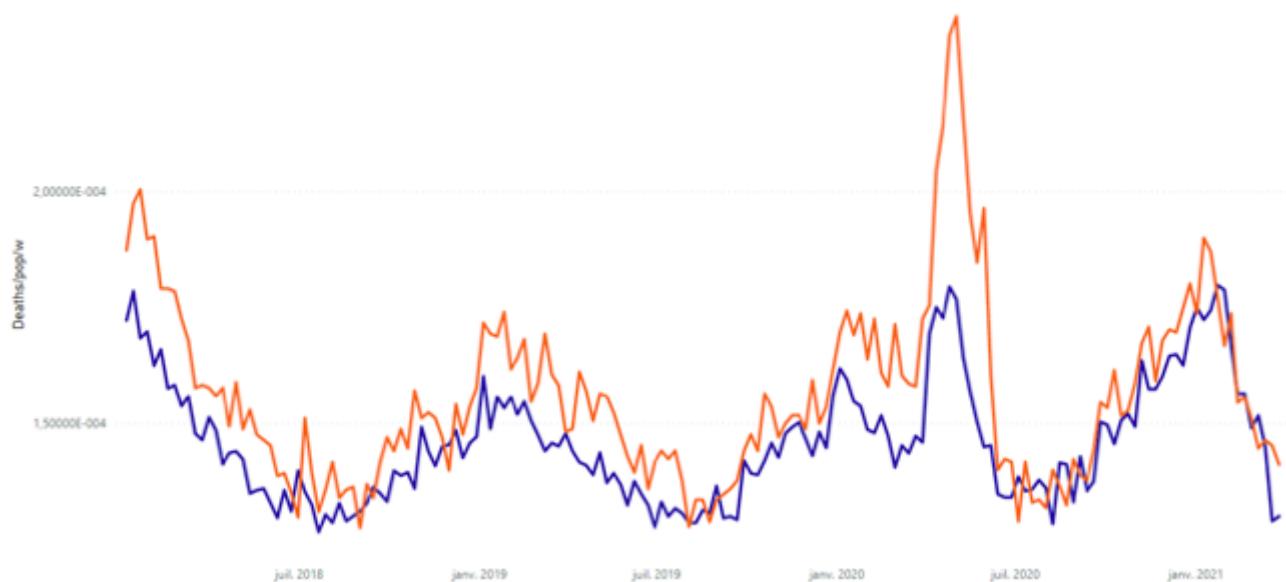


Abbildung A4: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario und Quebec von 2018 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2018 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

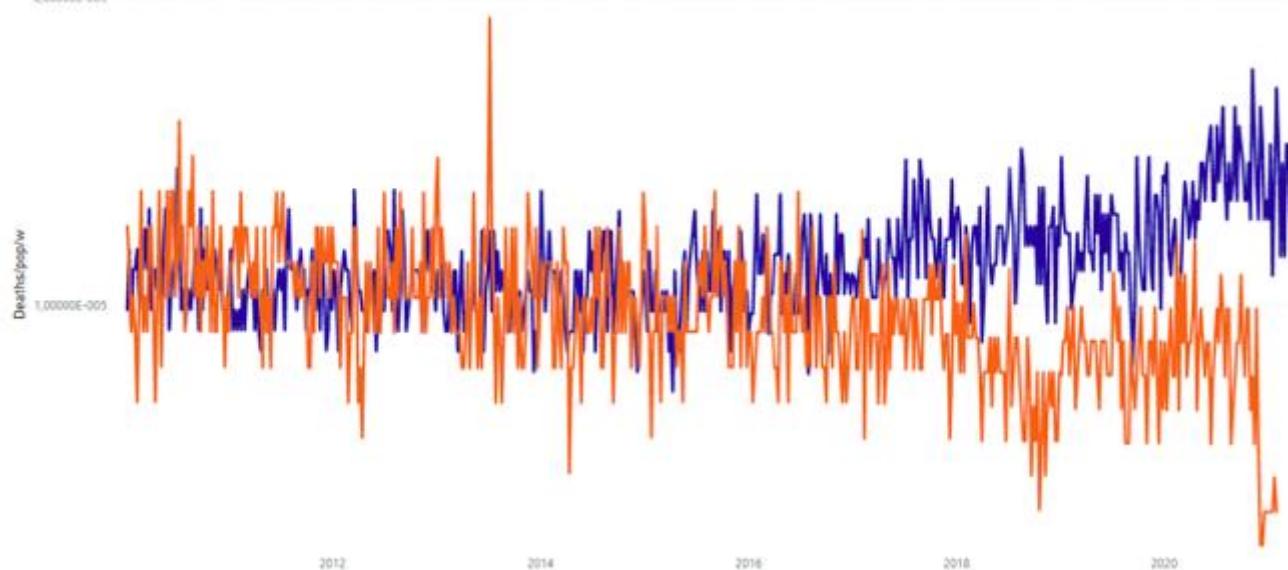


Abbildung A5: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario und Quebec für die Altersgruppe 0-44, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

ACM/pop/w, ON-QC, 45-64 age group, 2010-2021

Province ● Ontario ● Quebec

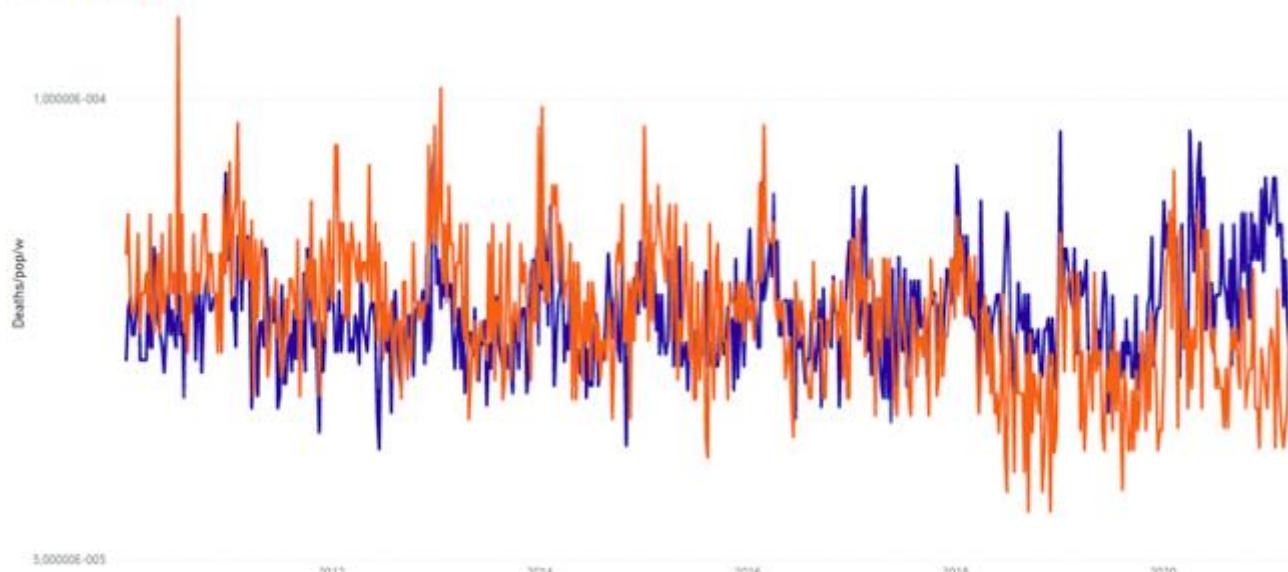


Abbildung A6: Gesamtmortalität nach Bevölkerung nach Woche in Ontario und Quebec für die Altersgruppe 45-64, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

ACM/pop/w, ON-QC, 65-84 age group, 2010-2021

Province ● Ontario ● Quebec

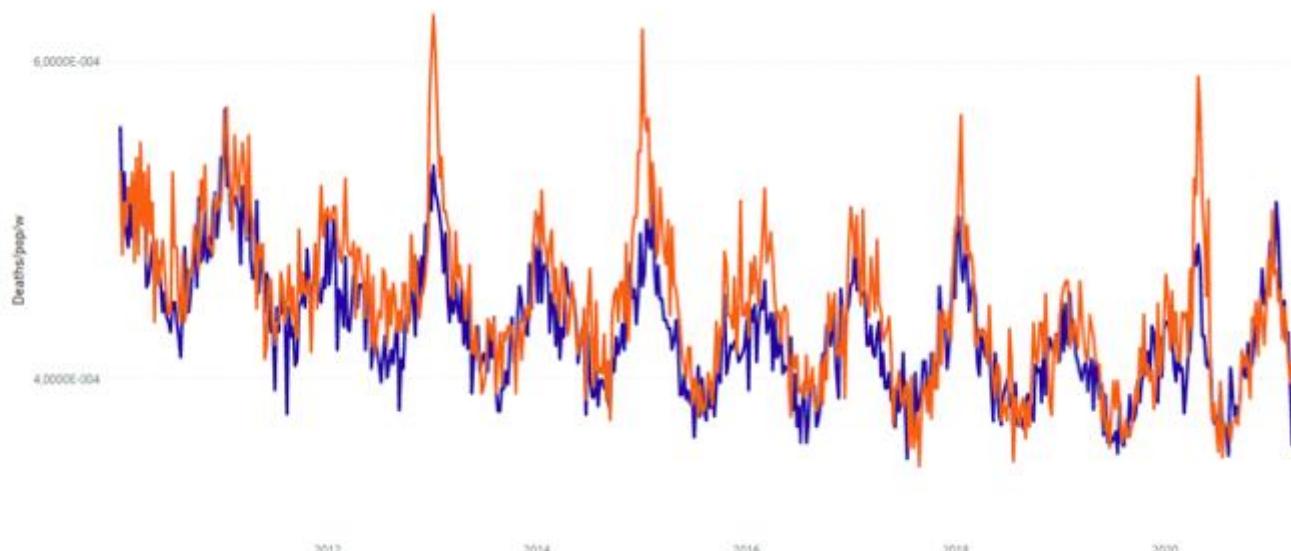


Abbildung A7: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Ontario und Quebec für die Altersgruppe 65-84, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

ACM/pop/w, ON-QC, 85+ age group, 2010-2021

Province ● Ontario ● Quebec

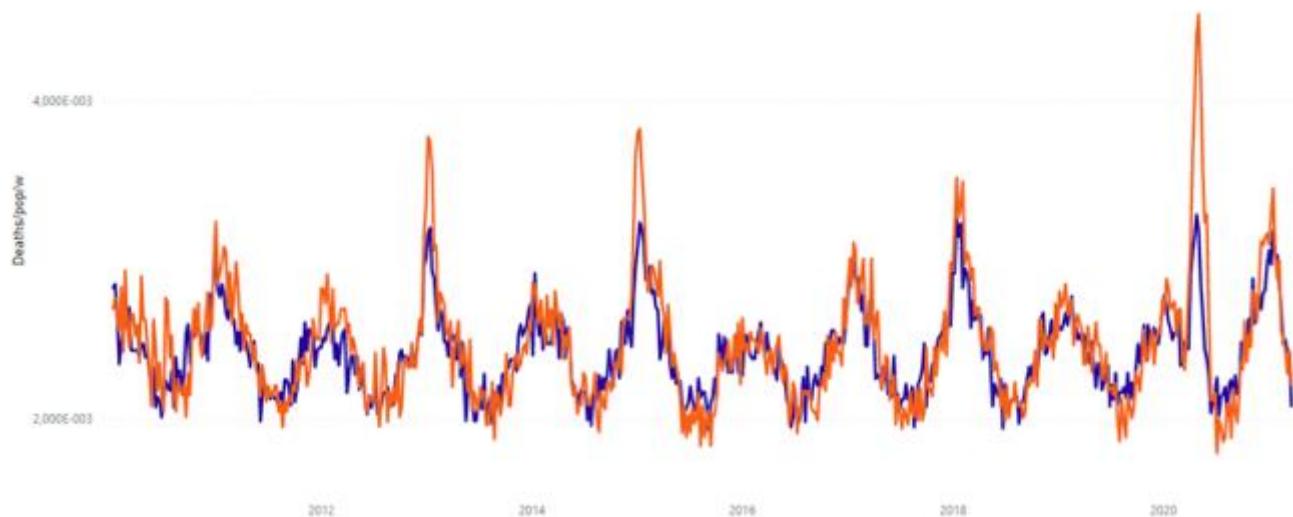


Abbildung A8: Gesamtmortalität nach Bevölkerung nach Woche in Ontario und Quebec für die Altersgruppe 85+, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021).

ACM/w, Canada, by age group, 2010-2021

Age ● 0-44 ● 45-64 ● 65-84 ● 85+



Abbildung A9: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada nach Altersgruppen, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021).

ACM/w, Canada, 65-84 & 85+ age groups, 2010-2021

Age ● 65-84 ● 85+

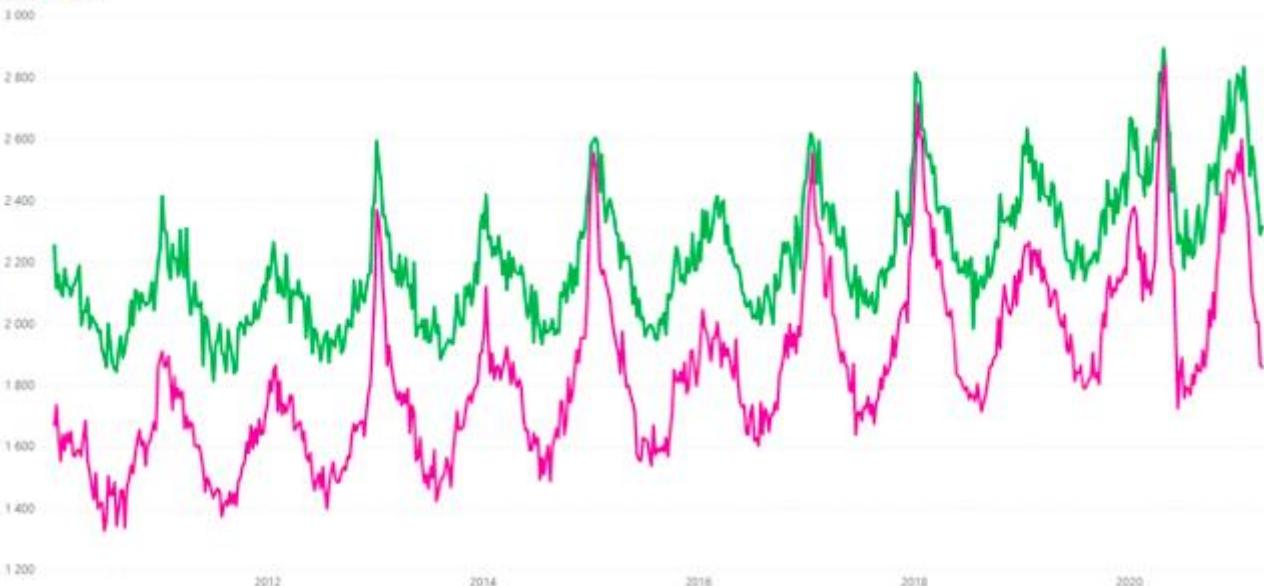


Abbildung A10: Gesamtmortalität nach Woche in Kanada für die Altersgruppen 65-84 und 85+, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2021).

ACM/pop/w, Canada, 65-84 & 85+ age groups, 2010-2021

Age ● 65-84 ● 85+

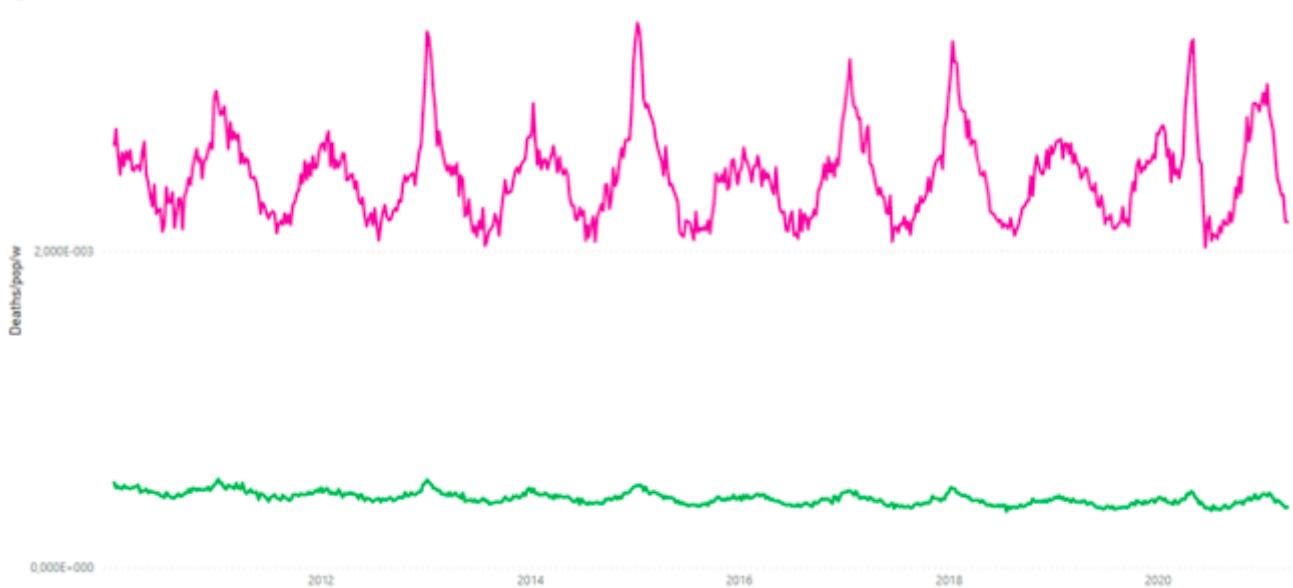


Abbildung A11: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Kanada für die Altersgruppen 65-84 und 85+, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan (StatCan, 2020 und 2021).

ACM/pop/w, Canada, 65-84 age group, 2010-2021

Age ● 65-84

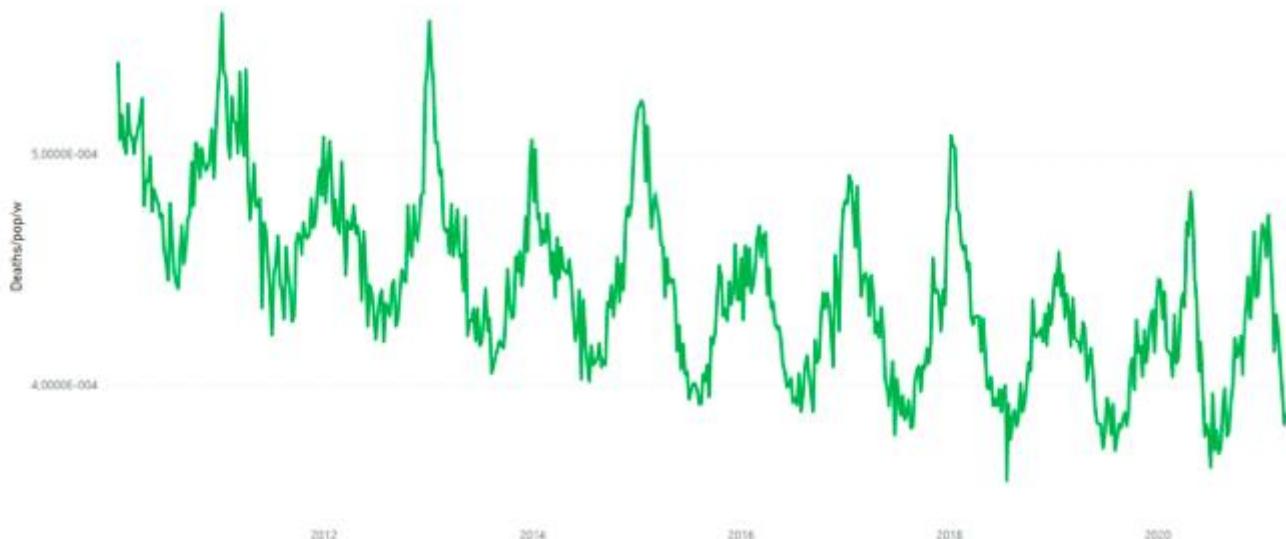


Abbildung A12: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Kanada für die Altersgruppe 65-84, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021 ).

ACM/pop/w, Canada, 45-64 age group, 2010-2021

Age ● 45-64

1.00000E-004

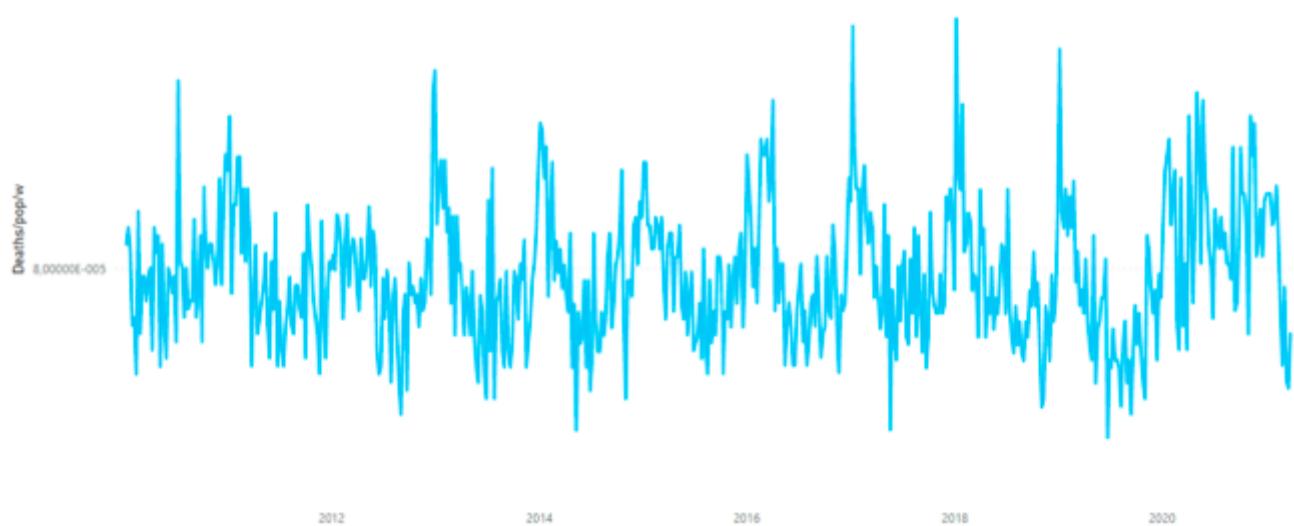


Abbildung A13: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Kanada für die Altersgruppe 45-64, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021 ).

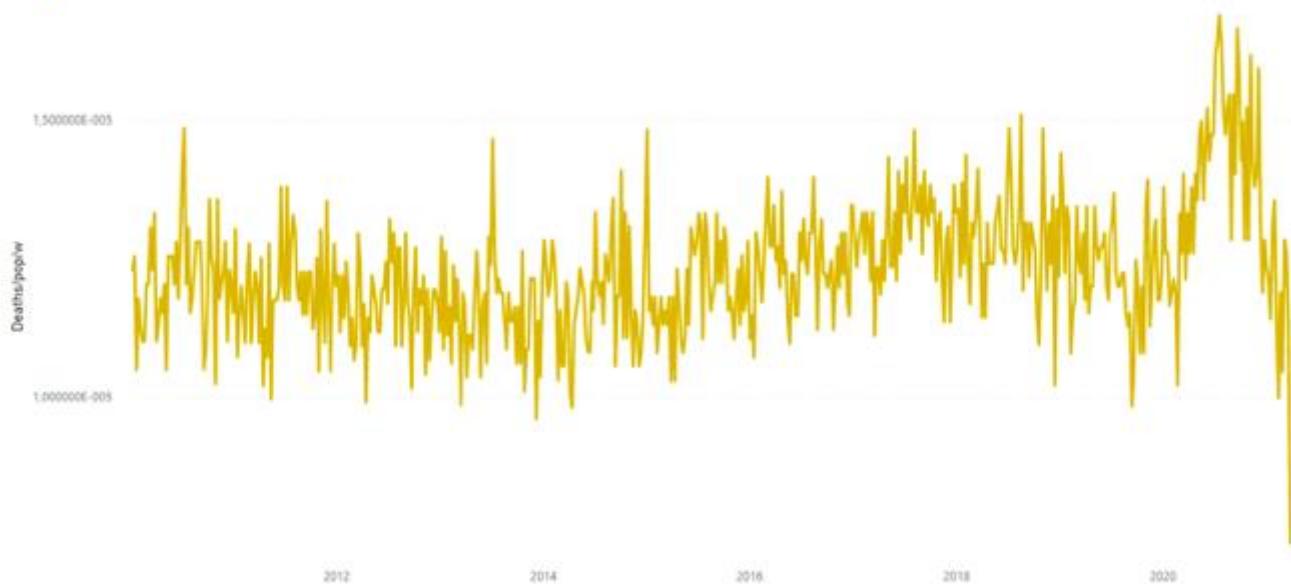


Abbildung A14: Gesamtmortalität nach Bevölkerung pro Woche in Kanada für die Altersgruppe 0-44, beide Geschlechter, von 2010 bis 2021. Die Daten werden von Januar 2010 bis März 2021 angezeigt. Die Daten wurden von StatCan abgerufen (StatCan, 2020 und 2021 ).

Quelle: <https://www.globalresearch.ca/analysis-all-cause-mortality-week-canada-2010-2021-province-age-sex-no-covid-19-pandemic-strong-evidence-response-caused-deaths-most-elderly-young-males/5754402>  
20210905 DT (<https://stopreset.ch>)