

Studien und Fakten zur Wirksamkeit von Gesichtsmasken

Bisher fanden die meisten Studien kaum oder gar keine Belege für die Wirksamkeit von Gesichtsmasken in der Allgemeinbevölkerung, weder als persönliche Schutzausrüstung noch als Quellenkontrolle.

1. Eine vom US-amerikanischen CDC veröffentlichte Metastudie zur pandemischen Influenza vom Mai 2020 ergab, dass Gesichtsmasken keine Wirkung hatten, weder als persönliche Schutzausrüstung noch als Quellenkontrolle. ([Quelle](#))
2. Eine im September 2019 veröffentlichte WHO-Überprüfung von zehn randomisierten kontrollierten Studien zu Gesichtsmasken gegen grippeähnliche Erkrankungen ergab keinen statistisch signifikanten Nutzen. ([Quelle](#))
3. Eine dänische randomisierte kontrollierte Studie mit 6000 Teilnehmern, die im November 2020 in den Annals of Internal Medicine veröffentlicht wurde, ergab keine statistisch signifikante Wirkung hochwertiger medizinischer Gesichtsmasken gegen SARS-CoV-2-Infektionen in einem gemeinschaftlichen Umfeld. ([Quelle](#))
4. Eine große randomisierte kontrollierte Studie mit fast 8000 Teilnehmern, die im Oktober 2020 in PLOS One veröffentlicht wurde, ergab, dass Gesichtsmasken „weder gegen im Labor bestätigte virale Atemwegsinfektionen noch gegen klinische Atemwegsinfektionen wirksam zu sein schienen.“ ([Quelle](#))
5. Eine Überprüfung durch das europäische CDC vom Februar 2021 ergab keine qualitativ hochwertigen Beweise für Gesichtsmasken und empfahl deren Verwendung nur auf der Grundlage des „Vorsorgeprinzips“. ([Quelle](#))
6. Eine Untersuchung des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine vom Juli 2020 ergab, dass es keine Beweise für die

Wirksamkeit von Gesichtsmasken gegen Virusinfektionen oder -übertragungen gibt. ([Quelle](#))

7. Eine Cochrane-Studie vom November 2020 ergab, dass Gesichtsmasken die Fälle grippeähnlicher Erkrankungen (ILI) weder in der Allgemeinbevölkerung noch bei medizinischem Personal reduzierten. ([Quelle](#))
8. Eine im August 2021 im Int. Das Research Journal of Public Health stellte „keinen Zusammenhang zwischen der Maskenpflicht oder -nutzung und der verringerten Verbreitung von COVID-19 in US-Bundesstaaten“ fest. ([Quelle](#))
9. Eine experimentelle Studie mit Virus aerosolen, die im Mai 2022 im Journal of Infectious Diseases veröffentlicht wurde, ergab, dass nur professionell getestete N95/FFP2-Masken, nicht jedoch chirurgische Masken oder nicht angepasste N95/FFP2-Masken, die Viruslast in Nasenlöchern reduzierten. ([Quelle](#))
10. Eine große spanische Schulstudie, die im März 2022 veröffentlicht wurde, ergab, dass „Maskenpflichten in Schulen nicht mit einer geringeren Inzidenz oder Übertragung von SARS-CoV-2 verbunden sind“. ([Quelle](#))
11. Ein im New England Journal of Medicine veröffentlichter Artikel von Forschern der Harvard Medical School vom Mai 2020 kam zu dem Schluss, dass Gesichtsmasken „wenig oder gar keinen Schutz“ bieten. ([Quelle](#))
12. Eine Studie im British Medical Journal BMJ Open aus dem Jahr 2015 ergab, dass Stoffmasken von 97 % der Partikel durchdrungen werden und das Infektionsrisiko durch Feuchtigkeitsspeicherung oder wiederholten Gebrauch erhöhen können. ([Quelle](#))

Update : Im Januar 2023 ergab eine aktualisierte Cochrane-Überprüfung, dass es immer noch keine Beweise für die Wirksamkeit von medizinischen Masken oder N95-Masken gegen SARS-CoV-2 oder das Influenzavirus gibt. ([Quelle](#))

WHO-Überprüfung von Gesichtsmaskenversuchen (2019)

Im September 2019, kurz vor der Coronavirus-Pandemie, veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen [umfassenden Bericht](#) zum Thema „Nicht-pharmazeutische öffentliche Gesundheitsmaßnahmen zur Minderung des Risikos und der Auswirkungen epidemischer und pandemischer Influenza“.

Der Bericht untersuchte zehn randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Gesichtsmasken gegen grippeähnliche Erkrankungen (ILI). Wie die [folgende Tabelle](#) zeigt, konnte in keiner der Studien ein statistisch signifikanter Nutzen von Gesichtsmasken festgestellt werden.

WHO: Überprüfung der RCTs zu Gesichtsmasken aus dem Jahr 2019 ([WHO-Bericht/Anhang](#))

Table 7. Description of studies included in the review of face masks

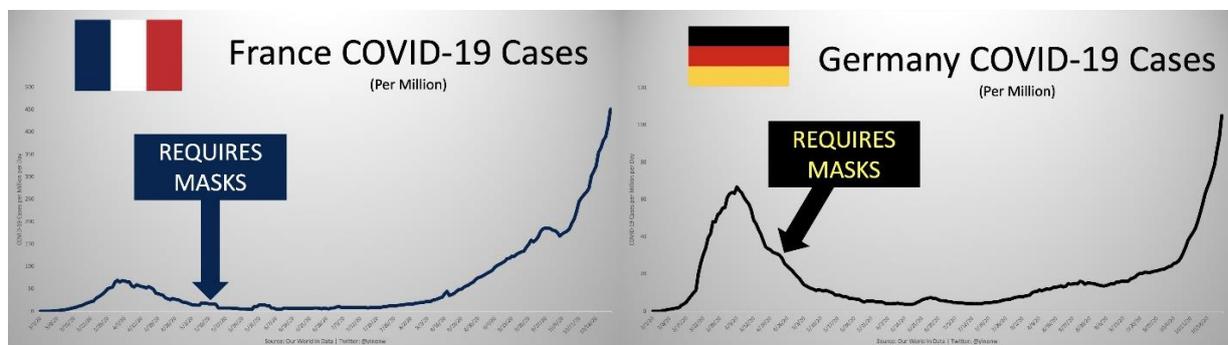
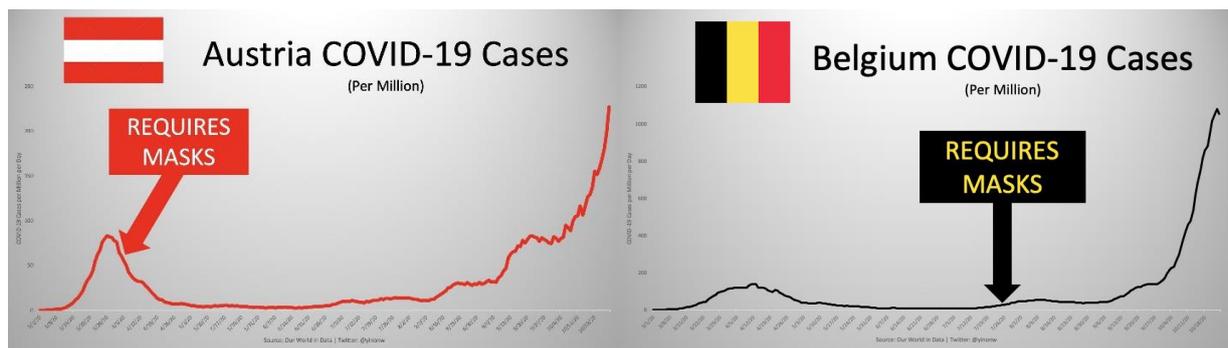
STUDY	STUDY DESIGN	STUDY PERIOD	POPULATION & SETTING	INTERVENTION	OUTCOME & FINDING	QUALITY OF EVIDENCE
Aiello AE, 2010 (20)	Cluster-randomized intervention trial	Nov 2006 – Mar 2007	1437 university hall residents (USA)	Mask; Mask + Hand hygiene; control	Significant reduction in ILI during weeks 4–6 in mask and hand hygiene group compared to control; No significant reduction in ILI in mask and hand group or mask-only group or control	Moderate
Aiello AE, 2012(23)	Cluster-randomized interventional trial	Nov 2007 – Mar 2008	1178 university hall residents (USA)	Mask; Mask + Hand hygiene; control	No significant reduction in rates of laboratory-confirmed influenza in mask and hand group or mask-only group or control group	Moderate
Barasheed O, 2014 (50)	Non-blinded cluster-randomized trial	Nov 2011 – Nov 2011	164 Australian pilgrims (Saudi Arabia)	Mask; control	No significant difference in laboratory-confirmed influenza in two arms; protective effect against syndromic ILI compared to controls (31% versus 53%, p = 0.04)	Moderate
Cowling BJ, 2008 (26)	Cluster-randomized intervention trial	Feb 2007 – Sep 2007	198 laboratory-confirmed influenza case and their household contacts	Mask; Hand hygiene; control	No significant reduction in the secondary influenza attack rate in control, mask or hand group	Moderate
Cowling BJ, 2009 (19)	Cluster-randomized intervention trial	Jan 2008 – Sep 2008	407 laboratory-confirmed influenza case and 794 household members	Mask; Mask + Hand hygiene; control	No significant difference in rates of laboratory-confirmed influenza in hand-only or mask and hand group	Moderate
Larson EL, 2010 (21)	Cluster-randomized intervention trial	Nov 2006 – Jul 2008	617 households	Mask + Hand hygiene; Hand hygiene; control	No significant reduction in rates of laboratory-confirmed influenza in control, hand, mask or hand group	Moderate
MacIntyre CR, 2009 (48)	Cluster-randomized intervention trial	Aug 2006 – Oct 2006 & Jun 2007 – Oct 2007	145 laboratory-confirmed influenza case and their adult household contacts	Surgical mask; P2 mask; control	No significant difference in rate of laboratory-confirmed influenza in control, face mask or P2 mask group	Moderate
MacIntyre CR, 2016 (49)	Cluster-randomized intervention trial	Nov 2013 – Jan 2014	245 ILI index case and 597 household contacts	Mask; control	Clinical respiratory illness, ILI and laboratory-confirmed viral infections were lower in the mask arm compared to control, but results were not statistically significant	Moderate
Simmerman JM, 2011 (22)	Cluster-randomized intervention trial	Apr 2008 – Aug 2009	465 laboratory-confirmed influenza case and their household contacts	Mask + Hand hygiene; hand hygiene; control	No significant reduction in rate of secondary influenza infection in control, hand, mask or hand group	Moderate
Suess (2012) (24)	Cluster-randomized intervention trial	Nov 2009 – Jan 2010 & Jan 2011 – Apr 2011	84 laboratory-confirmed influenza case and 218 household contacts	Mask; Mask + Hand; control	No significant difference in rate of laboratory-confirmed influenza in control, mask, mask or hand group	Moderate

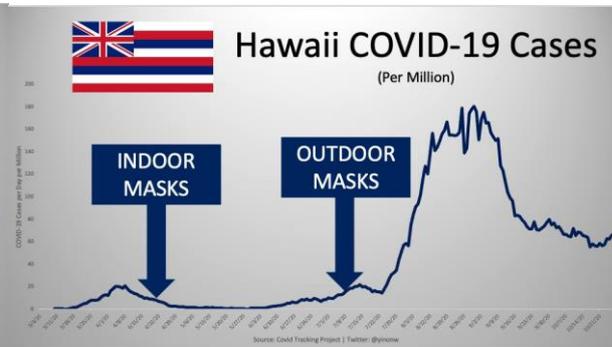
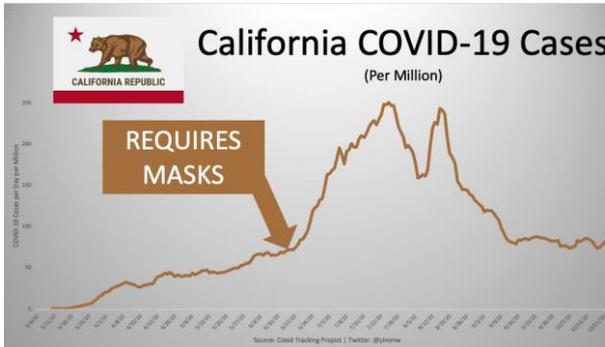
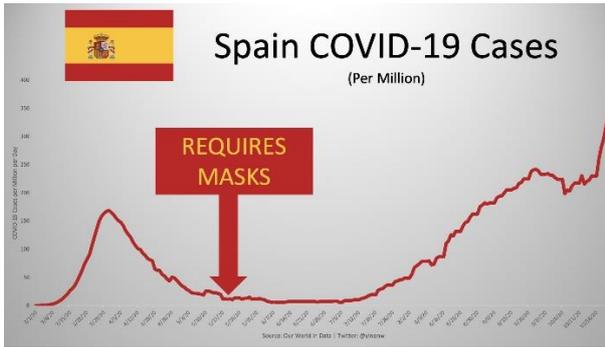
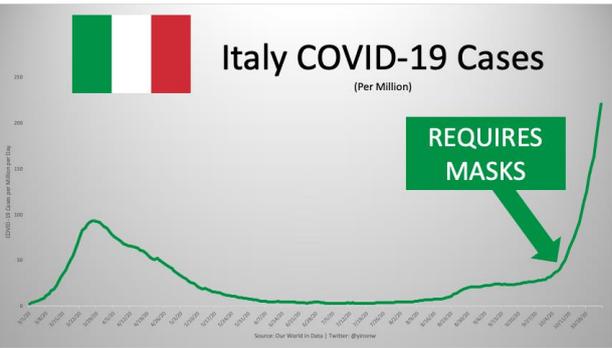
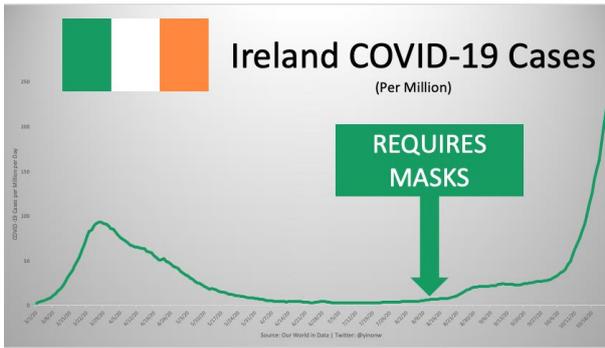
ILI: influenza-like illness; USA: United States of America.

Fallentwicklung nach Maskenpflicht

In vielen Bundesstaaten stiegen die Coronavirus-Infektionen nach Einführung der Maskenpflicht stark an. Die folgenden Diagramme zeigen die typischen Beispiele für Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Irland, Italien, Spanien, das Vereinigte Königreich, Kalifornien und Hawaii. Darüber hinaus zeigt ein direkter Vergleich zwischen US-Bundesstaaten mit und ohne Maskenpflicht, dass Maskenpflichten keinen Unterschied gemacht haben. (Charts: [Y. Weiss](#))

Eine aktualisierte Version dieser Diagramme finden Sie im Postscript unten.

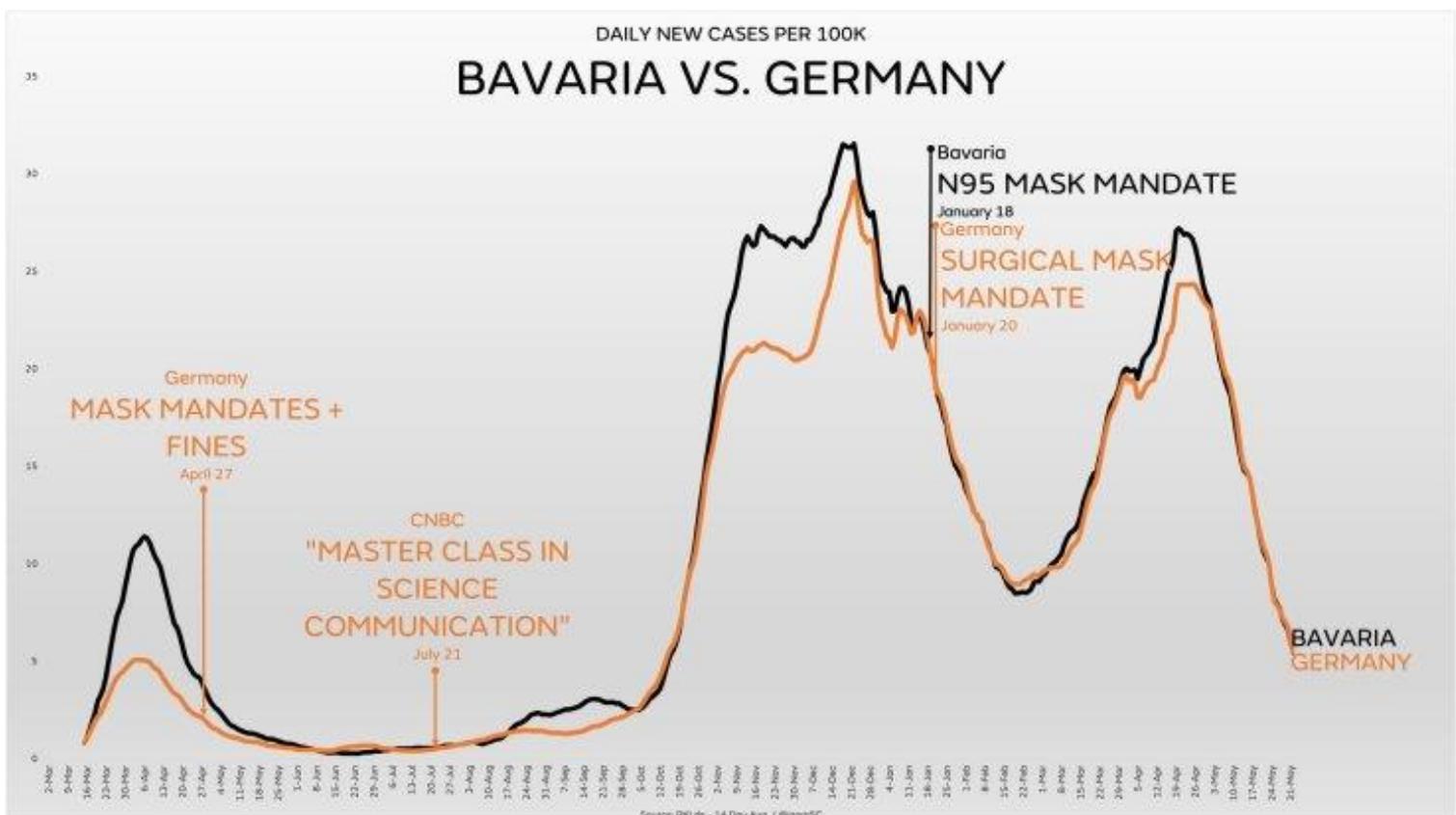




Wirksamkeit der N95/FFP2-Maskenpflicht

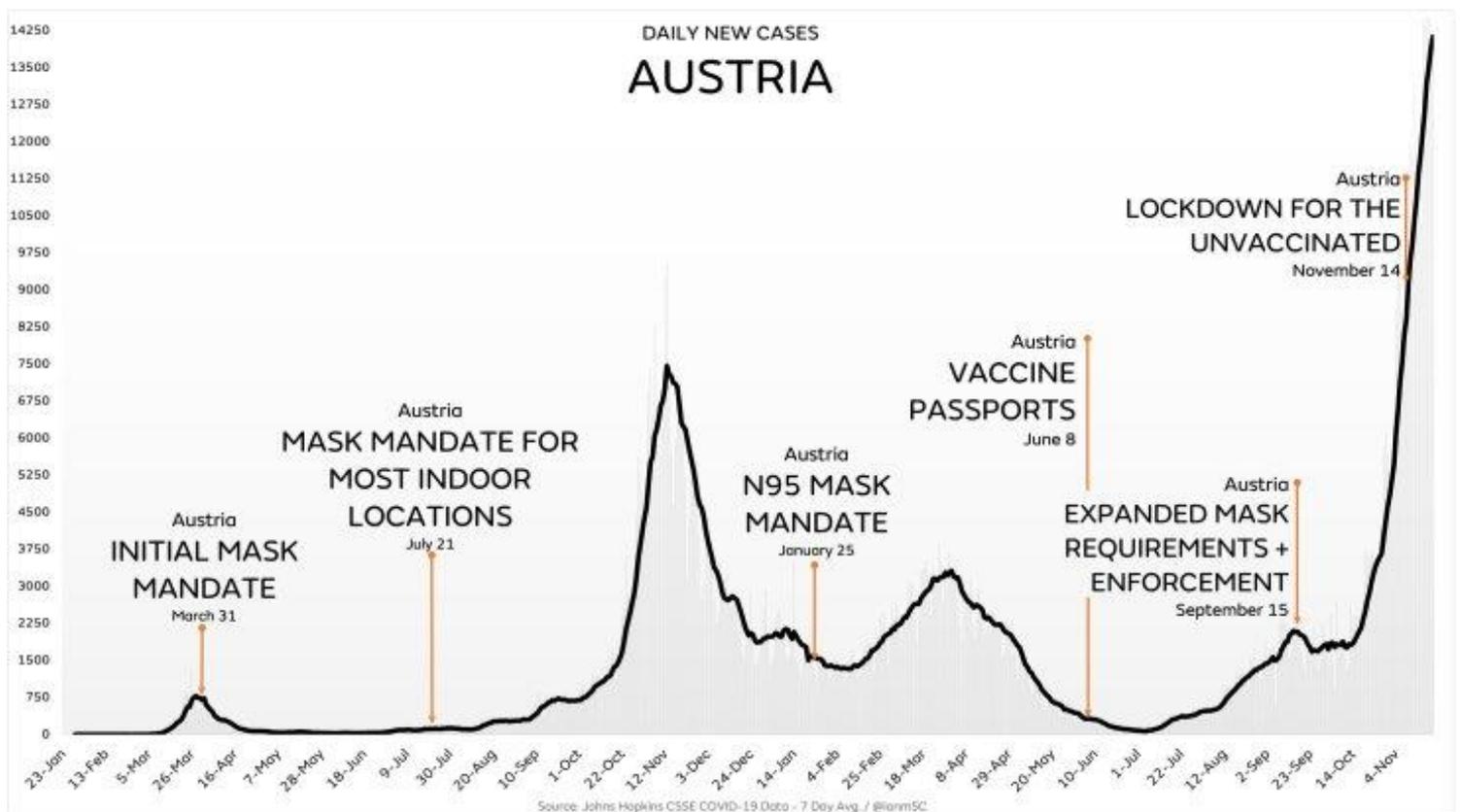
Im Januar 2021 war Bayern einer der ersten Orte weltweit, der in den meisten öffentlichen Einrichtungen N95/FFP2-Masken vorschrieb. Ein Vergleich mit anderen Bundesländern, die Stoff- oder medizinische Masken vorschreiben, zeigt, dass selbst N95/FFP2-Masken keinen Unterschied gemacht haben.

Covid-Fälle im Bundesland Bayern (FFP2/N95-Pflicht seit 21.01.) vs. Deutschland insgesamt ([RKI/ISC](#))



Im Jänner 2021 hat Österreich als erstes Land weltweit eine N95/FFP2-Maskenpflicht auf nationaler Ebene eingeführt. Im September 2021 wurde das Mandat weiter ausgeweitet. Dennoch [verzeichnete](#) Österreich bis November 2021 die höchste Infektionsrate weltweit.

Österreich: Interventionen und Infektionen ([JanMSC](#))



Zusätzliche Aspekte

1. Es gibt [zunehmend Hinweise](#) darauf, dass das neuartige Coronavirus zumindest in Innenräumen nicht hauptsächlich durch Tröpfchen, sondern durch viel kleinere Aerosole übertragen wird. Allerdings können die meisten Gesichtsmasken aufgrund ihrer großen Porengröße und schlechten Passform Aerosole nicht herausfiltern (siehe Videoanalyse unten): Über 90 % der Aerosole [dringen in die Maske ein oder umgehen sie](#) und füllen innerhalb von Minuten einen mittelgroßen Raum.
2. Die WHO gab gegenüber der BBC zu, dass ihre [Aktualisierung der Maskenrichtlinie](#) vom Juni 2020 nicht auf neue Beweise, sondern auf „[politische Lobbyarbeit](#)“ zurückzuführen sei: „Aus verschiedenen Quellen wurde uns mitgeteilt, dass der WHO-Ausschuss, der die Beweise überprüfte, Masken nicht unterstützt hatte, sie sie aber aufgrund politischer Lobbyarbeit empfohlen hatten.“ Dieser Punkt

wurde der WHO vorgelegt, die dies nicht dementierte.“ (D. Cohen, medizinischer Korrespondent der BBC).

3. Die bisher einzige randomisierte kontrollierte Studie (RCT) zu Gesichtsmasken gegen SARS-CoV-2-Infektionen in einem gemeinschaftlichen Umfeld ergab keinen statistisch signifikanten Nutzen (siehe oben). Drei große Fachzeitschriften weigerten sich jedoch, diese Studie [zu veröffentlichen, was ihre Veröffentlichung um mehrere Monate verzögerte](#).
4. Eine Analyse des US-amerikanischen CDC ergab, dass [85 % der](#) mit dem neuen Coronavirus infizierten Menschen angaben, „immer“ (70,6 %) oder „oft“ (14,4 %) eine Maske zu tragen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe der nicht infizierten Personen verringerte das ständige Tragen einer Maske das Infektionsrisiko nicht.
5. Forscher der University of Minnesota haben herausgefunden, dass die Infektionsdosis von SARS-CoV-2 nur 300 Virionen (Viruspartikel) beträgt, wohingegen eine einzige Minute normalen Sprechens [mehr als 750.000 Virionen](#) erzeugen kann, sodass Gesichtsmasken eine Infektion wahrscheinlich nicht verhindern können.
6. Entgegen der landläufigen Meinung ergaben Studien in Krankenhäusern, [dass](#) das Tragen einer medizinischen Maske durch Chirurgen während Operationen die postoperativen bakteriellen Wundinfektionen bei Patienten [nicht reduzierte](#).
7. Viele Gesundheitsbehörden argumentierten, dass Gesichtsmasken die Grippe unterdrücken würden; In Wirklichkeit wurde die Grippe vorübergehend durch das ansteckendere Coronavirus [verdrängt](#). Tatsächlich [verschwand](#) die Grippe sogar in Staaten ohne Masken, Lockdowns und Schulschließungen (z. B. Schweden und Florida).
8. Die anfänglich niedrige Coronavirus-Infektionsrate in einigen asiatischen Ländern war nicht auf Masken zurückzuführen, sondern auf [sehr schnelle Grenzkontrollen](#). Beispielsweise erlebte

Japan trotz der weit verbreiteten Verwendung von Gesichtsmasken die [jüngste Grippeepidemie](#) nur ein Jahr vor der Covid-Pandemie.

9. [Zu Beginn der Pandemie argumentierte](#) die Interessenvertretung „Mask for All“, dass es in Tschechien dank des frühen Einsatzes von Masken nur wenige Infektionen gab. In Wirklichkeit hatte die Pandemie Osteuropa einfach noch nicht erreicht; Wenige Monate später verzeichnete Tschechien [eine der höchsten](#) Infektionsraten weltweit.
10. Während der berüchtigten Grippepandemie von 1918 war die Verwendung von Gesichtsmasken in der breiten Bevölkerung weit verbreitet und mancherorts obligatorisch, aber sie [machten keinen Unterschied](#).

Mit Gesichtsmasken verbundene Risiken

Das Tragen von Masken über einen längeren Zeitraum ist möglicherweise nicht ungefährlich, wie die folgenden Beweise zeigen:

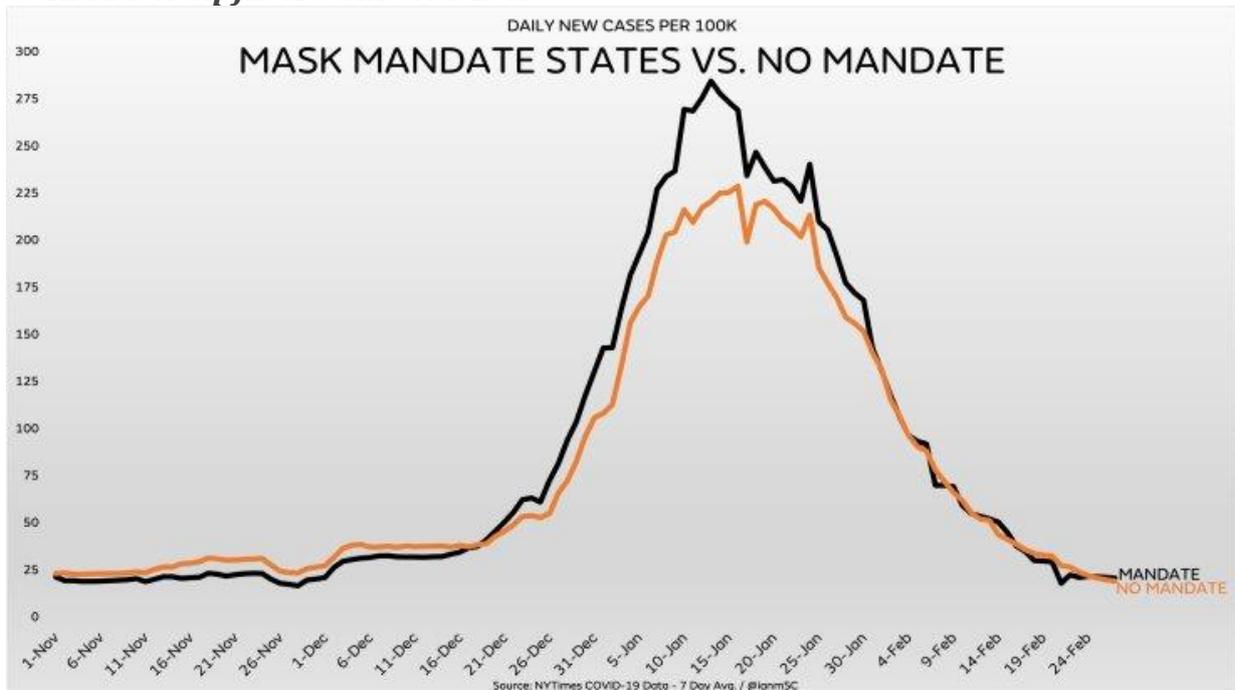
1. Die WHO warnt u.a. vor verschiedenen „[Nebenwirkungen](#)“ wie Atembeschwerden und Hautausschlägen.
2. Eine im Mai 2023 veröffentlichte südkoreanische Studie ergab, dass N95-Masken toxische flüchtige organische Verbindungen (TVOC) in [achtmal höheren](#) Konzentrationen freisetzen können, als sicher gelten.
3. Eine japanische Studie, die in Nature Scientific Reports veröffentlicht wurde, fand eine erhebliche Anzahl von [Bakterien und Pilzen](#) auf Gesichtsmasken, darunter auch einige pathogene Mikroben.
4. Eine israelisch-kanadische Studie, die im Februar 2022 in Cognitive Research veröffentlicht wurde, [ergab, dass](#) „Gesichtsmasken die ganzheitliche Verarbeitung und Gesichtswahrnehmung bei Kindern im schulpflichtigen Alter stören“.

5. Eine italienische Studie mit Echtzeit-Kapnographie ergab, dass Gesichtsmasken und N95/FFP2-Masken den CO₂-Gehalt in der eingeatmeten Luft auf Werte über dem akzeptablen Expositionsschwellenwert erhöhen.
6. Eine vom Universitätsklinikum Leipzig in Deutschland durchgeführte Studie ergab, dass chirurgische Masken und N95-Masken die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit gesunder Erwachsener deutlich beeinträchtigen.
7. Das Hamburger Umweltinstitut warnte vor dem Einatmen von Chlorverbindungen in Polyestermasken sowie vor Umweltproblemen im Zusammenhang mit der Entsorgung von Gesichtsmasken.
8. Das europäische Schnellwarnsystem RAPEX hat bereits über 100 Maskenmodelle zurückgerufen, weil diese nicht den EU-Qualitätsstandards entsprachen und zu „ernsthaften Risiken“ führen könnten.
9. Eine Studie der Universität Münster in Deutschland ergab, dass Sars-CoV-2 auf N95-Masken (FFP2) mehrere Tage lang infektiös bleiben kann, was das Risiko einer Selbstkontamination erhöht.
10. In China fielen mehrere Kinder, die beim Sportunterricht eine Maske tragen mussten, in Ohnmacht und starben; Autopsien ergaben einen plötzlichen Herzstillstand als wahrscheinliche Todesursache. In den USA wurde ein Autofahrer, der eine N95-Maske (FFP2) trug, aufgrund einer CO₂-Vergiftung ohnmächtig und verunglückte.

Abschluss

Gesichtsmasken in der Allgemeinbevölkerung könnten eventuell unter bestimmten Umständen wirksam sein, aber es gibt derzeit kaum oder gar keine Beweise, die diese Behauptung stützen. Wenn das Coronavirus hauptsächlich über Aerosole in Innenräumen übertragen wird, ist es unwahrscheinlich, dass Gesichtsmasken einen Schutz bieten. Daher sollten Gesundheitsbehörden nicht davon ausgehen oder suggerieren, dass Gesichtsmasken die Infektionsrate oder das Infektionsrisiko verringern.

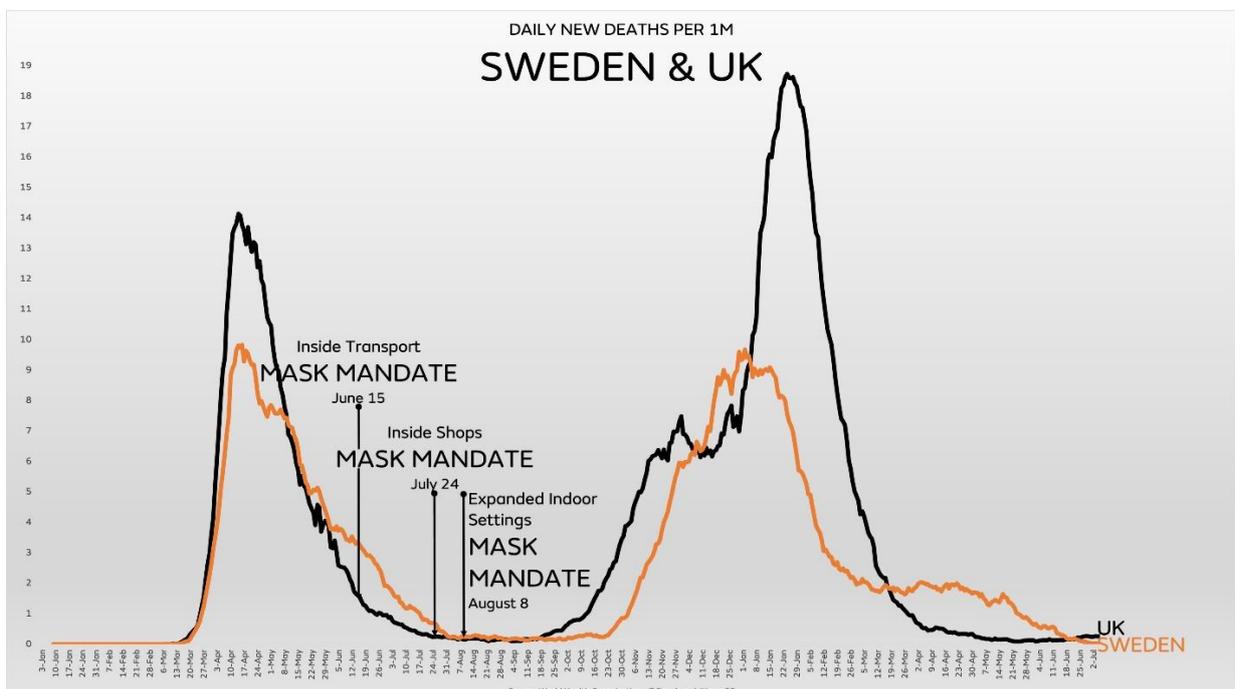
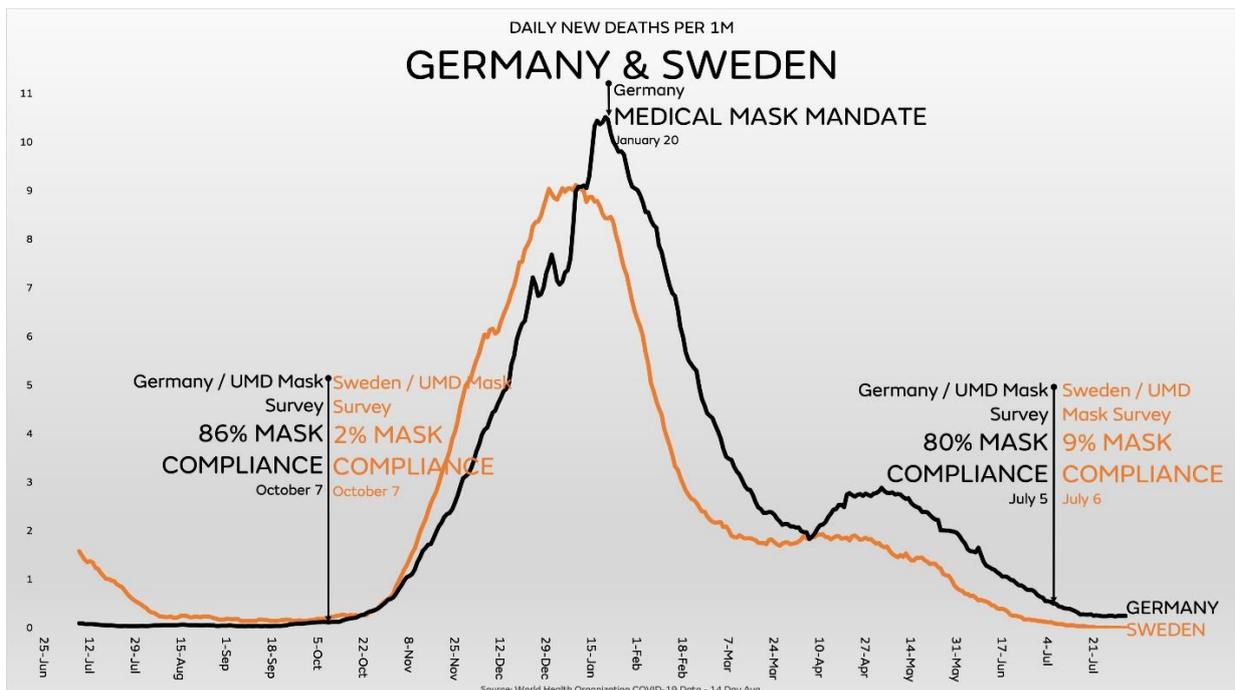
USA: Maskenpflicht ohne Nutzen

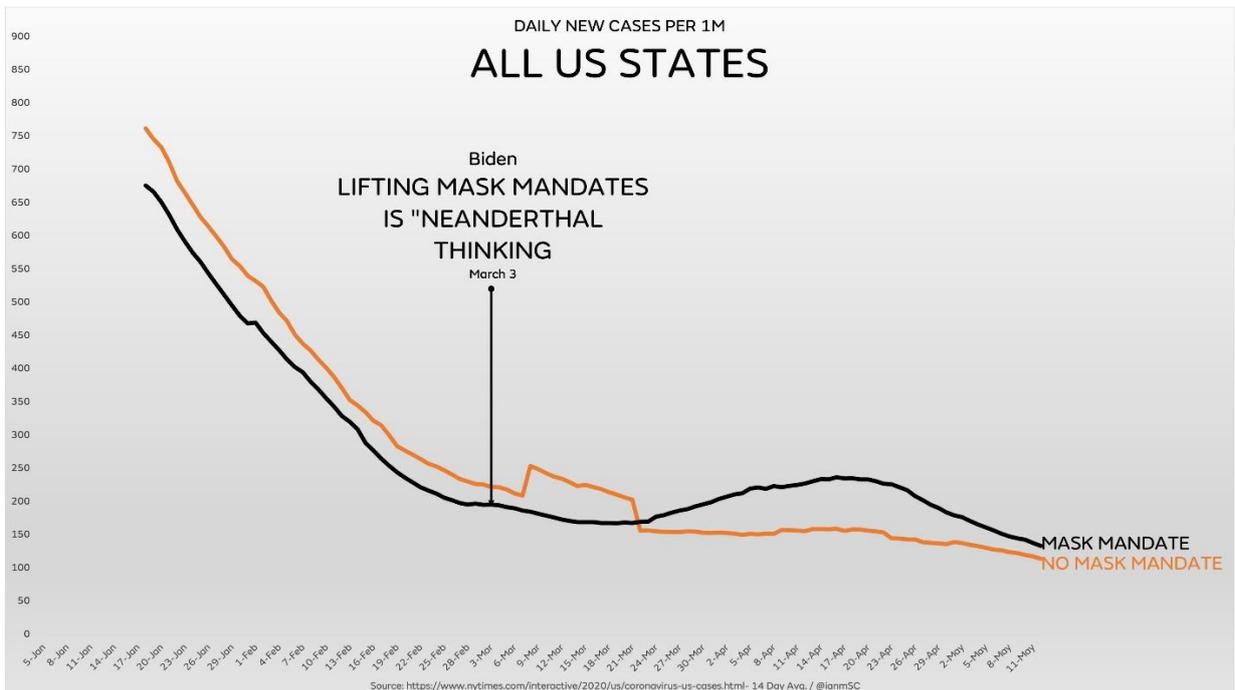
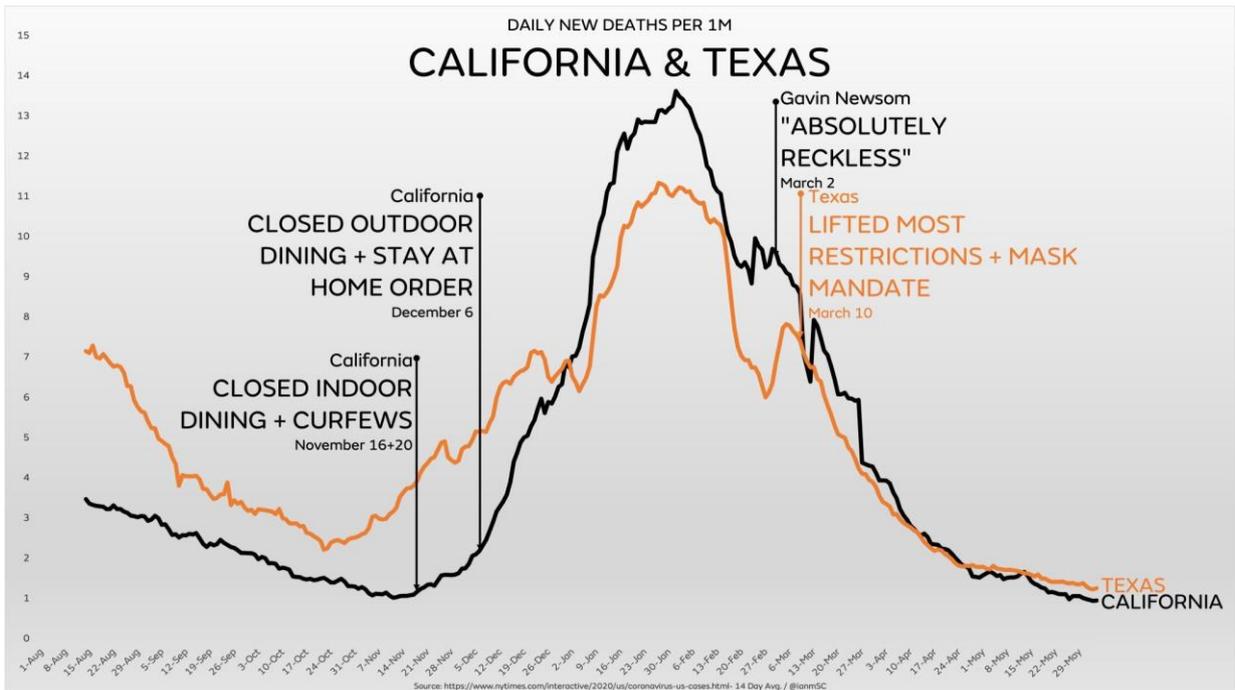


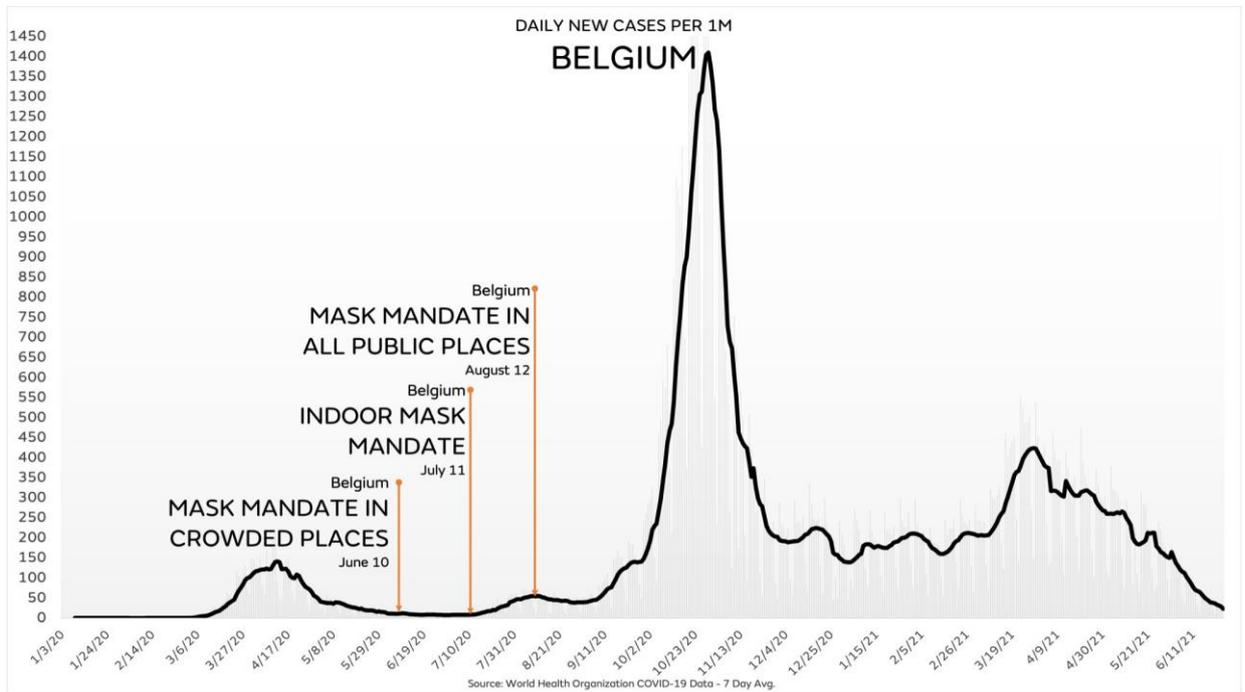
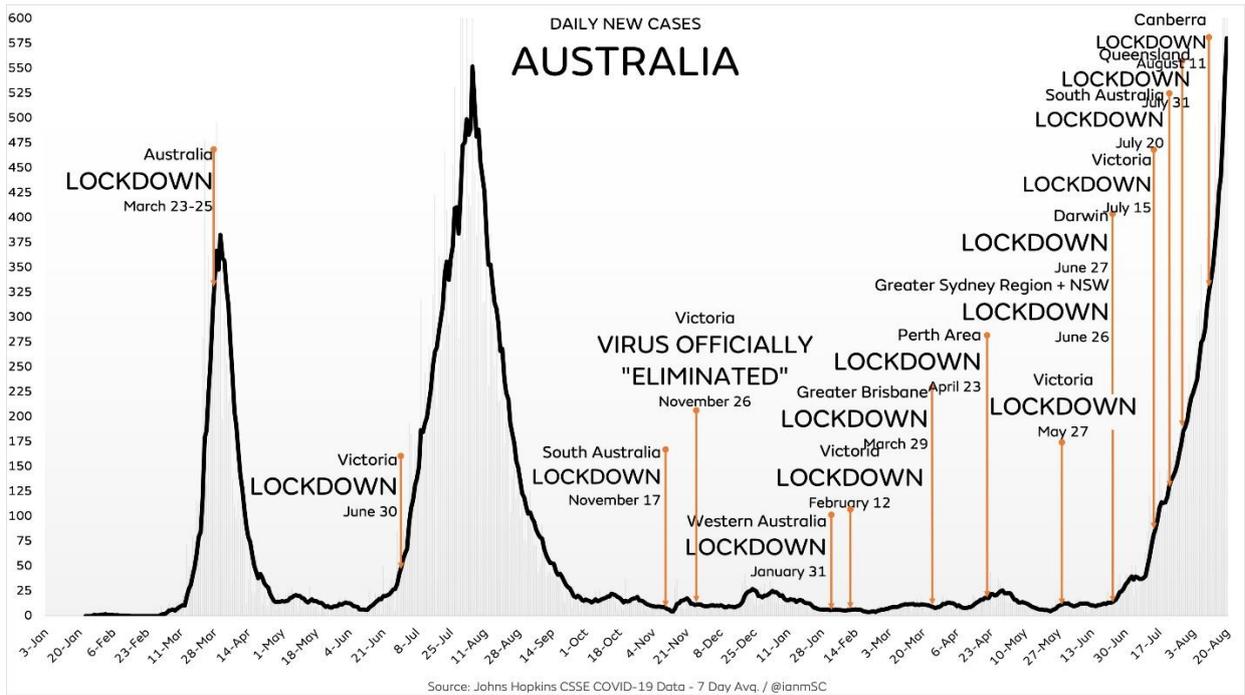
Vereinigte Staaten: Maskenpflicht ohne Nutzen ([IanMSC](#))

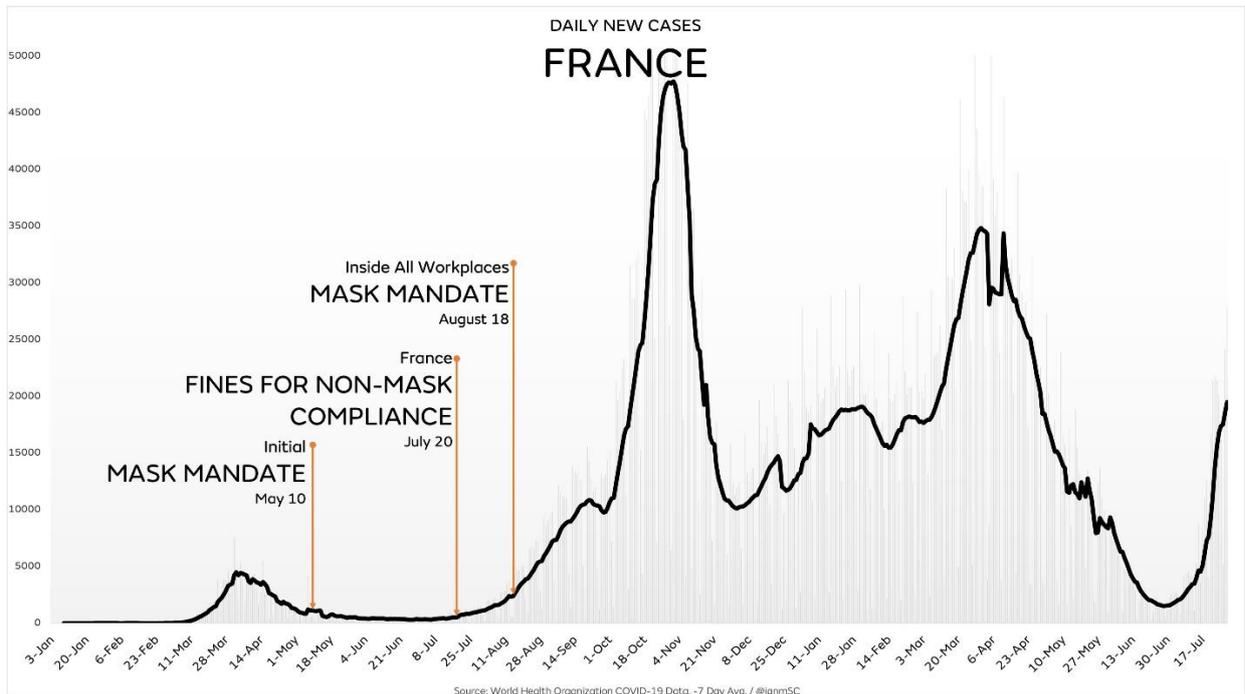
Nachtrag (August 2021)

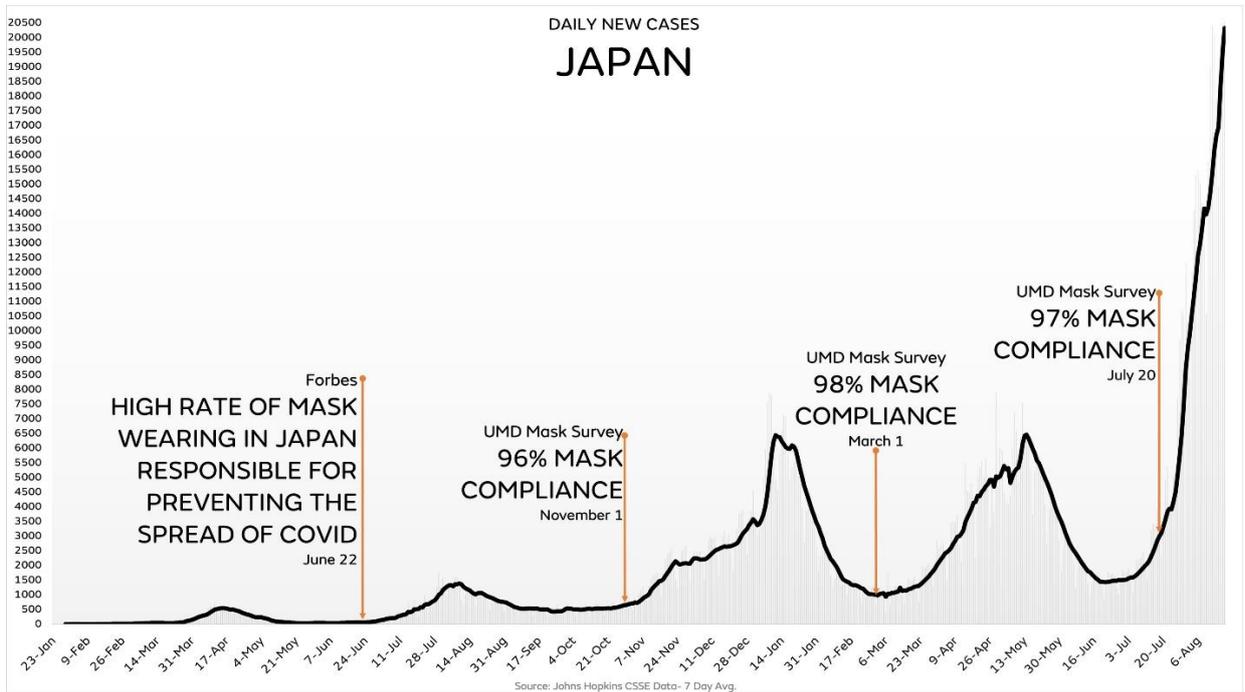
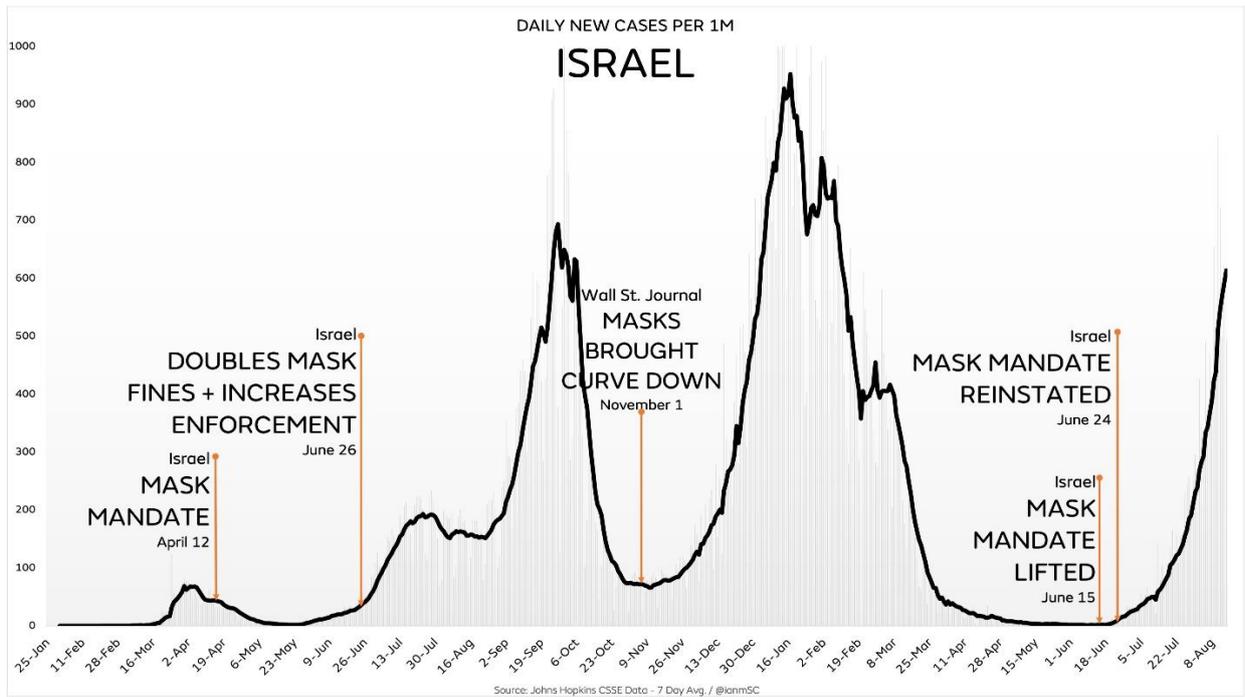
Eine Langzeitanalyse zeigt, dass Infektionen hauptsächlich durch saisonale und endemische Faktoren verursacht wurden, während Maskenpflichten und Sperren keine erkennbaren Auswirkungen hatten (Grafiken : [IanMSC](#)).

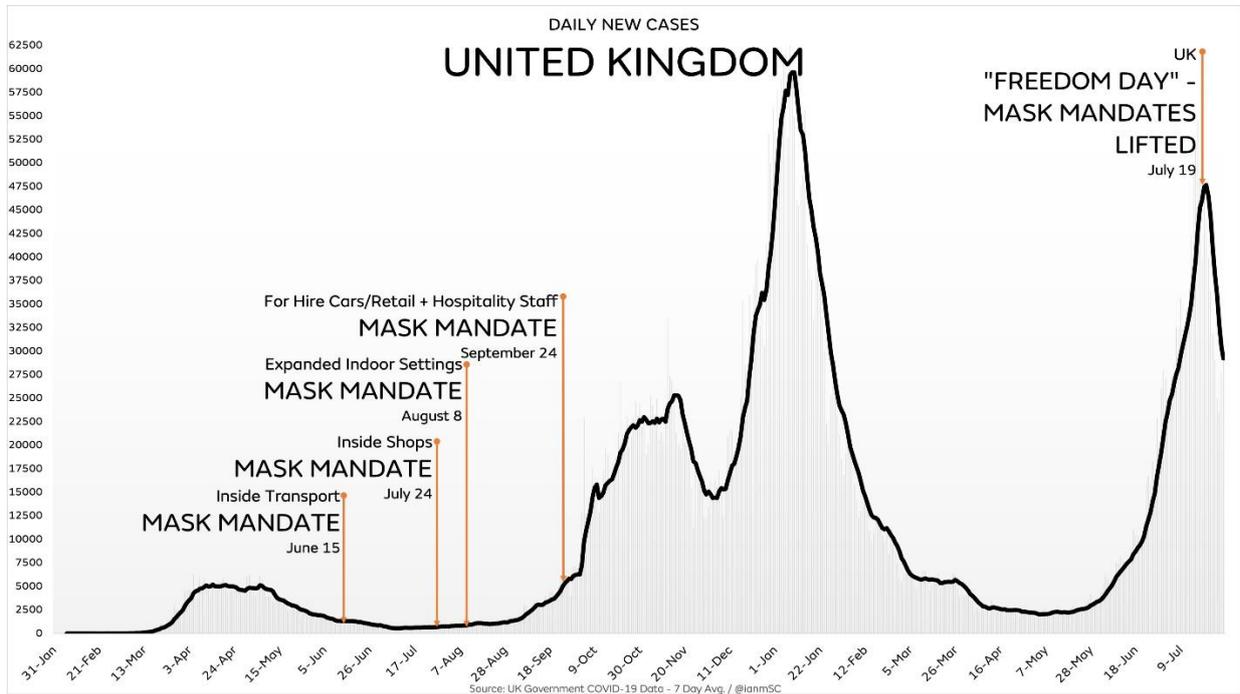
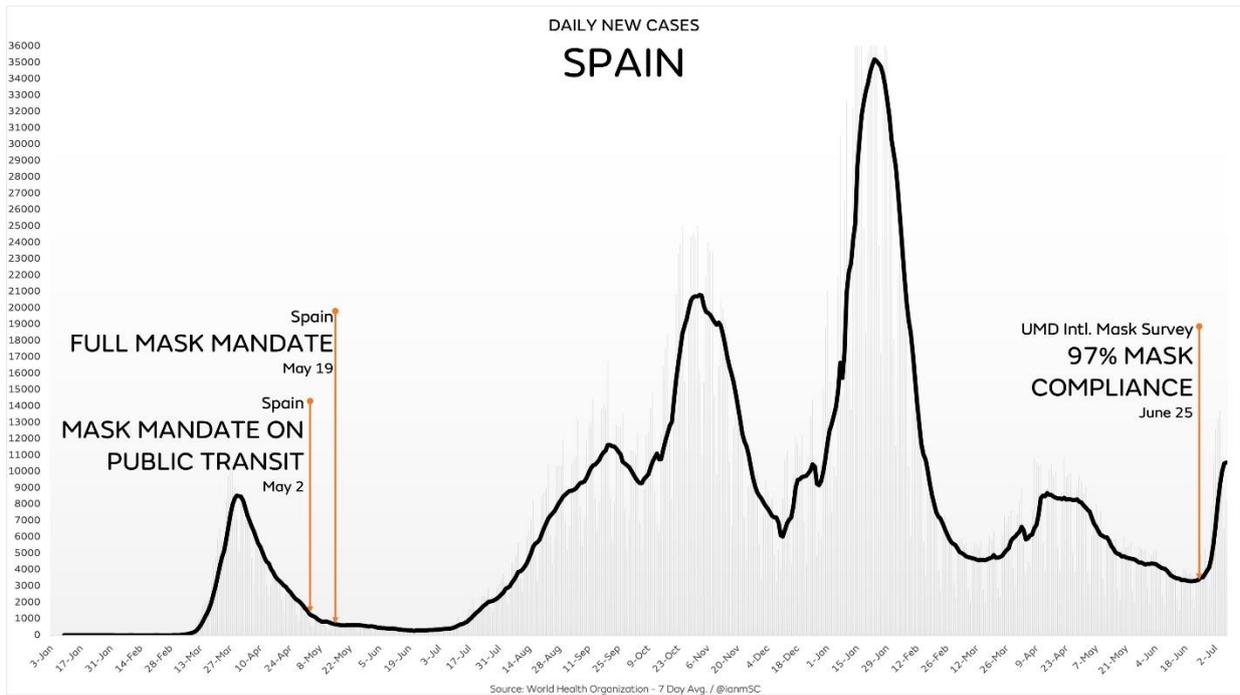












Gesichtsmasken im Rückblick

Dass Gesichtsmasken gegen Atemwegsvirus-Epidemien nicht wirken, ist seit mehreren Jahrzehnten bekannt. Warum hat ein Großteil der Welt dennoch auf Gesichtsmasken gesetzt? Erklärungsversuche:

1) *Das Tropfenmodell*

Viele Gesundheitsbehörden haben sich auf das [veraltete](#) „Tröpfchenmodell“ der Virusübertragung verlassen. Wenn dieses Modell korrekt wäre, würden Gesichtsmasken tatsächlich funktionieren. Doch in Wirklichkeit spielen Atemtröpfchen – die per Definition nicht eingeatmet werden können – bei der Virusübertragung nahezu keine Rolle. Stattdessen werden Atemwegsviren [über viel kleinere Aerosole](#) und möglicherweise auch über einige [Objektoberflächen](#) übertragen. Gegen keinen dieser Übertragungswege [wirken](#) Gesichtsmasken.

2) *Das asiatische Paradoxon*

Im ersten Jahr der Pandemie hatten mehrere ostasiatische Länder eine sehr niedrige Coronavirus-Infektionsrate, und viele Gesundheitsexperten gingen fälschlicherweise davon aus, dass dies auf Gesichtsmasken zurückzuführen sei. In Wirklichkeit war dies auf [sehr schnelle Grenzkontrollen](#) in einigen Nachbarländern Chinas sowie auf eine Kombination aus [metabolischen und immunologischen Faktoren](#) zurückzuführen, die die Übertragungsraten reduzierten. Dennoch wurden schließlich auch viele ostasiatische Länder vom Coronavirus [überwältigt \(siehe Diagramme unten\)](#).

3) *Der tschechische Irrtum*

Im Frühjahr 2020 führte Tschechien als eines der ersten europäischen Länder Gesichtsmasken ein. [Da die tschechische Infektionsrate zunächst niedrig blieb, schlossen](#) viele Gesundheitsexperten fälschlicherweise, dass dies an den

Masken liege. In Wirklichkeit hat der größte Teil Osteuropas die erste Welle der Epidemie einfach verpasst. Einige Monate später hatte die Tschechische Republik die höchste Infektionsrate [weltweit](#), doch zu diesem Zeitpunkt hatten weite Teile der Welt bereits eine Gesichtsmaskenpflicht eingeführt.

4) ***Falsche Wissenschaft***

Seit Jahrzehnten zeigen Studien, dass Gesichtsmasken [nicht](#) gegen Atemwegsvirus-Epidemien wirken. Doch mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie und dem zunehmenden politischen Druck (siehe unten) tauchten plötzlich Studien auf, die das Gegenteil behaupteten. In Wirklichkeit handelte es sich bei diesen Studien um [eine Mischung aus](#) verfälschten Beobachtungsdaten, unrealistischen Modellierungs- und Laborergebnissen und völligem Betrug. Die einflussreichste betrügerische Studie war sicherlich die von der [WHO in Auftrag gegebene Metastudie](#), die in The Lancet veröffentlicht wurde.

5) ***Asymptomatische Übertragung***

Ein weiterer Faktor, der zur Umsetzung der Maskenpflicht beitrug, war die Vorstellung einer „asymptomatischen Übertragung“. Die Idee war, dass jeder eine Maske tragen sollte, da auch Menschen ohne Symptome das Virus verbreiten könnten. Die Bedeutung der asymptomatischen und präsymptomatischen Übertragung ist immer noch [umstritten](#) – bis zur Hälfte aller Übertragungen könnte vor dem Einsetzen der Symptome erfolgen –, aber in jedem Fall [wirken Gesichtsmasken einfach nicht](#) gegen die Übertragung durch Aerosole.

6) ***Politischer Druck***

Mehrere politische Faktoren trugen zur Umsetzung der Maskenpflicht bei. Erstens wollten einige Politiker einfach „etwas tun“ gegen die Pandemie; Zweitens dachten einige Politiker, Gesichtsmasken könnten eine

„psychologische Wirkung“ haben und die Bürger „erinnern“, vorsichtig zu bleiben (wenn überhaupt, hatte sie den gegenteiligen Effekt: ein „falsches Sicherheitsgefühl“ zu erzeugen); Drittens nutzten einige Politiker Maskenpflichten, um die Einhaltung der Vorschriften durchzusetzen und die Bevölkerung unter Druck zu setzen, Massenimpfungen zu akzeptieren.

Darüber hinaus entstand ein Teufelskreis zwischen Wissenschaft und Politik: Politiker behaupteten, „der Wissenschaft zu folgen“, Wissenschaftler aber folgten der Politik. Beispielsweise gab die WHO zu, dass ihre aktualisierten Maskenrichtlinien eine Reaktion auf [„politische Lobbyarbeit“](#) und nicht auf neue Erkenntnisse seien. Die einflussreichste Lobbygruppe war [„Masks For All“](#), gegründet von einem „Young Leader“ des World Economic Forum (WEF).

7) **Die Medien**

Es überrascht vielleicht nicht, dass die meisten „Massenmedien“ die betrügerische Wissenschaft und den politischen Druck, der die Maskenpflicht antreibt, [verstärkt haben](#). Nur einige unabhängige Medien und einige wirklich unabhängige Experten stellten die Gültigkeit der zugrunde liegenden Beweise in Frage. Ihre Stimmen wurden jedoch unterdrückt, da [dubiose](#) „Faktenprüfer“-Organisationen eifrig offizielle Richtlinien durchsetzten und viele Artikel und Videos, die Gesichtsmasken kritisierten, drosselten oder [zensierten](#).

8) **„Chirurgen tragen Masken“**

Chirurgen tragen Masken, also müssen sie effektiv sein, oder? Dies war eine weitere Vorstellung, die zum Missverständnis über Gesichtsmasken beitrug. In Wirklichkeit tragen Chirurgen Masken nicht gegen Viren, sondern gegen viel größere Bakterien, aber was noch wichtiger ist: Studien haben seit langem gezeigt, dass selbst Masken von Chirurgen keinen Unterschied bei bakteriellen Wundinfektionen [machen](#).

9) „Masken unterdrückten die Grippe“

„Masken haben die Grippe unterdrückt, also wirken sie offensichtlich.“ Dies war eine weitere sehr häufige Behauptung zugunsten von Masken. Es stimmt zwar, dass die Grippe (also Inflenzaviren) im Frühjahr 2020 [verschwunden ist und auch während der gesamten Corona-Pandemie nicht mehr existierte, Masken hatten damit aber nichts zu tun.](#)

Dies ist offensichtlich, da die Grippe selbst in Staaten ohne Masken, Lockdowns und Schulschließungen – wie Schweden, Florida und Weißrussland – verschwunden ist, während die Grippe trotz der weit verbreiteten Verwendung von Masken (z. B. während der Grippe 2019) bei früheren Grippeepidemien und Pandemien nicht verschwunden [war](#) Epidemie [in Japan](#)).

Stattdessen verschwanden Inflenzaviren weltweit, weil sie [vorübergehend](#) durch das ansteckendere neuartige Coronavirus verdrängt wurden (sogenannte [virale Interferenz](#) , bekannt aus früheren Pandemien); Aus dem gleichen Grund verdrängten neue Coronavirus-Varianten immer wieder bestehende Varianten, oft innerhalb weniger Wochen. Tatsächlich kehrte die Grippe in Ländern, die ein sehr hohes Maß an Immunität gegen das Coronavirus erreicht hatten, im Sommer 2021 [zurück \(z. B. in Indien mit einer Immunität der Bevölkerung von 80 %\).](#)

10) *Irreführende Memes*

Um Social-Media-Nutzer mit niedrigem IQ von der Wirksamkeit von Gesichtsmasken zu überzeugen, wurden mehrere unwissenschaftliche Memes erstellt. Das berüchtigtste davon war wahrscheinlich das Meme [„In die Hose pinkeln“](#) , [das \(eigentlich \)](#) von vielen „Gesundheitsexperten“ geteilt wird . Viele dieser Memes machten sich die Tatsache zunutze, dass die meisten Menschen

einfach nicht erkennen, wie klein und allgegenwärtig virale Aerosole tatsächlich sind.

11) *Verdoppelung*

Nachdem weltweit Maskenpflichten umgesetzt und Milliarden von Dollar für Masken ausgegeben worden waren, wurde bald – wieder einmal – klar, dass Masken gegen Atemwegsvirus-Epidemien einfach nicht wirken (siehe Diagramme unten). Aber das wollten zu diesem Zeitpunkt weder Politiker noch „Gesundheitsexperten“ noch betrogene Bürger, die sie monatelang tragen mussten, mehr zugeben.

Stattdessen haben einige „Gesundheitsbehörden“ verdoppelt und eine Maskenpflicht im Freien (sogar an Stränden), eine Doppelmaske oder eine N95/FFP2-Maske erzwungen, ohne Erfolg. Die einzige neue wissenschaftliche Erkenntnis, die während der Coronavirus-Pandemie gewonnen wurde, war, dass selbst N95/FFP2-Maskenvorschriften keinen Unterschied gemacht haben.

12) *Schweden: Die Ausnahme, die die Regel bestätigte*

Nur sehr wenige Länder auf der Welt haben sich der Gesichtsmasken-Torheit widersetzt. Das bekannteste Beispiel ist wohl Schweden (siehe Diagramme unten), das sich ebenfalls gegen das Lockdown-Experiment gewehrt hat. Natürlich liegt die schwedische Coronavirus-Sterblichkeit unter dem europäischen Durchschnitt. Aber die vielen bösartigen Angriffe großer internationaler Medien gegen Schweden zeigten, wie schwierig es während dieser bizarren Pandemie war, dem globalen Wahnsinn zu entkommen und der wahren Wissenschaft zu folgen.