**Masken funktionieren nicht: Eine Überprüfung der Wissenschaft, die für die COVID-19-Sozialpolitik relevant ist**

Ansichten 41315

Veröffentlicht am:

Freitag, 26. Juni 2020 um 11:00 Uhr

Geschrieben von:

[**GD Rancourt**](https://www.greenmedinfo.com/gmi-blogs/dgrancourt)


**Ursprünglich auf** [**www.ocla.ca veröffentlicht**](https://ocla.ca/wp-content/uploads/2020/04/Rancourt-Masks-dont-work-review-science-re-COVID19-policy.pdf)

**Zusammenfassung / Zusammenfassung**

Masken und Atemschutzmasken funktionieren nicht.

Es wurden umfangreiche randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und Metaanalysen von RCT-Studien durchgeführt, die alle zeigen, dass Masken und Atemschutzgeräte nicht gegen [**Influenza-**](https://www.greenmedinfo.com/disease/influenza-0) ähnliche Erkrankungen der Atemwege oder Atemwegserkrankungen wirken, von denen angenommen wird, dass sie durch Tröpfchen und Aerosol übertragen werden Partikel.

Darüber hinaus sind die relevanten bekannten Physik und Biologie, die ich überprüfe, so, dass Masken und Atemschutzmasken nicht funktionieren sollten. Es wäre ein Paradox, wenn Masken und Atemschutzmasken funktionieren würden, wenn man bedenkt, was wir über virale Atemwegserkrankungen wissen: Der Hauptübertragungsweg sind Aerosolpartikel mit langer Verweilzeit (<2,5 μm), die zu fein sind, um blockiert zu werden, und das Minimum. Die Infektionsdosis ist kleiner als ein Aerosolpartikel.

Das vorliegende Papier über Masken zeigt, inwieweit Regierungen, Mainstream-Medien und institutionelle Propagandisten entscheiden können, in einem wissenschaftlichen Vakuum zu agieren oder nur unvollständige Wissenschaft auszuwählen, die ihren Interessen dient. Eine solche Rücksichtslosigkeit ist sicherlich auch bei der gegenwärtigen weltweiten Sperrung von über 1 Milliarde Menschen der Fall, einem beispiellosen Experiment in der medizinischen und politischen Geschichte.

**Überprüfung der medizinischen Literatur**

Hier sind wichtige Ankerpunkte für die umfangreiche wissenschaftliche Literatur, aus der hervorgeht, dass das Tragen von Operationsmasken und Atemschutzmasken (z. B. "N95") das Risiko einer verifizierten Krankheit nicht verringert:

**Jacobs, JL et al. (2009)** "Verwendung chirurgischer Gesichtsmasken zur Verringerung des Auftretens von [**Erkältungen**](https://www.greenmedinfo.com/disease/common-cold) bei Beschäftigten im Gesundheitswesen in Japan: Eine randomisierte kontrollierte Studie", *American Journal of Infection Control* , Band 37, Ausgabe 5, 417 - 419. [**https: // www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19216002**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19216002)

N95-maskierte Beschäftigte im Gesundheitswesen (HCW) hatten signifikant häufiger Kopfschmerzen. Es wurde nicht nachgewiesen, dass die Verwendung von Gesichtsmasken bei HCW Vorteile in Bezug auf Erkältungssymptome oder Erkältungen bietet.

**Cowling, B. et al.** (2010) "Gesichtsmasken zur Verhinderung der Übertragung des Influenzavirus: Eine  systematische Übersicht", *Epidemiology and Infection* , 138 (4), 449-456. doi: 10.1017 / S0950268809991658  [**https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/face E-Masken zur Verhinderung der Übertragung von Influenzaviren - eine systematische Überprüfung / 64D368496EBDE0AFCC6639CCC9D8BC05**](https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/face%20e-masks-to-prevent-transmission-of-influenza-virus-a-systematicreview/64D368496EBDE0AFCC6639CCC9D8BC05)

Keine der untersuchten Studien zeigte einen Nutzen des Tragens einer Maske, weder bei HCW noch bei Gemeindemitgliedern in Haushalten (H). Siehe Zusammenfassung der Tabellen 1 und 2 darin.

**bin-Reza et al. (2012)** "Die Verwendung von Masken und Atemschutzmasken zur Verhinderung der Übertragung von  Influenza: eine systematische Überprüfung der wissenschaftlichen Erkenntnisse", *Influenza and Other  Respiratory Viruses* 6 (4), 257-267. [**https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-2659.2011.00307.x**](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-2659.2011.00307.x)

"Es gab 17 förderfähige Studien. ... Keine der Studien ergab einen schlüssigen Zusammenhang zwischen der Verwendung von Atemschutzmasken und dem Schutz vor Influenza-Infektionen."

**Smith, JD et al. (2016)** "Wirksamkeit von N95-Atemschutzmasken gegenüber chirurgischen Masken beim Schutz von Mitarbeitern des Gesundheitswesens vor akuten [**Atemwegsinfektionen**](https://www.greenmedinfo.com/disease/respiratory-infections) : eine systematische Überprüfung und Metaanalyse", *CMAJ* Mar 2016, cmaj.150835; DOI: 10.1503 / cmaj.150835 [**https://www.cmaj.ca/content/188/8/567**](https://www.cmaj.ca/content/188/8/567)

"Wir haben 6 klinische Studien identifiziert ... In der Metaanalyse der klinischen Studien fanden wir keinen signifikanten Unterschied zwischen N95-Atemschutzmasken und chirurgischen Masken hinsichtlich des damit verbundenen Risikos einer (a) laborbestätigten Atemwegsinfektion, (b) einer grippeähnlichen Erkrankung oder (c) gemeldete Fehlzeiten am Arbeitsplatz. "

**Offeddu, V. et al. (2017)** "Wirksamkeit von Masken und Atemschutzmasken gegen Atemwegsinfektionen  bei Beschäftigten im Gesundheitswesen: Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse", *Clinical  Infectious Diseases* , Band 65, Ausgabe 11, 1. Dezember 2017, Seiten 1934-1942,  https: // doi. org / 10.1093 / cid / cix681  [**https://academic.oup.com/cid/article/65/11/1934/4068747**](https://academic.oup.com/cid/article/65/11/1934/4068747)

"Die selbstberichtete Bewertung der klinischen Ergebnisse war anfällig für Verzerrungen. Der Nachweis einer Schutzwirkung von Masken oder Atemschutzmasken gegen nachgewiesene Atemwegsinfektionen (VRI) war statistisch nicht signifikant." gemäß Fig. 2c darin:



**Radonovich, LJ et al. (2019)** "N95-Atemschutzmasken gegen medizinische Masken zur Verhinderung von Influenza im Gesundheitswesen: Eine randomisierte klinische Studie", *JAMA* . 2019; 322 (9): 824 & ndash; 833. doi: 10.1001 / jama.2019.11645 [**https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749214**](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2749214)

"Unter 2862 randomisierten Teilnehmern beendeten 2371 die Studie und machten 5180 HCW-Jahreszeiten aus.… Unter den ambulanten Mitarbeitern des Gesundheitswesens führten N95-Atemschutzmasken im Vergleich zu medizinischen Masken, wie sie von den Teilnehmern dieser Studie getragen wurden, zu keinem signifikanten Unterschied in der Inzidenz von im Labor bestätigter Influenza . "

**Long, Y. et al. (2020)** "Wirksamkeit von N95-Atemschutzmasken gegenüber chirurgischen Masken gegen  Influenza: Eine systematische Überprüfung und Metaanalyse", *J Evid Based Med. No.* 2020; 1‐ 9.  https://doi.org/10.1111/jebm.12381  [**https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jebm.12381**](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jebm.12381)

"Insgesamt wurden sechs RCTs mit 9 171 Teilnehmern eingeschlossen. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede bei der Prävention von im Labor bestätigter Influenza, von im Labor bestätigten Virusinfektionen der Atemwege, von im Labor bestätigten Infektionen der Atemwege und von grippeähnlichen Erkrankungen mit N95-Atemschutzmasken und chirurgischen Masken. Die Metaanalyse zeigte eine Schutzwirkung von N95-Atemschutzgeräten gegen im Labor bestätigte bakterielle Besiedlung (RR = 0,58, 95% CI 0,43 bis 0,78). Die Verwendung von N95-Atemschutzgeräten im Vergleich zu chirurgischen Masken ist nicht mit einem geringeren Risiko für im Labor bestätigte Influenza verbunden . "

**Schlussfolgerung In Bezug darauf, dass Masken nicht funktionieren**

Keine RCT-Studie mit verifizierten Ergebnissen zeigt einen Vorteil für HCW oder Gemeindemitglieder in Haushalten beim Tragen einer Maske oder eines Beatmungsgeräts. Es gibt keine solche Studie. Es gibt keine Ausnahmen.

Ebenso gibt es keine Studie, die einen Vorteil einer umfassenden Politik zum Tragen von Masken in der Öffentlichkeit zeigt (mehr dazu weiter unten).

Wenn das Tragen einer Maske aufgrund der Blockierungskraft gegen Tröpfchen und Aerosolpartikel von Vorteil ist, sollte das Tragen eines Beatmungsgeräts (N95) im Vergleich zu einer chirurgischen Maske mehr Vorteile bringen, jedoch mehrere große Metaanalysen und Alle RCT beweisen, dass es keinen solchen relativen Nutzen gibt.

Masken und Atemschutzmasken funktionieren nicht.

**Vorsorgeprinzip mit Masken auf den Kopf gestellt**

In Anbetracht der medizinischen Forschung ist es daher schwer zu verstehen, warum die Gesundheitsbehörden dieses etablierte wissenschaftliche Ergebnis nicht konsequent einhalten, da der verteilte psychologische, wirtschaftliche und ökologische Schaden, der sich aus einer breiten Empfehlung zum Tragen von Masken ergibt, erheblich ist, nicht Erwähnen Sie den unbekannten potenziellen Schaden durch Konzentration und Verteilung von Krankheitserregern auf und von gebrauchten Masken. In diesem Fall würden die Behörden das Vorsorgeprinzip auf den Kopf stellen (siehe unten).

**Physik und Biologie viraler Atemwegserkrankungen und warum Masken nicht funktionieren**

Um zu verstehen, warum Masken möglicherweise nicht funktionieren können, müssen wir das etablierte Wissen über virale Atemwegserkrankungen, den Mechanismus der saisonalen Variation übermäßiger Todesfälle durch [**Lungenentzündung**](https://www.greenmedinfo.com/disease/pneumonia) und Influenza, den Aerosolmechanismus der Übertragung von Infektionskrankheiten, die Physik und Chemie von Aerosolen und die Mechanismus der sogenannten minimalen Infektionsdosis.

Zusätzlich zu Pandemien, die jederzeit auftreten können, besteht in den gemäßigten Breiten eine zusätzliche Belastung durch die saisonale Sterblichkeit von Atemwegserkrankungen, die durch Viren verursacht wird. Zum  Beispiel finden Sie in der Überprüfung der Influenza von Paules und Subbarao (2017). Dies ist seit langem bekannt und das saisonale Muster ist außerordentlich regelmäßig.

Siehe zum Beispiel Abbildung 1 von Viboud (2010), in der "Wöchentliche Zeitreihen des Verhältnisses der Todesfälle durch Lungenentzündung und Influenza zu allen Todesfällen basierend auf der Überwachung von 122 Städten in den USA (blaue Linie)" dargestellt sind. Die rote Linie repräsentiert die erwartetes Basisverhältnis in Abwesenheit von Influenza-Aktivität, "hier:



Die Saisonalität des Phänomens wurde erst vor einem Jahrzehnt weitgehend verstanden. Bis vor kurzem wurde diskutiert, ob das Muster hauptsächlich aufgrund einer saisonalen Änderung der Virulenz der Krankheitserreger oder aufgrund einer saisonalen Änderung der Empfindlichkeit des Wirts (z. B. durch trockene Luft, die Gewebereizungen verursacht, oder durch vermindertes Tageslicht, das Vitaminmangel oder hormonellen Stress verursacht) auftrat ). Siehe zum Beispiel Dowell (2001).

In einer wegweisenden Studie haben Shaman et al. (2010) zeigten, dass das saisonale Muster der Mortalität bei zusätzlichen Atemwegserkrankungen allein auf der Grundlage der absoluten Luftfeuchtigkeit und seines direkten Einflusses auf die Übertragung von Krankheitserregern in der Luft quantitativ erklärt werden kann.

Lowen et al. (2007) demonstrierten das Phänomen der feuchtigkeitsabhängigen Virusvirulenz in der Luft bei der tatsächlichen Krankheitsübertragung zwischen Meerschweinchen und diskutierten mögliche zugrunde liegende Mechanismen für den gemessenen Kontrolleffekt der Feuchtigkeit.

Der zugrunde liegende Mechanismus besteht darin, dass die mit Krankheitserregern beladenen Aerosolpartikel oder -tröpfchen innerhalb einer Halbwertszeit neutralisiert werden, die mit zunehmender Luftfeuchtigkeit monoton und signifikant abnimmt. Dies basiert auf der wegweisenden Arbeit von Harper (1961). Harper zeigte experimentell, dass Tröpfchen, die Virenpathogene tragen, innerhalb kürzerer und kürzerer Zeiten inaktiviert wurden, wenn die Umgebungsfeuchtigkeit erhöht wurde.

Harper argumentierte, dass die Viren selbst durch die Luftfeuchtigkeit außer Betrieb gesetzt wurden ("lebensfähiger Zerfall"), gab jedoch zu, dass der Effekt auf eine durch Feuchtigkeit verstärkte physikalische Entfernung oder Sedimentation der Tröpfchen zurückzuführen sein könnte ("physikalischer Verlust"): in diesem Artikel wird auf das Verhältnis von Virustiter zu radioaktiver Anzahl in Suspensions- und Wolkenproben zurückgegriffen und kann mit der Begründung kritisiert werden, dass Test- und Tracermaterialien physikalisch nicht identisch waren. "

Letzteres ("physikalischer Verlust") erscheint mir plausibler, da Feuchtigkeit einen universellen physikalischen Effekt hätte, der das Wachstum und die Sedimentation von Partikeln / Tröpfchen verursacht, und alle getesteten viralen Pathogene im Wesentlichen den gleichen feuchtigkeitsbedingten "Zerfall" aufweisen. Darüber hinaus ist es schwierig zu verstehen, wie ein Virion (aller Virustypen) in einem Tröpfchen durch eine Erhöhung der Umgebungsfeuchtigkeit molekular oder strukturell angegriffen oder beschädigt wird. Ein "Virion" ist die vollständige, infektiöse Form eines Virus außerhalb einer Wirtszelle mit einem Kern aus RNA oder DNA und einem Kapsid. Der tatsächliche Mechanismus eines solchen feuchtigkeitsgetriebenen "lebensfähigen Zerfalls" eines Virions innerhalb eines Tröpfchens wurde nicht erklärt oder untersucht.

In jedem Fall ist die Erklärung und das Modell von Shaman et al. (2010) ist nicht abhängig von dem besonderen Mechanismus des feuchtigkeitsbedingten Zerfalls von Virionen in Aerosolen / Tröpfchen. Schamans quantitativ demonstriertes Modell der saisonalen regionalen viralen Epidemiologie gilt für jeden Mechanismus (oder eine Kombination von Mechanismen), sei es "lebensfähiger Zerfall" oder "physischer Verlust".

Der Durchbruch von Shaman et al. ist nicht nur ein akademischer Punkt. Vielmehr hat es tiefgreifende gesundheitspolitische Auswirkungen, die bei der aktuellen [**Coronavirus-**](https://www.greenmedinfo.com/disease/coronavirus-disease) Pandemie völlig ignoriert oder übersehen wurden .

Insbesondere impliziert Schamans Arbeit notwendigerweise, dass die Grundreproduktionszahl (R0) der Epidemie hoch ist, anstatt eine feste Zahl zu sein (die ausschließlich von der räumlich-zeitlichen Struktur sozialer Interaktionen in einer vollständig anfälligen Population und vom Virusstamm abhängt) oder vorwiegend abhängig von der absoluten Luftfeuchtigkeit.

Eine Definition von R0 finden Sie unter HealthKnowlege-UK (2020): R0 ist "die durchschnittliche Anzahl von Sekundärinfektionen, die durch einen typischen Infektionsfall in einer Population verursacht werden, in der jeder anfällig ist". Der durchschnittliche R0 für Influenza soll 1,28 (1,19-1,37) betragen; siehe die umfassende Übersicht von Biggerstaff et al. (2014).

Tatsächlich haben Shaman et al. zeigten, dass R0 saisonal zwischen Feucht-Sommer-Werten von nur mehr als "1" und Trocken-Winter-Werten von typischerweise "4" saisonal variieren muss (siehe beispielsweise Tabelle 2). Mit anderen Worten, die saisonalen infektiösen viralen Atemwegserkrankungen, die jedes Jahr die gemäßigten Breiten plagen, werden von einer an sich leicht ansteckenden zu einer virulent ansteckenden Krankheit,  einfach aufgrund der biophysikalischen Übertragungsart, die durch die Luftfeuchtigkeit gesteuert wird, unabhängig von anderen Überlegungen.

Daher ist es sehr wahrscheinlich, dass alle epidemiologischen mathematischen Modelle der Vorteile von Vermittlungsmaßnahmen (wie z. B. soziale Distanzierung), die feuchtigkeitsunabhängige R0-Werte annehmen, allein auf dieser Grundlage von geringem Wert sind. Für Studien zur Modellierung und zu Mediationseffekten auf die effektive Reproduktionszahl siehe Coburn (2009) und Tracht (2010).

Einfach ausgedrückt ist die "zweite Welle" einer Epidemie keine Folge menschlicher Sünde in Bezug auf das Tragen von Masken und das Händeschütteln. Vielmehr ist die "zweite Welle" eine unausweichliche Folge einer durch Lufttrockenheit verursachten vielfachen Zunahme der Ansteckungsgefahr bei Krankheiten in einer Bevölkerung, die noch keine Immunität erreicht hat.

Wenn meine Ansicht über den Mechanismus richtig ist (dh "physischer Verlust"), dann impliziert Schamans Arbeit weiterhin notwendigerweise, dass die durch Trockenheit bedingte hohe Durchlässigkeit (großes R0) von kleinen Aerosolpartikeln herrührt, die flüssig in der Luft schweben; im Gegensatz zu großen Tröpfchen, die durch die Schwerkraft schnell aus der Luft entfernt werden.

Solche kleinen Aerosolpartikel, die flüssig in Luft suspendiert sind und biologischen Ursprungs sind, sind von jeder Art und überall, auch bis zu Viriongrößen (Despres, 2012). Es ist nicht ganz unwahrscheinlich, dass Viren dadurch physisch über interkontinentale Entfernungen transportiert werden können (z. B. Hammond, 1989).

Genauer gesagt wurde gezeigt, dass Viruskonzentrationen in der Luft in Innenräumen (in Kindertagesstätten, Gesundheitszentren und Bordflugzeugen) hauptsächlich als Aerosolpartikel mit Durchmessern von weniger als 2,5 μm vorliegen, wie in der Arbeit von Yang et al. (2011):

"Die Hälfte der 16 Proben war positiv und ihre Gesamtviruskonzentrationen lagen im Bereich von 5800 bis 37 000 Genomkopien m & supmin; ³ . Im Durchschnitt waren 64 Prozent der Virusgenomkopien mit feinen Partikeln assoziiert, die kleiner als 2,5 um waren und verbleiben können Die Modellierung der Viruskonzentrationen in Innenräumen ergab eine Quellenstärke von 1,6 ± 1,2 × 10 5 Genomkopien m -3 Luft h -1 und einen Ablagerungsfluss auf Oberflächen von 13 ± 7 Genomkopien m -2 h -1durch Brownsche Bewegung. Über 1 Stunde wurde die Inhalationsdosis auf 30 ± 18 mittlere infektiöse Gewebekulturdosis (TCID50) geschätzt, die ausreicht, um eine Infektion zu induzieren. Diese Ergebnisse stützen quantitativ die Idee, dass die Aerosolroute eine wichtige Art der Influenzaübertragung sein könnte. "

Solche kleinen Partikel (<2,5 μm) sind Teil der Luftfluidität, unterliegen keiner Gravitationssedimentation und würden nicht durch einen langreichweitigen Trägheitsaufprall gestoppt. Dies bedeutet, dass die geringste (sogar vorübergehende) Gesichtsfehlanpassung einer Maske oder eines Beatmungsgeräts die Designfiltrationsnorm der Maske oder des Beatmungsgeräts völlig irrelevant macht. In jedem Fall blockiert das Filtrationsmaterial selbst von  N95 (durchschnittliche Porengröße ~ 0,3-0,5 μm) nicht die Virionpenetration, ganz zu schweigen von chirurgischen Masken. Siehe zum Beispiel Balazy et al. (2006).

Die Effizienz des Maskenstopps und das Einatmen des Wirts sind jedoch nur die halbe Miete, da auch die minimale Infektionsdosis (MID) berücksichtigt werden muss. Wenn beispielsweise innerhalb einer bestimmten Zeit eine große Anzahl von mit Krankheitserregern beladenen Partikeln in die Lunge abgegeben werden muss, damit die Krankheit Einzug hält, kann eine teilweise Blockierung durch eine Maske oder ein Tuch ausreichen, um einen signifikanten Unterschied zu bewirken.

Wenn andererseits die MID von den Virionen, die in einem einzelnen Aerosolpartikel enthalten sind, das sich dem Einfangen der Maske entziehen kann, weit übertroffen wird, ist die Maske von keinem praktischen Nutzen, was der Fall ist.

Yezli und Otter (2011) weisen in ihrer Überprüfung der MID auf relevante Merkmale hin:

* Die meisten Atemwegsviren sind beim Menschen genauso infektiös wie in Gewebekulturen mit optimaler Laboranfälligkeit
* Es wird angenommen, dass ein einziges Virion ausreichen kann, um beim Wirt eine Krankheit auszulösen
* Es wurde variabel festgestellt, dass die 50% -wahrscheinliche MID ("TCID50") im Bereich von 100 bis 1000 Virionen liegt
* gibt es typischerweise 10 3 -10 7 Virionen pro aerolized influenza Tropfens mit einem Durchmesser von 1 um - 10 um
* Die MID mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% passt problemlos in ein einzelnes (ein) aerolisiertes Tröpfchen

Für weiteren Hintergrund:

* Eine klassische Beschreibung der Dosis-Wirkungs-Bewertung liefert Haas (1993).
* Zwart et al. (2009) lieferten den ersten Laborbeweis in einem Virus-Insekten-System, dass die Wirkung eines einzelnen Virions ausreichen kann, um eine Krankheit zu verursachen.
* Baccam et al. (2006) berechneten aus empirischen Daten, dass mit Influenza A beim Menschen "wir schätzen, dass infizierte Zellen nach einer Verzögerung von ~ 6 Stunden beginnen, Influenzaviren zu produzieren, und dies für ~ 5 Stunden fortsetzen. Die durchschnittliche Lebensdauer infizierter Zellen beträgt ~ 11 h, und die Halbwertszeit des freien infektiösen Virus beträgt ~ 3 h. Wir haben die [im Körper] grundlegende Reproduktionszahl R0 berechnet, was darauf hinweist, dass eine einzelne infizierte Zelle ~ 22 neue produktive Infektionen produzieren könnte. "
* Brooke et al. (2013) zeigten, dass entgegen früheren Modellannahmen, obwohl nicht alle mit Influenza A infizierten Zellen im menschlichen Körper infektiöse Nachkommen (Virionen) produzieren, 90% der infizierten Zellen signifikant betroffen sind und nicht einfach unversehrt überleben.

All dies, um Folgendes zu sagen: Wenn etwas durchkommt (und dies unabhängig von der Maske immer der Fall ist), werden Sie infiziert. Masken können unmöglich funktionieren. Es ist daher nicht überraschend, dass keine vorurteilsfreie Studie jemals einen Vorteil beim Tragen einer Maske oder eines Beatmungsgeräts in dieser Anwendung gefunden hat.

Daher sind die Studien, die eine teilweise Stoppkraft von Masken zeigen oder die zeigen, dass Masken viele große Tröpfchen einfangen können, die von einem niesenden oder hustenden Maskenträger erzeugt werden, angesichts der oben beschriebenen Merkmale des Problems irrelevant. Zum Beispiel solche Studien wie diese: Leung (2020), Davies (2013), Lai (2012) und Sande (2008).

**Warum es niemals einen empirischen Test einer landesweiten Politik zum Tragen von Masken geben kann**

Wie oben erwähnt, gibt es keine Studie, die einen Nutzen aus einer umfassenden Politik zum Tragen von Masken in der Öffentlichkeit zeigt. Dafür gibt es gute Gründe. Es wäre unmöglich, eindeutige und vorurteilsfreie Ergebnisse zu erzielen:

* Jeder Vorteil des Tragens einer Maske müsste ein kleiner Effekt sein, da er in kontrollierten Experimenten unentdeckt bleibt, der durch die größeren Effekte, insbesondere den großen Effekt durch die Änderung der Luftfeuchtigkeit, überschwemmt würde.
* Masken-Compliance und Maskenanpassungsgewohnheiten wären unbekannt.
* Das Tragen von Masken ist mit mehreren anderen Gesundheitsverhalten verbunden (korreliert); siehe Wada (2012).
* Die Ergebnisse wären aufgrund unterschiedlicher kultureller Gewohnheiten nicht übertragbar.
* Compliance wird durch Angst erreicht, und Einzelpersonen können sich an angstbasierte Propaganda gewöhnen und unterschiedliche grundlegende Reaktionen haben.
* Überwachung und Compliance-Messung sind nahezu unmöglich und unterliegen großen Fehlern.
* Die Selbstberichterstattung (wie in Umfragen) ist notorisch voreingenommen, da Einzelpersonen den eigennützigen Glauben haben, dass ihre Bemühungen nützlich sind.
* Das Fortschreiten der Epidemie wird nicht durch zuverlässige Tests an großen Bevölkerungsstichproben verifiziert und beruht im Allgemeinen auf nicht repräsentativen Krankenhausbesuchen oder Einweisungen.
* Mehrere verschiedene Krankheitserreger (Viren und Virusstämme), die Atemwegserkrankungen verursachen, wirken im Allgemeinen zusammen, in derselben Population und / oder bei Einzelpersonen und werden nicht gelöst, während sie unterschiedliche epidemiologische Merkmale aufweisen.

**Unbekannte Aspekte des Tragens von Masken**

Viele potenzielle Schäden können sich aus einer breiten öffentlichen Politik zum Tragen von Masken ergeben, und die folgenden unbeantworteten Fragen stellen sich:

* Werden gebrauchte und geladene Masken zu Quellen einer verbesserten Übertragung für den Träger und andere?
* Werden Masken zu Sammlern und Haltern von Krankheitserregern, die der Maskenträger sonst vermeiden würde, wenn er ohne Maske atmet?
* Werden große Tröpfchen von einer Maske erfasst, die zu atmungsaktiven Komponenten zerstäubt oder aerolisiert wird? Können Virionen einem verdunstenden Tröpfchen entkommen, das an einer Maskenfaser haftet?
* Was sind die Gefahren des Bakterienwachstums auf einer gebrauchten und geladenen Maske?
* Wie interagieren mit Krankheitserregern beladene Tröpfchen mit Umweltstaub und Aerosolen, die sich auf der Maske befinden?
* Was sind langfristige gesundheitliche Auswirkungen auf HCW, wie z. B. Kopfschmerzen, die durch Atemstörungen verursacht werden?
* Gibt es negative soziale Konsequenzen für eine maskierte Gesellschaft?
* Gibt es negative psychologische Konsequenzen für das Tragen einer Maske als angstbasierte Verhaltensänderung?
* Was sind die Umweltfolgen der Herstellung und Entsorgung von Masken?
* Verschütten die Masken Fasern oder Substanzen, die beim Einatmen schädlich sind?

**Fazit**

Indem die Regierungen Empfehlungen und Richtlinien zum Tragen von Masken für die breite Öffentlichkeit abgeben oder die Praxis ausdrücklich dulden, haben sie sowohl die wissenschaftlichen Beweise ignoriert als auch das Gegenteil getan, indem sie dem Vorsorgeprinzip gefolgt sind.

In Ermangelung von Wissen sollten Regierungen keine Maßnahmen treffen, die ein hypothetisches Schadenspotential haben. Die Regierung hat eine Pflichtbarriere, bevor sie eine umfassende Intervention im Bereich Social Engineering einleitet oder es Unternehmen ermöglicht, angstbasierte Gefühle auszunutzen.

Darüber hinaus sollten Einzelpersonen wissen, dass das Tragen einer Maske bei einer Virusepidemie der Atemwegserkrankungen keinen bekannten Nutzen hat und dass wissenschaftliche Studien gezeigt haben, dass jeder Nutzen im Vergleich zu anderen und bestimmenden Faktoren gering bleiben muss.

Was ist sonst der Sinn der öffentlich finanzierten Wissenschaft?

Das vorliegende Papier über Masken zeigt, inwieweit Regierungen, Mainstream-Medien und institutionelle Propagandisten entscheiden können, in einem wissenschaftlichen Vakuum zu agieren oder nur unvollständige Wissenschaft auszuwählen, die ihren Interessen dient. Eine solche Rücksichtslosigkeit ist sicherlich auch bei der gegenwärtigen weltweiten Sperrung von über 1 Milliarde Menschen der Fall, einem beispiellosen Experiment in der medizinischen und politischen Geschichte.



**Die Entscheidung, eine Maske zu tragen, ist sehr persönlich und sollte nicht allgemein vorgeschrieben werden. Maßnahmen zum Schutz der Gemeinschaft sind unwirksam, wenn sie Personen in dieser Gemeinschaft verletzen. Bitte mailen und twittern Sie jetzt Ihre staatlichen und lokalen Beamten und fordern Sie sie auf, ihren Beitrag zu leisten, um sicherzustellen, dass das Tragen von Masken freiwillig und nicht obligatorisch ist.**

[**ERGREIFT MASSNAHMEN JETZT**](https://standforhealthfreedom.com/action/act-now-mandatory-masks-endanger-your-health/)

**Endnoten:**

Baccam, P. et al. (2006) "Kinetics of Influenza A Virus Infection in Humans", *Journal of Virology,* Juli 2006, 80 (15) 7590-7599; DOI: 10.1128 / JVI.01623-05 [**https://jvi.asm.org/content/80/15/7590**](https://jvi.asm.org/content/80/15/7590)

Balazy et al. (2006) "Bieten N95-Atemschutzgeräte einen Schutz von 95% gegen Viren in der Luft und wie angemessen sind chirurgische Masken?", *American Journal of Infection Control* , Band 34, Ausgabe 2, März 2006, Seiten 51-57. doi: 10.1016 / j.ajic.2005.08.018 [**https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.488.4644&rep=rep1&type=pdf**](https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.488.4644&rep=rep1&type=pdf)

Biggerstaff, M. et al. (2014) "Schätzungen der Reproduktionszahl für saisonale, pandemische und zoonotische Influenza: eine systematische Überprüfung der Literatur", *BMC Infect Dis* 14, 480 (2014). [**https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-480**](https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-480)

Brooke, CB et al. (2013) "Die meisten Influenza-A-Virionen exprimieren nicht mindestens ein essentielles virales Protein", *Journal of Virology,* Februar 2013, 87 (6) 3155-3162; DOI: 10.1128 / JVI.02284-12 [**https://jvi.asm.org/content/87/6/3155**](https://jvi.asm.org/content/87/6/3155)

Coburn, BJ et al. (2009) "Modellierung von Influenza-Epidemien und -Pandemien: Einblicke in die Zukunft der Schweinegrippe (H1N1)", *BMC Med* 7, 30. [**https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-30**](https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-30)

Davies, A. et al. (2013) "Testen der Wirksamkeit hausgemachter Masken: Würden sie bei einer Influenzapandemie schützen  ?", *Katastrophenmedizin und Vorsorge für die öffentliche Gesundheit* , verfügbar auf CJO  2013 doi: 10.1017 / dmp.2013.43  [**https://journals.cambridge.org/abstract\_S1935789313000438**](https://journals.cambridge.org/abstract_S1935789313000438)

Despres, VR et al. (2012) "Primäre biologische Aerosolpartikel in der Atmosphäre: eine Übersicht", *Tellus B: Chemical and Physical Meteorology* , 64: 1, 15598, DOI: 10.3402 / tellusb.v64i0.15598 [**https://doi.org/10.3402/tellusb .v64i0.15598**](https://doi.org/10.3402/tellusb.v64i0.15598)

Dowell, SF (2001) "Saisonale Variation der Wirtsanfälligkeit und der Zyklen bestimmter Infektionskrankheiten", *Emerg Infect Dis.* 2001; 7 (3): 369 & ndash; 374. doi: 10.3201 / eid0703.010301 [**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631809/**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631809/)

Hammond, GW et al. (1989) "Einfluss der atmosphärischen Dispersion und des Transports viraler Aerosole auf die Epidemiologie der Influenza", *Reviews of Infectious Diseases* , Band 11, Ausgabe 3, Mai 1989, Seiten 494-497, [**https://doi.org/10.1093/clinids /11.3.494**](https://doi.org/10.1093/clinids/11.3.494)

Haas, CN et al. (1993) "Risk Assessment of Virus in Drinking Water", *Risk Analysis* , 13: 545-552. doi: 10.1111 / j.1539-6924.1993.tb00013.x  [**https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1993.tb00013.x**](https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1993.tb00013.x)

HealthKnowlege-UK (2020) "Charta 1a - Epidemiologie: Epidemietheorie (effektive und grundlegende Reproduktionszahlen, epidemische Schwellenwerte) und Techniken zur Analyse von Daten zu Infektionskrankheiten (Erstellung und Verwendung von Epidemiekurven, Generationszahlen, außergewöhnliche Berichterstattung und Identifizierung signifikanter Cluster) ) ", *HealthKnowledge.org.uk* , abgerufen am 10.04.2020. [**https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/epidemic-theory**](https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1a-epidemiology/epidemic-theory)

Lai, ACK et al. (2012) "Wirksamkeit von Gesichtsmasken zur Verringerung der Expositionsgefahr für Infektionen in der Luft in der Allgemeinbevölkerung", *JR Soc. Schnittstelle* . 9938-948 [**https://doi.org/10.1098/rsif.2011.0537**](https://doi.org/10.1098/rsif.2011.0537)

Leung, NHL et al. (2020) "Atemwegsvirusausscheidung beim Ausatmen und Wirksamkeit von Gesichtsmasken", *Nature Medicine* (2020). [**https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2**](https://doi.org/10.1038/s41591-020-0843-2)

Lowen, AC et al. (2007) "Die Übertragung von Influenzaviren hängt von der relativen Luftfeuchtigkeit und Temperatur ab", *PLoS Pathog* 3 (10): e151. [**https://doi.org/10.1371/journal.ppat.0030151**](https://doi.org/10.1371/journal.ppat.0030151)

Paules, C. und Subbarao, S. (2017) "Influenza", *Lancet* , Seminar | Band 390, AUSGABE 10095,  P697-708, 12. August 2017.  [**https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30129-0**](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2817%2930129-0)

Sande, van der, M. et al. (2008) "Professionelle und hausgemachte Gesichtsmasken reduzieren die Exposition der Allgemeinbevölkerung gegenüber  Atemwegsinfektionen", *PLoS ONE* 3 (7): e2618. doi: 10.1371 / journal.pone.0002618  [**https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002618**](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002618)

Shaman, J. et al. (2010) "Absolute Luftfeuchtigkeit und der saisonale Beginn der Influenza in den kontinentalen Vereinigten Staaten", *PLoS Biol* 8 (2): e1000316. [**https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1000316**](https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1000316)

Tracht, SM et al. (2010) "Mathematische Modellierung der Wirksamkeit von Gesichtsmasken bei der  Verringerung der Ausbreitung neuartiger Influenza A (H1N1)", *PLoS ONE* 5 (2): e9018. doi: 10.1371 / journal.pone.0009018  [**https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009018**](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009018)

Viboud C. et al. (2010) "Vorläufige Schätzungen der Mortalität und der verlorenen Lebensjahre im Zusammenhang mit der A / H1N1-Pandemie 2009 in den USA und Vergleich mit früheren Influenza-Jahreszeiten", *PLoS Curr.* 2010; 2: RRN1153. Veröffentlicht 2010 Mar 20. doi: 10.1371 / currents.rrn1153 [**https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843747/**](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2843747/)

Wada, K. et al. (2012) "Das Tragen von Gesichtsmasken in der Öffentlichkeit während der Influenza-Saison kann andere positive Hygienepraktiken in Japan widerspiegeln", *BMC Public Health* 12, 1065 (2012). [**https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-106**](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-106)

Yang, W. et al. (2011) "Konzentrationen und Größenverteilungen von Influenza-A-Viren in der Luft, gemessen in Innenräumen in einem Gesundheitszentrum, einer Kindertagesstätte und in Flugzeugen", *Journal of the Royal Society, Interface* . 2011 Aug; 8 (61): 1176–1184. DOI: 10.1098 / rsif.2010.0686. [**https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsif.2010.0686**](https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsif.2010.0686)

Yezli, S., Otter, JA (2011) "Minimale infektiöse Dosis der wichtigsten menschlichen Atemwegs- und Darmviren, die durch Nahrung und Umwelt übertragen werden", *Food Environ Virol* 3, 1-30. [**https://doi.org/10.1007/s12560-011-9056-7**](https://doi.org/10.1007/s12560-011-9056-7)

Zwart, MP et al. (2009) "Ein experimenteller Test der unabhängigen Aktionshypothese in Virus-Insekten-Pathosystemen", *Proc. R. Soc. B* . 2762233-2242 [**https://doi.org/10.1098/rspb.2009.0064**](https://doi.org/10.1098/rspb.2009.0064)

Ehemaliger fest angestellter und ordentlicher Professor für Physik an der Universität von Ottawa, Kanada. Bekannt für Anwendungen der Physikforschung. Veröffentlichung von über 100 wissenschaftlichen Artikeln in den Bereichen Metallphysik, Materialwissenschaften, Messmethoden sowie Erd- und Umweltwissenschaften sowie zahlreiche Aufsätze zu sozialen Kommentaren. Autor des Buches Hierarchie und freie Meinungsäußerung im Kampf gegen Rassismus.

**Haftungsausschluss** : Dieser Artikel bietet keinen medizinischen Rat, keine Diagnose oder Behandlung. Die hier geäußerten Ansichten spiegeln nicht unbedingt die von GreenMedInfo oder seinen Mitarbeitern wider.