

(BM 4)

Wissenschaftliche Beweisführung einer fehlenden Evidenz zur Gefährlichkeit von SARS-Cov-2 und seinen Varianten

Der Behauptung der Gesundheitsämter und der Covid-19-Taskforce, die neuen Varianten des Coronavirus (B 1.1.7 und 501.V2) seien leichter übertragbar als SARS-CoV-2, haben keinerlei ausreichende wissenschaftliche Beweiskraft:

Computermodelle und reine Schätzungen – die aus Fallzahlen von falsch-positiven PCR-Tests stammen

In der wissenschaftlichen Literatur zu den Virusvarianten findet sich bisher lediglich eine von der *Cold Spring Harbor Laboratory* im US-Bundesstaat New York veröffentlichten und nicht verifizierten Modellstudie (1), Preprint und non Peer Review zu den Virusvarianten – Originalzitat:

«(...) Infektionen mit der SARS-CoV-2-Linie B.1.1.7 sind in den letzten Wochen im Vereinigten Königreich gestiegen, was auf eine noch grössere Ausbreitungskapazität hinweist als bei früheren Stämmen des neuartigen Coronavirus.»

Die Behauptung der höheren Ausbreitungskapazität wird in diesem Modell mit den Ergebnissen von RT-PCR Tests (Reverse Transkription Polymerase-Chain-Reaction) begründet.

Der Bericht des Gesundheitsministeriums von Grossbritannien (2) vom Dezember 2020 (*Investigation of novel SARS-CoV-2 variant*), auf das sich auch das BAG stützt, fusst ebenfalls auf Ergebnissen der hoch falsch-positiven RT-PCR-Tests sowie auf ein statistisches Computermodell – Originalzitat:

«(...) Wir beurteilten die Wachstumsrate von Woche zu Woche sowohl bei SARS-negativen als auch bei SARS-positiven Fällen, indem wir einfach die Fallzahlen in Woche $t+1$ durch die Fallzahlen in Woche $t+2$ dividierten.»

Demzufolge fusst dieses Computermodell ebenfalls auf dem hoch falsch-positiven PCR-Test und auf Diskrepanzen dieser Tests, ohne dass die betroffenen Aminosäuren genau bezeichnet werden könnten und ohne dass Antikörpertests stattgefunden hätten.

(BM 5)

Keine klinische Diagnose von SARS-CoV-2 mit dem RT-PCR-Test möglich

Der Erfinder des PCR-Tests sagt, man könne mit dem Test alles in jedem finden und die Messung sei nicht exakt

Zum RT-PCR-Test sagte dessen Erfinder und Nobelpreisträger Dr. Kary Mullis:

«Mit PCR, wenn man es gut macht, kann man ziemlich alles in jedem finden. (...) Die Messung ist nicht exakt. PCR ist ein Prozess, der aus etwas eine ganze Menge machen kann. Es sagt Ihnen nicht, dass Sie krank sind und es sagt nicht, dass das Ding, das man findet, Ihnen Schaden zufügt. Mann kann den Test selbst nicht missbrauchen, sehr wohl aber seine Resultate, wenn man die Zyklen zu hoch einstellt.»

Die WHO sagt, dass PCR-Tests nur als Hilfsmittel für Diagnosen taugen und die Spezifität lediglich behauptet wird

Zudem ist gemäss der neusten Richtlinie der WHO (3) der PCR-Test ohne klinische Diagnose unbrauchbar – sie schreibt unter anderem:

«Die WHO erinnert IVD-Benutzer (In-Vitro Diagnose) daran, dass die Häufigkeit von Krankheiten den Wert der Vorhersehbarkeit von Testergebnisse verändert. Mit abnehmender Prävalenz steigt das Risiko falsch positiver Ergebnisse. Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einem positiven Testergebnis (SARS-CoV-2 nachgewiesen) tatsächlich mit SARS-CoV-2 infiziert ist, mit abnehmender Prävalenz abnimmt, unabhängig von der behaupteten Spezifität.»

Zur Diagnostik schreibt die WHO zudem: *«Die meisten PCR-Tests sind als reine Diagnosehilfe angegeben (!). Daher müssen Gesundheitsdienstleister jedes Ergebnis in Kombination mit dem Zeitpunkt der Probenahme, dem Probentyp, den Testspezifikationen, den klinischen Beobachtungen, der Patientenanamnese, dem bestätigten Status von Kontakten und epidemiologischen Informationen berücksichtigen.»*

Auf Anfrage von einigen Ärzten in der Schweiz finden bei den Massentests weder klinische Beobachtungen statt noch wird eine Anamnese durchgeführt, noch wird der Ct-Wert (Testspezifikationen) angegeben.

Der Ct-Wert wird in der Schweiz viel zu hoch und völlig willkürlich eingestellt (30 – 45 Zyklen) und der von Laboren angewendete Ct-Wert wird nicht angegeben, wie eine schriftliche Anfrage bei Schweizer Laboren zeigte, die mir vorliegt. Merkwürdig: Wenn die WHO eine Verschärfung von Massnahmen empfiehlt, werden diese vom BAG und der Covid-19 Taskforce kritiklos und ungeprüft übernommen. Wenn die WHO allerdings den PCR-Test als alleiniges Diagnosemittel in Frage stellt und dazu neue Richtlinien veröffentlicht, werden diese von den hiesigen Behörden schlicht ignoriert. Dies hat weder mit Wissenschaftlichkeit noch mit Rechtsstaatlichkeit zu tun.

Man kann mit dem PCR Test also aus einer sehr kleinen Menge von «etwas» mit einem eleganten, aber anspruchsvollen biotechnologischen Verfahren eine grössere Menge dieses «etwas» herstellen, es also zu einer Menge vervielfältigen, mit der sich weiterarbeiten lässt. Je mehr DNA-Moleküle vor dem PCR-Test in der Probenlösung vorlag, desto mehr Kopien entstehen in den Polymerisierungszyklen und dementsprechend früher steigt die detektierbare Fluoreszenz über den definierten Hintergrund- bzw. Schwellenwert (*engl. cycle threshold*). Der Test wird damit positiv, auch wenn die Virenlast kaum vorhanden ist. Man kann sich diesen Prozess auch als Vergrösserung vorstellen, wobei aus fast nichts plötzlich sehr viel wird. Der PCR-Test ist lediglich in der Lage, Gen-Bruchstücke festzustellen. Ob das Virus noch aktiv ist bleibt dabei unberücksichtigt. Die «Fallzahlen» bestimmen die Politik. Aber die PCR-Tests, mit denen sie erhoben werden, sind weder geeicht, noch unterscheiden sie, ob ein krankheitserregendes Virus da ist oder bloss inaktive Bruchstücke, die seit Wochen im Körper vorhanden sind: Mit ein Grund weshalb die Fallzahlen steigen, und die Krankheits- und die Todesfälle unterdurchschnittlich tief bleiben (4).

Doch wie lässt sich das vervielfältigte Material des PCR-Tests zweifelsfrei identifizieren? – gar nicht.

Nur mit eindeutigen, validierten und verifizierbaren Standards liesse sich der Replikator in ein Testgerät verwandeln und das PCR-Verfahren als klinischen Test etablieren, wogegen sich sein Erfinder Kary Mullis immer gewehrt hat. Alle Fallzahlen, die vom BAG täglich vermeldet werden, begründen sich einzig und allein auf Ergebnissen von RT-PCR-Tests.

Das PCR-Testverfahren wurde vom Mikrobiologen Prof. Dr. Christian Drosten sowie von Dr. Victor Corman, beide an der Charité Berlin, durch eine Arbeit im Januar 2020 zum Nachweis einer Infektion von SARS-CoV-2 empfohlen und nun merkwürdigerweise auf der ganzen Welt angewendet, trotz besseres

wissenschaftliches Wissen. Schliesslich haben die US-Seuchenschutzbehörde CDC sowie die US-Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelbehörde FDA sogar erklärt, dass PCR-Tests nicht(!) für diagnostische Zwecke geeignet sind. Quelle

Eine externe Studie (Peer-Review) eines Expertenkonsortiums von 22 hochkarätigen internationalen Sachverständigen zerlegt den PCR-Test

vom 27. November 2020 um Dr. Pieter Borger (5) überprüfte die Arbeit von Drosten/Corman Punkt für Punkt und stellte dabei gravierende Fehler und Interessenskonflikte fest. Wörtliches Zitat: *«Dieses Papier wird zahlreiche schwerwiegende Mängel im Corman-Drosten-Papier aufzeigen, deren Bedeutung zu einer weltweiten Fehldiagnose von Infektionen geführt hat, die SARS-CoV-2 zugeschrieben werden und mit der Krankheit COVID-19 assoziiert sind. Das veröffentlichte PCR-Protokoll zur Erkennung und Diagnose von SARS-CoV-2 und das Manuskript weisen zahlreiche technische und wissenschaftliche Fehler auf, darunter ein unzureichendes Primerdesign, ein problematisches und unzureichendes PCR-Protokoll und das Fehlen einer genauen Testvalidierung. Weder der vorgestellte Test noch das Manuskript selbst erfüllen die Anforderungen für eine akzeptable wissenschaftliche Veröffentlichung.»*

Das von Drosten im Fachblatt *Eurosurveillance* veröffentlichte Verfahren (6) müsse auf Grund von zehn gravierenden Fehlern als Publikation zurückgezogen werden, so das Fazit von Borger und seinem Team. Der Test führe zu einer hohen Zahl von falsch-positiven Ergebnissen. Bei einer Reproduktionszahl von mehr als 35 Zyklen (Ct-Wert) führe der Test zu einer falsch-positiv-Rate von 97 Prozent. Zudem sollen positive und negative Ergebnisse durch bekannte klinische Verfahren spezifiziert werden, um den Virusnachweis bestätigen oder widerlegen zu können. Der Ct-Wert müsse zudem durch ein internationales Protokoll festgelegt werden. Eine Nachfrage beim BAG ergab, dass es dafür weder Empfehlungen noch Standardprotokolle gibt.

Fazit: Der PCR-Test ist weder validiert noch geeicht. Die Reproduktionszahl (Ct-Wert) wird in der Schweiz willkürlich festgelegt, wie eine Nachfrage bei zahlreichen Laboren bestätigt (30-45 Zyklen). Damit muss in der Schweiz von einer falsch-positiv-Rate von mindestens 90 Prozent ausgegangen werden. Zudem kann der PCR-Test keine Infektion mit einem aktiven Erreger nachweisen, keine Infektiösität und schliesslich keine Erkrankung. Die von Bundesrat und Gesundheitsdirektion behauptete ausserordentliche Lage mit

gravierenden sozialen und wirtschaftlichen Folgen begründet alleine auf einem nicht validierten und unzuverlässigen Test mit unhaltbaren und willkürlich angewendeten Parametern (Ct-Wert). Schutzmassnahmen bei besonders gefährdeten Personen (Risikogruppen und Menschen mit spezifischen Vorerkrankungen) erscheint vertretbar. Allerdings nicht bei völlig gesunden Menschen und schon gar nicht bei gesunden Kindern, im Wissen, dass sie durch den Maskenzwang physische und psychische Beeinträchtigungen erleiden.

(BM 6)

Übersterblichkeit im normalen Rahmen einer starken Grippesaison und keine Überlastung des Gesundheitswesens

Die Spitäler bauen merkwürdigerweise Pflegepersonal und Intensivbetten ab – trotz der behaupteten Jahrhundertpandemie. Zudem: Bei der Angabe über noch freie Betten wurden bisher zum Beispiel zusätzlich bereitgestellte Intensivbetten stets dazugezählt. Doch einige Spitäler melden seit einiger Zeit bereits eine Vollbelegung, wenn lediglich die «zertifizierten» Betten belegt waren. Der Anteil der freien Betten blieb vom Sommer bis heute – trotz einer angeblich starken Zunahme von Coronapatienten – konstant zwischen 20 und 25 Prozent (7). Der wahrscheinlichste Grund: Statt die Intensivbetten wie im Frühjahr wieder aufzustocken, haben Spitäler eine unbekannte Zahl nicht dringlicher Operationen verschoben.

Eine Umfangreiche Zusammenfassung des Recherchekollektivs von «Swiss Policy Research» (7) zeigt, dass die altersbereinigte Gesamtmortalität im Jahr 2020 im Bereich einer sehr starken Influenza-Saison liegt.

Das Amtsgericht Weimar in Deutschland hat am 11.01.2021 einen Mann freigesprochen, der zu einer Geldbusse verurteilt werden sollte, weil er gegen das Corona-Kontaktverbot verstossen hatte (8).

Ein Zitat aus dem Weimarer Urteil:

«Die Schreckensszenarien, die im Frühjahr die Entscheidung über den Lockdown maßgeblich beeinflussten, ... beruhten auch auf falschen Annahmen zur Letalität des Virus (sog. infection fatality rate = IFR) und zur Frage einer bereits vorhandenen bzw. fehlenden Grundimmunität gegen das Virus in der Bevölkerung. ... Die Letalität beträgt nach einer Metastudie

des Medizinwissenschaftlers und Statistikers John Ioannidis, eines der meistzitierten Wissenschaftler weltweit, die im Oktober in einem Bulletin der WHO veröffentlicht wurde, im Median 0,27%, korrigiert 0,23 % und liegt damit nicht höher als bei mittelschweren Influenzaepidemien (https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf).»

Das Verfassungsgericht in Österreich stellte in einem Urteil fest, dass die Maskenpflicht im Schulgebäude und die Klassenteilung im Frühjahr 2020 gesetzeswidrig waren (9).

Fazit: Durch die hohe Zahl der falsch-positiv-Rate des RT-PCR-Tests, die fehlende aber immer wieder behauptete Übersterblichkeit (0,591 Prozent der aktuellen Gesamtbevölkerung in der Schweiz und damit 0.078 Prozent weniger als 2015, dem schlimmsten Grippejahr der letzten 10 Jahre, (10) sowie die fehlende aber immer wieder behauptete Kapazitätsgrenze der Intensivstationen in den Spitälern (75 Prozent) (11) sind die rigorosen Massnahmen weder verhältnismässig noch geeignet oder erforderlich. Vielmehr verletzen sie in grober Weise zahlreiche Grundrechte aus den Bestimmungen der BV und dem EGMR, welche im Recht wesentlich höher gestellt sind als kantonale Verordnungen. Von rechtsunwirksamen Empfehlungen und Merkblätter des BAG ganz zu schweigen.

Beweismittel:

1. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.29.424708v1.abstract>
2. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/947048/Technical_Briefing_VOC_SH_NJL2_SH2.pdf
3. <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>
4. <https://corona-transition.org/was-der-pcr-test-kann-und-was-nicht>
5. <https://cormandrostenreview.com/report/>
6. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2001035>
7. <https://swprs.org/studies-on-covid-19-lethality/>
8. https://www.burhoff.de/asp_weitere_beschluesse/inhalte/6054.htm
9. https://www.vfgh.gv.at/medien/Covid_Schulen.php
10. <https://corona-transition.org/in-der-schweiz-in-deutschland-und-in-osterreich-kann-bislang-von-einer>
11. <https://www.infosperber.ch/gesundheit/public-health/20-11-20-nur-leicht-hoehere-auslastung-der-intensivbetten/>