

Was von Corona übrig bleibt?

Ein Artikel von Michael Kent

Die Krise des wissenschaftlichen Denkens: Wenn Zahlen und Fakten nicht mit Schreckensbildern, Panikmache und Angst zusammenpassen – und erst recht nicht mit den verordneten Maßnahmen!

Wenn eine tödliche Pandemie umgeht, scheinen drastische Maßnahmen zuerst einmal gerechtfertigt, wie es auch richtig zu sein scheint, sich diesen Maßnahmen zu fügen, bis Klarheit besteht. Denn lieber erleidet man ein paar Wochen lang persönliche Nachteile, als im Nachhinein feststellen zu müssen, dass das eigene Fehlverhalten vielleicht Menschenleben gekostet hat. Zeitgleich dazu muss jedoch eine saubere, wissenschaftliche Analyse erfolgen, unbeeinflusst von politischen und wirtschaftlichen Interessen! Zeitgleich müssen Massenmedien und Bevölkerung die medizinischen Behauptungen sowie die politischen Vorschriften kritisch hinterfragen, ihren Wahrheitsgehalt sorgfältig prüfen, auf sachliche, ungefärbte, ungeschönte Antworten pochen, denn sonst opfern wir unsere höchsten Werte – Rechtsstaatlichkeit, Grundgesetz und Freiheit – leichtfertig auf dem Altar der Unwissenschaftlichkeit und der unkritischen Übernahme vorgefertigter Meinungen. Sind die Maßnahmen also gerechtfertigt? Ist Corona so gefährlich wie behauptet? Wie zuverlässig sind die Tests? Was sind die Ursachen für die erschreckenden Todeszahlen in Italien, Spanien und New York? Was bringt eine logische, wissenschaftliche Analyse zum Vorschein? Was bleibt von Corona übrig?

Was derzeit in unserer Heimat (und auf der ganzen Welt) vor sich geht, ist *gespenstisch*, war bis vor wenigen Wochen noch vollkommen un-vor-stell-bar – und ist in mehrfacher Hinsicht geschichtlich beispiellos.

Die Angst geht um und scheint plötzlich alles, was zuvor *undenkbar* war, möglich zu machen: beispielsweise, dass sich Leute widerstands- und widerspruchslos zuhause einsperren lassen. Dass Firmen- und Gastronomieinhaber ihre Lokale schließen. Dass sich Bürger ihre Reise- und Versammlungsfreiheit nehmen lassen. Dass Artikel und Videobeiträge in den sozialen Medien gelöscht und zensiert werden wie nie. Dass die Zerstörung der Weltwirtschaft hingenommen wird (und damit

einhergehend baldige Massenentlassungen, Arbeitslosigkeit und Inflation). Dass die Telekom die Bewegungsprofile ihrer Mobilfunknutzer an das Robert-Koch-Institut (RKI) übergibt¹. Dass im Eilverfahren eine Neufassung des Infektionsschutzgesetzes verabschiedet wird, die den Gesundheitsminister quasi zum Alleinherrscher erhebt; er darf nun Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundsrats erlassen und Gesetze außer Kraft setzen². Dass medizinische Fehlbehandlungen ebenso widerspruchslos hingenommen werden wie amtlich ungeprüfte Virentests usw.

Insbesondere die dramatischen Bilder aus China und Italien weckten Urängste: vor Seuchen, Ansteckung, neuen Viren, Krankheit und Tod. Ängste aber,

die (und das wird diese Depesche zeigen) durch die reale Faktenlage nicht begründbar sind!

Die politisch-massenmediale Darstellung sowohl der Zahlen als auch der Ereignisse ist weder objektiv noch seriös noch wissenschaftlich, sondern gekennzeichnet durch selektive Auswahl der Bilder und Geschichten, durch einseitige Interpretation, unscharfe Auswertung von Zahlen und Statistiken, durch schwammige Begriffe, fehlende Ursachenermittlung – und wird verstärkt durch zweifelhafte Experten, fragwürdige Tests und noch fragwürdigere Behandlungsmethoden.

All das erzeugt eine Fassade der Angst, welche die dahinterliegende Wirklichkeit verbirgt, was sich u.a. darin äußert, dass

zahlreiche sich kritisch oder gegenteilig äussernden Experten und seriöse Wissenschaftler von bisher einwandfreiem Leumund nicht nur nicht gehört, sondern in nie gekanntem Ausmaß zensiert, unterdrückt und verunglimpft werden.

Reißen wir also die oberflächliche Fassade der Schockbilder und der Unwissenschaftlichkeit einmal nieder, werfen wir einen Blick auf die dahinter liegende Wirklichkeit und beobachten wir, was dann mit unserer Angst geschieht (bzw. der unserer Mitmenschen, denen wir diese Depesche weiterreichen), was dann von Corona noch übrig bleibt bzw. was stattdessen zum Vorschein kommt.

Die Grundlage jeder Angst oder Furcht ist Nichtwissen. Was man kennt, durchdringt und wahrhaft versteht, das kann man besser steuern und vorhersagen. Was man besser steuern und vorhersagen kann, das fürchtet man umso weniger.

Nur Angstfreiheit führt zu klarer Sicht, zu gesundem Urteilsvermögen und damit zu vernunftbestimmten, rationalen Entscheidungen. All das brauchen wir, wenn wir nicht nur unsere Gesundheit schützen wollen, sondern auch die wertvol-

*Wenn der Faschismus wiederkehrt, wird er nicht sagen:
„Ich bin der Faschismus“.
Nein, er wird sagen: „Ich bin die Pandemie“!*

len Freiheitsrechte, für die Millionen Menschen vor uns ihr Leben ließen. Denn im Kielwasser der Corona-Krise schwimmen Haifische, Stachelrochen, Muränen, giftige Quallen, Killerwale und Teufelsfische, die weitaus gefährlicher sind als der kleine „Sarsdinenschwarm“ (Viren), vor dem wir aktuell fliehen.

Beginnen wir also unsere Expedition – aus dem Corona-Angst-Universum kommend, hinein in die Wirklichkeit! Und während wir uns durch den Corona-Dschungel schlagen, richten wir unsere Taschenlampen in alle dunklen Ecken, Erdlöcher und Verstecke, die aktuellen Umfragen zufolge 88 Prozent der Bevölkerung in Angst und Schrecken versetzen und sie dazu bringen, um ihre eigene Versklavung zu betteln.

Schwammige Begriffe

Das Erste, was auf uns lauert, wenn wir uns einen Weg durch den Corona-Dschungel bahnen, ist eine erschreckend unsaubere Verwendung von Begriffen. Überall kriechen und fleuchen da Begriffe wie „Fälle“, „Infi-

zierte“, „positiv Getestete“, „Erkrankte“, während jene, die sie verwenden, so tun, als sei alles dasselbe und sie dann noch mit schlampigen, unwissenschaftlich ausgewerteten Zahlen und Statistiken umrahmen. In der Wirklichkeit jedoch liegen Welten zwischen diesen Begriffen: Positiv Getestete müssen keinesfalls infiziert sein, Infizierte müssen keinesfalls erkranken und Erkrankte müssen keinesfalls schwere Symptome zeigen – und erst recht nicht sterben!

So gibt etwa die *Johns Hopkins Universität*³, die von Zeitungs- und Fernsehredaktionen weltweit als *die* Quelle zitiert wird, auf ihrer Echtzeit-Website die „Anzahl der bestätigten Corona-Fälle“ wieder. Doch was sind diese Fälle überhaupt? Infizierte, Erkrankte, positiv auf SARS Cov-2 Getestete? Handelt es sich um „coronaverdächtige“ Menschen, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden? Um Menschen mit schweren Symptomen, die gleichzeitig positiv getestet wurden? Oder um Patienten mit nur leichten Symptomen wie Husten, Schnupfen oder grippalen Infekten, die

DIE BEGRIFFE

- Corona:** Familie/Klasse von Viren, die im Zusammenhang mit Erkrankungen der Atemwege auftreten. Der Name leitet sich ab von den kranzartig angeordneten Hüllenproteinen (zu griech. korone: Kranz, Krone), siehe Abbildung 1.
- Covid-19** Abkürzung für Corona-Virus-Disease, also Corona-Virus-Krankheit. Name der Ende 2019 in Erscheinung getretenen Erkrankungswelle im Zusammenhang mit Corona-Viren.
- SARS-CoV-2** Name des Virus, das verdächtigt wird, Covid-19 auszulösen. Die Abkürzung SARS steht für „Severe Acute Respiratory Syndrome“, also für „schweres, akutes Atemwegssyndrom“. „CoV“ steht für Corona-Virus und die Nummer 2 bezeichnet die aktuelle Form des Virus im Unterschied zum SARS-1-Virus, das im Jahre 2003 grassierte.

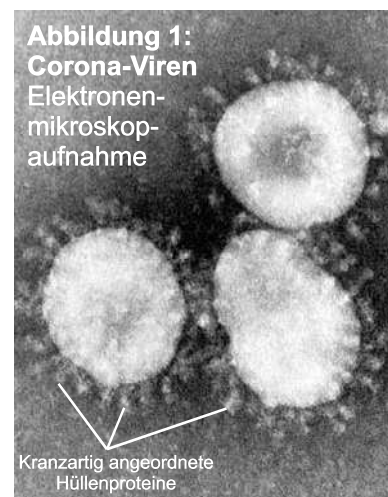


Foto: wikipedia gemeinfrei, content provider: CDC / Dr. Fred Murphy

aber Kontakt zu Covid-19-Erkrankten hatten? Oder rechnet die Universität einfach nur die weltweiten Zahlen zusammen, die aus aller Herren Länder rund um den Globus eintreffen, während jedes Land seine Fälle auf andere Art ermittelt?

Neben den „Fällen“ zählt die Webseite auch „Total Deaths“, also „Gesamttodesfälle“, während auch hier nicht erklärt wird, welche konkreten Kriterien ein Todesfall erfüllen muss, um es als Punkt auf die Statistik zu schaffen. Handelt es sich etwa um alle während des Zeitraums der Corona-Krise Verstorbenen? Um alle Toten mit einem positiven Corona-Test – vor dem Tod getestet oder gar erst *danach*? Oder zählen auf der Statistik bloß jene Fälle, die positiv getestet wurden und bei denen gleichzeitig alle anderen möglichen Todesursachen ausgeschlossen werden konnten?

Untersuchen wir das einmal schön der Reihe nach:

POSITIV GETESTET?

Was bedeutet ein positiver Test? Womit wird da was gemessen?

Bei der „Covid-19“ handelt es sich um eine Krankheit, bei der Viren im Spiel sind, in diesem Fall die sog. „SARS-CoV-2“.

Deren Vorhandensein kann grundlegend auf zwei Arten gemessen werden: 1) Bei *direkten* Tests werden Nasen-, Rachenabstriche o.ä. auf spezifische Viren hin untersucht.

***Antikörper** sind in der schulmedizinischen Theorie Eiweißstoffe (Proteine), die als Reaktion auf sogenannte Erreger vom Immunsystem (von gewissen weißen Blutkörperchen) speziell zur Abwehr dieser Erreger gebildet werden.

»Statistiken sind mein Fachgebiet. [Ich bin] Lektor an derzeit vier Fachhochschulen, an denen ich jedes Jahr zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten betreue. Eine wissenschaftliche Arbeit zum Thema Corona, die mit den aktuell publizierten Informationen untermauert wäre, würde ich sofort zur nochmaligen Bearbeitung an den Studierenden zurückweisen.«
Conrad Pramboeck, Österreich, conradpramboeck.com

2) Bei *indirekten* Tests untersucht man das Blut auf das Vorhandensein von Antikörpern*. Diese Tests werden zumeist durchgeführt, wenn der Patient bereits seit ca. zwei Wochen Symptome gezeigt hat, um die Reaktion des Körpers auf die Vireninfektion zu messen^{7b}.

Zur anfänglichen Feststellung einer Infektion werden also *direkte* Tests benutzt. Bei denen werden Rachen-Abstriche des Patienten (durch Mund oder Nase) mit einer Methode namens PCR nach einer Gensequenz abgesucht, die für das gesuchte Virus charakteristisch ist^{7b}.

Die Ärztin Juliane Sacher sagt zur PCR⁴: »Es ist schon erstaunlich, dass man heutzutage bei Viruserkrankungen, die ja nur dann auftreten können, wenn das Virus sich zigfach vermehrt hat, eine Methode verwendet, die für Zwecke entwickelt worden ist, wo man so wenig Virusmaterial hat, dass man es normalerweise eben nicht finden kann durch irgendwelche Untersuchungsmethoden, die man bis zum heutigen Tage kennt. Und da hat jemand, der Professor Kary B. Mullis, der den No-

belpreis 1993 dafür bekommen hat, für Reinraumzwecke (siehe Kasten zur PCR) – er ist Chemiker – genau diese Methode entwickelt, mit der man dieses Stückchen Erbgut, das normalerweise nicht zu finden wäre, durch ein Startermolekül, das man daransetzt, vermehrt, kopiert, kopiert, kopiert – und dann kann man dieses Stückchen auf einmal, durch eine Lichtreaktion im Übrigen, im Reagenzglas nachweisen, weil es einfach eine bestimmte Masse eingenommen hat. Aber diese Methode muss ich doch nicht anwenden bei einer Erkrankung, die durch ein Virus ausgelöst wird, denn eine Erkrankung kann nur ausgelöst werden, wenn *massenweise* Viren vorhanden sind, und nicht, wenn nur ein Bruchteil eines einzelnen Virus vorhanden ist.«

PCR-Tests sind also bereits im schulmedizinischen Gedankenmodell paradox. Denn ein Mensch wird ja nach schulmedizinischer Meinung nur dann krank, wenn sich Viren in seinem Organismus ungehindert vermehren können und dann irgendwann in immenser Zahl vorliegen. Menschen, deren Im-

Die PCR-Test-Methode

Die PCR-Methode wurde von ihrem Erfinder, dem Australier Kary Mullis, für Reinraumzwecke entwickelt, also für Räume, wie sie beispielsweise bei der Produktion von Computerchips benötigt werden, wo *kein einziges* Fremdmolekül vorhanden sein darf. Die PCR wird auch in der Kriminalistik verwendet, um winzigste Proben vom Tatort mit der DNA eines potentiellen Täters zu vergleichen.

Der PCR-Test sucht eine Probe nach einer typischen Gensequenz (DNA) ab, und sobald er sie findet, aktiviert er durch ein bestimmtes Enzym die Vermehrung eben dieser Gensequenz (DNA). Das verwendete Enzym ist die sog. Polymerase. Dieselbe startet eine Verdopplungskettenreaktion von DNA, daher Polymerase-Kettenreaktion (engl. Polymerase Chain-Reaction).

munsystem die Viren hingegen unter Kontrolle gebracht haben, werden gemäß schulmedizinischer Lehrmeinung ja nicht krank. Dennoch ist auch bei diesen Menschen das Virus natürlich eine Zeit lang im Organismus vorhanden. Manchmal nur in winzigsten Mengen, in Resten. Aber davon lässt sich ein PCR-Test nicht beeindrucken. Er findet jedes noch so kleine DNA-Molekül, das einsamste Virus auch bei Menschen, *die gar nicht krank sind*, und vermehrt es, kopiert es, kopiert es ... D.h. am Ende liegt dann bei einem Menschen, der nur ein einziges Virus in sich hatte, *dasselbe* Testergebnis vor wie bei jemandem, der von Viren überschwemmt ist. Dem Test ist es *egal*, wie viel Virenmaterial in einer Probe vorliegt, ob ein einziges Virus oder zig Millionen – er zeigt jedes Mal gleich positiv an.

Das ist auch der Grund, warum der Erfinder der PCR-Methode, Kary Mullis selbst, seine PCR als ungeeignet für diagnostische Zwecke bezeichnete (also zur Virenidentifikation). Dr. med. Claus Köhnlein, Internist mit eigener Praxis in Kiel, bestätigt dies. Er betont, dass bei PCR-Tests falsch positive Ergebnisse

»*Persönlich würde ich sagen, dass der beste Ratschlag ist, weniger Zeit mit dem Anschauen von Fernsehnachrichten zu verbringen [...] Wir leiden unter einer Medien-Epidemie!*«
Prof. Dr. John Oxford, weltweit führender Virologe und Influenza-Spezialist, Professor an der Queen-Mary-Universität in London.

vorprogrammiert seien, weil sie nichts darüber aussagen, welche Mengen der Viren im Körper vorhanden sind⁵. Einmal sei in den USA sogar eine vermeintliche „Keuchhusten-Epidemie“ durch einen PCR-Test ausgelöst worden⁶. Diese Tests »haben den Nachteil, dass man nicht weiß, ob das, was man damit misst, *ursächlich* etwas mit einem Krankheitsbild zu tun hat«, so Köhnlein⁷.

Problematisch bei Tests auf PCR-Basis sind vor allem auch Verunreinigungen, die sich beispielsweise ergeben können, wenn eine Probe nicht unter sterilen Bedingungen isoliert werden kann oder in einem Labor parallel viele Proben aufbewahrt und verarbeitet werden (was praktisch *immer* der Fall ist)^{7b}. Verunreinigungen stammen z.B. aus Aerosolen* in der Laborluft, von Haaren und Hautschuppen der Labormitarbeiter oder aus der Verwendung von zwar sterilen, d.h. keimfreien, aber nicht DNA-freien Materialien. Dazu kommt in Italien z.B. die Überlastung der Gesundheitssysteme, die zwangsläufig zu Schlampigkeit bei der Testdurchführung führt⁸. Auch können Test-Kits* schon bei der Herstellung oder Auslieferung verunreinigt worden sein, wie ein kürzliches Beispiel aus Großbritannien zeigte⁹.

So kann sich die Fehlerquote bei PCR-Tests auf 50 Prozent summieren oder mehr. Die offizielle Sensitivität* bei Nasenabstrichen liegt laut *Wikipedia* bei 63 Prozent, d.h. 37 von 100 Tests zeigen falsch positiv an!

Eine kürzlich in China veröffentlichte Studie gab an, dass die Rate falsch positiver Tests unter Infizierten ohne Symptome, die sich in engem Kontakt mit Covid-19-Patienten befunden hatten, bei 80 Prozent lag (d.h. nur 20 % richtig)¹⁰.

Auch wurde in China, Japan, Südkorea und Thailand festgestellt, dass geheilte Patienten, welche die Corona-Infektion längst überstanden hatten und *gesund* waren, bei nachträglichen Tests immer noch „Corona-positiv“ waren^{11, 12}. Wenn Sie bei einem Verdachtsfall also eine Münze werfen, liegen sie statistisch ähnlich nahe oder sogar näher an der Wahrheit.

Ein Hersteller von Covid-19-PCR-Testkits gibt an¹³, dass dieselben *ausschließlich* für Forschungszwecke und nicht als alleinige diagnostische Anwendung einzusetzen sind.

Überdies wurden alle verwendeten PCR-Tests bislang nur im Eilverfahren zugelassen und noch nicht amtlich geprüft und validiert*. Wie sollte eine Validierung in dieser kurzen Zeit auch möglich gewesen sein? Die nimmt üblicherweise viele Monate in Anspruch.

Es gibt beim heutigen Stand der Wissenschaft keinen einzigen Test, der zu 100 Prozent richtig liegen würde. Der also in allen Fällen, in denen ein Virus vorhanden ist, positiv anzeigt und in allen Fällen, in denen das Virus nicht da ist, negativ. So sagte der Präsident des Robert-Koch-Institutes (RKI), Lothar Wieler,

***Aerosol**: feinste Verteilung schwebender fester oder flüssiger Stoffe in Gasen, besonders in der Luft (zu gr. aer: Luft und lat. solution: Lösung).

***Test-Kit**: Ausrüstung zur Durchführung von Abstrichen (Tests), z.B. steril verpackte Wattestäbchen für den Rachenabstrich, verschließbare Glasröhrchen usw. (engl. kit: Ausrüstung, Ausstattung, Werkzeugsatz, Bausatz, Zubehör.)

***Sensitivität** (Empfindlichkeit): Bei einem diagnostischen Testverfahren gibt die *Sensitivität* an, bei welchem Prozentsatz erkrankter Patienten die jeweilige Krankheit durch den Test auch tatsächlich erkannt wird. Die Sensitivität ermittelt sich aus der Menge richtig positiver Testergebnisse gemessen an der Zahl durchgeführter Tests.

***validieren**: die Zuverlässigkeit, Gültigkeit von etwas bestimmen, hier: die Zuverlässigkeit eines Testes durch unabhängige klinische Studien bestätigen bzw. amtlich anerkennen (zu lat. validus: kräftig, wirksam; engl. validity, auch: Gültigkeit).

bei einem Presse-Briefing* zu Beginn der Krise, dass er persönlich nur einen einzigen Erreger kenne, nämlich den der Maul- und Klauenseuche*, der bei Vorhandensein in jedem einzelnen Fall auch Symptome auslöse bzw. bei gesunden Tieren in keinem Fall anzutreffen sei¹⁴.

Anders ausgedrückt: Bei allen anderen Viren begegnet uns das überaus bemerkenswerte Phänomen, dass (1) längst nicht alle, bei denen ein bestimmtes Virus nachgewiesen wird, auch Krankheitssymptome entwickeln, und dass sich das Virus gleichzeitig (2) aber auch nicht bei allen nachweisen lässt, die krank sind und eindeutige Symptome zeigen. Damit zu einer dreifachen Frage: „Was wäre, wenn ...“

1) Was wäre, wenn das „neue“ Virus gar nicht so neu, sondern nur neu entdeckt worden wäre, es also bereits vor Ausbruch der Panik in einem gewissen Prozentsatz der Menschheit ruhte? Wenn ein Chemiker heute ein neues chemisches Element im Periodensystem entdeckt, bedeutet dies dann, dass dieses Element zuvor nicht existierte? Wenn ein Botaniker eine neue Unterart einer Flechtengattung entdeckt, bedeutet dies dann, dass diese zuvor nicht existierte? Wenn ein Zoologe heute eine

***Maul und Klauenseuche** (MKS): eine anzeigepflichtige Viruserkrankung bei vor allem Rindern und Schweinen mit großen, flüssigkeitsgefüllten Blasen (Aphthen) im Mund- und Klauenbereich.

***Briefing** (engl. bzw. „Neudeutsch“): Einsatzbesprechung, kurze, prägnante Informationsansprache, Unterrichtung, Einweisung (zu engl. brief: kurz).

***MERS**: Abk. für **M**iddle-**E**ast-**R**espiratory-**S**ndrome, deutsch: Atemwegssyndrom des Mittleren Ostens. Eine 2012 erstmals auf der Arabischen Halbinsel identifizierte Erkrankung der Atemwege unter Beteiligung von Viren aus der Familie der Coronaviren mit Atemwegsproblematik, Lungenentzündung und Nierenversagen.

»Die Behauptung, [SARS CoV-2] sei eine besonders gefährliche Virus-Variante, ist durch unkritische und falsche Interpretation von international erhobenen Falldaten entstanden. In Wahrheit spricht alles dafür, dass [CoV-2] sich nicht grundsätzlich von seinen harmlosen Geschwistern unterscheidet.«

Prof. Dr. med. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie, Professor an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz und Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene. (Quelle, Kieler Nachrichten 19.03.2020)

neue Insektenunterart entdeckt, bedeutet dies dann, dass sie zuvor nicht existierte? Wenn ein Mikrobiologe heute ein neues Bakterium entdeckt, bedeutet dies dann, dass dieses zuvor nicht existierte? Wenn nun ein Virologe heute eine neue Virenunterart aus der Familie der Corona-Viren entdeckt, bedeutet dies dann, dass diese vorher noch nicht existierte?

Was geht denn aktuell *offensichtlich* um? Fieber und Atemwegssymptome! Normalerweise würde man einfach „Grippe-welle“ dazu sagen. Und wenn die Zahl der damit einhergehenden Lungensymptome regional höher liegt als sonst, wäre man besser beraten, die Ursachen im gesamten Makrokosmos des Lebens zu suchen, als nur im Mikrokosmos der Viren, denn Letzteres bringt ja nur dann etwas, wenn daraus auch neue Heilmittel resultieren. Doch gab es keines bei SARS, kein wirksames bei Vogelgrippe – und die Mittel gegen Schweinegrippe entpuppten sich als gefährlicher Betrug, der die Steuerzahler Milliarden Euro kostete.

Die Pharmafirmen sahten ab und die Vorräte der Regierungen wurden später, abermals auf Kosten der Steuerzahler, teuer entsorgt. Schauen Sie sich dazu auf *YouTube* z.B. die Dokumentation des NDR an mit dem Titel: „Profiteure der Angst – Marketing mit erfundenen Pandemien, NDR, 2009“.

Niemand kann heute sagen, wie viele Menschen testpositiv gewesen wären, hätte man die gesamte Menschheit im November 2019 auf einen Schlag mit den heute verwendeten Tests durchgetestet. Ich persönlich würde mein Leben darauf verwetten, dass Millionen Menschen damals, im November 2019 auf diesen Test positiv reagiert hätten, weil das nämlich bei allen bisherigen Virentests so war. Sie schlugen *immer* zu einem gewissen Prozentsatz positiv an – aus den zuvor beschriebenen Gründen. Würde man heute die gesamte Menschheit mit PCR-Tests auf HIV testen, würde der Test bei Millionen positiv anzeigen. Würde man heute die gesamte Menschheit auf Vogelgrippe testen, würde er bei Millionen positiv anzeigen. Würde man heute die gesamte Menschheit auf Schweinegrippe, auf SARS-1 (2003), auf MERS* (2012) usw. testen, wären Millionen testpositiv – während es in der *Realität* deswegen natürlich keinen einzigen Krankheitsfall mehr gäbe.

2) Und was wäre, wenn SARS-CoV-2 in Wahrheit gar nicht der (alleinige) Verursacher der derzeit vorherrschenden Grippe- und Lungensymptome wäre? Was übrigens *mehr* als nur wahrscheinlich ist. Denn es entspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft, dass in jeder Grippe-saison *immer mehrere* Virentypen zusammenkommen: Corona-, Para-Influenzaviren*, Rhi-

no-Viren* und zig andere! Bei der jährlichen Grippeimpfung versucht man, diese so früh wie möglich zu identifizieren, um sie in den jeweiligen Saison-Impfstoff zu integrieren, was aber niemals vollständig gelingt. Anders ausgedrückt: *In jeder Grippesaison zirkulieren immer mehrere verschiedene Virentypen in immer neuen Unterarten* – manche davon sind bekannt, werden identifiziert, andere davon bleiben unentdeckt.

Seitdem es Menschen gibt, gibt es Atemwegsbeschwerden, Schnupfen, Husten, Heiserkeit, Halsschmerzen, Grippe und Lungenentzündungen – und seit Menschengedenken sind an diesen Symptomen immer mehrere Viren bzw. Virenunterarten beteiligt. Klinisch kann kein Arzt der Welt feststellen, ob jemand nun einen althergebrachten Schnupfen hat oder Covid-19. Kein Arzt der Welt kann klinisch diagnostizieren, ob eine Lungenentzündung nun eine Lungenentzündung ist oder Covid-19. *Nur* der Test macht (angeblich) den Unterschied. Ich wiederhole: Nur der *Test* macht den (angeblichen) Unterschied – und der ist, wie wir wissen, viel zu unzuverlässig!

3) Und was wäre, wenn SARS-CoV-2 zwar tatsächlich ganz neu wäre, es sich aber eh schon über den gesamten Globus ausgebreitet hätte? Was übrigens ebenfalls sehr wahrscheinlich

ist. Forscher der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) Zürich und ein Team der Universität Mailand gehen inzwischen davon aus, dass das Virus SARS-CoV-2 bereits im Oktober 2019 damit begann, zu zirkulieren und sich ungehindert zu verbreiten¹⁵.

Der Lungenfacharzt, Seuchenexperte und ehemalige Amtsarzt sowie Leiter eines Gesundheitsamts, Dr. Wolfgang Wodarg, äußert sich dazu in einem Interview mit Radio München folgendermaßen¹⁶:

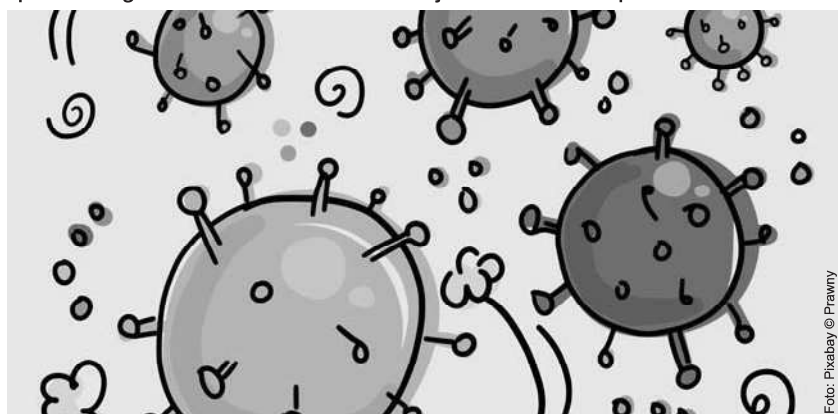
»Wenn man wissen möchte, was der [aktuelle Corona-] Test testet, kann man sich an das Protokoll halten, das der Erfinder dieses Tests bei der WHO eingereicht hat. Das ist ja öffentlich, das kann sich jeder downloaden. Und da sagt er, dass sein Test eben *alle SARS-ähnlichen, asiatischen Viren* entdeckt! Er spricht also nicht von *einem* Virus, das der Test entdeckt, sondern von *allen* asiatischen Viren und zwar von solchen, die man bei Fledermäusen gefunden hat in *Europa*! Das heißt, diese Viren, die er benutzt, um seinen Test zu prüfen, das waren Viren, die schon in Europa *sind*, und

zwar bei Fledermäusen. Es ist auch klar, dass sich diese Viren aus China seit 2002 hier schon verbreiten konnten – das sind immerhin schon 18 Jahre! Die verbreiten sich sehr schnell, ändern sich dabei. D.h. wir haben längst diese SARS-Viren (die sich dann auch immer wieder verändern) in Europa! Das hat man bisher hauptsächlich bei Fledermäusen untersucht, aber die sind natürlich auch bei anderen Mäusen, bei Katzen, bei Hunden und bei Geflügel usw. Es gibt sie in unserer Umwelt und sie ändern sich laufend. Und dieser Test erfasst diese Corona-Viren. Der ist *nicht* sehr spezifisch! Deshalb ist das so eine Art Schrotschuss – und überall, wo wir den anwenden, finden wir Corona-Viren, wie früher auch! Bei rund 15 Prozent der grippeartigen Erkrankungen findet man auch Corona-Viren.«

Was also wäre, wenn ...

1. SARS-CoV-2 also nicht neu, sondern nur entdeckt wäre?
2. Wenn es gar nicht der alleinige Verursacher der aktuellen Symptome wäre?
3. Oder wenn es sich zuvor schon unbemerkt um den ganzen Globus ausgebreitet hätte?

In jeder Grippesaison schwirren immer *mehrere* Virentypen herum – und das in alljährlich leicht veränderten („mutierten“) Varianten. Bei allen Atemwegssymptomen sind immer *mehrere* verschiedene Virentypen (und oft auch Bakterien) im Spiel. Wenn das also alles gar nichts Besonderes ist, wenn jedes Jahr dasselbe passiert, warum macht man dann um exakt dieselbe Sache im Jahr 2020 ein solches Aufhebens, dass man die Weltwirtschaft herunterfährt und alle Leute zuhause einsperrt? *Wo genau dasselbe* doch sowieso jedes Jahr erneut passiert.



***Parainfluenzaviren:** Neben den Influenzaviren existierende (gr. para: neben) Gruppe von Viren, die weltweit vorhanden sind und beispielsweise auch bei Masern und Mumps in Erscheinung treten.

***Rhino-Viren**, landläufig „Schnupfen- und Erkältungsviren“, findet man in Hunderten von Variationen auf jedem Kontinent. Sie werden von Mensch zu Mensch übertragen, wobei jedes Individuum *ca. viermal pro Jahr* infiziert wird. Infektionen treten vor allem im Frühjahr und im Spätsommer auf (zu gr. rhís, rhinós, hat in med. Zusammensetzungen die Bedeutung: Nase).

Antwort: Dann würde die Zahl der Corona-Fälle im selben Umfang zunehmen, wie getestet wird. Testet man mehr, erhält man mehr. Eben das spielt sich in der deutschen (und weltweiten) Realität aktuell ab. So fanden hier Anfang März ca. 35.000 Testungen pro Woche statt, Ende März schon ca. 300.000 Tests, während wir Anfang April im Bereich von 650.000 Tests pro Woche lagen¹⁷. 20-fache Testungen resultieren in 20-fachen „Fällen“^{17b}.

Eine wissenschaftlich bzw. statistisch korrekte Vorgehensweise würde aber nicht die absolute, sondern die *relative* Anzahl positiver Fälle ermitteln, d.h.: Wie viele von jeweils 100 Tests fallen positiv aus? (Abb. 2 b) Tut man das und errechnet den Prozentsatz bei jeweils 100 Testpersonen, ist diese Zahl derzeit *konstant*¹⁸. Es gibt *keine* exponentielle Zunahme, deren vorgebliches Vorhandensein als Rechtfertigung für alle derzeitigen Maßnahmen herhalten muss!

Würde sich die „Seuche“ wirklich exponentiell ausbreiten (und wären die Tests zuverlässig), dann würde sich die *relative* Prozentzahl der Testpositiven erhöhen (Abb. 3b). Am Anfang, wenn die Bevölkerung

kaum durchseucht ist, würden da ca. 0,001 Prozent aller Tests positiv ausschlagen, dann 0,02 Prozent, irgendwann 0,3 Prozent, dann 5 Prozent und am Ende vielleicht 70 Prozent. Der relative Wert würde exponentiell zunehmen. Tut er aber nicht.

Dr. Claus Köhnlein, Koautor des Buches „Virus-Wahn“, meint dazu: „Das deutet im Übrigen darauf hin, dass es sich *nicht* um ein neues Virus handelt. Wenn der Durchseuchungsgrad konstant bleibt (Abb. 3a), ist das ein Hinweis, dass wir etwas messen, was in der Bevölkerung *schon vorhanden ist*. Wenn der Durchseuchungsgrad exponentiell ansteigen würde (3b), wäre das ein Hinweis auf ein *neues* Virus.“¹⁹ Alle Schutzmaßnahmen (Ausgangsverbot, Abstandhalten, Mundschutz usw.) sind in diesem Fall *von vornherein* sinnlos, weil das Virus eh schon in der Bevölkerung vorhanden ist.

Eine zuverlässige Aussage über die tatsächliche Entwicklung kann also nur durch *relative* Zahlen getroffen werden – diese werden aber weder von den zuständigen Behörden erhoben noch von den Massenmedien je genannt, was den dringenden Verdacht absichtlicher Beunruhigung nahelegt.

Steigt die absolute Anzahl der Positivgetesteten also nur deshalb, weil man mehr Tests durchführt, während das Verhältnis gleichbleibt, hat man keine neue Seuche vorliegen!

Das bestätigt Dr. Köhnlein in einem Interview vom 07. März²⁰: »Das Entscheidende an dieser neuen Seuche ist ja, dass sie klinisch überhaupt nicht zu unterscheiden ist von einer Grippe, von Husten, Heiserkeit, Schnupfen. Es ist so, dass sich jetzt eigentlich nur ein neuer Test verbreitet, und den Leuten, die testpositiv reagieren, gesagt wird: ‚So, ihr habt jetzt diese neue Erkrankung!‘ [...] Corona ist im Grunde nichts weiter als eine neue ‚Test-Seuche‘. Alle Labors dieser Welt haben jetzt diese Tests auf PCR-Basis. Es gibt eine natürliche Mortalität, d.h. immer sterben Patienten an Lungenentzündung, doch die werden *umdefiniert* und sterben jetzt an ‚Corona‘ – zu Zeiten der Vogelgrippe starben sie dann an Vogelgrippe, zu Zeiten der Schweinegrippe an Schweinegrippe. [...] Man fragt sich: ‚Wem nutzt das Ganze? Wieso passiert sowas so häufig?‘ Und da bin ich mittlerweile sicher, dass es daran liegt, dass die Zeit der großen Seuchen vorbei ist, und die ganzen Seuchen-

Abbildung 2a: Unwissenschaftliche, inkorrekte Zählweise (wie derzeit praktiziert) mit absoluten Zahlen.

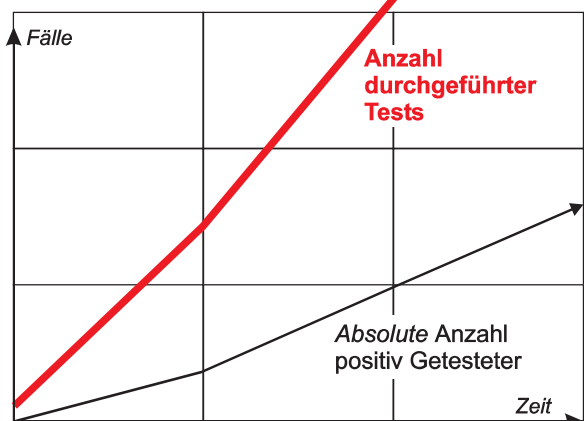
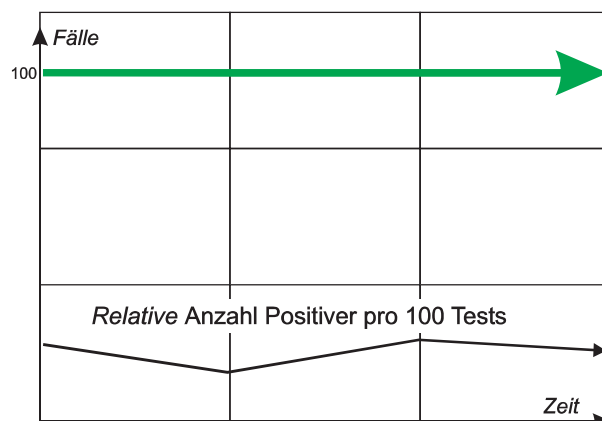


Abbildung 2b: Wissenschaftlich korrekte Zählweise mit relativen Zahlen.



Institute, die wir immer noch haben, eigentlich überflüssig sind. Wir finden Seuchen nur noch da, wo Erdbeben oder sonstige Naturkatastrophen passieren und die sanitäre Versorgung zusammenfällt, wo die Leute hungern müssen, oder in Kriegsgebieten. Wenn die Feuerwehr nichts zu tun hat, was macht sie dann? Sie fängt an zu zündeln.«

Anders ausgedrückt: Würde man das Testen heute einstellen, gäbe es morgen keine „Corona-Fälle“ mehr (sondern nur mehr Grippefälle oder Lungenentzündungen). Und würde man übermorgen die Zahl der Testungen ver Hundertfachen, hätten wir überübermorgen hundertfache Corona-Fallzahlen.

Das dürfte übrigens die Art und Weise gewesen sein, wie China die Seuche „besiegte“. Die haben einfach damit aufgehört zu testen. Plötzlich hatten sie, von einem Tag auf den anderen, keine Fälle mehr. Wie von Zauberhand. Können Sie sich noch daran erinnern? Ein solcher Vorgang muss jeden Epidemiologen stutzig werden lassen.

Prof. Dr. Maria Rita Gismondo, eine italienische Virologin, Mikrobiologin und Direktorin des „Department of Biomedical Cli-

»Mit der Verdreifachung der Tests ergab sich auch etwas mehr als eine Verdreifachung der positiv Getesteten. Diese Verdreifachung wurde den Bürgern als Verdreifachung der Infizierten vorgeführt. [...] Der Maßstab der Regierung, ab wann eine Abschwächung der Maßnahmen geboten ist, basiert auf einer Scheinzahl von Infizierten, die aber nichts mit der Realität gemein hat.«

Professor Dr. Gerd Bosbach, Professor für Statistik, Mathematik und empirische Wirtschafts- und Sozialforschung, Mit-Autor des Buches „Lügen mit Zahlen“.
(Prof. Dr. Bosbach im Interview mit den „NachDenkSeiten“, www.nachdenkseiten.de/?p=59903)

nical Sciences“ in Mailand, richtete folgenden Appell an das italienische Gesundheitsamt: »Ich rufe Sie dazu auf, keine Zahlen über Sars-CoV-2-Infizierte und -Tote zu veröffentlichen. Diese Daten sind aus wissenschaftlicher Sicht falsch! [...]« Sie ist der Ansicht, die praktizierte Form der Berechnung des Ausmaßes der CoVid-19-Pandemie und die Höhe der Sterblichkeit seien „schmutzig“. Mit den Daten werde den Bürgern ein falscher Eindruck vermittelt und ihr Verhalten beeinflusst.^{20b}

Fassen wir an dieser Stelle also kurz einmal zusammen:

- Die bisher vorliegenden Tests auf PCR-Basis liefern einen viel zu hohen Anteil falsch positiver Testergebnisse.
- Alle vorliegenden Tests wurden schnell zusammengeschustert, im Eilverfahren zugelassen, sind bisher weder klinisch noch amtlich validiert.

- Niemand weiß, ob das SARS-CoV-2 wirklich neu ist oder nur neu entdeckt wurde.

- Niemand kann ausschließen, dass das Virus schon vor Ausbruch der Panik in einem wesentlichen Prozentsatz aller Menschen vorhanden gewesen ist, d.h. sich bis dato eh schon in der halben oder ganzen Menschheit ausgebreitet hat.

- Niemand hat meines Wissens je gültig bewiesen, dass „SARS-CoV-2“ wirklich (alleinig) die aktuellen Fälle von Grippe bzw. untypischen Lungenerkrankungen auslöst.

- Die Eichung der Tests ist fragwürdig. Ihre Beschreibung legt nahe, dass sie auf zig verschiedene Unterarten von Coronaviren ansprechen, also nicht nur auf SARS-CoV-2.

- Es finden keine Vergleichstests auf andere Ursachen statt.

- Covid-19 verursacht keine neuen Symptome. Alle auftretenden Symptome sind altbekannt. Alte Symptome einem

Abbildung 3a, keine Seuche: Wenn die Fallzahl pro 100 Tests annähernd gleichbleibt (wie aktuell gegeben), dann liegt keine Seuche vor.

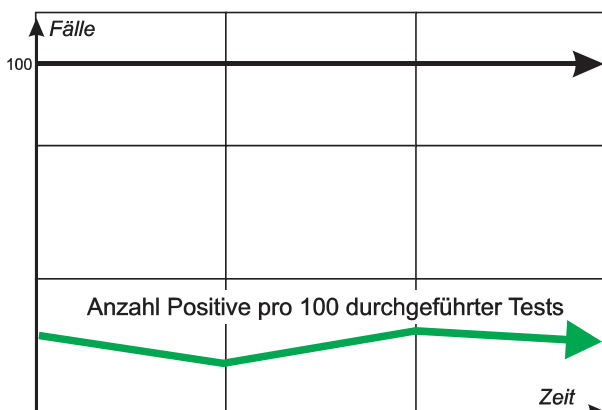
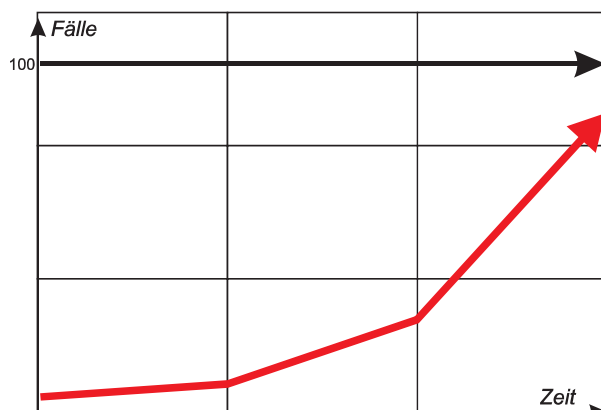


Abbildung 3b, Seuche: Bei Vorliegen einer echten Seuche nehmen die Fallzahlen pro jeweils 100 Getesteter exponentiell zu.



neuen Virus zuzuordnen, während Testungen auf alle anderen altbekannten Ursachen ausbleiben, ist *unwissenschaftlich*.

- Die Zahl der in Deutschland durchgeführten Tests wird amtlich nicht erhoben, was berechtigtes Misstrauen weckt.
- Es werden nur absolute Fallzahlen erhoben und veröffentlicht, nicht aber relative (Prozentsatz Positiver pro 100 Tests), was ein wissenschaftlicher *Skandal* ist.
- Die relative Zahl Testpositiver blieb bisher konstant, was bedeutet, dass sich nicht etwa die Seuche ausbreitet, sondern lediglich die Zahl der Testungen.

Im Grunde sind PCR-Tests von solcher Beschaffenheit, dass man mit ihnen willkürlich Seuchen auf Knopfdruck auslösen kann. Denn einzelne Viren, vereinzelte Viren-DNA, Virenreste oder virenähnliche Partikel lassen sich bei einem gewissen Prozentsatz der Bevölkerung immer finden. Man braucht nur einen neuen Test und schon kann's losgehen: Man testet große Teile der Bevölkerung, je mehr man testet, desto mehr „Fälle“ hat man – und je mehr „Fälle“ dann (an völlig üblichen Todesursachen) versterben, umso mehr „Seuchentote“ gibt es.

Falls Sie das bereits schockieren sollte, „bleiben Sie dran“, denn es kommt noch doller.

CORONA-FÄLLE?

Lassen Sie uns nun einen Blick darauf werfen, wie „Fälle“ derzeit in der Praxis entstehen. Als sog. „Corona-Fälle“ gelten²¹:

- Menschen mit Atemwegssymptomen (leicht od. schwer), die in Kontakt mit einem bestätigten Corona-Fall standen.

- Menschen, bei denen Verdacht auf virenbedingte Lungenentzündung besteht und ein epidemiologischer Zusammenhang *vermutet* wird.
- Menschen mit einem labor-diagnostischen Nachweis (Corona-Test) – egal ob mit oder ohne spezifisches klinisches Bild (will heißen: auch wer keine oder keine typischen Symptome zeigt, aber einen positiven Test hat, gilt als Fall)²².

Mit einer solchen Vorgehensweise erschafft man einen *Selbstläufer!* In der Fachsprache wird das „Zirkelschluss“ genannt. Das ist eine Beweisführung, in der das zu Beweisende bereits als gültig vorausgesetzt wird. Hier: Menschen mit Symptomen werden als „Corona-Fall“ betrachtet, wenn sie Kontakt zu einem „Corona-Fall“ hatten. Das ist in etwa so, wie wenn ich sagen würde: „Ich bin die Stimme Gottes auf Erden, denn Gott hat mir das gesagt!“

Setzen wir das einmal in Relation zur vorgeschilderten Möglichkeit, dass wir aktuell nur eine Grippewelle haben, wo „zufällig“ zeitgleich „ein neues Virus“ entdeckt wurde, das aber sehr wahrscheinlich gar nicht der alleinige Auslöser ist, oder womöglich eh schon allgemein verbreitet ist – und das mit Tests getestet wird, die nicht zuverlässiger sind als ein Münzwurf.

Dann nimmt man einen Grippekranken, testet ihn (falsch oder richtig) positiv – und sofort sind alle, die mit ihm in Kontakt standen und Symptome zeigen, ebenfalls „Corona-Fälle“. Das geht dann immer so weiter. Vor allem, weil sowohl der psychologische Effekt* als auch der Nocebo-Effekt* diesen Teufelskreis noch verstärken. Zu Anfang der Krise wertete man so-

gar noch Menschen, die aus einem Risikogebiet zurückkamen und Symptome zeigten, als „Corona-Fälle“ (heute entfallen) – ebenfalls ein Zirkelschluss. So entstehen Fälle, und je mehr Fälle da sind, desto mehr neue kommen *vollautomatisch* dazu.

Dasselbe gilt auch für Patienten mit Lungenentzündung. Um das einmal ins rechte Licht zu rücken: »Insgesamt geht man davon aus, dass in Deutschland jährlich ca. 40.000 bis 50.000 Todesfälle durch schwere Lungenentzündungen verursacht werden. In starken Grippezeiten nimmt ihre Zahl sogar noch zu. In Folge einer Grippe (Influenza) kann es vor allem bei abwehrgeschwächten Patienten zur Entwicklung einer Lungenentzündung kommen«, heißt es auf der offiziellen Webseite der „Lungenfachärzte im Netz“²³.

Erst heute Morgen traf ich in der Stadt eine Krankenschwester, die mir Folgendes erzählte: Ein Patient auf ihrer Station wurde *zweimal negativ* auf Corona getestet, im Röntgenbild aber zeigte er die typischen Symptome einer viralen Lungenentzündung. Was tat die Chefärztin? Trotz

***Psychologischer Effekt:** In Zeiten wie diesen, wo keine Minute ohne neueste Meldungen zu Corona vergeht, wird praktisch jeder, der an Atemwegssymptomen leidet, sich quasi vollautomatisch selbst als „Corona-Fall“ diagnostizieren. Jeder Hausarzt wird eine gewöhnliche Grippe, einen gewöhnlichen Schnupfen als „Verdachtsfall“ klassifizieren. Je mehr man etwas betont, je mehr man etwas in den Vordergrund rückt, desto mehr verstärkt sich die Sache.

***Nocebo-Effekt:** Es gibt nicht nur den wissenschaftlich erwiesenen Placebo-Effekt, wo Menschen durch die Einnahme eines Scheinmedikaments ohne Wirkstoff gesunden, sondern auch das Gegenteil, wo also Menschen, die z.B. *glauben*, dass ihnen Gift verabreicht wurde, schwere Symptome bis hin zum Tod erleiden. Der Glaube daran, dass etwas schaden wird, löst oft erst die Symptome aus. Es kann ausreichen, dass jemand z.B. in der U-Bahn neben einem Fahrgast saß, der andauernd hustete, um bei demjenigen Symptome auszulösen (lat. *nocebo*: ich werde schaden, zu *nocere*: schaden).