



ALETHEIA

Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées

www.aletheia-scimed.ch - info@aletheia-scimed.ch

Aletheia c/o Postfach 1248, 6030 Ebikon

Einschreiben (R)

10. Februar 2021

Covid-19 - Offener Brief von Ärzten, Wissenschaft, Unternehmern und Angehörigen der Gesundheitsberufe der Schweiz. An alle Mitglieder von Bundesrat, Nationalrat, Ständerat, Regierungsräte, sowie an das BAG und die Kantonsärztinnen und -ärzte.

Primum non nocere, Secundum cavere, Tertium sanare

Sehr geehrte Damen und Herren Parlamentarier

Sehr geehrte Amts- und Entscheidungsträger von Bund und Kantonen

Der Verein Aletheia vereint über 1'000 Gesundheitsfachpersonen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, von denen viele täglich an der Corona-Front arbeiten. Was wir in unserem beruflichen und privaten Alltag erleben, deckt sich vielfach nicht im Ansatz mit den angst-einflössenden Berichten und Prognosen, welche die Medien und Behörden tagtäglich verbreiten. Wenn es - wie seit Monaten vermittelt - eine Pandemie von solch apokalyptischem Ausmass gäbe, wären die Konsequenzen ganz anderer Natur.

Was wir hingegen erleben, ist eine inkonsequente wie inkonsistente Massnahmenpolitik, die geprägt ist durch Entscheide, die weder nachvollziehbar, wissenschaftlich begründbar

noch staatsrechtlich legitimierbar sind. Es ist eine Massnahmenpolitik, die auch im Gesundheitswesen die Qualitäts- und Sicherheitsansprüche unserer Arbeit gefährden. So haben die staatlichen Interventionen den vor allem in der Winterzeit bestehenden Personalmangel noch verschlimmert. Der massive Eingriff der Behörden in die ärztliche Behandlungshoheit zwingt viele Ärzte und Ärztinnen gegen ihre ethischen und ärztlichen Grundsätze zu handeln.

Auszug aus dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes:

„Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.“

In der Ärzteschaft sind wir mit unseren Sichtweisen aktuell vermutlich in der Minderheit. Wir erachten unsere Argumente als differenziert und erwarten, dass Sie diesen die entsprechende Beachtung schenken. Sie tragen in der Legislative oder Exekutive die Verantwortung für die unermesslichen Kollateralschäden der ergriffenen Massnahmen, nicht zuletzt auch für die schier irreparable Spaltung der Gesellschaft, die Diffamierung von Andersdenkenden und den Ausschluss der Bevölkerung aus dem Meinungsbildungsprozess. Wir gehen hierzu in der juristischen Betrachtung im Kapitel 16 näher auf diesen Punkt ein.

Die Schweizer Legislative versäumt es, ihrer überfälligen staatsrechtlich-institutionellen Verpflichtung zur Oberaufsicht gegenüber dem Bundesrat (Art. 169 BV) nachzukommen. Bis zum heutigen Tage hat die Bundesversammlung es unterlassen, die Grundlagen und die Wirksamkeit der bundesrätlichen Massnahmen einer unabhängigen, kritischen und wirksamen Kontrolle zu unterziehen (Art. 170 BV). Damit sind ganz zentrale Kontroll- und Korrekturmechanismen des Rechtsstaates Schweiz seit März 2020 auf unbestimmte Zeit ausser Kraft.

In Anbetracht der schon gigantisch aufgelaufenen ökonomischen Schäden von 138 Milliarden SFr. (NZZ 28.11.2020¹) und den unermesslichen negativen psychosozialen Auswirkungen durch die Corona-Massnahmen, fordern wir von der Politik, den Entscheidungs- und Amtsträgern und den Medien:

¹ <https://www.nzz.ch/wirtschaft/corona-krise-138-milliarden-franken-teuer-ld.1588354>.

- Dass sie sich im Entscheidungsprozess und vor dem Erlass verbindlicher Corona-Massnahmen unabhängig, kritisch und umfassend informieren. Wir verlangen, dass die politische Diskussion über Corona öffentlich und transparent aufgenommen wird. Insbesondere fordern wir eine unvoreingenommene Auseinandersetzung mit kritischen Stimmen, gegensätzlicher wissenschaftlicher Evidenz und eine vollumfängliche neutrale Information durch die Medien.
- Eine sofortige Aufhebung jeglicher Zensur der Beiträge kritisch eingestellter Experten und ein sofortiges Ende der einseitigen panikmachenden Berichterstattung von Seiten des BAG, der Task Force, Politik und vor allem der Medien.
- Eine grundsätzliche Neuorientierung unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit aller Massnahmen und dies im öffentlichen Diskurs unter Einhaltung schweizerischer demokratischer Regeln und Rechtsstrukturen, denn wir haben nie eine wirkliche Notlage gehabt. Die aktuell unverhältnismässigen Massnahmen schaden der öffentlichen Gesundheit mehr als sie nützen, auf ökonomischer, physischer, geistiger und emotionaler Ebene.

Es gibt keine ausreichende medizinisch wissenschaftliche Evidenz, welche die aktuelle Politik mit ihren Massnahmen rechtfertigen würde. Entscheidend wäre eine tiefgreifende, transparente und vollumfängliche Auseinandersetzung der Entscheidungsträger mit allen – auch gegensätzlichen – wissenschaftlichen, global vorliegenden Daten in ihre Gesamtbeurteilung, auch wenn sie sich für die Task Force unangenehm präsentiert und sich vorangegangene Entscheidungen als falsch herausstellen sollten. Die öffentlich rechtlichen Medien lassen nicht genügend Raum für eine offene Debatte, in welcher auch kontroverse Ansichten und Meinungen veröffentlicht werden. Die entsprechenden Daten wurden durch qualitativ hochstehende wissenschaftliche Studien, von weltweit renommierten, hochqualifizierten Wissenschaftlern erarbeitet, studiert und deren Evidenz bestätigt. Die entsprechenden Studien werden aber konsequent und mit System von unseren verantwortlichen Entscheidungsträgern und Medien ignoriert und teils zensuriert. Dies verhindert eine objektive Meinungsbildung der Bevölkerung und eine kritische Bewertung der behördlich angeordneten Massnahmen. Darüber hinaus hat jeder Kanton die politische Vollmacht, willkürlich noch eigene Massnahmen, von zweifelhafter wissenschaftlicher Evidenz, hinzuzufügen. Das ist mit unserer direkten Demokratie nicht vereinbar.

„**Heilen ohne zu schaden**“ ist der Grundsatz jeden ärztlichen Handelns. Die kurz- und

langfristigen Kollateralschäden, die jetzt der Bevölkerung in allen Lebensbereichen zugefügt werden, haben aber Schweiz- und weltweit mehr negative und tödliche Auswirkungen, als die Zahl der Corona-Opfer, die jetzt gerettet werden.

Unserer Meinung nach stehen die derzeitigen Corona-Massnahmen und die harten Strafen bei deren Nichteinhalten im Widerspruch zu den Werten der schweizerischen Gesundheitspolitik, weil dem Wesentlichen nicht nachgekommen wird: „Wissenschaft – Expertise – Qualität – Unparteilichkeit – Unabhängigkeit – Transparenz“. Die Gesundheit und die psychosozialen schädigenden Konsequenzen sind unkalkulierbar und unermesslich, die ökonomische Vernichtung von Betrieben mit folgender existentieller Bedrohung von Menschen wird ins Kalkül einbezogen.

Die strikt repressive Politik rund um Corona steht im Gegensatz zu den wissenschaftlich anerkannten Grundsätzen der Prävention von Krankheiten, nämlich:

- Die Stärkung des eigenen Immunsystems durch einen Lebensstil, welcher Bewegungsmöglichkeiten nach individuellen Bedürfnissen und die Förderung von sozialen Bindungen im persönlichen Umfeld garantiert.
- Die Sicherung einer optimalen Betreuung betagter Menschen, ohne diese in Institutionen wie Gefangene einzusperren.
- Vermehrte Investitionen in das Gesundheitssystem, insbesondere in die Bedürfnisse der Pflege, um den heutigen Anforderungen gerecht werden zu können.

Das Konzept der Gesundheit

1948 definierte die WHO die Gesundheit wie folgt: „*Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens*“.

Gesundheit ist daher ein weit gefasstes Konzept, das weit über das Physische hinausgeht und sich auch auf das emotionale und soziale Wohlbefinden des Einzelnen bezieht. Die Politik hat auch die Pflicht, diese Menschenrechte in ihre Entscheidungsfindung einzubeziehen, wenn es um Massnahmen im Zusammenhang mit der öffentlichen Gesundheit geht. Dabei betrifft es ganz grundsätzliche Fragen, wie die Gewichtung der individuellen Freiheit im Umfeld von risikobehafteten Personen, vor allem betagter Menschen, und die Akzeptanz des Todes im hohen Alter. Diese Fragen bedürfen einer gesamt-gesellschaftlichen Auseinandersetzung, und diesbezügliche Entscheidungsprozesse dürfen unter gar keinen Umständen wenigen Politikern und

Amtsträgern überlassen werden.

Die aktuellen globalen und schweizerischen Massnahmen zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 verstossen in hohem Masse gegen diese Vision von Gesundheit und Menschenrechten. Sie stehen in absolut keinem Verhältnis zur allgemeinen Bedrohung durch das Virus.

Unsere Forderungen zusammengefasst:

Die sofortige Aufhebung aller erlassenen restriktiven Massnahmen, ausschliesslich faktenbasierte und vollständige Information der Bevölkerung von Seiten des Bundes über die Art, Nebenwirkungen und möglichen Langzeitschäden des Gen-Impfstoffes und die Wiedereinführung der Mitbestimmung des Volkes, wenn es um Freiheit einschränkende Massnahmen geht und die Rückkehr zur normalen (nicht „neuen“) Normalität, weil:

1. die Verhältnismässigkeit der Massnahmen zur realen Bedrohung nicht gegeben ist.
2. das SARS-CoV-2 nie die Gefährlichkeit gezeigt hat, wie von bestimmten Virologen und Epidemiologen repetitiv immer wieder behauptet wurde. Es verhält sich im zeitlichen und saisonalen Verlauf wie die bekannten Grippeviren, darunter auch das Coronavirus im Jahr 2003.
3. wir nie die vorhergesagten Todeszahlen erreicht haben wie prognostiziert wurde, auch wenn jeder einzelne Todesfall ein einschneidendes und emotionales Erlebnis für die Angehörigen ist.
4. im Durchschnitt keine signifikante Übersterblichkeit besteht, verglichen mit den letzten 10 Jahren, wenn man die demografischen Veränderungen in der Altersstruktur mit einbezieht.
5. die Spitäler nie überlastet waren und in ihrer Gesamtheit nie an ihre Grenzen gestossen sind, trotz der rigorosen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen mit Spital- und Bettenschliessungen und deutlichem Personalabbau der letzten Jahre. Punktuell aufgetretene Überforderungen waren hausgemacht, sind systembedingt und nicht auf das Coronavirus abzuschieben.
6. die Intensivstationen im Schnitt eine 75%-ige Belegung nur sporadisch und lokal leicht überschritten haben.
7. die restriktiven Massnahmen (Lockdown) keinen nachweislichen Einfluss auf das Infektionsgeschehen haben.
8. zur Identifikation von sogenannt „Infizierten“ ein absolut untauglicher, nie validierter Test (PCR-Test) angewendet wird, mit welchem keine Infektion mit einem replikations- und ansteckungsfähigen Virus nachgewiesen werden kann.

9. ein Test angewendet wird, welcher aufgrund seiner Untauglichkeit enorme falsch hohe positive Resultate erzielt und auf dessen Basis Massnahmen ergriffen werden, welche einen unermesslichen wirtschaftlichen und sozialen Schaden anrichten, welchen die zukünftigen Generationen zu begleichen haben.
10. für eine Korrelation von positiven Tests mit der Gefährlichkeit des Virusgeschehens die wissenschaftliche Basis fehlt und es sich somit bei der angeordneten Massnahmenflut um nicht mehr nachvollziehbare Freiheitseinschränkungen handelt.
11. das Virus mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem Impfstoff nicht eradiziert werden kann. Das Virus mutiert zu schnell und man rennt ihm immer hinterher, wie bei allen Grippeviren.
12. man bei der Entwicklung des mRNA-Impfstoffes viele wichtige Schritte für Erkenntnisse der Sicherheit und Wirksamkeit ausgelassen hat, sowohl in den präklinischen als auch in den klinischen Phasen.
13. man eine Neuentwicklung, die in der Regel mindestens 8 bis 15 Jahre braucht, auf knapp ein Jahr zusammengestaucht hat, mit dem Resultat, dass wir eigentlich viel zu wenig über die Wirksamkeit und vor allem über die Nebenwirkungen der Impfstoffe wissen. Es handelt sich um eine Black-Box.
14. es sich, aufgrund mangelnder Sorgfalt bei der Entwicklung des Impfstoffes, bei der Impfkampagne um einen strafrechtlich relevanten Feldversuch an Menschen handelt.
15. wir wollen, dass alle Kommunikationssysteme in Zukunft eine objektive, neutrale, der Wahrheit verpflichtete, umfassende und auf Wissenschaftlichkeit beruhende, Angst und Panik vermeidende Berichterstattung anwenden. Sie sollen jegliche diffamierenden und beleidigenden Aussagen gegenüber Andersdenkenden und sich kritisch Äussernden unterlassen und ihnen den entsprechenden Raum zu ihrer freien Meinungsäusserung in den Medien zugestehen. Vor allem sollen sie ihrer Verpflichtung nachkommen, alles und jedes zu hinterfragen und mit fundierten, seriösen Recherchen versuchen, die „-Wahrheit-“, soweit es menschenmöglich ist, ans Licht zu bringen.

Stossrichtung: Aufgrund der Erfahrungen und der Datenlage des vergangenen Jahres wissen wir, welche Personen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, um schwer am Virus zu erkranken oder daran zu sterben. Das sind, unabhängig des Alters, diejenigen mit schweren chronischen Erkrankungen. Die höhere Zunahme an Sterbefällen aufgrund von Covid-19 bei den über 80-Jährigen ist auch dadurch bedingt, weil in dieser Altersgruppe durch die demografische Verschiebung der Anteil an Personen mit Erkrankungen überproportional zunimmt. Mit einem Bruchteil der bis heute aufgelaufenen Schadenssumme aufgrund der Corona-Massnahmen könnte ein effizientes Schutzkonzept spezifisch für die Risikopersonen entwickelt werden, welches unser Gesundheitssystem problemlos bewältigen kann. Die Daten vom Bundesamt für Statistik und dem BAG belegen, dass der prozentuale Anteil an Todesfällen unter den 70-Jährigen sehr klein ist und sich von den vorhergehenden Jahren nicht unterscheidet. Diese Menschen müssen nicht mit Quarantäne-Massnahmen aus dem Arbeitsprozess herausgenommen und ganze Wirtschaftszweige mit Lockdown-Massnahmen an den Rand des Ruins gebracht werden. Wir hoffen, dass unsere Bemühungen für einen faktenbasierten Umgang mit der Corona Krise, Erfolg haben werden und, dass wir die politisch Verantwortlichen, Amtsträgerinnen, Unternehmer und Meinungsbildnerinnen ermutigen können, sich den effektiv vorliegenden Fakten zu stellen, sich mit den verschiedensten Interpretationen derselben auseinander zu setzen und entsprechend zu handeln. Dies zum Wohle der gesamten Bevölkerung, der Menschen, die vom Virus wirklich bedroht sind, der Betagten und vor allem der Jugend, welche die Zeche eines Tages bezahlen muss.

Im Anhang sind die oben erwähnten Forderungen analysiert und diskutiert. Das Inhaltsverzeichnis hilft zur Orientierung.

Freundliche Grüsse

Aletheia, Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

Dr. med. Andreas Heisler, Ebikon

Fabien Balli-Frantz, Biel

Dr. Werner Michael Heller, Schüpfheim

Dr. med. Rainer Schregel, Wattwil

Dr. med. Ruke Wyler, Bern

Philipp Kruse, Rechtsanwalt, LL.M.

Dr. med. Urs Guthauser, Bern

Dr. Sc. Nat. ETH Barbara Müller, Ettenhausen

Dr. med. Björn Riggenschach, Neuchâtel

Dr. med. Dieter Thommen, Thun

Dr. med. Thomas Binder, Wetztingen

Dr. jur. Gerald Brei, Rechtsanwalt

Sowie Mitglieder und Unterstützer von ALETHEIA – Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit

www.aletheia-scimed.ch – info@aletheia-scimed.ch

Anhang:

Inhaltsverzeichnis

1.	Die vorhergesagte Pandemie mit Millionen von Toten	9
2.	Verlauf von SARS-CoV-2	10
3.	RT-PCR-Test von Corman-Drosten	11
4.	Amplifikationszyklen, Cycle threshold (Ct-Wert)	16
5.	Ineffektive Lockdown-Massnahmen.....	17
6.	Reproduktionszahl	18
7.	Massnahmen haben keinen Effekt auf die Reproduktionszahl.....	19
8.	Anzahl Tests in Bezug zu restriktiven Massnahmen	21
9.	Maskenpflicht ohne Einfluss auf den Verlauf.....	22
10.	Keine Überlastung der Intensivstationen in den Spitälern.....	25
11.	Keine Übersterblichkeit: Fehlende signifikante Erhöhung im Vergleich zu 2015.....	26
12.	Immunsystem	29
13.	Impfstoff.....	31
14.	Virusmutation.....	33
15.	Psychische Auswirkung auf die Gesellschaft	34
16.	Juristische Betrachtung.....	36

1. Die vorhergesagte Pandemie mit Millionen von Toten

Im Mai 2009 strich die WHO zwei wesentliche Punkte der Pandemie-Definition: Tote und Erkrankte. Früher war eine enorme Anzahl von Todesfällen und Erkrankten in mehreren Staaten die Bedingung. Das ist seit 2009 nicht mehr so. Nun reicht es aus, dass sich der Erreger schnell in mehreren Regionen der Welt ausbreitet. Ob viele daran sterben oder erkranken ist kein Kriterium mehr für eine Pandemie.

- „Profiteure der Angst - Das Geschäft mit der Schweinegrippe“, Arte.tv Dokumentation vom 20. Oktober 2009

Zu Beginn der „Pandemie“ waren die Massnahmen verständlich, auch wenn es Unterschiede bei der Umsetzung in den Ländern um uns herum gegeben hat. Die WHO hatte ursprünglich im März berichtet, dass die Sterblichkeitsrate unter den registrierten 19 Fällen 3,4 % betrug, was sich im Verlauf als einen über 10-mal zu hohen Wert herausstellte. Auf der Basis dieser Fälle sagte die WHO Millionen von Todesfällen durch ein hochansteckendes Virus voraus, für das es keine Behandlung oder Impfung gibt. So werde es einen beispiellosen Druck auf das Gesundheitssystem, unserer Krankenhäuser und die Intensivstationen geben.

Aussergewöhnlich viele Todesfälle wegen einer Grippe gab es in diesem und letzten Jahrhundert schon viele. Im Frühjahr 2015 gab es eine starke Grippewelle mit etwa 2500 Todesfällen zusätzlich zur normalerweise erwarteten Zahl. Ausserdem sterben jedes Jahr infolge der zunehmenden Zahl betagter Menschen in der Schweiz etwa 500 Personen mehr.

- Todesursachenstatistik 2015, Bundesamt für Statistik (BfS), Medienmitteilung vom 14.11.2017.

Die Bilder von Wuhan, die oben erwähnten Äusserungen der WHO und die Art der Berichterstattung haben zu einem panikartigen globalen Alarmzustand geführt, wie es in der Geschichte der Menschheit noch nie vorgekommen ist: „Flattening the curve“ (Kurve abflachen) wurde weltweit zum Slogan und die gesamte Gesellschaft und Wirtschaft wurde mit Lockdowns stillgelegt und gesunde Menschen unter Quarantäne gestellt. Die soziale und ökonomische Umwandlung wurde zur neuen Normalität deklariert. Man warte auf einen Impfstoff, bevor die Massnahmen rückgängig gemacht werden können. Die panikartige Stimmung und die Ängste wurden seither durch die Medien mit wissenschaftlich wenig fundierter und immer mehr einseitiger Berichterstattung kontinuierlich auf hohem Niveau gehalten.

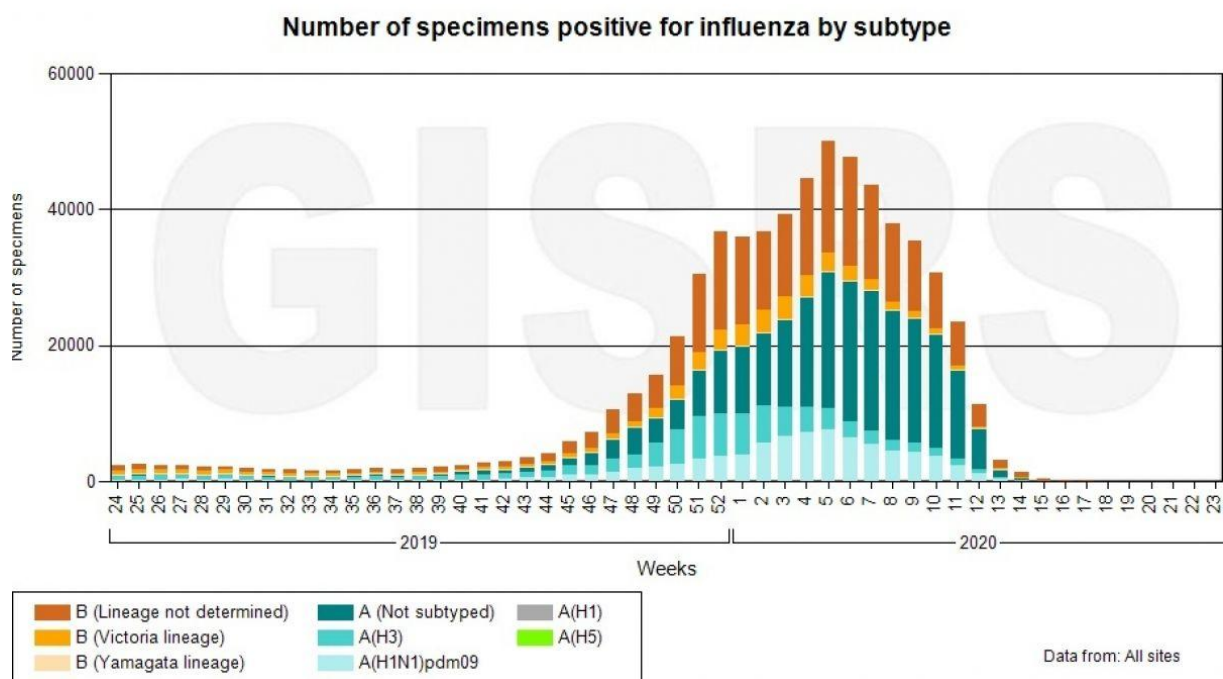
Fazit: Aufgrund der Abschwächung der Kriterien für eine Pandemie durch die WHO im Jahr 2009, nach welchen nur noch die überregionale Ausbreitung eines Erregers und nicht mehr die Anzahl Todesfälle und Erkrankten zählt, wurde die aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdige Pandemie von SARS-CoV-2 ausgerufen. Die anfänglich prognostizierte hohe Sterblichkeitsrate war eine massive Überschätzung. Das Gesundheitssystem war nie überfordert. Die Vorhersagen haben sich nie bestätigt. Der unzulängliche wissenschaftliche Umgang mit den Daten und die Art der Berichterstattung führten zur Panikstimmung in der Bevölkerung.

2. Verlauf von SARS-CoV-2

Die Fakten zeigen jedoch eine andere Realität. Covid-19 folgt dem normalen zeitlichen Verlauf von zuerst Zunahme und dann Abnahme (Abb. 2, 3), wie in einer gewöhnlichen Grippesaison (Abb. 1). Wie jedes Jahr sehen wir eine Mischung aus Grippeviren, die sich im Verlauf so verhalten: zuerst die Rhinoviren, dann die Influenza-A- und B-Viren, dann die Corona Viren. Es gibt nichts, was sich von dem unterscheidet, was wir normalerweise kennen.

- Ivor Cummins, <<https://youtu.be/3cjgicrA504>>, ab 13' 38".
- Saisonbericht Grippe 2016/2017, Bundesamt für Gesundheit (BAG), BAG-Bulletin 31 vom 31.07.2017.

Abbildung 1



- <<http://www.who.int/flunet>>.
- <<https://www.rifreporter.de/asset/who-influenza-0620.w1200.c0.jpg>>.

Fazit: Die SARS-CoV-2 Viren verhalten sich im jahreszeitlichen Verlauf gleich wie die schon bekannten Grippeviren.

3. RT-PCR-Test von Corman-Drosten

Dieser Test ist der schicksalshafte Haken an dem alle Aktivitäten unserer Task Force und der Entscheidungsträger weltweit hängen. Dieser Test soll beweisen, ob eine Person mit dem Coronavirus infiziert ist. Dieser Test bestimmt angeblich die Fallzahlen der Infizierten und damit den R_e -Wert. Dieser Test bestimmt schlussendlich woran ein Toter gestorben ist. Dieser Test ist die Basis aller Horormeldungen, Panikmache und Angstbereiter der Menschen. Dieser Test ist die Grundlage zur Begründung von restriktiven Massnahmen und Manipulation der Bevölkerung. Das Vorgehen beruht auf der Annahme, dass es sich um ein äusserst gefährliches und hochansteckendes Virus handelt. Die bisher gesammelten Daten weisen auf das Gegenteil hin: Es ist ein Virus mit ähnlichem Verhalten und ähnlicher Gefährlichkeit wie vergangene Influenza- und Corona Viren (2003). 99.8% und mehr überleben eine Infektion, und nur ein kleiner Prozentanteil der Infizierten muss hospitalisiert werden oder hat einen schweren Verlauf und wird intensivbehandlungspflichtig*. Das durchschnittliche Sterbealter positiv getesteter Patienten liegt in der Schweiz bei 86 Jahren. 97% haben meist schwere Vorerkrankungen. Die mittlere Lebenserwartung in der Normalbevölkerung liegt ca. bei 84 Jahren. Auch wenn jeder Todesfall für die Angehörigen ein trauriges Erlebnis ist, so sollte man trotzdem akzeptieren, dass ein Todesfall in diesem Alter, unabhängig von der Ursache, ein vollkommen natürliches Geschehen ist. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum eine ganze Gesellschaft so massiv geschädigt wird und massive Schulden hinterlassen muss, welche vor allem unsere Jugend einmal zu begleichen hat, nur weil wir uns von der Natur so weit entfernt haben, dass wir das natürlichste Geschehen des Lebens nicht mehr akzeptieren können: Den Tod im hohen Alter.

- *John P A Ioannidis, Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data, Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892, Oct. 2020.

Ernst zu nehmende Kritik gegenüber diesem Test wurde schon früh von verschiedenen hochkarätigen Experten geäussert. Sie wurden ignoriert und ihre Einwände im Internet systematisch zensuriert, gelöscht und die Autoren persönlich von den Medien diffamiert.

Am 27. November 2020 haben 22 international namhafte und hochqualifizierte Wissenschaftler im Eurosurveillance 2020 einen Peer-Review Report betreffs des RT-

PCR-Tests von Drosten veröffentlicht, welcher nicht mehr zensuriert werden kann. Gemäss diesem Report zeigt der von Corman-Drosten entwickelte RT-PCR-Test wesentliche wissenschaftliche Mängel auf molekularer und methodischer Ebene auf. Aufgrund dieser schwerwiegenden Mängel wurde ein Widerrufs Antragsschreiben verfasst, indem die wissenschaftliche Zeitschrift Eurosurveillance aufgefordert wird, den Bericht von Corman-Drosten et al. vom 22. Januar 2020 über den von ihnen entwickelten RT-PCR-Test zurückzuziehen.

- Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR, Eurosurveillance 25(8) 2020.

Die Autoren des Peer-Review Reportes haben eine gründliche Punkt für Punkt-Überprüfung der Arbeit von Drosten, unter Berücksichtigung der diesbezüglichen einschlägigen Literatur, durchgeführt.

Sie kamen zum folgenden Schluss:

„Das veröffentlichte RT-qPCR-Protokoll zur Detektion und Diagnose von 2019-nCoV und das Manuskript leiden unter zahlreichen technischen und wissenschaftlichen Fehlern, darunter unzureichendes Primer design, ein problematisches und unzureichendes RT-qPCR-Protokoll und das Fehlen einer genauen Testvalidierung. Weder der vorgelegte Test noch das Manuskript selbst erfüllen die Voraussetzungen für eine akzeptable wissenschaftliche Veröffentlichung. Darüber hinaus werden schwerwiegende Interessenkonflikte der Autoren nicht erwähnt. Schließlich bedeutet der sehr kurze Zeitraum zwischen Einreichung und Annahme der Veröffentlichung (24 Stunden), dass hier entweder kein systematischer Peer-Review-Prozess durchgeführt wurde oder von problematischer schlechter Qualität. Wir liefern überzeugende Beweise für mehrere wissenschaftliche Unzulänglichkeiten, Fehler um Fehler. Angesichts der hier vorgestellten wissenschaftlichen und methodischen Fehler sind wir zuversichtlich, dass die Redaktion von Eurosurveillance keine andere Wahl hat, als die Veröffentlichung zurückzuziehen.“

„ZUSAMMENFASSUNG DER IN DER ARBEIT VON CORMAN-DROSTEN GEFUNDENEN FEHLER

- 1. Es gibt keinen bestimmten Grund, die extrem hohen Konzentrationen von Primern in diesem Protokoll zu verwenden. Die beschriebenen Konzentrationen führen zu erhöhten unspezifischen Bindungen und PCR-Produktverstärkungen, wodurch der Test als spezifisches Diagnosetool zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet ist.*
- 2. Sechs nicht näher bezeichnete wackelige Positionen werden zu einer enormen Variabilität in den realen Laborimplementierungen dieses Tests führen; Die verwirrende unspezifische Beschreibung im Corman-Drosten-Papier eignet sich nicht als Standard-*

Betriebsprotokoll, sodass der Test als spezifisches Diagnoseinstrument zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet ist.

3. Der Test kann nicht zwischen dem gesamten Virus und viralen Fragmenten unterscheiden. Daher kann der Test nicht als Diagnose für intakte (infektiöse) Viren verwendet werden, was den Test als spezifisches Diagnoseinstrument zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus und zu Rückschlüssen auf das Vorhandensein einer Infektion ungeeignet macht.

4. Ein Unterschied von 10° C in Bezug auf die Glühtemperatur T_m für Primerpaar1 (RdRp_SARSr_F und RdRp_SARSr_R) macht den Test auch als spezifisches Diagnosetool zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet.

5. Ein schwerwiegender Fehler ist das Weglassen eines Ct-Wertes, bei dem eine Probe als positiv und negativ betrachtet wird. Dieser Ct-Wert wird auch nicht in Follow-up-Einreichungen gefunden, so dass der Test als spezifisches Diagnosetool zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet ist.

6. Die PCR-Produkte wurden nicht auf molekularer Ebene validiert. Diese Tatsache macht das Protokoll als spezifisches Diagnosetool zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus nutzlos.

7. Der PCR-Test enthält weder eine eindeutige Positivkontrolle zur Bewertung seiner Spezifität für SARS-CoV-2 noch eine negative Kontrolle, um das Vorhandensein anderer Corona Viren auszuschließen, was den Test als spezifisches Diagnoseinstrument zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet macht.

8. Das Testdesign im Corman-Drosten-Papier ist so vage und fehlerhaft, dass man in Dutzende von verschiedenen Richtungen gehen kann; nichts ist standardisiert, und es gibt kein Standard Operating Procedure (SOP). Dies stellt die wissenschaftliche Gültigkeit des Tests in Frage und macht ihn als spezifisches Diagnosetool zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet.

9. Höchstwahrscheinlich wurde das Corman-Drosten-Papier nicht von Experten geprüft, was den Test als spezifisches Diagnoseinstrument zur Identifizierung des SARS-CoV-2-Virus ungeeignet macht.

*10. Für mindestens vier Autoren gibt es **gravierende Interessenkonflikte**. Zusätzlich dazu sind zwei der Autoren der Corman-Drosten-Zeitung (Christian Drosten und Chantal Reusken) Mitglieder der Redaktion von Eurosurveillance. Darüber hinaus versäumten Victor Corman und Christian Drosten, ihre zweite Zugehörigkeit zu erwähnen: das kommerzielle Testlabor „Labor Berlin“. Beide sind dort für die Virendiagnostik*

verantwortlich und das Unternehmen arbeitet im Bereich der Echtzeit-PCR-Tests.

Im Lichte unserer erneuten Prüfung des im Corman-Drosten beschriebenen Prüfprotokolls zur Identifizierung von SARS-CoV-2 haben wir Fehler und daraus verbundene Irrtümer identifiziert, die den SARS-CoV-2 PCR-Test unbrauchbar machen. Die Fehler zu erkennen hat den Vorteil, die menschlichen Kosten und leiden in Zukunft erheblich zu minimieren.“

Externe Peer-Review des RTPCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 zeigt 10 wesentliche wissenschaftliche Mängel auf molekularer und methodischer Ebene: Folgen für falsch positive Ergebnisse. Eurosurveillance 2020, 27.Nov. 2020

Pieter Borger(1), Bobby Rajesh Malhotra(2) , Michael Yeadon(3) , Clare Craig(4), Kevin McKernan(5) , Klaus Steger(6) , Paul McSheehy(7) , Lidiya Angelova(8), Fabio Franchi(9), Thomas Binder(10), Henrik Ullrich(11) , Makoto Ohashi(12), Stefano Scoglio(13), Marjolein Doesburg-van Kleffens(14), Dorothea Gilbert(15), Rainer Klement(16), Ruth Schrufer(17), Berber W. Pieksma(18), Jan Bonte(19), Bruno H. Dalle Carbonare(20), Kevin P. Corbett(21), Ulrike Kämmerer(22)

Die Autoren kommen zu folgendem Schluss:

„Kliniker müssen die verbesserte Genauigkeit und Geschwindigkeit der molekularen diagnostischen Techniken für die Diagnose von Infektionen erkennen, aber auch ihre Grenzen verstehen. Laborergebnisse sollten immer im Kontext der klinischen Präsentation des Patienten interpretiert werden, und für zuverlässige Testergebnisse sind geeignete Standorte, Qualität und Zeitpunkt der Probenentnahme erforderlich.“

Diese oben gemachte Aussage erfordert unabdingbar und in jedem einzelnen Fall eine ärztliche Beurteilung des klinischen Zustandsbildes für die Diagnosestellung. Bei Massentestungen ausserhalb von Gesundheitszentren fehlt diese Grundvoraussetzung. Die Diagnose „Coronainfektion“ allein aufgrund des PCR-Tests ist deshalb unzulässig und widerspricht jedem korrekten ärztlichen Handeln. Einen Fragebogen bei der Probeentnahme auszufüllen, reicht bei Weitem nicht aus. Die täglichen öffentlichen Angaben von neu „Infizierten“ sind deshalb unhaltbar, weil sie nicht ärztlich mit dem klinischen Bild der Betroffenen korreliert werden und erzeugen so bloss Angst und Panik. Man erschleicht sich, mit falschen Fakten, eine Akzeptanz in der Bevölkerung, um immer schärfere Restriktionen ergreifen zu können.

„Dies sind schwerwiegende Konstruktionsfehler, da der Test nicht zwischen dem gesamten Virus und viralen Fragmenten unterscheiden kann. Der Test kann nicht als Diagnose für SARS-Viren verwendet werden.“

Auch diese Aussage der Autoren weist darauf hin, dass mit dem PCR-Test keine Diagnosestellung einer „Coronainfektion“ gemacht werden darf. Er weist kein Virus nach. Die täglich offiziell veröffentlichten „Infektionszahlen“ sind in Wahrheit bloss die Anzahl

positiv auf Virusfragmente getestete Personen und für eine Infektion nicht beweisend. Deshalb ist der Begriff „infizierte Fälle“ verfälscht und unzulässig. Dazu zum allgemeinen Verständnis die Definition von „Infektion“ nach „Pschyrembel“: „Eine Infektion ist charakterisiert durch das Eindringen von pathogenen Mikroorganismen, wie Bakterien oder Viren, in einen Organismus mit anschließender Besiedelung und Vermehrung. Die Ausprägung hängt ab von der Pathogenität und Infektiosität des Erregers sowie der Abwehrlage des Wirts. Nicht jede Infektion führt aber zu einer Infektionskrankheit.“ Beim Test werden nur Fragmente eines in einem Computermodell erzeugten mRNA, welches Covid-19 zugeordnet wird, festgestellt und kein ganzes intaktes vermehrungsfähiges Virus. Das wichtigste Kriterium wird nicht nachgewiesen: „Besiedelung und Vermehrung“. Auf den Test-Kits ist in korrekter Weise vermerkt, dass sie nur für wissenschaftliche Zwecke und nicht für die Diagnostik von Krankheiten verwendet werden dürfen.

In einer Studie im Nature Public Health Emergency Collection, Sept.2020, kam der Autor zur Schlussfolgerung: *„Der SARS-CoV-2-Nachweis mittels RT-PCR ist nicht immer verlässlich. Für die praktische Anwendung haben diese Tests viele Unsicherheiten, was nicht nur die schlechte Sensitivität und mitunter auch schlechte Spezifität, sondern auch was die Güte der Probengewinnung betrifft.“*

- Adrian Gillissen, Übersicht zu Sensitivität und Spezifität des SARS-CoV-2-Nachweises mittels PCR, 10.1007/s15033-020-1912-4.

ZITATE von KARY MULLIS Nobelpreisträger und Erfinder des PCR-Tests: *„Und mit PCR - wenn man es gut macht- kann man fast ALLES in JEDEM FINDEN! Das kann man als ein MISSBRAUCH ansehen: zu behaupten, dass es BEDEUTUNGSVOLL IST! Eine winzige Menge von IRGENDETWAS zu nehmen, sie messbar zu machen und es dann so darzustellen, als ob es WICHTIG wäre. Der Test sagt NICHT aus, ob man krank ist, oder ob das, was gefunden wurde, dir wirklich SCHADEN würde.“*

Fazit: Der RT-PCR-Test ist ungeeignet für die Diagnosestellung einer Krankheit. Er darf nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Dies ist auch auf jedem Entnahme-Kit vermerkt. Mittels Test können keine intakten Viren nachgewiesen werden, welche replikations- und ansteckungsfähig sind. Positiv getestete Personen dürfen daher nicht als krank oder infektiös gezählt werden. Die Fallzahlen, die dadurch generiert werden sind falsch. Für die Diagnose Covid-19 braucht es zwingend eine spezifische, harte klinische Symptomatik. Andere Ursachen mit ähnlichem Krankheitsmuster müssen ausgeschlossen werden.

4. Amplifikationszyklen, Cycle threshold (Ct-Wert)

In der Schweiz werden unzählige, verschiedene nicht standardisierte Tests verwendet. Die gesamte Teststrategie ist nicht standardisiert. Die Amplifikationsraten, d.h. die Ct-Werte bewegen sich je nach Labor bis zu 45-fach. Dies bedeutet, dass aus einem entnommenen Virusfragment bis über 35 Billionen Fragment-Kopien hergestellt werden können. Über die Viruslast von replikationsfähigen ganzen Viren, deren Ansteckungspotential und die Erkrankungswahrscheinlichkeit des Trägers kann keine zuverlässige Antwort gegeben werden. Dass aufgrund eines Tests mit über 30 Amplifikationen eine Person als infiziert klassifiziert, als potentiell ansteckend und mitsamt seinen Kontaktpersonen in die Quarantäne verbannt wird, ist ein unakzeptabler Zustand. In der Forensik wird ein Test mit über 30 Amplifikationen nicht mehr als Beweis zugelassen. Die WHO erwähnt in einem Bulletin vom Dezember 2020, dass nicht mehr als 25 Zyklen angewandt werden sollen. In Schweizer Labors gibt es kein Standardverfahren, es werden Kits von unzähligen verschiedenen Herstellern verwendet und je nach Labor bis zu 45 Amplifikationszyklen angewendet. Die Frage ist mehr als berechtigt, warum in der Diagnostik von Covid nicht ein entsprechender maximaler Ct- Wert festgelegt wird?

- Inaugural – Dissertation Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Max.-Universität Würzburg, Florian Goehtz, Febr. 2006.
- WHO: Information Notice for IVD Users vom 14.12.2020.
- <<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>>.

In der Schweiz gab es bis zur Woche 50 insgesamt 462 623 positiv getestete Personen. Davon wurden 16 458 Personen hospitalisiert, also 3.56%. Die Positivitätsrate und auch die Zahl der positiv getesteten Hospitalisierten hängen direkt vom PCR-Test und dessen Amplifikationsrate ab. Je höher der Ct-Wert, desto mehr falsch Positive werden aber gezählt und damit eine überhöhte Anzahl Hospitalisationen und Todesfälle mit der Diagnose Covid-19 generiert. Weil die Ct-Werte von den Labors in den meisten Fällen den behandelnden Ärzten nicht mitgeteilt werden, können nicht einmal zuverlässige Aussagen über eine theoretische Viruslast gemacht werden, welche aber Voraussetzung wäre, um die klinische Diagnose Covid-19 zu erhärten. So entsteht ein falsches Bild über Hospitalisationen, Todesfälle und der Bedrohungslage.

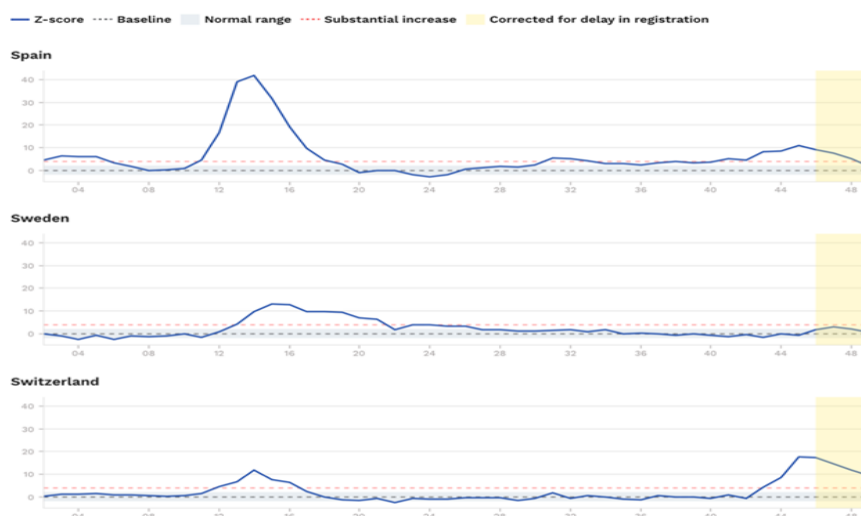
- BAG Situationsbericht zur aktuellen Lage vom 23.12.2020.

Fazit: Es gibt in der Schweiz kein Standardverfahren in der Anwendung des PCR-Tests. Die Amplifikationsrate (Ct-Wert) kann bis zu 45-fach betragen, anstatt höchstens 25-fach. Je höher

dieser Wert, desto höher fallen die falsch positiv Getesteten aus, bis über 97%. Die ärztlichen Verantwortlichen kennen in der Regel den zur Beurteilung einer theoretischen Viruslast absolut notwendigen Ct-Wert aber nicht. So entsteht eine vielfach zu hohe Einschätzung von Infizierten, Erkrankten und Todesfällen, aufgrund dessen Massnahmen ergriffen werden.

5. Ineffektive Lockdown-Massnahmen

Abbildung 2



Zu Abbildung 2: Im Ländervergleich, gemäss Statistik Euromomo, erkennt man, dass Spanien, jenes Land mit einem der härtesten Lockdown's, mehr Todesfälle zu beklagen hatte, als jenes Land mit den am wenigsten weit gehenden Restriktionen, Schweden. In der sogenannten zweiten Welle können Spanien und Schweden beide eine bedeutende Reduktion an Todesfällen verzeichnen, trotz massiv unterschiedlichen restriktiven Massnahmen. Der internationale Vergleich, auch mit der Schweiz, wirft die Frage des Nutzens von Lockdown-Massnahmen auf.

In einer im Dezember 2020 erschienenen Studie von Prof. Ioannidis et. al., in welcher der Effekt von nicht pharmazeutischen Massnahmen (NPIs) wie Lockdown etc. auf Covid-19 untersucht wurde, kommt man zur folgenden Schlussfolgerung: „Inferences on effects of NPIs are non-robust and highly sensitive to model specification. Claimed benefits of lockdown appear grossly exaggerated.“* Eine andere peer reviewed Studie von ihm besagt: „While small benefits cannot be excluded, we do not find significant benefits on case growth of more restrictive NPIs. Similar reductions in case growth may be achievable

with less restrictive interventions.“** Diese Arbeiten widersprechen deutlich einer im Frühling erschienenen Arbeit in Nature in welcher ausgesagt wird, dass der komplette Lockdown für eine Reduktion des Reproduktionswertes um 80% verantwortlich gewesen sei.

- *Effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19: A Tale of Three Models, Vincent Chin, John P.A. Ioannidis et.al, medRxiv preprint: <<https://doi.org/10.1101/2020.07.22.20160341>>.
- **ASSESSING MANDATORY STAY-AT-HOME AND BUSINESS CLOSURE EFFECTS ON THE SPREAD OF COVID-19, Ioannidis J. et al. European Journal of Clinical Investigation, Januar 2021.
- Ivor Cummins, <https://youtu.be/3cjgicrA504>

Fazit: Im Ländervergleich erkennt man keinen Effekt der Massnahmen auf die Ausbreitung des Virus. Spanien und auch die Schweiz mit wesentlich restriktiveren Massnahmen haben im Herbst mehr Todesfälle zu beklagen als Schweden mit vergleichsweise milden Restriktionen. Die in Schweden im Frühling beobachtete höhere Sterberate war systembedingt und betraf hauptsächlich die Alters- und Pflegeheime.

6. Reproduktionszahl

Restriktive Massnahmen werden neben den Fallzahlen auch aufgrund der Reproduktionszahlen gefällt. Basierend auf dem Reproduktionswert (R_e -Wert) schätzt die Task Force jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt die epidemiologische Lage ein. Siehe Grafik unten. Die Reproduktionszahl gibt an, wie viele Menschen ein Infizierter unter den aktuellen Bedingungen im Durchschnitt ansteckt. Der R_e -Wert = 1 bedeutet, dass ein Virusträger im Schnitt eine andere Person mit dem Virus ansteckt. Die Zahl der Kranken bleibt so konstant. Bei einem Wert unter 1 wird die Ausbreitung eines Erregers gehemmt. Bei einem Wert über 1 nimmt die Ausbreitung des Virus bis zum exponentiellen Wachstum zu.

- ETH Zürich, <<https://tb.ethz.ch/plot.html>>.

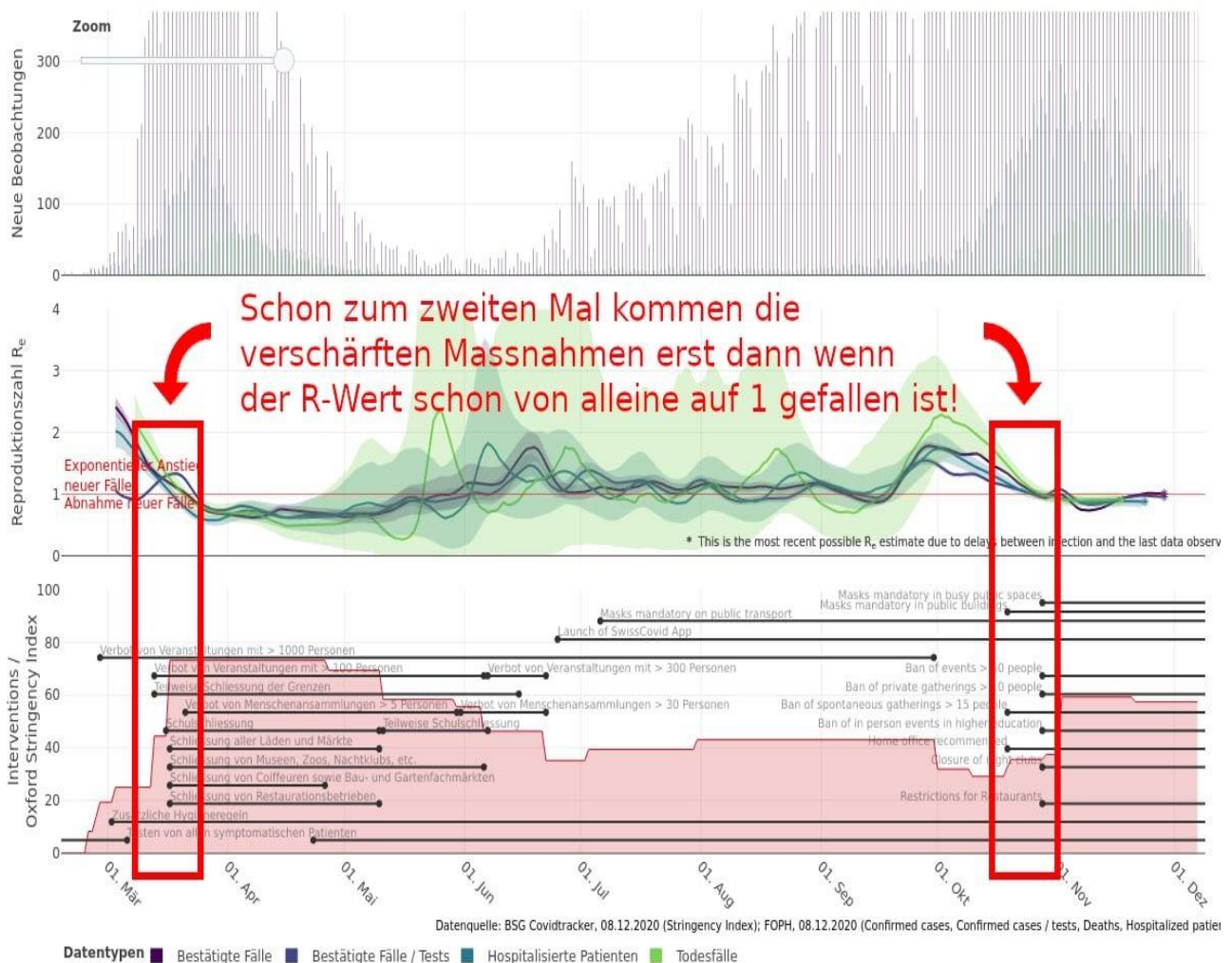
Eine exakte Berechnung der Reproduktionszahl ist schwierig bis unmöglich, da sie stark von den verfügbaren Informationen abhängt. Eine Rolle spielt auch die Anzahl an Tests, die durchgeführt werden. Denn, je mehr getestet wird, desto höher ist der R_e -Wert, welcher so willkürlich in die Höhe getrieben werden kann. Dieser Tests basiert wiederum auf einem für die Diagnosestellung „Coronainfektion“ gänzlich untauglichen Verfahren, dem PCR-Test, welcher seinerseits in Abhängigkeit der Amplifikationszahl sehr hohe falsch positive Resultate ergeben kann.

- <<https://www.br.de/nachrichten/wissen/was-bedeutet-die-reproduktionszahl-r,RwQHkDb>>.

7. Massnahmen haben keinen Effekt auf die Reproduktionszahl

Abbildung 3

Quelle: Swiss National Covid-19 Science Task Force



Zu Abbildung 3: Hier sehen wir in der oberen Graphik die R_e -Werte und in der unteren die vom Bund erlassenen Massnahmen im Zeitverlauf.

Ab Anfang März beobachten wir eine steile Abnahme der R_e -Werte von fast 3 auf etwas knapp über 1 bis zum 17. März als der Lockdown schweizweit ausgerufen wurde. Der R_e -Wert, welcher heute berechnet wird, bildet gemäss Swiss Task Force jedoch das Infektionsgeschehen von vor ca. 10 Tagen ab. Also hatte das infektionsgeschehen am 7. März oder schon vorher, kein exponentielles Wachstum mehr, d.h., dass die Ansteckungshäufigkeit sich stabilisiert hatte oder bereits am Abnehmen war, lange bevor die Lockdown Massnahmen aktiviert wurden. Im weiteren Jahresverlauf stellen wir in der Kurve das komplette Fehlen von Anzeichen einer Beeinflussung der Ausbreitung des Virus

durch die erfolgten Massnahmen fest. Ende Juni wurde die Swiss Covid App eingeführt und Anfang Juli die Maskenpflicht in allen öffentlichen Transportmitteln. Auf den Kurvenverlauf hatten auch diese Massnahmen keinen Einfluss*. Auch das Testen von allen symptomatischen Patienten blieb ohne Effekt auf die Ausbreitung des Virus. Mitte September erfolgte der erwartete Wiederanstieg der R_e -Werte, der positiv Getesteten, der Hospitalisierten und der Todesfälle, trotz den bestehenden Massnahmen. Ab 1. Okt. fallen die oben genannten R_e - Werte wieder, und Ende November sind sie wieder bei „1“ angelangt. Auch auf die Todesfälle haben die Massnahmen keinen Einfluss, wenn man berücksichtigt, dass der Tod ab Beginn einer schweren Infektion im Mittel nach etwa 14-21 Tagen eintritt. Trotzdem folgen Ende November neue massive Restriktionen und Maskenpflicht in allen Innenräumen und Schulen. Gesunde Menschen werden dazu genötigt stundenlang während der Arbeitszeit die Maske zu tragen, ohne eine wissenschaftliche objektive Basis für den Nutzen zu haben. Eine Studie vom November 2020 aus Wuhan konnte keine Ansteckungen, welche von Gesunden asymptomatischen Menschen ausgehen, feststellen**. Gesunden Schülern zwingt man Masken auf, obwohl die Daten zeigen, dass sie eine Infektion ohne schwere Symptome bewältigen und kein Ansteckungsrisiko für betagte Personen sind. Für eine gegenteilige Behauptung fehlt auf jeden Fall eine wissenschaftliche Evidenz. Diese Massnahme ist mit nichts zu rechtfertigen, schon gar nicht, wenn man die negativen gesundheitlichen Konsequenzen des Maskentragens mitberücksichtigt. Unverständlich wird die Politik der Restriktionen vollends durch die Tatsache, dass angesichts der sich beruhigenden Lage nochmals eins draufgesetzt wird und Massnahmen verfügt werden, welche die Tourismus-, Restaurations- und andere Branchen in die grössten wirtschaftlichen Schwierigkeiten, wenn nicht sogar in den Konkurs, stürzen werden. Dazu hat sich der Bundesrat angemasst, sich in die innersten privaten Angelegenheiten und Haushalte der Bürger einzumischen und zu bestimmen wie die intimsten sozialen Kontakte in den Familien ablaufen sollen.

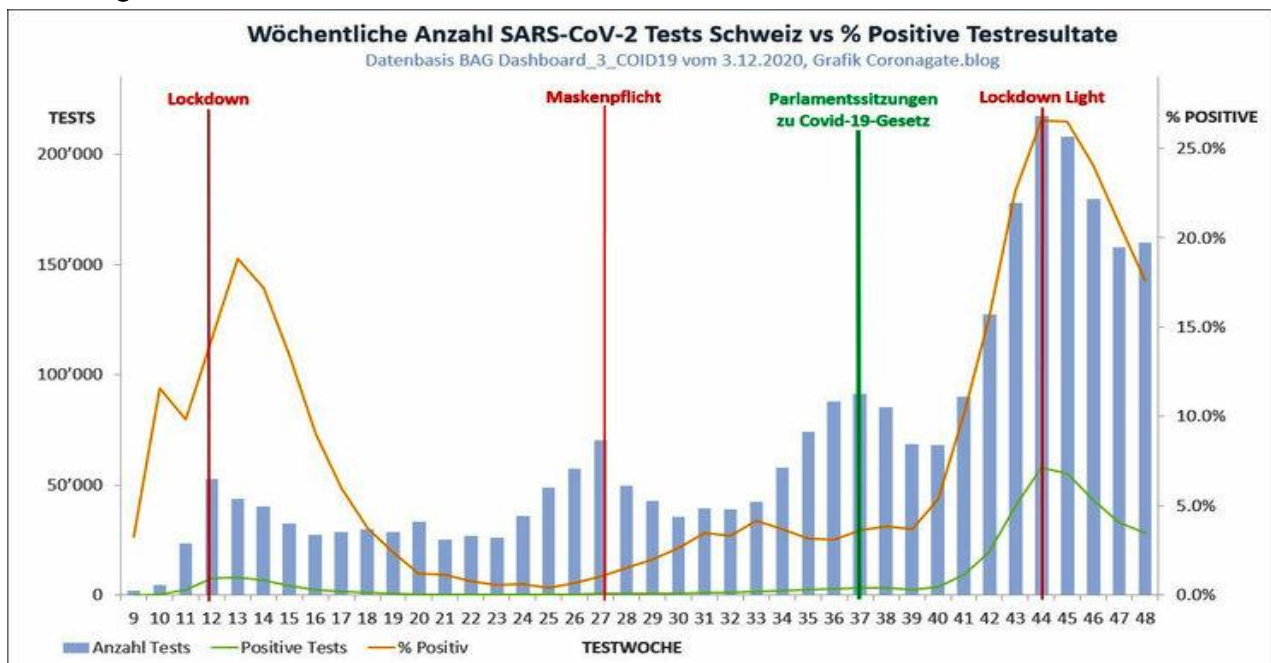
- *Lockdowns and Mask Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, Aug.2020.
- **Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, ShiYi Cao et al., Nature communications, Nov. 2020, <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>.
- FOUR STYLIZED FACTS ABOUT COVID-19, Andrew Atkeson et.al., <https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27719>, NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, Aug. 2020.

Fazit: Mit keiner der durchgesetzten Massnahmen konnte man den Verlauf der Virusausbreitung eindämmen. Die Abnahme der Hospitalisationen wie Todesfälle hat

jeweils lange vor dem Einsetzen der Massnahmen begonnen. Nach dem jeweiligen Beginn der Massnahmen blieb der erhoffte Effekt auf das infektionsgeschehen aus. Im Gegenteil, im Spätherbst nahmen die Erkrankungs- und Todesfälle wie in jeder Grippezeit wieder zu, trotz verschärfter Restriktionen. Die Massnahmen haben einen immensen Schaden auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens verursacht, aber keinen nachweisbaren Nutzen. Die restriktiven Massnahmen sind deshalb unverzüglich auszusetzen.

8. Anzahl Tests in Bezug zu restriktiven Massnahmen

Abbildung 4



Zu Abbildung 4: Diese Grafik zeigt eindrücklich auf, wie jeweils vor der Einführung restriktiveren Massnahmen in der 12., 27., 37. und 44. Woche die Anzahl Tests (blaue Flächen) massiv zunahmen und nach der Einführung der neuen Massnahmen die Anzahl Tests deutlich abnahmen. Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, weshalb aufgrund der Strategie der Task Force jeweils in der exponentiell zunehmenden Phase der Fälle das Testen reduziert wurde. Da drängt sich die berechtigte Frage auf, ob nicht jeweils vor neuen Massnahmen mehr „Fälle“ produziert werden, um Restriktionen mit erhöhter Akzeptanz in der Bevölkerung durchzubringen und nachher wieder reduziert werden, um einen Erfolg der Massnahmen vorzutäuschen.

Obwohl die innerschweizerische Datenlage eigentlich genügt, die Containment-Strategie

als gescheitert zu betrachten, ist es angezeigt auch auf die Daten anderer Länder zurückzugreifen. Ivor Cummins bezieht sich in seiner Analyse auf 40 wissenschaftliche Arbeiten und zeigt auf, dass sich das Coronavirus ganz nach den Gesetzmässigkeiten seiner bekannten Schwesterviren und allen anderen Grippeviren wie Influenza-, Rhino- und Adenoviren verhält. Er zeigt auf, wie sich alle Kurvenverläufe seit Jahren deckungsgleich und das Ausbreitungsverhalten des Virus in den verschiedenen Ländern ähnlich ist, trotz grossen Unterschieden in der Härte der durchgesetzten Restriktionen.

- Ivor Cummins: CRUCIAL Viral Update Dec 7th - Europe and USA Explained.
- The Transmission of Epidemic Influenza, R. Edgar Hope-Simpson.

Fazit: Die Tests beherbergen ein hohes und effizientes Manipulationspotential. Je mehr getestet wird, desto mehr positive Resultate findet man, weil das Virus viel verbreiteter ist, als getestet werden kann. Das erweckt den Eindruck, als ob das Infektionsgeschehen in der Bevölkerung zunimmt. Obwohl diese Resultate über Infektionen nichts aussagen, werden sie trotzdem benutzt, um die Strategie des Bundes zu rechtfertigen. Vermindert man nach Einführung von Massnahmen die Tests sieht es so aus, als ob die Massnahmen gewirkt hätten, weil logischerweise auch die positiven Fälle abnehmen.

9. Maskenpflicht ohne Einfluss auf den Verlauf

Seit mehreren Monaten stehen wir unter einer behördlich angeordneten, weiträumigen Maskenpflicht. Sie bezieht sich auf die gesamte Gesellschaft in Innenräumen und zum Teil auch im Freien, unabhängig davon, wie hoch die individuelle Gefährdungslage ist. Man muss sie während der gesamten Arbeitszeit und Schulzeit tragen. Kinder müssen sie auch auf dem Pausenplatz beim Spielen, Erwachsene sogar während der Trainings im Fitnesscenter tragen. Diese Maskenpflicht wird einerseits auf dem Glauben einer wissenschaftlichen Evidenz für den Schutz vor dem Coronavirus und andererseits auf dem Glauben an das Ergebnis eines nicht zulässigen unbrauchbaren PCR-Tests, durchgesetzt. Über die Wirkung des Maskentragens ausserhalb von Gesundheitszentren im öffentlichen Raum gibt es mittlerweile eine Unmenge von Studien, mittlerer bis sehr guter Qualität. Es würde den Rahmen dieses Briefes sprengen, auf die einzelnen Studien einzugehen. Die Faktenlage über den Nutzen der Masken spricht für keine klare Evidenz, weder für die eine oder die andere Ansicht, d.h. die Faktenlage bleibt kontrovers. Beide Seiten haben gute Gründe für ihre Überzeugung. Entscheidet sich die Behörde aber für die eine oder andere Datenlage, dann ist es in dieser Situation reine Willkür oder eine pure

Glaubensfrage. Die Statistiken Covid-bezogener Hospitalisationen und Todesfällen im Verlauf der Zeitachse zeigen aber, dass die Massnahmen, auch die Maskenpflicht, überhaupt keine Wirkung gehabt haben (Abb. 1, 2 BAG, BfS, Task Force). Auch im Ländervergleich und sogar im interkantonalen Vergleich in der Schweiz fehlt eine Korrelation von Maskenpflicht und Eindämmung von Infektionen und ihren Folgen. Mittlerweile gibt es auch Studien mit Indizien dafür, dass bei Maskenträgern die Infektionshäufigkeit sogar grösser ist als bei Nicht-Trägern.

Im Bulletin der WHO vom 1.12.2020 „*Mask use in the context of COVID-19*“, ist folgendes vermerkt: „*At present there is only limited and inconsistent scientific evidence to support the effectiveness of masking of healthy people in the community to prevent infection with respiratory viruses, including SARS-CoV-2.*“

Folgende Nebenwirkungen werden beschrieben und sind wissenschaftlich belegt:

Erhöhung des Totraumvolumens mit Erhöhung des CO₂-Gehaltes im Blut (Hyperkapnie). Nierenbelastung: Zum Ausgleich wird die Niere belastet, um die Hyperkapnie metabolisch zu kompensieren. Zusätzliche mögliche Nebenwirkungen: Schwitzen, hoher Blutdruck, Herzrasen und Herzrhythmusstörungen, beschleunigte Atmung (Tachypnoe), Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Bewusstlosigkeit, Nausea, allgemeines Unwohlsein, Atemnotgefühl, klaustrophobische Attacken bis zu Panikreaktionen, Gefühl von körperlicher und seelischer Misshandlung. Noch nicht vor auszusehende psychische Störungen, Depressionen, signifikante Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten, was sich vor allem bei den Kindern negativ auswirkt. Bei Kindern ist vor allem das Lernen, das psychosoziale Verhalten mit dem Nächsten massiv behindert, denn das wichtigste Kommunikationsmittel geht verloren - die Mimik.

Jede verharmlosende Aussage über die Möglichkeit von Nebenwirkungen, leider zu oft auch von Mediziner*innen geäussert, ist eine subjektive Meinung und somit eine Anmassung. Sie ist willkürlich und unverantwortlich. Den Leidensdruck kann man nicht objektiv messen und niemandem ist es gestattet, den Leidensdruck eines Dritten zu qualifizieren oder zu quantifizieren. Deshalb unterliegt es nicht einer Obrigkeit zu entscheiden, ob eine Massnahme für die Betroffenen zumutbar sei oder nicht.

Bei betagten Menschen, die unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Niereninsuffizienz leiden, besteht beim Tragen der Masken eine die Gesundheit schwer gefährdende Situation, vor allem wenn sie sich körperlich belasten. Genau diese Menschen werden behördlich aufgefordert, gegen jegliche medizinische Vernunft, die Masken zum vermeintlichen Selbstschutz zu tragen.

Wir fordern klar und deutlich die sofortige Aufhebung der allgemeinen Maskenpflicht im öffentlichen Raum und einen Schlussstrich unter eine unzumutbare Demütigung der Menschen. Wenn schon, soll die Benützung der Masken auf freiwilliger Basis beruhen. Und wenn schon eine Abwägung von Schadensbegrenzung und Einschränkung individueller Freiheiten gemacht wird, dann muss dies strikt auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse geschehen.

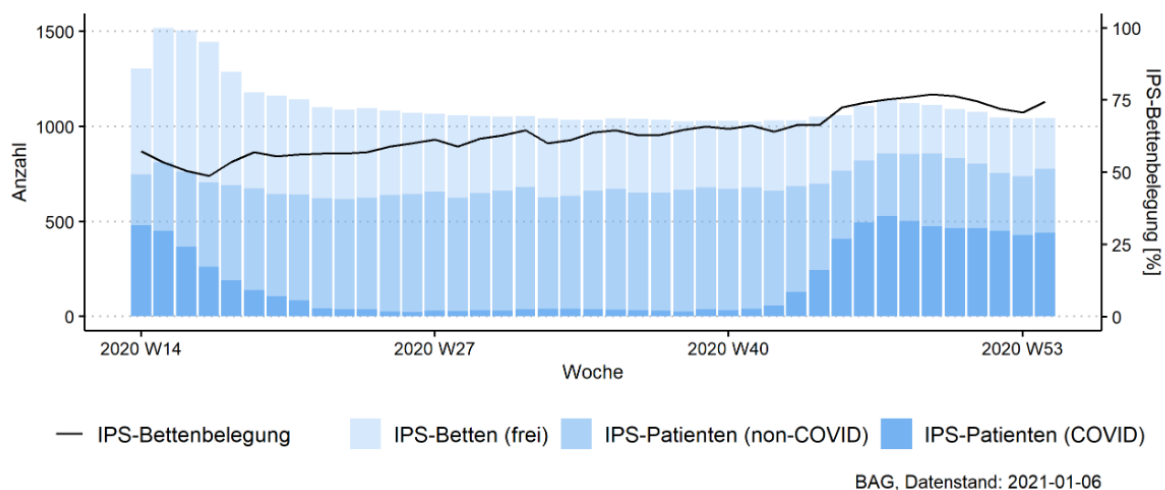
- Mandates Do Not Lead to Reduced COVID Transmission Rates or Deaths, New Study Suggests, Stephen C. Miller, American Institute for Economic Research, Aug.2020.
- <<https://swprs.org/who-mask-study-seriously-flawed>> Metastudie WHO, Juni 2020, mit Einbezug sämtlicher Daten, mit maximaler Transparenz und ohne Zensur.
- Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal, Ulrike Butz, Dissertation 29.11.2004, Institut für Anaesthesiologie der Technischen Universität München.
- Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers, H. Bundgaard et al., AnnalsNov.2020, <<https://doi.org/10.7326/M20-6817>>.

Fazit: Es besteht keine Evidenz über die positive Wirkung des Maskentragens ausserhalb von Gesundheitszentren. Die wissenschaftliche Datenlage ist kontrovers. Qualitativ hochwertig sind insbesondere jene Studien, die keine Wirkung zeigen. Das Tragen von Masken ist für alle gesundheitsgefährdend und für viele Menschen gesundheitsschädigend, vor allem für Kinder und Betagte. Die trotzdem durchgesetzte Maskenpflicht ist Willkür von Seiten der Politik, der die wissenschaftliche Legitimität fehlt.

10. Keine Überlastung der Intensivstationen in den Spitälern

Abbildung 5

Abbildung 11. Zeitlicher Verlauf der Auslastung der IPS-Betten, COVID-19- und nicht-COVID-19-Patienten- und Patientinnen für die Schweiz und das FL.



Zu Abbildung 5: Die Intensivstationen waren gesamtschweizerisch nie vollständig ausgelastet. Die Auslastung betrug im Schnitt 75%. Die Horrorszenarien von völlig überlasteten Intensivstationen, beschrieben in den Medien und von gewissen Epidemiologen, haben im ganzen Jahr 2020 nie stattgefunden oder höchstens punktuell, wie jedes Jahr in der Grippesaison. Die Akutbetten waren auch nie ausgelastet, obwohl jede Klinik aus ökonomischen Gründen möglichst eine Vollbelegung anstrebt. Die Spitalbettenbelegung lag am 22.12. mit 69,3% in einem saisonal niedrigen Bereich wie die Gegenüberstellung mit den Vorjahren zeigt. In vielen Spitälern sind ganze Abteilungen geschlossen, wegen Personalmangel, aufgrund exzessiver Sparmassnahmen im Gesundheitswesen. Zusätzliche Betten wären also vorhanden. Zunahmen von Hospitalisationen sind auch dadurch bedingt, dass Covid-19-Kranke nicht zuhause gepflegt werden können, da die Angehörigen sonst in Quarantäne müssen. Zeitweilige punktuelle personelle Engpässe sind zudem damit zu erklären, dass viel Pflegepersonal wegen Quarantäne aus dem Arbeitsprozess herausgenommen wurde. Von einer Überlastung des gesamten Pflegepersonals im Allgemeinen konnte nie gesprochen werden und wenn es punktuell vorkam, war es systembedingt und nicht wegen dem Coronavirus. Auch diesbezüglich fehlt jegliche transparente Berichterstattung. Bilder aus der Presse, welche eine andere Realität suggerieren, sind falsch und eine willentliche Fehlinformation.

- <https://www.re-check.ch/wordpress/fr/soins-intensifs-satures-d/>.

Fazit: Weder die normalen Spitalbetten noch jene der Intensivstationen waren im 2020 überdurchschnittlich ausgelastet. Die Intensivstationen waren nur punktuell über 75% besetzt. Spitäler sind immer häufiger aus ökonomischen Gründen gezwungen nahe an der Belastungsgrenze zu arbeiten. Punktuelle Überbelastungen waren strukturell- und systembedingt. Hier stellt sich auch die Frage, welche Auswirkungen Spitalschliessungen, Personalabbau und Sparmassnahmen im Gesundheitswesen zur teilweisen Arbeitsüberlastung beigetragen haben.

11. Keine Übersterblichkeit: Fehlende signifikante Erhöhung im Vergleich zu 2015

Die von BAG und BfS publizierten Zahlen (Tabelle 1), belegen, dass die permanente aggressive Berichterstattung der Presse über eine angebliche massive Übersterblichkeit wegen des Coronavirus eine unverantwortliche Verdrehung der Realität ist und so Angst und Panik in der Bevölkerung geschürt wird. Die untenstehenden Daten stammen aus der Statistik des BfS.

Tabelle 1

Gesamte Todesfälle der Schweiz BfS, Stand 2. Februar 2020 (BFS-Nr. cc-d-01.04.02.01.32)

Alle Todesfälle Jahr 2015: **68'786** Bewohner CH 1.1.2015: **8'237'666**

Alle Todesfälle Jahr 2020: **76'526** Bewohner CH 1.1.2020: **8'606'033**

Im Jahr **2015** beträgt der Anteil Todesfälle bezogen auf die Gesamtbevölkerung **0.84%** und im Jahr **2020** waren es **0.89%**.

Die Anzahl Todesfälle 2020 ist eindeutig innerhalb der vom BfS errechneten Bandbreite, „innerhalb welcher Schwankungen als zufällig gewertet werden müssen“. Es besteht im Gegensatz zur allgegenwärtigen Berichterstattung keine signifikante Übersterblichkeit.

Dazu die Medienmitteilung des BfS vom 16.12.2019: *„Die Zahl der Todesfälle nimmt im gegenwärtigen Jahrzehnt jedes Jahr um etwa 500 bis 800 zu. Dies, weil die ersten geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit ihre durchschnittliche Lebenserwartung erreicht haben.“* So dürften seit dem Jahr 2015 zwischen 2500 und 4000 Todesfälle durch die demografische Verschiebung bedingt sein.

Abbildung 6

Anteil der Verstorbenen pro Jahr in verschiedenen Altersgruppen in der Schweiz. Daten aus dem BfS.

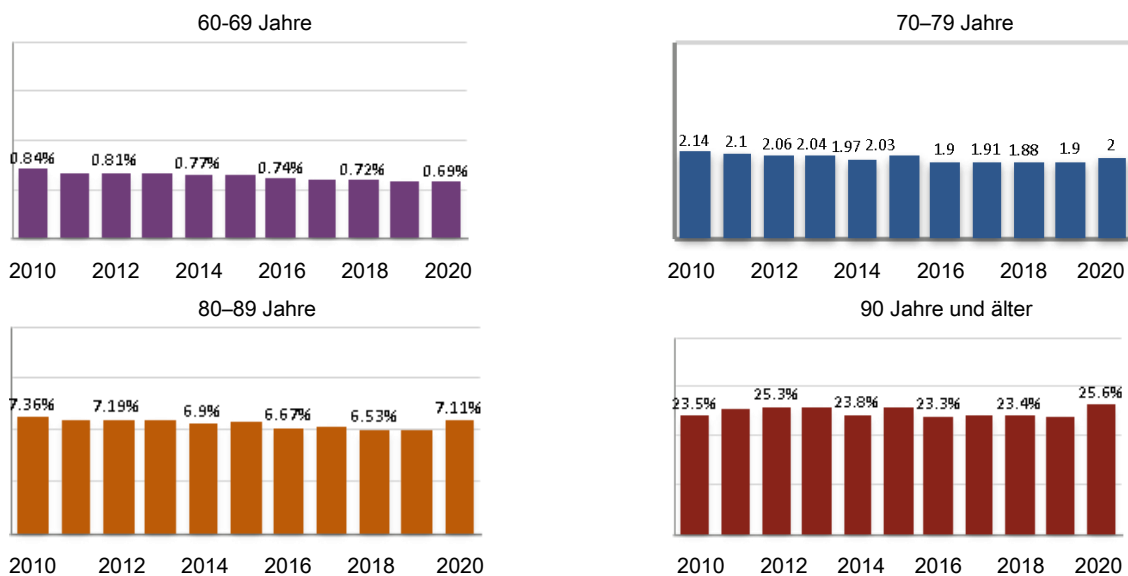


Abb. aus: Situationsanalyse Covid-19 Schweiz – Expertenkollektiv Ch, D, A 13. Januar 2021, Kontaktadresse: situation-c19-ch@protonmail.ch

Abbildung 6 gibt an, wieviel Prozent je Altersgruppe verstorben sind unter Berücksichtigung des Bevölkerungszuwachses pro Altersgruppe. Auch dieses Diagramm verdeutlicht die fehlende Übersterblichkeit aller Altersgruppen über 60 Jahren im Vergleich mit den letzten 10 Jahren.

Gemäss John P A Ioannidis: The median infection fatality rate across all 51 locations was 0.23% (unter 70-Jährigen 0,05%).

- Publication: Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892.
- J.P.A Ioannidis: Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, European Journal of Clinical Investigation 07.10.2020, <<https://doi.org/10.1111/eci.13423>>.

Positiv ausgedrückt bedeutet dies: **99.8 %** der Infizierten überleben. Von einem besonders gefährlichen oder gar Killervirus kann also nicht die Rede sein, auch wenn es einzelne Menschen hart treffen kann und sie auch daran sterben. Das gleiche Verhalten und den gleichen Impakt hatten wir in den letzten Jahrzehnten mehrfach durch andere Grippeviren, ohne dass die Regierungen mit derartig zerstörerischen Massnahmen reagiert haben. Es wird untersucht werden müssen, inwiefern bei den betagten Schwererkrankten die vermehrten Todesfälle im Spätherbst eine Konsequenz der Lockdown-Massnahmen sind. Im Frühjahr waren tausende von Arztpraxen geschlossen oder zumindest stark reduziert im Betrieb und wichtige Operationen wurden verschoben. Nachforschungen müssen aufklären, in welchem Masse Unterversorgung und mangelnde ärztliche Betreuung in

dieser Zeit Krankheitsprozesse beschleunigten und somit verfrühte Todesfälle verursachten. Vereinsamung, soziale Isolation, Hoffnungslosigkeit und Vertrauensverlust in die noch bestehende Lebenszeit dürften ihrerseits zur Häufung von Todesfällen führen, welche wir jetzt im Spätherbst beobachten. Die vermehrten Todesfälle als alleinige Konsequenz einer Covid-19-Erkrankung abzutun ist wissenschaftlich nicht belegt und unverantwortlich.

Die Antworten auf unsere Nachfrage bei zwei Chefärzten von schweizerischen Intensivstationen, aufgrund welcher Kriterien die Diagnose Covid-19 gestellt wird, zeigen deutlich, dass ganz wesentlich der PCR-Test die Diagnose bestimmt, bei den Erkrankten wie bei den Todesfällen. Es gibt keine klaren klinischen, laborchemischen oder bildgebenden Kriterien, welche eindeutig und unumstösslich die Diagnose Covid-19 zulassen. Die Diagnose stellt der Kliniker gemäss seiner Erfahrung und Kompetenz aus dem Gesamtbild aller Untersuchungsergebnisse und dem klinischen Bild des Erkrankten. Auch bei gewissenhaftestem Vorgehen sind falsch positive Diagnosen vorprogrammiert, weil der PCR-Test nicht zwischen virulenten Viren und unwirksamen viralen Fragmenten unterscheiden kann und das klinische Bild oft keine Unterscheidung von Krankheiten anderer Ursachen zulässt. Einzig bei einem tiefen Ct-Wert steigt die Wahrscheinlichkeit einer realen Infektion. Je nach Labor werden aber bis 45 Amplifikationen durchgeführt. Positive Resultate bei Amplifikationen höher als 25 dürften nicht als Diagnosekriterium gelten; auch gemäss WHO-Bulletin vom Dezember 2020. Brisant ist die Tatsache, dass die wenigsten Labore den behandelnden Ärzten den Ct-Wert überhaupt bekannt geben. Zudem sind Mehrfachzählungen von mehrfach positiv getesteten Personen üblich.

Medizinisches Personal wird im Bulletin „BAG, Meldekriterien vom 18.12.2020“ aufgefordert sogar PCR-Test-negative-Patienten mit *„erfüllten klinischen Kriterien und einem CT-Scan vereinbar mit COVID-19 oder mit erfüllten klinischen und epidemiologischen Kriterien“* zu melden*. So wird die Todesursache Covid-19 von Verstorbenen auch allein anhand des klinischen Bildes gestellt, ohne weitere Verifikation z.B. mittels Autopsie. Gemäss einer Studie, welche autopsische Befunde mit den klinischen Diagnosen vergleicht, weisen aber auch heute noch in bis zu 25% der Fälle bedeutende Diskrepanzen und diagnostische Fehler nach. Dies ist auch dann der Fall, wenn der Kliniker sich in seiner Diagnose sicher fühlt. Die Autopsie ist eine offene und harte Fehler- und Qualitätsselektion für den Kliniker, der alles zu wissen glaubt**. Auch Professor Klaus Püschel, Rechtsmedizin, sagte im April: *“Alle durch ihn autopsierten Verstorbenen litten an mehreren, zum Teil schweren, Vorerkrankungen. Die Massnahmen*

stehen in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht. *** In Anbetracht dieser Tatsachen ist anzunehmen, dass die gemeldeten Todesfälle aufgrund Covid-19 viel zu hoch und restriktive Massnahmen aufgrund dieser falschen Zahlen unzulässig sind.

- *Neues Coronavirus (COVID-19) Verdachts-, Beprobungs- und Meldekriterien vom 18.12.2020, Bundesamt für Gesundheit BAG.
- **PRAXISchweiz Med Forum 2007;7:278–283278, Die Autopsie: anachronistischer Zopf oder vernachlässigte Qualitätskontrolle? Erfahrungen aus einem Kantonsspital, Claus Hoess et. al, PRAXIS Schweiz Med Forum 2007;7:278–283.
- ***Professor Klaus Püschel, Chefarzt Hamburger Rechtsmedizin, Der Streit ums richtige Mass. Hamburger Morgenpost. 3. April 2020

Fazit: Es besteht keine signifikante Übersterblichkeit betrachtet über alle Altersgruppen und über das gesamte Jahr im Vergleich zu den letzten 10 Jahren. Die höchste prozentuale Todesrate verzeichnen wir in der Altersgruppe über 90 Jahren. In dieser Altersgruppe haben wir auch die grösste Zunahme an Personen aufgrund der demografischen Verschiebung. In dieser Altersgruppe ist die Sterberate nicht signifikant gegenüber den Jahren 2010 bis 2015 erhöht. Es stellt sich die Frage, ob die in absoluten Zahlen etwas erhöhte Sterberate bei den über 90 Jährigen eine Folge des Lockdowns ist, bedingt durch eine vernachlässigte Betreuung und Vereinsamung.

12. Immunsystem

Seit Tausenden von Jahren ist der menschliche Körper, wie alle Lebewesen, täglich potentiell krankmachenden Erregern (Viren, Bakterien und Pilze) ausgesetzt. In unserem Körper finden sich Milliarden von Viren und Bakterien. Die Viren haben in Millionen von Jahren Evolution unsere DNA mit hervorgebracht. Wir leben mit Ihnen, zum Teil in Symbiose. Zum Teil muss der Körper darüber hinaus auch krankmachende Viren, Bakterien und Pilze permanent abwehren. Das schafft ein gesunder junger Körper problemlos und ist deswegen seltener krank als ein betagter Mensch.

Zur Abwehr haben wir Lebewesen ein mehrstufiges Abwehrsystem entwickelt. Dieses evolutive System ist äusserst lernfähig. Es muss sich ständig trainieren, indem es sich unaufhörlich mit fremden Erregern auseinandersetzt. Dadurch wird das System gestärkt. Fehlen diese äusseren Anreize durch allzu ausgeprägte Hygienemassnahmen oder sogar mit einer allzu rigorosen Vermeidungsstrategie, wie wir sie aktuell durch die Corona Massnahmen anwenden müssen, schwächen wir auf Dauer unser Immunsystem und sind

dann auf die nächste Mutation, welche kommen wird, noch weniger gut vorbereitet. Bestehende und zukünftige Impfstoffe garantieren keine Herdenimmunität, zumal herkömmliche Impfstoffe nur zwischen 30% und 50% Wirkung zeigen und ausgerechnet erst noch weniger bei den Risikopatienten. Immungeschwächte Menschen haben andere Mittel um sich vor potentiell krankmachenden Erregern zu schützen. Für deren Anwendung ist die hausärztliche Praxis die kompetente Stelle.

Das erste Abwehrsystem befindet sich in den Schleimhäuten des Körpers, der Haut und Körpersäften (IgA) und gilt als unspezifisch. Das ist bereits ein sehr effizientes System, dank welchem Erreger schon in der ersten Abwehrlinie eliminiert werden und dadurch keine Infektion verursachen. Die Betroffenen bemerken nichts, entwickeln keine Symptome, werden nicht krank, sind nicht krank und vor allem nicht infektiös. Dies passiert permanent, in jeder Sekunde, auch beim Trinken eines Glases Wasser. Bruchstücke dieser eliminierten Erreger können dann aber noch lange auf der Haut und auf Schleimhäuten mit PCR nachweisbar sein. Dies geschieht auch mit abgewehrten Corona Viren, aber dann mit den bekannten verheerenden Folgen, weil die als positiv Getesteten als „infiziert“ gelten. Ein Nachweis von ganzen Viren oder serologische Untersuchungen werden im Anschluss an diese Tests ja in der Regel nicht durchgeführt.

Das spezifische T-Zellsystem mit verschiedenen Untertypen ist die Ursache der zellulären Immunität und unserer vorhandenen Kreuzimmunität. Sie produzieren keine Antikörper. Sind wir in der Vergangenheit mit ähnlichen Viren wie dem Coronavirus in Kontakt gekommen, haben die T-Lymphozyten gelernt im Zusammenspiel mit dem B-Zellsystem diese Viren zu eliminieren und andererseits direkt virusinfizierte und entartete Zellen abzutöten (zytotoxische T-Lymphozyten), auch Killer T-Zellen sind daran beteiligt. Das ist ein Grund, weshalb so viele Menschen auch ohne Antikörpernachweis immun gegen das Coronavirus sind. Deshalb darf das Fehlen von Antikörper nicht als Argument fehlender Immunität gegen das Coronavirus dienen.

- SCIENCE: Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans, Jose Mateus et.al, 10.1126/science.abd3871 (2020). Sekine et al, Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19, 2020.
- Immunity to COVID-19 is probably higher than tests have shown, Karolinska Institute.

Das B-Zellsystem bildet dann die verschiedenen Antikörper (IgM, IgG), humorale Immunantwort, welche wir im Blut messen können, welche aber kurzlebiger sind.

Die aktuelle immunologische Datenlage verbietet eine breitgestreute Masseneimpfung in Anbetracht der Tatsache, dass ein bedeutender Anteil der Bevölkerung bereits eine

Immunität aufgebaut hat. Forscher fanden bis zu 60% SARS-Cov-2 Reaktivität mit CD4+T-Zellen in einer Population von nicht infizierten Personen, was auf Kreuzreaktionen mit anderen Corona Viren hindeutet. Es darf nicht sein, dass diese Menschen trotzdem geimpft werden, auch wenn es ohne Antikörper aufwändiger wird, die Immunität zu beweisen. Dieses Faktum ist brisant, im Angesicht der Forderung aus politischen Kreisen, dass in Zukunft nur noch ein Impfpass Personen vor Restriktionen bewahren würde.

- Targets of T-Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals: Alba Grifoni et.al, Cell. 2020 Jun 25; 181(7):1489-1501.e15. doi: 10.1016/j.cell.2020.05.015. Epub 2020 May 20.
- Doshi P. Covid-19: Haben viele Menschen bereits bestehende Immunität? BMJ. 2020; 17(370): m3563.<https://doi.org/10.1136/bmj.m3563>.
- Sekine T, Perez-Potti A, Rivera-Ballesteros O, et al. Robuste T-Zellimmunität bei rekonvaleszenten Personen mit asymptomatischem oder leichtem COVID-19. Zelle. 2020; 183(1): 158bis 168.e14. <<https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>>.

Fazit: Die Immunität gegenüber SARS-CoV-2 ist in der Bevölkerung deutlich mehr verbreitet als anfänglich vermutet wurde, auch aufgrund von Kreuzimmunität. Es bestehen dazu keine genauen Daten. Man spricht aber von einer Quote von über 80%. Diese Immunität verdanken wir hauptsächlich aufgrund unserer T-Zellaktivität. Zusätzlich haben wir effiziente Abwehrsysteme bereits auf unseren Schleimhäuten. Eine Immunitätsbestimmung allein aufgrund von Antikörpern ist nicht korrekt. Ein Immunitätsnachweis mit Impfpass, nur aufgrund von Antikörpern, hat Brisanz: Persönliche Zugangs-und Bewegungsfreiheiten könnten ungerechtfertigter Weise eingeschränkt werden.

13. Impfstoff

Prof. Dr. Suchard Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz:

„Die sich in Entwicklung befindenden bevorzugten Impfstoffe sind Gen-basiert. Das Gefahrenpotential ist nicht genügend erforscht. Allein der Akt der Impfung kann schwere Nebenwirkungen bewirken. Die Hälfte der gesunden Jungen Probanden hatte nach der Impfung Fieber, Schüttelfrost, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen und sie haben sich krank gefühlt. Bei älteren vorerkrankten Menschen ist die Schwere der beschriebenen Nebenwirkungen nicht vorauszusehen. Bei Versuchspersonen werden Vorerkrankte

ausgeschlossen. Der Impfstoff hat mehrere Komponenten, welche schwere allergische Reaktionen hervorrufen können. Die Impfung selbst kann dazu führen, dass es bei einer echten nachfolgenden Infektion mit Coronavirus oder einem anderen Virus zu einem sehr schweren Krankheitsverlauf kommt (Antibody Dependent Enhancement - ADE). Im Tierversuch ist diese immunabhängige Verstärkung einer Erkrankung bei der Testung eines Impfstoffes gegen SARS-CoV-1 gezeigt worden. Für die Tiere war die Reaktion beinahe tödlich. Bei der Impfung geht der Gen-basierte Impfstoff innert Minuten in Zellen, die normalerweise von den Viren nicht befallen werden. Es kommt zur Bildung von Virusproteinen in diesen Zellen und sie werden zu Proteinfabriken. Weitere Gefahren sind die Entwicklung von Autoimmunerkrankungen, Embryonalstörungen bis zum fetalen Tod und zur weiblichen Sterilität. Diese Gefahren sind theoretisch bereits beschrieben. Sie sind aber nie geprüft worden.“

Der Leitsatz jedes Arztes „Primum non nocere“ wird damit sträflich vernachlässigt.

- <<https://www.youtube.com/watch?v=wMzqExjmFs4>>.
- Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease: Timothy Cardozo et.al. Int. J. of Clinical Practice, October 2020, <https://doi.org/10.1111/ijcp.13795>.

Auch Prof. Dr. Stefan Hockertz, Immunologe, Toxikologe, Pharmakologe, beteuert:

„...dass bis heute an Sicherheitsdaten und Qualität der Gen-basierten Impfstoffe so gut wie gar nichts vorliegt. Die Präklinik wurde so gut wie nicht durchgeführt und dies ist auch ein strafrechtlicher relevanter Punkt. Die Forderung nach Safety, Efficacy and Quality werden nicht erfüllt. Die klinische Phase 1 und 2 wurden nicht mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt. Man geht verfrüht in die Phase 3 mit zu frühzeitigen Auswertungen, statt bis am Ende zu warten. Auch im Bereiche der Toxikologie und Pharmakologie fehlen die unabdingbaren Untersuchungen. Zudem ist die vorausgesagte Wirkung von 95% vollends absurd. Es gibt noch keine einzige mRNA-Impfung auf der Welt, die zugelassen ist. Bei der Entwicklung des neuen Impfstoffes mit komplett neuer Strategie können keine Bezugsdaten von schon bestehenden zugelassenen Impfstoffen genommen werden. Es ist ein neues Impfprinzip, welches durch eine Toxikologie und Pharmakologie laufen muss – Dauer etwa 4 bis 4,5 Jahren. Dies muss alles zuerst im Tierversuch getestet werden, das geeignete Tier muss erst noch gefunden werden. Die ganze Histologie muss im Tierversuch gemacht werden. Die Funktionen im Immunsystem müssen nachgewiesen werden – all dies ist nicht gemacht worden.“ Die Antwort vom Impfstoffhersteller Pfizer auf Nachfrage von Prof. Hockertz war: „No data available yet“.

Und: Swissmedic äusserte sich am 1.12.2020 über den SwissInfo Ticker: „*Important data and safety efficacy and quality of deal are missing.*”

- <https://www.youtube.com/watch?v=iiTrttV7Q8A>.

Auf Grund des Fehlens dieser Daten ist man nun direkt auf den Menschenversuch ausgewichen und dies gegen ein Virus, welches bei über 85% der positiv Getesteten absolut symptomlos verläuft und 99,8% überleben.

- Impfstudien könnten unsauber sein – bis hin zu Fälschungen, Professor Dr. rer. nat. Gerd Antes, Uniklinik Freiburg im Breisgau, 1997 bis 2018 Leiter des deutschen Cochran-Zentrums, Martina Frei, Publiziert: 12.08.2020.
- <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037>

Fazit: Die heute vorhandenen Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 sind Gen-basiert. Die Impfstoffe haben als Wirkungsgrundlage ein völlig neues Prinzip im Vergleich zu den herkömmlichen Grippeimpfstoffen. Bis heute ist es noch nie gelungen, nebenwirkungsfreie Gen-Impfstoffe herzustellen. Die Herstellung eines vom Prinzip her völlig neuen Impfstoffes dauert 10 bis 15 Jahre, wenn man alle bisher respektierten Phasen der Entwicklung, Prüfung und Herstellung einhalten würde. Im Eilverfahren, unter Verzicht und Abkürzung von äusserst wichtigen Prüfphasen, wurde ein Impfstoff innerhalb von acht Monaten auf den Markt gebracht. Wirkung, Nebenwirkungen und Langzeitschäden sind unbekannt. Bei dieser Impfstrategie handelt es sich um einen Feldversuch mit Menschen.

14. Virusmutation

Viren mutieren. Dies ist eine den Viren innewohnende Eigenschaft. Es gibt solche, die sehr stabil sind und wenig mutieren, wie z.B. die Masern- oder Polioviren, und es gibt andere, die instabil sind und sehr häufig mutieren, wie die Grippeviren, die Corona Viren eingeschlossen. Die stabilen Viren kann man mit Impfkampagnen besser bekämpfen als die Instabilen. So konnte man die Poliomyelitis mit weltweiter konsequenter Impfstrategie fast ausrotten. Dies gelingt mit den Viren die häufig mutieren nicht. Deshalb ist es bis heute auch nicht gelungen die Grippeviren zu eliminieren. Trotz Impfkampagnen überfallen sie uns, dank Mutation, immer wieder im uns bekannten Jahresrhythmus. Aus denselben Gründen werden wir höchstwahrscheinlich das SARS-CoV-2 Virus auch mit der Gen-basierten Impftechnologie nicht eliminieren können. Es mutiert zu häufig und zu schnell.

Die neue SARS-CoV-2 Variante ist definiert durch mehrere Mutationen im Spike-Protein (Deletion 69- 70, Deletion 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A, D1118H). Das Protein ermöglicht dem Virus in menschliche Zellen einzudringen. Gewisse mutierte Varianten führen zu einer geschätzten Steigerung der Übertragbarkeit von bis zu 70%. Dazu wird eine Erhöhung des R_e -Wertes von 0.4 angegeben*. Prof. Dr. Jörg Timm, Leiter des Instituts für Virologie der Universitätsklinikum Düsseldorf, sagt aber: *„Das bedeutet nicht, dass die Variante auch eine schwerere Erkrankung auslöst. Dazu gibt es keine gesicherten Daten. Dem ersten Eindruck zufolge ist das aber nicht der Fall“*. In einer anderen Studie wird auf die Wichtigkeit hingewiesen zu erforschen, ob die Präsenz von verschiedenen Mutationen mit der Sterberate korreliert**. Gemäss einer im Science veröffentlichten Studie konnte zwar eine erhöhte Infektiosität der Mutanten, aber keine erhöhte Pathogenität im Tierversuch festgestellt werden***. Eine weitere Studie zeigt, dass eine Mutation auch zu weniger schweren Krankheitsverläufen führen kann****.

- *Mutationen in SARS-CoV-2-Variante in UK und Erbgut-Analysen in Deutschland, Science Media Center Germany, Dec. 2020.
- **Emerging SARS-CoV-2 mutation hotspots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant Pachetti et al. J Transl Med (2020) 18:179 <<https://doi.org/10.1186/s12967-020-02344-6>>.
- ***(2020; DOI: 10.1126/science.abe8499).
- ****Weniger schwere COVID-19-Verläufe bei bestimmter Mutation von SARS-CoV-2 Sept.2020*, Deutsche Gesellschaft für Neurologie.

Fazit: Bis heute weisen keine Daten auf eine erhöhte Anzahl Hospitalisationen oder Sterblichkeit aufgrund der mutierten Varianten des SARS-CoV-2 hin. Verschärfungen der sowieso schon fragwürdigen Massnahmen aufgrund dieser Mutanten sind aus wissenschaftlicher Sicht nicht gerechtfertigt.

15. Psychische Auswirkung auf die Gesellschaft

Die Resultate der dritten Befragung im Rahmen der Swiss Corona Stress Studie zwischen dem 11. und 19. November 2020 in welcher 11 620 aus der ganzen Schweiz befragt wurden, zeigen beängstigende Auswirkungen der Corona-Massnahmen auf der psychosozialen Ebene. Die Stressbelastung hat signifikant gegenüber dem ersten Lockdown im April zugenommen. Während damals 11% der Befragten einen maximalen Stresslevel angaben, waren es im November 20%. Die Zunahme an Stress war begleitet mit der Zunahme von Depressionen. Der Haupttreiber des psychologischen Stresses und

der Depressionen war die Belastung aufgrund der Covid-19-Massnahmen auf der Arbeit, in den Schulen und im Bildungswesen und aufgrund von finanziellen Einbussen und Ängsten für die Zukunft. Diese Stressoren sind signifikant gestiegen, verglichen mit der Lockdown Periode im April. Weiter steigt die Befürchtung, dass Personen im engeren Bekanntenkreis oder Familie ernsthaft krank werden oder daran sterben könnten. Ängste entstanden wegen den sozialen Restriktionen und familiäre Konflikte stiegen markant an. Der PHQ-9 Wert, ein Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich, stieg im Vergleich vor den Massnahmen von 3% auf 18% im November 2020 und dürfte in Zukunft noch ansteigen. Das Risiko einer Depressionsentwicklung war altersabhängig. Die Jüngeren zeigen das höchste Risiko und es war höher bei denjenigen, die einen finanziellen Verlust aufgrund der Covid-19 Situation erleben mussten. Man stellt auch einen deutlichen Unterschied der französischen Schweiz fest, wo die Restriktionen länger, im Vergleich mit der deutschen Schweiz, angewandt wurden.

Folgenden Störungen im psychosozialen Bereich haben markant zugenommen:

Ohnmachtsgefühle, Depression, psychovegetative Stressreaktionen, das Empfinden von Trennung und Entfremdung, Angst, Selbst- und Fremdverletzung sowie Zwänge, Gereiztheit, sozialer Rückzug bis zur Selbstisolation, Steigerung von Aggressionen, wegen den Masken erschwerte Identitäts- und Emotionswahrnehmung beim Gegenüber, Panik, psychotische Entgleisungen, Traumatisierung und vor allem Retraumatisierungen, vermehrte Suizide und Suizidversuche.

- The Swiss Corona Stress Study: www.coronastress.ch secondpandemic wave, November 2020 Conn..

Fazit: Auf psychosozialer Ebene sind die Schäden, aufgrund der restriktiven Massnahmen, nicht kalkulierbar. Sie sind riesig und für die Betroffenen zum Teil unermesslich. Die Suizidrate hat zugenommen. Diese Auswirkungen werden von der Behörde einkalkuliert - als Kollateralschäden - angeblich auf der Basis einer höheren moralischen Ebene. Menschen sollen gerettet werden, dabei werden gerade deswegen viele Existenzen zerstört. Über psychische Langzeitschäden kann bis heute nur spekuliert werden, diese sind aber äusserst ernst zu nehmen.

16. Juristische Betrachtung

Bei der Festlegung der epidemiologisch motivierten Massnahmen (Einschränkung der Grundrechte; Verkürzung der sonst üblichen demokratisch-rechtsstaatlichen Normierungsprozesse) ist der Bundesrat an die Rechtsordnung, insbesondere an die Bundesverfassung und an das Epidemiegesezt, EpG (SR 818.101) gebunden.

Im Bereich der Bundesverfassung stehen das Legalitätsprinzip (Art. 5 Abs. 1 BV), das Verhältnismässigkeitsprinzip (Art. 5 Abs. 2 BV) und das Willkürverbot (Art. 9 BV) im Vordergrund.

Das Epidemiegesezt selbst enthält zudem ebenfalls wichtige Anweisungen an die Exekutive für die Bewältigung von epidemischen Lagen. Gemäss Art. 4 Abs. 2 des Epidemiegeseztes sind Bundesrat und Kantone verpflichtet, bei der Bewältigung einer Epidemie, insbesondere folgendes zu berücksichtigen:

- internationale Empfehlungen und Richtlinien;
- den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Wie oben bereits festgehalten, hat der Bundesrat bis heute auf zahlreiche wichtige, neue Erkenntnisse der Wissenschaft und internationale Empfehlungen nicht reagiert.

So schlägt er die Warnungen zahlreicher Wissenschaftler zur fehlenden Tauglichkeit des PCR-Tests zwecks Diagnose einer Krankheit mit einer beachtlichen Konsequenz in den Wind. Sogar die WHO macht in ihren zwei Information vom 14. Dezember 2020 und vom 20. Januar 2021 die Warnung von falsch positiven PCR-Tests deutlich, wenn nicht strenge Kriterien zur Diagnosestellung erfüllt werden. Diese sind, wie oben schon im Text erläutert, insbesondere bei Massentestungen nicht gegeben, vor allem von symptomlosen Personen, welche für zahlreiche Personengruppen zunehmend als de facto-Obligatorium etabliert werden (Schüler, Arbeitnehmer, Reisende etc.).

- <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>.

Des Weiteren fördert der Bundesrat mit seinem Festhalten an erwiesenermassen untauglichen Entscheidungskriterien das Risiko, die Eidgenossenschaft und seine Beamten zum Schuldner astronomisch hoher Schadenersatzklagen zu machen.

- Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördenmitglieder und Beamten (Verantwortlichkeitsgesetz, VG, SR 170.32).
- Art. 10a Abs. 2 u. 3 der Verordnung 2 des Bundesrates über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus vom 13. März 2020 mussten „Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen und

Zahnarztpraxen [...] auf nicht dringend angezeigte medizinische Eingriffe und Therapien verzichten." Siehe: COVID-19 Verordnung 2 (SR 818.101.24), Stand 17. März 2020.

Entsprechende Sammelklagen aus dem Ausland sind bereits in Vorbereitung und werden letztlich auch die Schweiz nicht verschonen. Erste Schadenersatzklagen gestützt auf das Verantwortlichkeitsgesetz sind auch in der Schweiz in Vorbereitung oder wurden bereits eingereicht.

Des Weiteren ist nicht erkennbar, ob der Bundesrat sich in irgendeiner Weise mit den Auswirkungen seiner Massnahmen ernsthaft auseinandersetzt.

Im Raume stehen unter anderem folgende Fragen:

(1) Welche Auswirkungen auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung haben die periodisch erneuerten und verschärften Anordnungen an die Bevölkerung, die Aufforderung zur Isolation, vor allem für den ältesten Teil der Bevölkerung? Diese Anordnungen laufen notabene parallel zu angeordneten Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, resp. Gesundheitsvorsorge. Die seit März 2020 auferlegte Isolation und Einschränkung in der üblichen Gesundheitsvorsorge hat das Potential, den ältesten Teil der Bevölkerung mehr Schaden zuzufügen als das Virus selbst. Die Sterbezahlen der im Jahr 2020 verstorbenen Personen ohne positiven PCR-Test sprechen diesbezüglich eine alarmierende Sprache.

(2) Welche Auswirkungen auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung haben die langfristig nachwirkenden wirtschaftsschädigenden Massnahmen auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung der arbeitenden Bevölkerung und die der jüngeren Generation? Dabei geht es um die Schliessung ganzer Branchen; Arbeitslosigkeit; zunehmende Abhängigkeit vom Staat in hoher Zahl; bei gleichzeitig sich verschlechternder Wirtschaftslage etc.

Indem der Bundesrat den schädlichen Auswirkungen seiner Massnahmenpolitik nicht gebührend Rechnung trägt und immense Opfer von der gesamten Bevölkerung einfordert, verstösst er dauerhaft und signifikant gegen das verfassungsrechtliche Prinzip der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 und Art. 36 Abs. 3 Bundesverfassung).

Aufgrund der richtungweisenden Bedeutung des Verhältnismässigkeitsprinzips für jede Bewältigung von Epidemien hat der Gesetzgeber wesentliche Aspekte des Verhältnismässigkeitsprinzips im Epidemiengesetz selbst wiederholt. Mit Bezug auf die einschränkenden Massnahmen des Bundesrates gegenüber der Bevölkerung statuiert Art. 40 Abs. 3 des Epidemiengesetzes:

„Die Massnahmen dürfen nur so lange dauern, wie es notwendig ist, um die Verbreitung

einer übertragbaren Krankheit zu verhindern. Sie sind regelmässig zu überprüfen.“

In dem der Bundesrat sich mit den Auswirkungen seiner Massnahmen auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung der jeweils am meisten betroffenen Bevölkerungsgruppen nicht auseinandersetzt, verstösst der Bundesrat gegen Art. 40 Abs. 3 des Epidemiengesetzes sowie gegen das staatstragende Grundprinzip der Verhältnismässigkeit.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht mehr nachvollziehbar, warum die oberste Gewalt im Staate bis zum heutigen Tage schweigt. Die Schweizer Legislative versäumt es, ihrer staatsrechtlich-institutionellen Verpflichtung zur Oberaufsicht gegenüber dem Bundesrat (Art. 169 BV) nachzukommen. Bis zum heutigen Tage hat es die Bundesversammlung unterlassen, die Grundlagen und die Wirksamkeit der bundesrätlichen Massnahmen einer unabhängigen, kritischen und wirksamen Kontrolle zu unterziehen (Art. 170 BV).

Damit sind konstitutive Kontroll- und Korrekturmechanismen des Rechtsstaates Schweiz seit März 2020 auf unbestimmte Zeit ausser Kraft gesetzt. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, wo der ökonomische Schaden für die schweizerische Volkswirtschaft, die schweizerische Privatwirtschaft, für die betroffenen Menschen sowie die Beeinträchtigung von Gesundheit und Lebenserwartung einer unüberschaubar grossen Zahl von Menschen mit jedem Tage weiter zunimmt.

Eine Beendigung dieses fortschreitenden Regimes unkontrollierter und schadensstiftender Massnahmen ist nicht in Sicht.

Diese wenigen Hinweise sind nur beispielhaft genannt und nicht als abschliessend zu betrachten.

ALETHEIA – Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit