





Thomas Binder 🏠 · 3. Juni 2021 · 11 Min. Lesezeit

# Das herrschende Corona-Nonsens-Narrativ, zerlegt in 10 oder 26 Minuten

Aktualisiert: 5. Juli 2021

*Dieser Text basiert weitgehend auf meinem Referat (Text / Video) anlässlich der Pressekonferenz von "Aletheia - Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit", vom 28. Mai 2021.*

*English version*

*Versión en español*

Jeder kranke Mitmensch und jeder Angehörige verstorbener Mitmenschen hat mein tiefst empfundenenes Mitgefühl, hat aber zuallererst auch das Recht, die Wahrheit zu erfahren.

Ich möchte die Realität der Corona-Krise darlegen, auf deren Chronologie eingehen und deren zahlreichen Mythen und intellektuellen Absurditäten mit der Wissenschaftlichkeit konfrontieren. Die wichtigsten Studien sind im Text verlinkt. Weiterführende wissenschaftliche Informationen, mitsamt Links zu anderen wichtigen Studien, finden Sie bei Interesse auf den Homepages von "Aletheia - Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit", des "Corman-Drosten Review Report" und von "Doctors for Covid Ethics", deren Mitglied ich bin.

## PCR-Test-Epidemie, 2006

**Als verantwortungsvolle Ärzte und Wissenschaftler müssen wir bei mittels PCR-Schnell-Tests diagnostizierten Infektionen im Rahmen einer angeblichen Epidemie von nationaler oder Pandemie von internationaler Tragweite immer auch an die Möglichkeit einer Pseudo- oder Testepidemie denken.**

Am 22. Januar 2007 erschien in der New York Times, quasi der Bibel der Journalisten, deren Integrität sie damals noch vertrauen konnten, ein wichtiges Stück mit dem Titel: „Faith in Quick Test Leads to Epidemic That Wasn't“; „Vertrauen in einen Schnelltest führt zu einer Epidemie, die keine war“.

Dr. Herndon, Internistin an einem Zentrumsspital im U.S. Bundesstaat New Hampshire, hustet ab Mitte April 2006 zwei Wochen lang scheinbar ununterbrochen. Bald hat eine Infektiologin die beunruhigende Idee, dies könnte der Beginn einer Keuchhusten-Epidemie sein. Ende April husten auch andere Mitarbeiter des Krankenhauses. Schwerer, hartnäckiger Husten ist ein Leitsymptom von Keuchhusten. Und wenn es Keuchhusten ist, muss der Ausbruch sofort eingedämmt werden, weil die Krankheit für die Babys im Krankenhaus tödlich sein und bei den gebrechlichen älteren Patienten zu einer gefährlichen Lungenentzündung führen kann.

**Es ist der Beginn einer bizarren Episode: Die Geschichte einer Epidemie, die keine war.**

Monatelang glauben fast alle Beteiligten, dass im medizinischen Zentrum ein riesiger Keuchhustenausbruch mit weitreichenden Folgen stattfindet. Fast 1000 Mitarbeiter werden einem PCR-Schnell-Test unterzogen und von der Arbeit beurlaubt, bis die Ergebnisse vorliegen; bei 142 Personen, 14,2% der Getesteten, darunter Dr. Herndon, fällt der PCR-Schnell-Test positiv aus, weshalb bei ihnen Keuchhusten diagnostiziert wird. Tausende, darunter viele Kinder, erhalten Antibiotika und einen Impfstoff als Schutz. Krankenhausbetten werden vorsorglich ausser Betrieb

genommen, auch einige auf der Intensivstation.

Monate später sind alle scheinbar an Keuchhusten Erkrankten verblüfft als sie erfahren, dass in Bakterienkulturen, dem diagnostischen Goldstandard für Keuchhusten, in keiner einzigen Probe das Keuchhusten verursachende Bakterium nachgewiesen werden konnte. Der ganze Wahnsinn war ein falscher Alarm.

Die vermeintliche Keuchhusten-Epidemie hatte nicht in der Realität, sondern nur in den Köpfen der Beteiligten stattgefunden, ausgelöst durch blindes Vertrauen in einen ach so modern gewordenen hochempfindlichen PCR-Schnelltest. In Wahrheit hatten alle Erkrankten an einer harmlosen Erkältung gelitten, Infektiologen und Epidemiologen ihr Fachwissen und den gesunden Menschenverstand beiseitegelegt und diese wahrscheinlichste Differentialdiagnose des Symptoms Husten glatt ignoriert.

Viele der neuen molekularen Tests sind schnell aber technisch anspruchsvoll. Jedes Labor führt sie auf seine eigene Art durch als sogenannte "home brews"; Selbstgebrautes. In der Regel sind sie nicht kommerziell erhältlich, und es gibt selten gute Schätzungen ihrer Fehlerraten. Ihre hohe Empfindlichkeit macht falsch positive Ergebnisse wahrscheinlich. Wenn Hunderte oder Tausende von Menschen getestet werden, wie es hier geschah, können falsch positive Ergebnisse den Anschein einer Epidemie erwecken.

**Ein Infektiologe sagte: Ich hatte damals das Gefühl, dass uns dies einen kleinen Vorgeschmack darauf gab, wie es bei einer pandemischen Grippeepidemie sein könnte.**

**Und ein Epidemiologe erklärte: Einer der beunruhigendsten Aspekte der Pseudo-Epidemie ist, dass alle Entscheidungen zum damaligen Zeitpunkt so vernünftig erschienen.**

**Der Wahnsinn einer Pseudo- oder Testepidemie, war vielen Beteiligten völlig normal erschienen.**

Ich empfehle Ihnen, diesen 2007 in der New York Times publizierten Artikel zu lesen und sich zu fragen: „Hätten wir alle daraus für die Zukunft nicht sehr viel lernen müssen?“

## **Schweinegrippe-Skandal, 2009**

Als verantwortungsvolle Ärzte und Wissenschaftler müssen wir uns bei einer angeblichen oder realen Epidemie von nationaler oder Pandemie von internationaler Tragweite immer auch an frühere angebliche oder reale Epidemien respektive Pandemien erinnern, hier die letzte.

Im Frühjahr 2009 scheint ein hoch ansteckendes, sehr gefährliches Influenzavirus, H1N1, die Menschheit zu bedrohen. Die von ihm verursachte, klinisch nicht von der saisonalen Grippe unterscheidbare Erkrankung, wird Schweinegrippe genannt.

Experten wie der deutsche Virologe Prof. Christian Drosten verbreiten Horrorszenarien mit weltweit prognostizierten Millionen von Todesopfern. Im Mai lockert die WHO aus bis heute nicht erklärten Gründen die Kriterien für die Ausrufung einer Pandemie. Sie streicht die Gefährlichkeit des verursachenden Erregers aus der Pandemiedefinition. Nun reicht die rasche massive Ausbreitung eines vergleichsweise harmlosen Krankheitserregers über mindestens zwei WHO-Regionen, kann jede Endemie, jede saisonale Welle irgendeines noch so harmlosen Grippe- oder Erkältungsvirus, als Pandemie bezeichnet werden. Prompt ruft die WHO am 11. Juni eine H1N1-Pandemie aus.

Die Politiker nehmen die Warnungen der Experten und der WHO ernst. Ohne die Bevölkerung zu konsultieren, beschaffen sie hunderte Millionen Packungen wenig wirksamer teurer antiviraler Medikamente und hunderte Millionen Dosen überstürzt zugelassener, immerhin mit konventionellen Verfahren hergestellter, Impfstoffe.

Kritiker, die das Virus als vergleichsweise harmlos bezeichnen, werden anfangs belächelt oder ignoriert. Schliesslich erlangen Wissenschaftler, in Europa insbesondere der deutsche Mikrobiologe und Infektionsepidemiologe Prof. Sucharit Bhakdi und der ebenfalls deutsche Pneumologe und Politiker Dr. Wolfgang Wodarg, doch mediales und politisches Gehör. Der bereits damals drohende globale Wahnsinn kann gerade noch rechtzeitig abgewendet werden.

Weltweit verstarben etwa 150 000 bis 600 000 Menschen mit oder an H1N1, das sich als weniger gefährlich als die saisonale Influenza herausstellte. Entsprechend gering war die Impfbereitschaft. Dennoch erkrankten allein in Schweden etwa 700 Kinder an invalidisierender Narkolepsie, Schlafkrankheit, verursacht durch überstürzt zugelassene unnötige und unsichere Impfstoffe. Allein in der Schweiz wurden 1,8 Millionen Impfdosen ins Ausland verkauft oder verschenkt, 8,9 Millionen entsorgt.

**Eine Aufarbeitung des Schweinegrippe-Skandals in den Medien fand kaum statt. Ursächlich für den vorübergehenden Erfolg der medial befeuerten Panik war in erster Linie die Verflechtung von Experten, der Pharmaindustrie, der WHO und Gesundheitspolitikern. Letztlich waren die scheinbar völlig überforderten Gesundheitsbehörden auf eine fast perfekt orchestrierte Propaganda-Kampagne hereingefallen.**

Ich empfehle Ihnen, sich den im November 2009 von Arte produzierten Dokumentarfilm „Profiteure der Angst – das Geschäft mit der Schweinegrippe“ anzusehen und sich zu fragen: „Hätten wir alle daraus für die Zukunft nicht sehr viel lernen müssen?“

## **"Event 201": Corona-Pandemie-Simulation, 2019**

Die Lage ist bedrohlich. Ein neues Corona-Virus verbreitet sich über die ganze Welt. Die Fallzahlen auf dem Dashboard der Johns Hopkins University steigen und steigen. Das hoch ansteckende, immunresistente, gefährliche Virus lähmt global Handel und Verkehr und versetzt die Weltwirtschaft in freien Fall.

**Was wie der angebliche Ausbruch der angeblichen Pandemie von SARS-CoV-2 in der chinesischen Provinz Wuhan im Dezember 2019 klingt, ist das Szenario von „Event 201“.**

Am 18. Oktober 2019 veranstalten die Bill und Melinda Gates Foundation, die Johns Hopkins University und das WEF unter dieser Bezeichnung eine Pandemiesimulation. Als Erreger wählen sie nach der Spanischen Grippe, der Vogelgrippe und der Schweinegrippe kein weiteres Influenza-Virus, sondern ein Laien, insbesondere auch Politikern und Journalisten, bisher gänzlich unbekanntes Corona-Virus.

**Bei dieser Simulation einer in Südamerika ausgebrochenen Corona-Pandemie sind keine Ärzte anwesend, sondern westliche Vertreter der Veranstalter, der UNO, der WHO, von Regierungen, Behörden und globalen Konzernen aus den Bereichen Hochfinanz, Pharma, Logistik, Tourismus und Medien sowie Dr. George Gao, Virologe und Direktor des chinesischen CDC, des chinesischen Äquivalents des BAG.**

Die Teilnehmer sind sich einig, dass eine Corona-Pandemie disruptiv ist, nur durch globale staatliche und private Zusammenarbeit überwunden werden kann, systemrelevante globale Konzerne finanziell gestützt, mittelständische Betriebe allenfalls geopfert werden, vom herrschenden Narrativ abweichende Stimmen in den Leit- und sozialen Medien konsequent zensuriert werden müssen, und dass die Pandemie nur durch Impfung der gesamten Weltbevölkerung beendet werden kann.

Die Simulation endet mit weltweit 65 Millionen Todesopfern.

Ich empfehle Ihnen, die im Juni 2020 von der ExpressZeitung produzierte Dokumentation „Event 201: Corona-Pandemie vom Reissbrett“ anzusehen und sich zu fragen: „Hätten die Leitmedien darüber nicht ausführlich berichten müssen?“

## **Corona-Skandal, 2020**

Zweieinhalb Monate später, am 31. Dezember 2019, meldet das chinesische CDC unter Leitung von Dr. George Gao 27 Fälle einer Lungenentzündung unbekannter Ursache an die WHO – bei einer Einwohnerzahl Chinas von 1.4 Milliarden. Am 7. Januar 2020 identifizieren die chinesischen Gesundheitsbehörden als deren Erreger ein neuartiges Corona-Virus.

Am 21. Januar 2020 reichen Prof. Christian Drosten et al. ein Paper ein, das Rezept nach welchem die Labors einen RT-PCR-Schnell-Test für den Nachweis des 2019-nCoV genannten Virus herstellen können. Nur einen Tag später wird es akzeptiert und einen weiteren Tag später im Journal Eurosurveillance publiziert.

Die WHO hatte den Drosten-RT-PCR-Schnell-Test bereits eine Woche vorher auf ihrer Webseite aufgeschaltet und als weltweiten diagnostischen Goldstandard empfohlen.

Am 30. Januar publizieren Drosten et al. im New England Journal of Medicine, quasi einer der Bibeln von uns Ärzten, deren Integrität wir damals noch vertraut hatten, die Begründung des Narrativs der epidemiologisch relevanten asymptomatischen Übertragung von 2019-nCoV im Letter to the Editor "Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany"; „Übertragung einer 2019-nCoV-Infektion durch einen asymptomatischen Kontakt in Deutschland“.

Am 11. Februar benennt die WHO das neuartige Corona-Virus SARS-CoV-2, die von diesem verursachte Erkrankung COVID-19; „coronavirus disease“. Sie tut dies gegen den Wunsch chinesischer Virologen. Diese wollten es HCoV-19, „human coronavirus“, nennen wegen der Gefahr, der Name SARS-CoV-2 könnte unbegründete Ängste schüren wegen dessen biologisch und epidemiologisch nicht vorhandener Ähnlichkeit mit dem viel gefährlicheren SARS-CoV-1.

Am 11. März ruft die WHO eine COVID-Pandemie aus. Mittlerweile ist deren Generaldirektor, der Biologe, Immunologe und Philosoph Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, wegen Genozids in Äthiopien vor dem internationalen Strafgerichtshof in Den Haag angeklagt. Selbstverständlich gilt die Unschuldsvermutung.

Nun läuft fast alles wie anlässlich des Schweinegrippe-Skandals 2009, jedoch geschmierter. Experten, mehrheitlich Labormediziner und als Virologen oder Epidemiologen tätige Biologen, die noch nie an einem respiratorischen Infekt Erkrankte untersucht, geschweige denn therapiert haben, erklären, SARS-CoV-2 wäre quasi ein Alien, von dem wir rein gar nichts wissen und den wir als extrem gefährlich betrachten müssen bis weitgehend dieselben Experten vielleicht irgendwann etwas anderes bewiesen haben werden. In der Schweiz konstituieren sie sich selbst als „Swiss National COVID-19 Science Task Force“ und dienen sich dem Bundesrat als wissenschaftliche Berater an.

Die von ihnen in Panik versetzten Exekutiv- und Legislativpolitiker sowie die Gesundheitsbehörden in Bund und Kantonen nehmen ihr Angebot an und scheinen ihnen ebenso blind zu folgen, wie scheinbar schon der Bundesrat der WHO blindlings gefolgt war anlässlich deren Ausrufung der Pandemie. Anders als jeder Kegelverein, führt das nun offizielle wissenschaftliche Führungsgremium durch die angeblich grösste Krise der Schweiz seit dem zweiten Weltkrieg über ihre Tätigkeiten kein Protokoll.

Am 16. März erklärt der Bundesrat, basierend auf exakt null wissenschaftlicher Evidenz, die „ausserordentliche Lage“, die höchste Gefahrenstufe des Epidemiegesetzes.

Die Leitmedien, mitsamt der SRG, übernehmen den dritten Part in diesem Konglomerat sich gegenseitig aufschaukelnder Ignoranz, Arroganz, Inkompetenz und organisierter Verantwortungslosigkeit. Selbst, hirn- und herzlos, hämmern sie uns rund um die Uhr in unsere Köpfe ein:

**Es herrscht eine Pandemie eines hoch ansteckenden und sogar epidemiologisch relevant asymptomatisch übertragbaren Corona-Killervirus. Jeder scheinbar noch so gesunde Mitmensch kann Dein Todesengel sein!**

Anders als 2009 zensurieren, diskreditieren und diffamieren die Leitmedien hinterfragende Ärzte und Wissenschaftler, darunter Koryphäen wie John Ioannidis, Professor für Medizin, Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit an der Stanford University School of Medicine, einen der weltweit renommiertesten und meist-zitierten Wissenschaftler überhaupt mit Spezialgebiet Wissenschaftsbetrug, Prof. Sucharit Bhakdi und Dr. Wolfgang Wodarg, sogleich konsequent. Ich selbst wurde nach Diffamierung durch eine mir gut bekannte Privatperson, mitsamt angeblicher Bedrohung, von einer Anti-Terroreinheit in meiner Praxis brutal verhaftet und, nachdem sich sofort herausgestellt hatte, dass ich niemanden bedroht hatte, bloss das Weltbild Wahnsinniger, für sechs Tage in die geschlossene Psychiatrie verfrachtet wegen „Selbstgefährlichkeit bei COVID-Wahnsinn“.

Die Regierungen fast aller Staaten scheinen ihre die Individuen, die Gesellschaft und die Wirtschaft wohlweislich schonenden Epidemiepläne vergessen zu haben und erlassen in blindem Gehorsam gegenüber der WHO und Experten genannten Lobbyisten selbstzerstörerische nicht-pharmakologische Massnahmen, auch bisher niemals in Betracht gezogene Lockdowns nach autoritärem chinesischem Vorbild. Sie tun dies global im Gleichschritt.

Ohne die Bevölkerung zu konsultieren, beschaffen sie Milliarden Dosen notfallmässig, von Swissmedic sogar befristet, zugelassener mRNA- und DNA-Injektionen. Diese Technologie wird erstmals breit an Menschen angewendet. Fast weltweit werden Verfassung, Rechtsstaat, Menschenrechte, bürgerliche Freiheiten, Ethik, Wissenschaftlichkeit und gesunder Menschenverstand geopfert zugunsten eines quasi globalen autoritären Regimes unter Kontrolle der WHO: **„Wer die WHO kontrolliert, kontrolliert die Welt!“**

# Sämtliche Elemente des herrschenden Corona-Narrativs sind aus dem faktenfreien Vakuum erfunden

**1. SARS-CoV-2 ist nicht im Dezember 2019 in Wuhan neu aufgetreten.** Zuerst wies im November 2020 eine Studie aus Mailand nach, dass SARS-CoV-2 in Italien bereits im September 2019, also bereits vor der Grippesaison 2019/20, endemisch war. Andere Studien zeigten später dasselbe, beispielsweise in Frankreich.

**2. Es gibt keine SARS-CoV-2-Epidemie von nationaler Tragweite, ergo auch keine Pandemie.** Dies zeigt sich schon an der, für die Demographie korrigiert, fehlenden Übersterblichkeit und der eher geringen Belegung der Intensivstationen, deren Kapazitäten zudem seit April 2020 massiv reduziert wurden.

**3. Die Testindikation**, nämlich nicht nur hospitalisierte Schwerkranke mit spezifischem antiviralem Therapiebedarf, im Sentinel und in einer Studienkohorte zu testen, sondern sogar Asymptomatische, früher Gesunde genannte, und noch dazu nur auf eines aller differentialdiagnostisch möglichen Atemwegsviren, **ist falsch**.

**4. Der Drogen-RT-PCR-Test ist nicht diagnostisch für eine Infektion mit SARS-CoV-2, respektive für eine Erkrankung oder das Versterben an COVID-19.** Am 27. November 2020 publizierte eine internationale Gruppe von 22 Biowissenschaftlern, darunter ich selbst, einen "Externen Peer Review des Corman-Drogen-Papers".

Darin erklären wir, dass Interessenkonflikte bestehen, der angebliche peer review innerhalb von 24 Stunden absurd ist sowie zehn fundamentale wissenschaftliche Fehler. Diese an Unwissenschaftlichkeit kaum zu überbietende folgenreichste medizinische Publikation des Jahres 2020 hätte niemals publiziert werden dürfen.

Die Corman-Drogen-RT-PCR-Testanleitung ist schlecht und vage fabriziert, ohne Validierung und Standardisierung. Infolge Kreuzreaktion mit anderen Coronaviren wird die schon bei fehlender Anwesenheit eines Virus niedrige Spezifität von etwa 98.6%, entsprechend 1.4% falsch Positiven, in der Grippesaison reduziert auf bis zu 92.4%, entsprechend 7.6% falsch Positiven. Überall wird der Test anders und bei zu hohen Zyklus-Schwellenwerten durchgeführt. Obwohl Studien gezeigt haben, dass in Proben mit einem Ct-Wert über 28 keine kultivierbaren Viren vorhanden sind, werden die Tests weiterhin mit Zyklus-Schwellenwerten über 35 durchgeführt. Deren Resultate werden weltweit ohne Bezug zur klinischen Symptomatik rapportiert.

**5. Die Symptome, klinischen, laborchemischen und radiologischen Befunde von COVID-19 unterscheiden sich nicht eindeutig von durch andere respiratorische Viren verursachten Erkrankungen.**

**6. Es gibt keine epidemiologisch relevante asymptomatische Übertragung respiratorischer Viren.** Was wir im Medizinstudium lernten, haben mittlerweile zahlreiche Studien auch für SARS-CoV-2 bestätigt. Der von Prof. Drogen im „Letter to the Editor“ vom 30. Januar 2020 erfundene „asymptomatische Kontakt“ war sehr wohl symptomatisch: Die Patientin hatte ihre Symptome medikamentös unterdrückt.

Deshalb sind alle über die erwiesenen wirksamen Massnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2, Hygiene und Selbstisolation Erkrankter, hinaus reichenden nicht-pharmakologischen Massnahmen für Asymptomatische, früher Gesunde genannte, unwirksam.

**7. Die lange angegebene hohe Mortalität mit Fallsterblichkeit (CFR), von 2% war irreführend.** Jeder Primarschüler weiss, dass nicht die CFR, sondern die Infektionssterblichkeit (IFR), relevant ist, die leicht um den Faktor etwa einhundert tiefer liegen kann wegen der Dunkelziffer.

**8. Die anfangs aufgestellte Behauptung, 5% der Infizierten würden intensivstations-bedürftig, war falsch,** aus denselben für jeden Primarschüler verständlichen Gründen. Sie führte zur Beschaffung von etwa 1000 Beatmungsgeräten und zum Verschieben nicht notfallmässiger aber dringender Operationen.

**9. SARS-CoV-2 ist kein Massenmörder.** Die aktuellste realistische Einschätzung der globalen IFR liegt bei 0.15%, für unter 70-jährige unterhalb 0.05%. Nach Ersetzen der Anzahl innerhalb von 28 Tagen MIT einem positiven PCR-Test an was auch immer Verstorbenen durch die Anzahl AN COVID-19 Verstorbenen, liegt sie noch wesentlich tiefer, deutlich unterhalb derjenigen der saisonalen Influenza.

**10. Eine Epidemie breitet sich nicht exponentiell, sondern entsprechend einer logistischen oder Gompertz-Funktion aus.**

**11. Wegen Grund- und Kreuzimmunität erkranken während jeder Grippesaison nur etwa 10-20% an den saisonalen Corona- und Influenzaviren.** Herdenimmunität dürfte in unseren mittleren nördlichen Breitengraden vermutlich seit Ende der Saison von Corona-19 im April 2020, bestehen. **Deshalb ist auch eine „n-te Welle eines respiratorischen Virus“ eine biologische Unmöglichkeit.**

**12. Es gibt eine wirksame Prophylaxe:** Beispielsweise gesunder Lebensstil, viele Sozialkontakte, und Vitamin D3.

**13. Es gibt eine gut wirksame, gut verträgliche, günstige Therapie:** Beispielsweise topisches Budesonid, normal dosiertes Hydroxychloroquin und Ivermectin.

**14. Die seriellen experimentellen mRNA- und DNA-Injektionen sind unnötig** (IFR 0.15%, für <70a: <0.05%, nach Ersetzen der Anzahl innerhalb von 28 Tagen MIT einem positiven RT-PCR-Test an was auch immer Verstorbenen durch die Anzahl AN COVID-19 Verstorbenen noch wesentlich tiefer, zudem mutiert SARS-CoV-2 permanent und in dem Sinn, dass es zwar immer ansteckender aber immer weniger gefährlich ist), **unwirksam** (laut den Zulassungsstudien, welche das Papier nicht wert sind, auf dem sie geschrieben stehen, reduzieren die mRNA-Injektionen das Risiko leichter Erkrankung an COVID-19 absolut(!) um <1%, für schwere Verläufe und bei >75-Jährigen gibt es keine Daten) **und unsicher** (kurzfristig anaphylaktische Reaktionen, Thromboembolien, Thrombopenien, DIC und Myokarditis, mittelfristig mögliche ADE, mittel- bis langfristig mögliche Autoimmunkrankheiten und Krebs).

SARS-CoV-2 ist kein Alien! Es ist ein neu entdecktes Mitglied der bestens bekannten Familie der Beta-Coronaviren. Deshalb tritt es selbstverständlich saisonal von November bis April auf und mutiert, ohne Eingriffe der Menschen, so, dass es zwar ansteckender aber weniger gefährlich wird. Wegen bestehender Grund- und Kreuzimmunität erkrankt nur ein Bruchteil der Bevölkerung. Die Erkrankung ist in der Regel selbst limitierend und hinterlässt Immunität, möglicherweise lebenslang, und besser als dies die beste Impfung jemals könnte. Es tötet vergleichsweise wenige Menschen und, im Gegensatz zu Influenza, keine Kinder.

**Das gesamte herrschende Corona-Narrativ ist Nonsense. Es begründet den global herrschenden unwissenschaftlichen, unmenschlichen Wahnsinn. Ein solcher kann mit jedem Atemwegsvirus angerichtet werden: Testen wir nicht mehr alle Menschen mit einem hypersensitiven, wenig spezifischen, mit anderen Viren kreuzreagierenden RT-PCR-Test auf theoretisch ein RNA-Fragment von SARS-CoV-2, sondern auf ein solches von beispielsweise Influenza- oder Metapneumo-Viren, haben wir sogleich eine Influenza- oder Metapneumo-Testpandemie.**

Im Übrigen muss jeder Medizinstudent im zweiten Jahr die Grundlagen der Epidemiologie studieren. Dort lernt er oder sie, dass bei Ausbruch einer Epidemie von nationaler Tragweite sofort eine für die Bevölkerung repräsentative Studienkohorte gebildet werden muss. Sie dient dazu, die Fallzahlen, den Schweregrad der

Erkrankung und den Status der Immunität, hier durch Bestimmung von Antikörpern *und* T-Zell-Immunität, zu überwachen.

Obwohl es mehr als ein Jahr her ist, dass die WHO die COVID-Pandemie ausgerufen hat, existiert eine solche repräsentative Überwachungskohorte *nicht*! Noch schlimmer: Von Woche 13 bis 44 hatte das BAG auch noch das Sentinella pausiert und dadurch den totalen Blindflug komplettiert.

**Die Epidemie ist weit gehend eine irrealer PCR-Test-Epidemie, aber die repressiven Massnahmen, die sie hervorgebracht hat, sind real: Sie bedrohen unsere Freiheit, unsere Lebensgrundlagen und sogar unser Leben.**

## **Liebe verantwortungsbewusste Kolleginnen und Kollegen!**

Bitte erinnert Euch an den Hippokratischen Eid ("Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare") und an das Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes:

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

## **Liebe verantwortungsbewusste Mitmenschen!**

**Wacht auf, steht auf und kämpft, friedlich aber entschlossen; wenn nicht für Euch selbst, dann für die Zukunft Eurer Kinder und Enkelkinder!**