

# Covid-19 – Die politische Inszenierung einer Pandemie



EVENT 201  
A GLOBAL PANDEMIC EXERCISE

UM SPIELER VIDEOS EMPFEHLUNGEN RESSOURCEN KONTAKT SUCHEN

Unsere Arbeit > Tischübungen > Event 201 > Event 201

## Veranstaltung 201

Das Johns Hopkins Center for Health Security veranstaltete in Partnerschaft mit dem Weltwirtschaftsforum und der Bill and Melinda Gates Foundation Event 201, eine hochrangige Pandemieübung am 18. Oktober 2019 in New York, NY. Die Übung veranschaulichte Bereiche, in denen öffentlich-private Partnerschaften

Medien  
[Veranstaltung 201 Medien](#)  
[Videos](#)

5.3.2023

## AG Impfstoffe Aufklärung

### **‘Endlos-Pandemie-Garantie’ durch manipulativen Labortest und Pseudo-Wissenschaft**

Am 18. Oktober 2019 fand unter der Leitung der Johns-Hopkins-Universität und mit Finanzierung durch die Bill & Melinda Gates Stiftung und des World Economic Forums (WEF) das Pandemie-Planspiel **Event 201** statt [1]. Moderator war der Tierarzt Dr. Gao, Direktor des Chinese Center for Disease Control and Prevention (CCDC, vergleichbar dem Robert-Koch-Institut, RKI). Laut Wikipedia [2]: „2019 nahm er (Anmerkung: Dr. Gao) an der Pandemie-Simulationsübung Event 201 teil. [...] Im Jahr 2020 wurde George F. Gao in der Sektion Mikrobiologie und Immunologie als Mitglied in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen.“ Interessanter Weise stellte die Leopoldina zu Beginn der Pandemie das Beratergremium für die deutsche Bundesregierung.

Entsprechend dem bei Event 201 geprobten Narrativ wird auf dem Tiermarkt in Wuhan (China) ein neues Coronavirus entdeckt, dessen hohe Ansteckungsfähigkeit weltweit Millionen von Toten und damit einhergehend einen Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitssystems erwarten lässt. Zur Eindämmung der Ausbreitung werden von der Politik Grundrechtseinschränkungen (z.B. Lockdowns, Reisebeschränkungen, Besuchsverbote) beschlossen und der Bevölkerung bis zur Verfügbarkeit eines neuartigen RNA-Impfstoffes eine „Neue Normalität“ auferlegt mit Abstandsregelung (Social Distancing) und Maskenpflicht.

## Hinweise der Redaktion

Zielgruppen dieses Artikels sind die allgemeine Bevölkerung sowie Entscheidungsträger, Anwälte, Staatsanwälte und Richter ohne entsprechende Fachkenntnisse. Aus Gründen der Allgemeinverständlichkeit wurde daher auf einige wissenschaftlich-technische Details verzichtet, wobei auf eine fachlich korrekte Darstellung der Rechercheergebnisse nach bestem Wissen und Gewissen geachtet wurde.

Sollten uns trotzdem Fehler unterlaufen sein, sind wir für fachlich sauber belegte Hinweise aus dem Pfizer eigenen Datensatz dankbar, um das Dokument zu aktualisieren und zu vervollständigen. Wir haben handwerkliche Mängel der von Pfizer selbst durchgeführten Studien nur am Rande erwähnt, wo es aus unserer Sicht besonders wichtig erschien. Der Fachmann möge Nachsicht üben, wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit komplexe Themen vereinfacht und nicht vollumfänglich dargestellt und behandelt wurden.

Das Wort mRNA-Impfung scheint zu einer Art Handels- oder Markennamen für diese Produktgruppe geworden zu sein, die den meisten Lesern vertraut ist, auch wenn es sich tatsächlich um eine modRNA handelt.

Ob es sich im entsprechenden Kontext um den Handelsnamen der Produktklasse oder um die Substanz selbst handelt, ist linguistisch nicht immer einfach oder eindeutig.

Wir bitten die unten genannte Kontaktmöglichkeit nur für fachliche Unterstützung zu nutzen.

## Impressum

### Verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Autoren (anonym, wissenschaftliche Recherche und Analyse)

REDAKTION Dr. Klaus Retzlaff, Böklinger Str. 36, 39444 Hecklingen, [igexpertentart@gmail.com](mailto:igexpertentart@gmail.com)

Arbeitsgruppe Impfstoffe Aufklärung, Expertcouncil.one e.V.

Stiftung Ärzte für Aufklärung Hamburg, [kontakt@aerzte-fuer-aufklaerung.de](mailto:kontakt@aerzte-fuer-aufklaerung.de)

## **Covid-19 - Die politische Inszenierung einer Pandemie**

‘Endlos-Pandemie-Garantie’ durch manipulativen Labortest und Pseudo-Wissenschaft

### **Die Generalprobe**

(Pandemie-Planspiel Event 201)

Am 18. Oktober 2019 fand unter der Leitung der Johns-Hopkins-Universität und mit Finanzierung durch die Bill & Melinda Gates Stiftung und des World Economic Forums (WEF) das Pandemie-Planspiel **Event 201** statt [1]. Moderator war der Tierarzt Dr. Gao, Direktor des Chinese Center for Disease Control and Prevention (CCDC, vergleichbar dem Robert-Koch-Institut, RKI). Laut Wikipedia [2]: „2019 nahm er (Anmerkung: Dr. Gao) an der Pandemie-Simulationsübung Event 201 teil. [...] Im Jahr 2020 wurde George F. Gao in der Sektion Mikrobiologie und Immunologie als Mitglied in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen.“ Interessanterweise stellte die Leopoldina zu Beginn der Pandemie das Beratergremium für die deutsche Bundesregierung.

Entsprechend dem bei Event 201 geprobt Narrativ wird auf dem Tiermarkt in Wuhan (China) ein neues Coronavirus entdeckt, dessen hohe Ansteckungsfähigkeit weltweit Millionen von Toten und damit einhergehend einen Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitssystems erwarten lässt. Zur Eindämmung der Ausbreitung werden von der Politik Grundrechtseinschränkungen (z.B. Lockdowns, Reisebeschränkungen, Besuchsverbote) beschlossen und der Bevölkerung bis zur Verfügbarkeit eines neuartigen RNA-Impfstoffes eine „Neue Normalität“ auferlegt mit Abstandsregelung (Social Distancing) und Maskenpflicht.

### **Die Vorbereitung**

(PCR-Test Empfehlung durch die WHO)

Am 30. Dezember 2019 meldet ein Krankenhaus in Wuhan sieben Patienten mit Verdacht auf eine SARS (Severe Acute Respiratory Syndrom) Erkrankung – was gerade mal 0,000002% der Einwohner der 11-Millionen Stadt Wuhan entspricht. Trotzdem setzt die WHO bereits am 1. Januar 2020 ihren Pandemie-Automatismus in Gang. Parallel dazu beginnt Prof. Drosten (Charité, Berlin) mit der Entwicklung eines PCR-Protokolls zum Nachweis des Virus in Patienten - in Zusammenarbeit mit Herrn Landt (Firma Tib MolBiol, Berlin), der den Test später weltweit vertreiben wird. Zwischenzeitlich identifizieren Wissenschaftler des CCDC das Virus als Coronavirus, stellen die Genomsequenz auf eine Datenbank [GISAID, NC\_045512.1] und leiten der WHO ein PCR-Protokoll zum Virennachweis in Patienten weiter. Am 13. Januar 2020 veröffentlicht die WHO ein **PCR-Protokoll** auf ihrer Homepage, jedoch nicht das der CCDC, sondern das der Charité Berlin - obwohl die Autoren kein Virusmaterial zur Optimierung des anhand der nur von der CCDC veröffentlichten Virussequenzen entwickelten Protokolls zur Verfügung hatten. Erst im Anschluss daran wurde das Charité-Protokoll nach einem äußerst zweifelhaften Begutachtungsprozess von nur wenigen Stunden am 23. Januar 2020 in der Zeitschrift EuroSurveillance veröffentlicht [3,4]. Die WHO hat somit ein PCR-Protokoll veröffentlicht und weltweit empfohlen, das keinerlei Begutachtungsprozess durch unabhängige Wissenschaftler durchlaufen hat. Später (November 2020) hatte ein internationales Konsortium aus 22 Wissenschaftlern auf gravierende inhaltliche und formale Fehler des Charité-Protokolls hingewiesen [4]. In dieser als Corman-Drosten-Review bekannten Online-Veröffentlichung wurde auch der Rückzug der Originalpublikation gefordert. Das Editorial Board der Zeitschrift EuroSurveillance hat den Antrag aber ohne Beantwortung der aufgelisteten Kritikpunkte abgelehnt und darüber hinaus auch die Einsicht in angeblich fünf vorliegende Gutachten verweigert – was jeglichen international gültigen Regeln guter wissenschaftlicher Praxis widerspricht [4].

## **Stufe 1: Die Platzierung eines Angst-Keims** (Das Narrativ der asymptomatischen Ansteckung)

Vom 19. bis 22. Januar 2020 nahm eine chinesische Geschäftsfrau aus Shanghai an einem Meeting des Autozulieferers Webasto in München teil. Im Anschluss an ihren Rückflug wiesen vier Mitarbeiter leichte Erkältungssymptome auf. Kurz darauf (30. Januar 2020) wurde dies in einer noch nicht durch unabhängige Experten begutachteten (Preprint) Veröffentlichung der Zeitschrift NEJM als „Beweis“ einer **asymptomatischen Ansteckung** durch SARS-CoV-2 gewertet [5]. Bereits drei Tage später (2. Februar 2020) werden in einem Online-Beitrag der Zeitschrift Science erhebliche Zweifel an der NEJM Studie vorgetragen [6]. So beruhten die veröffentlichten Daten ausschließlich auf Befragungen der vier erkrankten Patienten, die sich rückblickend nicht an Symptome der Chinesin erinnern konnten. Bei einem Telefonat von Vertretern des RKI und des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit der Chinesin soll sich jedoch herausgestellt haben, dass diese sich müde fühlte, Muskelschmerzen hatte und das fiebersenkende Medikament Paracetamol eingenommen hatte. Eine Berichtigung der NEJM Studie erfolgte jedoch bis heute nicht. Die Chronologie der Ereignisse wurde auch in einem Online-Beitrag des Deutschen Ärzteblatts (4. Februar 2020) dargestellt [7].

Endgültig wissenschaftlich widerlegt wurde das Narrativ der asymptomatischen Ansteckung durch eine chinesische Studie [8], veröffentlicht am 20. November 2020, kurz vor Beginn der von der Regierung geplanten Impf-Kampagne. Es wurden nahezu 10 Millionen Einwohner der Stadt Wuhan mittels PCR auf SARS-CoV-2 getestet. Hierbei zeigten 300 positiv Getestete keine Symptome auf, was der Definition von asymptomatisch Erkrankten entspricht. Von diesen 300 Individuen wurden 1.174 nahe Kontakte (z.B. Familienangehörige) nachverfolgt. Von diesen 1.174 Individuen hatte niemand einen positiven PCR Testbefund und es erkrankte auch niemand an Covid-19. Diese äußerst beruhigende Tatsache wurde jedoch weder von der Politik, noch von den Leitmedien kommuniziert und ist selbst nach mehr als zwei Jahren kaum jemanden aus der Bevölkerung bekannt.

## **Stufe 2: Die Initiierung einer Angst-Spirale** (Die Omnipräsenz steigender „Infektionszahlen“)

Am 11. März 2020 erklärt der WHO Generaldirektor Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus Covid-19 als **Pandemie** – bei weltweit gerade mal 280 Toten, die an oder mit Covid-19 verstorben sind [9]. Dies war nur möglich, nachdem die WHO 2009 im Rahmen der Schweinegrippe die Definition einer Pandemie geändert hat, so dass fortan „keine enorme Zahl von Toten und Kranken“ mehr erforderlich war. Am 16. März 2020 verkündet Dr. Tedros die WHO-Strategie zur Bekämpfung der Pandemie: „Wir haben eine simple Botschaft für alle Länder: testen, testen, testen.“ Zeitgleich wurde das WHO Dashboard vorgestellt, welches Echtzeit-Tracking positiv-getesteter Menschen, ursprünglich fälschlicher Weise als Infizierte bezeichnet, und an bzw. mit Covid-19 Verstorbener erlaubt.

Während bei einer realen Epidemie die Beruhigung der Bevölkerung eines der obersten Ziele darstellen wird, wurden die Menschen bei Covid-19 von Politik und Medien von Anfang an in Angst und Schrecken versetzt. Um möglichst große Zahlen zu erhalten, wurden absolute Meldezahlen - und nicht wie wissenschaftlich korrekt der prozentuale Anteil an der Bevölkerung - permanent aufaddiert, so dass es rein mathematisch niemals zu einer Abnahme kommen konnte. Auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene diente der **Inzidenzwert** fortan als „Heiliger Grahl“ für politische Grundrechtseinschränkungen wie Lockdowns, Reisebeschränkungen oder auch Schulschließungen. Der Inzidenzwert stellt die Zahl der pro Woche positiv-getesteten Individuen pro 100.000 Einwohner dar. Es handelt sich jedoch um einen hoch manipulativen Wert, wie der Mathematiker Prof. Thomas Rießinger (FH Frankfurt/Main) anhand eines „absurden Märchens“ anschaulich vor Augen führt [10]. Folgt man der Argumentation der damaligen Regierung konsequent, so würde man bei der verkündeten Test-Strategie nach einiger Zeit unter 100.000 Einwohnern ganze 125.000 Infizierte nachweisen können! Da bereits frühzeitig bekannt war, dass vor allem ältere Menschen von Covid-19 bedroht waren, während Kinder und Jugendliche zu keinem Zeitpunkt

einer Gefahr ausgesetzt waren, war es zudem in hohem Maße unwissenschaftlich, die ermittelten Inzidenzzahlen nach dem Gießkannenprinzip über eine ganze Region zu verteilen ohne die unterschiedlichen Verhältnisse von z.B. Schulen und Seniorenheimen zu berücksichtigen.

### **Stufe 3: Die Präsentation vorübergehender Schutzmaßnahmen**

(Die Testung durch PCR, später auch durch Antigen-Schnelltest)

Anmerkung: Die Lösung (=RNA-Impfung) ist nicht Bestandteil dieses Dokuments

Auf der Grundlage des politischen Narrativs einer asymptomatischen Ansteckung, das bereits frühzeitig wissenschaftlich widerlegt, aber der Bevölkerung nicht kommuniziert wurde, wurde jeder Mensch als potentielle Gefahr für seine Mitmenschen dargestellt. In eilig errichteten Testzentren war es nun möglich, durch einen negativen Test seine Gesundheit zu beweisen, um seine Grundrechte zeitlich befristet zurück zu erlangen, was nicht nur eine Verletzung von Menschenwürde und unveräußerlichen Menschenrechten, sondern auch eine Beweislastumkehr darstellt. Durch die dadurch erzielten enormen Testzahlen wurde eine **Labor-Test-Pandemie** erschaffen, die von der Politik als Rechtfertigung von Grundrechtseinschränkungen herangezogen wurde. Anstatt die Gefahrensituation in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, bereitete die Politik die Bevölkerung Schritt für Schritt darauf vor, diese „Neue Normalität“ als Dauerzustand zu akzeptieren.

Der **PCR-Test** eignete sich aufgrund seiner hohen **Sensitivität** und der damit verbundenen **Fehleranfälligkeit** sowie seiner vielfältigen Möglichkeiten der **Manipulierbarkeit** als ein hervorragendes Hilfsmittel, um die Labor-Test-Pandemie beliebig in die Länge zu ziehen. Zudem eröffnete sich über Genomsequenzierungen die Möglichkeit von schier endlosen Virusvarianten. Hierbei muss betont werden, dass Prof. Kary Mullis, der Biochemiker und kein Virologe war, die Technik der PCR bereits 1983 erfunden und 1993 den Nobelpreis dafür erhalten hat. Die Technik ist also bereits seit 40 Jahren bekannt. Die Fehler der Wissenschaft der letzten drei Jahre beruhen demnach nicht auf Unwissenheit einer neuen Technik, sondern lassen eine gezielte Fehlinterpretation vermuten.

### **Wer nicht überzeugen kann, muss verwirren**

Da verschiedene **Atemwegserkrankungen sehr ähnliche Symptome** aufweisen, fehlt ein klar erkennbares klinisches Krankheitsbild, das spezifisch für Covid-19 ist. Diese Tatsache macht eine Absicherung des Labor-Testergebnisses durch **Kontrollen** zwingend erforderlich. So müsste z.B. eine mitgeführte Probe von Influenzaviren negativ bleiben. Um das politische Narrativ aufrecht zu erhalten, wurden derartige Kontrollen - zumindest in den kommerziellen Testlaboren, die die Mehrzahl der Proben analysiert haben - aber gar nicht durchgeführt. Ganz im Gegenteil wurde das Fehlen von Influenza-Infektionen als Erfolg der politischen Zwangsmaßnahmen wie Lockdowns, Maskenzwang oder Abstandregelungen gefeiert. Dabei ist von vorne herein klar, dass keine Influenzaviren zu finden sind, wenn man lediglich nach Coronaviren sucht.

### **Die Vortäuschung hoher „Infektionszahlen“ durch PCR-positiv Getestete**

In einem aktuellen Review [11] zum Virennachweis mittels Zellkultur, PCR und Antigen-Schnelltest wird klar dargelegt, dass die **Anzucht des Virus in Zellkultur der Gold-Standard zum Nachweis einer Infektion** war, ist und auch bleiben wird. Da bei jeder molekularbiologischen Probenaufbereitung jegliches biologische Material zerstört wird, können bei einer PCR nur kurze DNA-Sequenzen und bei einem Antigen-Schnelltest nur kurze Proteinteile nachgewiesen werden. Keine der beiden Techniken erlaubt jedoch eine Aussage über das Vorhandensein eines replikationsfähigen und somit potentiell infektiösen Virus.

Wurde in Zellkultur mit Hilfe einer Konzentrationsreihe die infektiöse Virenlast ermittelt, so kann diese anschließend über eine Standardkurve mit dem **Ct-Wert (Cut-Off)** der PCR korreliert werden. Es muss betont werden, dass sämtliche Laborverfahren das körpereigene Immunsystem vollkommen außer Acht lassen. Das Labor-Testergebnis stellt also – wie im

Übrigen bei jedem anderen Labortest auch – nur ein Puzzleteil dar, das vom behandelnden Arzt zu einer Gesamtdiagnose zusammengefügt werden muss, zu der auch die Symptome der Patienten zählen.

Irrwitziger Weise wurde der Ct-Wert (Cut-Off) zur Unterscheidung zwischen möglicherweise infektiösen und sicher nicht infektiösen Proben in der Original-Publikation [3] gar nicht mitgeteilt. Dieses Vorgehen ist in etwa so, als würde ein Arzt ihren Blutdruck messen und ihnen daraufhin mitteilen, dass sie zwar Blutdruck haben, aber er keine weiteren Auskünfte geben kann, da das Messgerät keine Werte anzeigt.

Die WHO, die das Charité-Protokoll bereits vor Begutachtung und Veröffentlichung auf ihre Homepage stellte, wies erst nach einem Jahr (Januar 2021) darauf hin, dass bei der Durchführung einer PCR auf den Ct-Wert zu achten ist. Doch selbst zu diesem Zeitpunkt wurde immer noch kein Cut-Off mitgeteilt [12], obwohl zwischenzeitlich eine umfassende Meta-Analyse zeigte, dass bei Ct-Werten über 30 keine erfolgreiche Anzucht von SARS-CoV-2 in Zellkultur möglich und somit keine infektiöse Virenlast in der Probe enthalten ist [13].

Bereits am 11.08.2020 erklärte das RKI auf seiner Homepage [14]: **“Erste Ergebnisse aus der Diagnostik am RKI zeigen, dass der Verlust der Anzuchtbarkeit in Zellkultur mit einer per real-time PCR ermittelten RNA Menge von <250 Kopien / 5 µl RNA einherging. Diese RNA Konzentration entsprach im verwendeten Testsystem einem Ct-Wert >30.“**

Später führte auch eine Studie aus Deutschland [15] den Unsinn der von der Politik verordneten Massentestungen vor Augen. So zeigten von 162.457 Teilnehmern lediglich 2,6% ein positives PCR-Ergebnis. Interessant ist auch ein Vergleich zwischen asymptomatischen und symptomatischen Personen. Von den 16.874 asymptomatischen Personen hatten nur 68 (0,4%) einen positiven PCR-Test mit einem mittleren Ct-Wert von ca. 29. Aber selbst von den 6.212 symptomatischen Personen hatten nur 403 (6,5%) einen positiven PCR-Test mit einem mittleren Ct-Wert von 27,8 (1.Welle) bzw. 26,6 (2. Welle). Hiervon hatten maximal 40% (145/367, 1. Welle) bzw. 26,5% (10/36, 2. Welle) einen Ct-Wert <25 und konnten damit als „wahrscheinlich infektiös“ eingestuft werden. **Umgekehrt ausgedrückt konnte also bei lediglich 155 von 6.212 symptomatischen Personen (2,5%) von einer möglichen Infektiosität ausgegangen werden.**

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bereits kurze Zeit nach Beginn der Pandemie alle notwendigen Erkenntnisse vorlagen und permanent weitere wissenschaftliche Daten hinzukamen. Die Bevölkerung wurde aber weder von der Politik, noch von den Medien darüber informiert, sondern weiterhin im Panikmodus gehalten. **Hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der zuvor geschilderten Erkenntnisse durch Studien engagierter Wissenschaftler an Universitäten generiert und veröffentlicht wurden – und nicht durch die Berater der Regierung, die diese Ergebnisse sogar verschwiegen haben.** Auch die Gesundheitsämter, deren Pflicht es gewesen wäre, die Vielzahl der kommerziell betriebenen PCR-Test-Labore auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse hinzuweisen bzw. deren Einhaltung zu überwachen, sind dieser Pflicht in keiner Weise nachgekommen. Somit wurden und werden in vielen Testlaboren weiterhin 45 Zyklen (laut Originalprotokoll) durchgeführt ohne Beachtung der für eine mögliche Infektion deutlich zu geringen Virenlast.

### **Hohe Sensitivität bei Massentestung medizinisch nicht sinnvolle Pseudo-Wissenschaft**

Für den Gold-Standard Charakter der PCR wurde immer wieder die hohe Sensitivität als Argument herangezogen. Dieser scheinbare Vorteil hat jedoch auch große **Nachteile**.

So ist es aus medizinischer Sicht absolut sinnlos, 10 Moleküle eines Virus nachzuweisen - wozu einige kommerzielle Tests in der Lage sind, z.B. Firma Tib-Molbiol (Berlin) - wenn für eine Infektion rund eine Million Moleküle notwendig sind.

Auch unterlaufen dem **Enzym Polymerase** immer wieder **Fehler**. Werden diese nicht korrigiert und gelangen in den nächsten PCR Zyklus, so werden sie ebenso vermehrt wie das gewünschte Zielgen, da das PCR Gerät nicht zwischen gewünschten und nicht gewünschten DNA-Sequenzen unterscheiden kann, da es lediglich ein Fluoreszenzsignal misst, das von beiden Sequenzen gleichermaßen ausgestrahlt wird. Für eine Unterscheidung wäre eine

anschließende **Sequenzierung** zwingend nötig, die bei Massentestung aus Zeit- und Kostengründen jedoch nicht routinemäßig durchführbar ist.

Zudem führen bereits kleinste **Verunreinigungen zu falsch-positiven Ergebnissen**. Eine hohe Zahl von falsch-positiven Testergebnissen war somit von Anfang an vorprogrammiert, da die Situation eines molekularbiologischen Labors nicht auf die reale Welt übertragen werden kann – insbesondere nicht bei **Massentestung**. So verursacht die Amplifikation von immer denselben DNA-Sequenzen über einen längeren Zeitraum die Bildung von **Aerosolen** in den Laborräumen, die zu einer Verfälschung der Untersuchungsproben führen. Auch diese Tatsache ist seit mindestens 2004 wissenschaftlich belegt [16]. So produziert eine typische PCR bis zu  $10^9$  Kopien der gewünschten Zielsequenz, die im Labor unkontrolliert verwirbelt werden, so dass selbst kleinste Aerosoltröpfchen bis zu  $10^6$  Amplifikationsprodukte enthalten können – was wie zuvor beschrieben der in Zellkultur ermittelten infektiösen Virenlast entspricht.

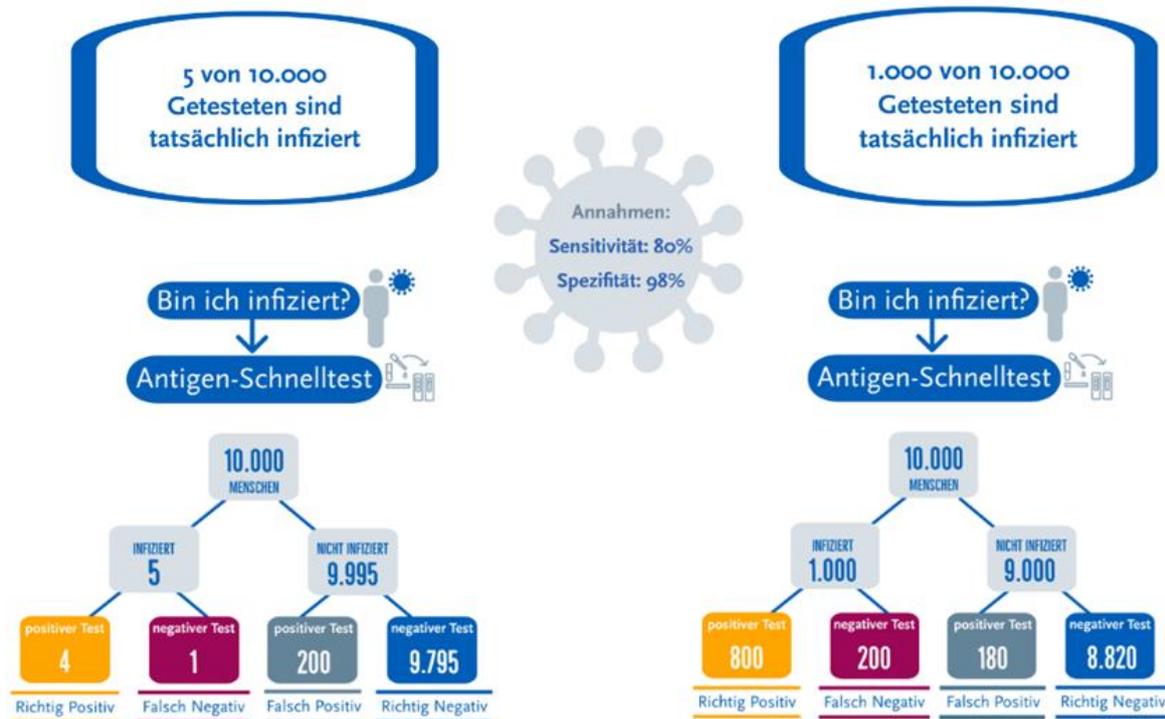
Entgegen der allgemein vorherrschenden Meinung in der Bevölkerung, dass Viren durch unser Immunsystem vollständig und nicht mehr identifizierbar beseitigt werden, genügt es unserem **Immunsystem**, Viren unschädlich zu machen, was durch **Zerschneiden des Genoms in kleine Bruchstücke** bewerkstelligt wird. Diese Bruchstücke können aber über Wochen auf unseren Schleimhäuten liegen bleiben und mittels PCR detektiert werden. So gilt SARS-CoV-2 von 2 bis 12 Tagen nach Erstkontakt als infektiös, während mit Hilfe der PCR Bruchstücke von RNA/DNA bis zu 3 Monaten nachgewiesen werden können [11]. Hierbei handelt es sich um **klinisch falsch-positive Ergebnisse**, d.h. die PCR verlief technisch korrekt, die nachgewiesenen RNA-Bruchstücke sind jedoch **vollkommen ungefährlich** und somit **medizinisch irrelevant**.

### **Der kaum bekannte Einfluss der Prävalenz (Vortestwahrscheinlichkeit)**

Unabhängig von der im Labor ermittelten Sensitivität eines biologischen Testsystems steigen die falsch-positiven Werte dramatisch an, sobald die **Prävalenz**, also die Zahl der tatsächlich erkrankten (nicht der positiv-getesteten) Individuen in einer Bevölkerungsgruppe, unter ca. 10% sinkt – was ab Mai 2020 fast durchgehend der Fall war. Dies ist ein allgemeines Phänomen von biologischen Testsystemen und gilt daher gleichermaßen für Antigen-Schnelltests.

Zur Veranschaulichung diene als Beispiel der **Schwangerschaftstest**, der nach demselben Prinzip wie der Antigen-Schnelltest (Lateral Flow Test) abläuft. Der Test ist deshalb so verlässlich, weil er von Frauen im gebärfähigen Alter mit Kinderwunsch und nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr durchgeführt wird. Die Wahrscheinlichkeit eines „Treffers“ ist also von vorne herein sehr groß. Trotzdem lassen Frauen ein positives Testergebnis von ihrem Gynäkologen überprüfen (Blut-hCG-Test, später Ultraschall), bevor sie an die Anschaffung eines Kinderwagens denken und den Ausbau eines Kinderzimmers planen. Mit dem gleichen Test würde man aber eine große Zahl von falsch-positiven Ergebnisse generieren, wenn man damit völlig ungezielt Grundschülerinnen oder Altenheimbewohnerinnen testet. Während eine 80-jährige Oma ihren positiven Schwangerschaftstest lachend in den Müll werfen würde, besteht bei einem Covid-19 Antigen-Schnelltest das bereits zuvor erwähnte Problem des unklaren klinischen Krankheitsbildes, welches dem anderer Atemwegserkrankungen zum Verwechseln ähnelt.

Auch diese Problematik stellt Lehrbuchwissen dar und ist demnach lange bekannt. Das RKI hat bereits im Sommer 2020 auf seiner Homepage darauf hingewiesen. Die ursprüngliche Infographik, die als PDF zur Verfügung gestellt wurde und somit allen Menschen kostenlos zugänglich war, ist inzwischen gelöscht, kann aber noch im Webarchiv unter dem Titel „Corona-Schnelltest-Ergebnisse verstehen“ aufgerufen werden [17].



Das 3-seitige Dokument enthält u.a. diese Abbildung, welche die Testsituation bei niedriger Prävalenz (links, 5 von 10.000 Menschen krank) und bei höherer Prävalenz (rechts, 1.000 von 10.000 Menschen krank) darstellt. Rechts werden 800 von 1.000 kranken Menschen als krank identifiziert, während 200 unerkannt bleiben. Demgegenüber weisen 180 gesunde Menschen ein falsch-positives Ergebnis auf. Links werden 4 von 5 kranken Menschen als krank identifiziert, während eine Person unerkannt bleibt. Demgegenüber weisen 200 gesunde Menschen ein falsch-positives Ergebnis auf. Alle falsch-positiv getesteten Menschen müssen sich den politischen Zwangsmaßnahmen (Quarantäne) unterwerfen, obwohl sie vollkommen gesund sind.

Mit der Einführung von Massentests für gesunde Menschen im Sommer 2020 hat die Politik die Vortestwahrscheinlichkeit manipulativ erniedrigt und somit eine „**Welle von falsch-positiven Test-Ergebnissen**“ erzeugt. Später wurde mit dem Antigen-Schnelltest, der für Arbeitsplatz und Schule verpflichtend wurde, eine positive Vorauswahl derjenigen Menschen getroffen, die sich im Anschluss daran einem PCR-Test unterziehen mussten. Auch die Problematik der Prävalenz wurde, wie der Ct-Wert, von der WHO erst ein Jahr (Januar 2021) nach dem Start der Pandemie mitgeteilt [12].

Der hoch manipulative PCR-Test wurde in den letzten drei Jahren zum „Heiligen Grahl“ für die Teilnahme am öffentlichen Leben erhoben. Wie wissenschaftlich belegbar anhand von Beispielen allgemein verständlich aufgezeigt wurde, hat die WHO wichtige Informationen zurückgehalten und die Politik die Bevölkerung auf der Grundlage pseudo-wissenschaftlicher Fakten getäuscht. Bereits frühzeitig hatte Prof. Ioannidis, Statistiker und Professor für Epidemiologie und Bevölkerungsgesundheit an der Stanford University School of Medicine, darauf hingewiesen, dass die Infection Fatality Rate (IFR) von Covid-19 mit der einer mittelschweren Grippe vergleichbar ist. Eine spätere Meta-Analyse, veröffentlicht im Bulletin der WHO [18], ermittelte eine IFR von 0,23%, für Individuen unter 70 Jahren von 0,05%. Eine genauere Analyse der unter 70-Jährigen [19] ergab IFRs von 0,0003% (0-19 Jahre), 0,002% (20-29 Jahre), 0,011% (30-39 Jahre), 0,035% (40-49 Jahre), 0,123% (50-59 Jahre) und 0,506% (60-69 Jahre).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass der PCR-Test auch bei den Studien zur Wirksamkeit der Impfungen eine zentrale Rolle spielte, da lediglich auf PCR-positiv bzw. PCR-negativ getestet wurde, während Schwere des Krankheitsverlaufs sowie die Gefahr von Hospitalisierung und Tod nicht untersucht wurde. Auf dieser Grundlage werden Kinder trotz gegenteiliger, wissenschaftlicher Fakten von der Politik auch weiterhin als Pandemie-Treiber dargestellt und die Zulassungen für die neuartigen und unerprobten RNA-Impfungen auf immer jüngere Altersstufen ausgeweitet.

## Literaturnachweis

- [1] Da das Originalvideo zu Event 201 nicht mehr auf YouTube verfügbar ist, wird auf eine Aufzeichnung eines Vortrags des Journalisten Paul Schreyer vom 20.11.2020 in Berlin verwiesen. Pandemie-Panspiele – Vorbereitung einer neuen Ära (Event 201 ab 00:58:12) [https://www.youtube.com/watch?v=SSnJhHOU\\_28](https://www.youtube.com/watch?v=SSnJhHOU_28).
- [2] Wikipedia, Eintrag: Dr. G.F. Gao, [https://de.wikipedia.org/wiki/George\\_F.\\_Gao](https://de.wikipedia.org/wiki/George_F._Gao).
- [3] Original-Publikation des PCR-Protokolls der Charité: Corman et al. 2020, <https://www.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>.
- [4] Da der Originallink zum Corman-Drosten-Review nicht mehr verfügbar ist, wird auf das Webarchiv verwiesen, <https://web.archive.org/web/20220122062141/https://cormandrostenreview.com/report/>.
- [5] Erste Publikation zu angeblich asymptomatischer Ansteckung durch SARS-CoV-2, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2001468>.
- [6] Wissenschaftliche Zweifel am Narrativ der asymptomatischen Ansteckung, <https://www.science.org/content/article/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong>.
- [7] Chronologie der Ereignisse in Online-Beitrag des Deutschen Ärzteblatts, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109147/2019-nCoV-Doch-keine-Uebertragung-durch-asymptomatische-Infizierte-in-Bayern>.
- [8] Chinesische Studie an 10 Millionen Einwohnern der Stadt Wuhan, <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>.
- [9] Our world in data, <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>.
- [10] Gastbeitrag von Prof. Dr. Thomas Rießinger zu Sinn und Unsinn des Inzidenzwerts, <https://reitschuster.de/post/es-war-einmal-in-einem-kleinen-koenigreich-regiert-von-einer-kuriosen-koenigin/>.
- [11] Aktueller Review zu Virennachweis mittels Zellkultur, PCR und Antigen-Schnelltest, <https://www.doi.org/10.1038/s41579-022-00822-w>.
- [12] WHO, Empfehlung für PCR, <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>.
- [13] Meta-Analyse, Vergleich Zellkultur und PCR, <https://www.doi.org/10.1093/cid/ciaa1764>.
- [14] RKI, Vergl. Zellkultur und PCR, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Vorl\\_Testung\\_nCoV.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html).
- [15] Deutsche Studie, Vergleich Zellkultur und PCR, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.05.022>.
- [16] PCR, Falsch-Positive Ergebnisse durch Aerosolbildung, <http://www.annclinlabsci.org/content/34/4/389.full>.
- [17] RKI, Corona Schnelltest Ergebnisse verstehen, Infografik, [https://web.archive.org/web/20210407120537/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Infografik\\_Antigentest\\_PDF.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://web.archive.org/web/20210407120537/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Infografik_Antigentest_PDF.pdf?__blob=publicationFile).
- [18] Infection Fatality Rate nach Prof. Ioannidis, gesamt, <https://doi.org/10.2471/BLT.20.265892>.
- [19] Infection Fatality Rate nach Prof. Ioannidis, <70 Jahre, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655>.

**AG Impfstoffe Aufklärung:** Wir sind eine international vernetzte Gruppe, ein Kernteam aus mehr als 60 Ärzten, Medizinerinnen, Pharmazeuten, Naturwissenschaftlern, Mathematikern, Heilpraktikern, Anwälten und Journalisten des **ExpertCouncil.one e.V.** und wir haben unsere Kompetenzen und technischen Möglichkeiten vereint, um zur Aufklärung des aus unserer Sicht größten pharmakologischen Experimentes an der Menschheit beizutragen. Noch nie in der Geschichte der Wissenschaft und Medizin hat man es jemals gewagt, eine ganze Population, eine nahezu komplette Spezies zum Gegenstand medizinischer oder gentechnischer Experimente zu machen. Die Begründung der Ablehnung eines solchen Forschungsantrages hätte sich vermutlich auf den Artenschutz bezogen.

Die Tatsachen, dass dies nun an der Menschheit durchgeführt wurde und weitergeführt werden soll, dass es noch niemals eine so ungeheuerliche Zahl an Nebenwirkungen und Impfschäden gab, dass die Todesfallstatistiken entsprechende hoch signifikante Übersterblichkeiten aufzeigen, dass sich hier keine Staatsanwaltschaft einschaltet, obwohl die Folgen bereits jetzt unübersehbar sind, dass stattdessen Kritiker öffentlich diffamiert, ausgegrenzt und wirtschaftlich ruiniert werden, lässt uns erschauern.

Viele unserer Ergebnisse sind noch vorläufig, die Untersuchungen sollen und müssen kritisch diskutiert, nachvollzogen und weiterentwickelt werden. Vieles ist noch nicht richtig nachvollziehbar, aber was wir gefunden haben – das ist unsere Überzeugung – ist so wichtig, dass die Öffentlichkeit und andere Wissenschaftler darüber informiert sein müssen, denn es geht hier um nichts Geringeres, als die gesundheitlichen Gefahren der COVID-19-Impfstoffe zu erkennen, sie abzuwehren und die diversen zum großen Teil noch unverstandenen Wirkmechanismen zu erkennen und herauszufinden, wie die schlimmsten Wirkungen auf die Gesundheit verhindert oder wenigstens gemildert werden können.

Wir haben festgestellt, dass die COVID-19-Impfstoffe neben Verunreinigungen systematisch Inhaltstoffe enthalten, deren Sinn wir nicht verstehen, die auch zum Teil gar nicht deklariert sind. Wir haben anhand einer kleinen Stichprobe Lebendblutuntersuchungen von Geimpften und Ungeimpften herausgefunden, dass eine Künstliche Intelligenz (KI) zu 100% das Blut Geimpfter und Ungeimpfter sicher unterscheiden kann. Das bedeutet, dass die COVID-19-Impfstoffe das Blut im Sinne einer Langzeitfolge verändern – ohne dass die Geimpften gleich merken, dass sich bei ihnen etwas verändert hat. Wir finden im Blut aller von uns untersuchten Geimpften Kristalle, die wir weiter untersuchen, wir finden stets Geldrollenbildung der Erythrozyten (der roten Blutkörperchen) und wir sehen sehr häufig einen ungewöhnlich schnellen Zerfall der verschiedenen Blutzellen. Wir gehen der Hypothese nach, dass nicht nur Arteriosklerose eine Langzeitfolge bei allen Geimpften sein könnte. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, wären die Folgen gesundheitlich und sozio-ökonomisch sehr weitreichend. Autoimmunerkrankungen, geschwächtes Immunsystem, entzündliche Prozesse, Arteriosklerose etc. sind schleichende Erkrankungen, die zu Organschäden, Bluthochdruck, Herzinfarkten, neurodegenerativen Erkrankungen und Krebs führen können und die Lebenserwartung verkürzen. Das nebulöse Krankheitsgeschehen verschleiert, dass die COVID-19-Impfungen eine mögliche Ursache sein können. Eine steigende Anzahl von multiplen Krankheitsbildern müsste auf diese Ursache untersucht werden.

Dieser Artikel befasst sich mit der globalen Inszenierung einer Pandemie und hofft, einen Beitrag zur Aufarbeitung und Aufklärung zu leisten.

*Mit unseren Heften stellen wir jeweils ein eigenständiges Thema oder eine Sammlung von Ergebnissen vor und rufen alle Verantwortungssträger zum adäquaten Handeln auf. Unsere Themen finden Sie hier: <https://expertcouncil.one/>*