



Donnerstag, 29. Oktober 2020, 14:00 Uhr
~25 Minuten Lesezeit

Auf hauchdünnem Eis

Die Pandemie-Erzählung steht hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Evidenz auf tönernen Füßen, was die Kritiker der Panikmache zu wenig in den Blick nehmen.

von Matthias Müller
Foto: Couperfield/Shutterstock.com

Es scheint, als ob die „Zeugen Coronas“ das geschafft haben, was in der Wissenschaft lange Zeit – zumindest ihrem angeblichen Selbstverständnis nach – strengstens verpönt war: die Beweislastumkehr bei der Bewertung wissenschaftlicher Theorien. Der Umgang mit wissenschaftlichen Theorien war bislang dem grausamen Diktat der Empirie unterworfen: Stimmt auch nur eine einzige Beobachtung nicht mit der Theorie überein, so galt sie als widerlegt, selbst wenn zehntausend Beobachtungen die Theorie scheinbar stützten. So gehen sie dahin, die guten alten Zeiten der Wissenschaft. Denn zur „Neuen Normalität“ gehört es

scheinbar auch, Fakten aktiv abzuwehren – vor allem dann, wenn sie dem Narrativ einiger weniger Protagonisten entgegenstehen. Seit Corona gilt: Selbst wenn Tausende Fakten, Studien und gut dokumentierte Beobachtungen die Pandemie-Theorie widerlegen, so ändert dies nichts an ihrer verbissenen Verbreitung. Das ist zutiefst verabscheuungswürdig. Es ist Zeit, den Kuschelkurs mit den Panikmachern zu beenden.

In den vergangenen Monaten haben sich zahllose unabhängige Forscher, Mediziner, wissenschaftliche Experten, aber auch versierte, unabhängige Journalisten und wachsame Denker zu Wort gemeldet, durch Videos in den sozialen Netzwerken, durch kurze oder auch voluminöse Artikel, durch eindrucksvolle Recherchen. Auch im persönlichen Umfeld erlebt man häufig Diskussionen und Gespräche. Die gnadenlose Hetzjagd der Mainstream-Medien auf diese Menschen, das Sperrfeuer aus Diskreditierung, Verunglimpfung und Diffamierung haben jedoch jedes normale Gespräch in ein hochexplosives Minenfeld verwandelt.

Aus Angst, beim ersten Anzeichen von Kritik sofort als Corona-Leugner, Covidiot oder rechter Verschwörungstheoretiker beschimpft und gebrandmarkt zu werden, geben sich die meisten bei ihren Einlassungen bewusst kompromissbereit, ja geradezu harmlos. Die Einleitung „Ich bin kein Corona-Leugner/Verschwörungstheoretiker/Verharmloser, wir wissen, das Virus existiert, aber ...“ ist zur Standardfloskel geworden. Fast wie eine Opfergabe, ein Gastgeschenk wird sie beinahe unterwürfig dargebracht, um damit ein klein wenig gnadenvolle Aufmerksamkeit zu erheischen.

Das ist nicht nur zutiefst unwürdig, es löst Brechreiz aus. Es gibt keinen, aber auch nicht den geringsten Grund, sich dem faschistoiden Meinungsdictat einiger elitärer Lautsprecher zu beugen. Wahrheit ist keine Verhandlungssache. Es ist Zeit, im Nahkampf des evidenzbasierten Disputs etwas härtere Bandagen anzulegen und die Zeugen Coronas endlich in die Schranken zu verweisen. Sie bezeichnen die Kritiker des Panik-Narrativs gerne selbstgerecht als „Corona-Leugner“, dabei sind sie es, die leugnen: Sie leugnen die Fakten. Offensichtlich gehört es zur besonderen Ironie dieser „Neuen Normalität“, dass gerade die, deren Erzählung hinsichtlich ihrer Evidenz eine so dramatische Anämie aufweist, selbst so gerne „Quellen!“ und „Belege!“ einfordern. Nun, so sei es. Sprechen wir über Theorien und Fakten.

Theorie Nummer 1: Sars-Cov-2

Beginnen wir mit der Eingangshypothese, dem sagenhaften „2019 novel Coronavirus“, das ja – der Legende nach – von einer Fledermaus herabgehüpft, irgendwie auf dem Fischmarkt von Wuhan gelandet sein und von dort aus die ersten Menschen angefallen haben soll. Eine Zoonose nennt man ein derartiges Phänomen, wenn ein tierisches Virus plötzlich auch seinen Geschmack an Menschengellen entdeckt.

Wie ist die Faktenlage dieser Geschichte? Hierzu liefern Quellen wie Wikipedia nur unzureichend genaue Informationen, wir haben daher das **Originalprotokoll der Virusidentifikation** ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30251-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30251-8.pdf)) untersucht. Aus ihnen ist ersichtlich, dass Anfang Januar 2020 in Wuhan von insgesamt neun Patienten Proben von Atemwegssekret entnommen wurden. Alle Proben wurden nach der gleichen Prozedur gereinigt. In keiner der Proben fand man ein intaktes, reproduktionsfähiges Virus. Was man fand, waren

ausschließlich Artefakte von unterschiedlichstem Genmaterial, welches lediglich gegen 5 bis 18 bekannte Viren und 3 bis 5 Bakterientypen negativ getestet wurde, um diese als mögliche Auslöser der bei den Patienten beobachteten Lungenentzündungen auszuschließen.

Interessanterweise begnügte man sich mit diesen stichprobenartigen Ausschlusstests – immerhin gibt es allein mindestens 10 unterschiedliche Bakterienstämme mit jeweils diversen Unterarten, darunter hochgefährliche Krankenhauskeime, die bekanntermaßen Lungenentzündungen auslösen können, ebenso wie Pilzkrankungen sowie Toxine chemischer oder biologischer Herkunft, Smog oder Strahlenbelastung.

Wuhan ist eine der Städte mit der stärksten Luftverschmutzung der Erde. All diese nahe liegenden Möglichkeiten wollte man nicht als mögliche Ursache der Lungenerkrankungen dieser neun Patienten in Betracht ziehen, sondern begab sich auffallend zielstrebig auf die Suche nach einem „neuen“ Virus. In der Folge wurde das Abstrichmaterial in Zellkultur vermehrt und mittels komplizierter gentechnischer Verfahren anhand von Modellen und Vergleichen aus Gendatenbanken rekonstruiert, fehlende Teile wurden gentechnisch ergänzt – wie ein Puzzlespiel, in dem nicht alle Teile vorhanden waren.

Aus sieben der neun Proben konnte ein „vollständiges“ Genom rekonstruiert werden. Sars-Cov-2 wurde, präzise ausgedrückt, nicht „entdeckt“, sondern rekonstruiert – aus Bruchstücken von gefundener RNA (Ribonukleinsäure) zusammengesetzt und die Lücken mithilfe von Computermodellen aufgefüllt. Bis heute wurde weltweit kein vollständiges, intaktes und replikationsfähiges (also kein „lebendes“ Virus – dieser Begriff ist irreführend, weil Viren technisch gesehen nicht „lebendig“ sind) Sars-Cov-2 entdeckt, isoliert und analysiert. Wir sprechen bei der gesamten Corona-„Entdeckung“ korrekterweise also nicht von einem

„Nachweis“, sondern von einer Rekonstruktion.

Diese Rekonstruktion entsprach keinem Bild der bekannten Corona-Familienmitglieder, demnach ging man von einer Neuentdeckung aus. Ob jedoch dieses Virus tatsächlich existiert, geschweige denn, ob es neu ist, ist auf diesem Weg jedoch nicht validierbar, da der genannte Rekonstruktionsprozess kein Nachweis im eigentlichen Sinne ist. Zum besseren Verständnis mag ein Beispiel dienen: Angenommen, Sie kaufen für Ihre Kinder bei Ebay einen Sack voller Legosteine, gebraucht, unsortiert. Nun schafft es Ihr Filius, aus diesem Material ein hübsches rotes Feuerwehrauto zu bauen. Ist damit der Beweis erbracht, dass in der erworbenen Legosammlung je ein originales Lego-Feuerwehrauto existierte? Oder ist es lediglich der Kreativität und der Menge an geeigneten Einzelteilen zu verdanken, dass dieses Feuerwehrauto konstruiert werden konnte? Man weiß es schlichtweg nicht.

Die Virologen haben sich darauf geeinigt, sich gegenseitig nicht durch solcherlei unbequeme Fragen in Verlegenheit zu bringen. Es gibt einen „wissenschaftlichen Konsens“ dahingehend, eine gentechnische Rekonstruktion als „Nachweis“ anzuerkennen. Tatsächlich wird aus einer Rekonstruktion aber selbst dann kein Nachweis, wenn sich alle Virologen gegenseitig versichern, es wäre ein solcher. Eine Entdeckung ist die erstmalige Beobachtung von etwas, das aus sich selbst heraus als Ganzes existiert. Eine Rekonstruktion hingegen ist die Erschaffung eines Ganzen aus Einzelteilen – nach der theoretischen Vorstellung eines fiktiven Ganzen.

Bereits in den sehr frühen Tagen der Erforschung von Krankheitserregern wusste man schon um das Dilemma von „Entdeckungen“ bei denen eigentlich nichts entdeckt wurde. Daher wurden die vier „Koch'schen Postulate“ als Goldstandard des Erregernachweises festgelegt. Diese von Robert Koch festgelegten Postulate stellen sicher, dass man nicht im wissenschaftlichen

Entdeckungseifer den Wald vor lauter Sägespänen nicht mehr sieht. Sie müssen bei einem „echten“ Erregernachweis erfüllt sein, ansonsten gilt der Nachweis als nicht erbracht. Sie sollen hier in Kurzform dargestellt werden:

- Das erste Postulat besagt, dass der mutmaßliche Erreger immer mit der angeblich von ihm ausgelösten Krankheit assoziiert sein muss. Das bedeutet, dass in jedem Fall der Krankheit der Erreger vorhanden sein muss, in gesunden Individuen hingegen der Erreger nicht vorhanden sein darf.
- Das zweite Postulat konzentriert sich auf seine isolierte Reinform. Der mutmaßliche Erreger muss in Reinkultur gezüchtet werden. Gelingt es nicht, den Erreger unter Laborbedingungen zu züchten, die denen in seinem bevorzugten Wirtsorgan entsprechen, und ihn vollständig von anderen Organismen zu isolieren, so gilt der Nachweis des Erregers als nicht erbracht.
- Das dritte Postulat fordert, dass der in Reinkultur gezüchtete und vollständig isolierte Erreger in einem gesunden Wirtsorganismus wieder exakt die Krankheit auslösen muss, die ihm zugeschrieben wird. Gelingt dies nicht, ist der Nachweis nicht erbracht.
- Das vierte Postulat schließlich ist die Gegenprobe. Nachdem der gezüchtete Erreger im gesunden Wirtsorganismus wieder die betreffende Krankheit ausgelöst hat, muss er erneut isoliert werden können und mit dem Ursprungserreger identisch sein.

Nur dann, wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, gilt ein Erreger als nachgewiesen. Im ersten Nachweis von Wuhan betreffend Sars-Cov-2 wurde kein einziges der Koch'schen Postulate erfüllt, es war eine reine Rekonstruktion. Neben dem ersten Pseudonachweis vom Januar 2020 in Wuhan wurden noch weitere Nachweisversuche für Sars-Cov-2 unternommen. Insgesamt gibt es vier weitere Studien, die einen angeblichen Nachweis geführt haben wollen, sämtliche dieser angeblichen Nachweisstudien waren gentechnische Rekonstruktionsverfahren (1 bis 4).

Auf die Nachfrage von Torsten Engelbrecht, einem preisgekrönten

Journalisten, und dem unabhängigen Forscher Konstantin Demeter haben alle Autoren der oben genannten Studien schriftlich bestätigt, dass in ihren Einlassungen die Koch'schen Postulate *nicht* erfüllt wurden. Mehr noch, sie räumten ein, dass sie keinen Beweis dafür hätten, dass das zur Rekonstruktion des Sars-Cov-2-Genoms verwendete RNA-Material virenähnliche Partikel oder Zelltrümmer, rein oder unrein, oder virale Partikel jeglicher Art waren. Mit anderen Worten: Alle haben rote Feuerwehrautos aus einem Haufen bunter Legosteine gebaut.

Der erfahrene Virologe Charles Calisher hat ebenfalls weltweit alle je veröffentlichten Studien auf die Frage hin untersucht, ob Sars-Cov-2 jemals in Reinform isoliert und als replikationsfähiges Wildvirus nachgewiesen wurde. Die Antwort dazu lautet: Nein. Seit dem ersten Tag der „Pandemie“ wurde weltweit noch kein einziger echter Nachweis für Sars-Cov-2 erbracht. Bisher ist Sars-Cov-2 lediglich eine Theorie, ein Phantombild eines angeblichen Erregers, nichts weiter. Alle bisherigen „Nachweise“ waren keine Nachweise, sondern gentechnische Rekonstruktionen. In keinem Fall wurde auch nur das erste Koch'sche Postulat eingehalten, geschweige denn alle vier. Weltweit existiert kein Experiment und keine Studie, die einen Kausalzusammenhang zwischen Sars-Cov-2 und der angeblich von ihm ausgelösten Krankheit Covid-19 unter Einhaltung der wissenschaftlichen Grundsätze des Erregernachweises belegen würde.

Das sind die Fakten. Sars-Cov-2 ist bis zur Erbringung eines ordentlichen Nachweises nach echten wissenschaftlichen Regeln nicht mehr als eine vage Behauptung, die mit erstaunlicher Aggressivität medial verbreitet wird. Vermutlich ist diese Aggressivität der bestürzend schwachen Evidenz geschuldet, denn wer keine Argumente hat, wird gewöhnlich laut. Aggressiver Schalldruck ersetzt jedoch keinen wissenschaftlichen Beweis und suspendiert die Pflicht zur Evidenz auch nicht. Gleichwohl das neuartige Coronavirus eine bis heute unbewiesene Theorie ist, mag

es ja durchaus möglich sein, dass sie zutreffen könnte.

Das kann man nicht pauschal in Abrede stellen. Abstreiten möchten wir jedoch ganz entschieden, dass sogenannte Experten fundierte Aussagen über die angeblichen Eigenschaften und Wirkungen dieses Phantoms machen können. Aussagen, die mit den Worten „Wir wissen über das Virus, dass ...“ beginnen, sind nichts weiter als pseudowissenschaftliches Geschwafel, eitle Wichtigtuerei, prahlerisches Geschwätz.

Diese Hochstapler wissen rein gar nichts über dieses Virus, denn niemand auf diesem Planeten, kein Arzt und kein Virologe hat es jemals zu Gesicht bekommen. So ist die Sachlage – und wenn eine Diskussion auf der Grundlage der bisher vorliegenden wissenschaftlichen Beweise geführt wird, dann beginnt sie mit genau mit dieser Tatsache: Sars-Cov-2 ist eine immer noch unbewiesene Theorie – alles was wir davon wissen, basiert auf dem gentechnisch rekonstruierten Modell eines fiktiven neuen Virus. Die Frage, wie gegen ein Virus, von dem bislang nur ein theoretisches Modell existiert, ein funktionierender Impfstoff entwickelt werden soll, kann wohl nur mit viel Fantasie und einer gehörigen Portion Geschäftssinn beantwortet werden.

Theorie Nummer 2: Covid-19

„Covid-19“ ist der dramatische Name für die Krankheit, die das Sars-Cov-2 angeblich auslösen soll. Diese vage Formulierung hat ihren Grund, denn die Krankheit „Covid-19“ ist klinisch nicht nachweisbar.

Was bedeutet das? Wenn eine Krankheit klinisch nicht nachweisbar ist, dann bedeutet dies, dass es weder ein spezifisches Symptom, noch einen typischen klinischen Verlauf gibt, der ausreichend

signifikant wäre, dass man die Krankheit damit treffsicher diagnostizieren, also „beweisen“ könnte. Covid-19 ist laut Robert Koch-Institut (RKI) klinisch durch „respiratorische Symptome jeder Schwere“ definiert. Dies ist eine Allerweltsdefinition und in keiner Weise geeignet, eine Krankheit klinisch hinreichend zu charakterisieren. Was sind „respiratorische Symptome jeder Schwere“? Leichter Schnupfen? Ja, natürlich. Niesen? Klar. Husten? Selbstverständlich. Fieber? Nicht wirklich, aber hier ... ja, schon. Lungenentzündung? Aber hallo! Leichtes Kratzen im Hals? Sicher. Juckende Nase? Aber so was von!

„Respiratorische Symptome jeder Schwere“ ist jedwede Befindlichkeit abseits des völlig Gesunden, irgendwo im Bereich der Atemwege. Damit ist ausnahmslos jeder grippale Infekt, jeder Husten, jeder Heuschnupfen, jede Lungenentzündung oder selbst eine banale Erkältung per Definition möglicherweise ein „Covid-19“, es kann aber auch nichts davon ein „Covid-19“ sein.

„Covid-19“ hat kein spezifisches Symptom und keinen typischen Verlauf.

Es gibt nichts, woran man diese ominöse Krankheit klinisch identifizieren könnte und auch nichts, wodurch man sie ausschließen könnte. Wenn es überhaupt etwas gibt, von dem man sagen könnte, dass es mit hinreichender statistischer Signifikanz typisch für eine „Infektion“ mit Sars-Cov-2 ist, dann, dass der oder die „Infizierte“ völlig gesund ist und auch bleibt, denn das ist derzeit bei über 90 Prozent der positiv Getesteten der Fall. Das ist für ein globales Killervirus, für das man verfassungsmäßige Grundrechte suspendiert und die Weltwirtschaft ins künstliche Koma legt, immerhin bemerkenswert.

Das „Killervirus“ verursacht bei acht von zehn „Infizierten“ rein gar nichts und beim Rest ein Symptombild ähnlich der Grippe. Lediglich bei einem winzigen Bruchteil verläuft die – wiederum grippeähnliche – Symptomatik schwer, auch das deckt sich mit der

saisonalen Grippe, allerdings sind Grippeviren weitaus zuverlässiger, was ihr pathogenes Potenzial angeht. Teilweise

monatelange Abgeschlagenheit

(https://www.focus.de/gesundheit/praxistipps/chronisches-erschoenpfungssyndrom-das-sind-die-anzeichen-fuer-cfs_id_6947032.html) auch nach Abklingen der Erkrankung,

Gliederschmerzen

(<https://www.hexal.de/patienten/ratgeber/erkaeltung/symptome/erkaeltung-oder-grippe>), zeitweiser Verlust von **Geruch und**

Geschmack ([https://www.fachaerzte-](https://www.fachaerzte-muenchen.com/news/detail/riechstoerungen-wenn-die-nase-ihren-dienst-aufgibt/)

[muenchen.com/news/detail/riechstoerungen-wenn-die-nase-ihren-dienst-aufgibt/](https://www.fachaerzte-muenchen.com/news/detail/riechstoerungen-wenn-die-nase-ihren-dienst-aufgibt/)), **Bildung von Blutgerinnseln**

(<https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Grippe-Herzinfarkt-Risiko-steigt,grippe254.html>), **Schädigung des Immunsystems**

([https://www.lungenaerzte-im-](https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/grippe/komplikationen/)

[netz.de/krankheiten/grippe/komplikationen/](https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/grippe/komplikationen/)), **Organschäden**

(<https://www.welt.de/gesundheit/article6453079/Die-Grippe-hinterlaesst-ein-wehrloses-Immunsystem.html>), **Gehirnschäden**

([https://www.medica.de/de/News/Archiv/Grippe_mit_Langzeitf](https://www.medica.de/de/News/Archiv/Grippe_mit_Langzeitfolgen)

[olgen](https://www.medica.de/de/News/Archiv/Grippe_mit_Langzeitfolgen)), **Herzschäden** ([https://www.stiftung-](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/grippe/hintergrund?gclid=Cj0KCQjw8fr7BRDSARIsAK0Qqr74sy83SAFC7dt7Ozmb7VIQ8AsqKVSHVBYX9sssaAqTbe_VA3ru1SUaArFHEALw_wcB)

[gesundheitswissen.de/wissen/grippe/hintergrund?](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/grippe/hintergrund?gclid=Cj0KCQjw8fr7BRDSARIsAK0Qqr74sy83SAFC7dt7Ozmb7VIQ8AsqKVSHVBYX9sssaAqTbe_VA3ru1SUaArFHEALw_wcB)
[gclid=Cj0KCQjw8fr7BRDSARIsAK0Qqr74sy83SAFC7dt7Ozmb7VIQ8As](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/grippe/hintergrund?gclid=Cj0KCQjw8fr7BRDSARIsAK0Qqr74sy83SAFC7dt7Ozmb7VIQ8AsqKVSHVBYX9sssaAqTbe_VA3ru1SUaArFHEALw_wcB)
[qKVSHVBYX9sssaAqTbe_VA3ru1SUaArFHEALw_wcB](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/grippe/hintergrund?gclid=Cj0KCQjw8fr7BRDSARIsAK0Qqr74sy83SAFC7dt7Ozmb7VIQ8AsqKVSHVBYX9sssaAqTbe_VA3ru1SUaArFHEALw_wcB)) – all das

macht zum Beispiel das Influenzavirus ebenso und ist keine exklusive Eigenschaft von Sars-Cov-2. Nach wie vor offen bleibt die Frage nach Differenzdiagnosen, um abzuklären, was genau Sars-Cov-2 tut – und was eben nicht.

Allerdings haben es einige übereifrige Ärzte und Mediziner zu ansehlicher medialer Aufmerksamkeit gebracht, indem sie ganz besonders mysteriöse Fälle dieses Phänomens gesehen haben wollen. Die Reinhold Messners der medizinischen Gesellschaft, die, denen der leibhaftige epidemiologische Yeti in Gestalt eines bösen „Covid-19“ erschienen ist, berichten von schauerlichen Organschäden sowie von zerstörtem Lungengewebe und

Gefäßschäden. Diese Anekdoten bedürften eigentlich einer eingehenderen wissenschaftlichen Evaluation, seltsamerweise bleiben in diesen – aus medizinischer Sicht höchst interessanten – Fällen wissenschaftliche Untersuchungen, Obduktionen und Forschung aber weitgehend aus.

Als reißerischer Aufmacher sind diese boulevardesken Einzelfallschilderungen zwar gut genug, für die Erforschung eines globalen Killers aber offenbar nicht hinreichend motivierend. Fakt ist: Bei vielen dieser Einzelfälle haben sich entweder im Nachgang andere Ursachen für die außergewöhnliche Symptomatik herausgestellt oder aber es wurden möglicherweise unbequeme Untersuchungen bewusst vermieden. Könnten bestimmte Lungenschäden nicht auch durch **kontraindizierte invasive Beatmung** (https://www.evms.edu/covid-19/covid_care_for_clinicians/) entstanden sein? Wie sehen die Dokumentationen aus? Wurden experimentelle, falsche oder ungeeignete Therapien durchgeführt? Von Ländern wie Italien, Spanien oder USA sind massenhafte, haarsträubende Behandlungsfehler bekannt geworden.

Wie auch immer man die Schilderungen besagter, mediennaher Mediziner einordnen möchte – Fakt ist, sie bleiben eine statistisch irrelevante Randerscheinung. Die überwältigende Mehrzahl der „Infizierten“ bleibt von diesen unerklärlichen Phänomenen komplett verschont.

Allein die sogenannten schweren Verläufe geben Anlass genug, kritisch zu hinterfragen. Zumindest ist extrem auffallend, dass man sich bei *keinem* davon die Mühe einer Differenzdiagnose gemacht hat. Man hat sich stets mit einem positiven Corona-Test zufriedengegeben, weitere Untersuchungen wurden weltweit an keinem der Patienten durchgeführt, zumindest nicht systematisch. Das wäre aber das Gebot der Wissenschaft – immerhin sollte allein der natürliche Forscherdrang jeden Mediziner dazu anleiten, bei

einer neuen, globalen Killerseuche etwas genauer hinzusehen. Warum wurden keine zusätzlichen Tests gemacht, um eine Infektion mit einem anderen Virus – beispielsweise Grippeviren– oder diversen Bakterien auszuschließen?

Woher wollen wir wissen, ob die „schweren Verläufe“ nicht neben Sars-Cov-2 gleichzeitig einen Influenzavirus oder sonstige Erreger in sich trugen und in Wirklichkeit daran erkrankt sind? Weltweit gibt es keine einzige Studie, aus der hervorginge, dass Sars-Cov-2 überhaupt eine Krankheit auslöst. Es gibt allein einen fragwürdigen „Test“, der in manchen Fällen mit einem mehr oder weniger schweren grippalen Infekt assoziiert ist, in den allermeisten Fällen jedoch nicht einmal das. Hier von „Evidenz“ zu sprechen, spottet jeglicher medizinischen beziehungsweise wissenschaftlicher Grundlage. Die extrem auffällige, nahezu vollständige Abwesenheit der typischen jährlichen Grippefälle in diesem Jahr sollte jedenfalls zu denken geben. Eine statistisch völlig normale Zahl respiratorischer Erkrankungen im Jahr 2020 – aber die alljährliche Grippe ist nicht dabei? Hat Covid-19 etwa die Grippe besiegt?

Allein in Deutschland sterben pro Jahr rund **40.000 Menschen** (<https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/covid-19>) an einer ambulant erworbenen Lungenentzündung.

Krankenhauskeime sind weltweit ein riesiges Thema und nehmen unter den tödlich verlaufenden Infektionskrankheiten die Spitzenposition ein. Kein anderes Infektionsphänomen tötet in Europa mehr Menschen. Könnte es nicht sein, dass ein großer Teil der angeblichen Todesfälle durch Covid-19 in Wahrheit auf das Konto dieser extrem gefährlichen, aber politisch auch extrem unbequemen Erreger geht? Allein in Italien spricht einiges für diese Theorie, denn dort wurden über 80 Prozent aller Covid-19 Patienten zusätzlich mit Antibiotika behandelt, was auf eine bakterielle Superinfektion hindeutet. Italien hat unter allen europäischen Staaten das größte Problem **mit multiresistenten Keimen** (<https://correctiv.org/recherchen/keime/artikel/tag/italy/>).

In Italien sterben jedes Jahr mehr als 50.000 Menschen an Krankenhauskeimen, komischerweise aber nicht im Frühjahr 2020. Erstaunlich, nicht wahr? Es wäre absolut naheliegend, diese mögliche Ursache für einen „schweren Verlauf“ zumindest einmal abzuklären, bevor man die Todesursache auf etwas schiebt, das man bis dahin – eigentlich bis heute – noch nicht einmal wissenschaftlich korrekt erforscht hatte. Oder wollte man in den Pandemie-Praxen und Krankenhäusern nicht auf gewisse finanzielle „**Anreize** (<https://www.kvb.de/praxis/qualitaet/hygiene-und-infektionspraevention/infektionsschutz/coronavirus/>)“ im Zusammenhang mit „**Fallzahlen**“ (<https://eu.usatoday.com/story/news/factcheck/2020/04/24/fact-check-medicare-hospitals-paid-more-covid-19-patients-coronavirus/3000638001/>)“ verzichten? Immerhin gibt es für Covid-19-Patienten von den Kassen attraktive Bonuszahlungen, die schnell mal das Doppelte der normalen Verrechnungssätze ausmachen können ...

Grundsätzlich kollidieren diese Sonderfälle ganz massiv mit den eingangs erwähnten Koch'schen Postulaten und stürzen somit den ganzen Covid-19-Mythos in Not und Elend: Die Koch'schen Postulate fordern von einem Erreger, dass er eine Krankheit auslöst, die im Wesentlichen immer gleich, also „typisch“ verläuft. Gesunde Individuen dürfen den Erreger nicht in sich tragen, kranke Individuen müssen den Erreger in sich tragen – ansonsten ist dem angeblichen Pathogen seine Erregereigenschaft abzusprechen. Jetzt haben wir mit Sars-Cov-2 aber einen ganz besonders komischen Vogel am Start: In der Regel – bei derzeit über 90 Prozent – macht er die Menschen nicht krank, ist aber „nachweisbar“ und verletzt damit die erste Koch'schen Regel schon mal grundsätzlich.

Bei den restlichen 10 Prozent gibt es zwar Symptome, mitunter schwer, aber nicht typisch. Zusätzlich kommt erschwerend hinzu, dass es extrem viele Menschen gibt, die zwar die Symptome eines „Covid-19“ zeigen – also „irgendwelche“ Symptome in den

Atemwegen –, bei denen Sars-Cov-2 aber nicht nachweisbar ist. Schon wieder eine massive Verletzung der strengen Postulate des Vorreiters der Infektionslehre, Robert Koch. Also wie jetzt? Löst Sars-Cov-2 nun eine echte, typische Krankheit aus, die es verdient, den klangvollen Namen „Covid-19“ zu tragen oder nicht?

Nun, die Antwort ist ernüchternd. Nach mittlerweile millionenfachen Tests steht mit überwältigender statistischer Härte fest: Nein. In der überwiegenden Zahl der Fälle – weit über 80 Prozent – löst das angebliche Virus gar nichts aus und beim Rest kommt es zu Erkrankungen, die im Wesentlichen der Symptomatik wie auch hinsichtlich der Sterblichkeit einem normalen grippalen Infekt entsprechen. Covid-19 kann durch kein spezifisches Symptom und durch keinen typischen Verlauf von einem normalen grippalen Infekt unterschieden werden.

Sprechen wir also von der globalen Killerseuche, der „Pandemie“, so sprechen wir auf der Grundlage genau dieser knallharten Wahrheit: „Covid-19“ ist als eigenständige Krankheit klinisch nicht nachweisbar. Es gibt noch nicht einmal eine ausreichende medizinische Evidenz für die Behauptung, dass „Sars-Cov-2“ überhaupt eine Krankheit auslösen würde, da noch nicht einmal untersucht, geschweige denn bewiesen wurde, ob es sich bei den mit einem positiven PCR-Test assoziierten Erkrankungen lediglich um eine Koinzidenz oder tatsächlich um eine Kausalität handelt. Der Unterschied ist gewaltig: Jedes Mal, wenn die Glocke des Big Ben in London läutet, stirbt in Europa ein Mensch. Ist deswegen der Glockenschlag selbst tödlich?

Theorie Nummer 3: Der RT-PCR-Test

Die Behauptung „Das Virus ist im Umlauf!“ ist, genau genommen und faktisch betrachtet, empirisch nicht belegbar. „Im Umlauf“ ist

vielmehr der RT-PCR-Test. Fällt er „positiv“ aus, wird von einer „Infektion“ gesprochen, doch diese Interpretation ist wissenschaftlich unzulässig, wie wir im Folgenden detailliert ausführen werden. Die gesamte Pandemie-Erzählung beruht einzig und allein auf diesem Testverfahren. Ohne den RT-PCR-Test wäre die „Pandemie“ nie in Fahrt gekommen und wäre vermutlich noch nicht einmal bemerkt worden.

Der Großteil der Bevölkerung weiß eigentlich rein gar nichts über den aktuellen „Coronatest“. Diese Unwissenheit aufrecht zu erhalten, ist möglicherweise beabsichtigt, zumindest jedoch wird sie von Politik und Medien billigend hingenommen – es wird ganz offenkundig vermieden, den Menschen das Verfahren wenigstens einigermaßen verständlich zu erklären. Würde die Bevölkerung diesen Test verstehen, wäre die „Pandemie“ noch zur Stunde beendet, daher tut Aufklärung bitterlich Not. Nicht, dass zahlreiche Mediziner, Journalisten mit Berufsethos und wirkliche Wissenschaftler dies noch nicht versucht hätten – es reicht aber offenbar immer noch nicht aus.

Der PCR-Test ist ein gentechnisches Verfahren, das 1983 vom Biochemiker Kary Mulis entwickelt wurde. Mulis wurde 1993 dafür mit dem Nobelpreis ausgezeichnet. PCR steht für „Polymerase Chain Reaction“, das „RT“ vorneweg steht für „Reverse Transcript“. Zum Verständnis des Verfahrens ist nicht erforderlich, in die Tiefe der Gentechnik einzusteigen – in kurzen Worten besteht das Testprinzip darin, dass eine genetische „Schablone“, bestehend aus zwei sogenannten „Primern“, zum Einsatz kommt. Diese Schablone ist das Gegenstück zu einer sehr kurzen Gensequenz des gesuchten Virus-Genoms. Wichtig dabei ist: Es wird nicht das komplette Genom des Virus gesucht, nur ebenjenes kurze Schnippselchen.

Findet die Schablone ihr entsprechendes Gegenstück, also die kurze Gensequenz, auf die sie kalibriert ist, so dockt sie daran an und erstellt Kopien davon. Der Kopiervorgang wird durch Enzyme und

Temperaturzyklen gesteuert. Jeder Zyklus bewirkt eine Verdoppelung des gefundenen Materials. Es findet eine exponentielle Vermehrung statt. Nach zum Beispiel 30 Zyklen wurde aus einem Genschnipselchen die Menge von $2+2^{29}$ Genschnipselchen produziert. Irgendwann, nach 30, 35, 40 oder noch mehr Zyklen liegt genug dupliziertes Material vor, dass man es durch einen Färbetest sichtbar machen kann.

Dieses Testverfahren ist äußerst problematisch, wenn es zum Nachweis einer Virusinfektion eingesetzt werden soll, denn dafür ist es prinzipbedingt nicht geeignet. Kary Mulis selbst sagt über das von ihm entwickelte Verfahren, dass ein quantitativer Virusnachweis mit diesem Verfahren ein Widerspruch in sich selbst wäre. Die Hersteller von PCR-Testkits machen sogar für jeden sichtbar **in ihren Produktbeschreibungen**

<https://www.qiagen.com/de/products/diagnostics-and-clinical-research/sample-processing/qiaamp-viral-rna-mini-kit/?clear=true#orderinginformation>) explizit darauf aufmerksam, dass das Verfahren nicht für diagnostische Zwecke geeignet ist. Dabei geht es nicht nur um ein einziges Problem, sondern gleich um eine ganze Kette von Problemen:

- 1 Der RT-PCR-Test sucht nur nach einer winzig kleinen Gensequenz des vermuteten Zielvirus. Damit dies funktionieren kann, müsste diese kleine Gensequenz jedoch absolut einzigartig und typisch für das gesuchte Virus sein, kein anderes Virus dürfte über dieselbe Gensequenz an irgendeiner Stelle in seinem Genom verfügen. Dies kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, da wir nicht alle einzelnen Vertreter zum Beispiel der sehr umfangreichen und größtenteils harmlosen Coronafamilie kennen. Der Prototyp aller im Markt befindlichen RT-PCR-Tests wurde von Christian Drosten in Berlin entwickelt. Er begann mit der Testentwicklung schon am 1. Januar 2020 – zu diesem Zeitpunkt gab es gerade mal ein unbestätigtes Gerücht in den sozialen Medien von einem angeblichen Auftreten von sieben Sars-Infektionen in Wuhan, keine 48 Stunden zuvor. Wie aus **seiner eigenen Dokumentation** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988269/>) hervorgeht, wurde der Test auf die Gensequenzen unterschiedlichster, alter Viren aus der Coronafamilie kalibriert (5). Demnach ist völlig ausgeschlossen, dass der Test exklusiv auf das angeblich neue Sars-Cov-2 anschlägt, sondern er schlägt auf alle Stämme positiv an, die diese willkürlich gewählte Gensequenz aufweisen. Diese Tatsache wurde im Übrigen durch die **INSTAND-Ringstudie** (<https://www.instand-ev.de/System/rv-files/340%20DE%20SARS-CoV-2%20Genom%20April%202020%2020200502j.pdf>) bewiesen. Alle im Markt befindlichen Tests zeigen kreuzpositive Reaktionen mit anderen Viren an, zum Teil auch auf Tierviren und Grippeerreger, wie Drosten **selbst bestätigt** (<https://www.youtube.com/watch?v=smhbENDRPOE>). Folglich: In solchen Fällen besteht *keine* Infektion mit Sars-Cov-2.

- 2 Ein positiver RT-PCR-Test weist nur das Vorhandensein dieses einen Genschnippelchens nach, nicht das komplette Virus-Genom. Viren, die mit unserem Körper in Kontakt kommen, werden regelmäßig vom Immunsystem erkannt und zerstört. Viren, die sich in Aerosolen in der Luft oder auf Oberflächen befinden, werden durch UV-Licht, Chemikalien (Desinfektionsmittel), Temperatur und Oxidation zerstört. Der größte Teil des fremden Genmaterials im, am oder um unseren Körper besteht aus Überresten zerstörter Fremdorganismen und Viren. Von den vielen Millionen Viren, die in jeder Sekunde um uns herum frei gesetzt werden, überlebt nur eine Handvoll lange genug, um einen neuen Wirt zu finden. Bei einem positiven RT-PCR-Test kann nicht ausgeschlossen werden, dass man damit lediglich ein Artefakt eines bereits zerstörten Virus gefunden hat. Folglich: In solchen Fällen besteht *keine* Infektion mit Sars-Cov-2.
- 3 Selbst wenn ein RT-PCR-Test positiv ausfällt, weil er das vollständige Genom von Sars-Cov-2 entdeckt haben sollte, sagt dies noch nichts über eine tatsächliche Infektion aus. Es sagt noch nicht einmal etwas über das tatsächliche Vorhandensein des ganzen Virus aus. Wenn das vollständige Genom eines Menschen in einem Wasserglas nachweisbar ist, so bedeutet das nicht, dass dieser Mensch tatsächlich in diesem Glas sitzt. Ein aktives Virus besteht aus Genom *und* Hülle, beides muss intakt sein, dies nur ganz nebenbei. Damit es zu einer Infektion kommt, müssen sich Millionen aktiver Viren im Körper vermehren. Da der RT-PCR-Test jedoch ultrasensibel reagiert und selbst absurd niedrige Mengen von Genmaterial erkennt, die zur Auslösung einer Infektion völlig unzureichend sind, ist ein positiver Test auch dann noch nicht aussagekräftig bezüglich einer möglichen Infektion, wenn das gefundene Material tatsächlich vom aktiven Zielvirus stammen sollte. Folglich: In solchen Fällen besteht immer noch *keine* Infektion mit Sars-Cov-2.

- 4 Das RT-PCR-Verfahren ist kein binärer Test, er hat kein eindeutig positives oder negatives Ergebnis. Das Testverfahren ist ein Schwellenwert-Test, der Schwellenwert wird als Ct-Wert (Cycle Threshold, Schwellenwertzyklus) angegeben. Dieser Wert besagt, wie viele Verdoppelungszyklen durchgeführt werden sollen, bis man den Färbetest als positiv oder negativ betrachten könne. Für den Ct-Wert gibt es keine wissenschaftliche Grundlage und keinerlei Vorgabe, er ist willkürlich. Jeder Hersteller und jedes Labor legt den Ct-Wert nach Belieben selbst fest. Drosten empfiehlt für seinen Test einen Ct-Wert von 45. Bei 45 Verdoppelungszyklen wurden aus einem Genschnipselchen 17.592.186.044.416 Kopien angefertigt – also erst wenn das gefundene Genmaterial um den irrwitzigen Faktor von 17,6 Billionen vermehrt wurde, ist es nachweisbar. Zudem steigt mit jedem Verdoppelungszyklus das Risiko, dass selbst winzigste Fehler oder Verunreinigungen absurd verstärkt werden und dann ein falsch positives Ergebnis liefern. Selbst absolut virenfreie Proben wurden in der „Instand“-Ringstudie mit bis zu 1,4 Prozent positiv getestet. Bei den gängigen Tests wird eine Quote von 0,5 bis 2 Prozent falsch positiver Ergebnisse selbst von den Herstellern angenommen. Bei mehr als einer Millionen wöchentlicher Tests führt das zu einer gewaltigen Menge von schlichtweg falschen Tests. Zudem gibt es Hinweise, dass der Ct-Wert von 45 viel zu hoch ist. Ab einem Ct-Wert von etwa 30 konnte in Zellkulturen keine erfolgreiche Anzucht von Virenstämmen mehr realisiert werden. Das bedeutet, dass bei derart geringen Mengen gefundenen Genmaterials davon ausgegangen werden muss, dass keine vermehrungsfähigen Viren mehr vorhanden sind. **Eine amerikanische Untersuchung** (<https://archive.is/AdUSn>) stellt fest, dass aufgrund der viel zu hohen Ct-Werte bis zu 90 Prozent der positiven Tests mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht infektiös sind.

- 5 Der RT-PCR-Test ist ein ultrasensibles Verfahren. Da es selbst bei jeder Vorstellung geringe Konzentrationen von Nukleinsäuren zu erkennen vermag, werden an die Durchführung des Verfahrens extreme Anforderungen gestellt. Selbst mikroskopisch kleine Verunreinigungen machen den Abstrich des Patienten unbrauchbar, selbst der kleinste Fehler bei der Probennahme, der Verpackung, beim Transport oder im Labor führen zur Ungültigkeit des Tests. Grundsätzlich müssen alle Proben unter sterilen Bedingungen von medizinischem Fachpersonal genommen werden, unter strengsten Auflagen versiegelt, verpackt, gelagert und transportiert werden. Labore müssen zertifiziert sein und jeder Test muss zweifach gegengetestet werden. Das findet in der gegenwärtigen Testorgie natürlich nicht statt. Allein die Idee, an Autobahnen diverse Teststationen einzurichten, ist grotesk und zeugt von purem politischem Aktionismus. Wissenschaftlich ist das allergrößter Unfug. Kein einziger dieser Tests ist nach dem gültigen Standard zulässig, die medizinische Aussagekraft dieser Tests liegt bei null.

Das PCR-Verfahren ist ursprünglich ein gentechnisches Herstellungsverfahren. Zum Nachweis eines intakten, replikationsfähigen Virus ist es nicht geeignet, da aus dem Testergebnis keinerlei Rückschlüsse auf das pathogene Potenzial möglich sind. Eine Infektion kann der Test grundsätzlich nicht diagnostizieren, da für eine Infektion nicht nur der Nachweis eines intakten Virus erforderlich ist, sondern seine aktive Vermehrung im Wirt stattfinden muss. Auch bezüglich einer eventuellen Übertragbarkeit kann das PCR-Verfahren keine Aussage treffen, weil die Voraussetzung für eine Übertragung ein nennenswertes Infektionsgeschehen ist.

Der RT-PCR-Test ist ein dämonisches Werkzeug, denn er erhebt faktenwidrig den Anspruch, ein diagnostisches Instrument zu sein. Weder kann der Test eine valide Aussage zum Vorhandensein des angeblich neuen Coronavirus treffen und schon gar nicht kann er eine Infektion mit „Covid-19“ diagnostizieren. „Covid-19“ existiert überhaupt erst durch den RT-PCR-Test, denn mit diesem Test wird ein völlig unscharf definiertes, klinisch beinahe beliebiges

Symptombild einem angeblichen Virus zugewiesen. Weltweit existieren jedoch keinerlei Studien, die eine Kausalität zwischen einem positiven Test und irgendeiner konkreten Erkrankung belegen könnten.

Mit derselben wissenschaftlichen Validität könnte man „Covid-19“ der Augenfarbe des Patienten zuweisen. Hat er blaue Augen und hustet, so ist es „Covid-19“, sind die Augen braun, grau oder grün, dann eben nicht. Es klingt absurd und das ist es bestürzenderweise auch: Statistisch sprechen die verfügbaren Daten sogar gegen eine Kausalität, denn die absolute Mehrzahl der angeblich „Positiven“ war nicht krank und wird es auch nicht, die tatsächlich Kranken jedoch zeigen Symptome, die nicht einheitlich sind und die regelmäßig auch von allen möglichen anderen Erregern und Komorbiditäten ausgelöst werden. Die Zuweisung einer Erkrankung an einen positiven RT-PCR-Test ist somit wissenschaftlich nicht haltbar.

Zudem sollte deutlich hervorgehoben werden, dass es „den“ PCR-Test nicht gibt. Es gibt vielmehr eine Vielzahl unterschiedlicher Tests, derzeit sind weit mehr als hundert weltweit im Einsatz. Manche RT-PCR-Kits testen gleichzeitig zwei Gensequenzen, manche nur eine Einzige, und diese ist nicht bei allen Tests dieselbe. Frankreich benutzt andere Tests als Deutschland, die USA wiederum andere und so weiter. Kein einziger der weltweit verwendeten Tests ist validiert – das heißt, es wurde noch nie unabhängig überprüft, ob der Test tatsächlich das tut, was er soll. Je nachdem, welche Gensequenz des vermuteten Sars-Cov-2 getestet wird, ist der Test mehr oder weniger anfällig für kreuzpositive und damit falsche Ergebnisse bei anderen Erregern. Einige Tests reagieren laut Hersteller positiv auf Grippeviren – damit wird die ganze Sache natürlich vollends zur Farce.

Das ist die tatsächliche Faktenlage. Die „Pandemie“ steht, empirisch und streng wissenschaftlich betrachtet, auf hauchdünnem Eis. Wir

haben eine äußerst fragile Virustheorie. Dazu haben wir eine aufreizend unscharf definierte Theorie einer angeblich neuen Krankheit, die in ihrer Symptomatik allerdings nicht von normalen grippalen Infekten und diversen anderen, hinlänglich bekannten Syndromen zu unterscheiden ist. Die Verbindung zwischen beiden Theorien wird beliebig durch einen hoch elastischen „Test“ konstruiert, der jedoch dafür weder geeignet noch zugelassen noch validiert und bekanntermaßen extrem fehleranfällig ist.

Richtig wäre es, die Verbreiter dieses zerstörerischen Narrativs nachdrücklich auf dieses schwache Fundament hinzuweisen. Sie haben es lange genug vermocht, uns mit kreativen Zahlenspielen und gentechnischen Taschenspielertricks in Angst und Schrecken zu versetzen, damit sollte endlich Schluss sein.

Quellen und Anmerkungen:

- (1) Studie 1: Leo L. M. Poon; Malik Peiris, „Emergence of a novel human coronavirus threatening human health“, **Nature Medicine** (<https://www.nature.com/articles/s41591-020-0796-5>), March 2020.
- (2) Studie 2: Myung-Guk Han et alii; „Identification of Coronavirus Isolated from a Patient in Korea with Covid-19“, **Osong Public Health and Research Perspectives** (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7045880/>), February 2020.
- (3) Studie 3: Wan Beom Park et alii, „Virus Isolation from the First Patient with Sars-Cov-2in Korea“, **Journal of Korean Medical Science** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080990/>), February 24, 2020.
- (4) Studie 4: Na Zhu et alii, „A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China“, 2019, **New England Journal of Medicine**

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001017>),

February 20, 2020.

(5) **Siehe**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6988269/>)

Results.

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Matthias Müller, Jahrgang 1972, gelernter Medien- und Kommunikationskaufmann, war jahrelang Berater für Marketing und strategische Kommunikation für Kunden im Bereich Medizin, Nahrungsergänzungsmittel, Medizintechnik, Banken, Anlagen und Finanzindustrie. Irgendwann hatte er keine Lust mehr auf diese Tätigkeit und entschloss sich, einen eigenen Verlag zu gründen. Seit 2008 ist er erfolgreicher Publizist, sein Print-Regionalmagazin erscheint im ostbayerischen Raum.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International)**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>) lizenziert.

Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.