



Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit
Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate

Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Medienschaffende!

Ich habe an der Universität Zürich Medizin studiert, in Immunologie und Virologie doktortiert, mich in Innerer Medizin und Kardiologie spezialisiert und 33 Jahre Erfahrung in Diagnostik und Therapie akuter respiratorischer Infekte, im Spital, auf der Intensivstation und, seit 23 Jahren, in meiner Arztpraxis.

Im Februar 2020 sass ich in meiner Praxis und staunte. Was ich im Medizinstudium, in der wissenschaftlichen Ausbildung und in der praktischen medizinischen Tätigkeit gelernt hatte, wurde auf den Kopf gestellt. Wer auch nur ein Kratzen im Hals verspürte, behandelte sich nicht mehr selbst, um nur bei Zunahme der Beschwerden seinen Hausarzt aufzusuchen, sondern rannte ins nächste Spital mit der Bitte, sich sofort testen zu lassen und mit der Angst, vielleicht sterben und nicht bloss sterben, sondern vielleicht elendiglich ersticken zu müssen.

Weltweit etablierte sich in kürzester Zeit das herrschende Corona-Narrativ. Gleichzeitig wurde die Menschheit gespalten in dessen Anhänger und Gegner. Sie ist dies in einem Ausmass, wie wir es noch nie erlebt haben. Sie trennt Freundschaften, Familien und sogar Partnerschaften. Eine derartige Spaltung ist immer Ausdruck davon, dass ein grosser Teil der Menschen nicht in der Realität lebt, sondern in einem uns von Eigensüchtigen auferlegten Verblendungszusammenhang gefangen ist. In dieser Situation müssen wir uns fragen: „Bin tatsächlich ich der Realist oder vielleicht nicht doch der Verblendete?“ Diese Frage kann nur die möglichst nüchterne Betrachtung der Realität beantworten.

In den nächsten 20 Minuten werde ich unser anlässlich der Medienkonferenz vom 28. Mai ausführlicher dargelegtes inoffizielles Corona-Narrativ rekapitulieren, die Mythen und intellektuellen Absurditäten des herrschenden Corona-Narratives mit der Wissenschaftlichkeit konfrontieren und, im Hinblick auf die Abstimmung vom 28. November, auf das 2. und 3. G des COVID-Zertifikats, „Getestet“ und „Genesen“, eingehen. Dies, damit Sie, auch falls Sie kein Wissenschaftler oder Arzt sind, informiert entscheiden können, welches weitere Vorgehen Ihnen für sich selbst und für Ihre Liebsten richtig erscheint. Referenzen zu meinen Aussagen finden Sie im Presstext auf der Webseite von Aletheia.

<https://www.youtube.com/watch?v=b3q9XSHPRoE>

Das herrschende Corona-Narrativ ist dieses: Seit Anfang 2020 herrscht eine Pandemie eines ganzjährig aktiven Killer-Virus, das nur durch den Corman-Drosten-RT-PCR-Test erfasst werden kann, sich auch epidemiologisch relevant asymptomatisch ausbreitet, gegen das es keine natürliche und Kreuzimmunität gibt, dessen ausgelöste Erkrankung COVID-19 kaum therapierbar ist, das durch erratische Mutationen immer ansteckender und gefährlicher wird und das nur durch noch nie angewendete nicht-pharmakologische Massnahmen wie antisoziale Distanzierung, Masken im öffentlichen Raum, Kontaktverfolgung, Isolation, Quarantäne, Schulschliessungen und Ausgangssperren, neuerdings Lockdowns genannt, auch für asymptomatische, früher gesund genannte, Menschen und durch serielles Impfen der gesamten Weltbevölkerung überwunden werden kann.

Sämtliche Mythen des herrschenden Corona-Narratives sind aus dem faktenfreien Vakuum erfunden. Aufgrund des aktuellen Standes der Wissenschaft sind dies die 10 wichtigsten:



Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit
Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate

1. Es gab in keinem Staat eine Epidemie von COVID-19 von nationaler Tragweite, international keine Pandemie, und SARS-CoV-2 ist für die breite Bevölkerung kein Killer-Virus. Bei korrekter Feststellung der Todesursachen mit 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, liegt die Infektions-Sterblichkeits-Rate (IFR) unterhalb derjenigen der selbstverständlich für manche Menschen und, im Gegensatz zu SARS-CoV-2 auch für Kinder, bisweilen tödlichen Influenza-Viren.

https://aletheia-scimed.ch/IMG/pdf/eingabe_br_schweiz_24-12-2020.pdf

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/eci.13554>

<https://denisrancourt.ca/entries.php?id=9>

2. Die Testindikation, nämlich nicht nur hospitalisierte Schwerkranke mit spezifischem antiviralem Therapiebedarf, im Sentinella für Atemwegsinfekte und in einer epidemiologischen Studienkohorte zu testen, sondern sogar asymptomatische Menschen, und noch dazu nur auf eines aller differentialdiagnostisch möglichen Atemwegsviren, ist falsch.

<https://cormandrostenreview.com/addendum/>

3. Der Corman-Drosten-RT-PCR-Test ist nicht diagnostisch für eine Infektion mit SARS-CoV-2 respektive für eine Erkrankung oder das Versterben an COVID-19.

<https://cormandrostenreview.com/report/>

4. Es gibt keine epidemiologisch relevante asymptomatische Übertragung von SARS-CoV-2. Damit sind auch für SARS-CoV-2 alle über die erwiesenen wirksamen nicht-pharmakologischen Massnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung respiratorischer Viren, Hygiene und Selbstisolation Erkrankter, hinaus reichenden nicht-pharmakologischen Massnahmen unwirksam und schädlich.

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2774102>

5. Es gibt eine wirksame Prophylaxe, beispielsweise gesunder Lebensstil, viele Sozialkontakte, und Vitamin D3, und es gibt eine wirksame Therapie von COVID-19, beispielsweise entzündungshemmende Medikamente, topisches Budesonid, Hydroxychloroquin, Ivermectin und Blutgerinnungshemmer.

<https://worldcouncilforhealth.org/resources/early-covid-19-treatment-guidelines-a-practical-approach-to-home-based-care-for-healthy-families/>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.04.21251134v1>

6. Im Gegensatz zu Influenza-Viren mutiert SARS-CoV-2 nicht erratisch, sondern langsam und permanent. Schon allein deshalb rennen auch die wirksamsten Impfstoffe dessen Varianten immer hinterher.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33594378/>



Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit
Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate

7. SARS-CoV-2 wird nicht immer ansteckender und immer gefährlicher. Wie alle anderen respiratorischen Viren gehorcht es den Gesetzen der Evolution. Ohne Eingreifen der Menschen setzt sich diejenige Variante durch, die sich am leichtesten verbreitet. Deshalb wird es zwar immer ansteckender aber immer weniger gefährlich.

8. SARS-CoV-2 tritt, wie alle viralen Erreger akuter Atemwegsinfekte, nicht ganzjährig, sondern saisonal, in unseren mittleren nördlichen Breiten von November bis April, auf. Was „Experten“ die heroische Überwindung der Pandemie eines Killer-Virus durch nicht-pharmakologische Massnahmen und Durchimpfung der Bevölkerung nennen, nennen wir Ärzte das Ende der Grippesaison.

https://www.svlw.ch/images/literatur/300%20Grundlagen/320%20Internationale%20Reports/W.H._Saisonalitaet_Viraler_Respiratorischer_Infektionen.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7892320/>

9. Wegen Grund- und Kreuzimmunität erkranken während jeder Grippesaison nur etwa 10-20% an den saisonalen Corona- und Influenzaviren. Dies gilt auch für SARS-CoV-2. Deshalb ist auch eine „n-te Welle eines respiratorischen Virus“ eine biologische Unmöglichkeit. Vielmehr folgt auf die Saison von Corona-19 diejenige von Corona-20 und nun diejenige von Corona-21, gegen welches die meisten Menschen kreuzimmun sind.

10. Die angebliche Pandemie des angeblichen Killer-Virus SARS-CoV-2 kann nicht durch Impfen der gesamten Weltbevölkerung, inklusive Immuner respektive Genesener, überwunden werden. Die Sinnlosigkeit, Unwirksamkeit und Unsicherheit der experimentellen mRNA- und DNA-Injektionen hat Ihnen Kati Schepis ausführlich erklärt. Ich darf anfügen, dass die natürliche Immunisierung besser und nachhaltiger wirkt als die beste Impfung, und dass Immune respektive Genesene keine Grundimmunisierung und keinen Booster brauchen. Oder hat Ihnen, falls Sie als Kind Masern, Mumps und Röteln durchgemacht oder die MMR-Grundimmunisierung erhalten hatten, irgendjemand jemals empfohlen, sich zum ersten Mal oder noch einmal gegen Masern, Mumps und Röteln impfen zu lassen? Eine, zumindest seit Ende der Grippesaison 2020, mehrheitliche Test-Pandemie kann nur durch Beenden des unwissenschaftlichen Testens sogar asymptomatischer Menschen beendet werden.

[https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791\(21\)00203-2#%20](https://www.cell.com/cell-reports-medicine/fulltext/S2666-3791(21)00203-2#%20)

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v1>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258176v3>

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.06.29.174888v1.full.pdf>

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4>

Dies sind die wichtigsten Mythen des herrschenden Corona-Narratives. Seit über eineinhalb Jahren dürfen wir Ärzte und Wissenschaftler sie nicht öffentlich entlarven. Erlauben wir uns, dieser moralischen Pflicht nachzukommen, werden wir bestenfalls ignoriert und zensuriert, schlimmstenfalls diffamiert, mit einem Berufsverbot belegt oder psychiatrisch zwangsverwahrt.

Dabei ist es falsch, symptomatische Menschen nur auf eines aller respiratorischen Viren zu testen. Es ist wahnsinnig, dies nur mit einem hypersensitiven unspezifischen RT-PCR-Test mit Zyklusschwelle über 35 zu tun ohne Berücksichtigung von Anzahl Zyklen, Symptomatik und



Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit
Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate

klinischem Kontext. Es ist noch wahnsinniger, sogar asymptomatische, früher gesund genannte, Menschen in dieser Art massenhaft zu testen. Und es ist die Krönung des Wahnsinns, der gesamten Weltbevölkerung, noch dazu ohne Berücksichtigung ihres Immunitätsstatus, unnötige, unwirksame, unsichere experimentelle mRNA- und DNA-Injektionen zu verabreichen.

Dieser totale Wahnsinn kann mit jedem beliebigen 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 Metapneumoviren, haben wir sogleich eine Influenza- oder Metapneumo-Viren-Testepidemie.

Aus unserer Sicht präsentiert sich das herrschende Corona-Narrativ so: Eine Endemie eines saisonalen Beta-Corona-Erkältungsvirus, das natürlich einige Menschen tötet und durch langsame permanente Mutation immer harmloser wird, wurde mit PR, PCR, angsteinflössenden Masken und dem Mythos epidemiologisch relevanter asymptomatischer Übertragung in eine Pandemie eines ganzjährig aktiven Killer-Virus aufgeblasen, welches durch erratische Mutationen immer noch gefährlicher wird und nur mit sinnlosen, schädlichen nicht-pharmakologischen Interventionen auch für asymptomatische, früher gesund genannte, Menschen und mit seriellen unnötigen, unwirksamen, unsicheren experimentellen mRNA- und DNA-Injektionen der gesamten Weltbevölkerung überwunden werden kann.

Bedeutet das 2. G des COVID-Zertifikats tatsächlich getestet?

Der Corman-Drosten-RT-PCR-Test ist nicht diagnostisch für eine Infektion mit SARS-CoV-2, respektive für eine Erkrankung oder das Versterben an COVID-19. Am 28. November 2020 publizierte eine internationale Gruppe von 22 Biowissenschaftlern, darunter drei Mitglieder von Aletheia, einen externen peer review des „Corman-Drosten-Papers“, des Rezepts nach welchem die Labors den RT-PCR-Test auf SARS-CoV-2 entwickelten.

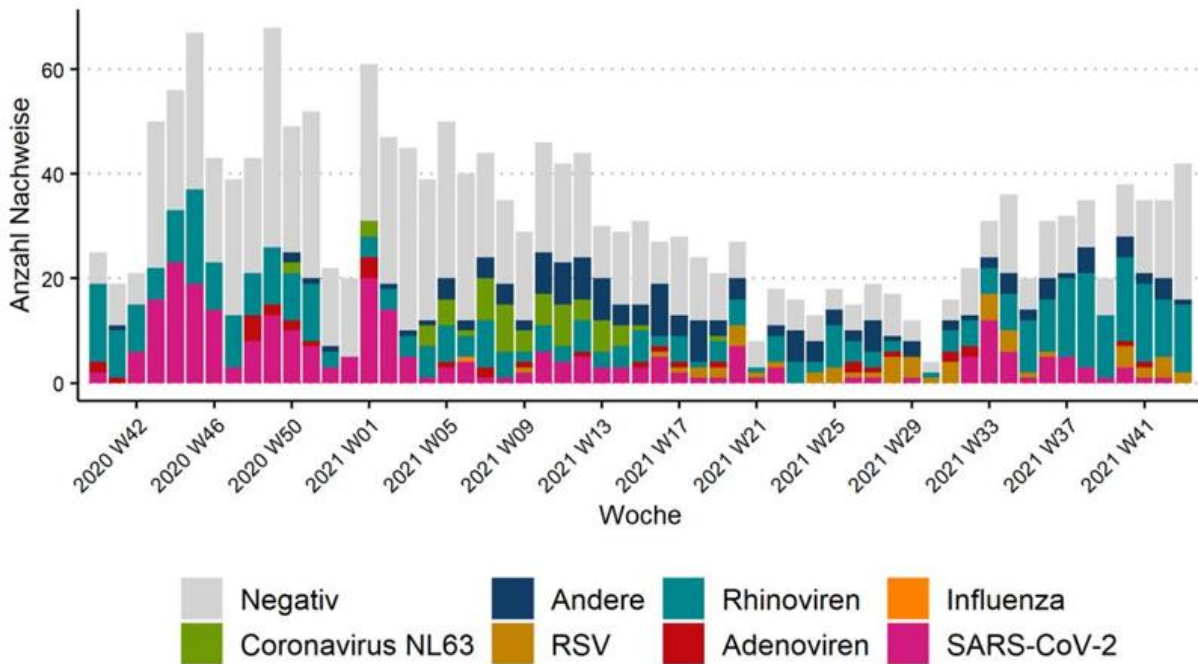
<https://cormandrostenreview.com/>

Darin erklärten 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-Drosten-RT-PCR-Testanleitung ist schlecht und vage fabriziert, ohne Validierung und Standardisierung. Aus einem in Deutschland durchgeführten Laboringversuch wissen wir, dass sich infolge Kreuzreaktion mit anderen Beta-Coronaviren die schon bei fehlender Anwesenheit eines Virus niedrige Spezifität von 98.6%, entsprechend 1.4% falsch Positiven, in der Grippezeit reduziert auf bis zu 92.4%, entsprechend 7.6% falsch Positiven. Manchem Laien mögen diese Raten falsch positiver Tests gering erscheinen weil er oder sie nicht weiss, dass dies bedeutet, dass bei praktisch fehlender Anwesenheit des Virus, Prävalenz nahe 0, in der Zwischengrippezeit fast alle positiven RT-PCR-Tests falsch positiv sind. Testen wir beispielsweise 1000 Männer mit einem 99% spezifischen Schwangerschaftstest, werden 1%, 10 Tests, positiv ausfallen und wegen Prävalenz der Schwangerschaft bei Männern von 0 sind diese positiven Schwangerschaftstests alle falsch positiv. 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 und

deren Resultate weltweit ohne Bezug zur klinischen Symptomatik rapportiert. Der Corman-Drosten-RT-PCR-Test ist wissenschaftlich falsch und dient einzig dem Erzeugen einer Fallzahlen-Epidemie.

Abbildung 17. Anzahl respiratorische Viren, die in Proben nachgewiesen wurden, die von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf COVID-19 entnommen und vom nationalen Influenza-Referenzzentrum getestet wurden. In vereinzelt Proben wurden verschiedene Viren nachgewiesen. Diese werden mehrfach gezählt.



BAG, Datenstand: 2021-11-02

Der BAG Situationsbericht Virennachweis demonstriert eindrücklich, dass die Prävalenz von SARS-CoV-2, Balken in Pink, am Ende der Zwischengrippesaison immer noch nahe 0 liegt, andere Atemwegsviren, insbesondere Rhino-Viren, hellblauer Balken, und Influenza-Viren, oranger Balken, grassieren und deshalb die meisten angeblichen COVID-„Fälle“ durch falsch positive RT-PCR-Tests auf SARS-CoV-2 fälschlicherweise als COVID-19 bezeichnete andere virale Atemwegsinfekte sind.

Bedeutet das 3. G des COVID-Zertifikats tatsächlich genesen?

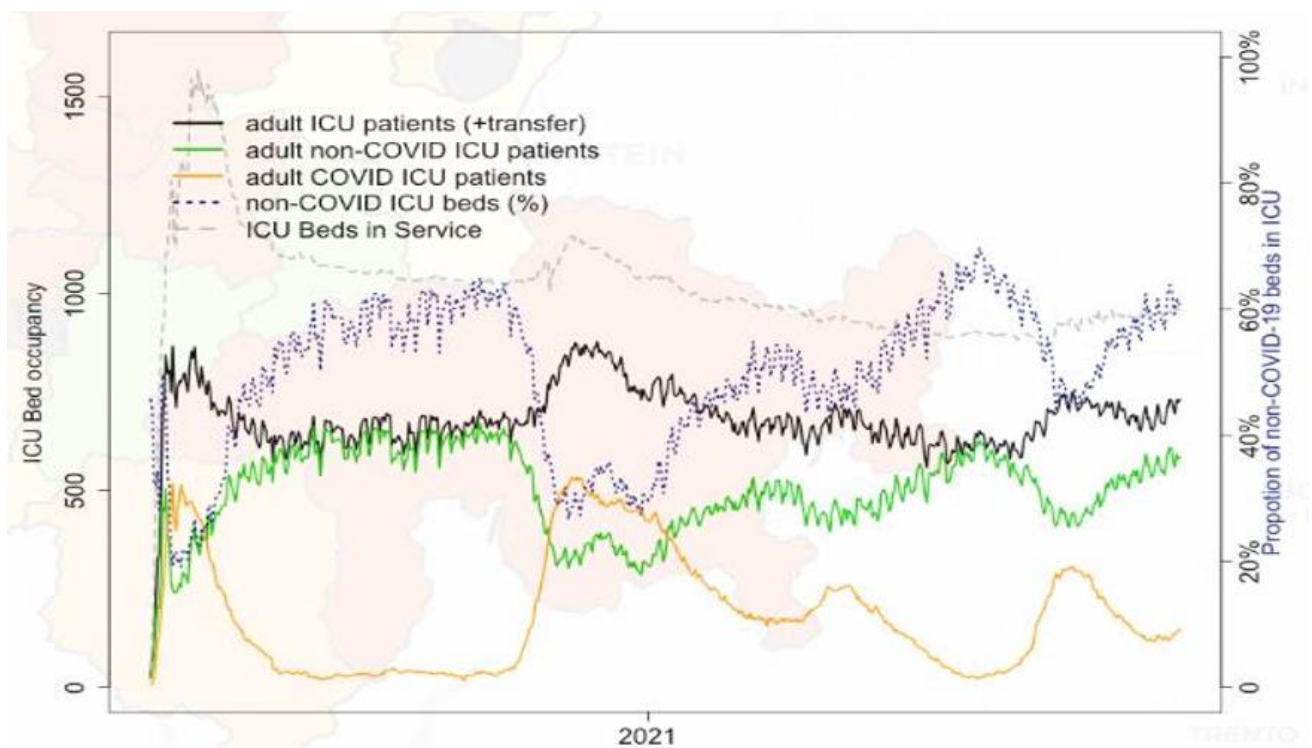
Im zweiten Studienjahr muss jeder Medizinstudent die Grundlagen der Epidemiologie studieren. Dort lernt er oder sie, dass bei möglicher Epidemie von nationaler Tragweite sofort eine für die Bevölkerung repräsentative Studienkohorte gebildet werden muss. Sie dient dazu, die Fallzahlen, den Schweregrad der Erkrankung und den Status der Immunität, hier durch Bestimmung von Antikörpern und T-Zell-Immunität, zu erfassen und zu überwachen. Damit hätten wir schon im April 2020 realisiert, dass keine Epidemie von nationaler Tragweite vorlag, vermutlich dass schon fast alle weit gehend immun waren und dass es exakt 0 wissenschaftliche Evidenz für leidvolle und extrem teure unsinnige Interventionen, für die Inkraftsetzung des Epidemiegesetzes, für die Ausarbeitung des COVID-Gesetzes und für ein COVID-Zertifikat gab. Offenbar verfügt im BAG und in der ihm zugewandten Swiss National COVID-19 Science Task Force niemand über das Wissen eines Medizinstudenten im zweiten Studienjahr. Denn obwohl es 20 Monate her ist, dass die WHO die COVID-Pandemie ausgerufen hat, existiert eine solche repräsentative epidemiologische Überwachungskohorte nicht. Noch schlimmer: Von Woche 13 bis 44/2020 hatte das BAG auch noch das Sentinella, das auf

repräsentativen Arztpraxen basierende Überwachungssystem viraler Atemwegsinfekte, pausiert und dadurch den Blindflug komplettiert zugunsten der totalen Deutungshoheit der beliebig manipulierbaren unbrauchbaren RT-PCR-Test-„Fallzahlen“. Jemanden, der einen positiven Corman-

Drosten-RT-PCR-Test hatte als genesen zu bezeichnen, nicht aber Menschen mit nachgewiesenen Antikörpern und / oder T-Zell-Immunität gegenüber SARS-CoV-2, ist wissenschaftlich falsch!

Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Medienschaffende!

Sollten Ihnen unsere Ausführungen zu lang oder zu kompliziert erscheinen, betrachten Sie bitte wenigstens eingehend dieses Bild, das mehr sagt als tausend Worte.



Nur schon ein kurzer Blick auf die Fast-Echtzeit-Überwachung der Intensivpflegebelegung – Intensive Care Unit, ICU, bedeutet auf deutsch Intensivpflegestation, IPS – der ETH Zürich entlarvt den fundamentalen Fehler des herrschenden Corona-Narratives.

In jeder angeblichen Welle geschieht dasselbe. Völlig synchron und im fast gleichen Ausmass zum Ansteigen der Anzahl COVID-Patienten, gelbe Kurve, fällt die Anzahl Non-COVID-Patienten, grüne Kurve, in den Intensivstationen ab, obwohl während der gesamten angeblichen Epidemie hohe Reserven an Intensivbetten, gestrichelte Kurve, bestehen. Am Ende jeder angeblichen Welle geschieht dasselbe in umgekehrter Richtung.

Entweder glauben wir, dass eine übernatürliche Instanz im Moment des Eintritts eines COVID-Patienten in eine Intensivstation eine nicht notfallmässige schwere Operation, eine anderweitig bedingte virale Pneumonie, eine bakterielle oder Pilzpneumonie, einen Herzinfarkt, eine zentrale Lungenembolie, einen Hirnschlag oder einen schweren Autounfall mit zahlreichen Schwerverletzten verschiebt. Oder es wird beim Eintritt ins Spital jeder Patient mit dem für diagnostische Zwecke ungeeigneten RT-PCR-Test auf SARS-CoV-2 getestet – würfeln wäre günstiger. Je nach Testresultat



Medizin und Wissenschaft für Verhältnismässigkeit
Médecine et science pour l'application de mesures proportionnées
Medicina e scienza per l'applicazione di misure proporzionate

wird er oder sie der grünen, Non-COVID-Patienten, oder der gelben, COVID-Patienten, Kurve zugeteilt, respektive werden andere Diagnosen oft mit der Fehldiagnose COVID-19 versehen. Dieser Fehler geschieht weniger in den Intensivstationen selbst, als vielmehr bei der Direktmeldung durch

die Labors an das BAG, welches den Medien diese und alle anderen nichtssagenden „Fallzahlen“ rapportiert, die uns rund um die Uhr mit ihnen bombardieren.

Zumindest seit April 2020 verändert sich die Gesamtzahl der IPS-Patienten, schwarze Kurve, durch diesen fundamentalen Fehler des Corona-Narratives wenig. Dies erklärt auch, weshalb die Intensivstationen in keinem einzigen Land überlastet waren, egal ob es im Verhältnis zur Bevölkerung fast dreimal mehr IPS-Betten, beispielsweise in Deutschland, oder nur etwa halb so viele, beispielsweise in Schweden, gibt wie in der Schweiz.

Die Verantwortlichen dürften dies gewusst haben, sonst hätten sie seit April 2020 nicht weltweit IPS-Kapazitäten abgebaut, in der Schweiz von über 1500 auf unter 900, sondern weitere aufgebaut. Anstatt 100 Steuer-Milliarden von unten und der Mitte nach ganz oben umzuverteilen, hätten wir empfohlen, einen Bruchteil davon in die Rekrutierung aus dem Berufsleben ausgeschiedenen IPS-Personals und in die Erhöhung der Pensen Teilzeit arbeitenden IPS-Personals zu investieren.

Sollten Sie eine bessere Erklärung für die fast perfekte Symmetrie der gelben und grünen Kurven mit einer zwischen beiden gelegenen imaginären Spiegelachse haben, sind wir die Ersten, welche diese genau prüfen und sich für unsere, dann Fake News, öffentlich entschuldigen werden.

Derzeit scheinen die COVID-Patienten wieder anzusteigen, die Non-COVID-Patienten zum ersten Mal nicht synchron abzufallen, sondern eher weiter anzusteigen. Wir hoffen und wünschen uns, dass letzteres nicht Ausdruck schwerer Nebenwirkungen der experimentellen mRNA-Injektionen ist.

Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Medienschaffende!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und gebe das Wort weiter an Rechtsanwalt Philipp Kruse.