

Bowling für Pfizer: Wer steckt hinter dem BioNTech-Impfstoff?

Posted on DECEMBER 9, 2020 Kategorien Biopolitik



Von der Entwicklung bis zur Freigabe

Ende November wurde bekannt, dass die Oxford Vaccine Group die klinische Studie, die ihrem Impfstoff gegen COVID-19 eine Wirksamkeit von 90 Prozent bescheinigte, ausschließlich an Freiwilligen im Alter von 55 Jahren und darunter durchgeführt hatte und damit genau die Bevölkerungsgruppe ausschloss, die am meisten von der Krankheit bedroht war. Die Aktien des Geschäftspartners, des britisch-schwedischen multinationalen Pharmakonzerns AstraZeneca, fielen innerhalb einer Woche um 6 Prozent, und das Rennen, als Erster einen Impfstoff auf die Welt zu bringen, war wieder eröffnet. Dieses hat inzwischen der US-Multi Pfizer, nach Umsatz das zweitgrößte Pharmaunternehmen der Welt, gewonnen. Wie GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Moderna, Roche, Sanofi und die anderen 23 Unternehmen, die an Behandlungsmethoden und Impfstoffen gegen das Coronavirus arbeiten, hatte Pfizer bereits im Mai mit Tests begonnen, in ihrem Fall mit einem Impfstoff, der von dem deutschen Biotechnologieunternehmen BioNTech entwickelt wurde. Im Juli erklärte der Vorstandsvorsitzende von Pfizer, Dr. Albert Bourla, dass Unternehmen im privaten Sektor, die einen Impfstoff gegen COVID-19 herstellen, einen Gewinn erzielen sollten, und wies Vorschläge, dass sie das nicht tun sollten, als "fanatisch" und "radikal" zurück. Im selben Monat wurden die Versuche mit dem BioNTech-Impfstoff von der US Food and Drug Administration (FDA) beschleunigt, und Pfizer vereinbarte mit der US-Regierung einen Vertrag über 1,95 Milliarden Dollar für die Produktion von 100 Millionen Dosen. Der US-Deal sieht einen Preis von 39 US-Dollar für zwei Dosen vor, und Pfizer erklärte, dass es die Preise für andere Industrieländer erst dann senken würde, wenn das Coronavirus von der Weltgesundheitsorganisation nicht mehr als "Pandemie" eingestuft wird. Im September gab Pfizer bekannt, dass es sich bereit erklärt hat, zunächst 200 Millionen Impfstoffdosen an die Europäische Union zu liefern, und erwartet, bis Ende 2021 weltweit etwa 1,3 Milliarden Dosen zu produzieren.

Im Oktober begann Pfizer, den BioNTech-Impfstoff an Kindern ab 12 Jahren zu testen. Im November behauptete Pfizer, ihr Impfstoff sei "zu 95 Prozent wirksam", und beantragte bei der FDA eine Notfallzulassung, die weniger Daten als Standardzulassungen erfordert und auf der Grundlage eines niedrigeren Beweisstandards erteilt wird.

95 Prozent Wirksamkeit bedeutet jedoch nicht, dass 95 von 100 Geimpften vor COVID-19 geschützt sind. Pfizer führte ihre klinische Studie an fast 38.000 Menschen durch, nahm diejenigen, die innerhalb einer Woche nach der zweiten Dosis Symptome von COVID-19 zeigten, und testete sie auf SARS-CoV-2, um die Diagnose zu bestätigen. Von diesen Personen hatten 172, die positiv getestet wurden, eine Placebo-Impfung erhalten, während nur 9 den BioNTech-Impfstoff erhalten hatten. Obwohl der Prozentsatz der Freiwilligen, die erkrankten, sowohl in der geimpften als auch in der Placebogruppe winzig war (0,04 % bzw. 0,83 %), wurde der relative Unterschied zwischen ihnen als "Wirksamkeit" des Impfstoffs berechnet. Wenn es keinen Unterschied zwischen ihnen gäbe, wäre die Wirksamkeit gleich Null; wenn keiner der Erkrankten geimpft worden wäre, wäre die Wirksamkeit 100 Prozent. Im Gegensatz dazu unterscheidet sich die tatsächliche Wirksamkeit des Impfstoffs unter realen Bedingungen stark von der aus solchen klinischen Studien errechneten Wirksamkeitsangabe. Wie die AstraZeneca-Studie mit Personen ausschließlich unter 55 Jahren gezeigt hat, stellen die Probanden wahrscheinlich eine ganz andere Bevölkerungsgruppe dar als die Menschen, die den Impfstoff aufgrund ihres Alters oder ihrer Gebrechlichkeit wahrscheinlich benötigen. In der Pfizer-Studie waren 42 Prozent über 55 Jahre alt, und 20 Prozent hatten mindestens eine Begleiterkrankung. Im Gegensatz dazu waren von den 41.600 Todesfällen in englischen Krankenhäusern, die auf COVID-19 zurückzuführen waren, 92 Prozent über 59 Jahre alt und über 95 Prozent hatten Komorbiditäten. Nicht nur das, sondern nach der ersten Dosis war der Unterschied zwischen denen, die den Impfstoff erhielten, und denen, die ein Placebo erhielten, weitaus geringer: 50 "Fälle" von COVID-19 bei den Ersteren und 275 bei den Letzteren, was die Wirksamkeit des Impfstoffs auf 82 Prozent reduzierte. Zwischen der ersten und der zweiten Dosis war der Unterschied noch geringer, nämlich 39 zu 82, was zu einer Wirksamkeit des Impfstoffs von nur 52 Prozent führte. Da zudem bis zu 80 Prozent der Infektionen mit SARS-CoV-2 asymptomatisch verlaufen, gab es in der klinischen Studie von Pfizer zweifellos weit mehr Menschen, die sich nach der Einnahme des Impfstoffs mit SARS-CoV-2 infizierten, aber keine Symptome zeigten. Vor allem aber - und das ist angesichts all der Beweise, die gegen seine Genauigkeit und Eignung für einen solchen Zweck sprechen, ziemlich unglaublich - wurde die gesamte klinische Studie mit dem RT-PCR-Test (reverse transmission-polymerase chain reaction) durchgeführt. Die entscheidendste und bisher unbeantwortete Kritik, der *Corman-Drosten Peer Review Report*, der am 27. November von einem internationalen Konsortium von Wissenschaftlern aus dem Bereich der Lebenswissenschaften veröffentlicht wurde, bezeichnete die Protokollempfehlungen zu den RT-PCR-Tests als mit "10 großen wissenschaftlichen Mängeln auf molekularer und methodischer Ebene" behaftet, um eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachzuweisen, zu identifizieren oder zu diagnostizieren. Nichts davon spiegelt sich in Pfizers Behauptung einer "95-prozentigen Wirksamkeit" für den BioNTech-Impfstoff wider, die von den Medien in aller Welt unkritisch übernommen wurde.

Unbeeindruckt davon hat die britische Regierung am 2. Dezember als erstes Land der Welt den Impfstoff COVID-19 für den Notfalleinsatz zugelassen, obwohl die Studien zu den unbekannten Langzeiteffekten des Impfstoffs nach nur sieben Monaten klinischer Erprobung noch andauern. Wichtig ist, dass weder für den Impfstoff von Pfizer-BioNTech noch für die von AstraZeneca und Moderna entwickelten Impfstoffe nachgewiesen wurde, dass sie eine Infektion verhindern oder die Übertragung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung reduzieren. Die Regierung, die dies zur Bedingung für die Aufhebung der Beschränkungen in Großbritannien macht, hat also, wie so viele ihrer anderen Aussagen, keine wissenschaftliche Grundlage und wird wahrscheinlich darauf verzichten, sobald genügend Menschen den Impfstoff genommen haben, um ihn zu einer

Bedingung für den Zugang zum öffentlichen Leben zu machen. Darüber hinaus verwenden sowohl der Pfizer- als auch der Moderna-Impfstoff eine neue und experimentelle mRNA-Technologie (Boten-Ribonukleinsäure), bei der die viralen Proteinspitzen mit synthetischem Genmaterial kodiert werden, und die noch nie für die Anwendung am Menschen zugelassen wurde. Die Instabilität des Pfizer-Impfstoffs bedeutet auch, dass er bei minus 70 Grad Celsius gelagert werden muss, was für die nicht lizenzierten Großhändler, die durch die Human Medicines (Coronavirus and Influenza) (Amendment) Regulations 2020 neu autorisiert wurden, eine erhebliche Herausforderung für den Transport darstellen wird. Und dennoch wurde der nicht lizenzierte Impfstoff von Pfizer-BioNTech trotz all dieser Bedenken und Unbekannten am 8. Dezember in Großbritannien freigegeben, wo er nach Änderungen in denselben Verordnungen von nicht registrierten medizinischen Fachkräften verabreicht und von der Firma, die ihn herstellt, beworben, beworben und die Öffentlichkeit über seine Verwendung und Sicherheit informiert werden kann.

Pfizer Inc.

Das Ergebnis dieser Entscheidung war unmittelbar. Am Montag, den 9. November, dem Tag, an dem Pfizer die 95-prozentige Wirksamkeit des Impfstoffs verkündete, war der Aktienkurs des Unternehmens um 15 Prozent gestiegen, von 36,40 Dollar pro Aktie am Freitag zuvor auf 41,94 Dollar pro Aktie, und der CEO von Pfizer verkaufte prompt 132.508 Aktien für rund 5,6 Millionen Dollar. Allein mit dieser dubiosen Ankündigung hat sich Dr. Bourla also 734.000 Dollar verdient.

Er behält aber immer noch 81.812 Aktien und ist von seinem Börsenmakler gut beraten, dies zu tun. Von einem Aktienkurs von \$27,48 am 23. März, dem Tag, an dem die erste Sperre in Großbritannien verhängt wurde, schlossen die Aktien von Pfizer bei \$42,56.

In einem Interview mit CNBC News im September sagte der CEO von Pfizer, dass jeder, der sich weigert, den Impfstoff zu nehmen, zum "schwachen Glied wird, das es dem Virus ermöglicht, sich zu replizieren", und versicherte der Öffentlichkeit, dass "wir unser Produkt entwickeln, unseren Impfstoff unter Verwendung der höchsten ethischen Standards entwickeln". Das ist eine gefährliche Behauptung, selbst für einen CEO und Investor, der mit diesem Impfstoff Millionen verdient, denn Pfizer hat eine lange Geschichte, in der es riesige Summen in außergerichtlichen Vergleichen gezahlt hat, um nicht nur Ansprüche in Zivilprozessen zu vermeiden, sondern auch strafrechtliche Anklagen, die aus der betrügerischen Werbung, der nicht genehmigten Verschreibung und der Verletzung, einschließlich des Todes, durch die Verwendung ihrer Produkte resultierten, sowie Millionen an Zahlungen und Bestechungsgeldern an Ärzte und Wissenschaftler, damit sie diese verschreiben, testen, genehmigen und der Öffentlichkeit empfehlen. Werfen wir also einen Blick darauf, was Albert Bourla mit den "ethischen Standards" von Pfizer meint.

- 1992 stimmte Pfizer zu, zwischen 165 und 215 Millionen Dollar zu zahlen, um Klagen wegen des Bruchs der Bjork-Shiley Convexo-Concave-Herzklappe beizulegen, der bis 2012 zu 663 Todesfällen geführt hat.
- 1996 führte Pfizer eine nicht genehmigte klinische Studie an 200 nigerianischen Kindern mit seinem experimentellen Medikament gegen Meningitis, Trovafoxacin, ohne die Zustimmung der Eltern durch, was zum Tod von 11 Kindern durch Nierenversagen führte und Dutzende weitere behindert zurückließ. Im Jahr 2011 zahlte Pfizer nur 700.000 Dollar an vier Familien, die ein Kind verloren hatten, und richtete einen 35-Millionen-Dollar-Fonds für die Behinderten ein. Diese Vertuschung war die Grundlage für das Buch und den Film von John Le Carré, *The Constant Gardener*.
- Im Jahr 2004 wurde die Pfizer-Tochtergesellschaft Warner-Lambert zu einer Geldstrafe in Höhe von 430 Millionen US-Dollar verurteilt, um strafrechtliche Anklagen und zivilrechtliche Haftungen für die betrügerische Werbung für das Epilepsie-Medikament Neurontin zu klären, bei der Ärzte bezahlt und bestochen wurden, damit sie das Medikament für Anwendungen verschrieben, die von der Food and Drug Administration nicht genehmigt waren.
- Im Jahr 2009 gab Pfizer 25,8 Millionen Dollar für Lobbyarbeit bei Gesetzgebern im Kongress und bei Bundesbehörden wie dem Department of Health and Human Services aus. Aber seine Ausgaben für Lobbyarbeit auf Bundesebene zwischen 2006 und 2014 beliefen sich auf \$89,89 Millionen. Im letzten Jahr gab das Unternehmen 11 Millionen Dollar für Lobbyarbeit bei der Bundesregierung aus.
- Im Jahr 2009 stellte Pfizer einen Rekord für den größten Betrugsvergleich im Gesundheitswesen und die größte strafrechtliche Geldstrafe jeglicher Art auf. Pfizer zahlte 2,3 Milliarden US-Dollar, um eine straf- und zivilrechtliche Haftung für die betrügerische Vermarktung seines entzündungshemmenden Medikaments Bextra zu vermeiden, dessen Zulassung von der FDA aufgrund von Sicherheitsbedenken verweigert worden war.
- Im Jahr 2009 zahlte Pfizer 750 Millionen Dollar, um 35.000 Klagen beizulegen, dass sein Diabetes-Medikament Rezulin für 63 Todesfälle und Dutzende von Leberversagen verantwortlich war. Im Jahr 1999 warnte ein leitender Epidemiologe der Food and Drug Administration, dass Rezulin "*eines der gefährlichsten Medikamente auf dem Markt*" sei.

- Im Jahr 2010 wurde Pfizer zur Zahlung von 142,1 Millionen US-Dollar Schadensersatz verurteilt, weil das Unternehmen durch den betrügerischen Verkauf und die Vermarktung von Neurontin für nicht von der FDA zugelassene Anwendungen, u. a. für Migräne und bipolare Störungen, gegen ein Bundesgesetz zur Bekämpfung von Betrug verstoßen hatte.
- Im Jahr 2010 gab Pfizer zu, dass es allein in den letzten 6 Monaten des Jahres 2009 20 Millionen Dollar an 4.500 Ärzte in den USA für Beratung und Reden in seinem Namen und 15,3 Millionen Dollar an 250 akademische medizinische Zentren für klinische Studien gezahlt hatte.
- Im Jahr 2012 zahlte Pfizer 45 Millionen Dollar, um den Vorwurf der Bestechung von Ärzten und anderen medizinischen Fachkräften, die von ausländischen Regierungen angestellt wurden, beizulegen, um Geschäfte zu gewinnen. Der Leiter der Foreign Corrupt Practices Act Unit der Securities and Exchange Commission Enforcement Division sagte: *"Pfizer-Tochtergesellschaften in mehreren Ländern hatten Bestechung so in ihre Verkaufskultur verwoben, dass sie Punkte- und Bonusprogramme anboten, um ausländische Beamte, die sich als ihre besten Kunden erwiesen, unzulässig zu belohnen"*.
- Bis 2012 hatte Pfizer 1,226 Milliarden Dollar gezahlt, um die Ansprüche von fast 10.000 Frauen beizulegen, dass sein Hormonersatztherapie-Medikament Prempro Brustkrebs verursacht.
- Im Jahr 2013 stimmte Pfizer zu, 55 Millionen US-Dollar zu zahlen, um die strafrechtlichen Vorwürfe zu begleichen, Patienten und Ärzte nicht vor den Risiken von Nierenerkrankungen, Nierenschäden, Nierenversagen und akuter interstitieller Nephritis zu warnen, die durch den Protonenpumpenhemmer Protonix verursacht werden.
- Im Jahr 2013 legte Pfizer 288 Millionen Dollar beiseite, um die Klagen von 2.700 Menschen beizulegen, dass sein Medikament zur Raucherentwöhnung, Chantix, Selbstmordgedanken und schwere psychische Störungen verursacht. Die Food and Drug Administration stellte anschließend fest, dass Chantix wahrscheinlich mit einem höheren Herzinfarktisiko verbunden ist.
- Im Jahr 2013 sprach sich Pfizer von den Vorwürfen frei, dass sein Antidepressivum Effexor angeborene Herzfehler bei den Kindern schwangerer Frauen verursachte, indem es argumentierte, dass der verschreibende Geburtshelfer für die Beratung der Patientin über die Verwendung des Medikaments verantwortlich war.
- Im Jahr 2014 zahlte Pfizer weitere 325 Millionen US-Dollar, um eine Klage von Leistungserbringern im Gesundheitswesen beizulegen, die behaupteten, dass das Unternehmen sein Epilepsie-Medikament Neurontin für von der FDA nicht zugelassene Zwecke vermarktet.
- 2014 zahlte Pfizer 35 Millionen Dollar, um einen Rechtsstreit beizulegen, in dem das Unternehmen beschuldigt wurde, das Nierentransplantationsmedikament Rapamune für nicht zugelassene Anwendungen zu bewerben, einschließlich der Bestechung von Ärzten, damit diese es Patienten verschreiben.
- Im Jahr 2016 wurde Pfizer zu einer Rekordstrafe von 84,2 Millionen Pfund verurteilt, weil es dem NHS für sein umbenanntes und dereguliertes Antiepilepsie-Medikament Phenytoin 2.600 Prozent zu viel berechnet hatte (von 2,83 Pfund auf 67,50 Pfund pro Kapsel), was die Kosten für die britischen Steuerzahler von 2 Millionen Pfund im Jahr 2012 auf etwa 50 Millionen Pfund im Jahr 2013 erhöhte.
- Im Mai 2018 waren immer noch 6.000 Klagen gegen Pfizer anhängig, in denen behauptet wird, dass seine Testosteronersatztherapieprodukte Schlaganfälle, Herzinfarkte, Lungenembolien und tiefe Venenthrombosen verursachen und in betrügerischer Weise an gesunde Männer für Anwendungen vermarktet wurden, die von der FDA nicht zugelassen sind.

In Anbetracht dieses Rekordes an andauernder Korruption und Fehlverhalten, von dem nur seine enormen Gewinne es vor strafrechtlicher Verfolgung bewahrt haben, scheint es außergewöhnlich, dass Pfizer immer noch erlaubt ist, irgendwelche Gesundheitsprodukte herzustellen und zu verkaufen. Dennoch ist dies das Pharmaunternehmen, dem wir von der britischen Regierung die Massenimpfung von 68 Millionen Menschen anvertrauen sollen, mit einem Produkt, das in 7 Monaten durch die klinischen Studien geeilt ist, mit einer experimentellen Technologie, die noch

nie zuvor zugelassen wurde und deren Nebenwirkungen noch unbekannt sind, für eine Krankheit mit der Todesrate der saisonalen Grippe, die statistisch gesehen nur für über 70-Jährige mit schweren Vorerkrankungen eine Bedrohung darstellt und für die es keine Beweise dafür gibt, dass sie eine Infektion mit einem Virus verhindert, für das derzeit nur 1 Prozent der Bevölkerung positiv getestet wird, mit einem Testprogramm, das eine durchschnittliche falsch-positive Rate von 2.3 Prozent hat, und gegen das irgendetwas von 50-60 Prozent von uns bereits Immunität hatte oder inzwischen entwickelt hat.

Die Verschwörungstheoretiker

Ebenso besorgniserregend ist vielleicht die Frage, wer und was die Impfung gegen COVID-19 für die gesamte britische Bevölkerung fördert - wenn nicht sogar vorschreibt. Um nur ein Beispiel für die riesige Propagandakampagne im Vorfeld der Freigabe dieses Impfstoffs zu nennen - die nicht nur von den Regierungen des Vereinigten Königreichs, Schottlands, Wales und Nordirlands, dem Ministerium für Gesundheit und Soziales, Public Health England, Schottland und Wales, dem National Health Service, der Regulierungsbehörde für Medizin und Gesundheitsprodukte, dem Premierminister, dem Gesundheitsminister, dem Ersten Minister von Schottland und den leitenden und stellvertretenden Chefarzten, sondern auch von allen privaten Zeitungen und Medien in Großbritannien - letzte Woche veröffentlichte der *Telegraph* einen Artikel mit dem Titel "Ist der COVID-Impfstoff sicher und wird er funktionieren? Drei Experten beantworten Ihre Fragen".

Diese drei Experten waren:

- Trudie Lang, Professorin für globale Gesundheitsforschung an der Universität Oxford, die sich mit der Entwicklung von Malaria-Impfstoffen beschäftigt und im Ebola-Impfstoff-Sicherheitsausschuss saß;
- Heidi Larson, Professorin für Anthropologie, Risiko- und Entscheidungswissenschaften an der London School of Hygiene and Tropical Medicine und Direktorin des Vaccine Confidence Project;
- Dr. Michael Fitzpatrick, Hausarzt und Autor von *MMR und Autismus: What Parents Need to Know*.

Wie ich in meinem Artikel "Brot und Spiele" berichtet habe: Who's Behind the Oxford Vaccine for COVID-19? berichtet habe, hat die Universität Oxford in den letzten zehn Jahren 208 Millionen Dollar an Zuschüssen von der Bill & Melinda Gates Foundation erhalten, darunter 11,64 Millionen Dollar für die Impfstoffentwicklung in den letzten drei Jahren. Genauer gesagt, hat das Global Health Research Programm von Professor Lang allein im Jahr 2020 7,68 Millionen Dollar von der BMGF erhalten. Die London School of Hygiene and Tropical Medicine wiederum hat von der Bill & Melinda Gates Foundation in den letzten zehn Jahren 190 Millionen Dollar an Zuschüssen erhalten, davon 5,8 Millionen Dollar in diesem Jahr, davon 1,5 Millionen Dollar für die Impfstoffentwicklung. Aber auch das Vaccine Confidence Project von Heidi Larson, dem in der BBC-Sendung Newsnight eine Plattform gegeben wurde, ohne dass die Interessenkonflikte offengelegt wurden, hat Gelder von den Impfstoffherstellern GlaxoSmithKline und Merck sowie von der Bill & Melinda Gates Foundation, dem Wellcome Trust, 3ie, Innovative Medicines Initiative und anderen erhalten.

Finanzieller Einfluss, selbst von der BMGF - die vor einem Jahrzehnt 10 Milliarden Dollar in Impfstoffe investierte und diesen Juni weitere 1,6 Milliarden Dollar in Gavi, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung, investierte - ist natürlich an sich kein Beweis für Einfluss auf die Meinungen und Urteile derjenigen, die finanziert werden. Aber in dem Telegraph-Interview mit diesen drei "Experten" gibt es zahlreiche Beispiele für Aussagen oder Schweigen, die einen solchen Einfluss zeigen. So antwortete Professor Lang auf die Frage, warum Pfizer die Daten aus seinen Studien immer noch nicht veröffentlicht hat: "Wenn man sich an eine Zulassungsbehörde wendet - die MHRA, die FDA oder die EMA - muss man absolut alles schicken, das Gute, das Schlechte, alles". Wie ich in Bread and Circuses, der 2013 durchgeführten Untersuchung des Public Accounts Committee über die Finanzierung, Vorenthaltung und selektive Prüfung der Daten

für das Grippemittel Tamiflu durch seinen Hersteller, den Schweizer Pharmakonzern Roche, berichtet habe, haben Regulierungsbehörden, einschließlich der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA), der WHO und der CDC, alle den Einsatz des Medikaments genehmigt, empfohlen und gefördert, ohne zuvor die zugrunde liegenden Daten geprüft zu haben. Etwas anderes zu behaupten, ist im besten Fall eine unverzeihliche Naivität oder Ignoranz bei einem ausgewiesenen "Experten", der eine solche Plattform erhält; im schlimmsten Fall ist es eine noch unverzeihlichere und vorsätzliche Lüge gegenüber der Öffentlichkeit. Im Laufe dieses Jahres wurden Ärzte und Wissenschaftler entlarvt, weil sie Entscheidungen darüber trafen, was die Öffentlichkeit ihrer Meinung nach wissen sollte, um sicherzustellen, dass das eingehalten wird, was sie oder die Regierung im Voraus als die beste Vorgehensweise beschlossen haben. Das klingt sehr nach einem weiteren Fall solcher Praktiken; aber es ist nicht Sache von Wissenschaftlern, die von globalen Investoren und Impfstoffherstellern finanziert werden, für uns zu entscheiden, welche Informationen wir haben sollten, bevor wir entscheiden, was wir in unseren Körper lassen. Vielleicht am aufschlussreichsten ist, dass weder diese Experten noch der Interviewer die brennende Frage aufwerfen, warum wir einen solchen Impfstoff brauchen und zu welchem Zweck. Schließlich hatte Dr. Michael Fitzpatrick in einem Artikel, der letzten Monat in der *Daily Mail* veröffentlicht wurde, Bedenken und Vorbehalte gegen einen Impfstoff, der so schnell von einem Pharmaunternehmen mit der Bilanz von Pfizer in Bezug auf Korruption, Bestechung und Fehlverhalten hergestellt wurde, verächtlich als "wilde Verschwörungstheorien und politische Propaganda" der "Anti-Vaxxer" abgetan. Das zeigt sehr deutlich, dass er auf der Seite der Angst steht und nicht der Wissenschaft, die durch Fragen vorankommt und nicht durch Drohungen, Verleumdungen und plumpe Versuche, diejenigen zum Schweigen zu bringen, die Fragen stellen. Da er ein Buch darüber geschrieben hat, ist es nicht verwunderlich, dass Dr. Fitzpatrick die Gelegenheit ergreift, um für ein Produkt zu werben; aber er zieht den Fall von Dr. Andrew Wakefield heran, der 1998 einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR) und neuropsychiatrischen Störungen wie Autismus vermutete. Dafür wurde er aus dem Arztregister gestrichen und als Verschwörungstheoretiker denunziert. Auf dieses Beispiel hatte auch der Labour-Abgeordnete Hilary Benn während der Unterhausdebatte über die Health Protection (Coronavirus, Restrictions) (All Tiers) (England) Regulations 2020 hingewiesen und damit manches wissende Lächeln und Kichern hervorgerufen. Aber Dr. Fitzpatrick sagt nichts, weder in der *Daily Mail* noch im *Telegraph*, über die weitaus zahlreicheren Fälle von Impfstoffen und anderen Medikamenten, bei denen schlüssig nachgewiesen wurde, dass sie Verletzungen, Behinderungen und Tod verursacht haben, nicht zuletzt durch die pharmazeutischen Unternehmen, die um die Entwicklung des Impfstoffs für COVID-19 konkurrieren, von denen ich einige in diesem Artikel aufgelistet habe. In dieser Hinsicht ist der Fall Wakefield ein Paradebeispiel dafür, wie der Vorwurf des "Verschwörungstheoretikers" benutzt wird, um berechtigte Bedenken über das Impfprogramm zum Schweigen zu bringen, die kein Wissenschaftler, geschweige denn Arzt, mit der Verachtung und Gewalt abtun sollte, die Dr. Fitzpatrick in diesem Artikel an den Tag legt. Leider ist er nicht der einzige, der solche Taktiken anwendet, die immer häufiger und aggressiver werden, je mehr Beweise gegen die tatsächliche Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch das Coronavirus vorliegen.

Begründeter Zweifel

Selbst wenn alle Daten aus den Studien aller COVID-19-Impfstoffe von Einzelpersonen und Institutionen untersucht würden, die nicht die finanziellen Verbindungen haben, die die bestehenden zu den Herstellern, Vertreibern und Investoren der Produkte haben, für deren Zulassung sie verantwortlich sind, bevor sie auf die Öffentlichkeit losgelassen werden; selbst wenn bewiesen werden könnte, dass es einen Bedarf für ein solches Programm der Massenimpfung für ein Virus gibt, das den Daten zufolge in der britischen Bevölkerung nicht mehr in signifikanter Zahl vorkommt und das keine Bedrohung für die Überlastung des NHS darstellt, um die wenigen zu behandeln, die durch seine Entwicklung zu COVID-19 gefährdet sind; selbst wenn das RT-

PCR-Testprogramm derzeit Amplifikationszyklus-Schwellenwerte verwendet, die weit höher sind (typischerweise 40, gemäß den Richtlinien von Public Health England, bis zu 40, um vom National Health Service als positiv "bestätigt" zu werden, und bis zu 45 in den Protokollen der Weltgesundheitsorganisation) als die, bei denen der Test infektiöse Viren nachweisen kann (nicht mehr als 30 Zyklen, um zuverlässig zu sein, mit 35 Zyklen und mehr, bei denen totes und nicht infektiöses Virus erkannt wird, was zu 97 Prozent falsch-positiven Ergebnissen führt), wurde durch einen ersetzt, der das angebliche Vorhandensein, die Verbreitung und die Gefahren des Virus beweist, auf dem die Behauptung der Notwendigkeit eines Impfstoffs für COVID-19 beruht; selbst wenn der Impfstoff nicht in einer unvorstellbar kurzen Zeit entwickelt worden wäre (der Rekord für einen Impfstoff liegt bei vier Jahren für Mumps, während nach vier Jahrzehnten ein Impfstoff für AIDS, an dem weltweit 32.7 Millionen weltweit getötet hat, immer noch nicht entwickelt wurde) und Studien über seine Langzeitnebenwirkungen sind per Definition noch nicht abgeschlossen und können nicht bekannt sein (innerhalb einer Woche nach der zweiten Dosis berichteten 16 Prozent der Teilnehmer zwischen 16 und 55 Jahren über Fieber zwischen 38 und 40 Grad, 35 Prozent hatten Schüttelfrost, 37 Prozent Muskelschmerzen, 52 Prozent Kopfschmerzen, 59 Prozent waren müde und 38 Prozent mussten Medikamente gegen Schmerzen oder Fieber einnehmen); selbst wenn Pharmafirmen und Angehörige der Gesundheitsberufe nicht schadlos gehalten, sondern für zivilrechtliche Ansprüche und strafrechtliche Verfolgung haftbar gemacht würden, die sich aus den negativen Folgen der Einnahme eines Impfstoffs ergeben, den sie entwickelt, getestet, hergestellt, genehmigt, beworben, vertrieben und verabreicht haben; selbst wenn die Verabreichung dieses Impfstoffs an 68 Millionen Menschen in Großbritannien ungeachtet der Bedrohung ihrer individuellen Gesundheit nicht ein irreversibler Einfall der schleichenden US-Kultur der Drogenabhängigkeit wäre, die von unermesslich reichen und räuberischen multinationalen Pharmafirmen gefördert wird, die Milliarden für Lobbyarbeit bei der britischen Regierung ausgeben; selbst wenn die Impfung nicht als Teil der zunehmend obligatorischen Programme und Technologien zur Überwachung und Kontrolle eingeführt würde, die in diesem Jahr auf der Grundlage der Bekämpfung dieses Virus eingeführt wurden und die das Vereinigte Königreich in einen totalitären Staat verwandeln, der durch Regierungsdekrete und polizeiliche Durchsetzung regiert wird; selbst wenn der Impfstoff auf freiwilliger Basis für die Gefährdeten zur Verfügung gestellt würde, wie jede saisonale Grippeimpfung, und nicht von der Regierung als Teil ihrer Drohung, unsere Menschenrechte und bürgerlichen Freiheiten einzuschränken, bis wir ihn in ausreichender Zahl einnehmen, oder die Einnahme des Impfstoffs zu einer Bedingung für unseren Zugang zum öffentlichen Leben, einschließlich Arbeit und Reisen, zu machen, oder sogar den Impfstoff der britischen Bevölkerung durch neue Gesetze aufzuzwingen, als Waffe eingesetzt würde; Selbst wenn all diese Bedingungen erfüllt wären - von denen keine in der gegenwärtigen Atmosphäre der Angst auch nur annähernd wahrscheinlich ist, und die alle eine unverhandelbare Voraussetzung für jede vernünftige Person sein sollten, bevor sie diesen Impfstoff einnimmt - bliebe immer noch die Frage, warum jeder Regierungsminister, jeder Wissenschaftler, der für Regierungsbehörden arbeitet, jede Zeitung, jede Nachrichtensendung, jede Social-Media-Plattform seit 10 Monaten eine Kampagne der Propaganda, Angst, Terror, Verleumdung, Fehlinformation, Lügen und Zensur gegen jeden und alles führt, der versucht, die offizielle Linie über diese Krise in Frage zu stellen oder zu widersprechen.

Wenn das Coronavirus so etwas wie eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen würde, die möglicherweise die vorübergehenden Beschränkungen rechtfertigen würde, die stattdessen unter seinem Deckmantel dauerhaft in unser Leben eingeführt wurden, gäbe es keinen Bedarf für das riesige Netz aus Täuschung, Erfindung und Manipulation, das um alles, was mit dieser Krise zu tun hat, gewoben wurde. Obwohl dies an sich kein Beweis ist - wovon es ein überwältigendes und unwiderlegbares Übergewicht gibt, von dem einige in den untenstehenden Artikeln gesammelt sind - ist dies vielleicht der stärkste Hinweis darauf, dass wir auf einem Niveau

und in einem Ausmaß belogen werden, das im Gegensatz zum Coronavirus wirklich als "beispiellos" bezeichnet werden kann.

Als notwendiges Korrektiv zu diesem Propaganda- und Zensurprogramm möchte ich mit diesen begründeten Zweifeln an genbasierten Impfstoffen wie dem von Pfizer schließen, wie sie Dr. Sucharit Bhakdi, emeritierter Professor für Medizinische Mikrobiologie und einer der meistzitierten Forscher der deutschen Geschichte, der 22 Jahre lang Vorsitzender des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz war, in dem von ihm gemeinsam mit Dr. Karina Reiss verfassten Buch Corona: Falscher Alarm?

Eine große potenzielle Gefahr von DNA-basierten Impfstoffen ist die Integration von Plasmid-DNA in das Zellgenom. Insertionsmutagenese tritt selten auf, kann aber zu einer realistischen Gefahr werden, wenn die Anzahl der Ereignisse sehr groß ist, d. h. wie bei einer Massenimpfung der Bevölkerung. Wenn die Insertion in Zellen des Fortpflanzungssystems erfolgt, wird die veränderte genetische Information von der Mutter auf das Kind übertragen. Weitere Gefahren von DNA-Impfstoffen sind die Bildung von Anti-DNA-Antikörpern und Autoimmunreaktionen.

Zu den Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit mRNA-Impfstoffen gehören systemische Entzündungen und mögliche toxische Effekte. Eine weitere immense Gefahr droht, die auch für mRNA-basierte Coronavirus-Impfstoffe gilt. Irgendwann während oder nach der Produktion des viralen Spikes muss damit gerechnet werden, dass Abfallprodukte des Proteins auf der Oberfläche der Zielzellen freigelegt werden. Die Mehrheit der gesunden Personen verfügt über Killer-Lymphozyten, die diese viralen Produkte erkennen. Es ist unvermeidlich, dass es zu Autoimmunangriffen gegen diese Zellen kommt. Wo, wann und mit welchen Auswirkungen dies geschehen wird, ist völlig unbekannt. Aber die Aussichten sind einfach erschreckend.

Dennoch haben Hunderte von Freiwilligen, die nie über diese unvermeidlichen Risiken informiert wurden, bereits Injektionen von DNA- und mRNA-Impfstoffen erhalten, die das Spike-Protein des Virus kodieren, und viele weitere werden bald folgen. Kein gentechnisch hergestellter Impfstoff hat bisher eine Zulassung für den Einsatz am Menschen erhalten, und die derzeitigen Coronavirus-Impfstoffe wurden nicht, wie normalerweise von internationalen Vorschriften gefordert, präklinisch getestet. Gesetze und Sicherheitsvorschriften wurden auf eine Weise umgangen, die unter normalen Umständen niemals möglich wäre.'

Anhang 1: RT-PCR-Testprotokolle

Am 17. Januar, eine Woche vor der Veröffentlichung durch *Eurosurveillance*, veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation im Rahmen ihrer empfohlenen Protokolle für RT-PCR-Tests das Corman-Drosten-Papier "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR", in dem 45 Zyklen der thermischen Amplifikation von Proben empfohlen werden, weit mehr als die Anzahl der Zyklen, mit denen infektiöse Viren zuverlässig nachgewiesen werden können. Aber das Corman-Drosten-Papier ist nicht das einzige, das solche übertriebenen und unzuverlässigen Zyklus-Schwellenwerte (Ct) empfiehlt. Am 11. Januar hatte die WHO das Papier des Institut Pasteur in Paris, "Protocol: Real-time RT-PCR assays for the detection of SARS-CoV-2", in dem außerordentliche 50 Amplifikationszyklen empfohlen wurden. Ebenfalls am 23. Januar empfahl das Department of Medical Sciences des thailändischen Gesundheitsministeriums in seinem Protokolldokument "Diagnostic detection of Novel coronavirus 2019 by Real time RT-PCR" 45 Zyklen. Am 15. März veröffentlichte die WHO dann das Protokoll der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Infection (CDC), 'CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel', in dem alles bis zu 40 Ct als positives Ergebnis angegeben wurde. Die WHO veröffentlichte auch ein Papier der LKS Faculty of Medicine, School of Public Health in Hongkong, 'Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases by RT-PCR', das ebenfalls einen Ct von 40 empfahl. Ebenso wie das National Institute of Infectious Diseases in Japan in einem Erratum zu ihrem Bericht

"Detection of second case of 2019-nCoV infection in Japan". Tatsächlich empfiehlt keines der von der WHO angenommenen, veröffentlichten und empfohlenen Protokolle einen Zyklusschwellenwert von weniger als 40.

Warum sind diese Protokolle wichtig? Bereits am 22. Mai wurde in einem Artikel der Infectious Diseases Society of America (IDSA) mit dem Titel "Predicting infectious Severe Acute Respiratory Disease Syndrome Coronavirus 2 from Diagnostic Samples" berichtet, dass infektiöse Viren nur bei PRT-CR-positiven Tests mit weniger als 24 Amplifikationszyklen nachgewiesen wurden. Dies wurde am 4. August bestätigt, als Wissenschaftler des Centre for Evidence-based Medicine der Universität Oxford in einer Arbeit mit dem Titel "Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment. Systematic review" berichteten, dass bei RT-PCR-Tests, die mehr als 30 Zyklen thermischer Amplifikation verwenden, das nachgewiesene Virus tot und somit nicht infektiös war. In jüngerer Zeit, am 28. September, wurde ein weiteres Papier von der IDSA veröffentlicht, 'Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction-Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates', die über die Ergebnisse von 250.566 RT-PCR-Tests auf SARS-CoV-2 an 179.151 Personen berichtet, kam zu dem Schluss, dass bei einem Cycle Threshold (Ct) von 25 bis zu 70 Prozent der positiven Ergebnisse echte Positive sind - also Proben, aus denen sich ein Virus kultivieren lässt; Bei einem Ct von 30 sinkt dieser Anteil auf 20 Prozent; und bei einem Ct von 35 sind nur noch 3 Prozent der positiven Tests echt positiv. Und erst kürzlich, am 27. November, stellte ein International Consortium of Scientists of Life Scientists (ICSLS) in "External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results" fest, dass bei einem positiven RT-PCR-Test ab 35 Amplifikationszyklen "die Wahrscheinlichkeit, dass die besagte Person tatsächlich infiziert ist, weniger als 3 Prozent beträgt", und "die Wahrscheinlichkeit, dass das besagte Ergebnis ein falsches Positiv ist, 97 Prozent beträgt". Diese Übersichtsarbeit findet weit mehr Fehler im Corman-Drosten-Protokoll - einschließlich seines Versagens, zwischen Fragmenten toter Viren und intakten, infektiösen Viren zu unterscheiden; zwischen SARS-CoV-2 und anderen Coronaviren; und viele andere Fehler, die den RT-PCR-Test als diagnostisches Werkzeug ungeeignet machen, entweder für die Identifizierung von SARS-CoV-2 oder um Rückschlüsse auf das Vorhandensein einer Infektion zu ziehen - aber ich werde nicht versuchen, diese hier zusammenzufassen.

Es stellt sich auch die Frage nach Interessenkonflikten, die bei der Reaktion der britischen Regierung auf die Coronavirus-Krise endemisch ist. Dr. Christian Drosten, einer der Autoren des Corman-Drosten-Papiers, ist auch Herausgeber von *Eurosurveillance*, der Zeitschrift, die es innerhalb eines einzigen Tages nach seiner Einreichung veröffentlichte. Er ist außerdem der wissenschaftliche Chefberater der deutschen Regierung von Angela Merkel - das Äquivalent zu Patrick Vallance in Großbritannien. Sein Mitautor, Olfert Landt, ist der Geschäftsführer von TIB-Molbiol, der Berliner Biotech-Firma, die bereits im Februar Real-Time RT-PCR-Tests auf der Basis des Protokolls im Corman-Drosten-Manuskript herstellte, die anschließend von Roche in dreistelliger Millionenhöhe vertrieben wurden. Eine weitere Mitautorin, Chantal Ruesken, ist ebenfalls Redakteurin bei *Eurosurveillance*; und ein weiterer, Marco Kaiser, ist wissenschaftlicher Berater von TIB-Molbiol. Keiner dieser Interessenkonflikte wurde bei der Veröffentlichung des Corman-Drosten-Berichts deklariert, weder von *Eurosurveillance* noch von der Weltgesundheitsorganisation, und zwei Monate nach der Aufforderung durch Dr. Pieter Borger, einem der Autoren des ICSLS-Reviews, der *Eurosurveillance* in einem offenen Brief aufforderte, das Papier zurückzuziehen, ist keine Peer-Review des Papiers erfolgt.

Trotz dieser Fragen über die Verwendung von RT-PCR-Tests zur Ermittlung der Infektionsraten mit SARS-CoV-2 oder der Todesfälle durch COVID-19 hat der National Health Service am 16. März, dem Beispiel der WHO folgend, in seiner "Guidance and standard operating procedure: COVID-19 virus testing in NHS laboratories" eine Zyklusamplifikationsschwelle von 45

empfohlen, wobei alles unter 40 als "bestätigtes" Positiv angesehen werden sollte. Befolgen" ist jedoch nicht das richtige Wort für die Rolle Großbritanniens bei der Festlegung dieser absichtlich irreführenden Protokolle, die nur zu einer großen Anzahl falsch positiver Ergebnisse führen können. Eine weitere Mitautorin des Corman-Drosten-Papiers war Maria Zambon, Professorin für Virologie am Imperial College London, der Institution, die für die ebenso übertriebenen Schätzungen der Todesfälle durch COVID-19 verantwortlich ist, Direktorin der Referenzmikrobiologie bei Public Health England und ebenfalls eines der wichtigsten Mitglieder der wissenschaftlichen Beratungsgruppe für Notfälle. Und noch im Oktober, in "Understanding cycle threshold (Ct) in SARS-CoV-2 RT-PCR: A guide for health protection teams" (Ein Leitfaden für Gesundheitsschutzteams) gab ihr Arbeitgeber, Public Health England, die Exekutivagentur des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, denjenigen, die die Tests durchführen, den Rat, dass "ein typischer RT-PCR-Assay maximal 40 thermische Zyklen hat", räumte aber auch ein, dass solche Tests "nicht in der Lage sind zu unterscheiden, ob ein infektiöses Virus vorhanden ist".

Addendum 2: Gesamttodesfälle

Nach den neuesten Zahlen des Office for National Statistics gab es in der Woche, die am 4. Dezember 2020 endete, 12.303 Todesfälle aus allen Ursachen in England und Wales, 1.345 mehr als in der gleichen Woche des letzten Jahres. Dies ist bemerkenswert, nicht weil es ein "Beweis" für eine Epidemie ist, die einen Impfstoff erfordert, sondern weil es im Gegenteil zeigt, warum die derzeitige Abriegelung mit sogenannten "Fällen" und nicht mit Todesfällen begründet wird. Zunächst einmal wurden in der gleichen Woche dieses Jahres 2.835 Todesfälle auf COVID-19 zurückgeführt. Damit bleiben 9.468 Todesfälle aus allen anderen Ursachen, das sind 1.490 Todesfälle weniger als in der gleichen Woche des letzten Jahres. In jeder anderen Hinsicht haben wir also die niedrigste Sterblichkeitsrate seit Jahren zu verzeichnen. Die durchschnittliche Anzahl der Todesfälle in dieser Woche über die letzten 5 Jahre - also vor COVID-19 - beträgt 10.695. In diesem Jahr sind also die Todesfälle aus allen Ursachen in dieser Woche 1.227 weniger als der Durchschnitt.

Das ist bemerkenswert, denn laut dem Office for National Statistics über Todesfälle in Privathaushalten gab es zwischen dem 14. März und dem 11. September dieses Jahres in England einen Anstieg von 25,9 Prozent gegenüber dem Fünfjahresdurchschnitt bei den Todesfällen durch Herzkrankheiten, einen Anstieg von 85,5 Prozent bei den Todesfällen durch Diabetes und einen Anstieg von 79 Prozent bei den Todesfällen durch Demenz und Alzheimer-Krankheit. Es gab einen 29-prozentigen Anstieg der Todesfälle durch Lungenkrebs bei Männern und einen 40-prozentigen Anstieg bei Frauen. Die Todesfälle durch Darmkrebs stiegen bei Männern um 46 Prozent und die durch Prostatakrebs um 53 Prozent, während bei Frauen die Todesfälle durch Brustkrebs um 47 Prozent zunahmen. Diese enormen Zuwächse, die zu 24.387 über dem 5-Jahres-Durchschnitt liegenden Todesfällen in Privathaushalten in England führten, wurden durch eine 22,4-prozentige Verringerung der Zahl der Menschen, die im Krankenhaus starben, leicht ausgeglichen; aber nicht genug, um diese 4.000 überzähligen Todesfälle pro Monat für 6 Monate auszugleichen, die durch den Entzug und die Reduzierung der medizinischen Versorgung bei lebensbedrohlichen Krankheiten unter den durch das Coronavirus gerechtfertigten Einschränkungen verursacht wurden.

Das wirft die Frage auf, wo all diese überschüssigen Todesfälle durch Herzkrankheiten, Demenz, Krebs, Diabetes und die anderen Haupttodesursachen in England und Wales geblieben sind? Woran liegt es, dass wir, abgesehen von den Todesfällen, die COVID-19 zugeschrieben werden, in diesem Jahr so erstaunlich gesund sind?

Ebenso bemerkenswert ist, dass es in der gleichen Woche nur 893 Todesfälle durch andere Atemwegserkrankungen als COVID-19 gab, das sind 673 Todesfälle weniger als in der gleichen Woche des letzten Jahres. Warum hat sich die Atemwegsgesundheit der Bevölkerung von England und Wales in diesem Jahr so dramatisch verbessert? Tatsächlich ist die Zahl der Todesfälle durch andere Atemwegserkrankungen als COVID-19 seit November dieses Jahres rückläufig, was wohl das erste Mal in der aufgezeichneten Medizingeschichte ist, dass dies der Fall ist.

Wenn wir uns das Alter der 1.345 zusätzlichen Todesfälle in der Woche, die am 4. Dezember endete, im Vergleich zur gleichen Woche im letzten Jahr ansehen, waren 393 Personen 85 Jahre und älter, 361 waren zwischen 75-84 und 277 waren zwischen 65-74, was 77 Prozent der gesamten überschüssigen Todesfälle ausmacht. Ist es in Anbetracht der Statistiken über die Zunahme der Todesfälle durch Krebs, Herzkrankheiten, Diabetes und Demenz in diesem Jahr, die durch die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung im Rahmen des Lockdowns verursacht wurden, wahrscheinlicher, dass diese überzähligen Todesfälle von Menschen im Alter von 65 Jahren und älter auf COVID-19 oder auf diese anderen Todesursachen zurückzuführen sind? Ich würde sagen, dass angesichts der Tatsache, dass RT-PCR-Tests mit Amplifikationen verwendet werden, die weit über ihre Fähigkeit hinausgehen, irgendetwas anderes als Spuren von toten Viren nachzuweisen, es wahrscheinlich ist - in der Tat ist es fast sicher -, dass das, was sie als "COVID-Todesfälle" diagnostizieren, in Wirklichkeit die überzähligen Todesfälle sind, die durch die Lockdown-Einschränkungen verursacht werden.

Wenn irgendjemand eine Erklärung dafür geben kann, warum wir uns in einem Jahr, in dem die medizinische Versorgung reduziert oder einer Bevölkerung entzogen wurde, die anhaltenden Angriffen der Regierung auf ihre geistige und körperliche Gesundheit ausgesetzt ist, - abgesehen von Todesfällen, die COVID-19 zugeschrieben werden - in einer so außergewöhnlichen Gesundheit befinden, würde ich sie gerne hören. Was diese Zahlen ganz im Gegenteil nahelegen, ist, dass die Zehntausende von überzähligen Todesfällen, die durch die Restriktionen verursacht wurden, die angeblich eingeführt wurden, um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 einzudämmen, absichtlich COVID-19 zugeschrieben werden, um die Fortsetzung der Restriktionen zu rechtfertigen, die weiterhin mehr Todesfälle verursachen werden.

Simon Elmer

Architekten für sozialen Wohnungsbau

Weitere Lektüre vom gleichen Autor:

Five Stories Under Lockdown

Brot und Spiele: Wer steckt hinter dem Oxford-Impfstoff für COVID-19?

Der Verrat der Clerks: Britische Intellektuelle im Dienste des Biosicherheitsstaates

Freudenfeuer der Freiheiten: Die unrechtmäßige Ausübung von Befugnissen aus dem Public Health (Control of Disease) Act 1984

Wenn das Haus brennt: Giorgio Agamben über die Coronavirus-Krise

Die Infektion der Wissenschaft durch die Politik: Ein Nobelpreisträger und Biophysiker über die Coronavirus-Krise

Die neue Normalität: Was ist der Zustand der Biosicherheit in Großbritannien? (Teil 2.

Normalisierung der Angst)

Die neue Normalität: Wie ist es um die Biosicherheit in Großbritannien bestellt? (Teil 1.

Programme und Vorschriften)

Die Wissenschaft und das Recht der Verweigerung des Maskentragens: Texte und Argumente zur Unterstützung des zivilen Ungehorsams

Abriegelung: Kollateralschäden im Krieg gegen COVID-19

Der Ausnahmezustand als Paradigma der Regierung: Coronavirus-Gesetzgebung, Implementierung und Durchsetzung
Konsens herstellen: Die Registrierung von COVID-19-Todesfällen in Großbritannien
Giorgio Agamben und die Bio-Politik von COVID-19
Guten Morgen, Coronazombies! Tagebuch eines biopolitischen Krisenereignisses
Coronazombies! Infektion und Verleugnung im Vereinigten Königreich
Sprache ist ein Virus: SARs-CoV-2 und die Wissenschaft der politischen Kontrolle
Soziologie einer Seuche: Alter, Klasse und Sterblichkeit in der Coronavirus-Pandemie
COVID-19 und Kapitalismus
Architects for Social Housing ist eine Community Interest Company (Nr. 10383452). Obwohl wir gelegentlich minimale Honorare für unsere Entwurfsarbeit erhalten, ist der größte Teil unserer Arbeit unentgeltlich und wir haben keine Quelle für öffentliche Finanzierung. Wenn Sie unsere Arbeit, einschließlich der Recherche für diese Artikel, finanziell unterstützen möchten, spenden Sie bitte über PayPal:

[Make A Donation](#)

Quelle: <https://architectsforsocialhousing.co.uk/2020/12/09/bowling-for-pfizer-whos-behind-the-biontech-vaccine/>
20210405 DT (<https://stopreset.ch>)

Bowling for Pfizer: Who's Behind the BioNTech Vaccine?

Posted on DECEMBER 9, 2020 Categories Biopolitics



From Development to Approval

At the end of November, it was revealed that the Oxford Vaccine Group had conducted the clinical trial showing its vaccine for COVID-19 had an efficacy of 90 per cent exclusively on volunteers aged 55 and below, thereby excluding precisely the demographic most at risk from the disease. Shares in its business partner, the British-Swedish multinational pharmaceutical company

AstraZeneca, dropped 6 per cent in one week, and the race to be the first to release a vaccine on the world was back on. This has since been won by the US multinational Pfizer, by revenue the second largest pharmaceutical company in the world. Like GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Moderna, Roche, Sanofi and the other 23 companies working on coronavirus treatments and vaccines, Pfizer had begun tests back in May, in their case on a vaccine being developed by the German biotechnology company, BioNTech. In July, Pfizer's CEO, Dr. Albert Bourla, stated that companies in the private sector producing a vaccine for COVID-19 should make a profit, and dismissed suggestions they shouldn't as 'fanatic' and 'radical'. That same month, trials on the BioNTech vaccine were fast-tracked by the US Food and Drug Administration (FDA), and Pfizer agreed a \$1.95 billion deal with the US Government to produce 100 million doses. The US deal priced the two-dose course at \$39, and Pfizer stated that it would not lower the rates for other developed countries until coronavirus is no longer deemed to be a 'pandemic' by the World Health Organisation. In September, Pfizer announced it had agreed to supply an initial 200 million vaccine doses to the European Union, and expects to produce approximately 1.3 billion doses worldwide by the end of 2021. In October, Pfizer started testing the BioNTech vaccine on children as young as 12. In November, Pfizer claimed their vaccine was '95 per cent effective', and applied to the FDA for its Emergency Use Authorisation, which requires less data than standard approvals and is issued based on a lower standard of proof.

95 per cent efficacy, however, does not mean that 95 out of every 100 people vaccinated will be protected from COVID-19. Pfizer conducted their clinical trial on nearly 38,000 people, took those who showed symptoms of COVID-19 within a week after the second dose, and tested them for SARS-CoV-2 to confirm the diagnosis. Out of these, 172 testing positive had received a placebo shot, while just 9 had received the BioNTech vaccine. Although the percentage of volunteers who fell sick was tiny in both the vaccinated and placebo groups (0.04% and 0.83% respectively), the relative difference between them was calculated as the vaccine's 'efficacy'. If there was no difference between them its efficacy would be zero; if none of the people falling sick had been vaccinated, the efficacy would be 100 per cent. In contrast, the actual effectiveness of the vaccine in real-world circumstances is very different from its efficacy rating calculated from such clinical trials. As the AstraZeneca trial of people exclusively under the age of 55 revealed, volunteers are likely to constitute a very different demographic from the people who, because of age or infirmity, are likely to need the vaccine. In the Pfizer trial, 42 per cent were over 55, and 20 per cent had at least one co-morbidity. In contrast, among the 41,600 deaths in hospitals in England attributed to COVID-19, 92 per cent were over 59 and over 95 per cent had co-morbidities. Not only that, but after the first dose was administered, the difference between those given the vaccine and those given a placebo was far lower, with 50 'cases' of COVID-19 in the former and 275 in the latter, which reduced the efficacy of the vaccine to 82 per cent. Between the first and second dose the difference was even smaller again, 39 to 82, resulting in a vaccine efficacy of just 52 per cent. Moreover, given that up to 80 per cent of infections with SARS-CoV-2 are asymptomatic, there were undoubtedly far more people in Pfizer's clinical trial who became infected with SARS-CoV-2 after taking the vaccine but who showed no symptoms. Above all — and quite incredibly given all the evidence against its accuracy and fitness for such a purpose — the entire clinical trial was conducted using the RT-PCR (reverse transcription-polymerase chain reaction) test. The most decisive and as yet unanswered criticism, the Corman-Drosten Peer Review Report, published on 27 November by an international consortium of scientists in life-sciences, identified the protocol-recommendations on RT-PCR tests as having '10 major scientific flaws at the molecular and methodological level' for detecting, identifying or diagnosing infection with SARS-CoV-2. None of this is reflected in Pfizer's claim, which has been uncritically reported by the media around the world, of a '95 per cent efficacy' for the BioNTech vaccine.

Undeterred by any of this, on 2 December the UK Government jumped the gun and approved the COVID-19 vaccine for emergency use, the first country in the world to do so, even though studies of its unknown long-term effects are ongoing after just 7 months of clinical trials. Importantly, neither the Pfizer-BioNTech vaccine nor those being developed by AstraZeneca and Moderna have been shown either to prevent infection or to reduce the transmission of SARS-CoV-2 in the population. So the Government making it a condition of lifting restrictions in the UK has, like so many of its other statements, no basis in science, and is likely to be renounced as soon as enough people have taken the vaccine to make it a condition of access to public life. Moreover, both the Pfizer and Moderna vaccines use new and experimental mRNA (messenger ribonucleic acid) technology, which encodes the viral protein spikes with synthetic genetic material, and has never been licensed for use on humans before. The instability of the Pfizer vaccine also means it must be stored at minus 70 degrees celsius, which will present a considerable challenge to the unlicensed wholesale distributors newly authorised by The Human Medicines (Coronavirus and Influenza) (Amendment) Regulations 2020 to transport it. And yet, despite all these concerns and unknowns, on 8 December the unlicensed Pfizer-BioNTech vaccine was released in the UK, where, following amendments in the same Regulations, it can be administered by unregistered healthcare professionals, and promoted, advertised and the public informed about its use and safety by the company manufacturing it.

Pfizer Inc.

The result of this decision was immediate. On Monday, 9 November, the day Pfizer announced the vaccine's 95 per cent efficacy, the company's stock price had risen by 15 per cent, from \$36.40 per share the previous Friday to \$41.94 per share, and Pfizer's CEO promptly sold 132,508 shares for around \$5.6 million. Just by making this dubious announcement, therefore, Dr. Bourla made himself \$734,000. He still retains 81,812 shares, however, and is well-advised by his stockbroker to do so. From a share price of \$27.48 on 23 March, the day the first lockdown was imposed in the UK, shares in Pfizer closed at \$42.56 on the day it was rolled out in the UK.

In an interview with CNBC News back in September, Pfizer's CEO said that anyone refusing to take the vaccine will become 'the weak link that will allow the virus to replicate', and assured the public that 'we will develop our product, develop our vaccine using the highest ethical standards'. It's a dangerous claim to make, even for a CEO and investor making millions out of this vaccine, since Pfizer has a long history of paying out vast sums in out-of-court settlements to avoid not only claims in civil cases but prosecution on criminal charges resulting from the fraudulent promotion, unapproved prescription and injury, including death, from use of their products, as well as offering millions in payments and bribes to doctors and scientists to prescribe, test, approve and recommend them to the public. So let's have a look at what Albert Bourla means by Pfizer's 'ethical standards'.

- In 1992, Pfizer agreed to pay between \$165 million and \$215 million to settle lawsuits arising from the fracturing of the Bjork-Shiley Convexo-Concave heart valve, which by 2012 has resulted in 663 deaths.
- In 1996, Pfizer conducted an unapproved clinical trial on 200 Nigerian children with its experimental anti-meningitis drug, Trovafloxacin, without the consent of their parents and which led to the death of 11 children from kidney failure and left dozens more disabled. In 2011, Pfizer paid just \$700,000 to four families who had lost a child, and set up a \$35 million fund for the disabled. This cover-up was the basis to the John Le Carré book and film, *The Constant Gardener*.
- In 2004, Pfizer's subsidiary, Warner-Lambert, was fined \$430 million to resolve criminal charges and civil liabilities for the fraudulent promotion of its epilepsy drug, Neurontin, paying and bribing doctors to prescribe it for uses not approved by the Food and Drug Administration.
- In 2009, Pfizer spent \$25.8 million lobbying Congressional lawmakers and federal agencies like the Department of Health and Human Services. But its expenditure on federal lobbying between 2006 and 2014 came to \$89.89 million. Last year it spent \$11 million lobbying the federal government.
- In 2009, Pfizer set a record for the largest health care fraud settlement and the largest criminal fine of any kind, paying \$2.3 billion to avoid criminal and civil liability for fraudulently marketing its anti-inflammatory drug, Bextra, which had been refused approval by the FDA due to safety concerns.
- In 2009, Pfizer paid \$750 million to settle 35,000 claims that its diabetes drug, Rezulin, was responsible for 63 deaths and dozens of liver failures. In 1999, a senior epidemiologist at the Food and Drug Administration warned that Rezulin was '*one of the most dangerous drugs on the market*'.
- In 2010, Pfizer was ordered to pay \$142.1 million in damages for violating a federal anti-racketeering law by its fraudulent sale and marketing of Neurontin for uses not approved by the FDA, including for migraines and bi-polar disorder.
- In 2010, Pfizer admitted that, in the last 6 months of 2009 alone, it had paid \$20 million to 4,500 doctors in the US for consulting and speaking on its behalf, and \$15.3 million to 250 academic medical centres for clinical trials.
- In 2012, Pfizer paid \$45 million to settle charges of bribing doctors and other health-care professionals employed by foreign governments in order to win business. The Chief of the Securities and Exchange Commission Enforcement Division's Foreign Corrupt Practices Act Unit

said: *'Pfizer subsidiaries in several countries had bribery so entwined in their sales culture that they offered points and bonus programs to improperly reward foreign officials who proved to be their best customers'*.

- By 2012, Pfizer had paid \$1.226 billion to settle claims by nearly 10,000 women that its hormone replacement therapy drug, Prempo, caused breast cancer.
- In 2013, Pfizer agreed to pay \$55 million to settle criminal charges of failing to warn patients and doctors about the risks of kidney disease, kidney injury, kidney failure and acute interstitial nephritis caused by its proton pump inhibitor, Protonix.
- In 2013, Pfizer set aside \$288 million to settle claims by 2,700 people that its smoking cessation drug, Chantix, caused suicidal thoughts and severe psychological disorders. The Food and Drug Administration subsequently determined that Chantix is probably associated with a higher risk of heart attack.
- In 2013, Pfizer absolved itself of claims that its antidepressant, Effexor, caused congenital heart defects in the children of pregnant woman by arguing that the prescribing obstetrician was responsible for advising the patient about the medication's use.
- In 2014, Pfizer paid a further \$325 million to settle a lawsuit brought by health-care benefit providers who claimed the company marketed its epilepsy drug, Neurontin, for purposes unapproved by the FDA.
- In 2014, Pfizer paid \$35 million to settle a law suit accusing its subsidiary of promoting the kidney transplant drug, Rapamune, for unapproved uses, including bribing doctors to prescribe it to patients.
- In 2016, Pfizer was fined a record £84.2 million for overcharging the NHS for its rebranded and deregulated anti-epilepsy drug, Phenytoin, by 2,600 per cent (from £2.83 to £67.50 a capsule), increasing the cost to UK taxpayers from £2 million in 2012 to about £50 million in 2013.
- In May 2018, Pfizer still had 6,000 lawsuits pending against claims that its testosterone replacement therapy products cause strokes, heart attacks, pulmonary embolism and deep vein thrombosis, and were fraudulently marketed at healthy men for uses not approved by the FDA.

Given this record of ongoing corruption and malpractice from which only its enormous profits have saved it from criminal prosecution, it seems extraordinary that Pfizer is still permitted to manufacture and sell any health care products. Yet this is the pharmaceutical company we're being asked by the UK Government to trust with the mass vaccination of 68 million people with a product that has been rushed through clinical trials in 7 months, using an experimental technology that has never before been approved and whose side effects are still unknown, for a disease with the fatality rate of seasonal influenza, which statistically is a threat only to those over 70 years old with serious pre-existing medical conditions, and for which there is no evidence that it prevents infection by a virus for which only 1 per cent of the population is currently testing positive with a testing programme that has an average false positive rate of 2.3 per cent, and from which anything from 50-60 per cent of us already had or have since developed immunity.

The Conspiracists

Of equal concern, perhaps, is who and what is promoting — if not yet advocating mandating — the taking of vaccines for COVID-19 by the entire UK population. To take just one example of the vast campaign of propaganda in the lead up to the release of this vaccine — which has been conducted not only by the Governments of the UK, Scotland, Wales and Northern Ireland, the Department of Health and Social Care, Public Health England, Scotland and Wales, the National Health Service, the Medicine and Healthcare products Regulatory Agency, the Prime Minister, the Health Secretary, the First Minister of Scotland, and the Chief and Deputy Chief Medical Officers, but also by every privately-owned newspaper and media outlet in the UK — last week the *Telegraph* published an article titled 'Is the COVID vaccine safe and will it work? Three experts answer your questions'. These three experts were:

- Trudie Lang, Professor of Global Health Research at the University of Oxford, who works in malaria vaccine development and sat on the Ebola vaccine safety board;
- Heidi Larson, Professor of Anthropology, Risk and Decision Science at the London School of Hygiene and Tropical Medicine and Director of the Vaccine Confidence Project;
- Dr. Michael Fitzpatrick, GP and author of *MMR and Autism: What Parents Need to Know*.

As I related in my article *Bread and Circuses: Who's Behind the Oxford Vaccine for COVID-19?*, over the past decade the University of Oxford has received \$208 million in grants from the Bill & Melinda Gates Foundation, including \$11.64 million for vaccine development over the past 3 years. But more specifically, Professor Lang's Global Health Research programme has received \$7.68 million in 2020 alone from the BMGF. Again, the London School of Hygiene and Tropical Medicine has received \$190 million in grants from the Bill & Melinda Gates Foundation over the past decade, \$5.8 million of it this year, of which \$1.5 million has been for vaccine development. But in addition, Heidi Larson's Vaccine Confidence Project, which was given a platform on the BBC's Newsnight programme without a declaration of its conflicts of interest, has received funding from vaccine manufacturers GlaxoSmithKline and Merck, as well as the Bill & Melinda Gates Foundation, the Wellcome Trust, 3ie, Innovative Medicines Initiative and others.

Financial influence, of course, even from the BMGF — which a decade ago invested \$10 billion in vaccines and this June invested a further \$1.6 billion in Gavi, the Global Alliance for Vaccines and Immunisation — isn't in itself proof of influence over the opinions and judgements of those being funded. But in the *Telegraph* interview with these three 'experts' there are numerous examples of statements or silences that display such influence. Professor Lang, for instance, when asked about the fact that Pfizer still hasn't published the data from its trials, responded that 'when you submit to a regulatory body — the MHRA, the FDA or EMA — you have to send absolutely everything, the good, the bad, the whole lot'. As I reported in *Bread and Circuses*, the 2013 investigation by the Public Accounts Committee into the funding, withholding and selective vetting of the data for the anti-influenza drug, Tamiflu, by its manufacturer, the Swiss pharmaceutical company Roche, regulatory bodies, including the European Medicines Agency (EMA), the WHO and the CDC, all approved, recommended and encouraged the drug's use without having first vetted the underlying data. To say otherwise is, at best, naivety or ignorance unforgivable in a designated 'expert' given such a platform; at worst, even more unforgivable and deliberate lying to the public. Throughout this year, doctors and scientists have been exposed for making decisions about what they think the public should know in order to ensure compliance with what they or the Government have decided in advance is the best course of action. This sounds very much like another instance of such practices; but it is not for scientists funded by global investors and manufacturers of vaccines to decide for us what information we should have before deciding what we allow in our body. Perhaps most revealingly, neither these experts nor the interviewer raises the burning question of why we need such a vaccine and to what ends.

Finally, in an article published last month in the *Daily Mail*, Dr. Michael Fitzpatrick had contemptuously dismissed concerns and reservations about a vaccine produced so quickly by a pharmaceutical company with Pfizer's record of corruption, bribery and malpractice as the 'wild conspiracy theories and political propaganda' of 'anti-vaxxers'. This demonstrates very clearly that he is on the side of fear and not science, which progresses by questions, not threats, smears and crude attempts to silence those who question. Since he's written a book about it, it's not surprising Dr. Fitzpatrick took this chance to plug a product; but he raises the case of Dr. Andrew Wakefield, who in 1998 suggested a possible link between the vaccine for measles, mumps and rubella (MMR) and neuropsychiatric dysfunction such as autism. For this he was struck off the medical register and denounced as a conspiracy theorist. The Labour MP, Hilary Benn, had also referred to this example during the House of Commons debate on the Health Protection (Coronavirus, Restrictions) (All Tiers) (England) Regulations 2020, and it brought forth many a knowing smile and titter. But Dr. Fitzpatrick says nothing, either in the *Daily Mail* or the *Telegraph*, about the far

more numerous instances of vaccines and other medicines that have been conclusively shown to have caused injuries, disabilities and death, not least by the pharmaceutical companies competing to develop the vaccine for COVID-19, some of which I've listed in this article. In this respect, the Wakefield case is a prime example of how the accusation of 'conspiracy theorist' is being used to silence valid concerns about the vaccination programme which no scientist, let alone doctor, should be dismissing with the contempt and violence Dr. Fitzpatrick displays in this article. Unfortunately, he is not alone in employing such tactics, which have become more and more common and aggressive as the weight of evidence mounts up against the actual threat coronavirus presents to public health.

Reasonable Doubt

Even if all the data from the trials of all the COVID-19 vaccines was studied by individuals and institutions without the financial ties the existing ones have to the manufacturers, distributors and investors in the products they are responsible for approving before released onto the public; even if it could be proven that there was a need for such a programme of mass vaccination for a virus that the data suggests is no longer present in the UK population in significant numbers and which presents no threat of overwhelming the capacity of the NHS to treat those few endangered by its development into COVID-19; even if the RT-PCR testing programme currently using amplification cycle thresholds far higher (typically 40, according to Public Health England guidance, up to 40 to be 'confirmed' as a positive by the National Health Service, and up to 45 in the World Health Organisation protocols) than that at which the test can detect infectious virus (not exceeding 30 cycles in order to be reliable, with 35 cycles and above, at which dead and non-infectious virus is detected, producing 97 per cent false positives) was replaced with one that proved the purported presence, spread and dangers of the virus on which the claim for the need for a vaccine for COVID-19 is based; even if the vaccine had not been developed in an unfeasibly short time (with the record for a vaccine four years for mumps, while after four decades a vaccine for AIDS, which has killed 32.7 million worldwide, still hasn't been developed) and studies of its long-term side-effects are, by definition, ongoing and cannot be known (within a week of the second dose, 16 per cent of participants between 16 and 55 years-old reported a fever of between 38 and 40 degrees, 35 per cent had chills, 37 per cent had muscle pain, 52 per cent had headaches, 59 per cent were fatigued, and 38 per cent had to take medication for pain or fever); even if pharmaceutical companies and health professionals were not indemnified against, but held liable for, civil claims and criminal prosecution resulting from the negative consequences of taking a vaccine they have developed, tested, manufactured, authorised, advertised, distributed and administered; even if administering this vaccine to 68 million people in the UK regardless of the threat to their individual health wasn't an irreversible incursion of the creeping US culture of drug dependency encouraged by immensely wealthy and predatory multinational pharmaceutical companies spending billions on lobbying the UK Government; even if the vaccination was not being rolled out as part of the increasingly mandatory programmes and technologies of surveillance and control that have been implemented throughout this year on the basis of combatting this virus, and which is transforming the UK into a totalitarian state ruled by Government decree and police enforcement; even if the vaccine was made available on a voluntary basis for the vulnerable, just like any seasonal flu jab, and not weaponised by the Government as part of its threat to maintain restrictions on our human rights and civil liberties until we take it in sufficient numbers, or to make taking it a condition of our access to public life, including work and travel, or even to enforce the vaccine on the UK population through new legislation; even if all these conditions were met — none of which are even vaguely likely in the current atmosphere of fear, all of which should be an unnegotiable requirement for any reasonable person before taking this vaccine — there would still be the question of why every Government Minister, every scientist working for Government agencies, every newspaper, every news programme, every social media platform, has for 10 months

conducted a campaign of propaganda, fear, terror, slander, misinformation, lies and censorship of anyone and anything that tries to question or contradict the official line about this crisis.

If coronavirus presented anything like a threat to public health that might possibly justify the temporary restrictions that have instead been legislated into our lives permanently under its cloak, there would be no need for the vast web of deception, fabrication and manipulation that has been woven around everything to do with this crisis. Although not in itself proof — of which there is an overwhelming and irrefutable preponderance, some of which is collected in the articles below — this is, perhaps, the strongest indication that we are being lied to at a level and to an extent that, unlike the coronavirus, truly can be described as ‘unprecedented’.

As a much-needed corrective to this programme of propaganda and censorship, I want to end with these reasonable doubts about gene-based vaccines such as Pfizer’s, as expressed by Dr. Sucharit Bhakdi, Professor Emeritus of Medical Microbiology and one of the most cited research scientists in German history who served for 22 years as Chairman of the Institute of Medical Microbiology and Hygiene at the Johannes Gutenberg University Mainz, in the book he co-authored with Dr. Karina Reiss, *Corona: False Alarm?*

‘A great potential danger of DNA-based vaccines is the integration of plasmid DNA into the cell genome. Insertional mutagenesis occurs rarely, but can become a realistic danger when the number of events is very large, i.e. as in mass vaccination of the population. If insertion occurs in cells of the reproductive system, the altered genetic information will be transmitted from mother to child. Other dangers of DNA vaccines are production of anti-DNA antibodies and auto-immune reactions.

‘Safety concerns linked to mRNA vaccines include systemic inflammation and potential toxic effects. A further immense danger looms that applies equally to mRNA-based coronavirus vaccines. At some time during or after production of the viral spike, waste products of the protein must be expected to become exposed on the surface of targeted cells. The majority of healthy individuals have killer lymphocytes that recognise these viral products. It is inevitable that auto-immune attacks will be mounted against the cells. Where, when, and with what effects this might occur is entirely unknown. But the prospects are simply terrifying.

‘Yet, hundreds of volunteers who were never informed of these unavoidable risks have already received injections of DNA and mRNA vaccines encoding the spike protein of the virus, and many more are soon to follow. No gene-based vaccine has even received approval for human use, and the present coronavirus vaccines have not undergone pre-clinical testing as normally required by international regulations. Laws and safety regulations have been bypassed in a manner that would, under normal circumstances, never be possible.’

Addendum 1: RT-PCR Test Protocols

On 17 January, a week before it was published by *Eurosurveillance*, the World Health Organisation, as part of its recommended protocols for RT-PCR tests, published the Corman-Drosten paper, ‘Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR’, which recommended 45 cycles of thermal amplification of samples, far higher than the number of cycles at which infectious virus can be reliably detected. But the Corman-Drosten paper isn’t the only one to recommend such exaggerated and unreliable cycle thresholds (Ct). On 11 January, the WHO had published the paper by the Institut Pasteur in Paris, ‘Protocol: Real-time RT-PCR assays for the detection of SARS-CoV-2’, which recommended an extraordinary 50 amplification cycles. Also on 23 January, the Department of Medical Sciences of the Ministry of Public Health in Thailand, in its protocol document, ‘Diagnostic detection of Novel coronavirus 2019 by Real time RT- PCR’, recommended 45 cycles. Then on 15 March, the WHO published the US Centers for Disease Control and Infection (CDC) protocol, ‘CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel’, which instructed anything up to 40 Ct to be recorded as a positive

result. The WHO also published a paper by the LKS Faculty of Medicine, School of Public Health in Hong Kong, ‘Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases by RT-PCR’, which also recommended a Ct of 40. As did the National Institute of Infectious Diseases in Japan, in an erratum to their report on ‘Detection of second case of 2019-nCoV infection in Japan’. In fact, none of the protocols adopted, published and recommended by the WHO recommend a cycle threshold lower than 40.

Why do these protocols matter? As early as 22 May, an article by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), ‘Predicting infectious Severe Acute Respiratory Disease Syndrome Coronavirus 2 from Diagnostic Samples’, reported that infectious virus was only detected with RT-PCR positive tests with less than 24 cycles of amplification. This was corroborated on 4 August, when scientists from the Centre for Evidence-based Medicine at Oxford University, in a paper titled ‘Viral cultures for COVID-19 infectivity assessment. Systematic review’, reported that, with RT-PCR tests using more than 30 cycles of thermal amplification, the virus detected was dead and therefore non-infectious. More recently, on 28 September, another paper published by the IDSA, ‘Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction–Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates’, reporting on the results of 250,566 RT-PCR tests for SARS-CoV-2 on 179,151 individuals, concluded that, at a cycle threshold (Ct) of 25, up to 70 per cent of positive results are real positives — that is, samples from which they are able to cultivate a virus; at a Ct of 30 this drops to 20 per cent; and at a Ct of 35 just 3 per cent of positive tests are real positives. And most recently, on 27 November, an International Consortium of Scientists of Life Scientists (ICSLS), in ‘External peer review of the RT-PCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results’, stated that for a positive RT-PCR test from 35 cycles or more of amplification, ‘the probability that said person is actually infected is less than 3 per cent’, and ‘the probability that said result is a false positive is 97 per cent.’ This review finds far more at fault in the Corman-Drosten protocol — including its failure to distinguish between fragments of dead virus and intact, infectious virus; between SARS-CoV-2 and other coronaviruses; and many other flaws making the RT-PCR test unsuitable as a diagnostic tool either for identifying SARS-CoV-2 or for making inferences about the presence of infection — but I won’t try to summarise these here.

There is also the question of conflicts of interest, which is endemic in the UK Government’s response to the coronavirus crisis. Dr. Christian Drosten, one of the authors of the Corman-Drosten paper, is also an editor of *Eurosurveillance*, the journal that published it within a single day of its submission. He is also the Chief Scientific Advisor to Angela Merkel’s German Government — the equivalent of Patrick Vallance in the UK. His co-author, Olfert Landt, is the CEO of TIB-Molbiol, the Berlin bio-tech company that, as early as February, was producing Real-Time RT-PCR tests based on the protocol in the Corman-Drosten manuscript, and which were subsequently distributed by Roche in their hundreds of millions. Another co-author, Chantal Ruesken, is also an editor of *Eurosurveillance*; and another, Marco Kaiser, is a scientific advisor to TIB-Molbiol. None of these conflicts of interest were declared in the publication of the Corman-Drosten report, either by *Eurosurveillance* or by the World Health Organisation, and no peer review of the paper has been forthcoming two months after it was requested by Dr. Pieter Borger, one of the authors of the ICSLS review, who in an open letter have called on *Eurosurveillance* to withdraw the paper.

Despite these questions over the use of RT-PCR tests to establish either rates of infection with SARS-CoV-2 or deaths from COVID-19, on 16 March, following the WHO’s lead, the National Health Service, in its ‘Guidance and standard operating procedure: COVID-19 virus testing in NHS laboratories’, recommended a cycle amplification threshold of 45, with anything below 40 to be regarded as a ‘confirmed’ positive. ‘Following’, however, is not the right word for the UK’s role in setting these deliberately misleading protocols that can only lead to huge numbers of false positives. Another of the co-authors of the Corman-Drosten paper was Maria Zambon, Professor of

Virology at Imperial College London, the institution responsible for the equally exaggerated estimates of deaths from COVID-19, Director of Reference Microbiology at Public Health England, and also one of the key members of the Scientific Advisory Group for Emergencies. And as late as October, in 'Understanding cycle threshold (Ct) in SARS-CoV-2 RT-PCR: A guide for health protection teams', her employer, Public Health England, the executive agency of the Department of Health and Social Care, advised those administering the tests that 'a typical RT-PCR assay will have a maximum of 40 thermal cycles', while also conceding that such tests are 'not able to distinguish whether infectious virus is present'.

Addendum 2: Overall Deaths

According to the latest figures from the Office for National Statistics, in the week ending 4 December, 2020, there were 12,303 deaths from all causes in England and Wales, 1,345 more than in the same week last year. This is remarkable, not because it is 'proof' of an epidemic requiring a vaccine but because, to the contrary, it shows why the present lockdown is being justified by so-called 'cases' and not deaths.

First of all, in the same week this year, 2,835 deaths were attributed to COVID-19. That leaves 9,468 deaths from all other causes, which is 1,490 deaths fewer than the same week last year. In every other respect, therefore, we're experiencing the lowest mortality rate in years. The average number of deaths in this week over the last 5 years — that is, before COVID-19 — is 10,695. So this year the deaths from all causes in this week are 1,227 less than the average.

This is remarkable because, according to the Office for National Statistics on deaths in private homes, between 14 March and 11 September this year in England, there was a 25.9 per cent increase over the five year average in deaths from heart disease; a 85.5 per cent increase in deaths from diabetes; and a 79 per cent increase in deaths from dementia and Alzheimer's disease. There was a 29 per cent increase in deaths from lung cancer among men and a 40 per cent increase among women. Deaths from bowel cancer among men increased 46 per cent, and deaths from prostate cancer increased 53 per cent; while among women, deaths from breast cancer increased 47 per cent. These huge increases, resulting in 24,387 excess deaths above the 5-year average in private homes in England, were slightly offset by a 22.4 per cent reduction in the number of people dying in hospital; but not enough to account for these 4,000 excess deaths per month for 6 months caused by the withdrawal and reduction of medical care for life-threatening diseases under coronavirus-justified restrictions.

This raises the question, where have all these excess deaths from heart disease, dementia, cancer, diabetes and the other main causes of death in England and Wales gone? Why is it that, besides the deaths attributed to COVID-19, we are in such amazingly good health this year?

Just as remarkable is that, in the same week, there were just 893 deaths from respiratory diseases other than COVID-19, which is 673 fewer deaths than in the same week last year. Why has the respiratory health of the population of England and Wales improved so dramatically this year? In fact, the number of deaths from respiratory diseases other than COVID-19 has actually been falling since November of this year, which must be the first time in recorded medical history this has happened.

If we look at the ages of the 1,345 more deaths in the week ending 4 December over the same week last year, 393 were aged 85 and over, 361 were between 75-84, and 277 were between 65-74, making up 77 per cent of the total excess deaths. Given the statistics on the increase in deaths from cancer, heart disease, diabetes and dementia this year caused by the changes to health care under lockdown, is it more likely that these excess deaths of people aged 65 and above were from

COVID-19 or from these other causes of death? I would say that, given that RT-PCR tests are being used at amplifications far in excess of their ability to detect anything but traces of dead virus, it's likely — in fact it's almost certain — that what they are diagnosing as 'COVID-deaths' are in fact the excess deaths caused by lockdown restrictions.

If anyone else can give an explanation of why, in a year in which medical care has been reduced or withdrawn from a population subjected to sustained attacks by the Government on its mental and physical health, we are — apart from deaths attributed to COVID-19, — in such extraordinary health, I'd like to hear it. What these figures very strongly suggest, to the contrary, is that the tens of thousands of excess deaths caused by the restrictions ostensibly implemented to reduce the spread of SARS-CoV-2 are being deliberately misattributed to COVID-19 in order to justify the continuation of restrictions that will continue to cause more deaths.

Simon Elmer

Architects for Social Housing

Further reading by the same author:

Five Stories Under Lockdown

Bread and Circuses: Who's Behind the Oxford Vaccine for COVID-19?

The Betrayal of the Clerks: UK Intellectuals in the Service of the Biosecurity State

Bonfire of the Freedoms: The Unlawful Exercise of Powers conferred by the Public Health (Control of Disease) Act 1984

When the House Burns: Giorgio Agamben on the Coronavirus Crisis

The Infection of Science by Politics: A Nobel Laureate and Biophysicist on the Coronavirus Crisis

The New Normal: What is the UK Biosecurity State? (Part 2. Normalising Fear)

The New Normal: What is the UK Biosecurity State? (Part 1. Programmes and Regulations)

The Science and Law of Refusing to Wear Masks: Texts and Arguments in Support of Civil Disobedience

Lockdown: Collateral Damage in the War on COVID-19

The State of Emergency as Paradigm of Government: Coronavirus Legislation, Implementation and Enforcement

Manufacturing Consensus: The Registering of COVID-19 Deaths in the UK

Giorgio Agamben and the Bio-Politics of COVID-19

Good Morning, Coronazombies! Diary of a Bio-political Crisis Event

Coronazombies! Infection and Denial in the United Kingdom

Language is a Virus: SARs-CoV-2 and the Science of Political Control

Sociology of a Disease: Age, Class and Mortality in the Coronavirus Pandemic

COVID-19 and Capitalism

Architects for Social Housing is a Community Interest Company (no. 10383452). Although we occasionally receive minimal fees for our design work, the majority of what we do is unpaid and we have no source of public funding. If you would like to support our work financially, including the research for these articles, please make a donation through PayPal:

[Make A Donation](#)

Quelle: <https://architectsfor-social-housing.co.uk/2020/12/09/bowling-for-pfizer-whos-behind-the-biontech-vaccine/>
20210405 DT (<https://stopreset.ch>)