

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

Posted on NOVEMBER 25, 2020 Kategorien Biopolitik



'Gebt ihnen Brot und Zirkus, und sie werden niemals revoltieren.' - Juvenal

In der vergangenen Woche hat sich das Rennen um einen Impfstoff für COVID-19 der Ziellinie genähert, wobei die Oxford Vaccine Group als erste in Großbritannien die Ziellinie überqueren möchte. Dies hat eine riesige und unerbittliche Werbekampagne des Department of Health and Social Care ausgelöst. Dabei hat es sich vor allem auf drei medienwirksame Persönlichkeiten gestützt, um die Sicherheit des Impfstoffs zu garantieren: **Dr. June Raine, Professor Andrew Pollard und Professor Jonathan Van Tam**. Letzterer wurde Anfang des Monats zum Hit in den sozialen Medien, nachdem er das Festhalten der Öffentlichkeit an den Sperrmaßnahmen der Regierung mit Fußballspielern verglich, die bei einem "Elfmeterschießen" die Nerven behalten; und er verglich die Ankunft des COVID-19-Impfstoffs mit einem "Zug, der um die Kurve kommt", wobei "die Wache, die sicherstellt, dass die Türen geöffnet werden können", mit der "Medicine and Healthcare products Regulatory Agency" gleichgesetzt wurde. Das ist, wie sich herausstellt, die Art und Weise, wie man zu einer terrorisierten und infantilisierten britischen Öffentlichkeit spricht; aber wenn ich etwas weniger Metaphorisches versuchen darf und mich stattdessen an denkende Erwachsene wende, hier eine kurze Zusammenfassung dieser drei Figuren, über die die britische Öffentlichkeit etwas wissen sollte, bevor sie diesen speziellen Zug besteigt.

1. Doktor June Raine

Dr. June Raine ist Interim Chief Executive Officer der Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA), die für die Überwachung der Sicherheit von in Großbritannien verwendeten Medikamenten, einschließlich des Impfstoffs COVID-19, verantwortlich ist. Trotz ihres Status als ausführende Behörde des Ministeriums für Gesundheit und Soziales hat die MHRA in den letzten zehn Jahren 7,15 Millionen Dollar von der Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF) erhalten, die im Juni dieses Jahres 1,6 Milliarden Dollar in GAVI, die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung, investierte. Vor zehn Jahren, im Januar 2010, investierte die BMGF im Rahmen ihres Aufrufs zum "Jahrzehnt der Impfstoffe" 10 Milliarden Dollar in die

Impfstoffproduktion. Die Verbindung von Dr. June Raine mit der Bill & Melinda Gates Foundation ist jedoch mehr als nur finanziell. Im März 2015 besuchte sie bei der zehnten MHRA Annual Lecture einen Vortrag von Dr. Dan Hartman, Director of Integrated Development bei der BMGF, zum Thema "Global health changes and overcoming regulatory challenges". Ein halbes Jahr später, im September 2015, erklärte Dr. Raine auf einem Forum zum Thema "Real world evidence", das von der Academy of Medical Sciences und dem Verband der britischen Pharmaindustrie veranstaltet wurde, dass "die Welt der reaktiven Regulierung der Vergangenheit angehört", da die Regulierung zunehmend proaktiv bei der Planung der aktiven Überwachung wird. Letztes Jahr machte Dr. Raine Spesen in Höhe von 5.035,69 £ für die Teilnahme an einem BMGF-Treffen bezüglich des Projekts Smart Safety Surveillance (3S) in Seattle geltend. Im selben Jahr erhielt die MHRA einen Zuschuss in Höhe von 292.000 £ von der Bill & Melinda Gates Foundation. Zwei Jahre zuvor, im Jahr 2017, erhielt Dr. Raines Vorgänger als Chief Executive Officer der MHRA, Dr. Ian Hudson, 980.000 £ von der BMGF, bevor er im September 2019 die Stiftung als Senior Advisor, Regulatory Affairs, Integrated Development, Global Health verließ. Das Office of the Advisory Committee on Business Appointments fand "kein besonderes Risiko der Unangemessenheit" in dieser Drehtür zwischen einem hochrangigen Beamten in einer regulatorischen Regierungsbehörde, die von globalen Investoren in Impfstoffe finanziert wird, und einer hauptamtlichen, bezahlten Rolle bei denselben Investoren.

2. Professor Andrew Pollard

Dieser Interessenkonflikt zwischen Hersteller und Regulierungsbehörde zeigt sich auch in den vielen Rollen von Professor Andrew Pollard, der sowohl Direktor der Oxford Vaccine Group ist, die den Impfstoff COVID-19 in Partnerschaft mit dem britisch-schweizerischen Pharmaunternehmen AstraZeneca herstellt, als auch gleichzeitig Mitglied des wissenschaftlichen Beratungsausschusses des National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC) ist, der die Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) berät, die die Sicherheit von Impfstoffen in Großbritannien garantiert. Der Vorsitzende des NIBC-Ausschusses, Professor David J. Webb, ist Mitglied des MHRA-Vorstands.

Dr. Pollards Arbeitgeber, die University of Oxford, an der er Professor für pädiatrische Infektion und Immunität ist, hat in den letzten 3 Jahren 11,64 Mio. \$ für die Impfstoffentwicklung von der Bill & Melinda Gates Foundation erhalten, und 208 Mio. \$ an Zuschüssen in den letzten zehn Jahren. Im Jahr 2016 gab die BMGF 36,9 Millionen Dollar für die Forschung zur Impfstoffentwicklung durch ein Team, zu dem auch die Oxford Vaccine Group gehörte, die von Professor Pollard geleitet wurde. Darüber hinaus wird Professor Pollards eigenes Labor auch von der Bill and Melinda Gates Foundation finanziert.

Als Direktor der Oxford Vaccine Group, die 2013 der neu geschaffenen Behörde Public Health England angegliedert wurde, die ihrerseits 7,46 Millionen Dollar an Zuschüssen von der BMGF erhalten hat, entwickelte Professor Pollard den Meningitis-B-Impfstoff Bexsero. Auf Druck des damaligen Gesundheitsministers Jeremy Hunt, der im selben Jahr zum Vorsitzenden des Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) ernannt wurde, ordnete Professor Pollard die Verwendung von Bexsero für britische Kinder an, trotz signifikanter Sicherheitssignale für die Kawasaki-Krankheit und der Seltenheit der Meningokokken-Erkrankung der Gruppe B. Es gab 5 Fälle von Kawasaki-Krankheit bei 4.340 Studienkindern, und mehr als ein Drittel der Kinder hatte am Tag der Impfung hohes Fieber, darunter 8, die Krampfanfälle hatten. Im Jahr 2015 wurde die Produktion des Impfstoffs von GlaxoSmithKline (GSK) übernommen, dem britischen Pharmaunternehmen, das 2009 den Impfstoff Pandemrix als Reaktion auf die drohende Schweinegrippe entwickelt hatte, die in Großbritannien 65.000 Todesopfer fordern sollte. Im September 2010 zeigte ein im Journal of the American Medical Association veröffentlichter Artikel, dass das Risiko einer schweren Erkrankung durch die Schweinegrippe nicht höher war als durch die saisonale Grippe, und dass die Schweinegrippe tatsächlich 457 Menschen in

Großbritannien tötete. Der "unabhängige" Modellierer, der diese Vorhersagen machte, war kein anderer als Professor Neil Ferguson, der 11 Jahre später eine halbe Million Todesfälle durch COVID-19 in Großbritannien schätzte, und dessen längst diskreditierte Vorhersagen immer noch benutzt werden, um zu rechtfertigen, dass dem britischen Volk heute ein ebenso unnötiger COVID-19-Impfstoff zugefügt wird.

Pandemrix war aber nicht nur unnötig. Später stellte sich heraus, dass der Impfstoff bei etwa einem von 16.000 Menschen Narkolepsie und Kataplexie auslösen kann. Bis 2014 waren europaweit mehr als 800 Kinder bekannt, die durch den Impfstoff erkrankt waren, und es wird erwartet, dass noch mehr dazukommen. In Großbritannien sollten 60 Opfer jeweils rund eine Million Pfund als Entschädigung von der Regierung erhalten. 80 Prozent der Opfer waren Kinder, aber auch NHS-Mitarbeiter, die gezwungen worden waren, den Impfstoff zu nehmen, um arbeiten zu können. Da GSK sich geweigert hatte, den Impfstoff zu liefern, wenn es nicht zuvor von Schadensersatzansprüchen freigestellt wurde, bezahlte es die Rechnung und forderte sie dann von den jeweiligen Regierungen zurück. Ein Jahrzehnt später haben die Pharmaunternehmen, die den Impfstoff COVID-19 entwickeln, die gleiche Entschädigung gefordert.

Aber das war nicht das Ende der langen Geschichte von GlaxoSmithKline mit Fehlverhalten und Geldstrafen. Im Jahr 2012 wurde GSK zu einer Geldstrafe in Höhe von 3 Milliarden US-Dollar verurteilt - bis dahin der größte Vergleich in der Geschichte -, nachdem das Unternehmen zugegeben hatte, US-Ärzte bestochen und die Verschreibung ungeeigneter Antidepressiva an Kinder gefördert zu haben. Und 2016 wurde GSK von der Wettbewerbs- und Marktaufsichtsbehörde zu einer Geldstrafe von über 37 Millionen Pfund verurteilt, weil es Bestechungsgelder gezahlt hatte, um generische Varianten des Antidepressivums Paroxetin vom britischen Markt fernzuhalten. Das scheint viel zu sein, aber im selben Jahr hat GSK mit Bexsero 528 Millionen Dollar verdient; und in seiner *EvaluatePharma World Preview 2017, Outlook to 2022*, prognostizierte das Life-Science-Unternehmen Evaluate, dass sich der Umsatz von Bexsero bis 2022 auf 1,17 Milliarden Dollar mehr als verdoppeln wird.

Eine hochrangige Persönlichkeit bei GlaxoSmithKline während dieser Zeit war **Dr. Patrick Vallance**, der 2006 als Leiter der Medikamentenrückgewinnung in das Unternehmen eintrat, 2010 zum Leiter der Arzneimittelforschung und -entwicklung aufstieg und schließlich 2012 zum Präsidenten der Forschung und Entwicklung ernannt wurde. Im Jahr 2018 verließ er das Unternehmen, um wissenschaftlicher Chefberater der britischen Regierung zu werden, wurde im darauffolgenden Jahr zum Ritter geschlagen und im Jahr 2020 zum Vorsitzenden der wissenschaftlichen Beratungsgruppe für Notfälle ernannt. In dieser Funktion verließ Sir Patrick GSK mit Aktien im Wert von 6,1 Millionen Pfund zum aktuellen Wert und besaß immer noch Aktien im Wert von 600.000 Pfund an dem Unternehmen, das Verträge über die Lieferung von 60 Millionen Dosen eines COVID-19-Impfstoffs an die britische Regierung und 100 Millionen Dosen mit der US-Regierung hat.

Aber um auf Professor Andrew Pollard zurückzukommen: Im April dieses Jahres ging die Universität Oxford eine Partnerschaft nicht mit GlaxoSmithKline, sondern mit dem britischen Pharmaunternehmen AstraZeneca ein, um das zu verkaufen, was nach späteren Absprachen 400 Millionen Dosen ihres COVID-19-Impfstoffs in Europa, 700 Millionen in die USA und an GAVI und 1 Milliarde Dosen nach Indien sein werden. Die neuesten Zahlen gehen von einer Produktionskapazität von 3 Milliarden Dosen im Jahr 2021 aus. Infolge dieser Deals stieg der Nettogewinn von AstraZeneca im zweiten Finanzquartal 2020 auf 581,18 Mio. £, verglichen mit nur 99,94 Mio. £ im gleichen Quartal des Vorjahres. Damit war AstraZeneca das wertvollste britische Unternehmen nach Marktkapitalisierung, und im Oktober dieses Jahres war es immer noch das zweitwertvollste. Der Impfstoff COVID-19 sollte sie wieder auf den ersten Platz bringen. Im September dieses Jahres wurde die Coronavirus-Impfstoffstudie von AstraZeneca und der Universität Oxford pausiert, nachdem ein britischer Teilnehmer eine Rückenmarksentzündung erlitten hatte; dennoch dauerte es einen Monat, bis sie die Sicherheitsdaten der Impfstoffstudie an

die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) schickten. Dies war nicht das erste Mal, dass AstraZeneca mit der FDA in Konflikt geraten ist. Zehn Jahre zuvor, im Jahr 2010, hatte AstraZeneca 520 Millionen Dollar Strafe gezahlt, um die Vorwürfe der US-Bundesregierung beizulegen, das antipsychotische Medikament Seroquel illegal an Kinder und ältere Patienten für Anwendungen vermarktet zu haben, die nicht von der FDA genehmigt waren. Erst vor zwei Jahren, im April 2018, wurde aufgedeckt, dass AstraZeneca 17,9 Millionen Euro an geheimen Zahlungen an "unabhängige" medizinische Fachkräfte gezahlt hatte, um ihre Produkte zu empfehlen, einschließlich der Verwendung von Impfstoffen. Am Tag nach der Veröffentlichung dieses Artikels wurde aufgedeckt, dass die Behauptung von AstraZeneca, der Impfstoff habe eine Wirksamkeit von 90 Prozent, auf einem Test basiert, der nur an Personen im Alter von 55 Jahren und darunter durchgeführt wurde, einer Bevölkerungsgruppe mit einer weitaus geringeren Wahrscheinlichkeit, COVID-19-Symptome zu entwickeln, die einen Impfstoff erfordern. Seit der Ankündigung haben die in London notierten Aktien von AstraZeneca mehr als 6 Prozent an Wert verloren. Dies ist die Firma, die 3 Milliarden Dosen des Oxford-Impfstoffs für COVID-19 produzieren wird. **Am 8. Dezember wurde in The Lancet eine Zwischenanalyse von Studien zur "Sicherheit und Wirksamkeit" des AstraZeneca-Impfstoffs veröffentlicht, und zu den Geldgebern gehörten wieder einmal die Bill & Melinda Gates Foundation und AstraZeneca selbst.**

Nachdem er den Einsatz von Bexsero genehmigt hatte, behielt Professor Pollard seine Position als Vorsitzender des Joint Committee on Vaccination and Immunisation, das die britischen Gesundheitsministerien in Bezug auf Impfstoffe berät. Aufgrund dieses Interessenkonflikts zog er sich jedoch von der ersten JCVI-Sitzung zu COVID-19 zurück und wird nicht an den Diskussionen des Ausschusses über den SARS-CoV-2-Impfstoff teilnehmen, den er in Oxford entwickelt.

3. Professor Jonathan Van Tam

Professor Jonathan Van Tam, der die SAGE SPI-Modelling-Untergruppe leitet, die für die Sperrungen und andere Einschränkungen verantwortlich ist, ist auch der stellvertretende Chief Medical Officer des Vereinigten Königreichs, eine Position, die er im Oktober 2017 übernommen hat. Zuvor war Van Tam in der pharmazeutischen Industrie tätig, wo er im Jahr 2000 als Associate Director beim britischen multinationalen Pharmaunternehmen SmithKline Beecham anfang, im April 2001 zum Schweizer Gesundheitsunternehmen Roche als Head of Medical Affairs wechselte und schließlich im Februar 2002 die Position des UK Medical bei Aventis Pasteur MSD, der Impfstoffsparte des französischen multinationalen Pharmaunternehmens Sanofi, übernahm. Im Jahr 2004 kehrte Van Tam in den öffentlichen Sektor zurück und trat in das neu geschaffene Zentrum für Infektionen der Health Protection Agency ein, wo er bis Oktober 2007 Leiter des Büros für pandemische Grippe war.

Wie Tom Jefferson in einem im Dezember 2017 im British Medical Journal veröffentlichten Artikel über die Drehtüren zwischen öffentlichen und privaten Positionen im Gesundheitswesen berichtet, nimmt Professor Van Tam regelmäßig an Konferenzen teil, **die von der European Scientific Working Group on Influenza (ESWI) organisiert werden, einer bekannten, von der Industrie finanzierten Lobbygruppe.** In der Tat war sein Vorgänger als stellvertretender Chief Medical Officer, Professor John Watson, ein Gründungsmitglied der ESWI. Und als Leiter des Pandemic Influenza Office trägt Professor Van Tam die Verantwortung für Entscheidungen, die 2013 vom Public Accounts Committee heftig kritisiert wurden, was die sich überschneidenden Rollen von Pharmaunternehmen, Lobbyisten und Regulierungsbehörden bei der Produktion, Erprobung und Verwendung des antiviralen Grippemittels Osetamivir (Tamiflu) betrifft. Dieses war einer der größten Umsatzbringer für seinen Hersteller und Van Tams ehemaligen Arbeitgeber Roche. Ab 2006 gab die britische Regierung Millionen für die Bevorratung von Tamiflu aus, um auf Schätzungen zu reagieren, dass die Vogelgrippe weltweit 200 Millionen Menschen und in Großbritannien bis zu 710.000 Menschen töten würde. In Wirklichkeit starben weltweit etwa 600 Menschen, und in Großbritannien erkrankte nicht ein einziger Mensch an der Vogelgrippe. **Wieder**

einmal war der Modellierer, der diese höchst lukrativen Vorhersagen machte, **Professor Neil Ferguson.**

Wenn Sie sich fragen, warum Professor Van Tam so scharf darauf ist, dass wir einen COVID-19-Impfstoff einnehmen - er hat kürzlich gesagt, er würde ihn seiner 78-jährigen Mutter geben und selbst der Erste in der Schlange sein, der ihn einnimmt, wenn es ethisch vertretbar wäre -, dann wurden 424 Millionen Pfund an Steuergeldern für Tamiflu ausgegeben. Doch von den 123 klinischen Studien, die mit dem Virostatikum durchgeführt wurden, wurden 74 vollständig von Roche, dem Hersteller, finanziert; und von diesen erhielt die Europäische Arzneimittelagentur nur 15 unvollständige Berichte über die Studien und das National Institute for Health and Care Excellence nur 4 unvollständige Berichte über die Studien. Laut einem im *British Medical Journal* veröffentlichten Artikel brauchte Roche 4 Jahre, um die vollständigen klinischen Studienberichte zu übergeben. Als diese endlich zur Einsichtnahme zur Verfügung standen, zeigte sich, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) und die US-Zentren für Krankheitskontrolle und -prävention (CDC) die Bevorratung und den Einsatz von Tamiflu genehmigt, empfohlen und gefördert hatten, **ohne die zugrunde liegenden Daten zuvor geprüft zu haben.** Diese Bevorratung hat Roche Milliarden eingebracht. Schlimmer noch: Als die Cochrane Review Group diese Daten überprüfte, kam sie zu dem Schluss, **dass es keinen überzeugenden Studienbeweis dafür gibt, dass Tamiflu entweder Grippekomplikationen bei der Behandlung oder Grippeinfektionen bei der Prophylaxe beeinflusst,** und warf neue Fragen zum Schadenspotenzial des Medikaments auf.

Im Bericht des Public Accounts Committee zum Thema "Access to clinical trial information and the stockpiling of Tamiflu", der 2013 veröffentlicht wurde, antwortete Dr. Fiona Godlee, Chefredakteurin des *British Medical Journal*, auf die Frage, warum die britische Regierung 424 Millionen Pfund für einen nutzlosen Impfstoff gegen eine virale Bedrohung ausgegeben habe, die nie existiert habe:

*'Ich werde Ihnen meine kurze Antwort geben. **Ich denke, es war politisch zweckmäßig.** Es gab einen Ausbruch einer potenziell schweren Grippe. Es gab eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation, dass die Länder dies tun sollten. Ich sollte sagen, dass es eine ganze Reihe von Informationen darüber gibt, was zu dieser WHO-Empfehlung führte, wobei von der Industrie finanzierte Berater der WHO halfen, diese Entscheidung zu treffen. Das Vereinigte Königreich war mit einer Situation konfrontiert, in der es etwas wollte. Es gibt nichts anderes für die pandemische Grippe. **Um eine lange Antwort abzukürzen, würde ich sagen, es war Brot und Spiele, um die Bevölkerung bei Laune zu halten, und ich denke, es war irreführend und falsch, zumal die Alternative, Paracetamol, gut bekannt ist und Tamiflu, abgesehen von den Kosten, unerwünschte Wirkungen hat.'***

Spulen Sie 7 Jahre vor und wir sind wieder in der gleichen, aber schlimmeren Situation. Weit davon entfernt, "beispiellos" zu sein, wie uns ständig gesagt wird, wurden Gesundheits-"Krisen" wiederholt von Big Pharma fabriziert, **wobei Professor Ferguson der Mann für Untergangsprophezeiungen ist, die sich durchweg als um viele Größenordnungen falsch erwiesen haben.** Dieses Mal jedoch betreten wir eine neue Ebene der Korruption und der Zusammenarbeit **zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor.** Die Zwangsimpfung war schon immer die Gans, die der Pharmaindustrie und ihren globalen Investoren eine Billion goldener Eier legen wird; und am 13. November forderte der konservative Abgeordnete Oberstleutnant Tom Tugendhat, der den Vorsitz im Ausschuss für auswärtige Angelegenheiten innehat, **dass eine COVID-19-Impfung zur Bedingung für den Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln, sozialen Einrichtungen und Arbeitsplätzen gemacht werden soll.** Während dieser ganzen fabrizierten Gesundheitskrise hat die Regierung auf diese Weise die zukünftige Politik an die Medien durchsickern lassen, um die Reaktion der Öffentlichkeit zu testen. **In diesem Fall sieht es sehr nach dem ersten Schritt in der Beauftragung der Massenimpfung als Teil der Programme und Technologien des britischen Biosicherheitsstaates aus.**

4. Die Welt sicher machen für Impfstoffe

Schließlich, als weiterer Beweis dafür, wie bereit die Regierung ist, die Gesetzgebung zu ändern, um diese Programme unterzubringen, hat das Ministerium für Gesundheit und Soziales in einem Konsultationsdokument, das am 28. August veröffentlicht und am 18. September abgeschlossen wurde, die Antworten nicht identifizierter "Interessengruppen" zu vorgeschlagenen Änderungsentwürfen der Humanmedizin-Verordnungen 2012 eingeholt, um die Ausgabe, Werbung, Verteilung, den Verkauf und die Verabreichung von COVID-19-Impfstoffen zu unterstützen. Diese Änderungen würden:

1. Änderung der Verordnung 74, um dem Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) zu ermöglichen, der Regierung zu raten, einen getesteten, aber nicht zugelassenen Impfstoff zu verwenden, der stattdessen von der britischen Zulassungsbehörde, der MHRA, eine vorläufige Genehmigung erhält.
2. Ausweitung des Geltungsbereichs der Immunität von der zivilrechtlichen Haftung, die bereits durch die Verordnung 345 gewährt wird - die bereits die Hauptakteure in der Arzneimittelversorgungskette davon freistellt, vor den Zivilgerichten für die Folgen verklagt zu werden, die sich aus der Verwendung eines nicht zugelassenen Produkts ergeben, das eine nationale Zulassungsbehörde empfohlen hat, um bestimmten spezifischen Gesundheitsbedrohungen (die sie als "unfair" bezeichnet) zu begegnen -, um eine "vollständige Immunität" nicht nur für Hersteller und Angehörige der Gesundheitsberufe, sondern auch für die pharmazeutischen Unternehmen zu gewährleisten, die ein nicht zugelassenes Medikament wie einen COVID-19-Impfstoff auf den Markt bringen.
3. Erweitern Sie den Personenkreis, der gemäß Verordnung 214 sowohl den nicht lizenzierten COVID-19-Impfstoff als auch den erweiterten Influenza-Impfstoff verabreichen darf, von nur Ärzten und anderen registrierten medizinischen Fachkräften auf Hebammen, Krankenpflegepersonal, OP-Praktiker, Sanitäter, Physiotherapeuten und Apotheker.
4. Anwendung von Teil 14 der Humanarzneimittelverordnungen, um zuzulassen, dass nicht zugelassene Arzneimittel oder Medizinprodukte, wie der Impfstoff COVID-19, sowohl bei Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch in der Öffentlichkeit von den Anbietern beworben und beworben werden dürfen, und um diesen Anbietern zu erlauben, an jeder öffentlichen Informationskampagne bezüglich der Verwendung des Arzneimittels teilzunehmen.
5. Aufhebung der Vorschrift 18, wonach Vertreiber eines nicht lizenzierten Arzneimittels, einschließlich des Impfstoffs COVID-19, eine Großhandelslizenz besitzen müssen. Solche Ausnahmen wären für Dienstleister vorgesehen, die vom NHS und den Streitkräften beauftragt werden.

Diese vorgeschlagenen Änderungen, die das DHSC mit der "größten Bedrohung, mit der dieses Land in Friedenszeiten konfrontiert war", begründet, beschränken sich jedoch nicht auf einen COVID-19-Impfstoff, sondern "werden auch die effiziente Massenverteilung von Behandlungen für ... jede andere Krankheit, die ein ernstes Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellt, erleichtern". Am 16. Oktober wurden diese Vorschläge durch die Human Medicines (Coronavirus and Influenza) (Amendment) Regulations 2020 zum Gesetz erhoben. Am 3. Dezember fügte die Vaccine Damage Payments (Specified Disease) Order 2020 COVID-19 der Liste der Krankheiten hinzu, gegen die Zahlungen an Personen, die infolge einer Impfung schwer behindert sind, auf eine einmalige, steuerfreie Impfschadenvergütung von 120.000 £ begrenzt sind. Nach ihrer Gehaltserhöhung um 3.360 Pfund auf ein Jahresgehalt von 85.291 Pfund ist das das Äquivalent des Gehalts eines Abgeordneten für weniger als 17 Monate, nicht eingerechnet ihre Einkünfte als Lobbyisten, Berater und Vorstandsmitglieder von pharmazeutischen Unternehmen und Gesundheitsfirmen. Da die Impfstoffhersteller, die nicht registrierten medizinischen Fachkräfte, die den Impfstoff verabreichen, und die Pharmafirmen, die ihn verkaufen, alle von solchen Ansprüchen freigestellt sind, würde diese Summe von der britischen Regierung bezahlt werden.

Am 20. November wurde in *Nature Communications*, einer der weltweit angesehensten Fachzeitschriften, eine Studie mit dem Titel "Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in almost ten million residents of Wuhan, China" veröffentlicht, in der berichtet wird, dass von 9.899.828 Einwohnern und 92,9 Prozent der Bevölkerung von Wuhan, die zwischen dem 14. Mai und dem 1. Juni, einen Monat nach Aufhebung der Abriegelung am 9. April, getestet wurden, keine neuen symptomatischen Fälle und nur 300 asymptomatische Fälle identifiziert wurden. Von letzteren wurden bei 1.174 engen Kontakten von asymptomatischen Fällen keine positiven Tests auf SARS-CoV-2 identifiziert. Weitere Tests von 52.312 Proben zwischen dem 13. Juni 13 und dem 2. Juli ergaben keine positiven Ergebnisse; und zwei Monate nach dem Screening von fast 10 Millionen Einwohnern gab es bis zum 9. August immer noch keine neu bestätigten Fälle von COVID-19 in der am stärksten von COVID-19 betroffenen Stadt in China. Statistisch gesehen gibt es, obwohl es einige dokumentierte Fälle gibt, keine asymptomatische Übertragung von SARS-CoV-2 als Infektionsvektor, der einen Impfstoff erfordert.

Wovon wir in Großbritannien bedroht sind, ist kein Virus, sondern eine Epidemie von Tests, die, wie ich in meinem vorherigen Artikel "The Betrayal of the Clerks" (*Der Verrat der Angestellten*) ausführlich beschrieben habe, eine weitaus höhere Falsch-Positiv-Rate (Median von 2,3 Prozent) aufweisen als die 1,22 Prozent der Bevölkerung, die derzeit durch diese Tests als SARS-CoV-2-Infizierte identifiziert werden. Dies schließt diejenigen ein, die an einer anderen medizinischen Ursache gestorben sind. Mit Stand vom 18. November meldet der NHS nur 1.664 Menschen, deren Tod auf COVID-19 zurückgeführt wurde, die in diesem Jahr in englischen Krankenhäusern gestorben sind, ohne dass eine Vorerkrankung vorlag. Die so genannte "zweite Welle" von "COVID-19-Todesfällen" steht im Einklang mit dem jährlichen Anstieg der Gesamtsterblichkeit in Großbritannien zu dieser Jahreszeit, insbesondere durch Atemwegserkrankungen, die unerklärlicherweise in den vier Wochen bis zum 13. November gesunken sind, denselben Wochen, in denen die Todesfälle, die COVID-19 zugeschrieben werden, gestiegen sind. In den gleichen 4 Wochen des letzten Jahres gab es 5.399 Todesfälle durch Atemwegserkrankungen; dieses Jahr sind es 3.958.

Ebenso muss der derzeitige leichte Anstieg der Gesamtsterblichkeit im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt in den Kontext der Auswirkungen der fortlaufenden Reduzierung und des Entzugs der medizinischen Versorgung und Behandlung für ältere und kranke Menschen in diesem Jahr gestellt werden. Bereits im Juli, nach den 16.000 überzähligen Todesfällen im März und April, die nicht auf COVID-19 zurückgeführt werden konnten, schätzte das Office for National Statistics weitere 26.000 überzählige Todesfälle in diesem Jahr, die auf durch das Coronavirus begründete Änderungen in der Notfall- und Erwachsenenversorgung zurückzuführen sind, mit Tausenden von zusätzlichen Todesfällen durch die Verschiebung von Diagnosen und die Stornierung von Behandlungen und Operationen. Um nur eine der Haupttodesursachen in Großbritannien zu nennen, die durch die von der Regierung auferlegten Änderungen im Gesundheitswesen erhöht werden, berichtete das British Medical Journal diesen Monat, dass selbst eine einmonatige Verzögerung bei Krebsoperationen das Sterberisiko um 6 bis 13 Prozent erhöht, wobei eine dreimonatige Verzögerung das Risiko um etwa 25 Prozent erhöht, was bei Behandlungen wie der Chemotherapie von Darmkrebs auf 44 Prozent ansteigt. Während der Winter naht und sich die Todesfälle nicht nur durch Krebs, sondern auch durch Herzkrankheiten (25,9 Prozent Anstieg der Todesfälle), Diabetes (47 Prozent Anstieg) und Demenz (79 Prozent Anstieg) häufen, nur um durch ein Testprogramm, das zu keinem anderen Zweck als zur Irreführung der Öffentlichkeit geeignet ist, auf "COVID-19" zurückgeführt zu werden, beginnt die kriminelle Entscheidung der Regierung, die medizinische Versorgung für lebensbedrohliche Krankheiten einzuschränken und zu entziehen, ihre blutige Ernte zu ernten.

Gegen dieses unvertretbare Massaker an Unschuldigen im Zirkus der politischen Zweckmäßigkeit scheint die Notwendigkeit eines Impfstoffs für COVID-19, in den die Regierung bereits über 6 Milliarden Pfund öffentlicher Gelder versenkt hat, nur in den Köpfen und Geldbörsen der Ärzte,

Wissenschaftler, Universitäten, Regierungsabteilungen zu existieren, Exekutivagenturen, Aufsichtsbehörden, pharmazeutischen Unternehmen und globalen Investoren, die von der Produktion, der Garantie, der Werbung und der Durchsetzung eines Impfstoffs für COVID-19 - und jeder anderen Bedrohung der öffentlichen Gesundheit, die sie heraufbeschwören können - auf die Bevölkerung nicht nur Großbritanniens, sondern der ganzen Welt profitieren und profitieren werden.

Dies auch nur anzudeuten, oder die zahlreichen Fragen zu stellen, die die dokumentierten und nachprüfbar Beweise in diesem Artikel in den Köpfen der britischen Öffentlichkeit aufwerfen müssen, bedeutet, dass ich und jeder, der diesen Artikel online teilt, vom Government Communications Headquarters (GCHQ) zensiert oder abgeschaltet werden kann. Diesen Monat hat die Geheimdienst- und Sicherheitsorganisation eine Cyber-Offensive gestartet, die auf Social-Media-Konten abzielt, die Inhalte veröffentlichen, die als "Propaganda" angesehen werden, nur weil sie Bedenken über die Entwicklung des Impfstoffs COVID-19 und die beteiligten Pharmaunternehmen und globalen Investoren äußern. Und als ob das GCHQ nicht schon abschreckend genug wäre, weil es angeblich von der britischen Regierung angewiesen wurde, jeden "auszuschalten", der die medizinische Notwendigkeit oder die finanziellen Beweggründe für einen COVID-19-Impfstoff in Frage stellt (was es als "Impfstoff-Zögerlichkeit" anprangert, als ob alles andere als blinder und sofortiger Gehorsam jetzt ein Verbrechen wäre), hat die Labour-Partei jetzt eine Notstandsgesetzgebung gefordert, um strafrechtliche und finanzielle Sanktionen gegen Social-Media-Plattformen zu verhängen, die niemanden zensieren, der dies tut. Aber wenn der britische Biosicherheitsstaat Menschen damit bedrohen muss, "Extremisten" und ein "nationales Sicherheitsrisiko" zu sein, um uns dazu zu bringen, den COVID-19-Impfstoff zu nehmen, sind wir im Recht - und im Besitz unserer Sinne - zu fragen, was Cheerleader wie Dr. June Raine, Professor Andrew Pollard und Professor Jonathan Van Tam hinter ihren bunten Pompons verbergen.

Nachtrag: Wie sicher ist der AstraZeneca-Impfstoff?

Im Rahmen der jüngsten Änderungen der Human Medicines Regulations 2012 wurde dem Impfstoff von Oxford/AstraZeneca für COVID-19 eine "vorläufige Zulassung" für die Verwendung in Großbritannien erteilt; seine langfristigen Auswirkungen sind jedoch noch unbekannt, daher ist er nicht zugelassen und experimentell. Aber was bedeutet das?

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat den "Europäischen Öffentlichen Beurteilungsbericht (EPAR) für Humanarzneimittel: COVID-19 Vaccine AstraZeneca" veröffentlicht. Dieser wurde zuletzt am 18. Februar aktualisiert und stellt somit eine Zusammenfassung der neuesten Daten zu diesem Produkt zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dar. 4 klinische Studien mit 24.000 Personen in Großbritannien, Brasilien und Südafrika zeigten eine 59,5-prozentige Reduktion der Anzahl der symptomatischen COVID-19-Fälle bei Personen, die zwei Dosen des Impfstoffs erhielten, wobei die zweite Dosis 4-12 Wochen nach der ersten verabreicht wurde. Dies entspricht einer "Wirksamkeit" von etwa 60 Prozent. Allerdings waren die meisten Teilnehmer an diesen Studien zwischen 18 und 55 Jahre alt. Es gab nicht genügend Ergebnisse bei Teilnehmern über 55 Jahren, um eine Aussage darüber zu treffen, wie gut der Impfstoff in dieser Altersgruppe wirkt. Mehr Informationen werden von laufenden Studien mit älteren Teilnehmern erwartet.

Obwohl bei den 345 Personen, die in den Studien den Impfstoff AstraZeneca COVID-19 erhielten und zuvor COVID-19 bekommen hatten, keine zusätzlichen Nebenwirkungen auftraten, reichten die Daten aus den Studien nicht aus, um eine Aussage darüber zu treffen, wie gut der Impfstoff AstraZeneca bei Personen wirkt, die bereits COVID-19 bekommen hatten.

Die Auswirkungen der Impfung mit dem AstraZeneca-Impfstoff auf die Ausbreitung von SARS-CoV-2 sind noch nicht bekannt und werden sich erst aus dem britischen Massenimpfprogramm ergeben. Es ist auch noch nicht bekannt, inwieweit geimpfte Personen das Virus noch tragen und verbreiten können.

Es ist auch nicht bekannt, wie lange der Schutz durch den Impfstoff von AstraZeneca anhält. Die in den klinischen Studien Geimpften werden ein Jahr lang weiter beobachtet, um weitere Informationen über den Schutz zu sammeln.

Der Impfstoff von AstraZeneca wird derzeit nicht für die Anwendung bei Kindern empfohlen; die EMA hat sich jedoch mit dem Pharmaunternehmen auf einen Plan geeinigt, zu einem späteren Zeitpunkt Studien an Kindern durchzuführen. Es gibt noch begrenzte Daten über die Auswirkungen des Impfstoffs auf Menschen mit geschwächtem Immunsystem.

Informationen zur Anwendung des Impfstoffs von AstraZeneca bei Patienten mit Komorbiditäten (wie chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Diabetes, chronischen neurologischen Erkrankungen, kardiovaskulären Störungen) oder bei Patienten mit Autoimmun- oder Entzündungserkrankungen werden derzeit als "fehlend" eingestuft.

Vorläufige Studien an Tieren zeigen keine schädlichen Auswirkungen auf die Schwangerschaft. Allerdings sind die Daten zur Anwendung des Impfstoffs von AstraZeneca während der Schwangerschaft noch sehr begrenzt.

Allergische Reaktionen (Überempfindlichkeit) wurden bei Personen beobachtet, die den Impfstoff von AstraZeneca erhielten; und es wird derzeit empfohlen, dass Teilnehmer, die bei der Verabreichung der ersten Dosis eine schwere allergische Reaktion zeigen, die zweite Dosis nicht erhalten sollten.

Die Sicherheit, Immunogenität und Wirksamkeit des Impfstoffs von AstraZeneca bei gleichzeitiger Verabreichung mit anderen Impfstoffen wurde ebenfalls nicht untersucht. Aufgrund des eiligen Charakters des klinischen Entwicklungsprogramms wird das Verständnis der langfristigen Sicherheit des Produkts derzeit als "begrenzt" beschrieben.

Trotz dieser Ungewissheit wurde dem Impfstoff von AstraZeneca am 29. Januar von der Europäischen Arzneimittelagentur eine "bedingte Marktzulassung" erteilt. Dies ist die Zulassung eines Medikaments, das einen ungedeckten medizinischen Bedarf von Patienten adressiert, auf der Basis von weniger umfassenden Daten als normalerweise erforderlich. Um eine solche Zulassung zu erhalten, müssen die verfügbaren Daten darauf hindeuten, dass der Nutzen des Medikaments seine Risiken überwiegt, was jedoch impliziert, dass noch weitere Erkenntnisse über den Impfstoff vorliegen müssen, die das Pharmaunternehmen aus den laufenden klinischen Studien vorlegen muss.

Bis dieser Nachweis erbracht ist, hat die Europäische Arzneimittelagentur einen "Risikomanagementplan der Europäischen Union" für den Impfstoff von AstraZeneca (Wirkstoff: ChAdOx1-S (rekombinant), AZD1222) erstellt, der Informationen über die Sicherheit des Impfstoffs enthält. Dieser Plan enthält eine Liste von unerwünschten Ereignissen von besonderem Interesse für den Impfstoff von AstraZeneca. Dabei handelt es sich um unerwünschte Ereignisse, die im Zusammenhang mit einer Massenverabreichungskampagne für den Impfstoff COVID-19 von Interesse sein könnten, wie sie derzeit in Großbritannien durchgeführt wird. Die Liste der

unerwünschten Ereignisse von besonderem Interesse (Adverse Events of Special Interest, AESIs), die für den Impfstoff von AstraZeneca gelten und die bis zum 4. November 2020, also 3 Monate vor der vorläufigen Zulassung des Impfstoffs, aus der Forschung und aus klinischen Studien bekannt waren, umfasst Folgendes.

Table II-5 List of AZD1222 AESIs

Body System/Classification	AESI
Other system	Vaccine-associated enhanced disease (VAED), including vaccine-associated enhanced respiratory disease (VAERD)
	Multisystem inflammatory syndrome in children
	Sudden Death
Immunological	Autoimmune thyroiditis
	Anaphylaxis

Table II-5 List of AZD1222 AESIs

Body System/Classification	AESI
Respiratory	Acute respiratory distress syndrome (ARDS)
Neurologic	Guillain-Barré syndrome
	Peripheral neuropathy and polyneuropathy
	Multiple sclerosis, transverse myelitis, and other demyelinating disorders
	Optic neuritis / neuromyelitis optica spectrum disorder
	Non-infectious encephalitis (inc. acute disseminated encephalomyelitis) / Non-infectious encephalopathy
	Myasthenia gravis
	Bell's palsy
	Seizure disorders (inc. febrile)
	Narcolepsy
Cardiovascular system	Myocarditis/Pericarditis
	Myocardial infarction
	Postural orthostatic tachycardia syndrome
Circulatory system/Haematological	Thrombocytopenia
	Stroke and other cerebrovascular events, Venous thromboembolism
Renal	Acute kidney injury
Gastrointestinal	Acute liver injury
	Acute pancreatitis
Musculoskeletal system	Acute aseptic arthritis
	Fibromyalgia
	Rhabdomyolysis
General	Chronic Fatigue Syndrome/ME/PVFS
Pregnancy /Foetal /Neonatal	Pregnancy outcome – Maternal
	Pregnancy outcome – Neonates
Skin	Erythema multiforme

Bis zum 21. Februar 2021 wurden in Großbritannien 8,4 Millionen Erstdosen des Impfstoffs von AstraZeneca verabreicht. Die Medicines and Healthcare products Regulatory Agency hat 42.917 Berichte über 157.637 vermutete unerwünschte Reaktionen (ADRs) erhalten. 244 davon betrafen Teilnehmer, die kurz nach der Impfung verstarben. Von diesen UAW waren 1.516 kardiale Störungen (davon 30 tödlich); 17.597 gastrointestinale Störungen (5 tödlich); 3.016 infektiöse Störungen (32 tödlich); 2.057 Stoffwechselstörungen (2 tödlich); 34.656 Störungen des Nervensystems (14 tödlich); 4.059 Störungen der Atemwege (10 tödlich) und 56.377 allgemeine Störungen (146 tödlich). Insgesamt, einschließlich des BioNTech/Pfizer-Impfstoffs, gab es bei 18,4 Millionen verabreichten Dosen in Großbritannien 242.651 unerwünschte Wirkungen, die zu 460 Todesfällen führten, die kurz nach der Impfung auftraten.

Simon Elmer

Architekten für sozialen Wohnungsbau

Weitere Lektüre vom gleichen Autor:

Cui Bono? Die COVID-19-'Verschwörung'

Lügen, verdammte Lügen und Statistiken: Die Herstellung der Krise

Unser Standardzustand: Zwangsimpfung für COVID-19 und Menschenrechtsgesetz

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

Five Stories Under Lockdown

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 Großteil unserer Arbeit unentgeltlich und wir haben keine Quelle für öffentliche Finanzierung. Wenn Sie unsere Arbeit finanziell unterstützen möchten, machen Sie bitte eine Spende über PayPal:

[Make A Donation](#)

Teilen Sie dies:

- [Twitter](#)
- [Facebook](#)
-

Zum Beispiel so:

Laden...



Veröffentlicht von **architectsocialhousing**

[Alle Nachrichten von architectsocialhousing anzeigen](#)

Beitrag Navigation

[Der Verrat der Clerks: Britische Intellektuelle im Dienste des Biosicherheitsstaates](#)

[Five Stories Under Lockdown](#)

11 Gedanken zu "Brot und Spiele: Wer steckt hinter dem Oxford-Impfstoff gegen COVID-19?"

-  sagt **Barbara McKenzie**:
[November 28, 2020 um 2:20 Uhr](#)
Außergewöhnlicher Artikel, danke, vollgepackt mit wichtigen Informationen, insbesondere (aber nicht nur) in Bezug auf Interessenkonflikte. Ich empfehle, ihn auszudrucken.

Laden...
[REPLY](#)
-  **Tee** sagt:
[2. Dezember 2020 um 11:36 Uhr](#)
Wirklich toller Artikel! Vielen Dank für das Teilen und die Bereitstellung so vieler Referenzen.

Laden...
[REPLY](#)
-  **david** sagt:
[2. Dezember 2020 um 3:24 Uhr](#)
Der von Ihnen zitierte Nature Comms-Artikel über Wuhan (nicht Nature, wie Sie sagen, obwohl immer noch ein "renommiertes" Journal) - dieser stützt sich auf 9.899.828 PCR-Tests, die in weniger als einem Monat durchgeführt wurden, und zwar mit demselben Assay, den alle anderen auch verwenden. Basierend auf den anderen Dingen, die ich hier über PCR-Tests gelesen habe: Wo sind all die falsch-positiven Ergebnisse geblieben?

Laden...
[REPLY](#)
-  sagt **architectsocialhousing**:
[3. Dezember 2020 um 9:54 Uhr](#)
Obwohl Dr. Mike Yeadon (siehe unseren Artikel über den Verrat der Beamten) darauf hingewiesen hat, dass nicht jeder, der mit SARS-CoV-2 infiziert ist, Antikörper produziert, vor allem, wenn die virale Dosis schwach war, berichtet der Nature Communications-Artikel, dass 190 der 300 asymptomatischen "Fälle" ein positives Immunglobulin G hatten, den häufigsten Antikörper, der vor bakteriellen und viralen Infektionen schützt. Das bedeutet, dass 63,3% der asymptomatischen positiven Fälle tatsächlich infiziert waren. Allerdings hatten 36,7 % der asymptomatischen "Fälle" negatives Immunglobulin G und M, "was auf die Möglichkeit eines Infektionsfensters oder falsch positiver Ergebnisse des Nukleinsäuretests hinweist".

Bei der Betrachtung der Einschränkungen der Studie kommen die Autoren zu dem Schluss, dass "obwohl ein positives Ergebnis des Nukleinsäuretests die Existenz der viralen RNAs offenbart, einige falsch negative Ergebnisse wahrscheinlich aufgetreten sind, insbesondere aufgrund der relativ geringen Viruslast bei asymptomatischen infizierten Personen, der unzureichenden Sammlung von Proben und der begrenzten Genauigkeit der Testtechnologie. Sie weisen jedoch darauf hin, dass "selbst wenn die Test-Sensitivität nur 50 %

betragen würde" (eine Meta-Analyse berichtete eine gepoolte Sensitivität von 73 %), "dann wäre die tatsächliche Prävalenz doppelt so hoch wie in dieser Studie berichtet, aber immer noch sehr niedrig.

Wichtig ist, dass für die in Wuhan verwendeten RT-PCR-Tests ein Zyklus-Schwellenwert (Ct-Wert) von weniger als 37 als positives Ergebnis und kein Ct-Wert oder ein Ct-Wert von 40 oder mehr als negatives Ergebnis definiert wurde. Bei Ct-Werten zwischen 37 und 40 wurde die Probe erneut getestet. Wenn das Ergebnis des Wiederholungstests unter 40 blieb und die Amplifikationskurve einen deutlichen Peak aufwies, wurde die Probe als positiv eingestuft; andernfalls wurde sie als negativ gemeldet. Diese Diagnosekriterien basierten auf den offiziellen Empfehlungen der chinesischen Regierung.

Im Vergleich dazu wurde in Großbritannien die Falsch-Positiv-Rate von der Regierung nicht bekannt gegeben; aber in dem im Oktober veröffentlichten Leitfaden von Public Health England für Gesundheitsschutzteams, "Understanding cycle threshold (Ct) in SARS-CoV-2 RT-PCR", heißt es, dass "ein typischer RT-PCR-Assay maximal 40 thermische Zyklen hat. Im Wuhan-Testschema würden diese alle als negatives Ergebnis gewertet werden.

Ich denke, der Unterschied besteht darin, dass die Regierung in China versucht, die minimale Sicherheitsanforderung festzulegen, die erforderlich ist, um die Bevölkerung wieder an die Arbeit zu bringen; wohingegen die Regierung in Großbritannien versucht, die Bevölkerung so lange wie möglich von der Arbeit fernzuhalten und uns nur unter der Bedingung wieder an die Arbeit zu lassen, dass wir die Programme und Technologien des Biosicherheitsstaates einhalten, einschließlich obligatorischer Impfungen, Immunitätspässe, Tragen von Masken, Kontaktverfolgung, Gesundheitsüberwachung usw.

Obwohl es also "Hinweise" auf falsch-positive Ergebnisse bei den Wuhan-Tests gibt, war es nicht das, wonach die Behörden gesucht haben; während in Großbritannien unser gesamtes Test-and-Trace-Programm und die damit verbundene Auslöschung unserer bürgerlichen Freiheiten auf der Produktion von Tausenden von falsch-positiven Ergebnissen beruht. Im PHE-Leitfaden heißt es ganz klar: "Die RT-PCR weist das Vorhandensein viralen genetischen Materials in einer Probe nach, ist aber nicht in der Lage zu unterscheiden, ob ein infektiöses Virus vorhanden ist" (S. 6). Der RT-PCR-Test war nie dazu gedacht, eine Infektion nachzuweisen oder eine Infektionskrankheit zu diagnostizieren. Was er jedoch sehr gut kann, ist das, wozu er von der britischen Regierung eingesetzt wird, nämlich 100 % falsch-positive Ergebnisse für ein Virus zu produzieren, das aus dem Land so gut wie verschwunden ist.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/926410/Understanding_Cycle_Threshold_Ct_in_SARS-CoV-2_RT-PCR.pdf

Laden...

[REPLY](#)

4. **道** **Universal Octopus** sagt:

3. Dezember 2020 um 10:20 Uhr

Ich kann diesen Artikel nicht genug loben.

Das Layout, die Beschaffung, die Präsentation und die Logik sind tadellos und genau das, was im Moment gebraucht wird, um die Opfer dieser politischen Manipulation und des daraus resultierenden wirtschaftlichen Ruins wachzurütteln, in welcher Situation sie sich befinden.

Außer, dass sie nicht geweckt werden können! Und werden es auch nicht, bevor es zu spät ist.

Lassen Sie sich aber nicht entmutigen. Es gibt viele (wenn auch verhältnismäßig wenige), die sehen werden und in der Lage sein werden, Vorsichtsmaßnahmen zu treffen, um sich vorzubereiten und sich hoffentlich den Bemühungen derjenigen anzuschließen, die wie Sie Ihre Warnungen aussprechen.

Bitte denken Sie nicht, dass ich scherzhaft bin, wenn ich sage, dass es auf einer fast ebenso großen und ernsten historischen Landschaft Anklänge an Karl Marx und Das Kapital hat. Damals waren die wenigen, die die Bildung hatten, um zu sehen, was in Bezug auf die Ausbeutung der Benachteiligten durch die Gier und Skrupellosigkeit der Mächtigen geschah, nicht in der Lage, den Bewusstseinsstand der Opfer zu erreichen, bis Gewalt auf einer Ebene ins Spiel kam, die in der Folge Revolution und Krieg hervorbrachte.

Es könnte wieder passieren. Bitte setzen Sie Ihre gute Arbeit fort.

Brian Taylor

Laden...

REPLY

5. Pingback: [The Betrayal of the Clerks: Britische Intellektuelle im Dienste des Biosicherheitsstaates - Architects for Social Housing \(ASH\)](#)



6. **SteveH** sagt:

6. Dezember 2020 um 4:05 Uhr

Die Aktienkurse von GSK, AZ und Pfizer sind im Vergleich zum Januar gefallen oder stagnieren. Sie sind nicht wegen des Geldes dabei

Laden...

REPLY



1. **architectsocialhousing**:

6. Dezember 2020 um 7:19 Uhr

GlaxoSmithKline begann das Jahr mit 17,77 £ pro Aktie und ist auf 13,74 £ gefallen. AstraZeneca startete mit einem Kurs von 76,66 £ und liegt jetzt bei 79,58 £, nachdem der Kurs von 87,85 £ am 11. November gefallen war, als es so aussah, als würde das Unternehmen als erstes Pharmaunternehmen einen Impfstoff gegen COVID-19 auf den Markt bringen, bevor aufgedeckt wurde, dass es bei den Tests gelogen hatte. Pfizer begann das Jahr mit einem Kurs von \$37,08 und liegt jetzt bei \$40,34, nachdem der Kurs von \$35,36 am 16. November, kurz vor der Ankündigung des COVID-19-Impfstoffs, gestiegen war.

Was Sie gesagt haben, ist also sachlich falsch. Der Aktienkurs dieser Pharmaunternehmen in diesem Jahr steht in direktem Zusammenhang mit ihrem Erfolg bei der Suche nach einem nicht lizenzierten Impfstoff für COVID-19 und wie dieser vom Markt aufgenommen wurde. Ich weiß nicht, ob Ihre falsche Behauptung daher rührt, dass Sie sich nicht die Mühe gemacht haben, die Statistiken zu lesen, oder weil Sie versuchen, die berechtigten Fragen, die ich in diesem Artikel aufgeworfen habe, mit unbegründeten Behauptungen abzutun - über die Schnelligkeit der Produktion des Impfstoffs, die Unzulänglichkeit seiner Tests, die finanziellen Beweggründe und die Geschichte der Korruption all der Einzelpersonen, Firmen und Regierungsorganisationen, die an diesem Wettlauf um einen COVID-19-Impfstoff beteiligt sind, ganz zu schweigen von der Notwendigkeit eines solchen Impfstoffs oder der Art und Weise, wie die britische Regierung die Gesetzgebung ändert, um ihm entgegenzukommen und ihn möglicherweise sogar vorzuschreiben. Aber so oder so, Ihre Behauptung, dass einige der mächtigsten und wohlhabendsten Unternehmen der Welt, die wiederholt das Gesetz gebrochen haben und Millionen und - im Fall von GlaxoSmithKline und Pfizer - Milliarden in außergerichtlichen Vergleichen gezahlt haben, um einer Strafverfolgung wegen Kunstfehlern und Totschlag zu entgehen, "nicht wegen des Geldes dabei sind", zeigt Ihre Naivität über die pharmazeutische Industrie und die Drehtür zwischen ihr und den staatlichen Aufsichtsbehörden.

Leider geht es bei der Herstellung dieses Coronavirus jedoch nicht nur um die riesigen Summen, die diese Firmen mit dem Verkauf von unnötigen und nicht zugelassenen Impfstoffen für ein Virus verdienen werden, das eine Bedrohung für einen winzigen Teil der Bevölkerung darstellt und die Todesrate der saisonalen Grippe hat, sondern auch um die politische Kontrolle, die durch die Verpflichtung zur Einnahme solcher Impfstoffe auf der Grundlage der von Ihnen demonstrierten Naivität und Ignoranz ausgeübt wird.

Ich habe Ihren Kommentar hier gelassen, um zu demonstrieren, wie einfach es ist, diese bulligen Behauptungen der Unwahrheit zu widerlegen, aber wenn Sie weitere Kommentare abgeben möchten, recherchieren Sie bitte zuerst und denken Sie nach. Ich danke Ihnen.

Laden...

REPLY

7. Pingback: [Bonfire of the Freedoms: Die unrechtmäßige Ausübung von Befugnissen aus dem Public Health \(Control of Disease\) Act 1984 - Architects for Social Housing \(ASH\)](#)

Quelle: <https://architectsforsocialhousing.co.uk/2020/11/25/bread-and-circuses-whos-behind-the-oxford-vaccine-for-covid-19/20210405 DT> (<https://stopreset.ch>)

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

Posted on [NOVEMBER 25, 2020](#) Categories [Biopolitics](#)



'Give them bread and circuses and they will never revolt.' — Juvenal

Over the past week the race for a vaccine for COVID-19 has approached the finishing line, with the [Oxford Vaccine Group](#) looking to be [the first to cross in the UK](#). This has occasioned a huge and relentless promotional campaign by the Department of Health and Social Care. In doing so, it has drawn on three media-friendly figures, in particular, to guarantee the safety of the vaccine: Dr. June Raine, Professor Andrew Pollard and Professor Jonathan Van Tam. The latter became a [social media hit](#) earlier this month after he compared the public's adherence to Government lockdown restrictions to footballers holding their nerve for a 'penalty shootout'; and likened the arrival of the COVID-19 vaccine to a 'train coming round the bend', with 'the guard making sure it's safe to open the doors' equated to the Medicine and Healthcare products Regulatory Agency. This, it turns out, is the way to speak to a terrorised and infantilised British public; but if I can attempt something a little less metaphorical and address myself instead to thinking adults, here is a brief resume of these three figures about whom the British public should know something before boarding this particular train.

1. Doctor June Raine

Dr. June Raine is the Interim Chief Executive Officer of the [Medicines and Healthcare products Regulatory Agency](#) (MHRA) responsible for overseeing the safety of medicines used in the UK, including the COVID-19 vaccine. Despite its status as a executive agency of the Department of Health and Social Care, over the past decade the MHRA has received [\\$7.15 million from the Bill & Melinda Gates Foundation](#) (BMGF), which in June this year invested \$1.6 billion in GAVI, the Global Alliance for Vaccines and Immunisation. Ten years ago in January 2010, the BMGF invested \$10 billion in vaccine production as part of its call for a '[Decade of Vaccines](#)'. However, Dr. June Raine's association with the Bill & Melinda Gates Foundation is more than financial. In March 2015, she attended a lecture on '[Global health changes and overcoming regulatory challenges](#)' delivered by Dr. Dan Hartman, Director of Integrated Development for the BMGF, at the tenth MHRA Annual Lecture. 6 months later, in September 2015, at a forum on '[Real world evidence](#)' held by the Academy of Medical Sciences and the Association of the British

Pharmaceutical Industry, Dr. Raine stated that, as regulation becomes increasingly proactive in planning active surveillance, ‘the world of reactive regulation is the world of the past’.

Last year, Dr. Raine claimed £5,035.69 in expenses to attend a BMGF meeting regarding the Smart Safety Surveillance (3S) project in Seattle. In the same year, the MHRA received a grant worth £292,000 from the Bill & Melinda Gates Foundation. Two years before that, in 2017, Dr. Raine’s predecessor as Chief Executive Officer of the MHRA, Dr. Ian Hudson, received £980,000 from the BMGF, before leaving in September 2019 to join the Foundation as Senior Advisor, Regulatory Affairs, Integrated Development, Global Health. The Office of the Advisory Committee on Business Appointments found ‘no particular risk of impropriety’ in this revolving door between a senior civil servant in a regulatory government agency funded by global investors in vaccines and a full-time, paid role in with the same investors.

2. Professor Andrew Pollard

This conflict of interest between producer and regulator is also present in the many roles of Professor Andrew Pollard, who is both Director of the Oxford Vaccine Group producing the COVID-19 vaccine in partnership with the British-Swiss pharmaceutical company AstraZeneca, and at the same time a member of the National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC) Scientific Advisory Committee, which advises the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) that guarantees the safety of vaccines in the UK. The Chair of the NIBSC Committee, Professor David J. Webb, is an MHRA Board Member.

Dr. Pollard’s employer, the University of Oxford, where he is Professor of Paediatric Infection and Immunity, has received \$11.64 million for vaccine development from the Bill & Melinda Gates Foundation over the past 3 years, and \$208 million in grants over the past decade. In 2016, the BMGF gave \$36.9 million for research into vaccine development by a team that included the Oxford Vaccine Group, which was headed by Professor Pollard. In addition, Professor Pollard’s own Laboratory is also funded by the Bill and Melinda Gates Foundation.

As Director of the Oxford Vaccine Group, which in 2013 affiliated with the newly-created agency Public Health England, which itself has received \$7.46 million in grants from the BMGF, Professor Pollard developed the Meningitis B vaccine Bexsero. Under pressure from the Secretary of State for Health, who at the time was Jeremy Hunt, following his appointment that same year as Chair of the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI), Professor Pollard mandated the use of Bexsero for UK children, despite significant safety signals for Kawasaki Disease and the rarity of Group B meningococcal disease. There were 5 cases of Kawasaki Disease in 4,340 trial infants, and more than one-third of infants had high fever the day of vaccination, including 8 who had seizures. In 2015, production of the vaccine was taken over by GlaxoSmithKline (GSK), the British pharmaceutical company that in 2009 had developed the Pandemrix vaccine in response to the threat of swine flu, which was predicted to kill 65,000 people in the UK. In September 2010, an article published in the Journal of the American Medical Association showed that the risk of serious illness resulting from swine flu was no higher than that from seasonal influenza, and in actuality, swine flu killed 457 people in the UK. The ‘independent’ modeller who made these predictions was none other than Professor Neil Ferguson, who 11 years later estimated half a million deaths from COVID-19 in the UK, and whose long-discredited predictions are still being used to justify inflicting an equally unnecessary COVID-19 vaccine on the British people today.

Pandemrix, however, wasn’t just unnecessary. It subsequently emerged that the vaccine can cause narcolepsy and cataplexy in about one in 16,000 people. By 2014, more than 800 children across Europe were known to have been made ill by the vaccine, with more expected to emerge. In the UK, 60 victims were expected to receive around £1 million each in compensation from the Government. 80 per cent of victims were children, but also included NHS staff who had been forced to take the vaccine in order to work. Since GSK had refused to supply the vaccine unless it was first indemnified against claims for damage, it paid the bill then claimed it back from the relevant

governments. A decade later, pharmaceutical companies developing the COVID-19 vaccine have demanded the same indemnity.

But that wasn't the end of GlaxoSmithKline's long history of malpractice and fines. In 2012, GSK was fined \$3 billion, until then the largest settlement in history, after admitting bribing US doctors and encouraging the prescription of unsuitable anti-depressants to children. And in 2016, GSK was fined over £37 million by the Competition and Markets Authority for paying bribes to keep generic varieties of the antidepressant, Paroxetine, out of the UK market. That seems a lot, but that same year GSK made \$528 million from Bexsero; and in its EvaluatePharma World Preview 2017, Outlook to 2022, the life-science commercial intelligence firm, Evaluate, projected that sales of Bexsero to 2022 will more than double to \$1.17 billion.

A senior figure at GlaxoSmithKline throughout this period was Dr. Patrick Vallance, who joined the company in 2006 as head of drug recovery, rose to head of medicines discovery and development in 2010, and finally, in 2012, was appointed President of Research and Development. In 2018 he left to become Chief Scientific Advisor to the UK Government, was knighted the following year, and in 2020 was appointed Chair of the Scientific Advisory Group on Emergencies, in which capacity it emerged Sir Patrick left GSK with shares worth £6.1 million at their current value, and still had £600,000 worth of shares in the company, which has deals to supply 60 million doses of a COVID-19 vaccine to the UK Government and 100 million doses with the US Government.

But to return to Professor Andrew Pollard, in April of this year, Oxford University entered into a partnership not with GlaxoSmithKline but with the British pharmaceutical company, AstraZeneca, to sell what subsequent deals have established will be 400 million doses of its COVID-19 vaccine in Europe, 700 million to the US and GAVI, and 1 billion doses to India. Their latest figures are for a production capacity of 3 billion doses in 2021. As a result of these deals, AstraZeneca's net profit in the second financial quarter of 2020 rose to £581.18 million, compared to just £99.94 million in the same quarter last year. This made AstraZeneca the most valuable UK company by market capitalisation, and this October it was still the second most valuable. The COVID-19 vaccine should put them back in first place.

In September of this year, AstraZeneca and Oxford University's coronavirus vaccine trial was paused after a UK participant suffered spinal cord inflammation; yet it took a month for them to send the vaccine trial safety data to the US Food and Drug Administration (FDA). This was not the first time AstraZeneca has fallen foul of the FDA. Ten years earlier, in 2010, AstraZeneca had paid \$520 million in fines to settle charges by the US Federal Government for illegally marketing the anti-psychotic drug Seroquel to children and elderly patients for uses not approved by the FDA. Just two years ago, in April 2018, it was revealed that AstraZeneca had paid €17.9 million in secret payments to 'independent' healthcare professionals to endorse their products, including the use of vaccines. Indeed, the day after we published this article, it was revealed that AstraZeneca's claim that its vaccine has an efficacy of 90 per cent is based on a test only administered to individuals aged 55 and below, a demographic with a far lower chance of developing COVID-19 symptoms requiring a vaccine. Since the announcement, London-listed shares in AstraZeneca have lost more than 6 per cent in value. This is the company that will be producing 3 billion doses of the Oxford vaccine for COVID-19. On 8 December, an interim analysis of trials of the 'safety and efficacy' of the AstraZeneca vaccine was published in The Lancet, and among the funders was, once again, the Bill & Melinda Gates Foundation, and AstraZeneca itself.

After authorising the use of Bexsero, Professor Pollard has kept his position as Chair of the Joint Committee on Vaccination and Immunisation that advises UK health departments on vaccines; but because of this conflict of interests he recused himself from the first JCVI meeting on COVID-19, and will not take part in Committee discussions about the SARS-CoV-2 vaccine he is developing at Oxford.

3. Professor Jonathan Van Tam

Professor Jonathan Van Tam, who Chairs the SAGE SPI-Modelling subgroup responsible for the lockdowns and other restrictions, is also the UK's Deputy Chief Medical Officer, a position he assumed in October 2017. Before that, Van Tam was in the pharmaceutical industry, joining the British multinational pharmaceutical company SmithKline Beecham as an Associate Director in 2000; moving to the Swiss healthcare company Roche as Head of Medical Affairs in April 2001; and finally, in February 2002, taking up the position of UK Medical to Aventis Pasteur MSD, the vaccines division of the French multinational pharmaceutical company Sanofi. In 2004 Van Tam returned to the public sector, joining the newly-created Health Protection Agency Centre for Infections, where he was Head of the Pandemic Influenza Office until October 2007.

According to Tom Jefferson in an article published in the *British Medical Journal* in December 2017 about the revolving doors between public and private positions in healthcare, Professor Van Tam is a regular attendee at conferences organised by the European Scientific Working Group on Influenza (ESWI), a well-known, industry-funded lobbying group. Indeed, his predecessor as Deputy Chief Medical Officer, Professor John Watson, was a founding member of the ESWI. And as head of the Pandemic Influenza Office, Professor Van Tam bears responsibility for decisions that were heavily criticised in 2013 by the Public Accounts Committee regarding the overlapping roles of pharmaceutical companies, lobbyists and regulators in the production, trial and use of the influenza antiviral drug Oseltamivir (Tamiflu). This was one of the highest revenue earners for its manufacturer and Van Tam's former employer, Roche. From 2006, the UK Government spent millions stockpiling Tamiflu in response to estimates that bird flu would kill 200 million people worldwide, and up to 710,000 people in the UK. In reality, around 600 people have died worldwide, and not a single person in the UK even contracted bird flu. Once again, the modeller who made these highly lucrative predictions was Professor Neil Ferguson.

If you're wondering why Professor Van Tam is so keen on us taking a COVID-19 vaccine — he has recently resorted to saying he would give it to his 78-year-old mother and be the first in the queue to take it himself were it ethical to do so — £424 million of taxpayers' money was spent on Tamiflu. Yet of the 123 clinical trials of the antiviral that were conducted, 74 were entirely funded by Roche, its manufacturer; and of those, the European Medicines Agency received just 15 incomplete accounts of trials, and the National Institute for Health and Care Excellence just 4 incomplete accounts of trials. According to an article published in the *British Medical Journal*, it took Roche 4 years to hand over the full Clinical Study Reports. When they were finally available for scrutiny, these showed that the World Health Organisation (WHO), the European Medicines Agency (EMA) and the US Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) had all approved, recommended and encouraged the stockpiling and use of Tamiflu without having first vetted the underlying data. This stockpiling earned Roche billions. Worse still, when this data was reviewed by the Cochrane Review Group, it concluded that there was no convincing trial evidence that Tamiflu affected either influenza complications in treatment or influenza infections in prophylaxis, as well as raising new questions about the drug's harms profile.

In the Public Accounts Committee report on 'Access to clinical trial information and the stockpiling of Tamiflu' published in 2013, Dr. Fiona Godlee, Editor in Chief of the *British Medical Journal*, when asked why the UK Government had spent £424 million on a useless vaccine for a viral threat that had never existed, responded:

'I will give you my brief answer. I think it was politically expedient. There was an outbreak of potentially serious influenza. There was a World Health Organisation recommendation that countries should do this. I should say that there is a whole host of information about what led to that WHO recommendation, with industry-funded advisers helping WHO reach that decision. The UK was confronted with a situation in which it wanted something. There isn't anything else for pandemic flu. To cut a long answer short, I would say it was bread and circuses to keep the populace happy, and I think it was misleading and wrong, especially as the alternative, paracetamol, is well understood, and Tamiflu has adverse effects, apart from its cost.'

Fast forward 7 years and we're back in the same but worse situation. Far from being 'unprecedented', as we are constantly being told, health 'crises' have been repeatedly manufactured by Big Pharma, with Professor Ferguson its go-to-man for prophecies of doom that have been consistently shown to be wrong by many orders of magnitude. This time, however, we're entering a new level of corruption and collaboration between the public and private sectors. Compulsory vaccination has always been the goose that will lay a trillion golden eggs for the pharmaceutical industry and its global investors; and on 13 November, Conservative MP Lt Col Tom Tugendhat, who Chairs the Committee for Foreign Affairs, called for a COVID-19 vaccine to be made a condition of access to public transport, social venues and places of work. Throughout this manufactured health crisis, this has been how the Government has leaked future policy to the media to test the public's reaction. In this case, it looks very much like the first step in the mandating of mass vaccination as part of the programmes and technologies of the UK biosecurity state.

4. Making the World Safe for Vaccines

Finally, as further evidence of how ready the Government is to change legislation to accommodate these programmes, in a consultation document published on 28 August and closed on 18 September, the Department of Health and Social Care canvassed the responses of unidentified 'stakeholders' to proposed draft changes to the Human Medicine Regulations 2012, in order to support the issuing, advertising, distributing, selling and administering of COVID-19 vaccines. These changes would:

6. Change Regulation 74 to allow the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) to advise the Government to use a tested but unlicensed vaccine, which will instead be given a temporary authorisation by the UK's licensing authority, the MHRA.
7. Extend the scope of immunity from civil liability already conferred by Regulation 345 — which already indemnifies key actors in the medicines supply chain from being sued in the civil courts for the consequences resulting from the use of an unlicensed product that a national licensing authority has recommended in order to deal with certain specific health threats (which it calls 'unfair') — to provide 'complete immunity' not only to manufacturers and healthcare professionals but also to the pharmaceutical companies placing an unlicensed medicine such as a COVID-19 vaccine on the market.
8. Extend the workforce permitted under Regulation 214 to administer both the unlicensed COVID-19 vaccine and the expanded influenza vaccine from just doctors and other registered healthcare professionals to include midwives, nursing associates, operating department practitioners, paramedics, physiotherapists and pharmacists.
9. Disapply Part 14 of the Human Medicines Regulations to allow unlicensed medicine or medicinal product, such as the COVID-19 vaccine, to be promoted and advertised to both healthcare professionals and the public by the suppliers, and to permit such suppliers to participate in any public information campaign relating to the use of the medicine.
10. To remove the requirement, under Regulation 18, for distributors of an unlicensed medicine, including the COVID-19 vaccine, to have a wholesale dealer's licence. Such exemptions would be provided for service providers contracted by the NHS and the Armed Forces.

These proposed changes, which the DHSC justifies on the grounds of what it calls 'the biggest threat this country has faced in peacetime history', are not, however, limited to a COVID-19 vaccine, but 'will also facilitate the efficient mass distribution of treatments for . . . any other disease that poses a serious risk to public health.' On 16 October, these proposals were made into law by the Human Medicines (Coronavirus and Influenza) (Amendment) Regulations 2020. On 3 December the Vaccine Damage Payments (Specified Disease) Order 2020 added COVID-19 to the list of diseases against which payments made to individuals who are severely disabled as a result of vaccination are limited to a one-off, tax-free, Vaccine Damage Payment of £120,000. Following their £3,360 pay rise to an annual salary of £85,291, that's the equivalent of an MP's salary for less

than 17 months, not including their income as lobbyists, consultants and board members of pharmaceutical companies and healthcare firms. Since the vaccine manufacturers, non-registered health professionals administering it and pharmaceutical companies selling it are all indemnified from such claims, this sum would be paid by the UK Government.

On 20 November, a study published in *Nature Communications*, one of the world's most highly regarded peer-reviewed journals, titled 'Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China' reported that, out of 9,899,828 residents and 92.9 per cent of the population of Wuhan tested between 14 May and 1 June a month after lockdown restrictions were lifted on 9 April, no new symptomatic cases and just 300 asymptomatic cases were identified. From the latter, no positive tests for SARS-CoV-2 were identified among 1,174 close contacts of asymptomatic cases. Further testing of 52,312 samples between 13 June 13 and 2 July found no positive results; and two months after the screening of nearly 10 million residents, by 9 August there were still no newly confirmed cases of COVID-19 in the city most severely affected by COVID-19 in China. Statistically speaking, although there are some documented instances, the asymptomatic transmission of SARS-CoV-2 doesn't exist as a vector of infection requiring a vaccine.

What we're threatened by in the UK is not a virus but an epidemic of tests which, as I've covered in detail in my previous article, *The Betrayal of the Clerks*, have a far higher False Positive Rate (median of 2.3 per cent) than the 1.22 per cent of the population currently identified by those tests as having SARS-CoV-2. This includes those who have died of some other medical cause. As of 18 November, the NHS reports just 1,664 people whose deaths have been attributed to COVID-19 dying in English hospitals this year without a pre-existing medical condition. The so-called 'second wave' of 'COVID-19 deaths' is consistent with the annual rise in overall mortality in the UK at this time of year, particularly from respiratory diseases, which have inexplicably dropped over the four weeks to 13 November, the same weeks in which deaths attributed to COVID-19 have risen. In the same 4 weeks last year there were 5,399 deaths from respiratory diseases; this year there are 3,958. Equally, the current slight increase in overall mortality over the five year average must be placed in the context of the effects of the ongoing reduction and withdrawal of medical care and treatment for the elderly and sick throughout this year. Back in July, after the 16,000 excess deaths in March and April not attributed to COVID-19, the Office for National Statistics estimated a further 26,000 excess deaths this year resulting from coronavirus-justified changes to emergency and adult social care, with thousands of additional deaths resulting from the postponement of diagnoses and cancellation of treatment and operations. To take just one of the major causes of death in the UK increased by Government imposed changes to healthcare, the *British Medical Journal* reported this month that even a month's delay in cancer surgery increases the risk of death by 6-13 per cent, with a 3-month delay increasing the risk by approximately 25 per cent, rising to 44 per cent for treatments like bowel cancer chemotherapy. As winter draws in, and the deaths not only from cancer but also from heart disease (25.9 per cent increase in deaths), diabetes (47 per cent increase) and dementia (79 per cent increase) mount up, only to be attributed to 'COVID-19' by a testing programme unfit for any other purpose than to mislead the public, the Government's criminal decision to restrict and withdraw medical care for life-threatening conditions is beginning to reap its bloody harvest.

Against this indefensible massacre of the innocents in the circus of political expediency, the need for a vaccine for COVID-19 into which the Government has already sunk over £6 billion of public money would appear to exist only in the minds and wallets of the doctors, scientists, universities, government departments, executive agencies, regulatory bodies, pharmaceutical companies and global investors who will benefit and profit from producing, guaranteeing, advertising and enforcing a vaccine for COVID-19 — and any other threat to public health they can conjure into being — on the population not only of the UK but of the world.

Even to suggest this, however, or to ask the numerous questions the documented and verifiable evidence in this article must raise in the minds of the British public, means I and anyone sharing this article online can be censored or shut down by Government Communications Headquarters (GCHQ). This month the intelligence and security organisation launched a cyber offensive targeting social media accounts publishing content deemed ‘propaganda’ merely for raising concerns about COVID-19 vaccine development and the pharmaceutical companies and global investors involved. And if GCHQ reportedly being told by the UK Government to ‘take out’ anyone who questions the medical necessity or financial motivations for a COVID-19 vaccine (something it denounces as ‘vaccine hesitancy’, as if anything besides blind and immediate obedience is now a crime) wasn’t enough of a deterrent, the Labour Party has now called for emergency legislation to issue criminal and financial sanctions against social media platforms that don’t censor anyone who does so. But if the UK biosecurity state has to threaten people with being ‘extremists’ and a ‘national security risk’ in order to make us take the COVID-19 vaccine, we are within our rights — and in possession of our senses — to ask what cheerleaders like Dr. June Raine, Professor Andrew Pollard and Professor Jonathan Van Tam are hiding behind their brightly-coloured pompoms.

Addendum: How Safe is the AstraZeneca Vaccine?

Under recent changes to the Human Medicines Regulations 2012, the Oxford/AstraZeneca vaccine for COVID-19 has been granted ‘temporary authorisation’ for use in the UK; but its long-term effects are still unknown, so it is unapproved and experimental. But what does this mean?

The European Medicines Agency (EMA) has published ‘Human medicine European public assessment report (EPAR): COVID-19 Vaccine AstraZeneca’. This was last updated on 18 February, and so represents a summary of the latest data on this product at the time of publication. 4 clinical trials of 24,000 people across the UK, Brazil and South Africa showed a 59.5 per cent reduction in the number of symptomatic COVID-19 cases in people given two doses of the vaccine, with the second dose given 4-12 weeks after the first. This equates to around 60 per cent ‘efficacy’. However, most of the participants in these studies were 18-55 years old. There were not enough results in participants over 55 to provide a figure for how well the vaccine will work in this age-group. More information is expected from ongoing studies with elderly participants.

Although there were no additional side effects in the 345 people who received COVID-19 Vaccine AstraZeneca in the trials and had previously had COVID-19, there was not enough data from the trials to conclude how well the AstraZeneca vaccine works on people who have had COVID-19.

The impact of vaccination with the AstraZeneca vaccine on the spread of SARS-CoV-2 is not yet known, and will only emerge from the UK programme of mass vaccination. It is also not yet known to what extent vaccinated individuals may still be able to carry and spread the virus.

It is also not known how long protection given by the AstraZeneca vaccine lasts. Those vaccinated in the clinical trials will continue to be followed for one year to gather more information on protection.

The AstraZeneca vaccine is currently not recommended for use on children; but the EMA has agreed with the pharmaceutical company on a plan to conduct trials on children at a later stage. There is still limited data on the vaccine’s effects on people with weakened immune systems.

Information on the use of the AstraZeneca vaccine on patients with co-morbidities (such as chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, chronic neurological disease, cardiovascular disorders), or on those with autoimmune or inflammatory disorders, is currently classed as ‘missing’.

Preliminary studies on animals do not show any harmful effects on pregnancy. However, data on the use of the AstraZeneca vaccine during pregnancy is still very limited.

Allergic reactions (hypersensitivity) have been observed in people receiving the AstraZeneca vaccine; and it is currently recommended that participants who have a severe allergic reaction when they are given the first dose should not receive the second dose.

The safety, immunogenicity, and efficacy of the AstraZeneca vaccine when co-administered with other vaccines has also not been evaluated. Because of the rushed nature of the clinical development program, understanding of the long-term safety of the product is currently described as ‘limited’.

Despite this uncertainty, on 29 January, the AstraZeneca vaccine was granted a ‘Conditional marketing authorisation’ by the European Medicines Agency. This is the approval of a medicine that addresses unmet medical needs of patients on the basis of less comprehensive data than is normally required. To be granted such authorisation, the available data must indicate that the medicine’s benefits outweigh its risks, but implies that there is more evidence to come about the vaccine, which the pharmaceutical company is required to provide from the clinical trials, which are ongoing.

Until this evidence is produced, the European Medicine Agency has produced a ‘European Union Risk Management Plan’ for the AstraZeneca vaccine (drug substance: ChAdOx1-S (recombinant), AZD1222), which contains information about the vaccine’s safety. This plan includes a list of Adverse Events of Special Interest for the AstraZeneca vaccine. These are adverse reactions that may be of interest in the context of a mass COVID-19 vaccine administration campaign for COVID-19, such as the one currently being carried out in the UK. The list of Adverse Events of Special Interest (AESIs) applicable to the AstraZeneca vaccine that had been established from research and clinical trials by 4 November, 2020, 3 months before it was authorised for temporary use, include the following.

Table II-5 List of AZD1222 AESIs

Body System/Classification	AESI
Other system	Vaccine-associated enhanced disease (VAED), including vaccine-associated enhanced respiratory disease (VAERD)
	Multisystem inflammatory syndrome in children
	Sudden Death
Immunological	Autoimmune thyroiditis
	Anaphylaxis

Table II-5 List of AZD1222 AESIs

Body System/Classification	AESI
Respiratory	Acute respiratory distress syndrome (ARDS)
Neurologic	Guillain-Barré syndrome
	Peripheral neuropathy and polyneuropathy
	Multiple sclerosis, transverse myelitis, and other demyelinating disorders
	Optic neuritis / neuromyelitis optica spectrum disorder
	Non-infectious encephalitis (inc. acute disseminated encephalomyelitis) / Non-infectious encephalopathy
	Myasthenia gravis
	Bell's palsy
	Seizure disorders (inc. febrile)
	Narcolepsy
Cardiovascular system	Myocarditis/Pericarditis
	Myocardial infarction
	Postural orthostatic tachycardia syndrome
Circulatory system/Haematological	Thrombocytopenia
	Stroke and other cerebrovascular events, Venous thromboembolism
Renal	Acute kidney injury
Gastrointestinal	Acute liver injury
	Acute pancreatitis
Musculoskeletal system	Acute aseptic arthritis
	Fibromyalgia
	Rhabdomyolysis
General	Chronic Fatigue Syndrome/ME/PVFS
Pregnancy /Foetal /Neonatal	Pregnancy outcome – Maternal
	Pregnancy outcome – Neonates
Skin	Erythema multiforme

As of 21 February, 2021, 8.4 million first doses of the AstraZeneca vaccine have been administered in the UK. The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency has received 42,917 reports of 157,637 suspected adverse reactions (ADRs). 244 of these were of the participant dying shortly after vaccination. Of these ADRs, 1,516 were cardiac disorders (of which 30 were fatal); 17,597 gastrointestinal disorders (5 fatal); 3,016 infectious disorders (32 fatal); 2,057 metabolic disorders

(2 fatal); 34,656 disorders of the nervous system (14 fatal); 4,059 respiratory disorders (10 fatal), and 56,377 general disorders (146 fatal). In total, including the [BioNTech/Pfizer vaccine](#), out of 18.4 million doses administered in the UK, there have been 242,651 ADRs resulting in 460 deaths occurring shortly after vaccination.

Simon Elmer

Architects for Social Housing

Further reading by the same author:

[*Cui Bono? The COVID-19 'Conspiracy'*](#)

[*Lies, Damned Lies and Statistics: Manufacturing the Crisis*](#)

[*Our Default State: Compulsory Vaccination for COVID-19 and Human Rights Law*](#)

[*Bowling for Pfizer: Who's Behind the BioNTech Vaccine?*](#)

[*Five Stories Under Lockdown*](#)

[*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, please make a donation through PayPal:

[**Make A Donation**](#)

Share this:

- [Twitter](#)
- [Facebook](#)
-

Like this:

Loading...







Published by architectsfor social housing

[View all posts by architectsfor social housing](#)

Post navigation

[The Betrayal of the Clerks: UK Intellectuals in the Service of the Biosecurity State](#)

11 thoughts on “Bread and Circuses: Who’s Behind the Oxford Vaccine for COVID-19?”

8.  **Barbara McKenzie** says:
[November 28, 2020 at 2:20 pm](#)
 Exceptional article, thank you, packed with important information, especially (but not only) with regard to conflicts of interest. Recommend printing it out.
- Loading...
[REPLY](#)
-
9.  **Tee** says:
[December 2, 2020 at 11:36 am](#)
 Really great article! Thank you for sharing and providing so many references.
- Loading...
[REPLY](#)
-
10.  **david** says:
[December 2, 2020 at 3:24 pm](#)
 The Nature Comms article you cite on Wuhan (not Nature as you say, although still a “prestigious” journal) – this relies on 9,899,828 PCR tests carried out in less than a month, via the same assay that everyone else is using. Based on the other things I’ve read here on PCR testing: where have all the false positives gone?
- Loading...
[REPLY](#)
-
1.  **architectsocialhousing** says:
[December 3, 2020 at 9:54 am](#)
 Although Dr. Mike Yeadon (see our article on The Betrayal of the Clerks) has pointed out that not everyone infected with SARS-CoV-2 will produce antibodies, especially when the viral dose has been weak, the Nature Communications article reports that 190 of the 300 asymptomatic ‘cases’ had a positive Immunoglobulin G, the most common antibody, which protects against bacterial and viral infections. This indicates that 63.3% of the asymptomatic positive cases were actually infected. However, 36.7% of the asymptomatic ‘cases’ had negative Immunoglobulin G and M, ‘indicating the possibility of infection window or false positive results of the nucleic acid testing’.
- In considering the limitations of the study, the authors conclude that ‘although a positive result of nucleic acid testing reveals the existence of the viral RNAs, some false negative results were likely to have occurred, in particular due to the relatively low level of virus loads in asymptomatic infected individuals, inadequate collection of samples, and limited accuracy of the testing technology.’ However, they point out that ‘even if test sensitivity was as low as 50%’ (a meta-analysis reported a pooled sensitivity of 73%), ‘then the actual prevalence would be twice as high as reported in this study, but would still be very low.’
- Importantly, for the RT-PCR tests used in Wuhan, a cycle threshold value (Ct-value) less than 37 was defined as a positive result, and no Ct-value or a Ct-value of 40 or more was defined as a negative result. For Ct-values ranging from 37 to 40, the sample was retested. If the retest result remained less than 40 and the amplification curve had obvious peak, the sample was classified as positive; otherwise, it was reported as being negative. These diagnostic criteria were based on the Chinese Government’s official recommendations.
- In comparison, in the UK the False Positive Rate has not been disclosed by the Government; but Public Health England’s guide for health-protection teams published in October, ‘Understanding cycle threshold (Ct) in SARS-CoV-2 RT-PCR’, it states that ‘a typical RT-PCR assay will have a maximum of 40 thermal cycles.’ In the Wuhan test scheme, these would all qualify as a negative result.

I think the difference is that, in China, the Government is trying to establish the minimum safety requirement required to get the population back to work; whereas in the UK the Government is trying to keep the population out of work for as long as possible, and only to allow us back to work on the condition of our compliance with the programmes and technologies of the biosecurity state, including mandatory vaccination, immunity passports, mask wearing, contact tracing, health monitoring, etc.

So although there are 'indications' of false positives in the Wuhan tests, it wasn't what the authorities were looking for; whereas in the UK our entire Test and Trace programme, and the erasure of our civil liberties it justifies, is based on the production of thousands of False Positives. In the PHE guide it states very clearly that 'RT-PCR detects presence of viral genetic material in a sample but is not able to distinguish whether infectious virus is present' (p. 6). The RT-PCR test was never designed either to prove infection or to diagnose an infectious disease. What it is very good at, however, is what it is being used by the UK Government to do, which is produce 100% false positives for a virus that has all but disappeared from the country.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/926410/Understanding_Cycle_Threshold_Ct_in_SARS-CoV-2_RT-PCR.pdf

Loading...

[REPLY](#)

11.  **Universal Octopus** says:

[December 3, 2020 at 10:20 am](#)

I cannot praise this article enough.

The layout, the sourcing, the presentation and the logic are impeccable and are just what is needed at the present moment to awaken the victims of this political manipulation and consequential economic ruin to the situation they are in.

Except that they cannot be awakened! And will not be before it is too late.

Please don't be disheartened, though. There are many (if proportionately few) who will see and be able to take precautions to prepare themselves and hopefully join in the efforts of those like you who are sounding your warnings.

Please don't think I am being facetious when I say that, on an almost equally vast and serious historical landscape, it has echoes of Karl Marx and Das Kapital. Then, the few who had the education to see what was happening in terms of the exploitation of the disadvantaged by the greed and unscrupulousness of the powers that be, were unable to reach the awareness levels of the victims until violence entered the equation on a level which subsequently produced revolution and war.

It could happen again. Please keep up your good work.

Brian Taylor

Loading...

[REPLY](#)

12. Pingback: [The Betrayal of the Clerks: UK Intellectuals in the Service of the Biosecurity State – Architects for Social Housing \(ASH\)](#)

13.  **SteveH** says:

[December 6, 2020 at 4:05 pm](#)

The share price of GSK, AZ and Pfizer are down or flat compared to January. They aren't in it for the money

Loading...

[REPLY](#)

1.  **architectsocialhousing** says:

[December 6, 2020 at 7:19 pm](#)

GlaxoSmithKline started the year at £17.77 a share and has fallen to £13.74. AstraZeneca started at £76.66 and is now on £79.58, having fallen from £87.85 on 11 November when it looked like it would be the first pharmaceutical company to release a vaccine for COVID-19, before it was revealed they'd lied about the tests. Pfizer started the year at \$37.08 and is now on \$40.34, having risen from \$35.36 on 16 November, shortly before they announced the COVID-19 vaccine.

So what you've said is factually incorrect. The share price of these pharmaceutical companies this year is directly linked to their success in finding an unlicensed vaccine for COVID-19 and how it's been greeted by the market. I don't know whether your incorrect assertion is because you haven't bothered to look at the statistics or because you're trying to dismiss with unfounded assertions the valid questions I've raised in this article about the rapidity of the vaccine's production, the inadequacy of its testing, the financial motivations and history of corruption of all the individuals, companies and government organisations involved in this race for a COVID-19 vaccine, let alone the need for it or how legislation is being changed by the UK Government to accommodate and, possibly, mandate it. But either way, your assertion that some of the most powerful and wealthy companies in the world, which have repeatedly broken the law and paid millions and – in the case of GlaxoSmithKline and Pfizer – billions in out-of-court settlements to escape prosecution for malpractice and manslaughter, 'aren't in it for the money' shows your naivety about the pharmaceutical industry and the revolving door between it and Government regulators.

Unfortunately, however, the manufacture of this coronavirus isn't merely about the vast sums these companies are going to make selling needless and unlicensed vaccines for a virus that presents a threat to a tiny proportion of the population and has the fatality rate of seasonal influenza, but is also about the political control being exerted through the requirement to take such vaccines on the basis of the naivety and ignorance you've demonstrated.

I have left your comment here to demonstrate how easy it is to refute these bullish assertions of falsehood, but if you wish to make any further comments please do some research and thinking first. Thank you.

Loading...

REPLY

14. Pingback: Bonfire of the Freedoms: The Unlawful Exercise of Powers conferred by the Public Health (Control of Disease) Act 1984 – Architects for Social Housing (ASH)
-

Quelle: <https://architectsforsocialhousing.co.uk/2020/11/25/bread-and-circuses-whos-behind-the-oxford-vaccine-for-covid-19/>
20210405 DT (<https://stopreset.ch>)