

"Die Pandemie ist vorbei" - Ehemaliger Chief Science Officer von Pfizer sagt:
"Zweite Welle" bei falsch-positiven COVID-Tests gefälscht
So, 22.11.20 - 23:00

Dieses Video bietet einen der gelehrtesten und informativsten Einblicke in Covid-19 und die Folgen von Abriegelungen. Wie das AIER anmerkt, war es diese Woche bemerkenswert, als es auf YouTube erschien und nur 2 Stunden nach der Veröffentlichung gewaltsam entfernt wurde.

Die untenstehende Kopie wird auf LBRY, einer Blockchain-Videoanwendung, gehostet. In einem Jahr mit fantastischen pädagogischen Inhalten ist dies eines der besten, das wir je gesehen haben.

Betrachten Sie den Lebenslauf des Vortragenden:

Dr. Michael Yeadon ist ein Experte auf dem Gebiet der Allergie- und Atemwegstherapie mit 23 Jahren Erfahrung in der pharmazeutischen Industrie. Er wurde als Biochemiker und Pharmakologe ausgebildet und promovierte 1988 an der Universität von Surrey (Großbritannien).

Danach arbeitete Dr. Yeadon zusammen mit Salvador Moncada in den Wellcome Research Labs mit einem Forschungsschwerpunkt auf der Überempfindlichkeit der Atemwege und den Auswirkungen von Schadstoffen einschließlich Ozon und arbeitete an der Entdeckung von 5-LO, COX, PAF, NO und Lungenentzündungen. Zusammen mit Kollegen war er der erste, der ausgeatmetes NO bei Tieren nachwies und später über allergische Auslöser NOS in der Lunge induzierte.

Er kam 1995 zu Pfizer und war innerhalb des Unternehmens für das Wachstum und die Bereitstellung des Portfolios der Allergie- und Atemwegs-Pipeline verantwortlich. Er war verantwortlich für die Auswahl von Zielmolekülen und den Fortschritt neuer Moleküle in den Menschen, leitete Teams mit bis zu 200 Mitarbeitern in allen Disziplinen und gewann 2008 einen Achievement Award für Produktivität.

Unter seiner Leitung erfand die Forschungseinheit orale und inhalative NCEs, die mehrere positive klinische Konzeptbeweise bei Asthma, allergischer Rhinitis und COPD lieferten. Er leitete produktive Kooperationen wie mit Rigel Pharmaceuticals (SYK-Inhibitoren) und war an der Lizenzierung von Spiriva und der Übernahme des Unternehmens Meridica (Inhalationsgeräte) beteiligt.

Dr. Yeadon hat über 40 Original-Forschungsartikel veröffentlicht und berät heute eine Reihe von Biotechnologieunternehmen und arbeitet mit ihnen zusammen. Bevor er mit Apellis zusammenarbeitete, war Dr. Yeadon VP und Chief Scientific Officer (Allergie- und Atemwegsforschung) bei Pfizer.

Der Auslöser für die Zensurmaschinerie im Silicon Valley ist wahrscheinlich die Tatsache, dass ein ehemaliger Chief Science Officer des Pharmariesen Pfizer sagt: "Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage für die Annahme einer zweiten Welle". Der "Big Pharma"-Insider behauptet, dass falsch-positive Ergebnisse von inhärent unzuverlässigen COVID-Tests zur Herstellung einer "zweiten Welle" auf der Grundlage "neuer Fälle" verwendet werden.

Wie Ralph Lopez auf HubPages schreibt, warnt Yeadon davor, dass die Hälfte oder sogar "fast alle" Tests auf COVID falsch positiv sind. Dr. Yeadon argumentiert auch, dass die Schwelle für Herdenimmunität viel niedriger sein könnte als bisher angenommen und in vielen Ländern bereits erreicht worden sein könnte.

In einem Interview letzte Woche (siehe unten) wurde Dr. Yeadon gefragt: "Wir stützen uns auf eine Regierungspolitik, eine Wirtschaftspolitik, eine Politik der bürgerlichen Freiheiten, was die Beschränkung auf sechs Personen in einer Sitzung betrifft... alles auf der Grundlage von, wie könnte es anders sein, völlig gefälschten Daten über dieses Coronavirus?"

Dr. Yeadon antwortete mit einem einfachen "Ja".

Noch bedeutsamer ist, dass, selbst wenn alle positiven Aspekte richtig wären, Dr. Yeadon sagte, dass angesichts der "Form" aller wichtigen Indikatoren einer weltweiten Pandemie, wie Krankenhausaufenthalte, Nutzung der Intensivstationen und Todesfälle, "die Pandemie grundsätzlich vorbei ist" sagte Yeadon in dem Interview:

"Wären da nicht die Testdaten, die Sie ständig aus dem Fernsehen bekommen, würden Sie zu Recht zu dem Schluss kommen, dass die Pandemie vorbei ist, denn es ist nicht viel passiert. Natürlich gehen die Menschen ins Krankenhaus, um sich in die herbstliche Grippezeit zu begeben... aber es gibt keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die darauf hindeuten, dass eine zweite Welle auftreten sollte".

In einem in diesem Monat veröffentlichten Papier, das von Yeadon und zwei seiner Kollegen mitverfasst wurde, schreiben die Wissenschaftler: "Wie wahrscheinlich ist eine zweite Welle? "Es ist allgemein beobachtet worden, dass in allen stark infizierten Ländern in Europa und in mehreren US-Bundesstaaten gleichermaßen die Form der täglichen Todesfälle im Verhältnis zu den Zeitkurven ähnlich ist wie bei uns im Vereinigten Königreich. Viele dieser Kurven sind nicht nur ähnlich, sondern fast super unmöglich".

Aus den Daten für das Vereinigte Königreich, Schweden, die USA und die Welt geht hervor, dass in allen Fällen die Zahl der Todesfälle von März bis Mitte oder Ende April zunahm, sich dann in einem glatten Anstieg verjüngte, der Ende Juni abflachte und bis heute anhält. Die Fallzahlen steigen jedoch, basierend auf Tests, und schwanken wild nach oben und unten.

Die Medienbotschaften in den USA steigern bereits die Erwartungen an eine "zweite Welle".

Die Überlebensrate von COVID-19 hat sich seit Mai auf 99,8% der Infektionen erhöht. Dies kommt einer normalen Grippe nahe, deren Überlebensrate bei 99,9% liegt. Obwohl COVID schwerwiegende Nachwirkungen haben kann, kann eine Grippe oder jede andere Atemwegserkrankung ebenfalls schwerwiegende Folgen haben. Die derzeitige Überlebensrate ist mit 94% weit höher als die von Dr. Anthony Fauci zitierten ersten grimmigen Vermutungen im März und April, d.h. 20 bis 30 Mal tödlicher. Der von Yeadon et al. in der Studie akzeptierte Wert für die Infektionstodrate (IFR) liegt bei 0,26%. Die Überlebensrate einer Krankheit beträgt 100% abzüglich des IFR-Wertes.

Dr. Yeadon wies darauf hin, dass die "neuartige" COVID-19-Ansteckung nur in dem Sinne neu ist, dass es sich um einen neuen Typ von Coronavirus handelt. Derzeit gebe es jedoch vier Stämme, die frei in der Bevölkerung zirkulieren und am häufigsten mit einer Erkältung in Verbindung gebracht werden.

In der wissenschaftlichen Arbeit schreiben Yeadon et al:

"Es gibt mindestens vier gut charakterisierte Familienmitglieder (229E, NL63, OC43 und HKU1), die endemisch sind und einige der häufigen Erkältungen verursachen, die wir vor allem im Winter erleben. Sie alle weisen auffällige Sequenzähnlichkeiten mit dem neuen Coronavirus auf."

Die Wissenschaftler argumentieren, dass ein Großteil der Bevölkerung bereits eine gewisse "T-Zellen"-Immunität gegen die Exposition gegenüber anderen verwandten Coronaviren besitzt, die lange vor COVID-19 zirkulierten, wenn nicht gar Antikörper gegen COVID.

Die Wissenschaftler schreiben:

"Ein Hauptbestandteil unseres Immunsystems ist die Gruppe der weißen Blutkörperchen, die T-Zellen, deren Aufgabe es ist, sich ein kurzes Stück des Virus, mit dem wir infiziert wurden, einzuprägen, damit sich die richtigen Zelltypen schnell vermehren und uns schützen können, falls wir eine verwandte Infektion bekommen. Reaktionen auf COVID-19 haben sich in Dutzenden von Blutproben gezeigt, die von Spendern entnommen wurden, bevor das neue Virus eintraf".

Die Autoren von "Wie wahrscheinlich ist eine zweite Welle?" führen die Idee ein, dass bereits eine gewisse Immunität gegen COVID-19 bestand:

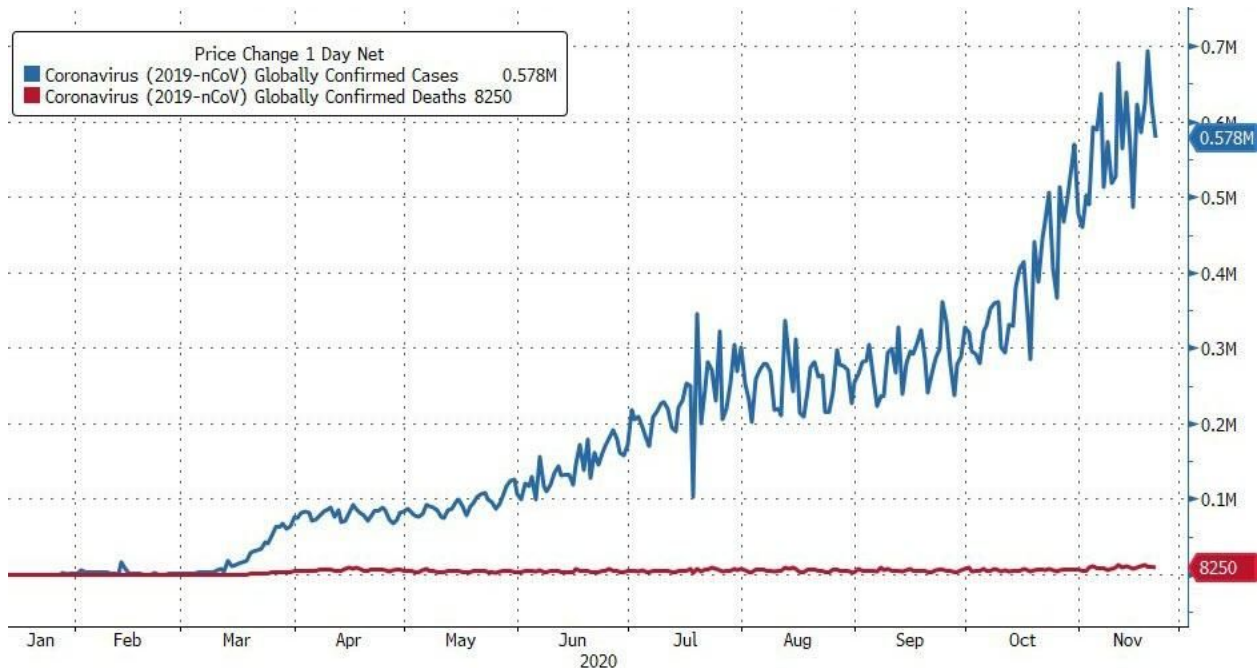
"Es steht jetzt fest, dass mindestens 30% unserer Bevölkerung dieses neue Virus bereits immunologisch erkannt hatten, bevor es überhaupt ankam... COVID-19 ist neu, Coronaviren jedoch nicht.

Sie führen weiter aus, dass aufgrund dieser früheren Resistenz nur 15-25 % einer infizierten Bevölkerung ausreichen könnten, um Herdenimmunität zu erreichen:

"...epidemiologische Studien zeigen, dass bei dem Ausmaß an früherer Immunität, das wir heute vernünftigerweise annehmen können, nur 15-25% der infizierten Bevölkerung ausreichen, um die Ausbreitung des Virus zum Stillstand zu bringen...".

In den USA würde dies bei einer angenommenen Zahl von 200.000 Todesopfern und einer Überlebensrate von 99,8% bedeuten, dass auf jeden Verstorbenen etwa 400 Infizierte kämen,

die überlebt hätten. Das entspräche etwa 80 Millionen Amerikanern oder 27% der Bevölkerung. Dies berührt die Schwelle der Herdenimmunität von Yeadon und seinen Kollegen.



Schließlich hebt der ehemalige leitende Angestellte und Wissenschaftler von Pfizer einen ehemaligen Kollegen wegen vernichtender Vorwürfe für seine Rolle bei der Pandemie hervor, Professor Neil Ferguson. Ferguson lehrte am Imperial College, während Yeadon angegliedert war. Fergusons Computermmodell lieferte den Regierungen die Begründung für die Einführung drakonischer Befehle, die freie Gesellschaften über Nacht in virtuelle Gefängnisse verwandelten. Über das, was heute von der CDC als Virus mit einer Überlebensrate von 99,8% geschätzt wird.

Dr. Yeadon sagte in dem Interview, dass "kein seriöser Wissenschaftler dem Modell von Ferguson irgendeine Gültigkeit verleiht". Mit kaum verhüllter Verachtung für Ferguson sprach Dr. Yeadon und bemühte sich besonders, seinen Interviewer darauf hinzuweisen:

"Es ist wichtig, dass Sie wissen, dass die meisten Wissenschaftler nicht akzeptieren, dass es [Fergusons Modell] auch nur annähernd richtig war... aber die Regierung ist immer noch mit dem Modell verheiratet".

Yeadon schließt sich anderen Wissenschaftlern an, die Regierungen dafür geißeln, dass sie Fergusons Modell befolgt haben, auf dessen Annahmen alle weltweiten Abriegelungen basieren. Einer dieser Wissenschaftler ist Dr. Johan Giesecke, ehemaliger Chefwissenschaftler des Europäischen Zentrums für Seuchenkontrolle und -prävention, der Fergusons Modell als "die einflussreichste wissenschaftliche Arbeit" in der Erinnerung und auch als "eine der falschesten" bezeichnete.

Es war Fergusons Modell, das "mildernde" Maßnahmen für notwendig hielt, d.h. soziale Distanzierung und Unternehmensschließungen, um zu verhindern, dass beispielsweise in den USA über 2,2 Millionen Menschen an COVID sterben.

Ferguson prophezeite, dass Schweden einen schrecklichen Preis dafür zahlen würde, dass es keine Sperre gäbe: 40.000 COVID-Tote bis zum 1. Mai und 100.000 bis Juni. Die Zahl der Todesfälle in Schweden liegt unter 6.000. Nach Angaben der schwedischen Regierung fällt dies mit einer milden Grippezeit zusammen. Obwohl ursprünglich höher, hat Schweden jetzt eine niedrigere Pro-Kopf-Todesrate als die USA, was es ohne den enormen wirtschaftlichen Schaden erreicht hat, der in den USA immer noch anhält. Schweden hat nie Restaurants, Bars, Sportstätten, die meisten Schulen oder Kinos geschlossen. Die Regierung hat den Menschen nie befohlen, Masken zu tragen.

[Video](#)

Die Warnungen Yeadons werden durch eine neue Studie der Infectious Diseases Society of America bestätigt, die im folgenden Twitter-Thread von al gato malo (@boriquagato) kurz und bündig zusammengefasst ist

Jeder, der immer noch davon ausgeht, dass ein positiver PCR-Test einen COVID-Fall zeigt, muss dies sehr sorgfältig lesen:
selbst bei 25 Amplifikationszyklen sind 70% der "Positiven" keine "Fälle". Das Virus kann nicht kultiviert werden, es ist tot.

bei 35: 97% nicht klinisch.

in den USA bei 40, 32-fache der Amplifikation von 35.

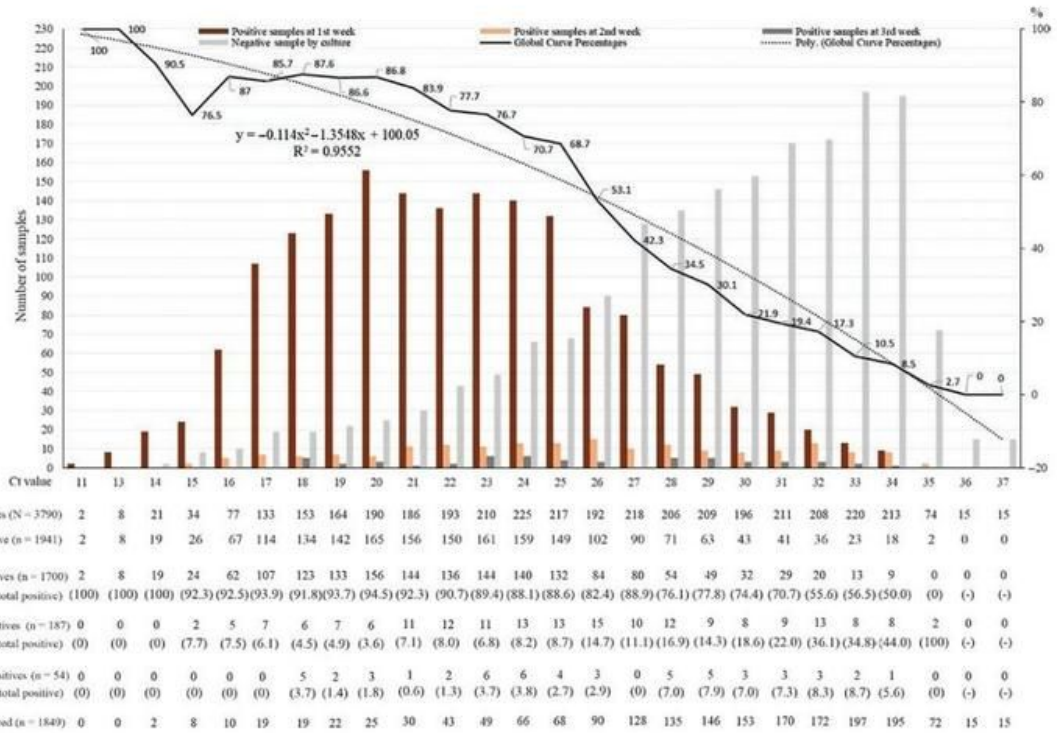
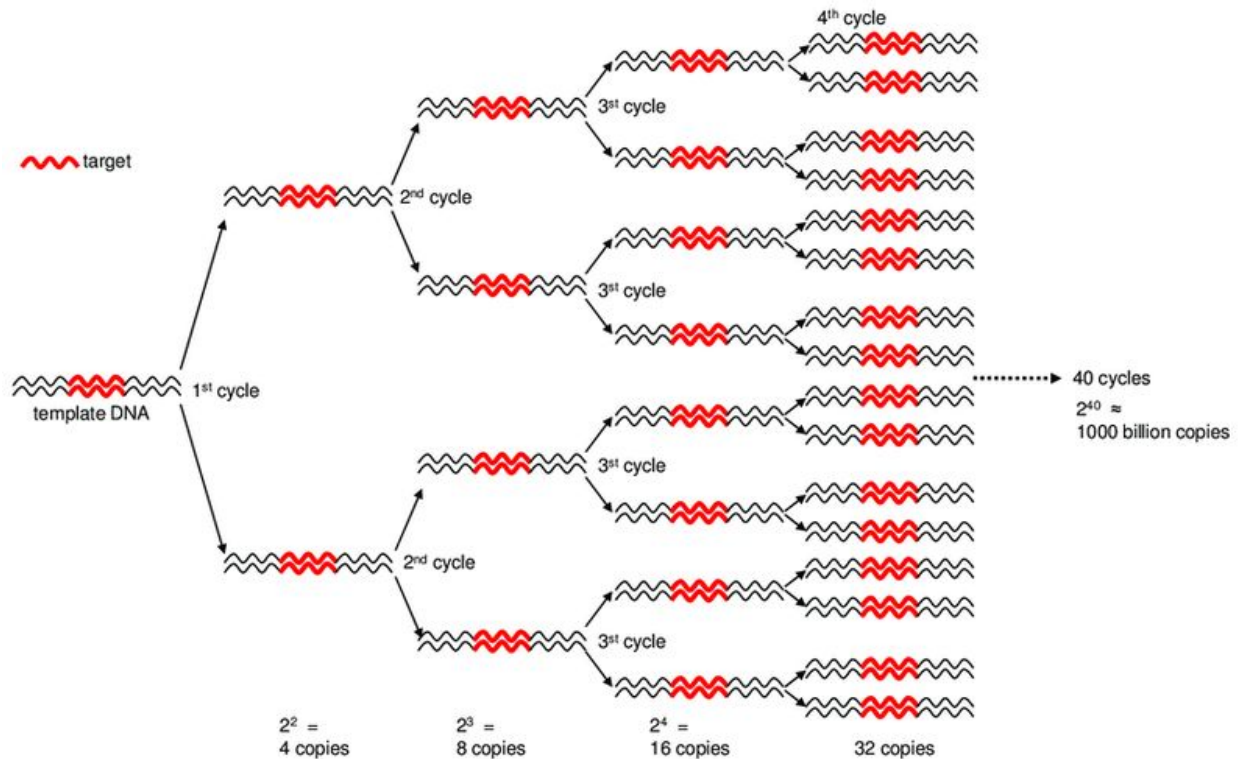


Figure 1. Percentage of positive viral cultures of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 polymerase chain reaction-positive nasopharyngeal samples from coronavirus disease 2019 patients, according to Ct value (plain line). The dashed curve indicates the polynomial regression curve. Abbreviations: Ct, cycle threshold; Poly., polynomial.

Viele Leute scheinen immer noch nicht zu verstehen, was das bedeutet, also lassen Sie uns das kurz erläutern.

PCR-Tests suchen nach RNA. es ist zu wenig in Ihrem Abstrich. deshalb amplifizieren sie diese mit Hilfe eines Primer-basierten Heiz- und Annealing-Prozesses.

Jeder Zyklus dieses Prozesses verdoppelt das Material



Die USA (und ein Großteil der Welt) verwenden eine Schwelle von 40 Ct (Zyklusschwelle). 40 Verdopplungen, 1 Billion X Verstärkung.

Das ist absurd hoch.

Das wissen wir, indem wir diesen Test durchführen, das Ct sehen, um die RNA zu finden, und dann mit derselben Probe versuchen, das Virus zu kultivieren.

Wenn Sie das Virus nicht kultivieren können, dann ist das Virus "tot". Es ist inert. Wenn es sich nicht vermehren kann, kann es weder Sie noch andere infizieren. es sind nur Spuren des Virus, Reste, Fragmente usw.

Die PCR testet nicht auf Krankheiten, sondern auf ein spezifisches RNA-Muster, und das ist der entscheidende Dreh- und Angelpunkt

Wenn Sie ihn auf 25 hochdrehen, sind 70 % der positiven Ergebnisse in keinem klinischen Sinne wirklich "positiv".

Ich zögere, es als "falsch positiv" zu bezeichnen, denn das ist es wirklich nicht. es hat RNA gefunden, aber diese RNA ist klinisch nicht relevant. Sie kann weder Sie noch sonst jemanden krank machen. Nennen wir es also ein nicht-klinisches Positiv (NCP).

Wenn 70% der Positiven NCP's bei 25 sind, stellen Sie sich vor, wie 40 aussehen. 35 ist 1000x so empfindlich.

Diese Studie ergab, dass nur 3% bei 35 Zyklen leben.

40 Ct ist 32X 35, 32.000X 25

Niemand kann lebende Viren kultivieren, die bei mehr als 34 Zyklen auftauchen und das wissen wir seit März. dennoch hat niemand diese Tests angepasst.

Sofern sich dies bestätigt, ist dies eine Schlüsselerkenntnis.

Es zeigt, dass viele Patienten, die PCR+ für COV-19 haben, kein infektiöses Virus ausscheiden. Dies würde eine kürzere Quarantäne erforderlich machen und eine testbare Grundlage für die Entlassung isolierter Patienten schaffen.

- el gato malo (@boriquagato) 27. März 2020

Dies sind überzeugendere Daten, die die Vorstellung widerlegen, dass man einem PCR+ als klinischem Indikator vertrauen kann.

Das ist überhaupt NICHT das, wofür er gedacht ist. Sie für die Epidemiologie in Echtzeit zu verwenden, ist absurd.

At the beginning of the outbreak, we correlated Ct values obtained using our PCR technique based on amplification of the E gene and the results of the culture [8]. Since the beginning of the pandemic, we have performed 250 566 SARS-CoV-2 RT-PCR for 179 151 patients, of whom 13 161 (7.3%) tested positive. Up to the end of May, 3790 of these samples, reported as positive on nasopharyngeal samples, were inoculated and managed for culture as previously described [8]. Of these 3790 inoculated samples, 1941 SARS-CoV-2 isolates could be obtained after the first inoculation or up to 2 blind subcultures. The correlation between the scanner values and the positivity of the culture allows us to observe that the image obtained with 10 times more isolates than in our preliminary work (1941 vs 129) does not change significantly (Figure 1). It can be observed that at Ct = 25, up to 70% of patients remain positive in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20%. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3% of cultures are positive. Our Ct value of 35, initially based on the results obtained by RT-PCR on control negative samples in our laboratory and initial results of cultures [8], is validated by the results herein presented and is in correlation with what was proposed in Korea [9] and Taiwan [10]. We could observe that subcultures, especially the first one, allow an increasing percentage of viral isolation in samples with Ct values, confirming that these high Ct values are mostly correlated with low viral loads. From our cohort, we now need to try to understand and define the duration and frequency of live virus shedding in patients on a case-by-case basis in the rare cases when the PCR is positive beyond 10 days, often at a Ct >30. In any cases, these rare cases should not impact public health decisions.

Die FDA würde es nie tun, die Arzneimittelfirmen, die Impfstoffstudien durchführen, würden es nie tun... es ist, weil es Unsinn ist.

Und derselbe Test wird für "Krankenhausaufenthalte" und "Tod mit Covid" verwendet (selbst eine seltsam überinklusive Metrik)

PCR-Tests sind nicht die Antwort, sondern das Problem.

Es geht nicht darum, wie man eine Epidemie in den Griff bekommt, sondern darum, wie man die Kontrolle über sein Datenbild völlig verliert und am Ende mit Kauderwelsch endet, und das haben wir uns schon einmal selbst angetan.

Die letzte größere falsch-positive Pseudoepidemie war die Schweinegrippe im Jahr 2009. Alle sagten, dass wir das nie wieder zulassen würden.

- Dr. Clare Craig (@ClareCraigPath) 16. November 2020

Ein kurzes Wort, was diese Daten bedeuten und was nicht.

Zu sagen "eine Probe, die 35 Ct für den Test + benötigt, hat eine reale klinische Positivrate von 3%" bedeutet nicht "97% von + Tests, die mit 35 Ct durchgeführt werden, sind NCP's".

Die Leute scheinen hierüber verwirrt zu sein, also lassen Sie es uns erklären:

Die meisten Tests werden einfach verstärkt und durchgeführt. Sie testen nicht jeden Zyklus, wie es diese Akademiker tun. Das würde den Test langsam und teuer machen, also führen Sie einfach 40 Zyklen durch und testen dann. Offensichtlich ist ein echtes klinisches Positiv (RCP), das bei 20 + gewesen wäre, bei 40 immer noch +, aber wenn Sie die Tests in jedem Zyklus durchführen, wie es die Akademiker tun, wäre dieser Test bereits ausgefallen.

Wenn man also sagt, dass nur 3% mit 35 Jahren RCP sind, bedeutet das, dass 3% der Proben, die nicht PCR + mit 34 Jahren waren, PCR und RCP + mit 35 Jahren waren.

Dies lässt wenig Rückschlüsse auf die Gesamt-NCP/RCP-Rate zu.

Wir können also nicht sagen: "bei 25 Ct haben wir eine NCP-Rate von 70". in der Tat ist es schwierig, viel von allem zu sagen. es hängt ganz davon ab, wie das eintreffende Ausgangsmaterial aussieht.

Man kann nicht einmal vergleichen, wie es einem gefällt. Das ist es, was ich mit "die Daten sind Kauderwelsch" meine

Heute bei 40 Ct könnte eine 7%ige PCR-Positivrate einer 1%igen RCP-Prävalenz entsprechen, während dasselbe im April 6% RCP-Prävalenz bedeutete.

Wenn es viel mehr Virusspuren gibt, mehr Menschen, die sich erholt haben und Fragmente übrig haben, usw., könnte dieser Test das Virus finden, das Sie vor 4 Monaten getötet haben.

Wenn wir also die RCP-Rate/PCR+-Rate betrachten, würden wir erwarten, dass diese Zahl in einer Epidemie spät stark abnimmt, weil es mehr tote Viren gibt, die durch PCR gefunden werden können, aber wir haben keine Ahnung, was dieses Verhältnis ist oder wie es sich verändert.

Dies schlägt sich in Todesfällen, gemeldeten Krankenhausaufenthalten usw. nieder.

Die Tests werden wie die Fernlichter eines Autos ausgelegt, aber wenn es nachts höllisch schneit, ist das das LETZTE, was Sie wollen. Es erhellt nicht unseren Weg, es blendet uns.

Eine schlechte, ungenaue Karte ist viel schlimmer als gar keine Karte, und dies ist eine schlechte Karte von Weltklasse...

Wir gründen eine Politik, die Milliarden von Menschen betrifft, auf Daten, die uninterpretierbares Kauderwelsch sind.

Es ist der feuchte Traum eines geistesgestörten Technokraten, aber für diejenigen von uns, die dabei sind, ist es ein Altraum.

Tests sind nicht die Lösung, sondern das Problem.

Jeder Technokrat oder Wissenschaftler, der das bis jetzt nicht weiß, ist entweder ungeeignet für seinen Job oder hat beschlossen, dass es ihm einfach egal ist und er Macht der Moral vorzieht.

Verflucht sei, dass dies genau die Art von Person ist, die am Ende eine Regierungsagentur leitet... Hoppla.

Der Leiter des NIH ist nicht der beste Wissenschaftler, sondern der beste Politiker.

Bei all dieser wilden und rücksichtslosen Regierungspolitik ging es nie um die Wissenschaft.

Es geht um Politik und Panik.

Sie können das ganze Papier hier lesen:

https://www.scribd.com/document/485382529/ciaa1491#from_embed

Übersetzt mit www.DeepL.com/Translator (kostenlose Version)