Die PCR Falsch-Positiv-Pseudo-Epidemie

30. November 2020 / Aktualisiert 25. Dezember 2020

von Dr. Mike Yeadon

(deepl Übersetzung)

Wie ein neuartiges Virus auf eine teilweise immune Bevölkerung traf

Im Frühjahr 2020 fegte ein neuartiges Coronavirus über die Welt: neuartig, aber mit anderen Viren verwandt. In Großbritannien, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt war, waren bereits etwa 50 % der Bevölkerung immun. Die Beweise dafür sind eindeutig und entstanden durch eine vorherige Infektion mit Erkältung verursachenden Coronaviren (von denen vier endemisch sind). Diese vorherige Immunität wurde weltweit von führenden Zellimmunologen bestätigt. Es gibt sogar ein sehr aktuelles Papier von Public Health England zum Thema vorherige Immunität und eine Fülle weiterer Beweise aus Studien zu Gedächtnis-T-Zellen, Studien zur häuslichen Übertragung und zu Antikörpern.

Aufgrund des Ausmaßes der vorherigen Immunität und als Folge der Heterogenität der Kontakte wurde, sobald nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung, vielleicht nur 10-20%, infiziert war, eine "Herdenimmunität" etabliert. Das ist der Grund, warum die täglichen Todesfälle, die exponentiell anstiegen, abrupt umschlugen und zu sinken begannen, ununterbrochen von Straßenprotesten, der Rückkehr zur Arbeit, der Wiedereröffnung von Pubs und überfüllten Stränden im Sommer. (Siehe diesen Erklärungsversuch des Datenwissenschaftlers Joel Smalley.)

Die Immunität gegen gewöhnliche Atemwegsviren erfolgt hauptsächlich durch T-Zellen, die sich auf molekularer Ebene ein Bild von dem Eindringling machen", ihn auf bestimmten Immunzellen reproduzieren" und im Grunde nie ein Gesicht vergessen". Diese T-Zell-Immunität ist robust und dauerhaft. Diejenigen, die 2003 dem stark verwandten SARS-Virus ausgesetzt waren, haben diese Immunität noch 17 Jahre später. In Bezug auf SARS-CoV-2 ist das Muster der Immunität bis heute identisch, und nach rund 800 Millionen Infektionen weltweit gibt es keine überzeugenden Beweise für ein signifikantes Maß an Neuinfektionen. Nicht nur, dass diejenigen, die infiziert waren und sich nun erholt haben, immun sind (sie können nicht noch einmal an demselben Virus erkranken), sondern - und das ist wichtig - sie nehmen auch nicht an der Übertragung teil. (Siehe meinen Artikel über das, was SAGE falsch gemacht hat, für Lockdown-Skeptiker.) Außerdem wird ein Teil von ihnen, weil die Immunantwort vielfältig ist, in Zukunft auch gegen neue, aber ähnliche Viren immun sein.

Im Frühjahr jedoch tötete dieses Virus etwa 40.000 gefährdete Menschen oder beschleunigte ihr Ende, die zumeist alt waren (Durchschnittsalter 83, was länger ist als die Lebenserwartung dieser Kohorte bei ihrer Geburt) und von denen viele mehrere andere Krankheiten hatten. Es gab einige wenige und sehr unglückliche jüngere Menschen, die ebenfalls starben, aber das Alter ist eindeutig der stärkste Risikofaktor.

Aber aufgrund von außergewöhnlichen Fehlern in der Modellierung, die von unverantwortlichen Akademikern am Imperial College erstellt wurden, wurde dem Land gesagt, es müsse mit über einer halben Million Todesfällen rechnen. Drei mit dem Nobelpreis ausgezeichnete Wissenschaftler schrieben im Februar an das Modellierungsteam und korrigierten ihre Fehler. Dies geschah vertraulich. Diese Schätzung von Experten und Dritten war bemerkenswert genau - sie sagte voraus, dass es insgesamt 40k Todesfälle durch COVID-19 geben würde. Ich glaube, dass dies in der Tat korrekt ist und auch so eingetreten ist. Obwohl ich kein Experte für Modellierung bin, kann ich Vorhersagen, die biologisch plausibel sind, von solchen unterscheiden, die buchstäblich unglaublich sind. Wenn die Eingaben in ein Modell falsch sind oder fehlen, kann man ihren Ergebnissen nicht trauen. Das Imperial-Modell ging von der extremen Annahme aus, dass es in der Bevölkerung keine vorherige Immunität oder Heterogenität bei sozialen Kontakten gibt.

Heute weiß man, dass dieses Virus für Menschen unter 70 Jahren eine geringere Bedrohung darstellt als die saisonale Grippe, selbst mit einem Grippeimpfstoff, der routinemäßig eine Wirksamkeit von <50 % und normalerweise noch viel weniger bietet.

Die Leichtigkeit, mit der Menschen eine Immunität gegen dieses Virus entwickeln, ist erstaunlich. Übrigens ist es diese Immunität, die wahrscheinlich eine wichtige Rolle dabei gespielt hat, warum viele Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 entgegen früherem Pessimismus anscheinend "funktioniert" haben (obwohl es viel zu kritisieren gibt, wie die Wirksamkeit definiert wurde, weil eine Verringerung der Neigung, PCR-positiv zu werden, bisher nicht als führender Indikator dafür angesehen wurde, inwieweit ein Impfstoff eine Bevölkerung vor schwerer Krankheit schützt).

Die verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass die Herdenimmunität auf nationaler Ebene (in England) bereits im Mai erreicht wurde. (Wieder Joel Smalley.) Es wurden keine alternativen Erklärungen für die Kraft verkündet, die die Infektionen und Todesfälle während der weitgehend ungebremsten Ausbreitung des Virus zu Beginn des Frühjahrs niederschlug. Als Beispiel für den Beweis, dass wir uns in einer Herdenimmunität befinden, ist London jetzt relativ friedlich in Bezug auf das Virus, nachdem es im Frühjahr das nationale Epizentrum war, mit hunderten von Todesfällen täglich in der Hauptstadt.

Das Vorgehen der Regierung war von Anfang an nichts als merkwürdig

In jedem anderen Jahr wäre das das Ende der Geschichte. Weder die Existenz einer früheren Immunität noch die Tatsache, dass die Herdenimmunität ohne weiteres erreicht werden kann, ohne dass wir es merken, sind neu.

Was neu war, war der Glaube, dass es etwas anderes als eine Dummheit war, die Bürger zu zwingen, sich vor einem Atemwegsvirus zu verstecken, das noch ansteckender ist als die Grippe. Gesetze des Parlaments, die der Exekutive ein Maß an Macht verliehen, das eher einem Krieg angemessen war, und damit ein Budget, das zehnmal größer war als bei jedem vorherigen derartigen Notfall, wurden ebenfalls als notwendig erachtet, wobei nichts davon durch die Situation oder die Wissenschaft gerechtfertigt war. (Siehe Jonathan Sumption zu diesem Punkt.)

Wir wurden aufgefordert, "den NHS zu retten", indem wir keine Krankenhäuser besuchen oder unsere Ärzte aufsuchen: Bald wurde beides stark eingeschränkt und ist es seither geblieben. Am ätzendsten war und ist, dass Rundfunkanstalten durch unschuldig klingende Ofcom-Richtlinien in ihrer freien Meinungsäußerung stark eingeschränkt wurden und immer noch werden.

Ich bin der Meinung, dass die Wirkung dieser Richtlinien einer Zensur gleichkommt. Wenn die wissenschaftliche Debatte unterdrückt wird, sterben Menschen. Die Wissenschaft benötigt die Veröffentlichung von Meinungen und Debatten, um die Entwicklung von Ideen zu ermöglichen. Die Zensur hat dazu geführt, dass nichts gelernt wurde, kein Modell angepasst und Fehler verschlimmert wurden.

Der Regierung wurde gesagt, sie solle eine "zweite Welle" erwarten, und zwar eine riesige. Das war rätselhaft. Viren machen keine Wellen, und es gab nie einen Grund, eine Ausnahme in wirklich beispiellosem Ausmaß zu erwarten. Ich beeilte mich, das, was ich als sekundäre Welle bezeichnet habe, von dem zu unterscheiden, was SAGE mit einer "zweiten Welle" meint.

Der Begriff "sekundäre Welle" erkennt an, dass nicht jeder bis zum Hochsommer infiziert worden sein wird. Nebenbei bemerkt habe ich viele dazu eingeladen, darüber nachzudenken, wie lange es dauert, bis eine Grippeepidemie, die wir in den meisten Jahren erleben, durch das Land zieht, bevor sie scheinbar ausbrennt, nur um im nächsten Jahr wieder aufzutauchen, weil es eines der wenigen Atemwegsviren ist, das so schnell mutiert, dass es sich nach einem Jahr so sehr von dem unterscheidet, was unser Immunsystem zuvor gesehen hat, dass es erneut kurzzeitig Verwüstung anrichten kann. Die Antwort auf diese Zeitfrage wird unterschiedlich mit drei bis vier Monaten angegeben.

Ich bitte die Leser zu bedenken, wie lange es wohl dauern würde, bis ein ansteckenderes Atemwegsvirus wie SARS-CoV-2 das Land gründlich durchkreuzt. Es scheint schwer vorstellbar, dass das länger als vier Monate dauern könnte. Wir wissen, dass das Virus mindestens im Februar 2020 in Großbritannien war (möglicherweise schon früher), und so ist es im Juni gar nicht so unwahrscheinlich, dass es fast überall hingereist war. Es wurde argumentiert, dass die Abriegelung vielleicht sehr effektiv war und daher viele Menschen immer noch anfällig sein werden, wie SAGE behauptet. Wir wissen, dass das nicht korrekt ist. Die Abriegelung wurde viel zu spät begonnen, um die Ausbreitung des Virus zu unterdrücken, wie sogar Professor Whitty in seiner Aussage vor einem parlamentarischen Sonderausschuss im Sommer zustimmte. Wie er sagte, begann der Lockdown nach dem Höhepunkt der Infektion - der Ausbruch war am 23. März bereits auf dem Rückzug.

Denken Sie auch daran, dass nur weil wir im "Lockdown" waren, sich nicht viel an der Übertragung des Virus geändert hat. Viele Menschen gingen weiterhin zur Arbeit, andere kauften weiterhin fast täglich ein, die Lieferketten für alle lebenswichtigen Güter liefen mit wenigen Unterbrechungen weiter. Krankenhäuser waren geöffnet und größtenteils stark ausgelastet, ebenso Pflegeheime. Das Virus reiste entlang dieser Routen und brauchte nicht weit zu reisen, es hatte jedes größere städtische Zentrum erreicht, bevor irgendjemand auch nur daran dachte, uns abzusperren oder andere Maßnahmen zu ergreifen. Als die Abriegelung aufgehoben wurde, gab es nicht die geringste Veränderung in dem langen, langsamen Rückgang der täglichen Todesfälle. Ich persönlich glaube nicht, dass es irgendeinen Beweis dafür gibt, dass die Abriegelung im Frühjahr irgendetwas in Bezug auf die Rettung von Leben durch SARS-CoV-2 erreicht hat, aber es gibt Beweise dafür, dass sie zu einigen Todesfällen beigetragen hat, einschließlich Todesfällen, die nicht durch COVID-19 verursacht wurden. Wenn wir Monate später zurückblicken, bestand der Haupteffekt darin, uns zu konditionieren, die SAGE-Richtlinien zu akzeptieren, da diese von der Regierung befolgt und von den Medien aufgegriffen wurden. Das bedeutet nicht, dass das Einsperren von Menschen eine vernünftige Politik ist. Es liegt an den Befürwortern, uns davon zu überzeugen, und ich fürchte, sie haben mich nicht überzeugt.

Also, nein: Es gibt keinen guten Grund zu glauben, dass große Teile der Nation durch die erste Abriegelung von der Ansteckung mit dem Virus verschont blieben. Aber es ist wahr, dass es in einigen Regionen im Frühjahr weniger Todesfälle gab als in anderen, und während einige mit ziemlicher Sicherheit auf eine umfassendere vorherige Immunität zurückzuführen sind, waren andere wahrscheinlich nur unvollständig dem Virus ausgesetzt. Das ist es, was ich mit der Sekundärwelle meine: Als die Übertragung durch das kühlere Wetter erhöht wurde, tauchte eine begrenzte Menge an Krankheiten wieder auf. Aber das war immer lokal, selbstbegrenzend und unter keinen Umständen ein öffentlicher Gesundheitsnotfall für eine Stadt, geschweige denn eine Nation. Dieser sekundäre Ausbruch begann Anfang September und war Ende Oktober vorbei. Symptomverfolgungsdaten, NHS-Triage-Daten und Daten über gemeldete Krankheiten unterstützen diese Hypothese. Nach dieser Welle wurde die Immunität in den unterexponierten Gebieten des Landes auf das Niveau der Herdenimmunität angehoben. Von nun an werden COVID-19-Ausbrüche ein Merkmal des Winters sein, aber sie werden sich nicht über kleine Ausbrüche hinaus ausbreiten können.

Nein, was SAGE mit einer "zweiten Welle" meinte, war eine wirklich große, mit doppelt so vielen Todesfällen wie im Frühjahr 2020. Dies ist völlig ohne Präzedenzfall.

Die Planung für eine "zweite Welle" könnte zu ihrer Entstehung geführt haben

Viren machen keine Wellen (jenseits des sekundären Ripple-Konzepts wie oben skizziert). Ich habe wiederholt darum gebeten, den Fundus an wissenschaftlichen Papieren zu sehen, die zur Vorhersage einer "zweiten Welle" und zur Erstellung eines Modells zur Berechnung ihrer wahrscheinlichen Größe und ihres Zeitplans verwendet wurden. Sie wurden nie veröffentlicht. Es ist fast so, als gäbe es keine solche grundlegende Literatur. Ich bin mir sicher, dass SAGE uns in dieser Sache aufklären kann.

Die "Spanische Grippe" nach dem Ersten Weltkrieg scheint alles zu sein, was es an Beweisen für Wellen gibt. Die meisten Wissenschaftler akzeptieren, dass höchstwahrscheinlich mehr als ein Infektionserreger beteiligt war. Das war vor 102 Jahren, und es gibt keine molekularbiologischen Techniken, die auf mehrere Wellen eines einzigen Erregers hindeuten, weder damals noch irgendwo sonst. In jedem Fall war das die Influenza. Seitdem gab es keine Beispiele für mehrere Wellen, und das jüngste neuartige Coronavirus mit einer echten Ausbreitung (SARS) führte in jeder betroffenen geografischen Region jeweils eine Welle durch. Warum ein Modell mit einer "zweiten Welle" darin überhaupt gebaut wurde, kann ich nicht erraten. Es erscheint mir völlig unlogisch. Schlimmer noch: Das Modell berücksichtigt nicht die eindeutig nachgewiesene Vorimmunität der Bevölkerung, zu der die erst kürzlich erworbene Immunität aus der Frühjahrswelle hinzugerechnet werden muss. Deshalb bekräftige ich erneut, was ich schon seit Monaten behaupte - eine "zweite Welle" kann nicht stattfinden und muss zwangsläufig nicht wie beschrieben stattfinden

Trotz des Fehlens jeglicher Beweise für eine "zweite Welle" - und der Beweise für das Fehlen von Wellen für diese Klasse von Atemwegsviren - gab es eine flächendeckende, multimediale Plattform-Kampagne, die darauf ausgelegt war, die Idee einer "zweiten Welle" in die Köpfe aller zu pflanzen. Diese lief kontinuierlich über viele Wochen. Sie war erfolgreich: Eine Umfrage unter Hausärzten ergab, dass fast 86 % von ihnen angaben, dass sie in diesem Winter eine "zweite Welle" erwarteten.

Als Recherche für diesen Artikel habe ich nach der frühesten Erwähnung einer "zweiten Welle" gesucht. Die Professoren Heneghan und Jefferson stellten am 30. April fest, dass wir gewarnt wurden, eine "zweite Welle" zu erwarten, und dass der Premierminister am 27. April vor einer "zweiten Welle" gewarnt hatte. Die Professoren warnten jeden, der zuversichtliche Vorhersagen über eine "zweite" und "dritte Welle" macht, dass die historische Aufzeichnung keine Unterstützung dafür bietet.

Ich suchte nach Erwähnungen der BBC über eine 'zweite Welle'. Der folgende Bericht war am 24. Juni und mindestens zwei der drei interviewten Wissenschaftler waren SAGE-Mitglieder. Das Seltsame ist jedoch, dass die SAGE-Protokolle (die durch Simon Dolans gerichtliche Überprüfung in den öffentlichen Bereich gebracht wurden) Anfang des Jahres keine Erwähnung einer größeren 'zweiten Welle' enthielten. Nicht eine. Am 10. Februar gab es eine Erwähnung von mehreren Wellen für die Nachkriegsgrippe. Am 3. und 6. März ist von einer einzigen SARS-CoV-2-Welle die Rede, bei der der größte Teil (95 %) der Auswirkungen früh eintritt. Das endgültige Dokument vom 29. März spricht immer noch nur von einer Welle. Das ist es, was die Geschichte und die Immunologie lehrt. Was geschah also später im Jahr, um die klare Ansicht von SAGE zu ändern, dass sich das Virus in einer einzigen Welle manifestieren würde? Wir brauchen SAGE, um es uns zu sagen.

Die PCR ist ein mächtiges Werkzeug, hat aber Schwächen, wenn sie im industriellen Maßstab eingesetzt wird

Trotz dieser lästigen Merkwürdigkeit über eine "zweite Welle" und fast so, als gäbe es einen Plan für eine solche, begann die PCR (Polymerase-Kettenreaktion)-Testinfrastruktur in Großbritannien umgestaltet zu werden.

Die PCR ist eine recht bemerkenswerte Technik, die eine unvergleichliche Fähigkeit besitzt, wirklich winzige Mengen eines Fragments einer genetischen Sequenz zu finden, bis hin zum Auffinden eines einzelnen, zerbrochenen Fragments eines Virus in einer unordentlichen biologischen Probe. Es gibt bemerkenswerte Einschränkungen, die denjenigen, die PCR persönlich in einem Forschungskontext verwendet haben, wohl bekannt sind. Die wichtigste ist die Anfälligkeit für Verunreinigungen, und die Integrität einer PCR kann sehr leicht durch unsichtbare Verunreinigungen zerstört werden, selbst in den Händen eines Experten, der allein und an einer kleinen Handvoll Proben arbeitet.

Dies ist ein guter Moment, um zu erwähnen, dass das PCR-Testprotokoll für SARS-CoV-2, das jetzt von allen auf der Welt verwendet wird, im Labor von Prof. Drosten in Berlin erfunden wurde. Die wissenschaftliche Arbeit, in der die Methode beschrieben wurde, wurde im Januar 2020 veröffentlicht, zwei Tage nachdem das Manuskript eingereicht worden war. Einer der Autoren des Papers ist im Editorial Board der Zeitschrift, die es veröffentlicht hat. Es besteht die Sorge, dass dieser extrem wichtige Artikel, der ein PCR-Testprotokoll enthält, mit dem hunderte Millionen von PCR-Tests auf der ganzen Welt, auch in Großbritannien, durchgeführt wurden, nicht durch ein Peer-Review-Verfahren überprüft wurde. Es wurde kein Peer-Review-Bericht veröffentlicht, trotz zahlreicher Aufforderungen. Darüber hinaus enthält die Methode zahlreiche technische Schwächen, von denen einige schwerwiegend und sehr komplex sind. Es genügt zu sagen, dass eine sehr detaillierte Sezierung des Papiers und des Drosten-Protokolls von Dr. Borger und Malhotra, erfahrenen und besorgten Molekularbiologen, vorgenommen wurde. Eine Gruppe anderer Mediziner und Wissenschaftler (zu denen auch ich gehöre) hat einen Brief an die gesamte Redaktion der Zeitschrift Eurosurveillance verfasst, in dem sie fordern, dass das Paper zurückgezogen wird. Dieser wurde am 26. November eingereicht.

Darüber hinaus hat das portugiesische Oberste Gericht vor zwei Wochen festgestellt, dass dieser PCR-Test kein verlässlicher Weg ist, um den Gesundheitszustand oder die Ansteckungsfähigkeit von Bürgern zu bestimmen oder ihre Bewegungen einzuschränken. Auch in anderen Ländern gibt es rechtliche Anfechtungen, eine davon wurde Anfang dieser Woche in Deutschland von Reiner Fuellmich eingereicht, einem Anwalt, der VW im Zusammenhang mit den Dieselabgasen erfolgreich verklagt hat (Das YouTube-Video, in dem Fuellmich die wichtigsten Punkte zur Besorgnis über den Missbrauch der PCR darlegt, wurde entfernt). Mir ist bekannt, dass in weiteren Ländern, darunter Italien, die Schweiz und Südafrika, rechtliche Anfechtungen vorbereitet werden. Da die wissenschaftliche Validität dieses Tests stark angezweifelt wird, muss er meiner Meinung nach sofort aus dem Verkehr gezogen werden.

Es bestehen international große Bedenken hinsichtlich der Zuverlässigkeit und Selektivität dieses PCR-Testprotokolls, und dies sollte im weiteren Verlauf dieses Artikels beachtet werden.

NHS-Labore führten PCR im Frühjahr kompetent durch

Im Frühjahr wurde die relativ begrenzte Menge an PCR-Tests zumindest von sehr vielen, erfahrenen Laboren unabhängig durchgeführt, und ich bin der Meinung, dass sie vertrauenswürdig war und bis Ende Mai eine mehr als ausreichende Anzahl von Tests erreichte (50k pro Tag). Jetzt wird es in neu gegründeten großen, privaten Labors durchgeführt, und die meisten ihrer derzeitigen Mitarbeiter sind weit weniger erfahren als die in den NHS-Labors. Wir haben keine Ahnung, warum dies geschehen ist. Ungeachtet aller Bedenken hinsichtlich der Testkapazitäten hätte man erwarten können und müssen, dass der Bedarf nur von begrenzter Dauer ist. Denken Sie daran, Viren machen keine Wellen und wir waren dem Virus bereits vollständig ausgesetzt. Natürlich wurde argumentiert, dass "eine zweite Welle kommen würde", also würden wir mehr Kapazität benötigen. Aber wie ich bereits gezeigt habe, war die Gewissheit der Erwartung einer "zweiten Welle" bizarr und nicht nachvollziehbar.

Warum also wurden PCR-Tests aus den NHS-Laboren entfernt? Eine Antwort ist, weil sie nicht die Kapazität hatten, um die Testanforderungen für eine 'zweite Welle' zu bewältigen. Aber das ist ein Zirkelschluss: Es war einfach unmöglich, mit Gewissheit zu behaupten, dass es eine solche Welle geben würde. Außerdem ist es nicht wahr, dass die NHS-Labore die Anforderungen nicht erfüllen konnten. Wie eine Mitarbeiterin dort bemerkte: "Ich möchte wissen, warum die neuen Super-Labore eingerichtet wurden, denn wenn sie den NHS-Laboren die (Verbrauchsmaterial-)Ressourcen geben würden, könnten sie die Tests leicht durchführen. Unser Labor ist schon seit Ewigkeiten bereit, eine große Anzahl von Tests durchzuführen. Wir haben die Ausrüstung und wir haben Personal. Uns fehlen nur die Testkits und die sind auch für neue Labore nicht verfügbar."

Nicht nur das Laborpersonal des NHS war beunruhigt über den Umzug. Ich zitiere ausgiebig aus diesem Artikel, weil er entscheidende Informationen enthält. Der Präsident des Institute of Biomedical Sciences (IBMS), dem führenden Berufsverband auf dem Gebiet der biomedizinischen Wissenschaften, sagte:

Es beunruhigt mich, wenn ich sehe, dass erhebliche Investitionen in Zentren für Massentests getätigt werden, die planen, 75.000 der 100.000 Tests pro Tag durchzuführen. Diese Einrichtungen wären eine willkommene Ressource und würden den NHS entlasten, wenn es sich bei dem Problem rund um das Testen um eine Kapazitätsfrage handeln würde. Wir sind uns jedoch darüber im Klaren, dass es ein globaler Versorgungsengpass ist, der biomedizinische Wissenschaftler zurückhält, nicht ein Mangel an Kapazität. Der Berufsstand ist nun zu Recht besorgt, dass die Einführung dieser Massentestzentren nur dazu dienen könnte, den Wettbewerb um die ohnehin schon knappe Versorgung zu verschärfen, und dass die Zahl der NHS-Tests zurückgehen wird, wenn ihre Labore mit den Testzentren um COVID-19-Testkits und Reagenzien in einem "Wildwest-Testszenario" konkurrieren. Das Vereinigte Königreich muss dies im Interesse der Patientensicherheit vermeiden. Es ist klar, dass es jetzt zwei Testströme gibt: einen, der von hochqualifizierten und erfahrenen, vom Health and Care Professions Council (HCPC) registrierten biomedizinischen Wissenschaftlern durchgeführt wird, die in streng regulierten, vom United Kingdom Accreditation Services (UKAS) akkreditierten Laboren arbeiten, und einen anderen, der hauptsächlich von freiwilligen, nicht registrierten Mitarbeitern in nicht akkreditierten Laboren durchgeführt wird, die innerhalb weniger Wochen gegründet wurden. Dies hat ein weiteres Hauptproblem aufgeworfen - dass wir nicht an der Qualitätssicherung der Testzentren beteiligt waren und nun von ihren Prozessen ferngehalten werden, selbst wenn sie in der Nähe von großen NHS-Laboren existieren.

Bei der Lektüre dieses Artikels war ich erstaunt, wie stark die Argumente dafür sind, die Dinge unter der Qualitätskontrolle des NHS zu belassen. Was könnten die Beweggründe gegen diesen vernünftigen Plan gewesen sein?

Man ging davon aus, dass diese Testeinrichtungen nur vorübergehend sein würden. Wenn dem so ist, warum sollte es dann Sinn machen, große Summen auszugeben und Geräte und Verbrauchsmaterialien, die bei der Ankündigung der Lighthouse-Superlabore als einziges wichtiges Element fehlten, zu verlagern, anstatt auf vorhandene, eifrige, akkreditierte Mitarbeiter zurückzugreifen, die wissen, was sie tun? Diese neuen Labore würden durch Verbrauchsmaterialien genauso eingeschränkt sein wie die NHS-Labore.

Wir haben nie wirklich Massentests von Menschen ohne Symptome gebraucht.

Wir wären wohl nie in Kapazitätsengpässen gelandet, wenn wir die Tests auf Personen mit Symptomen beschränkt hätten. Der einzige Grund, warum man Massentests bei Menschen ohne Symptome überhaupt in Betracht ziehen könnte, wäre, wenn man davon überzeugt wäre, dass diese Menschen ohne Symptome eine signifikante Quelle der Übertragung darstellen. Dies schien mir immer eine sehr schwache Annahme zu sein. Insbesondere werden Atemwegsviren durch Sekrettröpfchen verbreitet, und im Allgemeinen ist der Ausstoß dieser Sekrete mit den Symptomen einer Infektion verbunden - insbesondere mit Husten. Der Mensch hat sich über Millionen von Jahren entwickelt, um Gesundheitsgefahren durch genaue Beobachtung des Gesundheitszustandes anderer zu erkennen. Das funktioniert gut. Wir sind damit vertraut, im Winter Personen mit grippeähnlichen Symptomen zu meiden und uns verantwortungsvoll zu verhalten, indem wir uns von der Arbeit und gefährdeten Personen fernhalten, wenn wir Symptome haben. Die Beweislast liegt bei denjenigen, die im Fall von SARS-CoV-2 etwas ganz anderes behaupten, um schlüssig zu zeigen, dass asymptomatische Menschen tatsächlich die Hauptquelle der Übertragung sind. Ich glaube nicht, dass dieser Beweis überhaupt erbracht worden ist. Die medizinische Literatur dazu ist widersprüchlich, aber fast alle Arbeiten, die eine solche Übertragung behaupten, haben ihren Ursprung in China.

Folglich gibt es einfach keinen Grund, sich auf Massentests in der Bevölkerung einzulassen. In der Tat, wie wir sehen werden, bringen solche Massentests, wenn die PCR als Methode verwendet wird, ein ernsthaftes Risiko mit sich, was wir eine "PCR falsch-positive Pseudo-Epidemie" nennen. Dies könnte niemals passieren, wenn wir nicht die PCR-Massentests der meisten gut verwenden würden. Also wurde, aus welchem Grund auch immer und gegen alle historischen Präzedenzfälle und immunologischen Überlegungen, eine große Initiative gestartet mit dem Ziel, bis zum Jahresende 500.000 Tests pro Tag zu erreichen. Wiederum unerklärlicherweise hat die Regierung nicht einfach losgelegt und diese neuen Labore gebaut, die parallel zu den vorhandenen Kapazitäten des NHS arbeiten. Stattdessen wurde die Verantwortung für die Tests von 44 NHS-Laboren mit qualifiziertem und akkreditiertem Personal, das bereits die SARS-CoV-2-PCR durchgeführt hatte, abgezogen. An ihrer Stelle wurden neue Labore geschaffen, die außerhalb des Hilfs- und Kontrollnetzwerks des Institute of Biomedical Sciences liegen. Diese Lighthouse Labs sind noch nicht alle vollständig nach UKAS gemäß ISO 15189 akkreditiert, einer Akkreditierung für Qualitätsmanagementsysteme in Bezug auf medizinische Labore.

Es gibt einen zuverlässigen Test, der vollständig charakterisiert und bereits in der Praxis validiert ist

Ende Oktober wurde die britische Armee hinzugezogen, um dem Stadtrat von Liverpool dabei zu helfen, die Fälle zu finden, die laut der ONS PCR-Teststudie vorhanden sein sollten, die aber nicht mehr in der erwarteten Anzahl gefunden wurden. Es war möglich, dass sich die Leute nicht mehr meldeten, um sich testen zu lassen, obwohl es keine Möglichkeit gibt, sich dessen sicher zu sein. Obwohl die Zustimmung der Eltern von Schulkindern nicht eingeholt wurde und es vor Beginn der Untersuchung keine ordnungsgemäßen Protokolle und keine ethische Prüfung gab, wurden Tausende von Menschen mit einem Lateral-Flow-Test (LFT) getestet. (Weitere Details zum LFT finden Sie hier und hier.) Diese sehen ähnlich aus wie die bekannten Schwangerschaftstest-Kits, die Sie im Handel kaufen können. Sie sehen ähnlich aus, weil sie eine verwandte, bewährte Technologie zum Nachweis von Virusproteinen im Abstrich verwenden, nicht von RNA. Alle Tests haben Grenzen und Schwächen. Die LFTs unterliegen jedoch nicht den gleichen Schwächen wie die PCR - insbesondere dem Risiko der Überamplifikation und der Kreuzkontamination vor der eigentlichen Testdurchführung. Der LFT hat im Labor eine ähnliche Sensitivität und Spezifität wie die PCR. Er ist sicherlich in der Lage, den gleichen Anteil der wirklich Infizierten zu identifizieren wie die PCR.

Kurz gesagt, die Armee fand nur sehr wenige Menschen mit positiven LFT-Ergebnissen, nur geringfügig höher als die operative Falsch-Positiv-Rate im Hintergrund: etwas über 0,3 %, Werte, die erwartet werden, wenn die Tests in der realen Welt eingesetzt werden. Seit Beginn der Tests tendiert die Positivrate zu einem Mittelwert von 0,7 %, was bedeuten könnte, dass einige wenige Personen positiv waren. Meine eigene Erfahrung aus der Lektüre in diesem Bereich ist, dass dies (etwa 0,7 %) mit ziemlicher Sicherheit die wahre falsch-positive Rate ist, wenn in der realen Welt vorsichtige, aber unerfahrene Leute den LFT verabreichen. Das bedeutete, dass in der Stadt, die im Zentrum des nationalen Hotspots für COVID-19 liegt, fast niemand das Virus hatte. Dieses Experiment wurde für 8.000 Personen in Merthyr Tydfil wiederholt, was dazu führte, dass 0,77 % positiv getestet wurden. Die Tatsache, dass diese beiden Testreihen so ähnliche Werte ergaben, lässt vermuten, dass es sich hierbei tatsächlich um die wahre, operationale Falsch-Positiv-Rate für den LFT handelt, obwohl eine weitere Testreihe hilfreich sein wird, um diese mögliche Interpretation zu verfeinern. Einige haben sich auf die Kritik am LFT gestürzt, als ob es sein Fehler wäre, dass er die erwarteten Fälle nicht finden konnte. Natürlich waren die Ergebnisse für viele von uns genau das, was wir erwartet hatten, weil wir zu diesem Zeitpunkt schon sicher waren, dass die PCR zu hoch angesetzt war. PCR ist schon früher schief gelaufen und Occams Rasiermesser zeigte an, dass dies bei weitem die wahrscheinlichste Erklärung für das ansonsten unerklärliche Versagen der PCR-"Fälle" war, mit symptomatischer Krankheit zu korrelieren. Dies sind die Art von Ergebnissen, die man in Populationen erwartet, die durch Herdenimmunität geschützt sind. Sie sind völlig unvereinbar mit einer Stadt und Gemeinde, die von einem hochinfektiösen Atemwegsvirus befallen ist.

Zum Leuchtturm

Im September wurde der größte Teil der PCR-Tests von großen, privaten Labors durchgeführt, von denen einige Lighthouse Labs genannt werden, und ich werde diesen Begriff als Deckmantel für alle diese Labors verwenden. Mit Beginn des Septembers begannen buchstäblich unglaubliche Dinge zu passieren. Studenten, die in die Universitätsstädte zurückkehrten, mussten sich alle einem Abstrich und einem PCR-Test unterziehen. Dann wurde uns gesagt, dass eine Epidemie unter jungen Leuten grassiere und es nur eine Frage der Zeit sei, bis sie die Älteren erreiche und das war's dann. Der Prozentsatz der Tests, die positiv ausfielen, begann in die Höhe zu schnellen und erreichte in einigen Städten Werte, die denen in der Notaufnahme auf dem Höhepunkt der Pandemie im April nahe kamen. Es wurde ein starker Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Tests und deren Positivität beobachtet. Dies ist höchst merkwürdig und kann passieren, wenn die Fehlerrate mit dem Druck auf das Testsystem steigt.

Jetzt, Ende November, wird uns gesagt, dass es manchmal 25.000 neue "Fälle" täglich gibt und dass täglich mehrere hundert "COVID-19-Todesfälle" auftreten. Wie kann das passieren, wenn ich Recht habe und die Bevölkerung eine Herdenimmunität erreicht hat (was durch eine große Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten unterstützt wird, die eine umfassende T-Zell-Immunität beschreiben, sowie durch eine sorgfältige Untersuchung des Profils der Todesfälle im Frühjahr im Vergleich zu den letzten Jahren, und die Untersuchung der Muster der Todesfälle im ganzen Land in letzter Zeit im Vergleich zum Frühjahr)? Es ist ein Rätsel.

Als die Zahl der täglich durchgeführten PCR-Tests sehr steil anstieg und Mitte November 370.000 pro Tag erreichte, hatten viele von uns das unangenehme Gefühl, dass die Chancen, dass PCR-Tests in diesem Umfang genaue Ergebnisse liefern, verschwindend gering sind. Kreuzkontaminationen zu vermeiden und einen so hohen Durchsatz zu haben, steht für einige von uns im Widerspruch zu jahrzehntelanger einschlägiger Erfahrung. Der klassische Dreiklang aus Geschwindigkeit, Durchsatz und Qualität hat immer eines davon als führenden, limitierenden Faktor. In diesem Fall sagt mir meine gesamte Berufserfahrung, dass der begrenzende Faktor die Qualität ist.

Wie können wir diese Behauptungen von Zehntausenden von täglichen "Fällen" und einer beispiellosen "zweiten Welle" von Todesfällen mit der nicht durchführbaren Menge an Tests in Einklang bringen, bei denen eine Technik zum Einsatz kommt, die von Experten auf dem Prüfstand als schwierig angesehen wird, selbst in kleinem Maßstab zuverlässig durchzuführen?

Eine falsch-positive PCR-Pseudo-Epidemie sieht aus wie eine echte Epidemie, ist es aber nicht

Es ist wichtig zu verstehen, dass die einzigen Daten, die auf eine "zweite Welle" hindeuten, die PCR-Ergebnisse sind, während man diese Gegenerzählung verdaut, die im Gegensatz zur offiziellen Linie zumindest intern konsistent ist. Alles ist davon abhängig. Ein "Fall" ist ein positiver PCR-Test. Es sind keine Symptome beteiligt. Eine "COVID-19-Aufnahme" in ein Krankenhaus ist eine Person, die vor, bei Eintritt oder zu irgendeinem Zeitpunkt während eines Krankenhausaufenthaltes PCR-positiv getestet wird, unabhängig vom Grund der Aufnahme oder den Symptomen, die der Patient zeigt. Ein "COVID-19-Todesfall" ist jeder Todesfall innerhalb von 28 Tagen nach einem positiven PCR-Test. Wenn es irgendeinen Zweifel an der Zuverlässigkeit des PCR-Tests gibt, fällt das alles mit einem Schlag weg.

Ich muss Ihnen sagen, dass es mehr als nur die üblichen Zweifel an den PCR-Massentests gibt, die vorgeben, das Virus zu identifizieren. Wir haben sehr starke Beweise dafür, dass der PCR-Massentest, wie er derzeit durchgeführt wird, völlig wertlos ist.

An diesem Punkt ist es angebracht, das Spiel zu verraten und Sie einzuladen, die Erklärung zu lesen, die das Team, zu dem ich gehöre, zusammengestellt hat.

Kurz gesagt: Die Pandemie war im Juni vorbei und die Herdenimmunität war die Hauptkraft, die die Pandemie drehte und in den Rückzug drängte. Die behaupteten "Fälle" im Herbst sind ein Artefakt eines gestörten Testsystems, das ich weiter unten im Detail erkläre. Es gibt zwar einige COVID-19-Fälle im Sinne des oben erläuterten "secondary ripple"-Konzepts, aber sie sind hauptsächlich in Regionen, Städten und Bezirken aufgetreten, die im Frühjahr weniger stark betroffen waren. Echtes COVID-19 ist selbstlimitierend und könnte in einigen nördlichen Städten bereits seinen Höhepunkt erreicht haben. Sie wird nicht in voller Stärke zurückkehren, und das Beispiel ist wieder London. Selbst hier haben bestimmte Stadtbezirke, z.B. Camden und Sutton, minimale positive Testergebnisse gehabt. Ich habe schon mehrfach erklärt, wie es dazu kam - die herausragende Rolle der früheren Immunität wird oft ignoriert oder missverstanden. Das Ausmaß war so groß, dass es in Verbindung mit der ungleichmäßigen Ausbreitung der Infektion nur eines geringen Prozentsatzes der Bevölkerung bedurfte, um infiziert zu werden, bevor die Herdenimmunität erreicht war.

Das war's. Der ganze Rest ist eine PCR-Pseudo-Epidemie. Das Heilmittel ist natürlich, wie schon in der Vergangenheit, wenn die PCR die Pandemie selbst als die Bedrohung im Lande ersetzt hat, die Einstellung der PCR-Massentests.

Falls Sie immer noch nicht überzeugt sind und glauben, dass jeden Tag mehrere hundert Menschen an COVID-19 sterben, sehen Sie sich bitte dieses 10-minütige Erklärvideo an, das vom Datenwissenschaftler Joel Smalley erstellt wurde. Am Ende werden Sie verstehen, wie der Unterschied zwischen Melde- und Auftretensdatum in Bezug auf Todesfälle und der große Unterschied in dieser Hinsicht zwischen COVID-19-Todesfällen, von denen die meisten im Krankenhaus auftreten, und Nicht-COVID-19-Todesfällen, von denen viele zu Hause passieren, zu jedem Zeitpunkt einen Eindruck von überschüssigen Todesfällen vermittelt, der, wenn er um diese unterschiedliche Verzögerung korrigiert wird, in nichts oder in ein so kleines Signal zusammenfällt, dass es sicherlich nicht im Geringsten ein Problem für die öffentliche Gesundheit darstellt. Man muss sich auch darüber im Klaren sein, dass Ärzte beim besten Willen zu schnell COVID-19 als Todesursache zuordnen, zum Teil, weil der Tod manchmal die richtigen Elemente aufweist, vor allem aber, weil die Regeln es von ihnen verlangen: Jeder Tod innerhalb von 28 Tagen nach einem positiven Test muss als COVID-19-Todesfall registriert werden, egal wie die Umstände sind. Das Ausmaß der Falschzuordnung ist so groß, dass die Anzahl der Todesfälle aus den Top 10 der führenden Ursachen weit unter das normale Niveau gedrückt wurde, was sehr darauf hindeutet, dass diese Todesfälle falsch etikettiert worden sind. Beachten Sie, dass Sie an dieser Stelle einige überzählige Todesfälle erwarten sollten, wenn auch aus nichts anderem, einer Anzahl von Menschen, die - meist zu Hause - an Nicht-COVID-19-Ursachen sterben, eine Folge des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für acht Monate.

Ich denke, die Beweise sind eindeutig, dass wir uns in einer PCR falsch-positiven Pseudo-Epidemie befinden

Es ist schon einmal passiert, mit Keuchhusten (verursacht durch ein Bakterium, aber die Technik zur Diagnose der Krankheit war die gleiche, PCR). Hunderte von scheinbaren "Fällen" wurden in einem Krankenhaus in New Hampshire mittels PCR diagnostiziert und die Ärzte passten die Symptome verschiedener Husten und Erkältungen dem an, was der "Goldstandard-Test" ihnen sagte. In Wirklichkeit hatte keine einzige Person die Krankheit. Die Positivität im PCR-Test lag bei etwa 15%, aber es wurde keine tatsächliche Infektion gefunden. 100 % der PCR-Positiven waren falsch. Unrealistisch hohe Positivität und keine aktuelle, unabhängige Bestätigung der Infektion ist jetzt die Situation in Großbritannien.

Zum Leuchtturm (wieder)

Wie kann es zu dieser PCR-Falsch-Positiv-Pseudo-Epidemie kommen? Ein falsches Positiv ist einfach ein positives Ergebnis eines Tests, wenn der gesuchte Gegenstand in der ursprünglichen Probe nicht vorhanden war (es gibt eine Vielzahl von Quellen für falsch positive Ergebnisse und sie werden oft ignoriert oder verwechselt). Die meisten falsch positiven Ergebnisse bei der PCR entstehen durch Kreuzkontamination. Diese kann auftreten, wenn eine Probe, die das Virus enthält, auch nur kurz mit einer Probe in Kontakt kommt, die das Virus nicht enthält. Eine Kontamination kann und wird auf allen Stufen von der Probengewinnung bis hin zum Reaktionsgefäß, in dem die zyklische Amplifikation der PCR stattfindet, auftreten. Zu dieser Kontamination kann auch das Referenzmaterial gehören, das zur Bestätigung des Testlaufs verwendet wird, die sogenannte Positivkontrolle, die selbst ein Stück synthetischer viraler RNA ist. Solche Positivkontrollen sind potente Fehlerquellen, da sie eine hochkonzentrierte Zufuhr des vom Test gesuchten Materials in winzigen Mengen darstellen, bis hin zu einem einzelnen, gebrochenen Virusfragment. Andere häufige Kontaminationsquellen sind eine kleine Anzahl von Proben, die tatsächlich das Virus enthalten, das mit ziemlicher Sicherheit weiterhin in geringen Mengen zirkuliert und möglicherweise bereits endemisch geworden ist (wie die vier häufigen, Erkältung auslösenden Coronaviren OC43, HKU1, 229E und NL63).

Ich bin der Meinung, und damit bin ich nicht allein, dass die industrialisierte molekularbiologische PCR-Massentestung in dem Umfang, in dem sie derzeit durchgeführt wird, nicht durchführbar ist und immer war. Bei hoher Geschwindigkeit und hohem Durchsatz muss etwas nachgeben, und in diesem Fall ist es die Qualität. Hier sind nur einige der Gründe, warum Sie kein Vertrauen mehr in die PCR-Tests haben sollten, die in Großbritannien verwendet werden. Im Zuge der Industrialisierung des Prozesses wurde die Verantwortung für PCR-Tests größtenteils in eine zentralisierte Einrichtung namens Lighthouse Labs verlagert. Ich werde Zeugenaussagen (für Milton Keynes) und Videobeweise (Randox in Nordirland) beschreiben, die übereinstimmend sind.

Wir haben erschreckend klare Beweise dafür, dass die Arbeitsabläufe, die Personalausstattung, die fehlende Qualitätskontrolle und die externe Validierung bedeuten, dass diese Einrichtung nicht zuverlässig arbeiten und keine vertrauenswürdigen Testergebnisse liefern kann. Ich habe ausführlich mit dem mutigen Wissenschaftler gesprochen, der das Super-Labor in Milton Keynes auffliegen ließ, Dr. Julian Harris, der einer der erfahrensten PCR-Laborwissenschaftler in Großbritannien ist. Er war seit 1987 in Laboren mit hoher Biosicherheitsstufe tätig und betreibt seit Jahrzehnten PCR. Was in dem Exposé übersehen wurde, ist, dass es ihm nicht nur um Gesundheit und Sicherheit geht (obwohl diese wichtig sind). Nahezu jedes Gebäude kann für die Durchführung eines hochsensiblen Assays wie der PCR angepasst werden, wobei die Kontaminationsprobleme auf ein Minimum reduziert werden können. Das Problem mit dem Standort in Milton Keynes ist der Mangel an Überlegungen zur Minimierung des Kontaminationsrisikos für den COVID-19 PCR-Assay. Hinzu kommt die Tatsache, dass es vor Ort keine angemessene Biosicherheitsstufe 2 und Kontaminations-Expertise gibt (wie in den HSE-Berichten, die am Ende von Julian Harris' Artikel für Lockdown Sceptics hier eingesehen werden können, klar festgestellt wird). Genau das ist ein Rezept für eine Katastrophe in Bezug auf die Aufblähung von positiven Testergebnissen durch die Erzeugung von falsch-positiven Ergebnissen.

Niemand, der kompetent ist, inspiziert diese Einrichtungen, Personalprozesse und Ergebnisse. Die einzige Person, die in der Lage ist, von vorne bis hinten zu schauen, ist Dr. Julian Harris, und er verurteilt die Operation unmissverständlich. Er hebt überfüllte, biologisch unsichere Arbeitsbereiche hervor, das Fehlen von Gesundheits- und Sicherheitstrainings, mangelhafte Sicherheitsprotokolle und einen Mangel an geeigneter PSA, wie z. B. die Durchsetzung des Tragens von Papier-Laborkitteln beim Umgang mit Tupferproben in BSCs der Klasse II - war dies, um die Kosten für die Wäsche zu senken? Handwaschanlagen waren zwar vorhanden, aber wie die HSE feststellte, fehlten oft Seife, Desinfektionsmittel und Handtücher, weil das Personal nicht wusste, wo es diese Vorräte nachfüllen konnte. Die Health and Safety Executive wurde hinzugezogen (von Dr. Harris). Das Management der Einrichtung antwortete nicht auf Anfragen, einen Besuch zu vereinbaren, so dass sie schließlich Ende September unangekündigte Besuche machten (siehe Briefe der HSE am Ende von Dr. Harris' Beitrag). Die Besuche, die ungewöhnlicherweise (und das zeigt uns, wie besorgt sie waren) von einem HM Inspector of Health and Safety begleitet wurden, deckten Sicherheitsverstöße im Lighthouse Lab in Milton Keynes auf.

"Ich fand heraus, dass sie keine Erfahrung mit dieser Art von Einrichtung oder dem Umgang mit biogefährlichen Materialien haben, und dann stürzen sie sich einfach in diese Tätigkeit", sagt Dr. Harris über das Team in Milton Keynes. Dr. Harris war so beunruhigt von dem, was er sah, dass er sich an die Health and Safety Executive (HSE) wandte. Er sah, wie zwei Personen Biosicherheitsschränke benutzten - geschlossene, belüftete Arbeitsräume, in denen die Wissenschaftler die Röhrchen mit den kontaminierten Tupfern öffnen -, die nur auf einen schützenden Luftstrom für eine Person kalibriert waren. "Sobald man diesen [Luftstrom] durch Überlastung plus zu viel Störung des Schleiers in der Nähe des Bedieners unterbricht, könnte man genauso gut an einer offenen Werkbank arbeiten. Es stört einfach den ganzen Grund für einen Schrank, den Bediener zu schützen. Und das ist wirklich beunruhigend", sagt Dr. Harris. Er behauptet, dass das Labor junge Leute aus der Umgebung rekrutiert hat, um lange Schichten zu arbeiten.

Dr. Harris sagt, er habe gesehen, wie Mobiltelefone in den Laboren benutzt und dann in die Kantine mitgenommen wurden. Die HSE besuchte das Labor in Milton Keynes und stellte fünf wesentliche Verstöße gegen die Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften fest. Ein Manager des UK Biocentre gab gegenüber der HSE zu, dass die Ausbildung für diese neuen Mitarbeiter nicht robust genug" war. Dr. Harris berichtet, dass es wenig oder gar kein Gesundheits- und Sicherheitstraining gab, obwohl die Einrichtung als BSL2 eingestuft war.

Es sind nicht nur verfahrenstechnische Probleme in den Laboren, die besorgniserregend sind. Bei einzelnen PCR-Tests betrachtet der Wissenschaftler die Veränderung des Signals gegenüber dem Zyklus und bestimmt, ob ein Test positiv, negativ oder unbestimmt ist. Im Hochdurchsatzverfahren kann dies nur per Software erfolgen. Daher ist die Wahl des Anbieters absolut entscheidend für die Genauigkeit und Vertrauenswürdigkeit des Ergebnisses, nicht nur für eine einzelne Probe, sondern auch auf Populationsebene. Aus nicht näher erläuterten Gründen entschied sich die Einrichtung für ein Softwareprodukt, das einem anderen offensichtlich unterlegen war. Warum hat sich das Lighthouse Lab für ein minderwertiges Produkt entschieden? In dem angeführten Beispiel hat es die positiven Ergebnisse "unterbewertet", aber das sagt uns nicht, dass es das jetzt auch tut. Was es uns sagt, ist, dass es weniger zuverlässig beim "Aufrufen" von Ergebnissen ist. Sicherlich wäre die Firma, deren Produkt besser abschneidet und bereits die regulatorischen Standards bestanden hat, die bessere Wahl gewesen.

Das Lighthouse Lab hatte während der Zeit, in der Dr. Harris dort arbeitete, einen Spezialisten für das Qualitätsmanagementsystem (QMS), was die Personalprobleme unterstreicht. Diese Person hat jedoch gekündigt und wurde, soweit ich weiß, noch nicht durch jemanden mit gleichwertiger Erfahrung ersetzt. Dies wird zweifellos dazu beigetragen haben, dass die UKAS-Akkreditierung nach ISO 15189, Qualität und Kompetenz in medizinischen Laboratorien, weiterhin nicht erteilt wurde. Während dies als freiwillig angesehen werden kann, bestimmt der Kunde (die Regierung Ihrer Majestät), ob eine solche Akkreditierung notwendig ist oder nicht. In Anbetracht der Tatsache, dass es in der gesamten Geschichte der Nation noch nie einen medizinisch-diagnostischen Test von solcher Bedeutung gegeben hat, muss HMG sicherlich eine Akkreditierung nach ISO 15189 vorgeschrieben haben. Wenn dies nicht der Fall ist, ist das meiner Meinung nach eine schwere Pflichtverletzung. In jedem Fall mindert das Fehlen der Akkreditierung in keiner Weise die Notwendigkeit, diese kritischen PCR-Tests nach den höchsten Standards durchzuführen und die Ergebnisse vertrauenswürdig zu gestalten.

Unabhängig davon beweist die HSE-Akkreditierung zwar nicht die Qualität und Genauigkeit des Endprodukts, aber die Testergebnisse, und dass die Einrichtung immer noch nicht so akkreditiert ist, deutet auf ein anhaltendes Versäumnis hin, die sich überschneidenden Probleme im Labor in den Griff zu bekommen, die direkt mit der durchgehenden Probenintegrität zusammenhängen.

Diese detaillierte Aufzählung von Beweisen soll keine Belehrung über Gesundheit und Sicherheit sein, so wichtig das auch ist. Vielmehr soll sie zeigen, dass weder das Management noch die Mitarbeiter die nötige Sorgfalt an den Tag legen, um die Integrität der Proben von Anfang bis Ende zu gewährleisten, was die Voraussetzung dafür ist, dass diese heikle und leistungsstarke Technik, die notorisch anfällig für kleinste Kreuzkontaminationen ist, überhaupt erfolgreich durchgeführt werden kann. Obwohl die Integrität des laminaren Luftstroms in den Schränken erhalten bleibt - was gleichzeitig den Bediener und die Probe schützt - sorgt er nicht für die Überlastung des Arbeitsbereichs und die Verstopfung der hinteren Gitter, die für die Probenintegrität und die Ansteckungsgefahr des Personals gefährlich ist.

Die Mikropipettierung (Dispensiervolumen von 1ml bis hinunter zu 0,0005ml) ist auf hochpräzise Pipettiergeräte angewiesen und ihre korrekte Verwendung ist bei jeder Anwendung molekularbiologischer Technologien und somit auch bei der PCR von entscheidender Bedeutung. Diese Mikropipetten werden vom Personal während des gesamten COVID-19 Testprozesses verwendet. Bei unsachgemäßer Verwendung kann das nicht nur dazu führen, dass die falsche Probenmenge entnommen und in ein anderes Gefäß abgegeben wird, sondern kann auch die Ursache für kontaminierte Testproben sein. Da die meisten Mitarbeiter wenig bis keine PCR-Erfahrung und in vielen Fällen überhaupt keine Erfahrung mit professioneller Laborarbeit hatten, trug dies zur Ungenauigkeit des Endprodukts - der COVID19-Testergebnisse - bei. Als Zeichen dafür, wie niedrig die Messlatte für die Einstellung gelegt wurde, hat die Einrichtung in Milton Keynes einen Mitarbeiter, der "Pipettenschulungen" durchführt. Dr. Harris bemerkte, dass selbst diese Person Schwierigkeiten hatte, die für das Pipettentraining verwendete Standing Operating Procedure zu verstehen, da sie aus ihrer früheren Tätigkeit als Regalstapler bei Tesco's kam. Mikropipettieren ist eine grundlegende Fähigkeit, die man normalerweise zu Beginn einer wissenschaftlichen Karriere lernt. Ich habe in den 39 Jahren, in denen ich in Großbritannien Laborarbeiten durchführe und beaufsichtige, noch nie von einer solchen Aufgabe gehört.

Es ist unerlässlich, dass diejenigen, die in einer Biofacility mit Flüssigkeiten umgehen, umfassend verstehen, wie sich flüssige Bioproben durch Tröpfchen und Aerosole verbreiten können. Am wichtigsten ist, dass sie wissen, wie sie versehentlich die Probe(n) kontaminieren und das Personal einer Ansteckung aussetzen können. Diese Fähigkeiten müssen zur zweiten Natur werden - erworben über viele Monate bis Jahre - bevor jemand einen Fuß in eine solche biologisch gefährliche Umgebung setzen darf.

Schließlich fragte ich Dr. Harris, wann in der Abfolge der Schritte die "Negativ-Kontrollproben" platziert wurden. Der anfälligste Teil der Aufgabe für Kreuzkontaminationen ist das Öffnen des Beutels bis zur Platzierung der Proben in die endgültigen, gestapelten Röhrchen, die dann in den automatisierten Arbeitsablauf eingesetzt werden, um schließlich die Proben für den Test in die PCR-Platte zu geben. Daher erwartete ich, dass mindestens zwei negative Kontrollabstrichproben (unbenutzt mit eigenem Barcode) in dieser ersten Phase des Prozesses enthalten sind. Man sollte schon früh einige unbenutzte Röhrchen einlegen, damit eine eventuelle Kreuzkontamination im abschließenden PCR-Schritt erkannt wird.

Aber nein. Die einzige Negativkontrolle, die in Milton Keynes verwendet wird, ist virenfreies Medium, das im ersten Schritt des automatisierten Liquid-Handling-Prozesses sorgfältig in eine dafür vorgesehene Vertiefung gegeben wird, wo gleichzeitig 0,2 ml jeder Probe in eine Vertiefung einer 96-Well-Platte übertragen werden, wobei jede Vertiefung den Virusinaktivierungspuffer enthält. Dadurch werden jedoch die ersten Schritte umgangen, bei denen es zu Kreuzkontaminationen kommen kann - nämlich bei der anfänglichen Verarbeitung der Proben. Das ist nicht nur eine schlechte wissenschaftliche Technik, sondern meiner Meinung nach auch ein schlechter wissenschaftlicher Scharfsinn. Wenn ich einen Studenten im Grundstudium unterrichten würde und er käme mit diesem Versuchsplan an, würde ich ihn durchfallen lassen. Es ist kein Wunder, dass die Positivitätsrate - der Prozentsatz der Tests, die positiv ausfallen - so hoch ist, dass man es kaum glauben kann. Ich bin mir sicher, dass das Lighthouse Lab seinen Kunden erzählt, dass es keinen Beweis für eine Kreuzkontamination gibt, da die negativen Kontrollen durchweg virusfrei sind. Und doch stützen wir unsere gesamte nationale Politik auf diese Aussage?

Randox

Es gibt eine kleine Gruppe von Großlaboren, die auf die Schnelle zu "Lighthouse Labs" oder "Superlabs" aufgebaut wurden. Ein zweites, die Randox-Einrichtung in Antrim, Nordirland, war Gegenstand einer Sendung von Channel 4 Dispatches. Dieser ausführliche Dokumentarfilm dreht sich um dieses sehr große, private Vertragslabor, das täglich über 100.000 COVID-19-Proben mittels PCR testet. Als ich dieses Programm mit dem Auge von jemandem verfolgte, der Erfahrung mit Laborverfahren im Zusammenhang mit Massentests hat (wenn auch nicht mit dieser Technik), beobachtete ich: Arbeiter, die Plastiktüten aufschnitten, die Abstrichproben in Röhrchen enthielten, von denen einige ausgelaufen waren. Mit der Schere wurde dann der nächste Beutel geöffnet und so weiter. Die Röhrchen wurden von außen mit einem Wischtuch abgewischt, wobei mit demselben Wischtuch die Außenseiten mehrerer Röhrchen hintereinander abgewischt wurden. Die Röhrchen wurden dann auf die Seite in ein Tablett gelegt, wo sie frei herumrollen und andere Röhrchen berühren konnten. Die Arbeiter behielten das gleiche Paar Einweghandschuhe an, während sie eine große Anzahl solcher Beutel nacheinander öffneten. Ein Arbeiter kommentierte, dass knapp 10 % der Röhrchen mit roten Kappen undicht waren. Randox gab an, dass es die Röhrchen nicht herstellt und dass eine Korrektur in Arbeit ist.

Erstens sollten in BSL2/3/4-Einrichtungen keine Scheren oder andere scharfe Instrumente mit biologisch gefährlichen Proben verwendet werden. Die Exposition des Bioprobeninhalts gegenüber der klimatisierten Raumumgebung sowie die Verunreinigung der Kartons durch die Probenflüssigkeit ist ein Rezept für eine Katastrophe und könnte zu Folgendem führen:

1. Kreuzkontamination zwischen Proben

2. Kreuzkontamination zwischen Proben und Personal

3. Kreuzkontamination zwischen Probe und Raumumgebung

4. Exposition des Personals gegenüber Kontaminationen unbekannter Herkunft(en)

Ein beratender Mikrobiologe, der 1 Jahr lang ein NHS-Pathologielabor geleitet hatte, kommentierte für den Film: "Wenn Sie ein Röhrchen haben, das undicht geworden ist und sich in Ihrer Auspackumgebung befindet, kann das ganz leicht auf andere Röhrchen übertragen werden. Wenn die ausgelaufene Probe positiv war, würde das dazu führen, dass auch die anderen Röhrchen positiv werden. Dies sind sehr empfindliche Tests, die wir verwenden, und es ist sehr leicht, (kontaminationsbedingte) falsch positive Ergebnisse zu erhalten. Wir würden geschlossen werden, wenn wir auf diese Weise arbeiten würden.

Nimmt man Milton Keynes und Randox zusammen, so behaupte ich, dass es eine politische Entscheidung gab, die in den Köpfen der meisten Menschen die Erwartung weckte, dass eine "zweite Welle" zu erwarten sei, und dass diese eine erhöhte Testkapazität erfordern würde. Die Bedingungen, die sich aus diesen Industrialisierungsversuchen (Lighthouse Labs und ähnliche) ergaben, haben durch die schlechte Handhabung der Proben, die in zwei Beispielen (Milton Keynes, im selben Gebäude, in dem auch die U.K. Biobank untergebracht ist, und Randox, auf einer ehemaligen Militärbasis) nachgewiesen wurde, aktiv diese "zweite Welle" (von falsch diagnostizierten Fällen, Einweisungen und Todesfällen) geschaffen. Ich glaube, die unvermeidliche Schlussfolgerung ist, dass der Mechanismus, durch den eine große Anzahl von "Fällen" erzeugt wurde und immer noch wird, eine heimtückische, unkontrollierte und unentdeckte Kreuzkontamination während der Verarbeitungsphasen der Tupferproben ist.

Ich habe keinen Zweifel daran, dass diejenigen, die die manuellen Schritte des Pipettierens durchführen, ihr Bestes tun. Aber sie haben nicht die Fertigkeiten und die Erfahrung mit dieser Technik, die wiederholt und stundenlang durchgeführt werden muss, während sie niemals einen Ausbruch von Mikro-Aerosol erzeugen, wenn sie den Daumenkolben der Pipette etwas zu schnell bewegen, oder einen Mikro-Spritzer erzeugen, wenn sie die Einwegspitze wechseln. Sie dürfen niemals eine Fingerspitze eines Handschuhs kontaminieren, wenn sie ein potenziell undichtes Röhrchen öffnen und dann ein anderes berühren. Sie dürfen niemals die laminare Luftströmung in den Hauben stören, um unsichtbare Kontaminationen von einem Röhrchen zum anderen zu ermöglichen. Es gibt so viele Möglichkeiten, wie kleinste Verunreinigungen die Integrität der Proben gefährden und die Anzahl der positiven Ergebnisse erhöhen können, und niemand hat ihnen beigebracht, sie alle zu vermeiden.

In diesen beiden Fabriken für PCR-Massentests, die zu den größten gehören, gibt es jetzt starke Hinweise auf völlig unzureichende Bemühungen, um sicherzustellen, dass die Integrität der Proben von Anfang bis Ende erhalten bleibt. Meiner Meinung nach sind dies Simulakren von ordnungsgemäßen Testeinrichtungen. Inzwischen ist die tägliche Testkapazität erheblich gestiegen und nähert sich dem Ziel, täglich 500.000 Tests mittels PCR durchzuführen.

Kritikpunkte an der PCR (erneut)

Selbst wenn die Lighthouse Labs aus technischer Sicht funktionieren würden, hat die Regierung zugegeben, dass die Eigenschaften der PCR als Test buchstäblich außer Kontrolle geraten sind. Lord Bethel bestätigte in einer schriftlichen Antwort, dass die britische Regierung die operative falsch-positive Rate (OFPR) nicht kennt. Während die Regierung behauptete, sie könne eine Spanne aus früheren verwandten Tests (0,8-2,3%) als Schätzung übernehmen, ist dies tendenziös. Diese früheren Tests wurden von sehr erfahrenen Laborwissenschaftlern durchgeführt, die in relativ kleinem Maßstab arbeiteten. Jeder PCR-Test wird eine einzigartige Falsch-Positiv-Rate haben, die von der Konstruktion des Tests abhängt und nicht von anderen Tests abgeleitet werden kann. Die Lighthouse Labs sind überwiegend mit jungen und unerfahrenen Mitarbeitern besetzt, von denen viele noch nie professionell in einem Labor gearbeitet haben. Es ist absurd anzunehmen, dass die Kombination von unerfahrenem Personal, gepaart mit einem industrialisierten Prozess einer Technik, die so empfindlich auf Kreuzkontaminationen reagiert, dass solche Kreuzkontaminationen ein Routineproblem in Forschungslaboren sind, die von sorgfältigen, sachkundigen Wissenschaftlern durchgeführt werden, zuverlässige, vertrauenswürdige Ergebnisse liefern könnte.

Ich behaupte, dass allein die fehlende Kenntnis der OFPR diesen PCR-Test in dieser Konfiguration völlig unfähig macht, vertrauenswürdige Ergebnisse zu liefern. Wenn dies ein diagnostischer Test wäre, der heute im NHS verwendet wird, würde kein Arzt eine Patientenprobe dafür einreichen, weil es unmöglich wäre, ein positives Ergebnis zu interpretieren. Natürlich ist es ein diagnostischer Test, der heute verwendet wird.

Zusammenfassend behaupte ich, dass es kriminell gefährlich ist, eine Politik zu betreiben, die in irgendeiner Weise auf diesem Test (so wie er eingerichtet ist) und seinen Ergebnissen basiert. Keine noch so gute Argumentation oder Ausrede kann diese vernichtenden Fakten ändern.

Schlussfolgerungen

Quelle: Public Health England, wöchentlicher nationaler Influenza- und COVID-19-Überwachungsbericht, Woche 48 (w/e 26. November)

Die gesamte "zweite Welle" stützt sich einzig und allein auf einen fehlerhaften Massen-PCR-Test, der in industriellem Maßstab meiner Meinung nach und nach Ansicht anderer PCR-Experten niemals in der Lage war, vertrauenswürdige Ergebnisse zu liefern. Ich habe die Beweise ausführlich dargelegt, die die Behauptung stützen, dass die Ergebnisse des PCR-Tests vom Herbst eine COVID-19-Infektion nicht zuverlässig nachweisen. Es mag ein Sprung sein, den PCR-Test zu verdammen und zu behaupten, dass es sich nicht um eine Epidemie, sondern um eine Pseudo-Epidemie handelt. Aber selbst in den Händen erfahrener und vorsichtiger Menschen ist das seltsame Phänomen der PCR falsch-positiven Pseudo-Epidemie schon mehrfach aufgetreten. In großen, industrialisierten Laboren ist es sehr wahrscheinlich, dass signifikante und nicht gemessene, durch Kreuzkontamination bedingte Falsch-Positiv-Raten auftreten.

Das Schlüsselzeichen einer PCR-falsch-positiven Pseudo-Epidemie ist das relative Fehlen von überzähligen Todesfällen, die den Todesfällen entsprechen, die angeblich aufgrund des tödlichen Infektionserregers auftreten. Dieses Schlüsselzeichen ist vorhanden.

Das noch nie dagewesene Rätsel der "zweiten Welle" ist gelöst. Sie findet natürlich nicht statt, aber warum eine "zweite Welle" herbeigeredet wurde, Monate bevor unzuverlässige PCR-Testdaten in den Dienst gestellt wurden, erfordert eine tiefere Untersuchung. Es ist keine wissenschaftliche Angelegenheit: nicht, solange das Team, das die Welle vorhersagt, nicht die wissenschaftliche Literatur vorlegen kann, auf der die Vorhersage und Modellierung basierte.

Als Referenz verbrachte ich über eine Stunde damit, mich mit dem Eigentümer-Manager einer gut geführten Einrichtung in einem anderen Land zu beraten, die hauptsächlich Privatkunden bedient. Dieser stellt für diese Art von Arbeit nur Mitarbeiter ein, die mindestens vier Jahre PCR-Erfahrung haben, nicht nur hochkompetente Laborerfahrung. Dies werden in fast allen Fällen Post-Docs sein, die bereits eine forschungsbasierte Promotion mit Anwendung von PCR-Techniken abgeschlossen haben.

Diejenigen, die beobachten, dass PCR-Tests im großen Maßstab anderswo gut zu laufen scheinen, sagen uns nur, dass sie akzeptabel durchgeführt werden können, wenn sie sorgfältig eingerichtet werden. Das setzt voraus, dass man ihren Ergebnissen trauen kann, etwas, worauf sich meine Forschung nicht erstrecken kann. In jedem Fall untergräbt diese Beobachtung in keiner Weise irgendetwas von dem, was ich geschrieben habe.

Solange wir die Verwendung von PCR-Massentests nicht beenden, gibt es keine Chance, dass die "Fälle" auf ein sehr niedriges Niveau sinken werden. Lateral-Flow-Tests müssen zum Goldstandard-Test für COVID werden, wobei die PCR nur zur Bestätigungsdiagnose verwendet wird. Dadurch wird die Anzahl der durchzuführenden PCR-Tests minimiert, so dass die Tests wieder in den kompetenten NHS-Labors durchgeführt werden können. Ohne einen solchen Eingriff, selbst wenn das Virus aufhören würde zu zirkulieren, glaube ich, dass wir immer noch jeden Tag von zehntausenden von "Fällen" und mehreren hundert Todesfällen hören werden.

Wie die obige Grafik deutlich zeigt, gab es im Frühjahr eine bemerkenswerte Spitze der überzähligen Todesfälle aufgrund von SARS-CoV-2, die aber nicht zurückgegangen ist. Wie bereits erwähnt, sind einige überzählige Todesfälle jetzt zumindest als Folge des anhaltenden und weit verbreiteten eingeschränkten Zugangs zum NHS zu erwarten.

Also, nur eine Welle, wie erwartet. Die "zweite Welle" von "Fällen" und sogar "COVID-19-Todesfällen" sind ein Artefakt fehlerhafter Tests.