

En dan krijg je
een uitnodiging om je
te laten vaccineren...

1. Situatie 1 mei 2021
2. Vaccins
3. Tijdlijn onderzoek, experiment en informed consent
4. Genetische therapie
5. Wie worden ziek?
6. Kans op overlijden door het Coronavirus
7. Belangrijke video – kijken! (16 minuten)
8. Waarom laten mensen zich dan toch vaccineren?
9. Je ontvangt de brief van de overheid. Wat een eerlijke huisarts je zou vertellen
10. Wat een goed geïnformeerde arts je zou vertellen
11. Wat een top professional je zou vertellen. Professor Cahill: coronaprik keert je immuunsysteem tegen je eigen lichaam
12. Aansprakelijkheid. Wat als je ziek wordt van je prik?
13. US Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021
14. EU Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021
15. UK Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021
16. NL Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021
17. Israel
18. Overheidscommunicatie
19. De Nederlandse Media
20. De politiek. Zomaar twee voorbeelden
21. Belangrijke juridische tegenbewegingen
22. Alternatieven voor vaccinatie
23. Wil je jezelf toch laten vaccineren?
24. Bijlagen



petra_rienne_martine 2u



Your Story 57m



NU.nl ✓

1 u. · 🌐



Veel Nederlanders realiseren zich te weinig dat ze ook na een vaccinatie het virus kunnen krijgen, zeggen experts.



En dat je het nog steeds kan verspreiden
En dat het geen garantie is dat je zonder testen op vakantie kan
En dat het dus niet voor een ander hoeft te doen.
En dat deze prik net als de griep prik niet beschermt tegen nieuwe varianten, dus dat je je feitelijk aanmeldt voor een prikabonnementje
En dat je je laat inspuiten met een goedje tegen een virus met een overlevingskans van 99,85 % procent.
Joejo!

Overlevingskans



Visit the [Centre for Disease Control and Prevention](#) D-19 Information Centre vaccine resources.



Bericht sturen



1. Situatie 1mei 2021

Stel, je wordt gevaccineerd:

1. Kan ik stoppen met het dragen van het mondmasker? Nee.
2. Kunnen de restaurants, winkels en het hele MKB heropenen en werkt iedereen weer normaal? Nee.
3. Ben ik bestand tegen Covid-19? Misschien, maar we weten het niet precies. Je kunt het waarschijnlijk nog steeds krijgen. (Voorbeeld 15 juni 2021 RTV Oost <https://www.rtvoost.nl/nieuws/1977628/Corona-uitbraak-in-verpleeghuis-in-Enschede-onder-al-gevaccineerde-clienten> 8 van de 15)
4. Ik ben toch niet meer besmettelijk voor anderen? Nee, je kunt het nog steeds doorgeven.
5. Als we alle kinderen vaccineren, zal de school dan weer normaal functioneren? Nee.
6. Als jij gevaccineerd bent, kan ik dan stoppen met het social distancing? Nee.
7. Als ik gevaccineerd ben, kan ik dan stoppen met het desinfecteren van mijn handen? Nee.
8. Als ik word gevaccineerd en mijn grootvader ook, kunnen we dan weer knuffelen? Nee.
9. Worden theaters, bioscopen en stadions opnieuw geopend als er weer vaccins zijn? Nee.
10. Zullen de gevaccineerde mensen zich dan kunnen verzamelen? Nee.
11. Wat is het werkelijke voordeel van de vaccinatie? Overheid: het virus zal je niet doden.
12. Weet je zeker dat het mij niet zal doden? Nee.
13. Als het virus me statistisch gezien toch niet zal doden, waarom zou ik me dan laten vaccineren? Overheid: om anderen te beschermen.
14. Dus als ik word gevaccineerd, zijn de anderen 100 procent zeker dat ik ze niet besmet? Nee.
15. Wanneer jij gevaccineerd bent, zal ik dan nooit meer positief getest worden middels de PCR-test? Nee. Sterker nog: je zal nog sneller positief getest worden met een PCR-test.
16. Wanneer ik gevaccineerd ben, loop ik dan geen risico op ernstige dodelijke bijwerkingen? Dat weet nog niemand. Dat is volgens de WHO en het RIVM nog te vroeg om over te kunnen oordelen. De databanken wijzen echter iets anders uit.

VACCINATIE CHECKLIJST

	JA	NEE
1- Kan ik na de vaccinatie nog besmet raken? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Kan ik na de vaccinatie anderen besmetten? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Moet ik na vaccinatie nog mondkapje dragen? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Moet ik na vaccinatie nog 1.5M afstand houden? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Ben ik na vaccinatie af van verdere testen? -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6- Zijn de vaccinaties helemaal doorgetest? -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7- Kunnen vaccinatie producenten aansprakelijk worden gesteld? -----	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8- Zijn er al gevallen van zware bijwerkingen en sterfgevallen als gevolg vaccinatie? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Zijn vervolg vaccinaties al in gesprek? -----	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Kan ik kiezen welk vaccin ik wil?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

2. Vaccins

Er zijn een aantal verschillende vaccins. AstraZeneca, bekend van de trombose verschijnselen, gestopt voor mensen boven de 60 en in een aantal Europese landen verboden. Pfizer, Moderna en Janssen.

Pfizer heeft gerommeld met de onderzoeken. Moderna bestond als vaccinatieproducent nog niet voor de crisis, heeft geen ervaring met vaccins anders dan dit vaccin en Janssen wordt momenteel uitgefaseerd.

In een brief van Hugo de Jonge aan de Tweede Kamer van 16 november 2020 geeft hij aan dat er geen ervaring is met de gebruikte mRNA technologie: *"...Er zijn op dit moment alleen beperkte preklinische en preliminaire klinische fase 1/2 data beschikbaar. ... Het feit dat gebruik gemaakt wordt van een technologie waarmee nog geen geregistreerde vaccines gemaakt zijn is een risico.*)

Uitgebreide informatie over de vaccins en de vragen die je over de veiligheid van de vaccins kan stellen vind je in de bijlage: "20201229-02 ingekomen mail vragen Regenboogteam zorgvuldig ingeleide vragen tav nieuwe prik en informat consent-1" Hierin stelt men o.a. dat er ondertussen onderzoek is dat mRNA vaccins in tegenstelling tot eerst werd aangenomen wel degelijk in het genoom kan integreren.

Tot op de dag van vandaag is er op deze (heel normale) vragen geen antwoord gekomen, simpelweg omdat men het gewoon niet weet. Bekijk ook de belangrijke video van huisarts Els van Veen (hoofdstukje 10).

(Het Regenboogteam is een multidisciplinaire (gelegenheid) formatie bestaande uit geëngageerde burgers uit alle lagen van de bevolking. Zo zijn er wetenschappers, hoogleraren, artsen, ondernemers, docenten en andere beroepsgroepen aan verbonden. Het team zal overheid en publiek op verschillende thema's van het coronabeleid gevraagd en ongevraagd van advies voorzien en om informatie vragen.

Mr. Eveline van Dongen (Jurist), Dr. Peter Borger (Moleculair bioloog), Marc Heijmans (Consultant, strateeg, coach en omdenker), Lars Admiral (ondernemer in clinical trials), Drs. Mario Ortiz (Biochemicus), Unico van Kooten (Belangenbehartiger), Catherine Pijls (Logopediste neurologische taal), Jonkheer Robert de Murald (organisatieadviseur), Drs. Hans van Tellingen (Sociaalgeograaf, consumentengedragsonderzoeker, Retail specialist), Joost Schouten (Ondernemer), Drs. Remy Balistreri (historicus en ondernemer), drs. Karel Beckman (Freelance writer and journalist), Martin Idema (ICT-specialist), IlonaGroen (assistent Martijn van Rooijen (Ondernemer), Floris van Woudenberg (ICT-ondernemer), Christine Furst (Fotograaf), Jaap Dito (Arts), Catharina Meijer CEO and arts cosmetische anesthesie, Martin Voerknecht (Huisarts) en vele anderen)

3. Tijdlĳn onderzoek, experiment en informed consent

De vaccins hebben in de EU een experimentele status tot eind 2023.

Study Design		Go to
Study Type	Interventional (Clinical Trial)	
Actual Enrollment	32459 participants	
Allocation	Randomized	
Intervention Model	Parallel Assignment	
Intervention Model Description	Participants are assigned to one of two or more groups in parallel for the duration of the study.	
Masking	Quadruple (Participant, Care Provider, Investigator, Outcomes Assessor)	
Masking Description	Double Blind: two or more parties are unaware of the intervention assignment.	
Primary Purpose	Treatment	
Official Title	A Phase III Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Multicenter Study in Adults, to Determine the Safety, Efficacy, and Immunogenicity of AZD1222, a Non-replicating ChAdOx1 Vector Vaccine, for the Prevention of COVID-19	
Actual Study Start Date	August 28, 2020	
Estimated Primary Completion Date	March 16, 2021	
Estimated Study Completion Date	February 14, 2023	

Arms and Interventions		Go to
Arm	Intervention/treatment	
Experimental: AZD1222 Approximately 20,000 participants randomized to the AZD1222 arm	Biological: AZD1222 AZD12222 is a recombinant replication-defective chimpanzee adenovirus expressing the SARS-CoV-2-5 surface glycoprotein.	
Placebo Comparator: Placebo	Biological: Placebo	

Voordat de vaccins op de markt werden gebracht waren ze amper getest en sowieso niet op de risico groepen met onderliggend lijden. De testen liggen onder vuur omdat ze qua opzet aan alle kanten rammelen. De echte test wordt momenteel uitgevoerd door miljoenen mensen wereldwĳd te vaccineren.

Van welke groepen zijn werking en bijwerkingen van de vaccins onbekend of weinig bekend?

Dat zijn de groepen die uitgesloten zijn van deelname aan de onderzoeken of die weinig vertegenwoordigd zijn.

De producenten van het betreffende Pfizer vaccin hadden o.a. de volgende groepen uitgesloten:

1. kinderen tot 16 jaar
2. mensen met een immuungecompromitteerde aandoening of het gebruik van
3. immuunsuppressiva
4. mensen die sars-cov-2 al gehad hebben

Groepen die aan het Pfizer onderzoek hebben deelgenomen, maar weinig voorkwamen:

1. mediane leeftijd was 52 jaar (16 - 91 jaar); ouderen zoals 75+ kwamen weinig voor
2. Diabetes mellitus
3. COPD

De producenten van het Moderna vaccin hadden o.a. de volgende groepen uitgesloten:

1. Zwangeren en zwangerschapswens binnen 3 maanden
2. Borstvoeding
3. Sperma donoren
4. Sars-cov-2, mers, sars in de voorgeschiedenis
5. Anafylaxie
6. Bloedstollingsstoornissen
7. Bloed donoren
8. Urticaria
9. Mensen met een immuungecompromitteerde aandoening of het gebruik van immuunsuppressiva

Jan B. Hommel:

Tijdelijk onderzoek van normaliter 13 naar 3 jaar waarbij het vaccin al in de onderzoekfase wordt vrijgegeven (bron EMA – European Medicines Agency)

*“...het gegeven dat er een 'Conditional Marketing Authorization' is afgegeven voor het Pfizer/BioNTech vaccin, ver voordat het fase-III onderzoek is afgerond, is de basis voor mijn stelling dat *het hier gaat om het grootste vaccin-experiment in de geschiedenis van de mensheid. Mijns inziens zijn hierop dan ook de voorwaarden voor medisch wetenschappelijk onderzoek op proefpersonen onverkort van toepassing.**

Daarover gaat deel 2 van dit artikel, waar ik de verklaring van Helsinki en de Code van Neurenberg zal bespreken, en vooral hoe deze tot stand zijn gekomen. Centraal staat daarbij de zogenaamde 'informed consent procedure' van deelnemers aan het wetenschappelijk onderzoek, waarbij iedere deelnemer in volledige vrijheid de keus moet hebben om deel te nemen aan het onderzoek, en hier op geen enkele manier, direct of indirect, toe mag worden gedwongen. Verder heeft iedere deelnemer op ieder moment van het onderzoek het recht om deelname aan het experiment te staken, en verder moet iedere deelnemer volledig worden voorgelicht over de voor- en nadelen van een vaccin of medicijn voor hem persoonlijk...”

(Bron Jan B. Hommel – neuroloog. Onderbouwd met diverse verwijzingen naar wetenschappelijke websites

<https://www.janbhommel.com/post/vaccins-tegen-het-sars-cov-2-virus-deel-1>

<https://www.janbhommel.com/post/vaccins-tegen-het-sars-cov-2-virus-deel-2>)

Figure 2: Indicative timelines for COVID-19 vaccines compared with standard vaccines

Use the buttons below to compare:

Standard vaccines or COVID-19 vaccines

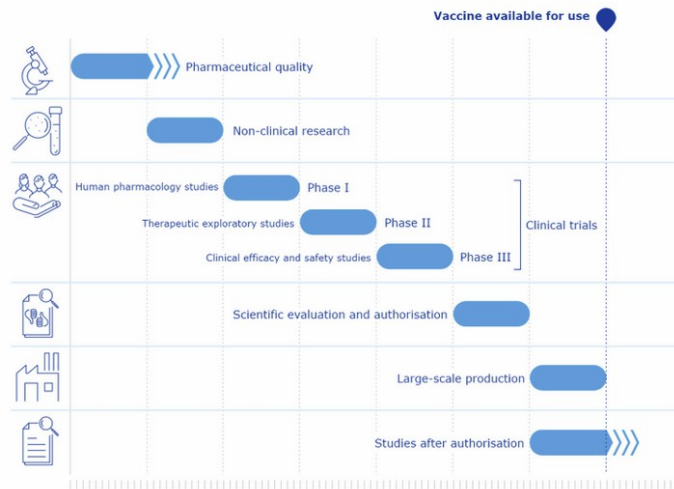
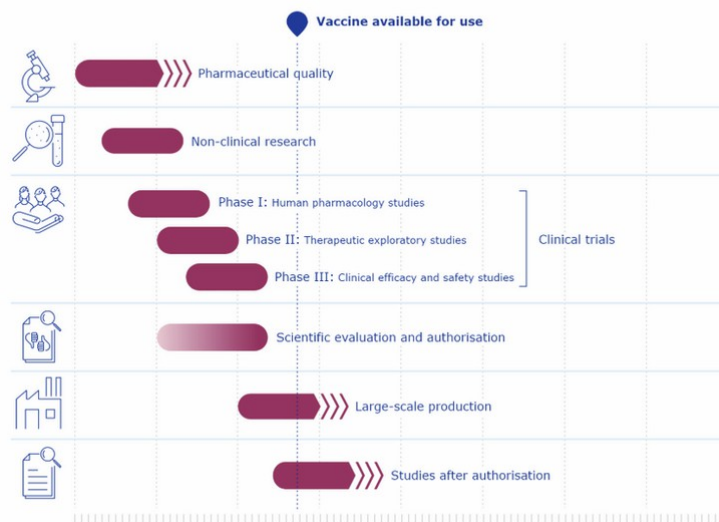


Figure 2: Indicative timelines for COVID-19 vaccines compared with standard vaccines

Use the buttons below to compare:

Standard vaccines or COVID-19 vaccines



Artikel 6 van de Universele Verklaring over Bio-ethiek en Mensenrechten van UNESCO is bijzonder interessant met betrekking tot het opdringen van vaccins door overheden:

Article 6 – Consent

1. Any preventive, diagnostic and therapeutic medical intervention is only to be carried out with the prior, free and informed consent of the person concerned, based on adequate information. The consent should, where appropriate, be express and may be withdrawn by the person concerned at any time and for any reason without disadvantage or prejudice.

4. Genetische therapie

In de wet wordt het vaccin niet als vaccin omschreven maar als genterapie. Er wordt op genetisch (DNA) niveau ingegrepen in het lichaam. Dit kan nooit meer teruggedraaid worden.

(Bron: – Regeling van de Minister van Infrastructuur en Waterstaat van 28 maart 2020, nr. IENW/BSK-2020/57427, houdende spoedmaatregelen met betrekking tot genterapie ter bestrijding van COVID-19 (Tijdelijke regeling afwijkende behandeling vergunningaanvragen genterapie in verband met bestrijding COVID-19)

Dit is niet de laatste prik. Elk jaar zullen gevaccineerde mensen opnieuw voor de nieuwe varianten geprikt worden. Een voorzet hiertoe deed Pfizer CEO Albert Bourla op 15 april jl.:

“A likely scenario is that there will be likely a need for a third dose, somewhere between six and 12 months and then from there, there will be an annual revaccination, but all of that needs to be confirmed. And again, the variants will play a key role,”

<https://www.cnbc.com/2021/04/15/pfizer-ceo-says-third-covid-vaccine-dose-likely-needed-within-12-months.html>

Het vaccin verandert je genetisch (zie ook de brief met verwijzingen van het Regenboogteam in de bijlage). Zelfs de overheid ontkent dat niet.

Wat het doet in het lichaam is nooit meer terug te draaien.

In tegenstelling tot gewone medicatie die na stoppen uit het lichaam verdwijnt, blijft het in het lichaam zitten.

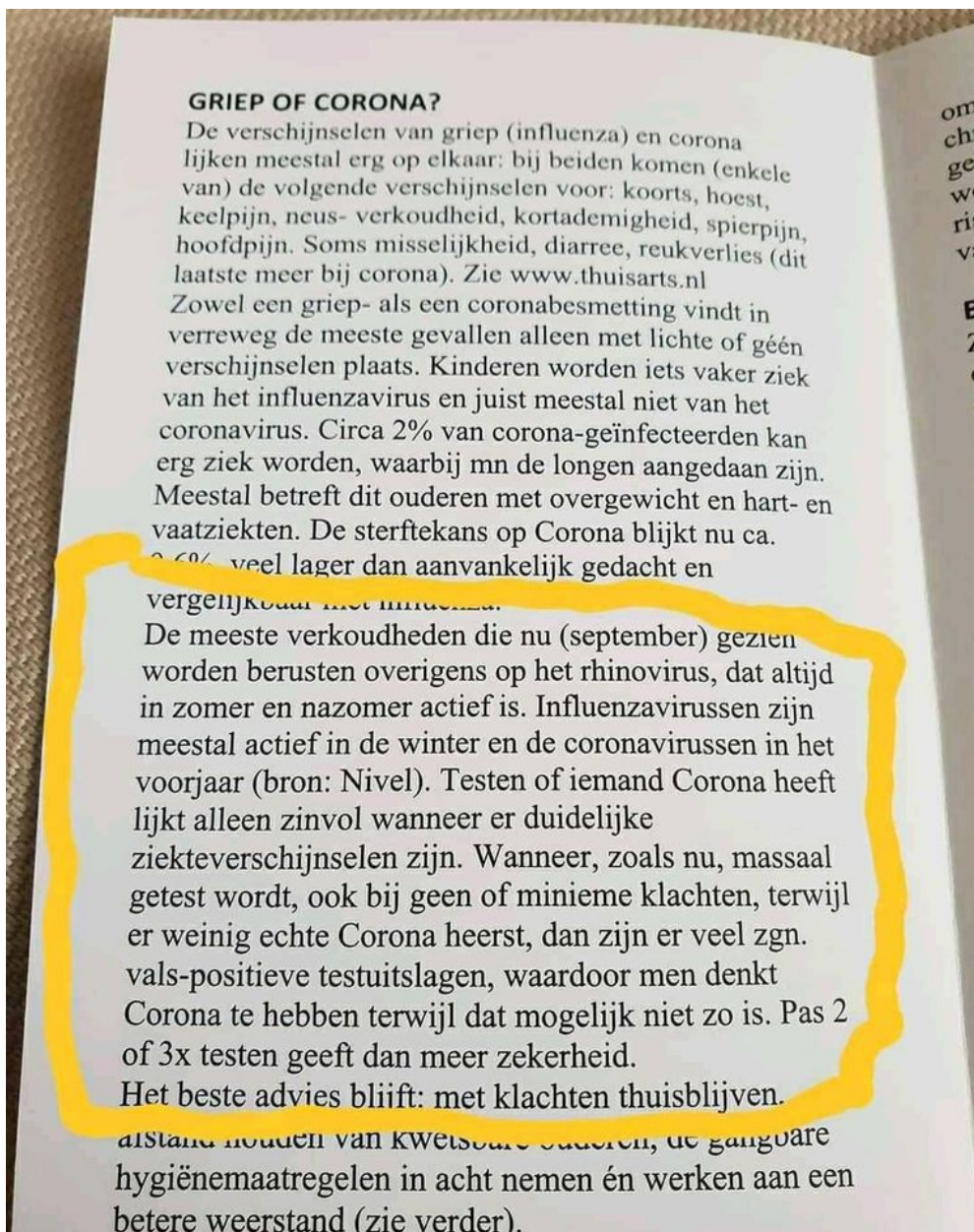
Hoe de mensen die nu gevaccineerd zijn er over vijf jaar bijlopen weet niemand. Het effect op een lichaam voor de lange termijn is niet bekend.

5. Wie worden ziek?

We weten inmiddels dat van de mensen die besmet raken met het virus

1. 80% niet ziek wordt.
2. 15% krijgt griepklachten en
3. 5% wordt ziek.
4. Van die 5% wordt 1 à 2% onverhoopt zo ernstig ziek dat ze moeten worden opgenomen.
5. Van deze mensen heeft 94% een duidelijk risicoprofiel.

Waarom zijn er momenteel weinig zieken op de IC's? Uit de grieprik folder.



6. Kans op overlijden door het Coronavirus

Leeftijdscategorie 21-40 jaar: stel 1 miljoen mensen dan hebben daar 3 een kans van op overlijden als ze corona zouden krijgen.

WHO lijst A met dodelijke ziekten		
Virus	Kans op overlijden	
Ebola	50.0 %	
MERS	34.4 %	
Pokken	30.0 %	
SARS	9.6 %	
COVID19	0.00001 %	0-20 jaar
	0.0003 %	21-40 jaar
(98 % heeft 2 tot 6 onderliggende aandoeningen)	0.0035 %	41-60 jaar
	0.02 %	61-70 jaar
	0.1 %	71-80 jaar
	0.5 %	80+ jaar

(bron: World Health Organisation)

Het sterfte cijfer bij 81% van de bevolking (0-65 jaar) was in 2020 het laagste sinds 2015.

7. Belangrijke video – kijken! (16 minuten)

Dr. Peter McCullough. McCullough is cardioloog en vice-chef geneeskunde aan het Baylor University Medical Center in Dallas, TX en Hoofd faculteit Interne geneeskunde voor het Texas A & M University Health Sciences Center. Hij is de meest gepubliceerde wetenschapper in de geschiedenis van zijn vakgebied.



<https://artsencollectief.nl/amerikaanse-arts-aan-het-woord-covid19-is-about-the-virus-covid19-is-about-the-vaccin/>

(Bron: (mei 2021) Stichting Artsen Collectief Nederland is een organisatie van bijna 1600 kritische artsen en specialisten.

Stichting Artsen Collectief Nederland stelt: Omdat het overgrote deel van de mensen geen ernstige ziektelast ervaart van een infectie, is er bij hen geen noodzaak tot vaccinatie. Het vaccineren van de gehele bevolking, waar ook onze Nederlandse overheid op inzet, is volgens het Artsen Collectief dan ook volstrekt onnodig en ook onacceptabel.

Alleen als het middel bewezen veilig en werkzaam is, zijn wij voor vaccineren. En dan alleen van duidelijke risicogroepen die goed over voor-/nadelen zijn geïnformeerd. Wel of geen vaccinatie dient een vrijwillige, eigen keuze te zijn. Zonder drang of dwang.

<https://artsencollectief.nl/>

8. Waarom laten mensen zich dan toch vaccineren?

Bij jongere mensen lijken de belangrijkste redenen te zijn.

Weer vrij kunnen reizen.

Vrijheid wordt nu gedefinieerd met voorwaardes zoals "gevaccineerd".

Ze willen van de testmaatschappij af.

Ze willen hun ouders beschermen.

Mensen die gevaccineerd zijn kunnen nog steeds het coronavirus krijgen (zie Amersfoorts tehuis. Eén van de ondertussen velen).



9. Je ontvangt de brief van de overheid. Wat een betrokken huisarts je zou vertellen

Is het vaccin effectief?

Dit weten alleen enigszins voor de korte termijn. Het eerste onderzoek (door de fabrikant van de Pfizer- en van de Moderna-prik) toonde een beschermend effect aan bij een kleine overwegend gezonde groep mensen gedurende 3 maanden. Een aantal zaken vraagt echter nog langer onderzoek:

1. Het is nog niet bekend hoelang de bescherming duurt. Er zijn intussen aanwijzingen dat dit langer dan 3 maanden zal zijn, men verwacht een jaar, dit wordt verder onderzocht.
2. We weten nog niet zeker of vaccinatie echt nodig is als je al corona gehad hebt (wordt wel geadviseerd).
3. Ook zijn er aanwijzingen dat gevaccineerden het virus in mindere mate maar alsnog kunnen overbrengen en daarmee toch nog anderen kunnen besmetten.
4. Er zijn aanwijzingen dat de mRNA-vaccins ook bescherming geven tegen de Engelse variant, iets minder tegen de Zuid-Afrikaanse variant, maar onvoldoende tegen de Braziliaanse die intussen ook in Nederland is gesignaleerd.
5. In het algemeen is bekend dat oudere mensen na vaccinatie minder afweer opbouwen dan jongeren. Bouwen zij ook minder goed afweer op na een coronavaccinatie? Recente corona-uitbraken in volledig gevaccineerde verpleeghuizen getuigen hiervan. Dit vraagt ook verder onderzoek.

De regels die de overheid heeft opgesteld over mondkapjes en afstand houden blijven voorlopig dus ook na vaccinatie van kracht! Terug naar normaal kan dus na vaccinatie nog steeds niet of beperkt.

Is het vaccin veilig?

De eerste vaccins die in Nederland zijn gekomen zijn van een nieuw type, zogenaamde mRNA vaccins. Hiermee is nog zeer weinig ervaring. Uit deze eerste ervaringen komen nog geen aanwijzingen naar voren voor ernstige bijwerkingen. In de medische wereld wordt er doorgaans van uitgegaan dat het vaccin redelijk veilig is, maar er is wel discussie over. Dat is niet ongebruikelijk bij nieuwe behandelingen. Het betekent wel dat we gewoon eerlijk moeten toegeven dat er nog veel onduidelijk is. Ook zijn de studies beperkt in hun opzet: er is nog te weinig onderzocht of het vaccin inderdaad op langere termijn ziekenhuisopnames en sterfte voorkomt, en of de besmettelijkheid verdwijnt na vaccinatie. Dat zal blijken in de toekomst.

Zwangerschap, vruchtbaarheid, prionen, auto-immuunziekten

Over eventuele schadelijke effecten op ongeboren kinderen is vrijwel niets bekend. Bij mensen is daarmee geen ervaring en proeven bij dieren zijn niet gedaan of niet afgerond. Bij zwangerschap wordt daarom aangeraden om met vaccinatie te wachten, maar individuele omstandigheden kunnen van invloed zijn op de beslissing. De fabrikant raadt aan om na vaccinatie minimaal 2 maanden niet zwanger te worden. Dit is dus niet omdat er schadelijke effecten zijn aangetoond, maar omdat de effecten onbekend zijn.

De fabrikant beschrijft in de productinformatie dat het nog onbekend is wat eventueel latere effecten zijn op o.a. het genoom, de vruchtbaarheid, het zenuwstelsel, het ontstaan of erger worden van auto-immuunziekten. De overheid en veel wetenschappers gaan ervan uit dat dit risico zeer gering is. Andere wetenschappers (bijv. Bhakdi, Geert Vanden Bossche, e.a.) schatten deze risico's groter in. Eerlijk gezegd, we weten het nog niet. In welke mate deze risico's bestaan, zal later blijken.

Nieuw zijn aanwijzingen dat de mRNA-vaccins aanleiding kunnen geven tot de vorming van bepaalde eiwitten ('prionen') die het zenuwweefsel kunnen belasten en tot neurodegeneratieve ziekten zouden kunnen leiden als ALS en Alzheimer. (Classen ISSN 2639-9458). In welke mate dat ook zal gebeuren is nog onbekend. Ook dit vergt nog veel onderzoek in de komende jaren. Voor zulk langetermijn onderzoek is zowel een grote groep gevaccineerden, als een controlegroep niet-gevaccineerden nodig, om zinvol te kunnen vergelijken.

Hoe loopt de goedkeuring van de vaccins?

De eerste vaccins zijn *voorlopig* goedgekeurd door de officiële instanties in Europa (EMA), onder druk van zowel de nood van de pandemie als van de EU in Brussel. Bij de huidige versnelde procedure echter is er minder tijd vooraf geweest en wordt er extra goed gelet op het effect en de bijwerkingen *nadat* grote groepen mensen gevaccineerd zijn. Het gaat bij dit vaccin dan ook om een voorlopige goedkeuring. Pas na langere tijd en na veel vaccinaties ontstaat -achteraf dus- een definitiever beeld van veiligheid en werkzaamheid. In feite gaat het dus over experimentele vaccins, zo staat het ook in de bijsluiters van het Pfizer- en Modernavaccin.

Is het vaccin verplicht?

Dit is een belangrijke vraag. De regering heeft steeds gezegd dat vaccinatie niet verplicht zal worden. Echter, veel mensen voelen toch wel degelijk druk om zich te laten vaccineren. Het is niet uitgesloten dat ongevaccineerde mensen beperkingen opgelegd gaan krijgen, bijvoorbeeld bij internationaal reizen. Het kan zijn dat een werkgever of beroepsgroep druk uitoefent op werknemers om zich te laten vaccineren. Of dat een partner of familielid dat doet. De vrijwilligheid kan hierdoor onder druk komen te staan. Indien u van mening bent dat er druk op u wordt uitgeoefend om u te laten vaccineren, dan kunt u dat aan ons mededelen. *Wij zullen u nooit tegen uw wil in vaccineren en willen u ondersteunen in uw vrije keuze.*

10. Belangrijke video – kijken! (49 min.). Wat een goed geïnformeerde arts je zou vertellen

<https://youtu.be/pikeM3ohIE0>



Marlies Dekkers in gesprek met huisarts Els van Veen over de invloed van corona op haar vak. "We kunnen geen contact meer met de autoriteiten krijgen."

Gedurende de coronacrisis groeide huisarts Els van Veen uit van verlegen zorgverlener tot activiste. Wat bracht haar tot deze transformatie? De onrechtvaardigheid van de coronamaatregelen. Het dichtgaan van praktijken voor de meeste patiënten, het weigeren van mensen met eventuele 'symptomen,' het sluiten van de poliklinieken; Van Veen voorzag hoe dit massabeleid voor een groot aantal enkelingen rampzalig uit zou pakken. Maar toen zij haar zorgen begon te uiten bespeurde zij een vreemde angst bij haar collega's: "Er werd een oorlogssituatie geschetst. Er was een vijandige sfeer naar artsen met kritiek. Die werden neergezet als gevaarlijk voor het beleid." Na een angstige ervaring op het museumplein was voor haar de maat vol: "Het verbod op kritiek werd steeds extremer." Over haar twitter-rants, de vaccinaties en meer sprak Van Veen met Marlies Dekkers, aan tafel bij De Nieuwe Wereld.

0:00 intro

1:08 Hoe is het om een huisarts te zijn in deze tijd?

8:49 Vond je het vreemd dat alles bij de GGD werd neergelegd zonder huisartsen te betrekken?

14:35 Wat bracht jou ertoe om te gaan demonstreren op het museumplein?

19:08 Waren mensen niet ook echt bang?

22:15 Hoe ben jij zo actief geworden?

25:34 Jij hebt ook je vraagtekens bij het vaccinatieprogramma?

32:31 Waarom zijn bepaalde middelen nu op de zwarte lijst gezet?

37:58 Wanneer bepaalde je je over je angst heen te zetten?

39:46 Wat is het verschil tussen een klinisch en niet-klinisch perspectief op deze kwesties?

43:00 Welke kant gaat dit op, denk je?

47:50 Hoe kunnen bezorgde mensen zelf in actie komen?

11. Wat een top professional je zou vertellen. Professor Cahill: coronaprik keert je immuunsysteem tegen je eigen lichaam

Professor Dolores Cahill received her Honours degree in Molecular Genetics from Trinity College Dublin (1989) and her PhD in Immunology & Biotechnology from Dublin City University (1994).

De helft tot 100 procent van de proefdieren stierf na toediening van een mRNA-vaccin. Ze stierven niet meteen, maar pas nadat ze werden blootgesteld aan het virus waartegen ze waren ingeënt, bijvoorbeeld het respiratoir syncytieel virus (RSV), dengue of het coronavirus, zei professor Dolores Cahill in gesprek met Mike Ryan van Asia Pacific Today.

Ze wees erop dat er tot voor kort nog geen mRNA-vaccins goedgekeurd waren, omdat ze tijdens onderzoek met proefdieren veel schade en sterfte veroorzaakten. Ze zijn ook helemaal niet nodig, aangezien er genoeg veilige behandelingen beschikbaar zijn, aldus Cahill, die toevoegde dat het middel veel erger is dan de kwaal.

Er sterven nu al veel mensen na de coronavaccinatie, maar volgens de professor zullen dat er de komende jaren nog veel meer worden. De immunoloog verwacht dat er over één of twee jaar veel mensen zullen sterven aan orgaanfalen.

Mensen denken dat het vaccin hun immuunsysteem stimuleert en dat ze vervolgens beschermd zijn tegen corona. In werkelijkheid beschermen mRNA-vaccins je niet tegen het virus, maar keren ze je eigen immuunsysteem tegen je eigen lichaam, legde Cahill uit. Dat zorgde ervoor dat de proefdieren ernstig ziek werden of stierven.

"Dit verschijnsel wordt ook wel antilichaamgemedieerde versterking van infectie of cytokinestorm genoemd en maakt de ziekte erger. De mRNA-vaccins veranderen je in een genetisch gemodificeerd organisme. De virale eiwitten kunnen worden opgenomen in je cellen en organen. Als de virale eiwitten in je hart, alvleesklier, milt of in je longen zitten, valt je immuunsysteem die organen aan."

Autopsie heeft ondertussen uitgewezen dat de eiwitten zich door het hele lichaam verspreiden.

(Bron: Mens en Dier 7 juni 2021 en andere publicaties. Cahill is voorzitter van de World Doctors Alliance, waar meer dan 150.000 medische professionals bij aangesloten zijn.

<https://worlddoctorsalliance.com/>

Professor Dolores Cahill received her Honours degree in Molecular Genetics from Trinity College Dublin (1989) and her PhD in Immunology & Biotechnology from Dublin City University (1994). She was awarded an EU 'Human Capital and Mobility' Post-doctoral Fellow, Technical University, Munich, Germany (1994-1995).

Since 2005 – present, she is Professor of Translational Science at UCD School of Medicine. Prof. Cahill is internationally recognised for her biomedical research, publications and patent record is in life sciences, biotechnology and in personalised healthcare and biomarkers (PHB), proteomics, biotechnology, high content protein

and antibody arrays, and their biomedical, diagnostic and clinical applications.

Prof. Cahill has been involved in Scientific and Research Strategy and Policy Development and Evaluation for over 10 years. She is a member of the EU Innovative Medicines Initiative (IMI) Science Committee (2017-2019). In 2018, she was elected by the IMI SC to be Vice Chair of the IMI Scientific Committee (2019-2020).

Hier spreekt ze over de levensverwachting van gevaccineerde mensen
<https://twitter.com/Dustinpenner25/status/1379493521128710144>

Helaas is Prof. Cahill niet de enige met deze berichten. Vele prominente wetenschappers komen met dezelfde waarschuwingen. Tot Nobelprijswinnaar/viroloog Luc Montagnie aan toe: "...De Nobelprijswinnaar zei dat mRNA op dezelfde manier desastreuze gevolgen kan hebben. "Messenger-RNA dat in coronavaccins wordt gestopt, is mogelijk van invloed op toekomstige generaties." <https://rairfoundation.com/nobel-laureate-luc-montagnier---warns-covid-vaccine-may-lead-to-neurodegenerative-illness-video/>

Geimpfte werden Super-Verbreiter und sondern Spike-Protein ab.

Erfinder der mRNA-Technologie Luigi Warren bestätigt: Die seit Monaten im Netz kursierenden Befürchtungen, Covid-19 Geimpfte könnten das Spike-Protein absondern und auf Nicht-Geimpfte übertragen und zudem Virus-Superverbreiter sein, werden nun in Tweets des mRNA-Impfstoff-Erfinders, Luigi Warren, bestätigt. Gut dazu passt, dass im Deutschen Infektionsschutzgesetz Paragraph 21 Schutzimpfungen zulässig sind, bei denen Mikroorganismen von Geimpften auf die Nichtgeimpften übertragen werden. Dabei ist das Recht auf körperliche Integrität eingeschränkt.

<https://www.wochenblick.at/geimpfte-werden-super-verbreiter-und-sondern-spike-protein-ab/> (31 mei 2021)

Dr. Robert Malone, creator of mRNA vaccine technology, said the COVID vaccine lipid nanoparticles — which tell the body to produce the spike protein — leave the injection site and accumulate in organs and tissues.

<https://childrenshealthdefense.org/defender/mrna-technology-covid-vaccine-lipid-nanoparticles-accumulate-ovaries/> (10 juni 2021)

Spike protein collects in ovaries and bone marrow according to Pfizer data from Japan.

https://youtu.be/Tb_7E12VDE4 (18 juni 2021)

12. Belangrijke video – kijken! Aansprakelijkheid. Wat als je ziek wordt van je prik?

De Staat is niet aansprakelijk voor enige gevolgen na het zetten van de prik. De landsadvocaat zegt hierover:

<https://twitter.com/krabbekopje/status/1364648172090499077>

In het contract met de EU en de landen is opgenomen dat de vaccinfabrikanten niet aansprakelijk gesteld kunnen worden voor eventuele schadelijke gevolgen van hun vaccin.

<https://www.nu.nl/economie/6128140/wie-aansprakelijk-is-als-er-bijwerkingen-optreden-na-toedienen-van-een-vaccin.html>

<https://www.naturalnews.com/2020-08-02-big-pharma-achieves-total-legal-immunity-for-coronavirus-vaccines.html>

De enige die aansprakelijk gesteld kan worden is de zorgverlener, degene die de prik zet. Dit kan een arts zijn, een GGD medewerker, etc. Hij/zij moet de ontvanger eerst "informed consent" geven. In de praktijk gebeurt dat niet of minimaal, de vaccineerder weet niets of weinig over de samenstelling van de vaccins en de eventuele bijwerkingen en blijft een anoniem persoon. Niet meer te traceren bij problemen.

Advocaat Frank Staderman: *"...Ik ga nog maar voorbij aan geluiden die ik hoor dat het vaccin zich mogelijk nog in een trial fase bevindt. Want dan is het verboden het vaccin toe te dienen zonder schriftelijke toestemming van de patiënt, zo volgt uit artikel 6 van de 'Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen'. Vergelijk ook de Code van Neurenberg.*

Ik heb niet de indruk dat de mensen die worden gevaccineerd, schriftelijk toestemming geven voor hun deelname aan het onderzoek..."

<https://www.advocatenblad.nl/2021/03/16/arts-mogelijk-aansprakelijk-voor-schade-door-vaccin/>

Belangrijke video over de juridische implicaties – kijken!

<https://youtu.be/cqJOxIKC5B8>

Als je ernstig ziek wordt, krijg je (hopelijk) een WIA uitkering. Deze uitkering is beduidend lager dan een salaris op MBO, HBO of Universitair niveau.

13. US Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021

Gegevens komen uit de nationale databank. Rapportage is vrijwillig. Een klein aantal van alle gevallen worden gemeld. Aangenomen wordt dat het slechts om 1% gaat.

<https://www.openvaers.com/images/r18hs017045-lazarus-final-report-20116.pdf>

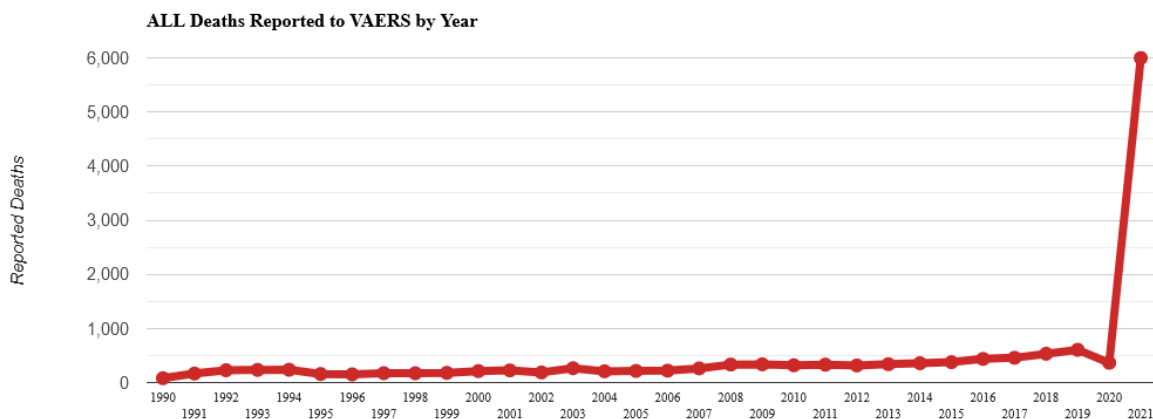
Het aantal werkelijke gevallen ligt dus aanzienlijk hoger.

Algemeen opvallend is de sterke stijging van het aantal doden na aanvang van het vaccineren met de COVID-19 vaccins in vergelijking met vaccineren in de voorgaande jaren. Dit patroon zie je wereldwijd.

US – databank VAERS

Aantal doden 5888

Reported Deaths post COVID Vaccine: Total 5,888



[https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?](https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=on&PAGENO=51&PERPAGE=10&ESORT=&REVERSESORT=&VAX=(COVID19)&VAXTYPES=(COVID-19)&DIED=Yes)

[EVENTS=on&PAGENO=51&PERPAGE=10&ESORT=&REVERSESORT=&VAX=\(COVID19\)&VAXTYPES=\(COVID-19\)&DIED=Yes](https://www.medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=on&PAGENO=51&PERPAGE=10&ESORT=&REVERSESORT=&VAX=(COVID19)&VAXTYPES=(COVID-19)&DIED=Yes)

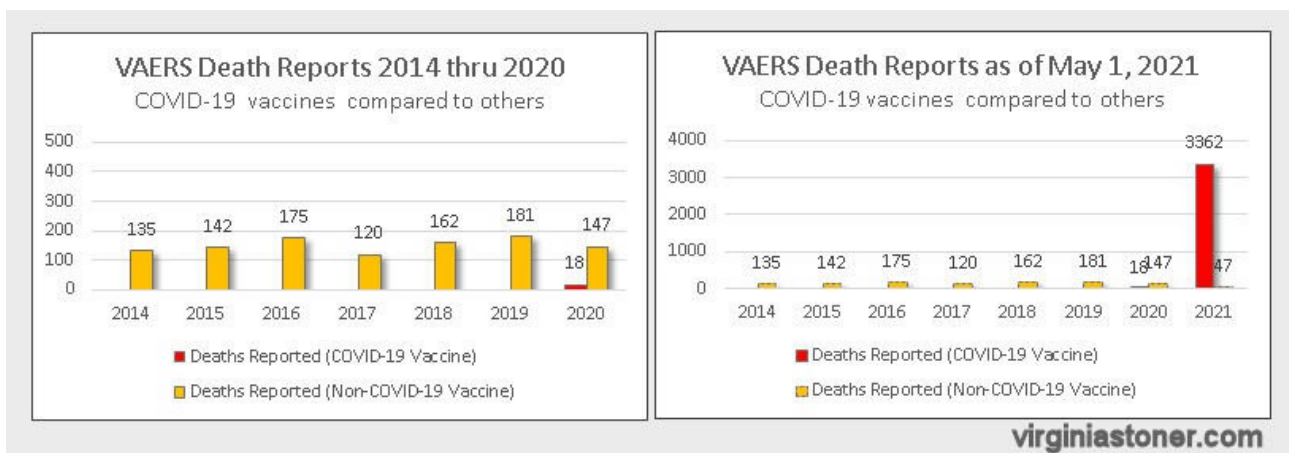
At least 6,000 deaths from the vaccine. The OpenVAERS team think it is over 20,000 due to under reporting.

1. Biodistribution data shows massive accumulation in ovaries of the LNP (which instructs cells in ovaries to sprout toxic spike protein). Whoops. That was never supposed to be leaked out. We obtained it via FOIA request. The CDC never told you about that one, did they? Of course not!
2. [82% miscarriage rate in first 20 weeks](#) (10% is the normal rate). It is baffling that the CDC says the vaccine is safe for pregnant women when it is so clear that this is not the case. For example, one our family friends is a victim of this. She miscarried at 25 weeks and is having an abortion on 6/9/21. She had her first shot 7 weeks ago, and

her second shot 4 weeks ago. The baby had severe bleeding of the brain and other disfigurements. Her gynecologist had never seen anything like that before in her life. They called in a specialist who said it was probably a genetic defect (because everyone buys into the narrative that the vaccine is safe it is always ruled out as a possible cause). No VAERS report. No CDC report. Yet the doctors I've talked to say that it is over 99% certain it was the vaccine. The family doesn't want an autopsy for fear that their daughter will find out it was the vaccine. This is a perfect example of how these horrible side effects just never get reported anywhere.

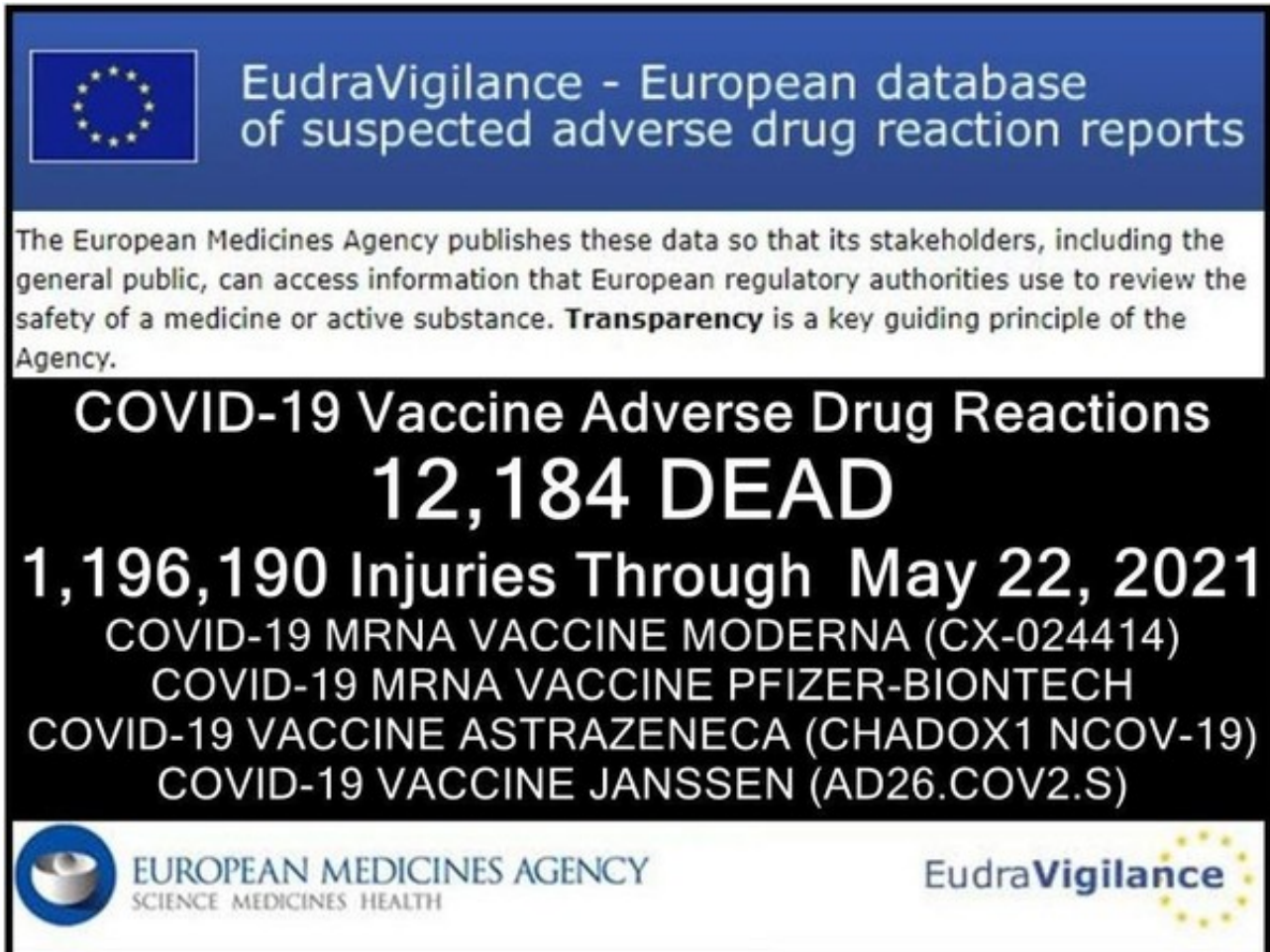
3. [25X the possibility of myocarditis](#) for teen boys (can lead to heart failure and death)
4. >500X more deadly than the flu vaccine

(<https://trialsitenews.com/should-you-get-vaccinated/>)



14. EU Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021

Gegevens komen uit de databank van de EU EudraVigilance. Rapportage wordt pas verplicht vanaf 30 juni 2022. Algemeen aangenomen wordt dat slechts een klein aantal van alle gevallen gemeld wordt. Het aantal werkelijke gevallen ligt dus aanzienlijk hoger.



EudraVigilance - European database of suspected adverse drug reaction reports

The European Medicines Agency publishes these data so that its stakeholders, including the general public, can access information that European regulatory authorities use to review the safety of a medicine or active substance. **Transparency** is a key guiding principle of the Agency.

COVID-19 Vaccine Adverse Drug Reactions
12,184 DEAD
1,196,190 Injuries Through May 22, 2021
COVID-19 MRNA VACCINE MODERNA (CX-024414)
COVID-19 MRNA VACCINE PFIZER-BIONTECH
COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA (CHADOX1 NCOV-19)
COVID-19 VACCINE JANSSEN (AD26.COV2.S)

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

EudraVigilance

Databank: https://www.adrreports.eu/en/search_subst.html#

Voor elk vaccin apart scroll naar COVID

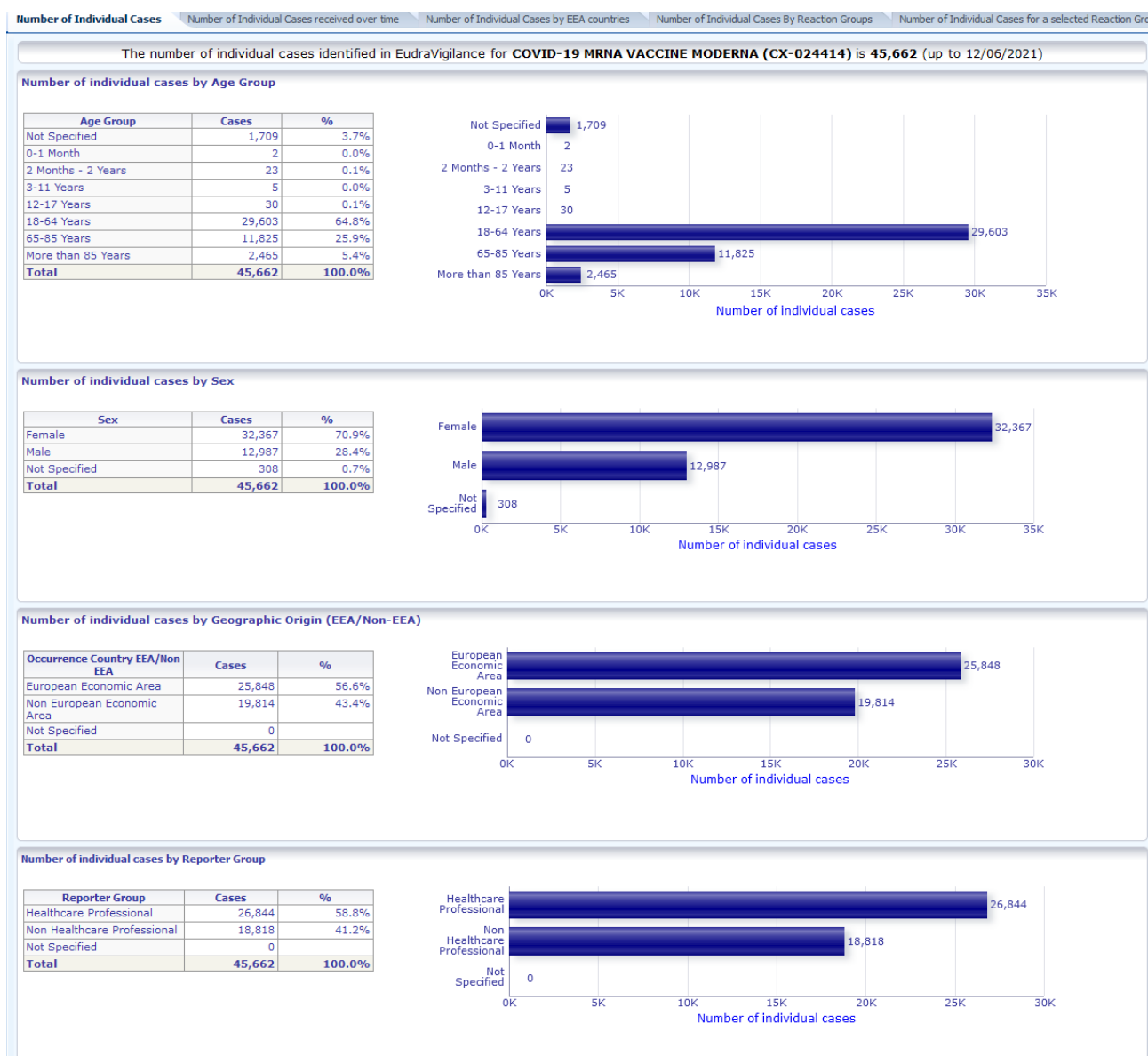
Moderna: https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared%2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2=%22Line%20Listing%20Objects%22.%22Substance%20High%20Level%20Code%22&P3=1+40983312

Pfizer: https://dap.ema.europa.eu/analyticsSOAP/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared%2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2=%22Line%20Listing%20Objects%22.%22Substance%20High%20Level%20Code%22&P3=1+42325700

AstraZeneca: https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared%2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2=%22Line%20Listing%20Objects%22.%22Substance%20High%20Level%20Code%22&P3=1+40995439

Janssen: https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages&PortalPath=%2Fshared%2FPHV%20DAP%2F_portal%2FDAP&Action=Navigate&P0=1&P1=eq&P2=%22Line%20Listing%20Objects%22.%22Substance%20High%20Level%20Code%22&P3=1+42287887

Een enkel voorbeeld. Je kan natuurlijk veel meer selecties maken maar dit geeft een idee.



15. UK Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021

Gegevens komen uit de Uk databank Yellow Card. Deelname is vrijwillig. Aangenomen wordt dat lang niet alle gevallen gemeld worden. Het aantal werkelijke gevallen ligt dus aanzienlijk hoger.

Databank: <https://coronavirus-yellowcard.mhra.gov.uk/>

Case Series Drug Analysis Print

Name: COVID-19 AstraZeneca Vaccine Analysis Print

Report Run Date: 14-Jun-2021

Data Lock Date: 09-Jun-2021 19:00:03

Earliest Reaction Date: 03-Feb-1921

MedDRA Version: MedDRA 24.0

Reaction Name	Total	Fatal
Vascular disorders Vascular disorders cont'd		
Diffuse vasculitis	1	1
MAGIC syndrome	3	1
Vasculitis	113	4
<i>Vena caval embolism and thrombosis</i>		
Vena cava thrombosis	3	1
Vascular disorders SOC TOTAL	10392	55
TOTAL REACTIONS FOR DRUG	732790	885
TOTAL REPORTS	200860	
TOTAL FATAL OUTCOME REPORTS		885

Case Series Drug Analysis Print

Name: COVID-19 mRNA Pfizer- BioNTech Vaccine Analysis Print

Report Run Date: 14-Jun-2021

Data Lock Date: 09-Jun-2021 19:00:03

Earliest Reaction Date: 13-Apr-1968

MedDRA Version: MedDRA 24.0

Reaction Name	Total	Fatal
Vascular disorders Vascular disorders cont'd		
Orthostatic hypotension	16	0
<i>Vasculitides NEC</i>		
Behcet's syndrome	4	0
Granulomatosis with polyangiitis	1	0
MAGIC syndrome	1	0
Vasculitis	32	0
<i>Vena caval embolism and thrombosis</i>		
Vena cava embolism	1	0
Vena cava thrombosis	1	0
Vascular disorders SOC TOTAL	3038	10
TOTAL REACTIONS FOR DRUG	202036	421
TOTAL REPORTS	70950	
TOTAL FATAL OUTCOME REPORTS		421

16. NL Tussenstanden overlijdens en bijwerkingen tgv coronavaccins juni 2021

Gegevens komen uit de nationale databank.

Databank: <https://www.lareb.nl/>

Stand op 6 juni 2021:

Meldingen van bijwerkingen na vaccinatie influenza tegenover meldingen van bijwerkingen na vaccinatie Covid.
Bron LAREB

influenza	Gloobaal geschat aantal prikken	meldingen	doden	miskramen	ziekenhuisopnames
2019/2020 ¹	3.000.000	749	3	0	6

corona	Gloobaal geschat aantal prikken incl. 2 ^{de}	meldingen	doden	miskramen	ziekenhuisopnames
Update t/m 06-06-2021 ²	10.400.000	69.800	381	23 ³	1603 ⁴

Wie meer wilt weten over alle gemelde bijwerkingen kan dat nakijken op de website van Lareb.

<https://www.lareb.nl/coronameldingen>

(doorscrollen naar beneden, klikken op het soort vaccin en dan klikken op 'alles uitklappen').

Lareb onderzoekt de samenhang tussen de meldingen die zijn gedaan na vaccinatie en het ontstane ongemak.

Het is van groot belang dat iedereen zijn bijwerking meldt aan Lareb omdat we ons in een testfase bevinden.

¹ https://www.lareb.nl/media/schdjqpf/lareb_rapport_griep_2019-2020.pdf#media/schdjqpf/lareb_rapport_griep_2019-2020.pdf

² <https://www.lareb.nl/coronameldingen/>

³ <https://www.rivm.nl/covid-19-vaccinatie/vaccins/zwangerschap> Het RIVM geeft op 28-4-2021 advies aan zwangere vrouwen om zich te laten vaccineren met mRNA vaccin (Pfizer en Moderna) omdat volgens het RIVM na 90.000 injecties in de USA geen ernstige bijwerkingen zijn gemeld. Het is niet duidelijk hoeveel zwangere vrouwen in Nederland tot deze datum zijn gevaccineerd en wat als een niet ernstige bijwerking wordt beschouwd.

⁴ Lareb heeft per mail aan mij laten weten dat dit een optelsom is van de bijwerkmeldingen van mensen die als 'ernstig' staan omschreven en mogelijk ook de dood tot gevolg hebben gehad.

Opgemaakt door Annet Wood te Berkhout aan de hand van gegevens die door LAREB openbaar zijn gemaakt

Autopsie na overlijden vindt wereldwijd bijna niet plaats en wordt ontmoedigd.

Ook in Nederland.

<https://www.ad.nl/binnenland/annemiek-overleed-na-haar-vaccinatie-neem-ons-verhaal-serieus-scheep-ons-niet-zomaar-af~a2766c44/>

Alleen ernstige bijwerkingen dienen aan het Lareb te worden gemeld. Het aantal werkelijke gevallen kan dus aanmerkelijk hoger zijn.

Na een vraag op LinkedIn waarom er ineens 10 meldingen over hartontsteking in de database van het Lareb staan geeft een huisarts antwoord over het melden.

Vraag : *Opvallend vind ik dat nu na 14M prikken recent ineens 10 meldingen van hartontsteking opduiken in de laatste twee weken. Toevallig nadat Israël en de CDC deze bijwerking gaan onderzoeken. Daarvoor kwam de bijwerking niet voor in Nederland? Of zegt dit iets over hoe gebrekkig de meldingen zijn als zelfs deze ernstige bijwerking niet gemeld wordt door artsen?*

https://www.linkedin.com/posts/wroest_opvallend-vind-ik-dat-nu-na-14m-prikken-recent-activity-6813336882370355200-L5gx



Luana Lippold • 2de
apothekhoudend huisarts bij AHAP NoorderE

28 m ***

denk een aantal redenen; je moet de link et een geneesmiddel of vaccin vermoeden om je te realiseren dat je moet/kunt melden. en ook de meldingsprocedure. een goed ingevulde melding kost me ongeveer een half uur. in die tijd zou ik anders 3 patienten op spreekuur kunnen zien. Daarnaast zijn er collega's die geen vertrouwen in LAREB hebben en daarom niet melden en er zijn collega's die wanneer een bijwerking eenmaal benoemd is niet meer melden omdat het bekend is. Het is niet voor niks dat tijdens geneeskunde coassistenten (in ieder geval van de groningse faculteit) een keer verplicht iets moeten melden. simpelweg om de procedure te doorlopen. velen melden nooit iets. Overigens heb ik zelf eerdere meldingen gedaan waarbij niet geheel duidelijk is wat de oorzaak was. Maar... dat hoef ik niet te weten, ik zag een opvallend beeld van klacht na start van een middel. het is aan LAREB om uit te zoeken of het een bijwerking is.

Interessant | Reageren

bijwerkingen
centrum lareb



Ontsteking van de hartspier of het hartzakje

Lareb heeft nu 10 meldingen van hartontsteking (myocarditis) en 22 van ontsteking van het hartzakje (pericarditis). Het betreft 13 meldingen op het Pfizer/BioNTech vaccin, 7 op het AstraZeneca vaccin, 8 op het Moderna vaccin en 3 op het Janssen vaccin. Bij 1 melding is het niet duidelijk om welk vaccin het ging. Het gaat om 19 mannen en 13 vrouwen van wie er 14 tussen de 20-50 jaar zijn en 18 ouder dan 50 jaar. Een groot deel van deze meldingen zijn kort geleden ontvangen en bij Lareb nog in onderzoek. En zullen ook doorgegeven worden aan de EMA. Het EMA doet verder onderzoek naar meldingen van myocarditis of pericarditis. Op dit moment zijn er nog niet genoeg gegevens om te kunnen bepalen of er een verband is met de prikken.

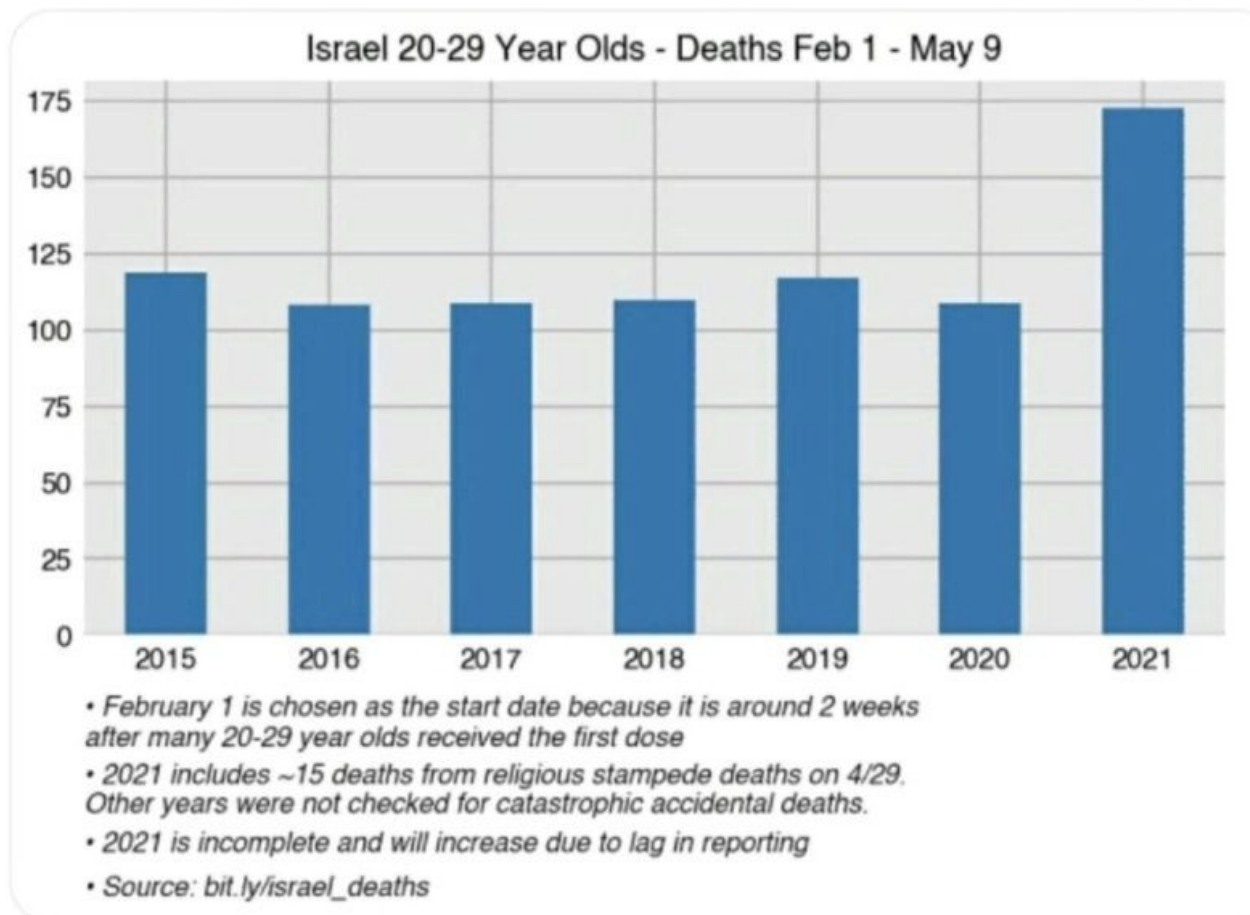
De ontstekingen kunnen ontstaan door een infectie of immuunziekte. Ze komen jaarlijks voor bij 1 tot 10 op de 100.000 mensen. Klachten zijn onder andere kortademigheid, pijn op de borst, hartkloppingen die soms onregelmatig zijn. De

Geef uw mening

17. Israel

Waarom Israel? Israel heeft een contract met Pfizer afgesloten waarin afgesproken werd dat in ruil voor alle data die vaccineren zou opleveren de Israelische overheid de vaccins gratis zou krijgen. Dit resulteerde in een uiterst aggresieve vaccinatiecampagne.

Eén van de statistieken die dat o.a. opleverde was deze



"...Our analysis found a relatively high rate of heart-related injuries, 26% of all cardiac events occurred in young people up to the age of 40, with the most common diagnosis in these cases being Myositis or Pericarditis. Also, a high rate of massive vaginal bleeding, neurological damage, and damage to the skeletal and skin systems has been observed. It should be noted that a significant number of reports of side effects are related, directly or indirectly, to Hypercoagulability (infarction), Myocardial infarction, stroke, miscarriages, impaired blood flow to the limbs, pulmonary embolism."

<https://www.unz.com/gatzmon/the-israeli-people-committees-april-report-on-the-lethal-impact-of-vaccinations/>

Ontsteking van de hartspier (myocarditis) bij jongeren wordt steeds vaker genoemd in combinatie met het coronavaccin. Niet alleen in Israel.

<https://childrenshealthdefense.org/defender/pfizer-vaccine-heart-inflammation-people-under-30-leaked-study/>

Statistische gegevens voor de VS <https://www.fda.gov/media/150054/download>

18. Overheidscommunicatie

Een paar kleine voorbeelden

1. Het vertellen van het één en doen van het tegenovergestelde.

Ter illustratie wijzen Yip c.s. op een aantal opmerkelijke ongerijmdheden sinds maart 2020:

Stelling overheid en deskundigen

“Het dragen van (niet medische) mondkapjes heeft geen zin en leidt enkel tot schijnzekerheid. Dit moeten we dan ook niet willen. Bovendien kan het gevaarlijk zijn vanwege een verhoogde CO2 opname.”

“Het gros van de besmettingen vindt binnenshuis plaats. De buitenlucht versterkt daarentegen het immuunsysteem.”

“Een vergelijking van landen met en zonder lockdown en avondklok laat weinig verschil zien in de bestrijding van COVID-19. Lockdowns en een avondklok lijken weinig effect te sorteren”

“Het aantal besmettingen in de horeca is minimaal.”

“Een groot deel van de IC-patiënten kampt met overgewicht. Er bestaat aantoonbaar een verband tussen obesitas en corona.”

“Testen heeft enkel zin bij klachten. Heb je geen klachten, dan is testen zinloos.”

“Kinderen zijn geen dragers van het virus. Het risico dat kinderen het virus overdragen is dan ook vrijwel nihil.”

“De PCR-test detecteert enkel genetisch materiaal van het coronavirus. De PCR-test kan daarom niet als diagnostisch middel bij COVID-19 gebruikt worden. De test stelt ook niet vast of iemand besmettelijk is of besmettelijk wordt, dan wel ziek is of ziek wordt.”

“Er mag geen discriminatie tussen wel of niet gevaccineerde burgers ontstaan. Vaccinatie moet te allen tijde een eigen keuze blijven.”

“De gemiddelde burger heeft een goed werkend aangeboren natuurlijk immuunsysteem, dat bestand is tegen virussen en mutanten.”

“De COVID-19 vaccins zijn slechts voorwaardelijk en voorlopig goedgekeurd, maken gebruik van een nieuwe m-RNA techniek en zijn voorafgaand aan de marktintroductie op een beperkte groep mensen getest. De

Handelwijze overheid

Invoering van een maatschappij brede mondkapjesplicht.

Invoering van een maatschappij brede lockdown en thuisquarantaine.

Invoering van een maatschappij brede lockdown en avondklok.

Volledige sluiting van de horeca, inclusief de terrassen buiten.

Sluiting van alle sportscholen en beperking van (team)sport. Slijterijen en fastfood restaurants blijven open.

Invoering van maatschappij brede preventieve (snel)tests.

Invoering van maatschappij brede preventieve tests van kinderen op scholen.

Maatschappij brede invoering van de PCR-test als ‘gouden standaard’ en op zichzelf staand middel voor detectie van COVID-19. Klinisch onderzoek door een arts is niet nodig.

Vorbereidingen tot de invoering van een landelijk vaccinatiepaspoort en een negatief testbeleid om opnieuw toegang te krijgen tot de samenleving.

Grootschalige sterk gepropageerde vaccinatie campagnes voor de gehele bevolking.

Maatschappij brede introductie van sterk gepropageerde COVID-19 vaccins. Geheime contractuele afspraken met vaccinfabrikanten en doorschuiven van aansprakelijkheid van de fabrikanten

bijwerkingen zullen pas over langere tijd zichtbaar worden. Dit brengt risico's met zich mee."

naar de overheid. Artsen die patiënten via informed consent informeren over mogelijke risico's worden door de Inspectie Gezondheid en Jeugd op de vingers getikt.

"De COVID-19 vaccins bieden geen bescherming tegen de overdracht van het virus. Ook is niet bekend of zij werkelijk bescherming bieden tegen ziekte en overlijden, temeer als het om varianten van het virus gaat."

Maatschappij brede introductie van sterk gepropageerde COVID-19 vaccins als enige manier om het virus in te dammen.

"Er zijn geneesmiddelen beschikbaar die mogelijk een positieve werking hebben op de (vroeg)behandeling van COVID-19, zoals Ivermectine, HCQ, Zink en Vitamine D. Dit blijkt uit tal van internationale studies en het gebruik ervan in meerdere landen. Deze middelen zijn al jarenlang beschikbaar, veilig in gebruik, goedkoop en eenvoudig verkrijgbaar."

Ongekende weerstand tegen het gebruik van deze geneesmiddelen bij COVID-19. (Huis)artsen die deze geneesmiddelen voorschrijven aan patiënten die hierom vragen worden beboet door de Inspectie Gezondheid en Jeugd, vanwege 'onvoldoende bewijs dat de middelen werken'.

(Bron: Open Legal Advocaten VERZOEKSCRIFT VOORLOPIG GETUIGENVERHOOR EX ARTIKEL 186 LID 1 RV d.d. 26 mei 2021. Zie bijlage.

2. Censuur op LinkedIn, Facebook en Twitter. O.a. door het (laten) verwijderen van accounts.

Hallo, Je account was opgeschort van overheidswege....

<https://twitter.com/bpoc2020/status/1402517230018039809>

"Overheid censureert zelf op Youtube!" blijkt uit gelekte emails van Big Tech gigant Google... <https://youtu.be/FIPDoE7xRqs>

3. Er zitten opvallende verschillen tussen de covid-19 vaccinatie uitnodigingen van februari en mei. Zie dit filmpje. Zo ontbreekt de tekst "de vaccinatie is uitgebreid getest en als veilig beoordeeld" in de uitnodigingen die nu worden verstuurd. Iemand enig idee waarom?

<https://twitter.com/quovadisweblog/status/1396195004251529218>

4.

Suggestieve communicatie (propaganda)

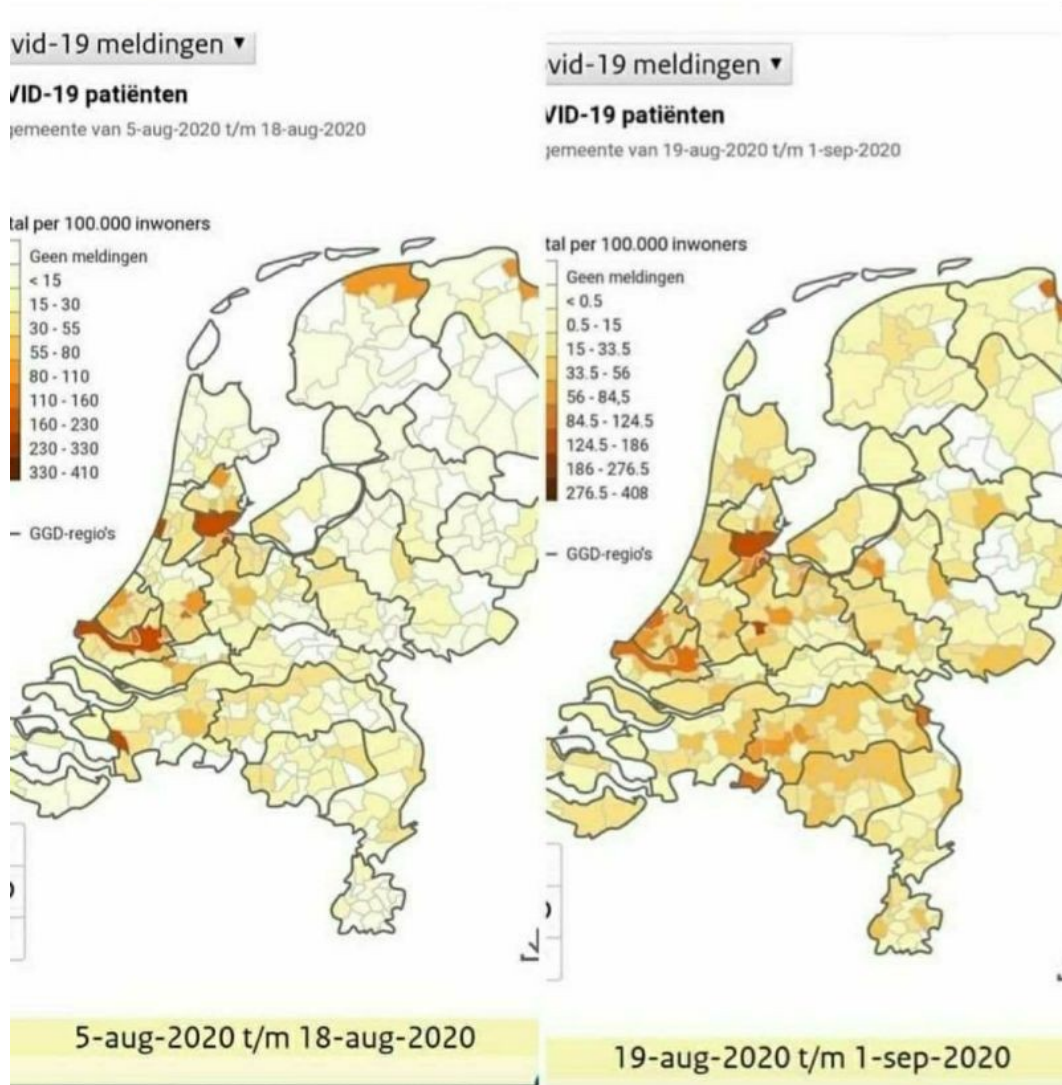


15-06-21 14:12



Het ministerie van Volksgezondheid kijkt samen met de GGD's op welke manieren mensen die niet ingaan op een vaccinatie-uitnodiging **alsnog verleid kunnen worden** tot een coronaprik. Volgens een woordvoerder wordt daarbij gedacht aan bijvoorbeeld mobiele priklocaties op festivals en in de horeca.

Links 5 en rechts 19 aug: wat doet als men de Corona infectie kaart niet oranje-rood genoeg meer krijgt?... Dan past men toch even de schaalverdeling aan! 🙄 #rivm #ggd #manipulatie



19. De Nederlandse Media



Alle Nederlandse Main Stream Media (MSM = de niet-alternatieve media) zijn in het bezit van drie Belgische families en de Belgische ondernemer Thomas Leysen.

DPG Media

Eigenaar is de familie Van Thillo. Christiaan van Thillo heeft het familiebedrijf uitgebouwd tot een grote multimediale organisatie. Van Thillo's De Persgroep is de mediazuil geweest van de Vlaamse Liberalen. Hij steunde dan ook de drie Paarse kabinetten onder leiding van de links-liberale premier Guy Verhofstadt. Volgens zijn eigen werknemers heeft Van Thillo zich de afgelopen 30 jaar nauwgezet bemoeit met de redactionele koers van 'zijn' kranten en stuurde ook regelmatig emails rond met op- en aanmerkingen op artikelen en foto's. Hij respecteert de redactiestatuten niet en noemt zichzelf een 'vriendelijke dictator'.

(Bron: <https://www.daardan.nl/2020/06/dit-is-waarom-de-media-onderwerpen-eenzijdig-belicht-aanpast-of-zelfs-niet-wil-brengen/>)

Mediahuis

<https://en.wikipedia.org/wiki/Mediahuis>

De families onderhouden nauwe betrekkingen met de EU. De bladen communiceren grotendeels het narratief van de EU en de Nederlandse overheid.

ANP

Het ANP is in handen van Chris Oomen, een nederlandse ondernemer. Hij kocht het ANP als een middel tegen wat hij ziet als nepnieuws. Daarmee is ook die nieuwsvoorziening niet meer onpartijdig geworden. Het ANP voorziet veel Nederlandse media van persberichten.

<https://ezaz.nl/anp-door-nieuwe-koper-ingezet-tegen-nepnieuws/>

Een voorbeeld uit de praktijk – 15 juni 2020

Volkskrant-hoofdredacteur Pieter Klok: "Tegengeluid publiceren geen noodzaak"

Pieter Klok, de hoofdredacteur van *De Volkskrant*, heeft in gesprek met NPO Radio 1 opzien gebaard met een aantal controversiële uitspraken. Zo zegt hij onder meer het geen noodzaak te vinden om een tegengeluid tegen het RIVM te publiceren, omdat dat een instituut is met mensen die dag en nacht werken.

Corona-nieuws

De afgelopen maanden is Nederland overspoeld met nieuws over het coronavirus. Een groep virologen wisselt elkaar bijna dagelijks af aan de talkshowtafels, waar ze het niet altijd eens zijn met elkaar. Volgens Klok is het dus belangrijk om de adviezen van het RIVM en het daaropvolgende beleid van het kabinet maar gewoon te volgen.

Zelfs als iemand met bewijzen voor een alternatief beleid bij De Volkskrant aanklopt, zal Klok dat niet publiceren.

<https://www.gids.tv/video/222895/volkskrant-hoofdredacteur-pieter-klok-tegengeluid-publiceren-geen-noodzaak-video>

20. De politiek. Zomaar twee voorbeelden

Kinderen



Bijhouden van bijwerkingen



Over het algemeen lijkt de tendens te zijn dat moties met kritische, inhoudelijke vragen aangaande het coronabeleid weggestemd worden. Check voor jezelf.

21. Belangrijke juridische tegenbewegingen

Internationaal de belangrijkste:

Advocaat Reiner Fuellmich – Hij is één van de machtigste advocaten in Europa en bereidt momenteel samen met meer dan duizend advocaten wereldwijd de grootste groepszaak uit de geschiedenis voor, ook wel bekend als 'Neurenberg 2'. Met Neurenberg wordt gerefereerd aan het proces tegen de Duitse WW2 criminelen dat in Neurenberg gehouden werd. Uit dat proces kwam indertijd de Code van Neurenberg voort. De Code van Neurenberg wordt gezien als poging de bescherming van mensenrechten en de beginselen van de Eed van Hippocrates in één gedragscode onder te brengen. Het verenigt in zich het gegeven dat de arts-onderzoeker altijd de belangen van de proefpersoon vooropstelt, en verder dat de proefpersoon in staat is om zijn eigen belangen te behartigen en zichzelf te beschermen tegen de onderzoeker.

Video: <https://youtu.be/sJXCG3tXwj4>

Website <https://www.fuellmich.com/> en <https://www.corona-schadensersatzklage.de/>

In Nederland de belangrijkste:

De Buitenparlementaire Onderzoekscommissie 2020 (BPOC 2020).

BPOC 2020 is een commissie opgezet door burgers en staat volledig los van de overheid, bedrijfsleven en politiek.

De commissie onderzoekt de proportionaliteit van het beleid en de maatregelen t.a.v. COVID-19 en onderzoekt tevens of de overheid zich aan de wet houdt.

De commissie doet daartoe middels het horen van getuigen onderzoek naar deze door de overheid getroffen maatregelen in het kader van Covid-19.

De commissie hoort hiertoe deskundigen zoals artsen, wetenschappers, juristen en hoogleraren waarbij de volgende vraag centraal staat: "Waarom zijn sinds 15 maart 2020 vanwege Covid19 beperkende maatregelen in ons land opgelegd, zijn deze maatregelen effectief en staan de opgelegde maatregelen in verhouding tot de ziekte die veroorzaakt wordt door het door het SARS-CoV-2 virus?"

De verhoren zijn openbaar, worden gefilmd en gestreamd. Van de verhoren wordt een schriftelijk verslag gemaakt. Naar aanleiding van de verhoren worden tussenrapporten en uiteindelijk een eindrapport met bevindingen en conclusies opgesteld dat wordt aangeboden aan de Tweede Kamer en alle relevante maatschappelijke instanties zoals Jeugdzorg, vakbonden en de Nationale Ombudsman.

De interviews zullen zonder montage op video worden vastgelegd, op *Facebook* en op *deze website* live worden gestreamed en hier worden gepubliceerd, zodat ieder de interviews kan volgen, zoals dat in een transparante parlementaire democratie hoort. Voor niet onderbouwde wetenschappelijke verklaringen is binnen de commissie geen plaats.

<https://bpoc2020.nl/>

verhoren <https://bpoc2020.nl/deelnemers/> en <https://bpoc2020.nl/politieverhoren/>

In Nederland zijn het afgelopen jaar lopen diverse rechtszaken tegen de staat gevoerd. Ook nu nog lopen er diverse rechtszaken.

22. Alternatieven voor vaccinatie

Na meer dan een jaar coronacrisis zijn er ondertussen alternatieven voor vaccinaties bekend. Dit zijn produkten die al jaren op de markt zijn en toegepast worden in andere situaties dan een covid besmetting.

De belangrijkste produkten zijn HydroxyChloroquine (i.c.m. Zink en Azitromycine) en Ivermectine. Deze produkten worden vooral in landen met relatief weinig financiële middelen om vaccins in te kopen succesvol toegepast.

In Nederland mogen deze produkten op last van de overheid (Inspectie Geneeskunde) op straffe van een hoge boete (€ 150.000) niet door artsen toegepast worden. Ook apothekers kunnen gestraft worden.

<https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/03/25/boete-voor-artsen-die-hydroxychloroquine-of-ivermectine-voorschrijven-tegen-corona>

Ondertussen is duidelijk geworden dat het WHO dat wereldwijd de richtlijnen bepaalt voor de bestrijding van het coronavirus, samen met Dr. Fauci (de Amerikaanse Jaap van Dissel en belangrijkste adviseur van de Amerikaanse overheid op het gebied van het coronavirus) gesjoemeld hebben met onderzoeksresultaten naar deze medicatie.

De Senaat van de US heeft een onderzoek ingesteld.

<https://twitter.com/MarcVegt/status/1403669408434855937>

Belangrijke informatie over Zelfzorg vind je hier: <https://zelfzorgcovid19.nl/>

Rob Elens, huisarts te Meijel, paste in Nederland als eerste de mix van HydroxyChloroquine (HCQ), Zink en Azitromycine toe en genas daarmee 10 patienten van COVID-19. Rob is voorstander van toepassing van deze medicatie in de eerste lijn in het milde stadium van COVID-19 om daarmee de druk op de tweede lijn te verlichten. Het idee om COVID-19 te bestrijden d.m.v. supplementen is ontstaan nadat het Rob Elens werd ontraden door de inspectie om HCQ te gebruiken.

De werking van supplementen blijkt in de praktijk voldoende groot om (milde) COVID-19 te voorkomen danwel uit te doven. Dat is belangrijk nieuws.

23. Wil je jezelf toch laten vaccineren?

Je kan je altijd nog laten vaccineren en eerst afwachten wat de effecten op langere termijn zijn.

Voor jongeren blijven alleen Pfizer en Moderna over. Moderna geeft minder bijverschijnselen (zie de statistieken). In het najaar komt Sanofi met een meer traditioneel vaccin op de markt.

24. Bijlagen

Vragen over nieuwe RNA-vaccins

Weten we wat voor invloed de nieuwe RNA-vaccins op ons lichaam hebben?

Wat is vaccinatie?

Er zijn twee duidelijk verschillende categorieën van antivirale vaccins:

I vaccins die geïnactiveerde virale delen of virale eiwitten bevatten, en **II** vaccins die coderen voor virale eiwitten (DNA, RNA of recombinante virussen).

De meeste antivirale vaccins (I) die vandaag de dag op de markt zijn, behoren tot deze zogenoemde "subunit-vaccins", waarbij slechts een eiwit of een stukje van het virus wordt ingespoten. Dit wekt dan de immuunrespons op.

Enkele voorbeelden van vaccins:

- GSK / Sanofi ontwikkelt een subunit-vaccin, gebaseerd op recombinant spike eiwit;
- Oxford/AstraZeneca en Sputnik V uit Rusland zijn voorbeelden van Vector-vaccins
- Pfizer/BioNtech, Moderna en Curevac zijn naakte RNA-vaccins, die niet in een ander virus zijn ingebouwd.

Nieuw zijn de vaccins met DNA- of RNA-moleculen (II), dat wil zeggen met genetische informatie van de ziekteverwekker. Het zijn eigenlijk kleine vetbolletjes (vesikeltjes) die RNA- of DNA-moleculen bevatten, vaak opgenomen in de vorm van een recombinant-virus dat onschadelijk is voor de mens. Deze virussen worden ook wel vectoren genoemd. Ze bevatten recombinant-virus dus de genetische informatie voor het virale eiwit waartegen een immuunreactie moet worden opgewekt. Na de vaccinatie vindt de productie van het virale eiwit in de lichaamseigen cellen plaats. Het voordeel van deze vaccins is dat ze zeer snel ontwikkeld en geproduceerd kunnen worden. Hoe kan je überhaupt van een succes spreken als dit type vaccins tot op heden nooit zijn toegepast op mensen laat staan op grote schaal? Er zit een levensgroot risico aan omdat bij naakte DNA/RNA vaccins het niet zeker is door welke cellen het DNA/RNA wordt opgenomen; als het DNA/ RNA in een vector is ingebouwd dan bepaalt vaak de vector welke cel geïnfecteerd wordt. Bij naakte DNA/RNA vaccins kan het in principe elke lichaamscel zijn.

Met name DNA-vaccinatie is niet erg efficiënt omdat DNA-vectoren bijzonder slecht door de cellen worden opgenomen. Het probleem is dat de productie van RNA en eiwitten in de menselijke cel zeer laag is met dit type vaccin. Te laag om daadwerkelijk een sterke immuunrespons op te wekken. Voor een RNA-vaccin is het van belang dat het RNA efficiënt in de cel terechtkomt, dat het stabiel is en dat het in grote hoeveelheden beschikbaar is, zodat er zoveel mogelijk viruseiwitten kunnen worden geproduceerd.

Hiervoor is een nieuw vaccin ontwikkeld, het saRNA-vaccin (ook: samRNA-vaccin).

De afkortingen saRNA en samRNA betekenen respectievelijk "zelfversterkend RNA" en "zelfversterkend messenger-RNA". De saRNA-vaccins zijn gemaakt van relatief zwakke virussen die meestal niet meer dan een onschadelijke verkoudheid veroorzaken bij de mens, zoals alfa- en adenovirussen. De virulente (= ziekteverwekkende) genen worden uit het genoom van deze virussen verwijderd, terwijl daarvoor in de plaats een Coronavirus-gen wordt gezet. Meestal is dat het Spike-Gen. Tevens wordt een replicase-gen ingebouwd, die het virale RNA vermenigvuldigt (versterkt). Dit wordt dan als vaccin bij mensen ingespoten en opgenomen door de lichaamseigen cellen. Deze cellen beginnen dan met de productie van het spike-eiwit, dat vervolgens door het immuunsysteem als lichaamsvreemd eiwit wordt herkend. Dit spike-eiwit lokt immuunrespons uit. Als je later met het echte virus in aanraking komt ben je immuun.

Op zijn eigen blog beschrijft Gates het als volgt: 'Je verandert je lichaam in wezen in een eigen vaccinfabriek.'



RNA-vaccins zijn potentieel gevaarlijk!

Vragen:

1. Waarom worden de nieuwe RNA-vaccins met dergelijke spoed toegelaten, terwijl ze niet dé oplossing voor de coronacrisis blijken te zijn en er te veel onwetendheid is over de invloed van de vaccins op ons lichaam?
2. Hebben de deskundigen die beweren dat de nieuwe RNA-vaccins het DNA kunnen veranderen gelijk?

Wat gebeurt er in de cellen van ons lichaam? Laten we hier eens naar kijken:

Elke cel in ons lichaam bevat het menselijke erfgoed (DNA). Er zijn 50.000-60.000 duizend genen, die allemaal hun eigen specifieke taken vervullen. Samen met de schakelaars die ze op het juiste moment aan en uit zetten, vormen ze 25% van het genoom. Nogmaals 50% van het DNA bestaat uit genetische elementjes, TEs genoemd, *waarvan men de betekenis nog steeds niet helemaal begrijpt*. Ze hebben uiteenlopende controlerende en regulerende functies, met name bij de ontwikkeling van de foetus. Er zijn honderdduizenden van deze elementjes in ons DNA. Het is belangrijk om te weten dat elk van deze elementen in elk geval codeert voor twee enzymen: reverse transcriptase (afgekort RT) en integrase (afgekort INT).¹

Het bijzondere aan het RT-enzym is dat het een RNA-molecuul kan omzetten in een DNA-molecuul, terwijl het INT-enzym dit nieuw gevormde DNA-molecuul in het erfgoed kan integreren. Met behulp van RT en INT kan in principe elk RNA, ook dat van een RNA-vaccin, in het erfgoed van de mens integreren. Als de integratie van DNA in of nabij celcyclusgenen, metabole genen of immuunogenen plaatsvindt, kan er een grote verscheidenheid aan genetische afwijkingen optreden.

Deze zogenoemde genotoxische effecten van het RNA-vaccin kunnen op de lange termijn een rol gaan spelen. Door dit feit herbergen saRNA-vaccins dus wel degelijk een potentieel gevaar op de lange termijn.

- Door de supersnelle ontwikkeling van de nieuwe saRNA-vaccins konden ze slechts op korte termijn effecten worden getest;²
 - de potentiële genotoxiciteit op lange termijn is helemaal niet onderzocht;
 - Er was geen tijd voor (en er is geen tijd voor genomen);
 - Het is dus onbekend of en hoe vaak een insertie in het menselijk genoom plaatsvindt;
 - Gezien het feit dat er honderdduizenden RT- en INT-genen in onze cellen voorkomen, kan niet worden uitgesloten dat het wel gebeurt.
3. Bent u zich van de mogelijke risico's die hiermee samenhangen bewust en waarom is dit niet beter onderzocht?

Statistisch gezien geldt dat hoe meer mensen gevaccineerd worden, hoe vaker genotoxische effecten kunnen optreden. Het plan van onze regeringen om een zo groot mogelijk deel van de wereldbevolking te vaccineren met een saRNA-vaccin zou daarom in de toekomst onaangename gevolgen kunnen hebben. We hebben geen kristallen bol om te zien wat er gaat gebeuren, maar vanuit wetenschappelijk oogpunt kunnen al wel mogelijke gevaren worden benoemd.

4. Indien er statistisch gezien meer genotoxische effecten kunnen optreden waardoor we in de toekomst onaangename gevolgen kunnen verwachten, waarom wordt bovenstaande niet beter onderzocht?

Om de mogelijkheid van genotoxische bijwerkingen aan te tonen- en bij deze nieuwe vaccins uit te sluiten, is het minimaal noodzakelijk om mRNA vaccins eerst op proefdieren uit te testen. De nu mogelijke stap: het volledige genoom van alle muizencellen te sequensen," de volgorde bepalen van de letters (nucleotiden) waarmee het DNA wordt geschreven, zijn noodzakelijke analyses die nog niet uitgevoerd zijn. De vraag of het verantwoord is om een groot deel van de bevolking te vaccineren met een saRNA-vaccin dat niet is getest op mogelijke genotoxische bijwerkingen, moet wel degelijk serieus worden genomen. Er kan zelfs gesproken worden van een onaanvaardbaar risico voor de volksgezondheid.

¹ Het genoom is extreem plastisch. Je kunt niet zeggen "de mens heeft 21,456 eiwit-genen", omdat dat getal per mensenpopulatie verschilt. Je kunt ook niet zeggen "het genoom bestaat voor 48,65% uit TEs", omdat het hier ook enorm verschilt. Het idee dat we elke mens hetzelfde aantal genen zou moeten hebben is een achterhaald Neo-Darwinistische idee. En die theorie is weerlegd door de nieuwe genomica, maar aan die nieuwe kennis wordt in de media geen aandacht besteed.

² Dit zijn geen theoretische gronden, want, hoe kun je een half jaar lange termijn effecten bestuderen die pas jaren later kunnen gaan optreden? Hiervoor is het noodzakelijk de 'whole genome'-analyses gaan uitvoeren om uit te sluiten dat het vaccin in het DNA integreert. Dat is niet gedaan.



Vragen:

5. Is het verantwoord om een groot deel van de bevolking te vaccineren met een saRNA-vaccin dat niet getest is op mogelijke genotoxische bijwerkingen?
6. We hebben begrepen dat er tests zijn gedaan met proefdieren die niet succesvol zijn geweest. Als deze testresultaten er zijn, wanneer worden deze dan openbaar gemaakt? Waarom wordt er niet eerst verder getest, zodat we dit soort risico's definitief kunnen uitsluiten en vermijden?
7. Is het gezien bovenstaande wetenschappelijke toelichting niet alleen al noodzakelijk eerst dit soort tests te doen en de resultaten daarvan grondig te onderzoeken alvorens we een groot deel van de bevolking hiermee willen vaccineren?

RNA vaccins kunnen dus potentieel in het genoom van de gevaccineerde integreren, zodanig dat de verandering blijvend is. Onlangs werd aangetoond dat het RNA van SARS-CoV-2 virus wel degelijk in het genoom kan integreren.

Dat zou zelfs kunnen betekenen dat de veiligheid van bloedtransfusies en orgaantransplantatie niet gegarandeerd kan worden als er een kans is dat er viraal DNA in het genoom geïntegreerd is als gevolg van vaccinatie met mRNA. De gevolgen van de geneeskunde zijn dan niet te overzien.

Twee referenties:

SARS-CoV-2 RNA reverse-transcribed and integrated into the human genome:

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.12.12.422516v1>

Exogenous coronavirus interacts with endogenous retrotransposon in human cells

https://www.researchgate.net/publication/342755021_Exogenous_coronavirus_interacts_with_endogenous_retrotransposon_in_human_cells/fulltext/5f051a0ca6fdcc4ca455c226/Exogenous-coronavirus-interacts-with-endogenous-retrotransposon-in-human-cells.pdf

Daarom behoort de bovenbeschreven DNA-integratie van RNA-vaccins (met behulp van RT en INT) tot de biologische mogelijkheden. Mocht dat in de kiembaan optreden, dat wil zeggen in het genoom van voortplantingscellen, dan betekent dat de veranderingen ook worden doorgegeven aan toekomstige generaties. De fitness van de volgende generatie kan daardoor worden afgezwakt. Ook dit is nog nooit onderzocht en er bestaan geen publicaties op dit gebied. We moeten wegblijven van het toevoegen van genetische code aan menselijk genoom, waarmee een zeer gevaarlijk spectrum opzoeken.

- Hier een link naar de wetenschap van kiembaangen-bewerking of human germ-line gene editing.
- <https://www.youtube.com/watch?v=CmUmy-rTN64>
- Wetenschappers pleiten voor een internationaal moratorium op het bewerken van erfelijk genoom.
- <https://fortune.com/2019/03/14/gene-editing-moratorium/>

Begin december kregen de RNA-vaccins in Zwitserland geen toestemming van

“Swissmedic”, het Zwitserse geneesmiddelenbureau voor de toelating van medicamenten omdat men vond dat de nieuwe vaccins van onder ander AstraZeneca, Pfizer-Biontech en Moderna niet goed genoeg getest waren. Er ontbraken naar hun professionele inzicht de benodigde veiligheids- en kwaliteitsanalyses.

<https://www.srf.ch/news/schweiz/gedaempfte-erwartungen-swissmedic-pocht-beim-impfstoff-auf-belastbare-daten>

Op 19 december 2020 publiceert Swissmedic dat de korte termijn voordelen opwegen tegen de nadelen. Swissmedic vraagt tegelijkertijd aan de medische professionals en aan de apotheken de neveneffecten die zij constateren te delen.



De te verwachten neveneffecten op de korte termijn worden door Swissmedic gelijkgesteld aan griepachtige verschijnselen. https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff_erstzulassung.html

Of er voldoende bekend is over de korte termijn gevolgen, dat wil zeggen korter dan 2 maanden, zal de komende tijd uitwijzen bij mensen die zich willen laten vaccineren. Over de middellange - en lange termijn neveneffecten, een termijn langer dan 2 maanden is evenwel niets bekend. Dit zijn geen theoretisch gronden want, hoe kun je in een half jaar lange termijn effecten bestuderen, die pas na vele jaren kunnen gaan optreden met een horizon die praktisch niet verder reikt dan 2 maanden? Hiervoor is het noodzakelijk 'whole genome'- analyses te gaan uitvoeren om uit te sluiten dat het vaccin in het DNA integreert. Dat is niet gedaan.

8. Is het gezien deze constatering niet cruciaal om hier eerst inzicht in te krijgen alvorens er überhaupt met de logistieke operatie ter vaccinatie wordt gestart? Zeker met het oog op voortplanting?

Wetenschappers en ethici slaan alarm. In januari riep 'The Geneva Statement' op tot beëindiging van dit soort experimenten. Een club van 's werelds toonaangevende ethici en wetenschappers. https://www.researchgate.net/publication/339252292_Geneva_Statement_-_Uncorrected

mRNA-vaccins gebruiken een nieuwe techniek en zijn een nieuw type vaccins. Van hun bijwerkingen is vrijwel helemaal niets bekend. Zoals eerder beschreven is niet uit te sluiten dat ze mutagenetische activiteit bezitten (=DNA veranderende) en daarmee genotoxisch kunnen zijn.

Er zijn momenteel 80 COVID-vaccins versneld in ontwikkeling, waarbij onder andere Moderna's en Pfizer-Biontech mRNA. Deze vaccins worden versneld getest. Over dierproeven is niets bekend. Deze vaccins zullen naar verwachting deze zomer de laatste testfase doorlopen, alhoewel ze mogelijk al op kortere termijn ingezet gaan worden.

Het vaccin maakt gebruik van niet eerder gebruikte, experimentele RNA-technologie waar al meer dan tien jaar in geïnvesteerd wordt. Er is echter gedurende deze ontwikkeling door wetenschappers en medisch ethici gewaarschuwd voor de gevaren van deze technologie en het vertrouwen van verschillende investeerders was daardoor flink gezakt, waardoor Moderna ondanks de investeringen van bijvoorbeeld de Gates Foundation bijna failliet ging en een schuld van \$ 1,5 miljard had vóórdat de COVID pandemie begon.

https://www.lewrockwell.com/2020/03/no_author/coronavirus-vaccines-and-the-gates-foundation/

9. De vraag is of burgers straks onderdeel willen zijn van een medisch experiment, want dat is het bekeken vanuit de noodzakelijk informatie die nu niet gegeven kan worden om tot een adequate risicoschatting te komen voor de langere termijn. Er ontbreekt relevante informatie. Raadt u dit type COVID-vaccin aan nu reeds in te zetten binnen onze bevolking en hoe gaat u daarbij "informed consent" borgen?

Opsomming van gerichte vragen over de coronavaccins:

1. Tijdens de pandemie van de Mexicaanse griep bleek fabrikant GSK van het ook in Nederland gebruikte pandemische vaccin Pandemrix ruim 3000 meldingen van meer of minder ernstige bijwerkingen, waaronder narcolepsie en anafylactische reacties, te hebben gekregen maar die niet met het publiek te hebben gedeeld (ref. Doshi BMJ 2017). **Wel met het Europese Geneesmiddelenbureau (EMA), maar die deed er vervolgens niets mee.** Over die bijwerkingen worden nu nog rechtszaken gevoerd.

Vragen:

- Welke garantie geeft CBG/EMA en de Nederlandse overheid dat dit niet weer gaat gebeuren?



- Met andere woorden hoe goed is het toezicht? Het gaat om het toezicht op de activiteiten van de fabrikant en EMA. Want daar ging het toen mis.
 - En welke mate van transparantie? Het gaat om de volledige openbaarheid van alle gegevens van zowel de fabrikant als EMA.
2. EMA is door de Europese Ombudsman verplicht om de clinical study reports (CSR's), dat zijn de onderzoeksgegevens die fabrikanten moeten overhandigen aan EMA om een handelsvergunning te krijgen, van de vaccins op hun website te zetten. Het belang daarvan is dat onafhankelijke onderzoekers hun eigen analyses kunnen doen.
 3. **Vraag:** Wanneer komen deze CSR's beschikbaar op de website van EMA?
 3. Er zijn veel belangrijke zaken die nog niet of onvoldoende bekend zijn over de vaccins.

Voor vaccins en therapeutica geldt dat ze Veilig, Effectief en NUTTIG moeten zijn. Voor dat laatste aspect is veel te weinig aandacht. Het gaat hier om vragen over wie eigenlijk gevaccineerd zou moeten worden? Mensen die gezond zijn en een gezond-werkend immuunsysteem hebben, hebben geen serieuze problemen om een infectie te overleven. Waarom zouden we hen aan vaccinatie en kans op neveneffecten blootstellen?

Vragen: Wanneer denkt u dat deze informatie beschikbaar komt en welke onderzoeken zijn daartoe in gang gezet?

- Wat is het effect van vaccins bij zwangere vrouwen?
- Wat is het effect bij ouderen?
- Wat is het effect bij chronisch zieken?
- Wat is het effect bij kinderen en adolescenten?
- Wat is het effect in uiteenlopende groepen wat betreft sociale omstandigheden, etniciteit, genetische variatie?
- Wat is het effect op de overdracht ofwel de transmissie van het virus?

Gezien de aantallen mensen die seropositief zijn voor Sars-CoV-2 (minimaal 1 miljoen), dus een infectie hebben doorgemaakt het feit dat opgeteld dit jaar zo'n 30.000 mensen zijn overleden danwel in het ziekenhuis zijn opgenomen, is het waarschijnlijk dat het grootste deel van de bevolking voldoende weerstand tegen Sars-CoV-2 heeft. Dus: er is al groepsimmunititeit.

- Vindt u dat de vraag of het vaccin groepsimmunititeit creëert een vraag zou moeten zijn?
 - Wat is het effect op complicaties?
 - Wat is het effect op sterfte?
 - Wat is het effect dan wel bijwerkingen op de lange termijn?
 - Welk effect heeft het vaccin op mensen die al besmet zijn geweest, al dan niet met symptomen?
 - Is het niet beter om bij mensen die zich willen laten vaccineren eerst een antilichaamtest af te nemen zodat duidelijk is of zij al immuun zijn? En wat we hieruit kunnen leren?
 - Weet u dan ook welk negatief effect het vaccin op mensen zou kunnen hebben die al besmet zijn geweest, al dan niet met symptomen?
 - Wat is het effect op vruchtbaarheid (mogelijkheid tot voortplanting)? Heeft het ontbreken van die relevante gegevens gevolgen voor de toepasbaarheid van de beschikbare corona vaccins op bepaalde groepen?
4. Het onderzoek van Pfizer is niet geheel volgens het onderzoeksprotocol uitgevoerd! Er was sprake van protocolschendingen, een ernstige zaak. Toelichting: men wilde een dubbelblind onderzoek, dat is niet gedaan: artsen en patiënten wisten wat de patiënten kregen, placebo of vaccin. Als het onderzoek werkelijk niet gedaan is dan is de mate van voorkomen van bijwerkingen onbetrouwbaar.
 - **Vraag:** Bent u hiervan op de hoogte? Wat gaat u hieraan doen?
 5. Van hetgeen fout ging tijdens de Mexicaanse griep en daarna is vrijwel niets geleerd.
 - **Vraag:** Wat vindt u daarvan?



6. In de VS en het VK zijn inmiddels de productinformaties van het Pfizer-vaccin beschikbaar.

- **USA** <https://www.fda.gov/media/144413/download>
- **UK** Geen data beschikbaar.

*Tussen beide landen zijn opmerkelijke verschillen in de weergegeven gegevens.
De extra of andere toevoegingen in het VK zijn vet gedrukt.*

Voor de duidelijkheid: normaal gesproken kan een fabrikant alleen claimen wat experimenteel aangetoond is. Dus, als er geen gegevens over specifieke groepen in dossier zitten, dan mag het vaccin niet bij die groepen gebruikt worden.

- **USA:** Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have a diminished immune response to the Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine.
- **UK:** Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have a diminished immune response to the vaccine. **No data are available about concomitant use of immunosuppressants.**
- **USA.** Pregnancy Risk Summary. All pregnancies have a risk of birth defect, loss, or other adverse outcomes. In the US general population, the estimated background risk of major birth defects and miscarriage in clinically recognized pregnancies is 2% to 4% and 15% to 20%, respectively. Available data on Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine administered to pregnant women are insufficient to inform vaccine-associated risks in pregnancy.
- **UK.** Pregnancy There are no or limited amount of data from the use of COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2. Animal reproductive toxicity studies have not been completed. **COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 is not recommended during pregnancy. For women of childbearing age, pregnancy should be excluded before vaccination. In addition, women of childbearing age should be advised to avoid pregnancy for at least 2 months after their second dose.**
- **USA.** Lactation Risk Summary Data are not available to assess the effects of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine on the breastfed infant or on milk production/excretion.
- **UK.** Breast-feeding. It is unknown whether COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 is excreted in human milk. A risk to the newborns/infants cannot be excluded. **COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 should not be used during breast-feeding.**
- **USA.** FERTILITY: NO ONE WORD.
- **UK.** Fertility It is unknown whether COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 has an impact on fertility. **Animal studies into potential toxicity to reproduction and development have not been completed.**
- **USA.** ANTICOAGULANT THERAPY: NO ONE WORD
- **UK.** Individuals receiving anticoagulant therapy or those with a bleeding disorder that would contraindicate intramuscular injection, **should not be given the vaccine unless the potential benefit clearly outweighs the risk of administration**

Vraag: Hoe zijn deze verschillende uitkomsten te rijmen en wat vindt u daarvan?

7. Het FDA-team dat de beoordelingen heeft gedaan bestond uit een bio-statisticus en een klinisch onderzoeker dus slechts enkele mensen. Gezien het feit dat er zo'n urgentie op rustte op de registratie, is dit opmerkelijk weinig.

Vragen:

- Wat vindt u hiervan?



- En heeft EMA wel een uitgebreider team deskundigen ingezet?
- Wat is de samenstelling van dit team geweest?
- Is er een conditional licence gegeven, wat inhoudt dat er vaker gerapporteerd moet worden over bijwerkingen etc. en dat de EMA er dichterbij zit?

Aanvullende vragen over de coronavaccins:

8. Normaal gesproken is het verboden wetgeving in Nederland te omzeilen en via een omweg met een product te komen. Hoe kan een vaccin dat wegens veiligheidseisen niet in Nederland mag worden getest, wel via het buitenland, worden goedgekeurd?
9. Wat zijn deze veiligheidseisen die voortvloeien uit vraag 8?
10. Wat is de samenstelling van de beschikbare coronavaccins? Zijn de toegevoegde stoffen in voldoende mate onderzocht op carcinogene effecten, dus kankerverwekkende eigenschappen?
11. Nu de lange termijn effectiviteit, adjuvantia en conserveringsmiddelen onbekend zijn en ook de lange termijn bijwerkingen niet te overzien zijn, hoe wordt dit meegenomen in de afweging of het vaccin effectief en veilig is?

Zoals boven aangegeven moet er ook een NUT zijn of noodzakelijkheid. Het is uitermate belangrijk dat dit duidelijk gemaakt wordt. Dus: veilig, effectief en nuttig.

12. Wat zijn de risico's van de versnelde procedures en zijn deze in kaart gebracht?
13. Hoe wordt er omgegaan met de risico's?
14. Wie is er aansprakelijk bij schade?
15. Welke procedure is er bij klachten/bijwerkingen?
16. Welke garantie heeft men dat men niet (ernstig) ziek kan worden door het vaccin?
17. In hoeverre is het effect op de vruchtbaarheid onderzocht?
18. Welke waarborgen zijn er ingebracht mede ten aanzien van kinderen en hun ontwikkeling en nog in ontwikkeling zijnde lichamen, hersenen en immuunsysteem?
19. Is het juist dat er een blijvende verandering (genmutatie) kan plaatsvinden door gebruik van RNA-vaccins?

Vragen rond de gevolgen van vaccineren, persoonlijke weerbaarheid en groepsimmunitet voor ons land:

20. Welke routekaart voor terug naar normaal is er? En welke rol speelt het vaccin daarin?
21. Kunt u verschillende scenario's schetsen hoe u de komende 6 maanden anticipeert om terug naar normaal te gaan?
22. In hoeverre kunt u bijdragen aan voorlichting over ons eigen immuunsysteem en we hoe ons immuunsysteem kunnen versterken als basis onderdeel van overheidsvoorlichting?
23. De overheid zet fors in op afval scheiden - en afvalpreventie. Welke maatregelen neemt het kabinet om in te zetten op (preventieve) medicatie en gezondheidspreventie in brede zin en de natuurlijke weerstand onder de bevolking? Een voorbeeld is de actuele en gerichte inzet van de Britse overheid op vitamine D aanlevering aan de meest kwetsbare ouderen in de wintermaanden.
24. Welke garantie geeft vaccinatie om versoepeling van de maatregelen en terug naar normaal en binnen welk tijdspad? Welke routekaart is hiervoor beschikbaar om perspectief te bieden?



9 June 2021

Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency



Dear Dr. Raine,

RE: Urgent preliminary report of Yellow Card data up to 26th May 2021

As the Director of the Evidence-based Medicine Consultancy Ltd and EbMC Squared CiC, I am writing to share with you this urgent preliminary report on the Yellow Card data up to 26th May 2021. Please note that EbMC Squared CiC is a Community Interest Company that conducts research mandated by the public and funded by public donations. We have no conflicts of interest and do not engage in industry-funded work.

The MHRA describes the purpose of its Yellow Card system as providing “an early warning that the safety of a medicine or a medical device may require further investigation. It is important for people to report problems experienced with medicines or medical devices as these are used to identify issues which might not have been previously known about.”¹ Furthermore, the MHRA recognises that the conditions under which medicines are studied in clinical trials do not reflect how the medicines will be used in hospitals or clinical practice once they are rolled out. This means that some adverse drug reactions “may not be seen until a very large number of people have received the medicine.”

The Covid-19 vaccines were rolled out in the UK on the 8th of December 2020. As of the 6th May 2021 nearly 39 million people have received their first dose of the Covid-19 vaccine, and 24 million both doses. Sufficient data have now accumulated to get a good overview of adverse

¹ <https://yellowcard.mhra.gov.uk/the-yellow-card-scheme/>



drug reactions (ADRs). I would, therefore, like to draw your attention to the high number of covid-19 vaccine-attributed deaths and ADRs that have been reported via the Yellow Card system between the 4th January 2021 and the 26th May 2021. In total, 1,253 deaths and 888,196 ADRs (256,224 individual reports) were reported during this period.

To facilitate a better clinical understanding of the nature of the adverse events occurring, primarily to inform doctors at the frontline, we have searched the Yellow Card reports using pathology-specific key words to group the data according to the following five broad, clinically relevant categories:

- A. Bleeding, Clotting and Ischaemic ADRs
- B. Immune System ADRs
- C. 'Pain' ADRs
- D. Neurological ADRs
- E. ADRs involving loss of Sight, Hearing, Speech or Smell
- F. Pregnancy ADRs

After running each search, we entered the results into an Excel spreadsheet, excluding ADRs that were clearly irrelevant or appeared in duplicate. These spreadsheets will be used going forward to facilitate the weekly monitoring of Yellow Card data. We recognise that keywords may need expanding to capture category relevant ADRs that may have been missed in this preliminary ADR scope and analysis.

A. Bleeding, Clotting and Ischaemic Adverse Drug Reactions (Table 1)

We used the following SEARCH TERMS to identify bleeding, clotting and ischaemic ADRs: **bleed, haemo*, thrombo*, emboli*, coag*, death, ischaem*, infarct*, angina, stroke, cerebrovascular, CVA.**

We included the term 'death' in this search group, as this term accounted for many reported fatalities (438) without specific details. Given the large number of fatalities without a specific cause of death, we considered that ADRs reported in this way, in particular as 'sudden death', would be most likely to occur from haemorrhagic, thrombo-embolic or ischaemic events. Given the seriousness of this ADR, we considered it justifiable to do this pending a Freedom of Information (FOI) request to clarify the cause of death in these 438 people.



Using these search terms, 13,766 bleeding, clotting and ischaemic ADRs were identified – 856 of which were fatal. Government reports have highlighted the occurrence of cerebral venous sinus thrombosis, apparently accounting for 24 fatalities and 226 ADRs up to the 26th May 2021.

However, our analysis indicates that thromboembolic ADRs have been reported in almost every vein and artery, including large vessels like the aorta, and in every organ including other parts of the brain, lungs, heart, spleen, kidneys, ovaries and liver, with life-threatening and life-changing consequences. The most common Yellow Card categories affected by these sorts of ADRs were the nervous system (152 fatalities, mainly from brain bleeds and clots), respiratory (with 103 fatalities, mainly from pulmonary thromboembolism) and cardiac categories (81 fatalities).

B. Immune System Adverse Drug Reactions (Infection, Inflammation, Autoimmune, Allergic) (Table 2)

We used the following SEARCH TERMS to identify immune system ADRs: **INFECTION (category), IMMUNE DISORDERS (category), -itis; immun, multiple sclerosis, lupus, myasthenia, pernicious, diabetes, Addison, Crohn's, Coeliac, Graves, alopecia, amyloidosis, antiphospholipid, angioedema, Behcet's, pemphigoid, psoriasis, aplasia, sarcoidosis, scleroderma, thrombocytopenia, vitiligo, Miller Fisher, Guillain-Barre; allerg*, urticaria, rash, eczema, asthma**

To the 26th May, a total of 54,870 ADRs and 171 fatalities fell into this category, which comprised the second most common cause of post-vaccination fatalities after 'Bleeding, Clotting and Ischaemic ADRs'. However, only 4 associated fatalities were reported under the Yellow card 'IMMUNE DISORDERS' category, with the majority (141 fatalities associated with 19,474 ADRs) reported under the 'INFECTIONS' category. Among 1,187 people for whom post-vaccination COVID infection was reported, there were 72 fatalities (6% of reported COVID infection ADRs).

Many 'INFECTION' category ADRs indicated the occurrence of re-activation of latent viruses, including Herpes Zoster or shingles (1,827 ADRs), Herpes Simplex (943 ADRs, 1 fatal), and Rabies (1 fatal ADR) infections. This is strongly suggestive of vaccine-induced immune-compromise. Bell's palsy, also associated with latent virus re-activation, is reported in the Neurological ADRs section of this report (D). Also suggestive of vaccine-induced immunocompromise was the high number of immune-mediated conditions reported, including Guillain-Barré Syndrome (280 ADRs, 6 deaths), Crohn's and non-infective colitis (231 ADRs, 2 deaths) and Multiple Sclerosis (113 ADRs).



Allergic responses to the vaccines comprised 25,270 reported ADRs, with 4 fatalities occurring among 1,001 people experiencing anaphylactic reactions.

C. 'Pain' Adverse Drug Reactions

We used the following SEARCH TERMS to identify pain ADRs: **pain, -algia**.

Pain ADRs accounted for at least 157,579 ADRs (18%) in total. A large number of these were arthralgias (joint pains – 24,902 ADRs) and myalgias (muscle pains – 31,168 ADRs), including fibromyalgia (270 ADRs), a long-term condition that causes pain all over the body. Among Congenital Disorders (usually conditions present from birth) there were 11 reports of Paroxysmal Extreme Pain Disorder (PEPD), which is an extremely rare inherited disease caused by a genetic mutation leading to dysfunction of voltage-gated sodium channels. The head was the most common location for pain, but abdominal pain, eye pain, chest pain, pain in extremities, and anywhere else that pain can be imagined was reported. Headaches were reported more than 90,000 times and were associated with death in four people (excluding deaths reported to be from other causes, that may also have involved headache).

D. Neurological Adverse Drug Reactions

In addition to examining ADRs in the **NERVOUS SYSTEM DISORDERS (category)**, we used the following SEARCH TERMS to identify neurological ADRs specifically involving paralysis, neurological degeneration, and convulsive ADRs as follows: **(paralysis), palsy, paresis, neuropathy, incontinence, Guillain-Barre, Miller Fisher, multiple sclerosis; (neurodegeneration) encephalopathy, dementia, ataxia, spinal muscular atrophy, delirium, Parkinson; (seizure), convuls, seizure, fit, -lepsy**

Twenty-one percent (185,474) of ADRs were categorized as Nervous System Disorders in the Yellow Card system. A wide variety of neurological ADRs were noted, including 1,992 ADRs involving seizures and 2,357 ADRs involving some form of paralysis, including Bell's palsy (626 ADRs). Other ADRs involving encephalopathy (18), dementia (33), ataxia (34), spinal muscular atrophy (1), Parkinson's (18) and delirium (504) may reflect post-vaccination neurodegenerative pathology.

The majority of fatalities associated with Nervous System ADRs occurred as a result of central nervous system haemorrhages – 127 fatalities out of the 186 fatalities reported as Nervous



System fatalities. These 127 have been counted in group A (Bleeding, clotting and Ischaemic ADRs).

More information is needed to determine the extent of the morbidity associated with this alarmingly large category of ADRs. Access to the full Yellow Card database and consultation with clinical specialists, along with follow up of these reports, is urgently needed.

E. Adverse Drug Reactions involving loss of sight, hearing, speech or smell

We used the following SEARCH TERMS: **speech, taste, smell, olfactory, blind, sight, visual, vision, deaf, hearing.**

There were 4,771 reports of visual impairment including blindness, 130 reports of speech impairment, 4,108 reports of taste impairment, 354 reports of olfactory impairment, and 704 reports of hearing impairment.

F. Pregnancy Adverse Drug Reactions

Given that vaccinated pregnant women comprise a small proportion of the vaccinated population in the UK up to 26th May 2021, there appear to be a high number of Pregnancy ADRs (307 ADRs), including one maternal death, 12 stillbirths (reported as 6 stillbirths and 6 foetal deaths, but only 3 listed as fatal(?)), one newborn death following preterm birth, and 150 spontaneous abortions. We have submitted a FOI request as to the cause of the maternal death and will look into pregnancy and congenital ADRs in more detail in our next report.

Limitations of this rapid report

This report is not comprehensive, and analysis of Yellow Card data is ongoing. The process of defining the search terms was iterative and we trust that it provides a basis for discussion among clinicians and scientists. We have not compared the frequencies of ADRs between different vaccines; however, our impression is that ADRs were not limited to any particular vaccine brand (AstraZeneca, Pfizer and Moderna) or type (mRNA and DNA) currently used in the UK. UK ADR data mirror data reported on the World Health Organization's pharmacovigilance database



(www.Vigiaccess.org). On the latter, most reported ADRs to date (941,774 ADRs and 5,474 deaths) have occurred among individuals in the 18 to 44 years and 45 to 64 years of age categories (38% and 35%, respectively); the vast majority (72%) of reported ADRs have occurred among women. Unfortunately, we have been unable to examine the UK Yellow Card data according to age and gender due to lack of data availability.

We are aware of the limitations of pharmacovigilance data and understand that information on reported Adverse Drug Reactions should not be interpreted as meaning that the medicine in question generally causes the observed effect or is unsafe to use. We are sharing this preliminary report due to the urgent need to communicate information that should lead to cessation of the vaccination roll out while a full investigation is conducted. According to the recent paper by Seneff and Nigh (1), potential acute and long-term pathologies include:

- Pathogenic priming, multisystem inflammatory disease and autoimmunity
- Allergic reactions and anaphylaxis
- Antibody dependent enhancement
- Activation of latent viral infections
- Neurodegeneration and prion diseases
- Emergence of novel variants of SARSCoV2
- Integration of the spike protein gene into the human DNA

The nature and variety of ADRs reported to the Yellow Card System are consistent with the potential pathologies described in this paper and supported by other recent scientific papers on vaccine-induced harms, which are mediated through the vaccine spike protein product (2,3). It is now apparent that these products in the blood stream are toxic to humans. An immediate halt to the vaccination programme is required whilst a full and independent safety analysis is undertaken to investigate the full extent of the harms, which the UK Yellow Card data suggest include thromboembolism, multisystem inflammatory disease, immune suppression, autoimmunity and anaphylaxis, as well as Antibody Dependent Enhancement (ADE).

Due to the need for expedience, we have not detailed all ADRs in this preliminary report. The existing Yellow Card data covering just under a five-month period indicate that the extent of morbidity and mortality associated with the COVID-19 vaccines is unprecedented.

Age and gender specific data, as well as the time from vaccination, are required to further our analysis of these data and we have sent Freedom of Information Requests (FOIRs) to the MHRA in this regard.



In addition, urgent independent expert evaluation and discussion is required to assess whether the novel vaccines may be causing gene mutations among recipients, as suggested by the occurrence of usually extremely rare genetic disorders, such as Paroxysmal Extreme Pain Disorder (PEPD). In addition to the 11 cases of PEPD on the Yellow Card system, there are currently 12 reports of this extremely rare condition on the WHO's Vigiaccess.org database and 10 on the European Medicines Agency's (EMA) pharmacovigilance database. Are these ADRs occurring in babies of vaccinated pregnant women, or spuriously among vaccinated adults? This question needs urgent attention.

As pharmacovigilance data are known to be substantially under-reported, we recommend that the MHRA urgently publicises these ADR data and assists people with their ADR reporting, to facilitate full elucidation and clarification of the extent of the problem.

The MHRA now has more than enough evidence on the Yellow Card system to declare the COVID-19 vaccines unsafe for use in humans. Preparation should be made to scale up humanitarian efforts to assist those harmed by the COVID-19 vaccines and to anticipate and ameliorate medium to longer term effects. As the mechanism for harms from the vaccines appears to be similar to COVID-19 itself, this includes engaging with numerous international doctors and scientists with expertise in successfully treating COVID-19.

There are at least 3 urgent questions that need to be answered by the MHRA:

- 1 How many people have died within 28 days of vaccination?**
- 2 How many people have been hospitalised within 28 days of vaccination?**
- 3 How many people have been disabled by the vaccination?**

EbMC Squared CiC remains at your service to assist with further analysis. We kindly request full access to the Yellow Card database with immediate effect to enable a comprehensive, independent and accurate evaluation of the Yellow Card data, which will be undertaken in collaboration with clinical experts.

Yours sincerely,

Dr. Tess Lawrie (MBBCh, PhD)

Director, Evidence-based Medicine Consultancy Ltd and EbMC Squared CiC

Bath, UK



References

1. Seneff S, Nigh G. Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*. 2021;2(1):402-43.
2. Kowarz E, Krutzke L, Reis J, Bracharz S, Kochanek S, Marschalek R. “Vaccine-induced covid-19 mimicry” Syndrome: Splice reactions within the SARS-CoV-2 spike open reading frame result in spike protein variants that may cause thromboembolic events in patients immunized with vector-based vaccines. *Research Square*. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-558954/v1>.
3. Ogata AF, Cheng C-A, Desjardins M, Senussi Y, Sherman AC, Powell M, et al. Circulating SARS-CoV-2 vaccine antigen detected in the plasma of mRNA-1273 vaccine recipients. *Clinical Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab465>.



Table 1. Bleeding, Clotting and Ischaemic Adverse Drug Reactions (up to 26th May 2021 – Week 18)

YELLOW CARD CATEGORY	SEARCH: death	SEARCH: Haemorrhage, bleed, haemo	SEARCH: ischaem, infarct, angina, stroke, cerebrovascular, CVA	SEARCH: Thrombo, emboli, coag	Total Week 18
	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)	All ADRS (fatalities)
Blood disorders		42 (1)	11	930 (8)	983 (9)
Cardiac disorders		7 (4)	654 (73)	20 (4)	681 (81)
Congenital disorders		3		1	4
Ear disorders		14			14
Endocrine disorders		10		1	11
Eye disorders		239	8	16	263
Gastrointestinal disorders		482 (4)	37 (4)	35 (1)	554 (9)
General disorders	438 (438)	47		1	486 (438)
Hepatic disorders		2	3 (1)	78 (4)	83 (5)
Immune system disorders		6			6
Infections		1		1	2
Injuries		20 (1)	2	2	24 (1)
Investigations		12		157	169
Muscle & tissue disorders		5			5
Neoplasms		1		3	4
Nervous system disorders		361 (64)	1730 (59)	342 (29)	2433 (152)
Pregnancy conditions	8 (8) ²			37	43 (8)
Renal & urinary disorders		59 (1)	11	10	80 (1)
Reproductive & breast disorders		2802		2	2804
Respiratory disorders		138 (1)	12 (1)	1365 (101)	1515 (103)
Skin disorders		55			55
Surgical & medical procedures				4	4
Vascular disorders		777 (4)	64 (2)	2702 (43)	3543 (49)
Grand Total	(444)	5083 (80)	2532 (140)	5707 (190)	13766 (856 fatalities)

² 1 maternal death, 1 newborn death, 6 stillbirths



Table 2. Immune System Adverse Drug Reactions (up to 26th May 2021 – Week 18)

YELLOW CARD CATEGORY	SEARCH: inflammation (-itis), infection, infections (category)	SEARCH: ³ Immun (term), immune system (category)	SEARCH: allerg, ⁴ asthma, eczema, urticaria, rash	Total Week 18
	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)	All ADRs (fatalities)
Blood disorders	123	253		376 (4)
Cardiac disorders	131 (2)	1		132 (2)
Congenital disorders	2	2		4
Ear disorders	12	1		13
Endocrine disorders	21	12		33
Eye disorders	178	6	46	230
Gastrointestinal disorders	611 (3)	110		721 (3)
General disorders	942		92	1034
Hepatic disorders	49 (1)	6		55 (1)
Immune system disorders		3150 (4)		3414 (4)
Infections	19472 (141)			19472 (141)
Injuries	25			25
Investigations	1	24	2	27
Metabolic disorders		165 (1)		165 (1)
Muscle & tissue disorders	1503	51		1554
Nervous system disorders	201	472 (7)		673 (7)
Pregnancy conditions		10		10
Renal & urinary disorders	41 (1)			41 (1)
Reproductive & breast disorders	19		5 (1)	24 (1)
Respiratory disorders	69 (2)	4	46	119 (2)
Skin disorders	470	1041	25,077 (1)	26588 (1)
Surgical & medical procedures		2	1	3
Vascular disorders	419 (3)	2		421 (3)
Grand Total	24289 (153)	5312 (16)	25270 (2)	54870 (171 fatalities)

³ multiple sclerosis, lupus, myasthenia, pernicious, diabetes, Addison, Crohn's, Coeliac, Graves, alopecia, amyloidosis, antiphospholipid, angioedema, Behcet's, pemphigoid, psoriasis, aplasia, sarcoidosis, scleroderma, thrombocytopenia, vitiligo, Miller Fisher, Guillain Barre

⁴ 1265 allergic responses were included in the Yellow Card 'IMMUNE SYSTEM DISORDERS' category and are not included in this column – these included 1001 anaphylactic ADRs with 4 associated deaths.



Rechtbank Den Haag, Locatie Den Haag

VERZOEKSCRIFT VOORLOPIG GETUIGENVERHOOR EX ARTIKEL 186 LID 1 RV

Geven eerbiedig te kennen:

de heren **WON YIP**, woonachtig te Amsterdam, **LAURENS MEIJER**, woonachtig te Breda, **NIELS VERWIJ**, woonachtig te Reeuwijk, **MICHEL SCHREUDERS**, woonachtig te Oud-Beijerland, **THOMAS CROISET VAN UCHELEN**, woonachtig te Idskenhuisen, alsmede de vereniging met volledige rechtsbevoegdheid **ALGEMENE NEDERLANDSE BURGERBELANGEN VERENIGING**, gevestigd te Middelharnis,

allen te dezer zake domicilie kiezende te (5616 VD) Eindhoven, aan de Beukenlaan 129, ten kantore van Open Legal Advocaten, van welk kantoor mr. N.J.P. Vanaken en mr. E.E.V. Sweebe ter zake door verzoekers tot advocaten worden gesteld en als zodanig voor verzoekers in rechte zullen optreden;

Gerekwestreerde ten deze is:

de publiekrechtelijke rechtspersoon **DE STAAT DER NEDERLANDEN** (betreffende een kwestie die met name het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu aangaat), zetelende te Den Haag, ex art. 48 Rv ter zake van het parket van de procureur-generaal bij de Hoge Raad, te (2511 EK) Den Haag, aan de Korte Voorhout 8;

INHOUDSOPGAVE:

I. Feiten

- I.1. Onnodige en disproportionele maatregelen
- I.2. Maatregelen ongeloofwaardig
- I.3. Commerciële belangen
- I.4 'Besmettingscijfers'
- I.5. Corman-Drosten paper
- I.6. Retraction paper
- I.7. Gebrekkige toepassing PCR-test
- I.8. Conclusie: PCR-testresultaten geen basis voor COVID-19 maatregelen

II. Stellingen overheid

III. Voorlopig getuigenverhoor

- III.1. Aanleiding
- III.2. Vragen
- III.3. Getuigen

IV. Spoedeisendheid

V. Bevoegdheid

I. FEITEN

I.1. Onnodige en disproportionele maatregelen

1.

Verzoekers worden hierna gemakshalve gezamenlijk aangeduid als Yip c.s. Zij bestaan enerzijds uit een aantal ondernemers die actief zijn in de sectoren horeca, entertainment en e-commerce. Op persoonlijke titel zijn zij tevens (groot)ouders en bezorgde Nederlandse burgers.

2.

Anderzijds bestaan Yip c.s. uit een vereniging die de belangen van ruim 9.000 burgers behartigt met betrekking tot maatschappelijk relevante kwesties. Bij haar leden zijn tevens huisartsen betrokken. Het overgrote merendeel van haar leden heeft via een gehouden referendum tot uitdrukking gebracht zich niet te kunnen vinden in het huidige PCR-testbeleid.

3.

Evenals het gros van de Nederlandse bevolking, ondervinden YIP c.s. reeds een jaar lang in aanzienlijke mate hinder van de ingrijpende COVID-19 maatregelen. In vervolg op de eerste COVID-19 golf in maart 2020, zijn deze maatregelen in steeds stringenter vorm door gerekwestreerde (hierna: 'de overheid') opgelegd aan de bevolking. Dit terwijl duidelijk is geworden dat SARSCoV-2 geen zogeheten A-status blijkt te hebben.

4.

Uiteraard zijn Yip c.s. van mening dat, voor zover noodzakelijk, de overheid tot taak heeft om de meest kwetsbare groep burgers te beschermen tegen de nadelige gevolgen van COVID-19. Dit staat buiten kijf. Ook hebben zij begrip voor de situatie dat ten tijde van de eerste COVID-19 golf de overheid in dit kader snel moest handelen en dit conform de wijze die haar op dat moment het meest geschikt leek. Het overheidshandelen was gestoeld op de destijds beperkt aanwezige kennis en kunde ten aanzien van het SARSCoV-2 virus.

5.

Daarentegen stellen Yip c.s. dat de ontwikkelingen ten aanzien van het virus gedurende het afgelopen jaar tot bepaalde voortschrijdende inzichten bij de overheid zou moeten hebben geleid. Meer concreet stellen zij zich op het standpunt dat de thans nog steeds geldende COVID-19 maatregelen volstrekt niet meer in verhouding staan tot het aanvankelijk nagestreefde doel, te weten de effectieve bestrijding van het virus en de bescherming van de kwetsbare groep mensen.

6.

Uit officiële bronnen volgt dat het SARSCoV-2 virus bijlange na niet de gezondheidsimpact heeft gehad die ten tijde van de eerste COVID-19 golf werd voorspeld. Daar waar de Wereldgezondheidsorganisatie aanvankelijk nog sprak van een wereldwijd verwacht sterftecijfer van 3,4%, is dit gaandeweg bijgesteld naar 0,23%. De werkelijke impact ligt naar verwachting nog lager, te weten om en nabij 0,15%. Voor personen jonger dan 35 jaar bedraagt de zogeheten 'IFR' oftewel de infection fatality rate¹ 0,005%.

7.

In dit verband verwijzen Yip c.s. naar een gepubliceerd artikel van de gerenommeerde Prof. dr. J.P.A. Ioannidis van 14 oktober 2020, waaruit dit blijkt.² De Wereldgezondheidsorganisatie heeft zelfs het artikel op haar website geplaatst en sluit zich aan bij de inhoud hiervan.

¹ Het percentage besmette personen dat overlijdt, inclusief alle asymptomatische en niet-gediagnosticeerde personen.

² https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf

Ten aanzien van Nederland geldt dat 99,9% van de bevolking het SARSCoV-2 virus heeft overleefd, evenals in de rest van Europa en in Amerika.

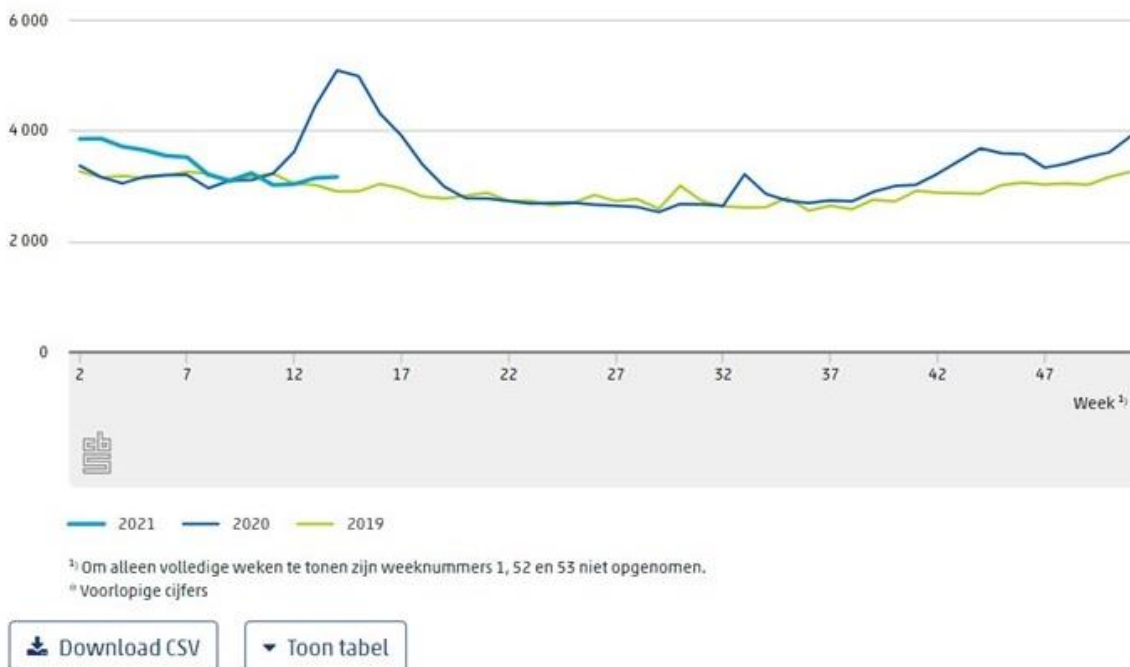
8.

Dat het SARSCoV-2 virus ook in Nederland een relatief lage impact heeft gehad op de hoogte van de sterftcijfers, blijkt onder meer uit onderstaande grafiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).³ Volledigheidshalve merken Yip c.s. op dat het CBS binnen Nederland als officiële bron wordt beschouwd, waarop ook het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zich aantoonbaar baseert.

9.

De grafiek van het CBS geeft het aantal overlijdens weer in de periode januari 2019 tot en met medio april 2021 (week 14).

Sterfte per week



10.

In week 14 van 2020 – te weten 30 maart t/m 5 april 2020 en derhalve te midden van de eerste COVID-19 golf – valt ten opzichte van dezelfde periode in 2019 een piek waar te nemen. Deze piek betreft een verschil van 2.187 overlijdens, waarvan overigens niet eens vaststaat dat deze personen allen aan de gevolgen van COVID-19 zijn overleden.

11.

Na dit tijdelijk piekmoment duikt het sterftcijfer in de weken 15 t/m 20 van 2020 – te weten 6 april t/m 16 mei 2020 – drastisch naar beneden. Hierbij duikt het sterftcijfer zelfs onder het niveau van het sterftcijfer gedurende dezelfde periode van 2019 en dit tot week 32 van 2020 (t/m 9 augustus 2020). Vanaf week 32 van 2020 tot het einde van dat jaar gedraagt de curve zich vrijwel op een identieke wijze als deze van 2019, met hierbij een licht oversterftcijfer. Hierbij dient dan wel te worden opgemerkt dat volgens het CBS in het jaar

³<https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/overlijden#:~:text=Sinds%201950%20is%20het%20jaarlijkse,er%208%2C8%20per%20duizend.>

2019 sprake was van ondersterfte.⁴ Dit laatste is een algemeen bekend feit. De EU-statistieken melden zelfs een flinke ondersterfte.⁵ Worden de cijfers van het CBS en het RIVM naast elkaar gelegd, dan bedroeg het sterftecijfer in 2020 een percentage van 0,7873% van de totale bevolking (hierbij rekening houdend met de bevolkingsgroei). Dit bedroeg zelf iets minder dan het aantal overledenen in 2019, dat uitkwam op een percentage van 0,7960 % van de totale bevolking.⁶

12.

Vanaf begin 2021 is merkbaar opnieuw een daling van het sterftecijfer waar te nemen, tot zelfs wederom onder het niveau van 2019 en 2020 (week 11; 15 t/m 21 maart 2021).

13.

Bekijken we de zogeheten 'CFR' oftewel de 'case fatality rate' - het aantal overleden personen in verhouding tot het aantal gediagnosticeerde personen met een positieve PCR-testuitslag - dan betrof deze in de periode maart-april 2020 14% procent.⁷ Met andere woorden, op het eerder beschreven piekmoment in de grafiek overleed 14% van de PCR-positief geteste personen. De geteste personen betroffen destijds overigens voornamelijk zieke en gehospitaliseerde patiënten, dit in tegenstelling tot het huidig PCR-testbeleid, waarbij alle burgers via de GGD-straten in het wilde weg worden getest. Logischerwijs ligt de CFR dan hoger. Nogmaals, hierbij staat dus niet vast dat alle overleden personen daadwerkelijk aan de gevolgen van COVID-19 zijn komen te overlijden.

14.

In september 2020 (week 36, waarbij zoals gezegd de overlijdenscurve deze van 2019 volgt), bedroeg de CFR nog slechts 0,5%. Oftewel 0,5% van de PCR-positief geteste personen kwam daadwerkelijk te overlijden, hetgeen zich verhoudt tot een aantal van 5.000 overledenen op 1 miljoen PCR-positief geteste personen. Wederom staat bovendien niet vast dat het hier daadwerkelijk allen personen betreft die aan de gevolgen van COVID-19 zijn overleden. Gezien het verdere verloop van de grafiek, zal de CFR in de periode erna niet sterk afwijkend zijn.

4

15.

Bekijken we tot slot de daadwerkelijke druk op de IC bedden – toch steevast een van de belangrijkste argumenten van de overheid ter vergoelijking van haar COVID-19 beleid – dan blijkt het volgende. Normaliter zijn er in Nederland gemiddeld ca. 1150 IC-bedden landelijk beschikbaar, die doorgaans voor 70 tot 75 procent bezet zijn. Dit landelijk aantal IC-bedden kan eenvoudig van 1.150 tot 2.000 worden opgeschaald voor patiënten die zijn besmet met COVID-19.⁸

16.

Onderstaande grafiek van het eigen coronadashboard van de Rijksoverheid⁹ geeft de bezetting van de IC-bedden gedurende de periode 27 februari 2020 t/m 20 april 2021 weer.

⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2020/53/jaaroverzicht-2020>

⁵ Excess mortality during COVID-19: Deaths from all causes compared to previous years, all ages (ourworldindata.org; [Graphs and maps — EUROMOMO](#))

⁶ <https://www.maurice.nl/2020/10/04/opmerkelijke-overeenkomsten-griepseizoen-2020-en-2018/>; OPN JOURNAAL VAN 8 JANUARI-YouTube

⁷ Antwoorden (demissionair) Minister Hugo De Jonge op Kamervragen van Kamerlid Wybren van Haga d.d. 17 november 2020:

<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/11/17/beantwoording-kamervragen-over-de-classificatie-van-covid-19-en-aanverwante-vragen/beantwoording-kamervragen-over-de-classificatie-van-covid-19-en-aanverwante-vragen.pdf>

⁸ <https://venticare.nl/nieuws/nvic-geeft-dagelijks-inzicht-in-ic-capaciteit-voor-covid19.html>

⁹ <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/intensive-care-opnames>



17.

Uit de grafiek blijkt dat op het betreffende piekmoment in 2020 en derhalve te midden van de eerste COVID-19 golf het landelijk aantal bezette IC-bedden op het hoogtepunt 1.424 bedroeg. Na de drastische daling van deze piek bedroeg het landelijk aantal bezette IC-bedden op enig moment slechts 15, om vervolgens in de periode november 2020 tot april 2021 te blijven schommelen tussen 500 en 800.

18.

Met andere woorden, vanaf mei 2020 tot heden is het landelijk aantal bezette IC-bedden niet eens in de buurt gekomen van de ondergrens van 1.150 bedden. Waarom schermt de overheid dan telkens met het argument dat topdrukte op de intensive care afdelingen haar noodzaken om strengere COVID-19 maatregelen door te drukken?

5

19.

Dat nimmer sprake is geweest van werkelijke capaciteitsdruk op de IC-afdelingen, blijkt ook wel uit het feit dat de overheid het aantoonbaar nooit nodig heeft gevonden om van aangeboden helpende handen gebruik te maken.

20.

Ter illustratie wijzen Yip c.s. onder meer op het door de heer Roland Brautigam aan de overheid aangeboden ziekenhuisschip, aantoonbaar voorzien van 600 IC-bedden, begeleidend medisch personeel en een volledig ingerichte infrastructuur. De overheid heeft het aanbod met de letterlijke bewoordingen 'dat het niet nodig was' afgewezen.¹⁰ De heer Brautigam kan dit bevestigen en aantonen. Ondanks een ingediende motie door Tweede Kamerleden hierover, met het verzoek aan het Kabinet om deze optie serieus te onderzoeken¹¹, is de overheid willens en wetens nooit hierop ingegaan. YIP c.s. vragen zich dan ook af welk doel de overheid nastreeft.

21.

Zo ook is algemeen bekend dat de in Rotterdam (Ahoy) en in Maastricht (MECC) gebouwde 'noodhospitaal' eind maart 2020 nimmer ook maar één coronapatiënt hebben gezien en al die tijd volledig leeg zijn gebleven. De door de overheid hieraan verspilte kosten passen inmiddels binnen het patroon dat aan haar zijde lijkt te zijn ontstaan, waarbij zij onder de

¹⁰<https://www.rijnmond.nl/nieuws/200982/Plan-voor-schip-voor-coronapatiënten-in-Waalhaven-niet-warm-onthaald>

¹¹<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021Z00116&did=2021D00543>

COVID-19 bestrijdingsvlag publieke gelden op onverantwoorde wijze uitgeeft.¹²

22.

Meer in het algemeen kent eenieder wel personen met zelfs een verpleegkundige achtergrond, die zich een of meermaals hebben aangeboden om de ziekenhuizen een helpende hand te bieden en die zelfs bereid waren om hiervoor een (versnelde) bijkomende IC-opleiding te volgen. Hetzelfde geldt voor ondernemers die bereid waren om financieel bij te springen, mocht dit het probleem zijn geweest. Van al deze helpende handen is door de overheid aantoonbaar willens en wetens nooit gebruik gemaakt.

23.

Gezien deze cijfers en feiten, kunnen Yip c.s. de door de overheid aangedragen argumenten ter vergoelijking van haar COVID-19 beleid niet plaatsen. Overigens valt in dit verband nog een karrenvracht aan bewijsbare feiten aan te dragen, hetgeen voor nu te ver voert. In ieder geval concluderen zij dat de door de overheid getroffen COVID-19 maatregelen ter bestrijding van het virus in alle opzichten onnodig en disproportioneel zijn geweest. Sowieso geldt dit voor alle maatregelen die vanaf week 20 van 2020 (medio mei 2020) door de overheid genomen zijn. Terwijl het algemeen sterftcijfer en de CFR structureel daalde en van de gestelde topdrukte op de IC's bovendien geen sprake was, heeft de overheid de COVID-19 maatregelen enkel verder aangescherpt.

24.

Naast de zinloosheid en disproportionaliteit van de getroffen maatregelen, geldt dat de overheid tot op heden niet eens heeft kunnen aantonen dat haar maatregelen daadwerkelijk effect hebben gesorteerd in de strijd tegen het SARSCoV-2 virus.

25.

Zo is inmiddels wel bekend dat de lockdown nauwelijks tot geen effect heeft gehad. Dit valt eenvoudig af te leiden uit de officiële grafieken en is op basis van diepgaand onderzoek aangetoond door bijvoorbeeld het American Institute for Economic Research.¹³ Er valt in de praktijk nauwelijks verschil te bespeuren in het aantal 'SARSCoV-2 besmettingen' na het begin van een lockdown of na de opheffing ervan. Het besmettingscijfer daalde en steeg immers overal in Europa op nagenoeg dezelfde wijze en bovendien bijna op hetzelfde moment, dit onafhankelijk van de al dan niet getroffen lockdown maatregelen.

26.

Ook de heer Ernst Kuipers, Voorzitter van het Landelijk Netwerk Acute Zorg, heeft recentelijk erkend dat de avondklok geen enkel effect heeft gehad ten aanzien van het beloop van de ziekenhuisopnames.¹⁴ In lijn hiermee heeft het sluiten van de horeca dan ook geen enkel bewezen effect gesorteerd.

I.2. Maatregelen ongeloofwaardig

27.

Afgezien van het voorgaande, achten Yip c.s. het COVID-19 beleid van de overheid al geruime tijd volstrekt niet meer geloofwaardig. Van meet af aan kenmerkt de COVID-19 aanpak van de overheid zich door een gebrek aan transparantie en duidelijkheid richting de Nederlandse burgers. Bovendien is de overheid structureel tegenstrijdig in haar communicatie, als gevolg waarvan haar handelwijze niet meer te rijmen valt.

¹² <https://www.trouw.nl/nieuws/niemand-weet-wie-de-ongebruikte-corona-ziekenhuizen-in-ahoy-en-mecc-moet-betalen~b80284ac/>

¹³ <https://www.aier.org/article/lockdowns-do-not-control-the-coronavirus-the-evidence/>

¹⁴ <https://www.telegraaf.nl/nieuws/2141983601/kuipers-avondklok-heeft-geen-enkel-effect-gehad>

28.

Ter illustratie wijzen Yip c.s. op een aantal opmerkelijke ongerijmdheden sinds maart 2020:

Stelling overheid en deskundigen

“Het dragen van (niet medische) mondkapjes heeft geen zin en leidt enkel tot schijnzekerheid. Dit moeten we dan ook niet willen. Bovendien kan het gevaarlijk zijn vanwege een verhoogde CO2 opname.”

“Het gros van de besmettingen vindt binnenshuis plaats. De buitenlucht versterkt daarentegen het immuunsysteem.”

“Een vergelijking van landen met en zonder lockdown en avondklok laat weinig verschil zien in de bestrijding van COVID-19. Lockdowns en een avondklok lijken weinig effect te sorteren”

“Het aantal besmettingen in de horeca is minimaal.”

“Een groot deel van de IC-patiënten kampt met overgewicht. Er bestaat aantoonbaar een verband tussen obesitas en corona.”

“Testen heeft enkel zin bij klachten. Heb je geen klachten, dan is testen zinloos.”

“Kinderen zijn geen dragers van het virus. Het risico dat kinderen het virus overdragen is dan ook vrijwel nihil.”

“De PCR-test detecteert enkel genetisch materiaal van het coronavirus. De PCR-test kan daarom niet als diagnostisch middel bij COVID-19 gebruikt worden. De test stelt ook niet vast of iemand besmettelijk is of besmettelijk wordt, dan wel ziek is of ziek wordt.”

“Er mag geen discriminatie tussen wel of niet gevaccineerde burgers ontstaan. Vaccinatie moet te allen tijde een eigen keuze blijven.”

“De gemiddelde burger heeft een goed werkend aangeboren natuurlijk immuunsysteem, dat bestand is tegen virussen en mutanten.”

“De COVID-19 vaccins zijn slechts voorwaardelijk en voorlopig goedgekeurd, maken gebruik van een nieuwe m-RNA techniek en zijn voorafgaand aan de marktintroductie op een beperkte groep mensen getest. De

Handelwijze overheid

Invoering van een maatschappij brede mondkapjesplicht.

Invoering van een maatschappij brede lockdown en thuisquarantaine.

Invoering van een maatschappij brede lockdown en avondklok.

Volledige sluiting van de horeca, inclusief de terrassen buiten.

Sluiting van alle sportscholen en beperking van (team)sport. Slijterijen en fastfood restaurants blijven open.

Invoering van maatschappij brede preventieve (snel)tests.

Invoering van maatschappij brede preventieve tests van kinderen op scholen.

Maatschappij brede invoering van de PCR-test als ‘gouden standaard’ en op zichzelf staand middel voor detectie van COVID-19. Klinisch onderzoek door een arts is niet nodig.

Vorbereidingen tot de invoering van een landelijk vaccinatiepaspoort en een negatief testbeleid om opnieuw toegang te krijgen tot de samenleving.

Grootschalige sterk gepropageerde vaccinatie campagnes voor de gehele bevolking.

Maatschappij brede introductie van sterk gepropageerde COVID-19 vaccins. Geheime contractuele afspraken met vaccinfabrikanten en doorschuiven van aansprakelijkheid van de fabrikanten

bijwerkingen zullen pas over langere tijd zichtbaar worden. Dit brengt risico's met zich mee."

naar de overheid. Artsen die patiënten via informed consent informeren over mogelijke risico's worden door de Inspectie Gezondheid en Jeugd op de vingers getikt.

"De COVID-19 vaccins bieden geen bescherming tegen de overdracht van het virus. Ook is niet bekend of zij werkelijk bescherming bieden tegen ziekte en overlijden, temeer als het om varianten van het virus gaat."

Maatschappij brede introductie van sterk gepropageerde COVID-19 vaccins als enige manier om het virus in te dammen.

"Er zijn geneesmiddelen beschikbaar die mogelijk een positieve werking hebben op de (vroeg)behandeling van COVID-19, zoals Ivermectine, HCQ, Zink en Vitamine D. Dit blijkt uit tal van internationale studies en het gebruik ervan in meerdere landen. Deze middelen zijn al jarenlang beschikbaar, veilig in gebruik, goedkoop en eenvoudig verkrijgbaar."

Ongekende weerstand tegen het gebruik van deze geneesmiddelen bij COVID-19. (Huis)artsen die deze geneesmiddelen voorschrijven aan patiënten die hierom vragen worden beboet door de Inspectie Gezondheid en Jeugd, vanwege 'onvoldoende bewijs dat de middelen werken'.

29.

Op basis van deze en vele andere feiten kunnen Yip c.s. zich niet aan de indruk onttrekken dat de tot op heden getroffen overheidsmaatregelen niets meer van doen hebben met de bescherming van de publieke gezondheid. Volgens hen zou de overheid in dat geval echt andere keuzes hebben gemaakt.

I.3. Commerciële belangen

30.

Daarentegen spelen volgens hen andere belangen, die erop zijn gericht om een zo groot mogelijke afzetmarkt voor (snel)testen en vaccins te creëren. De winsten die worden gegenereerd door onderzoekslaboratoria en GGD'en voor het uitvoeren van de testen en de inrichting van de teststraten, alsook door de commerciële aanbieders van de (snel)testen, lopen in de miljoenen zo niet in de miljarden.¹⁵

31.

Dat commerciële belangen de bovenhand hebben gekregen, valt eenvoudig af te leiden uit het grootschalig plan van de overheid om te komen tot een massale testsamenleving, waarbij de Nederlandse burgers onder het mom 'bewijs jij maar eerst dat je gezond bent' opnieuw toegang krijgen tot de samenleving. Hierbij worden zelfs kinderen onder de 12 jaar – waarvan bekend is dat zij nauwelijks vatbaar zijn voor COVID-19 en besmettelijkheid – niet gespaard.

32.

Ingevolge een onderzoek uitgevoerd door KPMG en de Vrije Universiteit Amsterdam¹⁶, dat heeft geresulteerd in een uitgebreid rapport getiteld 'Hoe verder in 2021?', wordt gesteld dat naast het huidige testen via de GGD'en een tweede 'testspoor' de norm moet worden. Hierbij wordt het uitvoeren van sneltesten voorafgaand aan de dagelijkse activiteiten, zoals het volgen van onderwijs, het naar kantoor gaan en het bezoeken van winkels, horeca of

¹⁵ <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2347515-ministerie-betaalde-miljoenen-meer-voor-eerste-coronatesten.html>

¹⁶ https://www.vno-ncw.nl/sites/default/files/hoer_verder_in_2021_def.pdf

evenementen, de standaardnorm. Gestreefd wordt naar het uitvoeren van minimaal 650.000 tests per dag (!) om te komen tot een 'gezonde samenleving'.¹⁷

33.

Recentelijk heeft de overheid in dit kader een bedrag van maar liefst 1,1 miljard euro aan belastinggelden vrijgemaakt om ter beschikking te stellen aan de opgerichte Stichting Open Nederland. Deze stichting (bestaande uit enkel een bestuur van slechts 3 personen en geen toezichtsorgaan) heeft als taak om de praktische uitvoering van het beoogd testbeleid in goede banen te leiden.¹⁸

34.

Dit beoogd uitgebreide testbeleid is bepaald niet zonder gezondheidsrisico's. Zo staat inmiddels vast dat een of meerdere van de in Nederland gedistribueerde (zelf)testen giftige stoffen bevatten, waaronder Ethyleenoxide en Octyl-/Nonylphenol Ethoxylaate. Ethyleenoxide is een kleurloos gas dat wordt gebruikt voor de sterilisatie van de wattenstaafjes. Octyl-/Nonylphenol Ethoxylaate vinden we dan weer terug in de testvloeistof.

35.

Deze feiten zijn eenvoudig aan te tonen en zijn ook geen geheim, want dit is gewoon terug te vinden op de verpakking en in de bijsluiters van bijvoorbeeld de zelftest SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test van Roche.¹⁹ De verpakking vermeldt 'sterile EO' (waarbij EO staat voor Ethyleenoxide) en in de standaard bijsluiters staat opgenomen:

"Voor klanten in de Europese Economische Ruimte: bevat een zeer risicovolle stof (SVHC): Octyl-/nonylphenolethoxylaate. Alleen voor gebruik als onderdeel van een IVD-methode en onder gecontroleerde omstandigheden - volgens artikel 56.3 en 3.23 van de REACH-verordening." (ondertek. advoc.)

36.

Het gebruik van beide giftige stoffen is in Europa nochtans verboden, behoudens enkele strikte uitzonderingen, zoals uitgewerkt in onder meer de REACH-verordening. Van Ethyleenoxide is bekend dat het onder meer kankerverwekkend is en een risico vormt voor de menselijke voortplanting. Deze stof kent geen veilige dosis, in die zin dat ieder contact hiermee als schadelijk wordt beschouwd. Octyl-/Nonylphenol Ethoxylaate tast op haar beurt het menselijk immuunsysteem aan en kan leiden tot onvruchtbaarheid.

37.

Om die reden hebben meerdere Kamerleden, waaronder van de FPÖ in Oostenrijk²⁰, kritische Kamervragen gesteld over het gebruik van deze stoffen bij zelftesten. Zo ook heeft de Duitse stad Hamburg, vanwege het gebruik van deze giftige stoffen, besloten om per direct te stoppen met de inkoop van de zelftest van Roche en de levering hiervan aan scholen.²¹

¹⁷ <https://www.parool.nl/nederland/advies-met-650-000-tests-per-dag-kunnen-versoepelingen-eerder-~bec23c4b/>

¹⁸ <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/niet-925-miljoen-maar-1-1-miljard-opzij-gezet-voor-toegangstesten~b79106b7/>

¹⁹ https://www.apotheekhetquadraat.nl/wpcontent/uploads/sites/14/2021/04/Bijsluiters_SARS_CoV_2_RAGT_Nasal_Zelftest_NL.pdf

²⁰ <https://www.facebook.com/groups/385894699406152/permalink/458756055453349/>

²¹ <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article230552637/Schnelltest-in-Hamburg-Behoerde-setzt-Tests-wegen-Chemikalie-nicht-mehr-ein.html>

38.

Onze overheid daarentegen levert de komende maanden miljoenen²² van deze Roche zelftests²³ aan de basisscholen. Bekend is dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in maart 2020 (zonder aanbesteding) een megaorder van 46,5 miljoen van deze zelftests bij Roche heeft ingekocht, onder meer ter distributie aan het onderwijs.

39.

Roche kreeg op 24 maart 2020 een tijdelijke ontheffing van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de zelftest versneld op de markt te brengen. Met een dergelijke tijdelijke ontheffing wordt het vereiste van de CE-markering voor de consumentenmarkt – het Europees bewijs dat de zelftest veilig is en in Europa verhandeld mag worden – omzeild.²⁴

40.

Het voorgaande geeft te denken. Voor de Nederlandse ouders biedt dit in ieder geval een weinig hoopvolle gedachte met het oog op de gezondheid van henzelf en hun kinderen.

I.4. 'Besmettingscijfers'

41.

Nog los van de vraag of een dergelijke commerciële testsamenleving vanuit sociaal, juridisch en ethisch oogpunt maatschappelijk wenselijk is en het feit dat dit beleid klaarblijkelijk met de nodige gezondheidsrisico's gepaard gaat, geldt dat het gebruik van de PCR-test bij COVID-19 überhaupt gebaseerd is op medisch-wetenschappelijk drijfzand. Yip c.s. lichten dit als volgt toe.

42.

Feit is dat alle door de overheid getroffen COVID-19 maatregelen hun belangrijkste grondslag vinden in de 'besmettingscijfers' zoals geïnterpreteerd door het RIVM conform het reproductiegetal. Het reproductiegetal geeft het aantal mensen dat wordt besmet door één besmettelijk persoon weer.²⁵ Op basis van dit reproductiegetal wordt vervolgens vastgesteld hoe snel het SARSCoV-2 virus zich verspreidt. De door de overheid veel gebezigde term 'besmetting' is op zichzelf genomen al misleidend en onjuist te noemen, aangezien slechts sprake is van vastgestelde positieve PCR-testresultaten. Niets meer of minder.

43.

Het RIVM stelt de richtlijnen op voor de uitgevoerde PCR-tests en adviseert op basis van de vastgestelde positieve PCR-testresultaten het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van het door haar te voeren COVID-19 beleid. Het RIVM ontvangt deze PCR-testresultaten van de ziekenhuizen en de GGD'en, die op hun beurt de PCR-tests uitvoeren via de teststraten en andere testlocaties.

44.

Het voorgaande heeft tot gevolg dat voor zover er wezenlijke gebreken zouden kleven aan de wijze waarop de PCR-test bij COVID-19 wordt gebruikt, de hieruit voortvloeiende positieve PCR-testresultaten onvoldoende betrouwbaar zijn. In zodanig geval kunnen deze PCR-testresultaten niet als wetenschappelijke basis dienen voor de tot op heden getroffen

²² <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/04/19/14-miljoen-zelftesten-onderweg-naar-scholen>

²³ <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/politiek/artikel/5222856/zelftesten-vanaf-nu-bij-de-apotheek-beschikbaar-voor-9-euro-binnen>

²⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/richtlijnen/2021/03/04/procedure-voor-ontheffing-voor-antigeen-sneltest-als-zelftest/procedure-voor-ontheffing-voor-antigeen-sneltest-als-zelftest-250321.pdf>

²⁵ Naast de gestelde topdrukke op de Intensive care afdelingen.

COVID-19 maatregelen.

45.

Yip c.s. merken meer in het algemeen op dat de huidige wijze waarop de PCR-test bij COVID-19 wordt gebruikt reeds van meet af aan op aanzienlijke medisch-wetenschappelijke kritiek kan rekenen. De centrale vraag is of de wijze waarop het PCR-testbeleid binnen Nederland plaatsvindt, deze toets der kritiek kan doorstaan. Yip c.s. zijn van oordeel dat dit om meerdere essentiële redenen niet het geval is en zij stellen daartoe het volgende.

I.5. Corman-Drosten paper

46.

De wijze waarop de PCR-test bij COVID-19 tot op heden wordt gebruikt en waaruit dus de bedoelde 'besmettingscijfers' voortvloeien, vindt haar oorsprong in de zogeheten 'Corman-Drosten' paper. Een exemplaar hiervan wordt overgelegd als **productie 1**. Dat deze paper als grondslag voor het PCR-testbeleid in Nederland en in vele andere landen wordt gebruikt, is een algemeen bekend gegeven en behoeft om die reden geen verder betoog.

47.

De Corman-Drosten paper beschrijft als zodanig het testprotocol om het COVID-19 virus in de praktijk te detecteren. Vaststaat dat de SARS-CoV2 PCR-test kits die worden gebruikt om Nederlandse burgers te testen op de aanwezigheid van het COVID-19 virus zijn ontworpen op basis van het beschreven protocol in deze paper. Om onduidelijke reden is dit ontworpen testprotocol binnen Europa maar ook daarbuiten uitgegroeid tot 'de gouden standaard' voor het detecteren van het COVID-19 virus.

48.

Deze paper is onder andere door de heren Victor Corman en Christian Drosten²⁶ op 21 januari 2020 ingediend bij Eurosurveillance. Op 22 januari 2020 is de paper door de editorial board van Eurosurveillance goedgekeurd en een dag later, op 23 januari 2020, is de paper door Eurosurveillance online gepubliceerd. De snelheid waarmee dit heeft plaatsgevonden is een unicum in de wetenschappelijke literatuur te noemen.

11

49.

Over de werkelijke status en achtergrond van Eurosurveillance is opmerkelijk genoeg weinig bekend. Eurosurveillance positioneert zich als een medisch tijdschrift over epidemiologie, dat kennelijk gelieerd is aan het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Dit ECDC is op haar beurt gelieerd aan de Europese Unie. Binnen de medisch-wetenschappelijke wereld wordt aan het tijdschrift Eurosurveillance geen enkele noemenswaardige status toegekend, dit in tegenstelling tot gerenommeerde tijdschriften als The New England Journal of Medicine dan wel The Lancet.

50.

De Duitse viroloog Christian Drosten is niet onomstreden. Zo worden vraagtekens geplaatst bij zijn behaalde Doctoraat via de Goethe University in Frankfurt. Ook staat vast dat de heer Drosten in het verleden al vaker gênant onjuiste voorspellingen omtrent 'virusuitbraken' en de impact ervan op de volksgezondheid heeft geuit. Hierbij is achteraf beschouwd de bevolking destijds volstrekt onnodig angst aangejaagd.

51.

Zo zou het in 2003 gedetecteerde SARS-virus volgens de heer Drosten bijzonder gevaarlijk zijn voor de wereldbevolking. Uiteindelijk had de Wereldgezondheidsorganisatie berekend dat wereldwijd slechts sprake was geweest van 8096 daadwerkelijke SARS-besmettingen,

²⁶ http://enformtk.u-aizu.ac.jp/howard/the_classified_drosten_files/

waarvan 774 sterftegevallen.

52.

Zo ook was volgens de heer Drosten in 2009 sprake van een 'gevaarlijke Mexicaanse griep waartegen iedereen zich zou moeten vaccineren'. In werkelijkheid bleek deze voorspelling op helemaal niets gebaseerd.

53.

Door deze foutieve voorspelling hadden veel Westerse landen, waaronder Nederland, inmiddels wel voor honderden miljoenen euro's aan publieke gelden onnodig verspild aan de inkoop van vaccins tegen de Mexicaanse griep. Deze belandden uiteindelijk letterlijk in de prullenmand. Uiteindelijk bleken deze vaccins ook nog eens risicovolle bijwerkingen te kennen.

54.

In dit kader heeft de Nederlandse overheid in 2018 een schikkingsbedrag van 5 miljoen euro vrijgemaakt, ter compensatie voor de schade die een aantal van onze kinderen hadden opgelopen als gevolg van de massale inenting met het vaccin Pandemrix. Deze kinderen hadden door de vaccinatie de ongeneeslijke ziekte Narcolepsie ontwikkeld.²⁷ Hierover worden thans nog steeds juridische procedures gevoerd.

55.

Een andere co-auteur van de Corman-Drosten paper betreft dan weer de Duitse wetenschapper Olfert Landt. Opvallend aan de heer Landt is dat hij tevens eigenaar is van het in Berlijn gevestigd biotechnologisch bedrijf TIB Molbiol Syntheselabor GmbH.²⁸ Dit bedrijf ontwikkelt, produceert en verkoopt op grote schaal de PCR-test kits voor COVID-19.

56.

Het heeft er alle schijn van dat de heer Drosten en de heer Landt al jarenlang teren op een succesvol gezamenlijk 'business model', dat gebaseerd is op de ontwikkeling en verkoop van PCR-tests bij (vermeende) grootschalige virusuitbraken. Dit was reeds het geval in 2003 ten aanzien van SARS-CoV, in 2005 ten aanzien van de vogelgriep, in 2009 ten aanzien van de varkensgriep en het Chikungunya virus, in 2012 ten aanzien van MERS, in 2016 ten aanzien van het ZIKA virus en in 2017 ten aanzien van Yellow Fever Brazil.²⁹ Het bijzondere toeval wil dat de heer Drosten en de heer Landt telkenmale steevast als eersten in een razendsnel tempo met een door hen ontwikkelde PCR-test op de proppen kwamen.

57.

Begin 2020 was de tijd kennelijk rijp voor de ontwikkeling van de PCR-test voor de detectie van het COVID-19 virus, die de heer Drosten ontwikkelde binnen zijn werktijden bij het Charité Academisch Medisch Centrum te Berlijn. Desondanks is het intellectueel eigendom ten aanzien van de PCR-test bij de heer Drosten komen te liggen.³⁰

58.

Het is geen geheim dat het bedrijf TIB Molbiol Syntheselabor GmbH van de heer Landt in het verleden miljoenen euro's heeft verdiend aan de geproduceerde en verkochte PCR-test kits. De winsten die het bedrijf heeft gegenereerd in 2020 wordt op het veelvoudige geschat.

²⁷ <https://nos.nl/artikel/2251232-ministerie-trekt-miljoenen-uit-voor-schikkingen-na-vaccin-mexicaanse-griep.html>

²⁸ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-12/a-berlin-biotech-company-got-a-head-start-on-coronavirus-tests>

²⁹ <https://www.rubikon.news/artikel/der-goldjunge>

³⁰ Dit riep kritische vragen op, aangezien het Charité Academisch Medisch Centrum zelf al geruime tijd met financiële problemen kampte en de inkomsten om die reden goed kon gebruiken.

59.

Hetgeen temeer verbazing wekt is de kennelijke 'handel met voorkennis', in die zin dat de productie en verkoop van deze COVID-19 PCR-testkits aantoonbaar reeds was gestart nog voordat überhaupt de goedkeuring en officiële publicatie van de Corman-Drosten paper door Eurosurveillance had plaatsgevonden. Dit geeft toch te denken.

60.

Vanuit perspectief van de Nederlandse overheid is opvallend dat maar liefst negen (!) personen direct gelieerd aan het RIVM als co-auteur hun inhoudelijke bijdrage hebben geleverd aan de Corman-Drosten paper.

61.

In dit verband zijn te noemen de heer Richard Molenkamp, de heer Adam Meijer, mevrouw Daphne Mulders, de heer Bart Haagmans, de heer Bas van der Veer, mevrouw Sharon van den Brink, mevrouw Lisa Wijsman, mevrouw Chantal Reusken en mevrouw Marion Koopmans.

Peer review

62.

Gezien de vele vragen die de Corman-Drosten paper oproep, heeft dr. Pieter Borger, moleculair bioloog en PCR-deskundige, medio mei telefonisch contact opgenomen met het RIVM. Op basis van zijn jarenlange wetenschappelijke achtergrond, is de heer Borger expert op het vlak van PCR-testen te noemen.

63.

De reden waarom de heer Borger het RIVM benaderde, was omdat hij na grondige bestudering van de Corman-Drosten paper een aanzienlijke hoeveelheid wetenschappelijke gebreken in de paper had vastgesteld. Kort gezegd, kon de heer Borger zich op basis hiervan niet voorstellen dat de paper door PCR-experts peer-reviewed³¹ was. Zelf editor van wetenschappelijke artikelen en tijdschriften, is de heer Borger bekend met peer review processen.

13

64.

Het feit dat de paper op 21 januari 2020 door de heren Corman en Drosten bij Eurosurveillance was aangeboden en reeds een dag later als 'erkende wetenschap' door Eurosurveillance voor publicatie werd goedgekeurd, sterkte de heer Borger in zijn vermoeden dat peer review ten aanzien van de paper onmogelijk heeft kunnen plaatsgevonden. Een peer-review van een wetenschappelijk artikel beslaat doorgaans immers een periode van enkele weken tot zelfs enkele maanden.

65.

Tijdens zijn contact met het RIVM sprak hij een woordvoerder van het RIVM, de heer Coen Berends. De heer Berends bracht de heer Borger vervolgens in e-mail contact met de heer Adam Meijer van het RIVM, zoals gezegd co-auteur van de Corman-Drosten paper. Opvallend is dat op het moment waarop de heer Borger bij de heer Meijer verifieerde of de Corman-Drosten paper voorafgaand aan goedkeuring en publicatie door Eurosurveillance peer-reviewed was, de heer Meijer zonder meer het contact met de heer Borger verbrak.

³¹ Peer review betreft een gebruikelijke standaard procedure bij de publicatie van wetenschappelijke artikelen en papers. Dit houdt in dat een kritische inhoudelijke toetsing van de voorgenomen publicatie door vakgenoten plaatsvindt, met als doel de kwaliteit van het artikel of de paper te verifiëren, te controleren of te verbeteren.

66.

In reactie hierop heeft de heer Borger met dezelfde vraag dan maar rechtstreeks contact gezocht met Eurosurveillance, waarbij hij uiteindelijk is doorverwezen naar het eerder genoemde ECDC. Ook het ECDC weigerde om inhoudelijk op de vraag van de heer Borger in te gaan.

67.

In een kort mailbericht dat de heer Borger op 18 november 2020 van het ECDC in dit verband ontving, werd aangegeven dat:

“Disclosure would undermine the purpose of scientific investigations” en

“disclosure would seriously undermine the decision making process of the ECDC”.

68.

Deze reactie van het ECDC op de vraag van de heer Borger valt volstrekt niet te plaatsen. Het is onbegrijpelijk dat de totstandkoming van de Corman-Drosten paper dermate in nevelen is gehuld. Dit is tot op heden overigens nog steeds het geval.

69.

Volgens de heer Borger is het in het algemeen belang van wetenschappelijk onderzoek cruciaal dat peer review van een dergelijke paper plaatsvindt. Dit dient dan ook te kunnen worden aangetoond. Temeer gezien de ‘gouden standaard’ status die aan de Corman-Drosten paper ten aanzien van de detectie van het COVID-19 virus wordt toegekend. Aangezien de PCR-test wordt ingezet als diagnostisch middel met bijzonder verstrekkende gevolgen, zoals verplichte quarantaines, dient de betrouwbaarheid ervan onmiskenbaar vast te staan. Transparantie is hierbij een noodzakelijk vereiste.

70.

Totdat het tegenbewijs daartoe wordt geleverd, dient het ervoor te worden gehouden dat de Corman-Drosten paper niet peer-reviewed is. Voor zover dit wel het geval zou zijn, kan dit onmogelijk op deugdelijke wijze hebben plaatsgevonden. In ieder geval blijkt uit alles dat Eurosurveillance hier bewust niets over vrijgeeft.

71.

Saillant detail in dit verband is dat de heer Christian Drosten destijds zelf (!) deel uitmaakte van de editorial board van Eurosurveillance. Ten aanzien van de editorial board van Eurosurveillance kunnen dan ook bijzondere vraagtekens worden geplaatst aangaande haar onafhankelijkheid.

72.

Overigens zijn ook leden van het RIVM en co-auteurs van de Corman Drosten paper lid van de editorial board, waaronder Chantal Reusken.³²

73.

Kritische vragen over mogelijke belangenverstrekkingen binnen de editorial board van Eurosurveillance, vanwege de ‘dubbele pet’ functies van de betreffende co-auteurs, hebben in de praktijk tot weinig geleid. De blote ontkenning hiervan door de heren Drosten en Landt was voor Eurosurveillance kennelijk al toereikend.³³

74.

Hoe dan ook is bijzonder merkwaardig dat de Corman-Drosten paper dermate snel aan

³² <https://www.eurosurveillance.org/board>

³³ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.30.2007301?crawler=true>

Eurosurveillance was aangeboden, te weten op een moment waarop wereldwijd nog slechts een zestal COVID-19 sterftegevallen bekend waren. In Europa was het virus nog niet eens gedetecteerd.

75.

Sterker nog, het Corman-Drosten protocol zoals geschetst in de paper is aantoonbaar ontwikkeld nog vóórdát men überhaupt de beschikking had over het virus. Op dat moment was een deel van het virus namelijk niet geïsoleerd. Hierdoor was niet eens duidelijk of het veronderstelde virus daadwerkelijk bestond en zodoende kon niet worden bepaald of het virus als oorzaak van een nieuwe ziekte kon worden bestempeld.

76.

Pas een dag ná de officiële publicatie van de Corman-Drosten paper door Eurosurveillance, derhalve op 24 januari 2020, publiceerden de plaatselijke Chinese wetenschappers in The New England Journal of Medicine zelf (!) voor het eerst een officieel artikel over het gedetecteerde SARSCoV-2 virus in Wuhan. Op dat moment had de Wereldgezondheidsorganisatie de virusuitbraak nog niet eens uitgeroepen tot een 'Public Health Emergency of International Concern'. Op deze dag werd ook voor het eerst melding gemaakt van een virusdetectie in Europa (te weten Frankrijk) en op deze dag kwam ook het Outbreak Management Team van het RIVM voor het eerst samen.

Computersimulatie

77.

Dit werpt de vraag op hoe de Corman-Drosten paper dan precies tot stand kon komen. In werkelijkheid heeft de heer Drosten vanuit zijn thuisbasis in Duitsland en derhalve vanop afstand in slechts 48 uur een theoretisch computermodel van de benodigde genetische code van het virus ontworpen. Hierbij heeft de heer Drosten zich louter gebaseerd op sociale mediaberichten (!), die leken te wijzen op een nieuw klinisch beeld dat de schijn had van SARS.

15

78.

Overigens is het voorgaande eenvoudig af te leiden uit de inhoud van de Corman-Drosten paper zelf, nu hierin wordt vermeld:

“In the present case of 2019-nCoV, virus isolates or samples from infected patients have so far not become available to the international public health community. We report here on the establishment and validation of a diagnostic workflow for 2019-nCoV screening and specific confirmation, designed in absence of available virus isolates or original patient specimens. Design and validation were enabled by the close genetic relatedness to the 2003 SARS-CoV, and aided by the use of synthetic nucleic acid technology.” (ondertek. advoc.)

en

“Before public release of virus sequences from cases of 2019-nCoV, we relied on social media reports announcing detection of a SARS-like virus. We thus assumed that a SARS-related CoV is involved in the outbreak. We downloaded all complete and partial (if >400 nt) SARS-related virus sequences available in GenBank by 1 January 2020.” (ondertek. advoc.)

79.

Oftewel, het beschreven testprotocol in de Corman-Drosten paper en hiermee de thans gebruikte PCR- test is aantoonbaar niet gestoeld op een echt virus dat is geïsoleerd uit een patiënt of op een grondig onderzocht klinisch beeld. Hooguit is aansluiting gezocht bij sociale mediaberichten, waaruit de detectie van een 'SARS-like' virus bleek te volgen. Ten aanzien van deze berichten is niet eens bekend hoe authentiek ze zijn. Deze gang van zaken is

onbegrijpelijk.

80.

Het vergt geen hogere wiskunde om tot de conclusie te komen dat de Corman-Drosten paper op een uiterst knullige wijze tot stand is gekomen. Het heeft er tevens alle schijn van dat het ontwikkeld PCR-testprotocol eenvoudig past binnen het eerder genoemd gezamenlijk businessmodel van de heren Drosten en Landt. Beide heren hadden er een groot commercieel belang bij om, evenals bij de voorgaande 'virusuitbraken', zo snel mogelijk als eersten met een PCR-test protocol op de markt te komen. Yip c.s. stellen zich de vraag hoe onafhankelijke wetenschappers zich massaal achter deze commerciële constructie konden en kunnen blijven scharen.

Wijziging testmethode

81.

Toen in het najaar van 2020 het RIVM en de Nederlandse overheid een tweede COVID-19 golf voorspelden, is de heer Borger zich gaan verdiepen in het Nederlands PCR-testbeleid.

82.

Met name kon de heer Borger niet plaatsen dat enerzijds de infection fatality rate (IFR) gedurende de periode april tot en met augustus 2020 aantoonbaar was gezakt tot de nullijn, welke nullijn in de periode augustus tot november 2020 aanhield³⁴, terwijl anderzijds volgens de geluiden van het RIVM het aantal positieve PCR-testresultaten structureel bleef stijgen. Dit leek niet met elkaar te stroken.

83.

Op basis van nader onderzoek bleek toen dat het RIVM de PCR-testmethode op eigen initiatief had gewijzigd, hetgeen overigens later ook door het RIVM is bevestigd. Meer bepaald bestond deze wijziging erin dat - daar waar de detectie van het COVID-19 virus aanvankelijk plaatsvond op basis van het testen van twee genen van de virusstreng - opeens nog slechts met één gen werd getest. Oftewel, de PCR-testmethode was aanzienlijk vereenvoudigd, uiteraard met als direct gevolg een hoger aantal positieve PCR-testresultaten onder de bevolking.

84.

Deze wijziging van de PCR-testmethode valt eenvoudig af te leiden uit de eigen COVID-19 Richtlijn van het RIVM³⁵, waarin vermeld staat:

“De PCR-testen voor SARS-CoV-2 in Nederland zijn oorspronkelijk gericht op twee targets: het E-gen en het RdRP-gen (Corman 2020). Met de ervaring die daarmee is opgedaan, hebben de meeste laboratoria ervoor gekozen om alleen nog voor het meest gevoelige E-gen te testen om tijd te besparen en het gebruik van reagentia bij schaarste in te perken.”

85.

Hiernaast had het RIVM op 25 september 2020 in de richtlijn op haar website een wijziging aangebracht ten aanzien van het toetsingsmoment in verhouding tot de amplificatiecurve. Meer bepaald had zij het toetsingsmoment van een Ct-waarde van >30 verhoogd naar een Ct-waarde van >35.

86.

In de praktijk leidde deze verhoging ertoe dat in de testlaboratoria enkel nog boven de 35 cycli een beoordeling van de amplificatiecurve plaatsvond, met logischerwijs meer positieve

³⁴ Dit volgt ook uit de eerder weergegeven grafiek van het CBS.

³⁵ <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19>

PCR-testresultaten onder de bevolking tot gevolg. Voorheen werden de PCR-testresultaten tussen de 30 en 35 cycli nog extra beoordeeld aan de hand van de curve.

87.

Tijdens de Technische briefing van 14 oktober 2020³⁶ stelde Tweede Kamerlid Wybren van Haga aan de heer Jaap van Dissel van het RIVM concreet de vraag wat de reden was van beide doorgevoerde wijzigingen en welke impact dit zou hebben op het aantal positieve PCR-testresultaten en het aantal foutpositieven.

88.

In reactie hierop diende de heer Van Dissel het antwoord volkomen schuldig te blijven. Hij kwam niet verder dan de volgende letterlijke toelichting, waaraan weinig touw is vast te knopen:

“Ik zou dat echt even moeten nagaan bij de collegae die over laboratoriumonderzoek meer gaan. Kijk, die PCR-test kan je gevoeliger maken door langer die cycli te doen, maar dat heeft ook zeker bezwaren, kan dat geven, hè, dat je te lage aantallen oppakt. Het aantal targets waarop wordt gePCR'd, dat is natuurlijk ook belangrijk, want als dat één is dan heb je mogelijk meer kans op een fout-positieve uitslag dan wanneer je dat op meerdere doet. We hebben ook protocollen waarbij je, als je in de hogere regionen zit van die cyclustijden, dat je dan alsnog op meerdere targets kijkt. Dus ik zou dat even specifiek voor u moeten navragen.”

89.

Tijdens het Kamerdebat van diezelfde dag (14 oktober 2020)³⁷ stelde Tweede Kamerlid Wybren van Haga vervolgens aan demissionair Minister van Volksgezondheid Hugo De Jonge gericht de vraag wat de precieze reden was van deze wijziging in het PCR-testbeleid en op welk tijdstip deze wijziging door het RIVM was doorgevoerd.

17

90.

In reactie op de vraag van de heer Van Haga volgde weinig meer dan het antwoord dat de heer Van Haga een 'waanzinnig technisch ingewikkelde vraag' stelde. Ook de heer De Jonge moest het antwoord hierop schuldig blijven.

91.

Aangezien de heer Van Haga ruim een maand later nog steeds geen antwoord van beide heren op zijn vragen had ontvangen, uitte hij tijdens het Kamerdebat van 18 november 2020³⁸ zijn ongenoegen hierover bij de heer De Jonge.

92.

Uiteindelijk volgde diezelfde dag via een schriftelijke reactie van het RIVM³⁹ het weinig zeggend antwoord:

“De tekst op de website is 25 september 2020 aangepast. De aanpassing is gemaakt om de laatste stand van zaken in ontwikkelingen van PCR-testen, andere type testen en ontwikkelingen op diagnostiek gebied te communiceren. De aanpassing van de waarschuwing Ct-waarde is gemaakt omdat de opgedane ervaring leert dat onder Ct 35 er geen twijfelcurves zijn.”

³⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=MYLM4i3mE00>

³⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=jR-hsBrkPAC>

³⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=7lw1TKebfYY>

³⁹ https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-11/15102020%20Toelichting%20op%20vraag%20van%20Haga%20aan%20Jaap%20van%20Dissel-AM16102020_final.pdf

93.

Over de wijziging in het aantal genen waarmee wordt getest, verstrekke het RIVM in haar schriftelijke toelichting de al even moeilijk te duiden uitleg:

“De aanpassing aan het aantal target genen in PCR-testen en andere typen testen is gemaakt om het veranderde landschap aan beschikbare en gebruikte testen in Nederland te beschrijven.”

94.

Volgens Yip c.s. blijkt uit alles dat de overheid eenvoudigweg niet in staat is om deze wijziging in het PCR-testbeleid deugdelijk te onderbouwen. Voor zover er al een onderbouwing wordt verstrekt, mist deze iedere logica. Volgens PCR-deskundige Pieter Borger is deze handelwijze van het RIVM hoe dan ook onbegrijpelijk en wetenschappelijk ontoelaatbaar.

95.

De heer Borger stelt dat het bij het uitvoeren van een wetenschappelijke diagnostische test immers van wezenlijk belang is dat een standaard operationele procedure (SOP) wordt toegepast, dit om verzamelde data over een bepaalde periode op objectieve wijze met elkaar te kunnen vergelijken. Wordt op enig moment de procedure gewijzigd en gaat men hierdoor met andere detectiemethoden werken, dan is een dergelijk vergelijkingsproces vanzelfsprekend niet meer mogelijk.

96.

Deze wijziging maakt volgens de heer Borger dat het wetenschappelijk onverantwoord en onjuist is om op basis van de gebruikte PCR-test te stellen dat het aantal positieve PCR-testresultaten in het najaar van 2020 ten opzichte van de periode daarvoor zou zijn toegenomen. Nochtans is dit wel hetgeen de overheid de Nederlandse burgers via de media stelselmatig heeft voorgehouden om haar COVID-19 maatregelen te kunnen handhaven en zelfs versterken.

18

I.6. Retraction paper

97.

Gedurende deze zelfde periode (najaar 2020) stelde de heer Borger binnen zijn internationaal wetenschappelijk netwerk vast dat meerdere vooraanstaande academici en wetenschappers gelijklopende bezwaren formuleerden ten aanzien van de inhoud van de Corman-Drosten paper. Deze academici en wetenschappers beschikken op basis van hun achtergrond over diepgaande kennis ten aanzien van PCR-testen. Onder hen bevindt zich zelfs de heer Michael Yeadon, voormalig Chief of Science van het farmaceutisch bedrijf Pfizer, nota bene een van de huidige COVID-19 vaccinfabrikanten.

98.

Gezien hun toenemende kritiek op de inhoud van de Corman-Drosten paper, hebben een aantal van deze academici en wetenschappers op 1 december 2020 gezamenlijk een zogeheten Retraction paper⁴⁰ ingediend bij Eurosurveillance. Op basis van deze Retraction paper hebben zij Eurosurveillance dringend verzocht om de publicatie van de Corman-Drosten paper vanwege haar vele gebreken in te trekken. Een exemplaar van de ingediende Retraction Paper wordt overgelegd als **productie 2**.

99.

Gezien het hoge ‘slagerij keurt haar eigen vlees’ gehalte en de dubieuze belangen binnen de

⁴⁰ Een Retraction paper beoogt te bewerkstelligen dat een gepubliceerd wetenschappelijk artikel op basis van aangevoerde gronden uit een tijdschrift wordt verwijderd, dus wordt ingetrokken.

editorial board van Eurosurveillance, komt het niet als een verrassing dat Eurosurveillance aan dit intrekkingverzoek geen gevolg heeft gegeven. De enorme maatschappelijke impact van een dergelijke intrekking zal ongetwijfeld ook een rol hebben gespeeld. Het viel dan ook te voorspellen dat men nooit hiertoe zou overgaan.

100.

Op 4 februari 2021 heeft Eurosurveillance in dit verband een beknopte officiële reactie op haar website gepubliceerd.⁴¹ In haar reactie gaf zij aan dat peer review van de Corman-Drosten paper vanwege de tijdsdruk via een versnelde procedure had plaatsgevonden:

“The article by Corman et al. was fast-tracked and was reviewed by two independent experts in the field. The editorial team decided that this submission warranted quick consideration in the context of an exceptional and rapidly evolving public health situation and a need to enable laboratories to detect the newly emerged virus.”

101.

Naar eigen zeggen had peer review van de paper niettemin in afdoende mate plaatsgevonden. Ook ditmaal bleef Eurosurveillance vanwege de ‘vertrouwelijkheid’ evenwel in alle toonaarden zwijgen over de verdere details. Het peer review proces hield zij ook nu weer in nevelen gehuld:

“Eurosurveillance has a confidential peer review process and a policy of double-blind peer review, in which both the authors’ and the reviewers’ identities are confidential. Peer review reports are not made publicly available and are considered internal documents intended solely to guide editorial decision-making.”

102.

Hiernaast stelde Eurosurveillance nogmaals, zonder noemenswaardige toelichting, dat zij geen enkele aanleiding zag om te kunnen spreken van belangenverstrengeling binnen haar editorial board.

19

103.

En hiermee was voor Eurosurveillance de kous af. Het meest opmerkelijk is dat Eurosurveillance op geen enkele wijze inhoudelijk is ingegaan op de geuite medisch-wetenschappelijke kritiek in de Retraction paper. Hier was het nu net om te doen en dit zou men toch op zijn minst van Eurosurveillance hebben verwacht. Het enige dat Eurosurveillance in haar reactie hierover stelt is dat ‘het door de heer Corman e.a. gepubliceerd artikel wetenschappelijk toereikend was, gezien het doel ervan en gezien de beperkte gegevens die in dat vroege stadium van de COVID-19-pandemie beschikbaar waren’:

“The consulted experts confirmed that the Corman et al. article was scientifically adequate for its purpose and for the limited data and material available at this early stage in the COVID-19 pandemic.”

104.

Deze vage uitlating van Eurosurveillance impliceert in ieder geval dat de Corman-Drosten paper geschreven is vanuit minstens een momentopname en dit op grond van de beperkte kennis die op dat moment voorhanden was. Op basis van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht is het derhalve reëel dat het PCR-testprotocol wetenschappelijk niet (meer) toereikend is.

⁴¹ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.5.2102041>

105.

Hoe dan ook geldt dat de geheimzinnige houding van Eurosurveillance, in combinatie met haar zwakke inhoudelijke reactie op de Retraction paper, enkel maar meer wantrouwen creëert ten aanzien van de Corman-Drosten paper. Hetzelfde geldt in lijn hiermee ten aanzien van het PCR-testbeleid dat in Nederland wordt gehanteerd en dat volledig hierop is gebaseerd.

106.

Op 1 december 2020 had Tweede Kamerlid Wybren van Haga aan demissionair Minister De Jonge Kamervragen gesteld over de bij Eurosurveillance ingediende Retraction paper.⁴² Meer bepaald werd de vraag gesteld welke impact de eventuele intrekking van de Corman-Drosten paper door Eurosurveillance zou hebben op het Nederlands COVID-19 beleid.

107.

In reactie op de vraag van de heer Van Haga antwoordde de heer De Jonge op 8 januari 2021 (maar liefst anderhalve maand later):

“Ik ben ervan op de hoogte dat een aantal wetenschappers kritiek heeft op het genoemde wetenschappelijke artikel en dit verwoordt heeft in een retraction paper. Het betreffende artikel is op basis van peer-review in het wetenschappelijk tijdschrift Eurosurveillance gepubliceerd. Via het RIVM heb ik begrepen dat het tijdschrift momenteel haar eigen onafhankelijk onderzoek verricht om te bezien of de kritiek terecht is. Dit is een gebruikelijke werkwijze bij een wetenschappelijk tijdschrift. Ik wacht de uitkomsten hiervan af.”

108.

In reactie op de vraag van de heer Van Haga, of naar de mening van de heer De Jonge ten aanzien van de Corman-Drosten paper daadwerkelijk extern peer-review had plaatsgevonden, antwoordde de heer De Jonge (met een enkele zin en onder verwijzing naar slechts de website van Eurosurveillance zelf):

“Dit artikel is gepubliceerd in Eurosurveillance. Dit wetenschappelijke tijdschrift publiceert artikelen op basis van collegiale toetsing (peer-review).”

109.

Kortom, alles duidt erop dat de totstandkoming van de Corman-Drosten paper in alle opzichten in nevelen gehuld zal blijven, dat het RIVM het landelijk PCR-testbeleid naar eigen believen op wetenschappelijk ontoelaatbare wijze aanpast en dat de overheid noch over de paper noch over het gewijzigd PCR-testbeleid enige deugdelijke uitleg weet te verschaffen.

I.7. Gebrekkige toepassing PCR-test

110.

In ieder geval staat vast dat de inhoud van de Corman-Drosten paper - en derhalve het onderliggend PCR-testprotocol waar ons landelijk testbeleid op gebaseerd is - maar liefst tien (!) wezenlijke gebreken kent, waarvan enkele gebreken zelfs ernstig zijn te noemen.

111.

Voor de goede orde; dit betreffen essentiële gebreken die door maar liefst 22 gereputeerde internationale academici en wetenschappers⁴³ gezamenlijk zijn vastgesteld. Op basis van

⁴²<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2021/01/08/beantwoording-kamervragen-over-de-mogelijke-terugtrekking-van-de-corman-drosten-paper-inzake-de-pcr-test/beantwoording-kamervragen-over-de-mogelijke-terugtrekking-van-de-corman-drosten-paper-inzake-de-pcr-test.pdf>

⁴³ Pieter Borger, Bobby Rajesh Malhotra, Michael Yeadon, Clare Craig, Kevin McKernan, Klaus

hun diepgaande kennis over PCR-testen, zijn zij het allen unaniem over deze gebreken eens. Deze gebreken zijn veeleer wetenschappelijk technisch van aard en staan allen gedetailleerd beschreven in de Retraction paper. Hierbij wordt overigens opgemerkt dat na de indiening van de Retraction paper nog meer gebreken ten aanzien van de Corman-Drosten paper zijn vastgesteld. Uiteraard zal tijdens het getuigenverhoor uitvoerig op al deze vastgestelde gebreken worden ingegaan.

112.

Vooropgesteld zij dat de PCR-test⁴⁴ op zichzelf beschouwd als een goede wetenschappelijke testmethode kan gelden. Daarentegen stellen alle wetenschappers dat de wijze waarop de PCR-test thans binnen Nederland en daarbuiten in de praktijk wordt toegepast volstrekt ongeschikt is om succesvol COVID-19 bij mensen vast te stellen. Eenvoudig gesteld, is het onduidelijk wat de PCR-test bij het huidige gebruik ervan precies detecteert. Het is geen diagnostische test.

113.

Ter zake merken Yip c.s. op dat de oorspronkelijk uitvinder en ontwikkelaar van de PCR-test, de heer Kary Mullis, zelf steeds erop heeft gewezen dat de PCR-test als een uiterst gevoelig laboratoriuminstrument dient te worden beschouwd. Volgens de heer Mullis is de PCR-test bovendien slechts een techniek die bedoeld is om genetisch materiaal te vermeerderen met het oog op vervolggelaxperimenten, niets meer of minder. Deze test heeft nooit tot doel gehad om als diagnostisch instrument virussen of infecties vast te stellen.

114.

Een van de vastgestelde gebreken bestaat erin dat bij het huidige gebruik van de PCR-test om het COVID-19 virus te detecteren gebruik wordt gemaakt van niet-specifieke primers⁴⁵ en probes⁴⁶.

115.

Hiernaast geldt dat de gebruikte primerconcentratie aantoonbaar vier tot vijf keer te hoog is, terwijl het van belang is dat wordt uitgegaan van een juiste primerconcentratie.

116.

Verder staat vast dat bij twee tot drie van de in totaal zes bestaande primers het zogeheten GC-gehalte⁴⁷ beduidend te laag is; het juiste GC-gehalte behoort tussen de 40 en 60 procent te liggen, terwijl bij de gebruikte primers het GC gehalte tussen de 28 en 34 procent blijkt te liggen.

Steger, Paul McSheehy, Lidiya Angelova, Fabio Franchi, Thomas Binder, Henrik Ullrich, Makoto Ohashi, Stefano Scoglio, Marjolein Doesburg-van Kleffens, Dorothea Gilbert, Rainer Klement, Ruth Schrufer, Berber W. Pieksma, Jan Bonte, Bruno H. Dalle Carbonare, Kevin P. Corbett, Ulrike Kämmerer.

⁴⁴ PCR (polymerase chain reaction) is een techniek die heel specifiek een stukje erfelijk materiaal (DNA) van bijvoorbeeld een ziekmakend virus kan vermeerderen, zodat het met zeer gevoelige apparatuur gemeten kan worden. Met behulp van PCR toont men enkel genetisch materiaal aan van het virus dat verdacht wordt als mogelijke ziekteverwekker. Bij PCR wordt reeds voordat het onderzoek start bepaald waarnaar men op zoek gaat.

⁴⁵ Een primer is een klein stukje DNA of RNA dat gebruikt wordt als startpunt van de PCR. Er zijn steeds twee primers nodig, een voor de coding-streng en een voor de template-streng (Wikipedia).

⁴⁶ Een probe is een stukje DNA of RNA waarvan de structuur volledig complementair is aan het op te sporen stuk nucleïnezuur en dat gelabeld is met een kleurstof. Is het op te sporen stukje DNA of RNA aanwezig, dan zal de probe binden, waardoor het complex zichtbaar gemaakt kan worden (Wikipedia).

⁴⁷ Het GC-gehalte is een kenmerk van DNA-moleculen, dat het aandeel van de basen guanine (G) en cytosine (C) in het totaal van de basen (guanine, cytosine, adenine en thymine) in procenten weergeeft (Wikipedia).

117.

Reeds deze enkele feiten maken volgens de deskundigen dat de PCR-test gebaseerd is op een slecht wetenschappelijk ontwerp.

118.

Voorts geldt dat binnen één primerpaar het temperatuurverschil hooguit een tot twee graden mag bedragen. Bij de huidige PCR-testmethode bedraagt het temperatuurverschil bij een van de belangrijke genen circa tien graden. De heer Borger vermoedt dat het RIVM onder meer om deze reden één gen, te weten dit betreffend gen, uit de PCR-test heeft verwijderd.

119.

Zo ook is van belang dat ten aanzien van het SARSCoV-2 virus de gehele RNA streng wordt onderzocht, dit om vast te stellen of men te maken heeft met de gehele streng en niet slechts met fragmenten ervan. Via de huidige PCR-testmethodiek worden onvoldoende delen van het virus gedetecteerd om te kunnen vaststellen of het daadwerkelijk het SARSCoV-2 virus betreft.

120.

Om de aanwezigheid van het SARSCoV-2 virus te detecteren is verder van belang dat een negatieve controle wordt toegepast, ingevolge waarvan de mogelijkheid wordt uitgesloten dat andere COVID-virussen worden gedetecteerd. Ook deze exclusie vindt bij de huidige PCR-testmethodiek niet plaats.

121.

Zoals eerder gesteld, heeft het RIVM hiernaast eigenhandig het toetsingsmoment in verhouding tot de amplificatiecurve van een Ct-waarde van >30 verhoogd naar een Ct-waarde van >35. Afgezien van het feit dat het wetenschappelijk niet toelaatbaar is om 'tijdens het spel zomaar de spelregels te wijzigen', kan ingeval van 35 cycli of meer een infectueus virus nauwelijks nog worden gedetecteerd. Dit is wetenschappelijk aangetoond en bevestigd door onder meer de bekende Amerikaanse immunoloog dr. Anthony Fauci.

122.

Zo stelt het Amerikaanse CDC⁴⁸ in haar 'COVID-19 vaccine breakthrough case investigation' richtlijn⁴⁹ over de Ct waarde zelfs dat deze kleiner of gelijk aan 28 cycli dient te zijn om te komen tot een betrouwbaar resultaat:

"Clinical specimens for sequencing should have an RT-PCR Ct value ≤ 28 ".

123.

Tot slot geeft de PCR-test zowel vals positieve als vals negatieve uitslagen, als gevolg waarvan het van belang is dat in ieder geval bij een positieve testuitslag een tweede en bij voorkeur een derde PCR-test plaatsvindt om fouten uit te sluiten.

124.

Ook onder meer drs. Mario Ortiz Buijsse, biochemicus gespecialiseerd in moleculaire genetica, heeft eerder al via de Tweede Kamer zijn ernstige bezwaren geuit ten aanzien van het huidig PCR-testbeleid. De heer Ortiz Buijsse wijst erop dat in Nederland het PCR-testbeleid aldus plaatsvindt dat grote delen van de bevolking maar lukraak worden gescreend om na te gaan of zij 'besmet' zijn. Ook volgens hem is de wijze waarop de PCR-

⁴⁸ De CDC oftewel Centers for Disease Control and Prevention is de Amerikaanse overheidsorganisatie die zich met het oog op het algemeen belang bezighoudt met het opsporen, behandelen en voorkomen van ziekten.

⁴⁹ <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/Information-for-laboratories-COVID-vaccine-breakthrough-case-investigation.pdf>

techniek daartoe wordt ingezet en geïnterpreteerd aantoonbaar onjuist.

125.

Allereerst geldt volgens de heer Ortiz Buijsse dat de PCR-test slechts bij hooguit 1 tot 2% van alle geteste personen leidt tot een positief testresultaat.⁵⁰ Op zich is het reeds opmerkelijk te noemen dat alle doorgevoerde COVID-19 maatregelen louter op een dergelijk klein percentage zijn gestoeld.

126.

Bij deze positief geteste personen wordt bovendien enkel de aanwezigheid van een brokstukje dood genetisch materiaal van het virus (viraal RNA) in het neusslijmvlies aangetroffen. Hoewel de kans eerder laag is, valt niet uit te sluiten dat een positief PCR-testresultaat het gevolg is van een aangetroffen brokstukje van een ander verwant virus.⁵¹ Onder meer was dit de uitkomst van een onderzoek verricht door prof. dr. Dolores Cahill uit Dublin bij 1.500 mensen met een positief testresultaat.⁵²

127.

Waar men ook bedacht op moet zijn, is dat dit brokstukje genetisch materiaal vanwege legio oorzaken al weken- tot maandenlang in het lichaam van de betreffende persoon aanwezig kan zijn. De kans is bijgevolg reëel dat deze persoon al lang niet meer besmet en derhalve besmettelijk is. Zo geldt ook dat op het moment waarop het RNA brokstukje wordt aangetroffen, niet bekend is of het virus in staat is om zich te repliceren.

128.

Ondanks dat deze conclusie wel steevast door het RIVM en in haar kielzog de Nederlandse overheid wordt getrokken, houdt een enkel positieve PCR-testuitslag niet in dat de betreffende geteste persoon ook daadwerkelijk klinisch is geïnfecteerd, besmettelijk is, ziek is dan wel ziek gaat worden. Deze persoon kan perfect gezond zijn en verder is de kans reëel dat dezelfde persoon bij een tweede PCR-test een negatieve testuitslag kent. Volgens de heer Ortiz Buijsse stelt de PCR-test ons eenvoudigweg niet in staat om dergelijke conclusies hieraan te verbinden.

129.

Om dit te kunnen bepalen, zijn extra klinische parameters oftewel aanvullende medische onderzoeken door een (huis)arts nodig. Aangevoerd dient immers te worden dat de betreffende persoon ook daadwerkelijk actief levend virus in zich draagt. De arts verricht daartoe symptomatisch onderzoek en kan bijvoorbeeld nagaan of er sprake is van voldoende saturatie, van koorts of van andere symptomen die aan COVID-19 zijn gerelateerd. De juiste praktische volgorde dient dan ook te zijn dat de arts bij de betreffende persoon primair de aanwezige symptomen vaststelt, waarbij een onderdeel van de diagnostiek zou kunnen bestaan uit een PCR-test. Dit alleen als daartoe aanleiding bestaat. Het huidige PCR-testbeleid vertoont daarentegen de omgekeerde wereld, waarbij de arts ook nog eens als schakel 'ertussenuit gehaald' is. Dit is volstrekt onbegrijpelijk.

130.

Overigens heeft de heer Jaap van Dissel namens het RIVM zelf meermaals de noodzaak erkend van het doen plaatsvinden van bijkomend klinisch onderzoek ingeval van een positief PCR-testresultaat, dit om vast te stellen of de positief geteste persoon ook effectief drager is

⁵⁰ In ieder geval geldt dit tijdens de zomerperiode; gedurende het winterseizoen kan dit percentage net iets hoger komen te liggen.

⁵¹ Hierbij komt nog dat personen die een gelijkaardig ziektebeeld vertonen, zoals ingeval van Influenza, uitsluitend op COVID-19 worden getest. Terwijl tijdens het jaarlijks griepseizoen Influenza welig tiert, worden deze personen derhalve niet hierop getest.

⁵² <https://hardball.parkoffletter.org/interview-debunking-the-covid-19-narrative-with-prof-dolores-cahill/>

van actief virus en hierdoor besmettelijk is. Ter zake verwijzen Yip c.s. naar de mondeling verstrekte antwoorden door de heer van Dissel op de vragen van Tweede Kamerlid Wybren van Haga tijdens de Technische Briefing d.d. 16 december 2020.⁵³

131.

Ook de heer Van Dissel erkent dat de PCR-test louter vaststelt of genetisch materiaal van het virus in het lichaam van een persoon aanwezig is en dat deze test niet per definitie aantoont dat deze persoon drager is van 'levend' virus. Ook toont de test naar zijn zeggen niet aan dat een persoon drager is van 'levend' virus waar men ziek van wordt. Bovendien stelt de heer Van Dissel dat het weinig zinvol is om personen die geen symptomen vertonen of klachten ervaren te testen, omdat dan 'vaak moeilijk te interpreteren valt wat er dan speelt'. In dit verband verwijzen Yip c.s. naar de mondeling verstrekte antwoorden door de heer van Dissel op de vragen van Tweede Kamerlid Wybren van Haga tijdens de Technische Briefing d.d. 16 december 2020 en d.d. 22 augustus 2020.⁵⁴

132.

Waar het huidig PCR-testbeleid ook eenvoudig overheen stapt, is dat het massaal testen van mensen onmiskenbaar leidt tot statistische fouten. Dit als gevolg van het feit dat de PCR-test in de specificiteit een standaard foutmarge van 1-2% kent, wat niet valt te betwisten.⁵⁵ Ter illustratie merkt de heer Ortiz Buisse op dat ingeval gedurende een week 200.000 mensen met de PCR-test worden getest, hierdoor sprake zal zijn van 4.000 (!) vals positieven. Oftewel 4.000 mensen die hierdoor onterecht in quarantaines worden geplaatst en hierdoor bijvoorbeeld niet kunnen werken (hetgeen tevens geldt voor verpleegkundigen). Nog daargelaten alle personen die met hen in contact zijn gekomen, zoals thans onder meer bij schoolklassen het geval is.

133.

Evenals de heer Borger, werpt ook de heer Ortiz Buijsse op dat het wetenschappelijk ontoelaatbaar is dat het RIVM van de ene op de andere dag in haar richtlijn het toetsingsmoment in verhouding tot de amplificatiecurve van een Ct-waarde van >30 verhoogt naar een Ct-waarde van >35.

24

134.

Sowieso geldt dat de diverse testlaboratoria in Nederland ook nog eens verschillend van elkaar de PCR-test toepassen, elk volgens hun eigen testprotocol. Met andere woorden, er geldt geen algemeen aanvaardbaar standaard protocol voor de beoordeling van de PCR-test om te concluderen of een persoon positief is.

135.

Aanvullend stelt de heer Ortiz Buijsse dat de huidige COVID-19 maatregelen uitsluitend worden gebaseerd op angst, waarbij bovendien toenames in de positieve PCR-testresultaten in de vorm van absolute aantallen aan de bevolking worden gepresenteerd. Voor de Nederlandse burger is hierdoor niet bekend hoeveel personen precies zijn getest en derhalve hoe de genoemde aantallen te begrijpen zijn. Bovendien is de eerder geschetste foutmarge van de PCR-test niet in de genoemde aantallen verdisconteerd. Oftewel, het werkelijk aantal PCR-positief geteste personen ligt sowieso lager dan hetgeen wordt gerapporteerd en via de media gecommuniceerd.

⁵³ <https://www.youtube.com/watch?v=kijghLQpAFw>

⁵⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=0ju0UvXArW0>

⁵⁵ Hierbij wordt opgemerkt dat de statistische foutmarge toeneemt naarmate de prevalentie van de ziekte in een populatie afneemt. Dit betekent dat in de situatie waarin COVID-19 nauwelijks rondwaart en er massaal getest wordt, de kans dat een positief PCR-testresultaat daadwerkelijk positief is zeer laag is.

136.

Een belangrijk punt is ook dat in het kader van het huidig PCR-testbeleid volstrekt onduidelijk is welke Ct-waarde moet worden toegekend aan een positief getest persoon. De heer Ortiz Buijsse merkt hierbij op dat de Wereldgezondheidsorganisatie meermaals in haar richtlijnen heeft benadrukt dat bij positieve PCR-testuitslagen ook de Ct-waarden gecommuniceerd zouden moeten worden. Ter illustratie merkt hij op dat positieve PCR-testuitslagen bij een Ct-waarde van 35 of hoger niet of nauwelijks betrouwbaar zijn, terwijl bij Ct-waardes van 15 of 20 daarentegen wel kan worden aangenomen dat inderdaad een brokje RNA is gevonden in het lichaam (maar meer dan dit ook niet).

I.8. Conclusie: PCR-testresultaten geen basis voor COVID-19 maatregelen

137.

Aangezien er geen basis bestaat voor COVID-19 maatregelen in de situatie waarbij gebruik wordt gemaakt van een PCR-test die:

- aantoonbaar is gebaseerd op een ernstig gebrekkig onderliggend testprotocol (Corman-Drosten);
- in het beste geval slechts in staat is om een dood brokstukje RNA van een virus bij een persoon te detecteren;
- niet uitsluit dat dit aangetroffen brokstukje RNA afkomstig is van een ander verwant virus;
- ter detectie van dit brokstukje virus-RNA onderhevig is aan wetenschappelijk ontoelaatbare doorgevoerde wijzigingen in het testbeleid;
- op meerdere foutieve wijzen in de praktijk wordt toegepast;
- op verschillende wijzen door de diverse testlaboratoria conform hun eigen testprotocol wordt gebruikt;
- überhaupt niet aantoonbaar is dat de betreffende persoon daadwerkelijk besmet, besmettelijk, ziek is of ziek gaat worden en dit vanuit haar aard ook niet kan;
- niet gepaard gaat met klinisch onderzoek door een arts die het voorgaande dient vast te stellen;

25

stellen Yip c.s. zich de vraag waar is de overheid eigenlijk mee bezig is?

138.

Zij stellen zich op het standpunt dat de enige gerechtvaardigde conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat geen enkele betrouwbare wetenschappelijke waarde kan en mag worden toegekend aan de testresultaten die uit het huidig gebruik van de PCR-test voortvloeien. Om diezelfde reden kunnen de positieve PCR-testresultaten op geen enkele wijze als basis dienen voor het gevoerde COVID-19 beleid door de overheid.

139.

Yip c.s. zijn van mening dat het huidig PCR-testbeleid dermate 'slordig' is te noemen dat het zelfs erop lijkt dat het de overheid enkel te doen is om zoveel mogelijk positieve PCR-testresultaten te bekomen. Daarbij hoort immers een zo soepel en foutgevoelig mogelijk PCR-testbeleid.

140.

Yips c.s. zien hun vermoeden bevestigd door onder meer de verklaring van een van de klokkenluiders, de heer Yuri Batema, zoals afgelegd via de Buiten Parlementaire Onderzoekscommissie op 13 maart 2021. De heer Batema is voorheen werkzaam geweest als telefonist bij de GGD, waarbij hij onder meer als taak had het inplannen van PCR-testafspraken.

141.

Uit de verklaring van de heer Batema komt naar voren dat het niet zo was dat de overheid COVID-19 maatregelen doorvoerde als reactie op het stijgend aantal positieve PCR-testresultaten ('besmettingen'). Daarentegen was juist sprake van de omgekeerde situatie. Hierbij werd de GGD aangespoord om de overheid te voorzien van zoveel mogelijk positieve PCR-testresultaten, dit om de door haar beoogde COVID-19 maatregelen te kunnen onderbouwen. In lijn hiermee werd vervolgens het PCR-testbeleid versoepeld. Saillant detail is dat deze aansporing en versoepeling telkens volgden op het moment waarop de getroffen COVID-19 maatregelen juist konden worden versoepeld.

142.

Zo stelt de heer Batema:

“Elke keer als de maatregelen wellicht versoepeld konden worden, waren de regels bij ons al aangepast en de voorwaarden waaronder mensen getest mochten worden minder streng gemaakt. Ik wist dus elke keer van tevoren al dat maatregelen niet versoepeld gingen worden. Als er meer getest wordt, gaan de cijfers immers niet omlaag.

Aanvankelijk moest men symptomen hebben om getest te worden; de juiste symptomen ook. Op een gegeven moment werden deze voorwaarden soepeler. Een voorbeeld hiervan is het feit dat op een gegeven moment mensen zonder klachten ook getest mochten worden als zij van de GGD of de Coronamelder app te horen hadden gekregen dat zij met een besmet persoon in aanraking waren geweest.

Op dit moment kan iedereen die dat wil, getest worden. Als iemand geen klachten heeft en niet in contact is geweest met iemand die onlangs positief is getest, vertellen wij die persoon wel dat testen niet noodzakelijk is. Als deze persoon vervolgens toch getest wil worden, doen wij dat wel. Voorheen was dit niet zo.”

(...)

“Wat mij opvalt, is dat we altijd te horen krijgen dat we geen advies mogen geven, maar dat er wel van ons wordt verwacht dat we mensen afraden hun afspraken af te zeggen. Ik vind het scheef om mensen onder druk te zetten nieuwe afspraken te maken. Dat is niet aan ons. U vraagt mij waarom ik hier moeite mee heb. Ik heb daarvoor nooit een script gevolgd. Bovendien vind ik dat dit de eigen keuze van de mensen is. Mensen weten zelf wel of ze getest moeten worden of niet. Het staat mij tegen om aan te dringen.”

(...)

“Op dit moment spreek ik veel mensen die bang zijn om andere redenen dan corona. Ik spreek bijvoorbeeld veel moeders die hun kinderen moeten laten testen omdat ze anders niet naar school mogen. Het is immers inmiddels zo dat hele schoolklassen getest moeten worden als één kind besmet is. Vaak moeten ze in quarantaine tot er sprake is van een negatieve test. Die moeders willen gewoon dat hun kinderen weer naar school kunnen. Ik vertel deze moeders wel dat testen niet verplicht is, maar zij geven aan dat hun kinderen al een jaar aan onderwijs hebben gemist. Ik hoor neerslachtigheid als ik met deze mensen praat. Ik vind de huidige situatie zo ernstig dat ik de risico's van het breken van mijn geheimhoudingsverklaring op de koop toe neem.”

143.

Volgens de heer Batema leek verder de GGD een glazen bol te hebben, waarbij men kennelijk in staat was om de toekomstige ontwikkelingen omtrent het COVID-19 virus reeds

op voorhand te voorspellen. De commerciële inslag werd hierbij niet geschuwd. Zo stelt de heer Batema, onder verwijzing naar een aantal interne online trainingswebinars (waarvan de beelden bij Open Legal Advocaten beschikbaar zijn):

“Ze [lees: de GGD] weten duidelijk al dat het [lees: de pandemie] niet zo snel voorbij gaat zijn. Ze schalen al op. Ze hebben plannen in de maak om behoorlijk groot te worden. In sommige rustige periodes heb je maar één telefoontje per uur. Daardoor maken mensen zich zorgen dat ze hun werk zullen kwijtraken. Daarom geven ze dergelijke garanties om mensen gerust te stellen. Er wordt gezegd dat mensen nog maanden werk zullen hebben, terwijl ze dit eigenlijk niet kunnen weten.”

(...)

“Ik vind het opvallend dat men een hele omgeving waarin mensen geen klachten hebben, massaal wil testen. Ook vind ik het opvallend dat deze meneer [lees: GGD trainer] erg blij lijkt te zijn dat er meer mensen getest gaan kunnen worden door de Engelse variant. Ik vind de sfeer in de webinars over het algemeen te vrolijk. Dat is niet verwonderlijk, gezien het feit dat hier commerciële bedrijven aan verbonden zijn. Die profiteren financieel van grotere aantallen testen.”

(...)

“Ik vind het walgelijk dat deze mensen [lees: de GGD trainers] blij lijken te zijn met het feit dat er geen einde lijkt te komen aan het testen. Er wordt gesproken over het snif- en snotterseizoen, zoals dit genoemd wordt. Deze mensen weten heel goed dat griep en verkoudheid vergelijkbare klachten geven als corona.”

(...)

“Deze video [op het beeld is demissionair minister Hugo de Jonge te zien] laat zien waar wij onze orders vandaan krijgen. Ik vind vooral de sfeer opvallend die aanwezig is in de studio wanneer er wordt gesproken over het vele testen. Er wordt altijd heel vrolijk gedaan. Het lijkt alsof ze het werk dat ze doen geweldig vinden. Dat vind ik niet gepast als het om zo'n serieus onderwerp gaat.”

144.

Gezien al het voorgaande, zijn Yip c.s. van mening dat de overheid haar huidig PCR-testbeleid ter detectie van COVID-19 per omgaand dient te staken, althans het gebruik ervan op zijn minst gepaard dient te laten gaan met standaard klinisch onderzoek door een (huis)arts. Deze arts kan alsdan per situatie deugdelijk vaststellen of ingeval van een positief verkregen PCR-testresultaat op basis van de eventuele symptomen daadwerkelijk sprake is van COVID-19. Dit leidt tot aanzienlijk betrouwbaardere uitkomsten dan thans het geval is.

II. STELLINGEN OVERHEID

145.

Op 17 maart 2021 hebben Yip c.s. een brief gericht aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan het RIVM (vide [productie 3](#)). In hun schrijven hebben zij uitvoerig hun bezwaren tegen het huidige PCR-testbeleid geuit.

146.

In lijn hiermee hebben zij de overheid verzocht c.q. gesommeerd om haar PCR-testbeleid ter detectie van COVID-19 per omgaand te staken, althans het gebruik ervan op zijn minst gepaard te laten gaan met standaard klinisch onderzoek door een arts.

147.

Hiernaast is de overheid verzocht c.q. gesommeerd om haar huidige misleidende communicatie ten aanzien van de 'besmettingscijfers' te wijzigen, opdat de Nederlandse burgers een eerlijk beeld zouden krijgen en niet onnodig angst bij hen zou worden gecreëerd.

148.

In reactie hierop ontvingen Yip c.s. op 24 maart 2021 een schriftelijke reactie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vide **productie 4**). Van het RIVM is tot op heden geen enkele reactie ontvangen.

149.

In haar brief van slechts anderhalve pagina heeft het Ministerie zonder enige onderbouwing volstaan met de inmiddels vaak gehoorde dooddouner, dat de PCR-test wereldwijd als de 'gouden standaard' voor de detectie van COVID-19 wordt beschouwd.

150.

Deze bijzonder magere reactie vanuit de overheid is volgens Yip c.s. niet enkel opmerkelijk maar zelfs kwalijk te noemen. Gezien de hoeveelheid door hen aangedragen medisch-wetenschappelijk onderbouwde bezwaren tegen het PCR-testbeleid, hadden Yip c.s. op zijn minst verwacht dat de overheid inhoudelijk hierop zou zijn ingegaan. Temeer gezien de centrale rol die de PCR-test in het kader van het COVID-19 beleid inneemt, vinden Yip c.s. deze reactie niet kunnen.

151.

Opvallend is dat de overheid hierin eenzelfde zwakke benadering kiest als eerder ook Eurosurveillance. Zo bleek ook Eurosurveillance zoals gezegd niet inhoudelijk in te gaan op de gelijkkluidende argumenten van de eerder genoemde academici en wetenschappers in het kader van de Retraction paper.

28

152.

De opstelling van zowel Eurosurveillance als de overheid sterken Yip c.s. en de PCR-deskundigen in hun vermoeden dat men eenvoudigweg niet in staat is om de aangedragen argumenten inhoudelijk te weerleggen.

153.

Afgezien hiervan is wel opmerkelijk de stelling van de overheid in haar brief, dat "de PCR-test in combinatie met een aantal andere factoren een valide basis vormt voor de getroffen coronamaatregelen". Hiermee lijkt de overheid de indruk te wekken dat de PCR-test dus gepaard dient te gaan met andere factoren. Op welke factoren de overheid precies doelt, is niet af te leiden uit haar brief. Hoe dan ook zijn tot op heden slechts de testresultaten die uit het gebruik van de PCR-test voortvloeien als basis voor de genomen COVID-19 maatregelen gehanteerd (naast de drukte op de IC's). In ieder geval is dat het beeld dat de overheid in haar eigen communicatie telkens schetst.

154.

In reactie op de brief van het Ministerie, hebben Yip c.s. op 29 maart 2021 een tweede en tevens laatste brief aan het Ministerie gericht (vide **productie 5**). Hierin hebben zij verdere rechtsmaatregelen aangekondigd en hebben zij gewezen op onderhavig getuigenverhoor. Naar aanleiding hiervan hebben Yip c.s. geen reactie meer vernomen. Zij achten dit onbegrijpelijk voor een overheid die stelt te handelen in het belang van de volksgezondheid.

III. VOORLOPIG GETUIGENVERHOOR

III.1. Aanleiding

155.

Aangezien de overheid niet ingaat op de verzoeken van Yip c.s., rest hen niets anders dan het gerechtelijk traject tegen de overheid aanhangig te maken. In rechte willen Yip c.s. de rechtbank onder meer verzoeken om de overheid te bevelen haar huidig PCR-testbeleid te staken, althans dit zodanig te wijzigen dat hieruit een eerlijk beeld ontstaat. Hiermee streven zij ernaar te komen tot de situatie als vanouds, waarbij de Nederlandse burgers hun grondwettelijk verworven rechten en vrijheden terugkrijgen.

156.

Met het oog op de gerechtelijke bewijsvoering, is het voor Yip c.s. onontbeerlijk om meer inzage te krijgen in de stellingen van de overheid aangaande haar PCR-testbeleid en de precieze onderbouwing hiervan. In dit verband willen zij meerdere concrete vragen hieromtrent naar waarheid beantwoord zien, opdat zij in het kader van het gerechtelijk vervolgtraject deze stellingen gemotiveerd en bewijsbaar kunnen weerleggen. Hiernaast willen Yip c.s. in het kader van hun bewijslevering de medisch-wetenschappelijke visie van een aantal PCR-deskundigen en artsen onder ede vernemen. Van belang is bijgevolg dat meerdere personen zich naar waarheid ten overstaan van de rechtbank uitlaten.

157.

Feit is immers dat de overheid zelf geen duidelijkheid verschaft, zichzelf in haar communicatie structureel tegenspreekt en uiteindelijk slechts volstaat met haar 'gouden standaard' oneliner. Eerdere gelegenheden die haar daartoe zijn geboden, laat de overheid onbenut.

158.

Yip c.s. willen voorkomen dat de overheid zich ook in rechte zonder meer verschuilt achter de luttel stelling dat de PCR-test ter detectie van COVID-19 wereldwijd als de gouden standaard wordt gezien. Temeer omdat deze stelling wetenschappelijk bewezen onjuist is en aantoonbaar al enige tijd niet meer op redelijke gronden houdbaar is. Yip c.s. zijn dan ook erg benieuwd naar de argumenten die de overheid hiervoor aanvoert en de wijze waarop zij deze onderbouwt.

159.

Zo verwees het wetenschappelijk tijdschrift The Lancet in een artikel van 29 september 2020⁵⁶ naar het op 3 juni 2020 gepubliceerd onderzoek omtrent de aanzienlijke impact van vals-positieve en vals-negatieve PCR-testuitslagen op de samenleving.⁵⁷ Hierin werd onder meer gesteld:

“RT-PCR tests are highly sensitive, but can show false negatives (giving a negative result for a person infected with COVID-19) and false positives (giving a positive result for a person not infected with COVID-19). (...) Operational false-positives and false-negatives will have significant impact in the way we respond to the COVID-19 pandemic. (...) When only a small proportion of people being tested have the virus, the operational false positive rate becomes very important. (...) Unless we understand the operational false positive rate of the UK’s RT-PCR testing system we risk overestimating the COVID-19 incidence, the demand on track and trace, and the extent of asymptomatic infection. (...) The false negative rate changes over the course of infection, and this will be further reduced by poor sampling technique and

⁵⁶ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930453-7>

⁵⁷ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/895843/S0519_Impact_of_false_positives_and_negatives.pdf

sample degradation. This will lead to an underestimate of incidence. False negatives will also allow an asymptomatic or paucisymptomatic patient to be released from quarantine to infect other people and propagate the epidemic. The impact of false negatives is greatest when the absolute risk of infection is high and where identifying and isolating infectious individuals is critical, especially where negative tests will be used as a 'release' mechanism."

160.

Het artikel in The Lancet concludeerde op basis van de hoeveelheid foutieve testuitslagen:

"Any diagnostic test result should be interpreted in the context of the pretest probability of disease. For COVID-19, the pretest probability assessment includes symptoms, previous medical history of COVID-19 or presence of antibodies, any potential exposure to COVID-19, and likelihood of an alternative diagnosis. When low pretest probability exists, positive results should be interpreted with caution and a second specimen tested for confirmation."

161.

Op 23 januari 2021 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie haar richtlijn over de PCR-test⁵⁸ bewust aangepast, in die zin dat zij, onder verwijzing naar het aantal vals positieve testresultaten, laboratoriumonderzoekers en artsen wereldwijd waarschuwt dat zij zich niet enkel moeten baseren op de resultaten van de PCR-test om het COVID-19 virus te detecteren. Belangrijk is daarentegen om de PCR-test gepaard te laten gaan met klinisch onderzoek door een arts.

162.

In haar richtlijn stelt de Wereldgezondheidsorganisatie onder meer dat de ziekteprevalentie⁵⁹ de betrouwbaarheid van de PCR-test beïnvloedt; hoe lager de ziekteprevalentie, hoe groter de kans op vals positieve PCR-testresultaten. Zo geeft de Wereldgezondheidsorganisatie aan:

"WHO reminds IVD users [In Vitro Diagnostic Medical Device users] that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, the risk of false positive increases. This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity."

Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information. (onderstrep. advoc.)

163.

De Wereldgezondheidsorganisatie dringt in haar richtlijn bij laboratoriumonderzoekers en artsen nadrukkelijk erop aan om haar instructies hierover op te volgen bij de interpretatie van PCR-testresultaten:

"WHO requests users to follow the instructions for use (IFU) when interpreting results for specimens tested using PCR methodology."

164.

Reeds eerder, op 7 december 2020, had de Wereldgezondheidsorganisatie bij zorgverleners

⁵⁸ 'WHO Information Notice for IVD Users 2020/05 - Nucleic acid testing (NAT) technologies that use polymerase chain reaction (PCR) for detection of SARS-CoV-2'

⁵⁹ Het voorkomen van het ziekteverschijnsel in een populatie op een bepaald moment, uitgedrukt als proportie van de populatie, bijv. het aantal gevallen per duizend of honderdduizend.

erop aangedrongen om zich niet uitsluitend te baseren op de PCR-test.⁶⁰ Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie dient hiernaast te worden geverifieerd of de patiënt ziektesymptomen vertoont en of contact met besmette personen heeft plaatsgevonden.

165.

Nochtans geeft de Nederlandse overheid aan deze adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie geen enkel gevolg en zet zij haar PCR-testbeleid tot op de dag van vandaag op dezelfde gebrekkige wijze voort.

165.

Op 17 februari 2021 is opnieuw een artikel over de PCR-test gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift The Lancet.⁶¹ In dit artikel wordt uit de doeken gedaan waarom de PCR-test bij COVID-19 juist *niet* als de gouden standaard kan worden beschouwd.

166.

Zo vermeldt het artikel:

“Testing for SARS-CoV-2 is central to COVID-19 management and has relied on quantitative reverse transcriptase polymerase chain reaction (PCR) technology. PCR seeks the genetic code of the virus from nose or throat swabs and amplifies it over 30–40 cycles, doubling each cycle, enabling even miniscule, potentially single, copies to be detected. PCR is thus a powerful clinical test, specifically when a patient is, or was recently, infected with SARS-CoV-2. Fragments of RNA can linger for weeks after infectious virus has been cleared, often in people without symptoms or known exposures.

However, for public health measures, another approach is needed. Testing to help slow the spread of SARS-CoV-2 asks not whether someone has RNA in their nose from earlier infection, but whether they are infectious today. It is a net loss to the health, social, and economic wellbeing of communities if post-infectious individuals test positive and isolate for 10 days. In our view, current PCR testing is therefore not the appropriate gold standard for evaluating a SARS-CoV-2 public health test. (onderstrep. advoc.)

31

De Nederlandse overheid laat zich hierdoor evenwel niet van de wijs brengen en toont zich doofstom.

167.

Ook in de buitenlandse rechtspraak is inmiddels meer dan eens geoordeeld dat de PCR-test onvoldoende betrouwbaar is om COVID-19 te detecteren. Zo heeft onder meer het Hof van Beroep in Lissabon op 11 november 2020 geoordeeld:

“The PCR-test is unable to determine, beyond reasonable doubt, that a positive result corresponds, in fact, to the infection of a person by the SARS-CoV-2 virus”. (onderstrep. advoc.)

168.

Op 24 maart 2021 heeft ook de Oostenrijkse rechtbank in Wenen geoordeeld dat de PCR-test op de wijze waarop deze wordt gebruikt vanwege de foutgevoeligheid ongeschikt is om een COVID-19 besmetting aan te tonen. De rechtbank is van mening dat een positieve PCR-test gepaard dient te gaan met medisch onderzoek.

169.

Onder verwijzing naar het hiervoor beschreven advies van de Wereldgezondheids-

⁶⁰ <https://web.archive.org/web/20201215013928/https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users>

⁶¹ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00425-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00425-6/fulltext)

organisatie, om niet uitsluitend te vertrouwen op de PCR-test, stelt de rechtbank dat:

“Geht man von den Definitionen des Gesundheitsministers, ‘Falldefinition Covid-19’ vom 23.12.2020, aus, so ist ein ‘bestätigter Fall’ 1) jede Person mit Nachweis von SARS-CoV-2 spezifischer Nukleinsäure (PCR-Test, Anm.), unabhängig von klinischer Manifestation oder 2) jede Person, mit Nachweis von SARS-CoV-spezifischem Antigen, die die klinischen Kriterien erfüllt oder 3) jede Person, mit Nachweis von SARS-CoV-spezifischem Antigen, die die epidemiologischen Kriterien erfüllt. Es erfüllt somit keiner der drei vom Gesundheitsminister definierten ‚bestätigten Fälle‘ die Erfordernisse des Begriffs ‚Kranker/Infizierter‘ der WHO. Das alleinige Abstellen auf den PCR-Test (bestätigter Fall 1) wird von der WHO abgelehnt.“

170.

Kort gezegd, stelt de rechtbank hiermee dat personen die door de Oostenrijkse Minister van Gezondheid op basis van diens eigen criteria als ‘COVID-19 geval’ worden beschouwd niet als zodanig kwalificeren uitgaand van de vereisten die de Wereldgezondheidsorganisatie aan de kwalificatie ‘met COVID-19 besmet persoon’ stelt. Dit geldt volgens de rechtbank dus ook voor personen bij wie via een PCR-test SARS-CoV-2 specifiek nucleïnezuur is gedetecteerd en bij wie dit niet via klinisch onderzoek is bevestigd.

171.

In een nog recentere uitspraak van de Duitse rechtbank in Weimar d.d. 8 april 2020 werd dan weer geoordeeld dat het de overheid niet was toegestaan om COVID-19 maatregelen, zoals het verplicht dragen van mondkapjes, toepassen van (snel)testen en houden van minimale afstand, op scholen door te voeren.⁶² Als een van de argumenten om te komen tot haar oordeel, noemde de rechtbank de ongeschiktheid van de PCR-test en sneltest voor het meten van COVID-19 infecties (*“Ungeeignetheit von PCR-Tests und Schnelltests zur Messung des Infektionsgeschehens”*).

32

172.

Over de PCR-test vermeldde de rechtbank in haar vonnis:

“In haar rapport wijst medicus prof. dr. Ines Kappstein erop dat alleen genetisch materiaal kan worden gedetecteerd met de gebruikte PCR-test, maar niet of het RNA afkomstig is van virussen die infectueus en dus repliceerbaar zijn.”

173.

Ook sloot de rechtbank tijdens de gerechtelijke procedure aan bij de verklaring van getuigdeskundige Prof. dr. Ulrike Kämmerer (overigens een van de co-auteurs van de eerder genoemde Retraction paper) over de werking van de PCR test:

“Insbesondere kann ein PCR Test – auch wenn er korrekt durchgeführt wird - keinerlei Aussage dazu treffen, ob eine Person mit einem aktiven Erreger infiziert ist oder nicht. Denn der Test kann nicht unterscheiden zwischen „toter“ Materie, wie zum Beispiel einem völlig harmlosen Genomfragment als Überbleibsel des Kampfes des körpereigenen Immunsystems gegen eine Erkältung oder eine Grippe (solche Genom-Fragmente finden sich noch viele Monate nachdem das Immunsystem das Problem „erledigt“ hat), und „lebender“ Materie, d.h. einem „frischen“, reproduktionsfähigen Virus.”*

174.

Kort gezegd, stelt dr. Kämmerer dat zelfs al zou de PCR-test correct worden toegepast, deze

⁶²

https://www.epochtimes.de/assets/uploads/2021/04/Amtsgericht_Weimar_9_F_148_21_EAO_Beschluss_anonym_2021_04_081.pdf

dan nog niet in staat is om vast te stellen of een persoon met COVID-19 is geïnfecteerd. Dit vanwege het feit dat de PCR-test geen onderscheid kan maken tussen enerzijds dood genetisch materiaal dat bovendien nog vele maanden in het lichaam aanwezig kan zijn en anderzijds actief 'levend' en reproduceerbaar virus.

175.

Bekijken we tot slot de website van de Zweedse 'Folkhälsomyndigheten' (vergelijkbaar met het Nederlandse RIVM), dan vermeldt deze in haar 'Richtsnoer voor beoordelingscriteria voor COVID-19 infectie'⁶³ - letterlijk vertaald naar het Nederlands - over de PCR-test:

"De Zweedse instantie voor volksgezondheid heeft nationale criteria ontwikkeld voor het beoordelen van het vrij zijn van infectie bij COVID-19.

De PCR-technologie die wordt gebruikt in tests om virussen te detecteren, kan geen onderscheid maken tussen virussen die cellen kunnen infecteren en virussen die zijn geneutraliseerd door het immuunsysteem en daarom kunnen deze tests niet worden gebruikt om te bepalen of iemand besmettelijk is of niet. RNA van virussen kan vaak weken (soms maanden) na de ziekte worden opgespoord, maar dit betekent niet dat je nog steeds besmettelijk bent. Er zijn ook verschillende wetenschappelijke onderzoeken die suggereren dat de besmetting met COVID-19 het grootst is aan het begin van de ziekteperiode.(...)

De criteria zijn ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van de gespecialiseerde verenigingen in infectieziektegeneeskunde, klinische microbiologie, hygiëne en infectiebeheersing. Deze zijn voor het laatst besproken in de groep tijdens een bijeenkomst op 19 april 2021 vanwege de nieuwe virusvarianten." (onderstrep. advoc.)

176.

De Folkhälsomyndigheten wijst er verder nog op dat het juist van belang is om de symptomatische klachten van een persoon, zoals koorts, mee te wegen in de bepaling of iemand COVID-19 is geïnfecteerd. Onderzoek door een arts is hierbij essentieel.

33

177.

Kortom, zowel binnen de medische wetenschap en de rechtspraak als in andere landen is overduidelijk een tendens zichtbaar, die erop duidt dat de PCR-testmethode juist *niet* als gouden standaard bij COVID-19 kan en mag worden beschouwd. Daarentegen wordt het standpunt ingenomen dat de PCR-test op zichzelf beschouwd niet geschikt is om COVID-19 te detecteren en hiermee een COVID-19 besmetting vast te stellen. Nochtans blijft de Nederlandse overheid deze stelling, klaarblijkelijk zonder enig valide argument, halsstarrig handhaven. Meer nog, zij heeft haar COVID-19 beleid volledig hierop gebaseerd. Yip c.s. vragen zich daarom af wat de werkelijke drijfveer van de overheid is.

178.

Aangezien de overheid zelf geen enkele onderbouwing hiervoor geeft, is voor Yip c.s. niet duidelijk wat de overheid zelf precies onder deze 'gouden standaard' verstaat en op grond van welke argumenten de overheid de PCR-test (nog steeds) als zodanig beschouwt.

179.

Gezien hun stellig voornemen om een gerechtelijk traject jegens de overheid aanhangig te maken en de eerder geschetste voorziene bewijsproblematiek in dit verband, verzoeken Yip c.s. de rechtbank om het verzochte getuigenverhoor te gelasten.

⁶³ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/v/vagledning-om-kriterier-for-bedomning-av-smittfrihet-vid-covid-19/>

III.2. Vragen

180.

Yip c.s. wensen in dit verband meerdere getuigen te (doen) horen, waarbij in het bijzonder een of meer van de navolgende vragen centraal zullen staan:

Corman-Drosten paper

1. Kunt u mij, gezien uw inhoudelijke betrokkenheid als co-auteur bij de Corman-Drosten paper, gedetailleerd toelichten hoe de totstandkoming en publicatie van deze paper precies heeft plaatsgevonden?
2. Deelt u de stelling dat ten tijde van de totstandkoming van de Corman-Drosten paper het hierin beschreven testprotocol niet is gebaseerd op het SARSCoV-2 virus? Zo neen, waarop is dit wel gebaseerd?
3. Welke inhoudelijke bijdrage heeft u zelf als co-auteur geleverd aan de Corman-Drosten paper?
4. Op welke precieze wijze heeft peer review van de Corman-Drosten paper plaatsgevonden en heeft u (als co-auteur) inzicht gehad in de peer-review rapporten? Bent u in staat en bereid om een (anonieme) kopie van deze rapporten te verstrekken?
5. Kunt u mij aangeven waarom Eurosurveillance bij de indiening van de Retraction paper niet inhoudelijk is ingegaan op de hierin beschreven wetenschappelijke gebreken ten aanzien van de Corman-Drosten paper?

PCR-test

6. Deelt u de stelling dat de PCR-test enkel in staat is om ('dood') RNA oftewel genetisch materiaal van een virus vast te stellen en derhalve niet kan vaststellen of dit actief 'levend' virus betreft?
7. Deelt u de stelling dat het door de PCR-test gedetecteerd RNA van het virus in het lichaam ook afkomstig kan zijn van een ander verwant virus? Zo ja, welke virussen zijn dit? Zo neen, waarom niet volgens u?
8. Deelt u de stelling dat het door de PCR-test gedetecteerd RNA van het virus in het lichaam reeds weken- en zelfs maandenlang in het lichaam aanwezig kan zijn? Zo neen, waarom niet volgens u?
9. Deelt u de stelling dat op het moment waarop de PCR-test het RNA van het virus in het lichaam detecteert, het niet bekend is of het virus in staat is zich te repliceren? Zo neen, waarom niet?
10. Deelt u meer in het algemeen de stelling dat de PCR-test op zichzelf niet kan vaststellen of iemand besmet, besmettelijk of ziek is, dan wel ziek gaat worden? Zo neen, waarom niet volgens u?
11. Hoe groot bedraagt volgens u het percentage fout-positieven bij het gebruik van de PCR-test bij COVID-19? En het percentage fout-negatieven?

Toepassing PCR-test

12. Kunt u bevestigen dat ingevolge het Nederlands PCR-testbeleid nog slechts op één target gen (E-gen) wordt getest, daar waar voorheen op twee target genen (E-gen en RdRP gen) werd getest? Zo ja, wat is hiervan de precieze reden?
13. Kunt u bevestigen dat het RIVM in haar richtlijn het toetsingsmoment in verhouding tot de amplificatiecurve op enig moment heeft verhoogd van >30 naar >35 cycli? Zo ja, wat is hiervan de precieze reden?
14. Deelt u de stelling dat bij de uitvoering van een wetenschappelijke diagnostische test het van belang is dat een standaard operationele procedure (SOP) wordt toegepast, dit om verzamelde data over een bepaalde periode op objectieve wijze met elkaar te

- kunnen vergelijken?
15. Wat zijn volgens u de maximale amplificatiecycli die onderzoekslaboratoria in Nederland doorgaans gebruiken ter detectie van het COVID-19 virus RNA?
 16. Vanaf welke amplificatiecyclus zijn volgens u de PCR-testresultaten niet meer betrouwbaar te noemen?
 17. Deelt u de stelling dat de testlaboratoria in Nederland verschillend van elkaar de PCR-test toepassen, elk conform hun eigen testprotocol? Zo neen, kunt u dit toelichten?
 18. Wat zijn volgens u de risico's bij het massaal testen van personen zonder klachten, hierbij rekening houdend met de stelling van demissionair minister-president Mark Rutte dat testen zonder klachten geen zin heeft?
 19. Hoe zinvol is het preventief testen van kinderen volgens u? Waarom vindt u dat?
 20. Deelt u de stelling dat de PCR-test, om besmettelijkheid met COVID-19 te kunnen vaststellen, dient te worden voorafgegaan door klinisch onderzoek door een arts, dit om vast te stellen of iemand daadwerkelijk de COVID-19 symptomen vertoont? Zo ja, waarom is dit volgens u? Zo neen, waarom niet?
 21. Waarom volgt de overheid volgens u niet het nadrukkelijk advies van de Wereldgezondheidsorganisatie om zich bij de detectie van COVID-19 niet enkel te verlaten op de PCR-test?

PCR-(snel)testbeleid

22. Deelt u de stelling dat een of meerdere (zelf)testen en in ieder geval de SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Nasal zelftest van Roche de toxische stoffen Ethyleenoxide en/of Octyl-Nonylphenol Ethoxylaat bevatten?
23. Kunt u mij toelichten welke (voorzorgs)maatregelen vanuit de overheid zijn genomen om te voorkomen dat de aanwezige stoffen schade toebrengen aan de gezondheid van de Nederlandse burgers? Is in dit verband een toxicologisch rapport opgesteld?
24. Kunt u toelichten welke mogelijke gezondheidsrisico's de Nederlandse burgers desondanks lopen bij het gebruik van zelftest die dergelijke stoffen bevat?
25. Kunt u toelichten op grond waarvan de keuze is gemaakt om aan de bedrijven AEnerG, Roche, BIOSYNEX, Acon Biotech, MP Biomedicals en BD Veritor tijdelijke ontheffing te verlenen ten aanzien van de verplichting tot het voeren van het CE-keurmerk bij distributie van de door hen ontwikkelde PCR-zelftest binnen Nederland?

Gouden Standaard

26. Kunt u aangeven op grond van welke argumenten de overheid de PCR-test nog steeds als 'gouden standaard' bij de detectie van COVID-19 beschouwt?
27. Hoe verhoudt zich volgens u deze stelling ten aanzien van de merkbare tendens binnen de medische wetenschap, de rechtspraak en andere landen, waarbij de PCR-test wordt beschouwd als niet geschikt om COVID-19 vast te stellen en zodoende juist niet (langer) als gouden standaard wordt bestempeld?

Communicatie

28. Kunt u toelichten waarom de overheid ingeval van een positief PCR-testresultaat in haar communicatie stelselmatig spreekt van een COVID-19 besmetting (en de wet zelfs spreekt over infectie)?
29. Wanneer kan men volgens u spreken van een COVID-19 besmetting?
30. Deelt u de stelling dat positieve PCR-testresultaten door de overheid in absolute aantallen worden gecommuniceerd, waardoor de burger niet weet hoeveel personen precies zijn getest? Zo neen, waarom niet?

III.3 Getuigen

181.

Ter beantwoording van een of meer van de onder punt III.2 vermelde vragen, wensen Yip c.s. de navolgende personen te (doen) horen. Deze personen zijn allen in meer of minder mate betrokken (geweest) bij de Corman-Drosten paper of de Retraction paper, dan wel spelen zij een belangrijke rol binnen het huidig PCR-testbeleid van de overheid, dan wel is hun deskundige opinie hierover van belang:

- mevr. Chantal Reusken, wonende te Houten (NL)
Viroloog, OMT-lid bij Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en co-auteur Corman-Drosten paper
- mevr. Marion Koopmans, wonende te Huis ter Heide (NL)
Viroloog, OMT-lid bij Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en co-auteur Corman-Drosten paper
- dhr. Jaap Tamino van Dissel, wonende te Oegstgeest (NL)
Infectioloog, Directeur Centrum Infectiebestrijding en OMT-lid, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- dhr. Hugo Mattheüs de Jonge, wonende te Rotterdam (NL)
(demişsionair) Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- dhr. Marc J.M. Bonten, wonende te De Bilt (NL)
Arts-microbioloog, UMC Utrecht, medisch laboratorium
- dhr. Pieter Borger, wonende te Lörrach (DL)
- dhr. Mario Ortiz Buijsse, wonende te Delft (NL)
- dr. Martin Voerknecht, wonende te Laren (NL)
- dr. Dick Bijl, wonende te Utrecht (NL)
- dr. Kevin McKernan, wonende te Boston (VS)
- dr. Ulrike Kämmerer, wonende te Würzburg (DL)

182.

Yip c.s. behouden zich het recht voor om hiernaast een of meerdere bijkomende getuigen op te roepen ingeval zij op basis van voortschrijdend inzicht de noodzaak daartoe zien.

IV. SPOEDEISENDHEID

183.

Onder verwijzing naar artikel 1.2.4. van het 'Landelijk procesreglement Verzoekschrift-

procedures rechtbank handel/voorzieningenrechter⁶⁴ verzoeken Yip c.s. de rechtbank om afwijking van de procesregels opgenomen in dit reglement, zulks gezien het spoedeisend karakter van onderhavige kwestie.

184.

Meer bepaald verzoeken Yip c.s. de rechtbank om uit te gaan van verkorte termijnen voor het in te dienen verweerschrift door de overheid en voor de datumbepaling van het getuigenverhoor. Verzoekers lichten dit toe als volgt.

185.

Verzoekers zijn stellig ervan overtuigd dat het huidig PCR-testbeleid van de overheid op wezenlijke gronden tekortschiet, hetgeen volgens hen tijdens het getuigenverhoor naar voren zal komen. Alle door de overheid genomen COVID-19 maatregelen zijn aantoonbaar gestoeld op een gebrekkig onderliggend PCR-testprotocol.

186.

Als gevolg hiervan worden de door de overheid getroffen COVID-19 maatregelen onterecht gehandhaafd. Te denken valt aan het nodeloos in quarantaine plaatsen van burgers, het gesloten houden van horeca- en andere etablissementen en het dragen van mondkapjes in publieke ruimtes. Hiernaast spendeert de overheid nodeloos omvangrijke publieke middelen aan een massaal testbeleid, dat aantoonbaar gestoeld is op drijfzand. Naast verzoekers hebben alle Nederlandse burgers recht en belang dat hierin op de korst mogelijke termijn klaarheid wordt geschept.

V. BEVOEGDHEID

187.

Ingevolge de artikelen 99 en 187 Rv jo. artikel 1:10 lid 2 BW is uw rechtbank bevoegd om van onderhavige kwestie kennis te nemen, nu gerekwesteerde gevestigd is te Den Haag.

37

REDENEN WAAROM:

Verzoekers zich wenden tot uw rechtbank, met het eerbiedig verzoek te bevelen dat omtrent de feiten genoemd in dit verzoekschrift zo spoedig mogelijk een voorlopig getuigenverhoor zal worden gehouden, met benoeming van een rechter-commissaris ten overstaan van wie dit getuigenverhoor zal worden gehouden, met tevens bepaling van het tijdstip waarop dit voorlopig getuigenverhoor zal plaatsvinden en van het tijdstip waarop verzoekers uiterlijk een afschrift van dit verzoekschrift en van de daarop te geven beschikking aan gerekwesteerde moeten doen toekomen.

Eindhoven, 26 mei 2021,
mede namens mr. E.E.V. Sweebe

Mr. N.J.P. Vanaken
Advocaat

Deze zaak is in behandeling bij mr. N.J.P. Vanaken, onder dossiernummer D100354, T: +31 (0)40 848 01 69; info@openlegal.nl

⁶⁴ <https://www.rechtspraak.nl/SiteCollectionDocuments/procesreglement-verzoekschriftprocedures-rechtbank-civiel-handel-voorzieningenrechter-2021.pdf>

Productieoverzicht:

Productie 1: kopie Corman-Drosten paper, zoals ingediend bij Eurosurveillance;

Productie 2: kopie Retraction paper, zoals ingediend bij Eurosurveillance;

Productie 3: kopie brief Yip c.s. aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan het RIVM d.d. 17 maart 2021;

Productie 4: kopie brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan Yip c.s. d.d. 24 maart 2021;

Productie 5: kopie brief Yip c.s. aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 maart 2021.

De Nederlandse Grondwet

artikelnr of zoekterm



Artikel 11: Onaantastbaarheid lichaam

- > [Grondwet van 2018](#)
- > [Hoofdstuk 1: Grondrechten](#)

10 ← *Artikel 11* → 12

Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam.
