Freitag, 11. Dezember 2020, 17:00 Uhr
~19 Minuten Lesezeit

Das Evidenzfiasko

Das politische Management der Corona-Krise erscheint als Irrfahrt ohne Plan und Ziel.

von Wolfgang Jeschke
Foto: People Image Studio/Shutterstock.com

Wir erleben nicht eine „Pandemie des Jahrhunderts“, wie manche meinen und schreiben. Es handelt sich stattdessen um das Evidenzfiasko des Jahrhunderts, wenn nicht des Jahrtausends. Das weist der Autor

anhand bekannter Daten und Fakten nach. Er zeigt außerdem, dass sich die politischen Entscheider in Deutschland und anderswo nur auf jene Wissenschaftler stützten, die ihre Sicht bestätigten. Dabei haben sich die Vorhersagen der Katastrophen-Propheten nicht bestätigt – blieben aber wirksam, mit gravierenden Folgen für die Gesellschaft. Davon unabhängig belegen die bekannten Fakten: Es gibt keine Pandemie.

Teil 1: Die Krankheit

Bereits in der Frühphase der ausgerufenen Pandemie mahnte Prof. Dr. John Ioannidis von der Stanford University, einer der angesehensten Epidemiologen der Welt, zu Besonnenheit. Noch am Tage vor dem Lockdown in Deutschland schrieb er (1):

„*Die aktuelle Coronavirus-Krankheit, COVID-19, wurde als eine Pandemie bezeichnet, die es nur einmal in einem Jahrhundert gibt. Es könnte sich aber auch um das Evidenz-Fiasko des Jahrhunderts handeln. In einer Zeit, in der alle Menschen bessere Informationen brauchen, von Krankheitsmodellierern und Regierungen bis hin zu Menschen, die in Quarantäne gehalten werden oder einfach nur sozial distanziert sind, fehlen uns verlässliche Beweise darüber, wie viele Menschen mit SARS-CoV-2 infiziert sind oder sich weiterhin infizieren werden. Bessere Informationen sind notwendig, um Entscheidungen und Aktionen von monumentaler Bedeutung zu steuern und ihre Auswirkungen zu überwachen.*“

Im gleichen Zeitraum berichtete das Robert-Koch-Institut (RKI) einen R-Wert unter 1 und es gab zu keinem Zeitpunkt einen Hinweis

auf eine Überlastung des Gesundheitssystems. Auch die Zahlen der Kranken und Toten wiesen keine Besonderheiten auf. Trotz des Fehlens belastbarer Daten und massiver Einwände aus der Wissenschaft wurde der erste Lockdown gegen das Volk verhängt. Er stürzte das Land in seine schlimmste Krise seit 1945.

Der Lockdown und die Folgemaßnahmen beruhten auf Spekulationen und nicht haltbaren Hochrechnungen. Somit wurde ein fundamentales Unwissen zur Entscheidungsgrundlage der Regierungen, die damit ihrer Sorgfaltspflicht in der Abwägung nicht nachkamen:

- Wie verbreitet ist SARS-CoV-2?
- Wie gefährlich ist eine Infektion mit dem aktuellen Coronavirus?
- Wie viele Menschen werden krank?
- Wie viele erkranken leicht?
- Wie viele erkranken schwer?
- Wie viele sterben an COVID-19?

Während die theoretischen Modelle von Neil Ferguson vom Imperial College in London (siehe Seite 34) und dem RKI zu dramatischen Zahlen von Erkrankten und Toten kamen, gab es bereits im Februar und März 2020 zahlreiche Hinweise darauf, dass der Erreger weitaus weniger gefährlich ist, als es die hypothetischen Modellrechnungen aufgrund falscher Grundannahmen ausgeworfen hatten. Untersuchungen aus den USA und Deutschland legten früh den Schluss nah, dass COVID-19 ein ähnliches Risikopotenzial wie die Influenza hat.

Die Vorhersagen der Katastrophiker traten nicht ein — blieben aber wirksam

Die Annahmen der weltweit führenden Virologen und Epidemiologen bestätigten sich schnell — sie blieben jedoch lange

ungehört. Seit Langem liegen nun Informationen vor, welche eine Einschätzung der Gefahr durch SARS-CoV-2 ermöglichen. Das Virus reiht sich ein in die lange Reihe saisonaler Auslöser von Erkrankungen der Atemwege, mit denen die Menschheit jedes Jahr konfrontiert ist.

Die durch SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung COVID-19 hat nach den jüngsten Meta-Analysen, welche bereits wissenschaftlich gegengeprüft wurden, eine ähnliche Sterblichkeit wie eine Influenza. Unterschiede ergeben sich allerdings in den Altersgruppen: Kinder erkranken selten bis nie an COVID-19, können aber durchaus in sehr geringer Zahl schwere und tödliche Influenza-Verläufe ausprägen. Hochbetagte hingegen haben ein größeres Risiko, einen schweren oder tödlichen Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu erleiden. Aber auch das geschieht in einer geringen Fallzahl, die sich im Spektrum der jährlichen saisonalen Erkrankungen bewegt.

Betrachtet man jedoch die effektiven Zahlen der Erkrankten und Verstorbenen, wird klar, dass auch hier keine Evidenz vorliegt, mit der sich die zerstörerischen Maßnahmen der Exekutive rechtfertigen ließen. In Deutschland und Europa ist die Erfassung der Einzelfälle noch immer völlig intransparent. Als COVID-19-Toter gilt jeder Mensch, der vor seinem Tod einen positiven PCR-Test hatte. Die tatsächliche Todesursache wird nicht angegeben. Das aber wäre notwendig, um die Todesrate von COVID-19 zu ermitteln. So sind unter den 12.000 Toten in Deutschland unendlich viele Verstorbene zu finden, die eine andere Todesursache hatten — aber einen positiven PCR-Test auf SARS-CoV-2 aufweisen.

Die Intransparenz der Daten

Die mittlerweile eingeführte Formulierung „an oder mit COVID-19 Verstorbenen“ ist ebenfalls irreführend, da nicht dokumentiert ist, welcher Patient vor seinem Tod eine COVID-19-Symptomatik

aufwies. Insofern kann die Formulierung nur lauten: „Verstorbene mit positivem PCR-Test“.

Epidemiologisch sind die Zahlen der Toten in Deutschland nicht hilfreich. Sie helfen uns nur zu überprüfen, ob SARS-CoV-2 als „Killervirus“ einen Einfluss auf die Sterblichkeit in Deutschland hatte. Und das hatte es nicht. Im Gegenteil: 2020 erleben wir in Deutschland ein Jahr der Untersterblichkeit, was uns ein Blick auf die **Sterbestatistik** (https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html) des Statistischen Bundesamtes zeigt, siehe auch unseren Bericht auf Seite 15.

Die Centers for Desease Control and Prevention (CDC) in den USA haben eine viel feinere Aufschlüsselung ihrer Toten (2) vorgenommen. Sie erfassen die tatsächlichen Todesursachen und können daher herausfiltern, wie viele positiv Getestete an COVID-19 verstorben sind. Die CDC geben an, dass bei 6 Prozent der Verstorbenen COVID-19 als einzige Todesursache nachgewiesen wurde. In allen anderen Fällen seien durchschnittlich 2,6 weitere Todesursachen (Komorbiditäten) nachgewiesen.

„Tabelle 3 zeigt die Arten von Gesundheitszuständen und beitragenden Ursachen, die im Zusammenhang mit Todesfällen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) genannt werden. Bei 6 % der Todesfälle war COVID-19 die einzige erwähnte Ursache. Bei Todesfällen, bei denen neben COVID-19 noch weitere Erkrankungen oder Ursachen genannt wurden, gab es im Durchschnitt 2,6 zusätzliche Erkrankungen oder Ursachen pro Todesfall.“

Das Original:

„Table 3 shows the types of health conditions and contributing causes mentioned in conjunction with deaths involving coronavirus disease

2019 (COVID-19). For 6% of the deaths, COVID-19 was the only cause mentioned. For deaths with conditions or causes in addition to COVID-19, on average, there were 2.6 additional conditions or causes per death. The number of deaths with each condition or cause is shown for all deaths and by age groups."

Auch wenn COVID-19 nur in 6 Prozent der Fälle die einzige Todesursache gewesen sein mag und damit in den USA 14.400 (von 240.000 Verstorbenen) und in Deutschland etwa 720 Menschen (von 12.000 Verstorbenen) bis Anfang November getötet hat (wenn man den 6 -Prozent-Wert auf Deutschland überträgt), spielt eine SARS-CoV-2-Infektion sicher eine weitere Rolle im Zusammenspiel mit den anderen Komorbiditäten. Wer bereits schwer krank ist und verschiedene Todesursachen in sich trägt, kann durch einen zusätzlichen Infekt, sei es mit Corona- oder Influenzaviren, weiter destabilisiert werden und der Tod kann beschleunigt eintreten.

Die Toten lügen nicht

Zusätzlich lassen sowohl die Untersuchungen der Infektionssterblichkeitsrate (3) (IFR), die mit einem Durchschnittswert von 0,23 Prozent im Spektrum einer Influenza zu liegen scheint, und die absolute Zahl der tatsächlich an COVID-19 verstorbenen Menschen den Schluss zu, dass SARS-CoV-2 weder ein „Killervirus" ist, noch aus der Reihe der bisherigen Erreger saisonaler Erkrankungen der Atemwege fällt. Auch andere Untersuchungen sehen die Infektionssterblichkeitsrate bei 0,14 bis 0,37 Prozent.

Zudem bestätigen zahlreiche Untersuchungen, dass der überwiegende Teil der positiv getesteten Menschen keine Symptome ausprägt. Die meisten positiv getesteten Menschen, die überhaupt Symptome ausprägen, haben einen milden, einige wenige einen leichten, ganz wenige einen schweren und noch weniger einen tödlichen Verlauf.

Die Toten lügen nicht — und zumindest ist die Zahl der Toten nicht strittig. Die Summe der COVID-19-Toten ist im statistischen wie auch im medizinischen Sinn extrem niedrig. Selbst wenn man alle gemeldeten „COVID-19-Toten“ als solche akzeptiert (auch jene, die an Herzversagen oder einem Autounfall verstarben), sind 12.000 Tote (bis Mitte November) eine medizinstatistisch extrem niedrige Zahl und im Vergleich zur hohen Exzessmortalität der Grippewelle von 2017/2018 mit 25.000 Toten noch moderat und noch im Mittel der anderen Vorjahre.

Gehen wir von den Zahlen des CDC aus (s.o.), sind es mit hoher Sicherheit viel weniger Menschen, die tatsächlich an COVID-19 als Todesursache verstarben. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum (Januar bis Mitte November) starben 2020 etwa 300.000 Menschen an Herzkreislauferkrankungen, 220.000 Menschen an Krebs, 62.000 an Lungenentzündungen, 36.000 an Verletzungen und Vergiftungen.

Mit der geringen Pathogenität und der geringen Letalität von SARS-CoV-2 entfällt die erste Voraussetzung für das Vorliegen einer Pandemie, welche die Gesundheit der Bevölkerung in besonderer Weise bedroht. Die Hinweise darauf lagen schon vor dem Lockdown vor. Die Regierungen des Bundes und der Länder unterließen es jedoch, sich im Februar und März die ganze Bandbreite an Informationen und Expertise zu verschaffen, um zu einer sachgerechten Abwägung zu kommen, welche die Grundlage für eine verfassungsmäßige Entscheidung gewesen wäre.

Statt den wissenschaftlichen Sachverstand der Besten in der Welt zusammenzuziehen, vertraute man Christian Drosten, der schon mit seinen apokalyptischen Vorhersagen zur Schweinegrippe 2009 komplett daneben gelegen hatte. Und man vertraute den Modellierungen aus dem Computer, denen falsche Werte zugrunde lagen, was schon vor dem Lockdown 1.0 klar war und auch heute noch in den Dokumenten des RKI nachgelesen werden kann.

Das Gesundheitssystem ist seit Jahren am Limit

Auch eine Überlastung des Gesundheitssystems, die immer wieder als Begründung für den Maßnahmen-Exzess herhalten musste, ist weder im Frühjahr noch im Herbst eingetreten, und dort, wo Überlastungen auftraten, waren sie nicht auf die Anzahl der COVID-19-Fälle zurückzuführen. Im Gegenteil: Viele Kliniken schickten ihre Mitarbeiter in die Kurzarbeit. Seit Jahren klagen Kliniken in ganz Deutschland in der Erkältungs- und Grippesaison über Personalmangel und schlechte Ausstattung.

Die „Not" in den Kliniken ist die Folge des Kaputtsparens des Gesundheitssystems. Nun die vermeintliche Pandemie dafür verantwortlich zu machen, ist eine Verhöhnung der Klinikbelegschaften, die seit Jahren auf die Mangelzustände hinweisen (4).

Darüber hinaus sorgte eine gesetzliche Regelung des Bundesgesundheitsministeriums für eine Verringerung der Intensivkapazitäten ab dem 01. August (5). Das Ärzteblatt schrieb dazu unter dem Titel „Debatte um Wiedereinsetzung der Personaluntergrenzen":

„*Die Untergrenzen wurden am 16. März im Zuge der Pandemie und der Anweisung an Krankenhäuser, Kapazitäten für COVID-19-Patienten frei zu halten, ausgesetzt. Für die pflegeintensiven Bereiche in der Unfallchirurgie, Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie, Stroke Units sowie Neurologische Frührehabilitation bleiben die Untergrenzen bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt.*"

Die Kritik der Kliniken an der Wiederaufnahme der Personaluntergenzen war sehr deutlich (Ärzteblatt vom 21. Juli, 2020) (6):

„*Kritik am Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Untergrenzen kommt*

von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). ‚Die von Minister Spahn vorgesehene Wiederinkraftsetzung der Pflegepersonalbesetzungsvorgaben auf Intensivstationen ist ein falsches Signal zum falschen Zeitpunkt', erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum in einer Mitteilung. Damit werde der Eindruck erweckt, die Pandemie sei überwunden, so die DKG. ‚Tatsache ist aber, dass jederzeit Intensivstationen mit COVID-19-Patienten in Cluster-Regionen so in Anspruch genommen werden könnten, dass die starren bundesweiten Vorgaben in den Kliniken vor Ort nicht eingehalten werden könnten', so die DKG weiter."

Zwischenfazit:

SARS-CoV-2 ist kein Killervirus. COVID-19-Fälle verändern nicht die Sterberate und führen nicht zu einer Überlastung des Gesundheitssystems.

Teil 2: Die PCR-Pandemie

Die eine Säule der ausgerufenen Pandemie ist die Anwesenheit und Verbreitung eines Erregers, der überdurchschnittlich häufig Menschen erkranken lässt und tötet. Wir wissen heute, dass SARS-CoV-2 kein Erreger ist, der diese Eigenschaften mit sich bringt. Auch wenn jeder Todesfall, der im Zusammenhang mit einem Coronavirus oder einer anderen Erkrankung steht, für sich gesehen eine Tragödie sein kann, ist die Ausbreitung von SARS-CoV-2 aus Sicht der Volksgesundheit kein Risikofaktor, der die getroffenen Maßnahmen hätte rechtfertigen können. Weder im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Erregers noch im Hinblick auf die Überlastung des Gesundheitssystems.

Grundlage für die angstgetriebenen Entscheidungen, die Lockdowns, Berufsverbote, Absonderungen und Quarantäneanordnungen, den Maskenzwang, die

Freiheitsberaubungen und die damit verbundenen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schäden war zu keiner Zeit eine ordentliche Abwägung objektiver Befunde auf der Grundlage der verfügbaren Fakten, der Zahlen der Erkrankten oder Verstorbenen. Die Panik basiert ausschließlich auf einer so fatalen wie zugleich unwissenschaftlichen Annahme. Sie ist das zentrale Element der Corona-Krise, sie ist das Werkzeug zur Angstverbreitung und zur Aufrechterhaltung eines verfassungswidrigen Zustandes in Deutschland und weiten Teilen der Welt.

Die zweite Säule und das Mittel der Angstkommunikation in der Corona-Krise ist der PCR-Test. Seine Zahlen sind das Medium, mit dem die Emotionen gesteuert und die Eingriffe in die Grundrechte begründet werden. Wobei es „den“ einen PCR-Test gar nicht gibt. Zwar „schenkte“ Christian Drosten als erster der ganzen Welt einen Test, der die Grundlage der Pandemie bilden sollte. Er wurde vermarktet mit der Behauptung, ein PCR-Test könne eine akute Infektion nachweisen.

In den Folgemonaten aber entstanden viele weitere Test-Kits: Im Oktober lagen der Bundesregierung über 600 verschiedene angezeigte PCR-Tests vor (7). Darüber hinaus kann sich jedes Labor seinen eigenen Test herstellen. Die eingesetzten Tests sind nicht validiert, nicht zertifiziert, haben keine Freigabe als diagnostische Methode für die klinische Diagnostik und sind auch nicht standardisiert.

Das bedeutet: Weder die eingesetzten Reagenzien, noch die technischen Merkmale sind einheitlich festgelegt und normiert, auch nicht die Anzahl der Replikationszyklen (CT-Werte), welche für die Aussageinterpretation möglicherweise von Bedeutung wäre. Die aktuell eingesetzten Tests werden mit einem extrem hohen CT-Wert von 40-45 Zyklen durchgeführt, was die Testergebnisse wertlos macht (8).

Nach § 2, Absatz 2, des Infektionsschutzgesetzes ist eine „Infektion die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus“. Eine solche Infektion kann ein PCR-Test nicht nachweisen. Das kann nur die Anzucht des Erregers in Zellkultur.

Der PCR-Test

Der PCR-Test (PCR = Polymerase Chain Reaction) ist, vereinfacht gesagt, ein Verfahren, mit welchem in einer Probe befindliches genetisches Material durch Replikation vermehrt werden kann. Es reicht ein Molekül in einer Speichelprobe — und die PCR kann dieses Molekül durch Replikation so oft vervielfältigen, bis seine Anwesenheit messbar wird. Für seine Erfindung der PCR-Technologie erhielt Kury B. Mullis 1983 den Nobelpreis.

In zahlreichen Gesprächen, die wir mit ihm im Zuge unserer Recherchen im Rahmen der HIV/AIDS-Entwicklung in den 1990er-Jahren und auch in späteren Zusammenhängen mit Epidemien führten, aber auch in zahllosen Artikeln und Interviews (9), betonte Mullis bis zu seinem Tod im Jahr 2019 immer wieder, dass das PCR-Verfahren seine Grenzen hat. Er stellte immer wieder klar, dass ein positiver PCR-Test keine Aussagen über das Vorliegen einer Erkrankung oder Infektion im Sinne einer klinischen Diagnose zulässt.

Was also war das Bahnbrechende an seiner Erfindung, wenn sie keine Erkrankung nachweisen kann? Die PCR kann so einiges: Einerseits ermöglicht sie das Klonen von Genen, aber auch die Genanalyse für Abstammungsgutachten, die Untersuchung von Erbkrankheiten. Andererseits hat ein PCR-Test aber in der Tat auch eine medizinische Bedeutung.

Beispiel: Ist ein Patient krank und hat Symptome, welche sich nicht so leicht einer bestimmten Erkrankung zuordnen lassen, kann ein

PCR-Test Aufschluss darüber geben, welche Erreger möglicherweise an der Entstehung der klinischen Symptomatik beteiligt sind. Finden sich Spuren von Erregern, die mit den Symptomen in einem Zusammenhang stehen könnten, erhalten die behandelnden Ärzte einen Hinweis darauf, mit welcher therapeutischen Maßnahme dem Kranken geholfen werden könnte und welche weiteren diagnostischen Verfahren angezeigt wären.

> ***Was aber ein PCR-Test NICHT kann, ist in der Wissenschaft unstrittig. Und zwar schon seit Jahren.***

Die für die Beurteilung der Corona-Pandemie wichtigsten Feststellungen zu den Grenzen des PCR-Tests lauten:

1. ein positiver PCR-Test kann nicht nachweisen, ob in einer Probe lebendiges, vermehrungsfähiges Virusmaterial vorliegt,
2. ein positiver PCR-Test kann nicht den Nachweis erbringen, ob ein Mensch krank war, krank ist oder krank werden wird,
3. ein positiver PCR-Test kann nicht die Infektiosität des positiven Menschen beweisen.

Das US-Amerikanische CDC formuliert in seinen Vorgaben (10) für die Interpretation des PCR-Tests das Folgende: „Detection of viral RNA may not indicate the presence of infectious virus or that 2019-nCoV is the causative agent for clinical symptoms“ (Übersetzung: „Der Nachweis von viraler RNA weist möglicherweise nicht auf das Vorhandensein eines infektiösen Virus oder darauf hin, dass 2019-nCoV der Auslöser für klinische Symptome ist.“).

Das Eidgenössische Departement des Inneren EDI / Bundesamt für Gesundheit BAG (11) führte in seiner Ursprungsversion des „Merkblatts zur aktuellen COVID-19 Testung in der Schweiz“ aus:

„Die PCR (Polymerase-Kettenreaktion) ist eine NAT (Nucleic Acid Amplification Technology)-Methode, der modernen Molekularbiologie

um in einer Probe vorhandene Nukleinsäure (RNA oder DNA) in vitro zu vervielfältigen und danach mit geeigneten Detektionssystemen nachzuweisen. Der Nachweis der Nukleinsäure gibt jedoch keinen Rückschluss auf das Vorhandensein eines infektiösen Erregers. Dies kann nur mittels eines Virusnachweises und einer Vermehrung in der Zellkultur erfolgen."

In einer überarbeiteten Fassung, die das gleiche Datum trägt, aber später erstellt worden war (Erstellungsdatum: 25. Mai.), wurde die wissenschaftlich korrekte Beschreibung ersetzt durch den Satz:

„*Durch den direkten Nachweis von viraler Nukleinsäure in einem Nasen-Rachenabstrich kann bei Patienten mit COVID-19 kompatiblen Symptomen auf eine SARS-CoV-2-Infektion geschlossen werden*" (12).

Die Änderung ist kein Widerspruch zur Ursprungsfassung, vermittelt aber bei oberflächlicher Lesart etwas anderes und suggeriert eine Aussagekraft des Tests, die ihm nicht eigen ist. „Kann geschlossen werden," ist eben keine klare Formulierung, welche einen Beweis oder Nachweis impliziert.

In Anbetracht der monumentalen Folgen der Maßnahmen ist der Nachweis einer Infektiosität der Menschen von elementarer Bedeutung. Die Angst vor der Ansteckung liefert ja derzeit die Begründung für Lockdown, Notstandsgesetzgebung, Freiheitsentzug, Nötigung, Zwangsmaßnahmen und Co.

> ***Wenn aber ein positiver PCR-Test nichts über die Ansteckungsgefahr aussagen kann — mit welchem Verfahren könnten wir diese nachweisen, um endlich Sicherheit zu bekommen?***

Wir sprachen mit Prof. Dr. Andreas Dotzauer. Er ist Virologe an der Universität Bremen, seit 2014 leitet er dort das Laboratorium für Virusforschung. Dort werden die Mechanismen der Entstehung von

Viruserkrankungen und die Wechselwirkung von Viren und Wirtszellen aufeinander untersucht. Im Rahmen seiner Forschung setzt Prof. Dr. Dotzauer auch PCR-Tests ein. Wir fragten ihn: Wie aussagefähig sind die Ergebnisse von PCR-Tests? Prof. Dr. Dotzauer:

„*Die PCR-Tests zählen zu den sensibelsten Verfahren, die wir in der Forschung einsetzen. Sie können damit zweifelsfrei Genabschnitte eines Erregers nachweisen. Die Sensibilität geht sogar noch weiter: Wir sind in der Lage, auch innerhalb einer Erregerfamilie unterschiedliche Subtypen voneinander zu unterscheiden.*“

Also weist ein positiver PCR-Test auf SARS-CoV-2 nach, dass ein Mensch mit diesem Corona-Virus Kontakt hatte? „Ja, eindeutig“, so Prof. Dr. Dotzauer. Weist ein positiver Test nach, dass in einer Probe lebendiges, vermehrungsfähiges Virus vorhanden ist? „Nein. Für diesen Nachweis gibt es nur ein Verfahren, das diese Aussage ermöglicht. Das ist die Anzucht des Virus in Zellkultur.“

Der Nachweis eines SARS-CoV-2 Erregers durch Anzucht in Zellkultur wird aber derzeit nicht vorgenommen — eine sträfliche Unterlassung. Die Maßnahmen-Krise verursacht Hunderte Milliarden an Schäden und auch die wöchentlich über 1.500.000 PCR-Tests, deren Aussagekraft für die pandemische Bewertung nicht ausreicht, verschlingen Unsummen. Der Virusnachweis würde für Klarheit sorgen und ein besseres Verständnis von COVID-19 ermöglichen. Ein Virusnachweis bei den Verstorbenen, welche eine entsprechende Symptomatik aufweisen, würde uns belastbare Zahlen über die Infektionssterblichkeit liefern.

Auf der Basis eines PCR-Tests, der nicht nachweist, ob ein Mensch ansteckend oder krank ist, können die Corona-Maßnahmen nicht begründet werden. Nur der Virusnachweis durch Anzucht in Kultur liefert die erforderlichen Parameter. Betrachtet man die fehlende Gefährlichkeit des Erregers, die sich anhand der Daten der jüngsten Studien zur Infektionssterblichkeit ablesen lässt, und

vergegenwärtigen wir uns, dass ein positiver PCR-Test keine Aussage über die Ansteckungsrisiken ermöglicht, erklärt sich einerseits, warum die Sterblichkeit im Jahr der schlimmsten Virus-Pandemie der jüngeren Gegenwart nicht steigt, sondern sinkt und es zeigt sich, dass die besonnenen Experten bereits im Februar und März richtig lagen.

Ohne den im Hinblick auf Ansteckungsgefahren aussagelosen PCR-Test gäbe es keine Pandemie. Es gäbe eine normale Sterblichkeit mit regionalen und saisonalen Schwankungen, es gäbe die alljährliche Überlastung einiger Kliniken und niemand wüsste von einem „epidemiologischen Ereignis von nationaler Tragweite“ und niemand müsste auf seine elementaren Grundrechte verzichten oder hinnehmen müssen, dass er seine Lebensgrundlage verliert. Und die Gesellschaft wäre nicht gespalten worden.

Prof. John Ioannidis hat Recht behalten. Die Corona-Pandemie ist das Evidenz-Fiasko des Jahrhunderts geworden. Oder vielleicht doch eher: des Jahrtausends.

> ***PCR ist ein Prozess, der aus etwas eine Menge macht. Es sagt Ihnen nicht, dass Sie krank sind. Und es sagt nicht, dass das Ding, das man findet, Ihnen Schaden zugefügt hätte. — Kury B. Mullis, der Erfinder der PCR, der für diese Entdeckung den Nobelpreis erhielt.***

Spiel mit der Angst

Jeder positiv auf SARS-CoV-2 getestete Patient auf der Intensivstation wird als COVID-19-Intensivpatient geführt — auch wenn er gerade vom Bus überfahren wurde.

Prof. Dr. Christof Kuhbandner fragte beim Deutschen Intensivregister nach.

„Eine offizielle Antwort auf eine Anfrage an das DIVI-Intensivregister zur Diagnostik von ‚COVID-19-Intensivpatienten' offenbart aber ein fundamentales diagnostisches Problem. Dort wird bestätigt, dass 1. jeder Intensivpatient – unabhängig von der Symptomatik – mit einem SARS-CoV-2-PCR-Test getestet wird und 2. jeder Intensivpatient – unabhängig von der Symptomatik – mit einem positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis als 'COVID-19-Intensivpatient' geführt wird. Letzteres wird auch in einer offiziellen Antwort des RKI auf eine entsprechende Anfrage bestätigt. Selbst wenn demnach beispielsweise eine Person wegen eines Autounfalls auf Intensivstation liegen würde und ein positives SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis aufweist ohne jede weitere COVID-19-spezifische Symptomatik, würde diese Person als ‚COVID-19-Intensivpatient' zählen" (13).

Außerdem wurde bekannt, dass einzelne Politiker mit übertriebenen Zahlen zusätzlich Angst machen, worüber sogar der BR sich **gewundert** (https://www.br.de/nachrichten/bayern/durcheinander-bei-corona-zahlen-weniger-beatmete-patienten,SF7eOLh) hat.

Testen ohne Sinn und Verstand

Eine besondere Perversion des Krisenmanagements war die immer weiter vorangetriebene Erhöhung der Testzahlen. Wurden am Anfang der Krise nur symptomatische Menschen getestet, weitete die Regierung die Tests nach und nach massiv aus. Anfang November wurden über 1.500.000 Tests pro Woche gemacht. Schon

die exzessive Testung der Urlaubsrückkehrer in den Sommerferien hatte gezeigt, dass eine Erhöhung der Test-Positiven keine Aussage im Hinblick auf die Erkrankungen zulassen würde. Auch Jens Spahn hatte darauf hingewiesen, dass zu viel Testen sinnlos sei und dass zu viele Tests bei einer geringen Erregerverbreitung zu vielen falschpositiven Ergebnissen führen würde.

Die paranoide Fantasie der Exekutive trieb sie in einen fatalen Irrtum. Die Angst war, dass Menschen, die aus „Risikogebieten“ zurückkamen, den Infekt „einschleppen“ könnten. Es wurden also Millionen symptomlose Menschen getestet und der Verdacht konstruiert, dass auch Menschen, die eine inapparente oder asymptomatische Infektion erlitten hatten, selbst in großer Zahl dennoch ansteckend sein könnten. Dieser Verdacht bestätigte sich nicht. Offenbar aber gab es ein Bedürfnis, die Pandemie, die uns die Toten schuldig blieb, durch ein Testfeuerwerk am virtuellen Leben zu erhalten.

Die Inzidenz-Falle

Inzidenz ist ein Begriff aus der Epidemiologie und beschreibt die „Neuerkrankungsrate“ an einer bestimmten Krankheit. Und da beginnt das Problem: Die vom Corona-Kabinett festgelegte Inzidenz von 35 beziehungsweise 50 „Fällen“ auf 100.000 Einwohner ist — hier sei einmal Unsachlichkeit gestattet — Unfug. Zwei Gründe:

1. weist ein positiver PCR keine Erkrankung nach, nicht einmal das Vorliegen eines lebensfähigen Virus‘ und schon gar nicht die Ansteckungsfähigkeit des positiv Getesteten. Damit ist die „Inzidenz“, der wir mit den Maßnahmeverschärfungen folgen, gar keine „Neuerkrankungsrate“. Es ist eine Positivtest-Zahl ohne Krankheitsbezug. Wenn wir genau wüssten, wie viele der positiv getesteten Menschen tatsächlich krank werden und selbst ansteckend sind (also a. Symptome entwickeln und b. einen Virusnachweis durch Anzucht in Kultur haben), dann hätten wir einen belastbaren Wert für eine Inzidenz.

2. wäre selbst bei einem echten Erregernachweis durch Anzucht in Kultur die festgelegte Höhe von 35 beziehungsweise 50 auf 100.000 willkürlich und nicht begründet, weil wesentliche Faktoren wie die Infektiosität und die Risikofaktoren für Risikogruppen und andere Aspekte mehr, nicht in die Inzidenz-Definition einflossen. Die Pseudo-Inzidenz ist im Zusammenspiel mit dem PCR-Test ein Werkzeug zur Manipulation der Wahrnehmung der Menschen — ohne wissenschaftliche Grundlage.

Redaktionelle Anmerkung: Dieser Artikel erschien zuerst im „**Laufpass — das Magazin für Nachdenkliche in bewegten Zeiten** (https://laufpass.com/gesellschaft/das-evidenz-fiasko/)“

Quellen und Amerkungen:

(1) **https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/** (https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-

decisions-without-reliable-data/)
(2)
https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm?fbclid=IwAR2-muRM3tB3uBdbTrmKwH1NdaBx6PpZo2kxotNwkUXlnbZXCwSRP2OmqsI
(https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm?fbclid=IwAR2-muRM3tB3uBdbTrmKwH1NdaBx6PpZo2kxotNwkUXlnbZXCwSRP2OmqsI)
(3)
https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf
(https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf)
(4) 2017:
https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72938/Grippewelle-sorgt-fuer-ueberlastete-Kliniken
(https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72938/Grippewelle-sorgt-fuer-ueberlastete-Kliniken)
(4) 2017:
https://www.welt.de/regionales/bayern/article161869919/Kliniken-schliessen-wegen-Ueberlastung-ihre-Notaufnahmen.html
(https://www.welt.de/regionales/bayern/article161869919/Kliniken-schliessen-wegen-Ueberlastung-ihre-Notaufnahmen.html)
(4) 2016:
https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71591/Notaufnahmen-und-Rettungsdienste-sind-stark-ueberlastet
(https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71591/Notaufnahmen-und-Rettungsdienste-sind-stark-ueberlastet)
(4) 2015: **https://www.sueddeutsche.de/bayern/notfallmedizin-in-bayern-vor-dem-kollaps-1.2350251**
(https://www.sueddeutsche.de/bayern/notfallmedizin-in-bayern-vor-dem-kollaps-1.2350251)
(4) 2015:
https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Personalmangel-in-Kliniken-gefaehrdet-Patienten,notfallmedizin112.html

(https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/Personalmangel-in-Kliniken-gefaehrdet-Patienten,notfallmedizin112.html)
(5) **https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html** (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html)
(6) **https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114855/Ministerium-setzt-Pflegepersonaluntergrenzen-teilweise-wieder-ein** (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114855/Ministerium-setzt-Pflegepersonaluntergrenzen-teilweise-wieder-ein)
(7) **https://www.laufpass.com/Angezeigte-Tests-zum-neuartigen-Coronavirus-SARS-CoV-2-in-Deutschland** (https://www.laufpass.com/Angezeigte-Tests-zum-neuartigen-Coronavirus-SARS-CoV-2-in-Deutschland) (8) Die Bedeutung des CT-Wertes bei einem PCR-Test: **https://youtu.be/meArNRzMiPw** (https://youtu.be/meArNRzMiPw)
(9) Kury B. Mullis zum PCR-Test: **https://youtu.be/ZjjTupMUxbY** (https://youtu.be/ZjjTupMUxbY)
(10) CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel, 12.06.2020 S. 37 **https://www.laufpass.com/CDC-Diagnostic-Panel** (https://www.laufpass.com/CDC-Diagnostic-Panel)
(11) Merkblatts zur aktuellen COVID-19 Testung in der Schweiz — Originalversion, datiert 20.05.2020 **https://www.laufpass.com/Merkblatt-BAG-original** (https://www.laufpass.com/Merkblatt-BAG-original)
(12) Merkblatts zur aktuellen COVID-19 Testung in der Schweiz — geänderte Fassung vom 25.05.2020, datiert ebenfalls auf den 20.05.2020 **https://www.laufpass.com/Merkblatt-BAG-neuefassung** (https://www.laufpass.com/Merkblatt-BAG-neuefassung)
(13) **https://www.heise.de/tp/features/Corona-Lockdown-Droht-tatsaechlich-eine-akute-nationale-Gesundheitsnotlage-**

4942433.html (https://www.heise.de/tp/features/Corona-Lockdown-Droht-tatsaechlich-eine-akute-nationale-Gesundheitsnotlage-4942433.html)

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.

Wolfgang Jeschke, Jahrgang 1963, ist Journalist. Seine Themenschwerpunkte sind die Schnittstellen von Medizin, Wirtschaft, Kommunikation und Recht. Er lebt und arbeitet in Südamerika.

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz** (**Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.