Donnerstag, 20. Mai 2021, 15:00 Uhr
~7 Minuten Lesezeit

Die Inzidiotie

Inzidenzwerte bezeichnen nur die relative Häufigkeit eines Ereignisses — wer sie als absolute Zahlen präsentiert, manipuliert bewusst.

von Wolfgang Jeschke
Foto: Elnur/Shutterstock.com

Nach 14 Monaten Angst und Schrecken wissen wir: Die Coronakrise ist keine virale Pandemie mit einer irgendwie gearteten Übersterblichkeit. Die jährlich auftauchenden Corona-Virus-Erkrankungen zeigen

sich nicht besonders auffällig. Auffälliger ist da schon eher, dass die Influenza ausgestorben sein soll. Nun gut — wir haben ja nicht mehr nach Influenza-Erregern gesucht und die Symptome von Covid-19 und Grippe sind ja nahezu identisch. Die sogenannte Coronakrise ist die Folge politisch-wirtschaftlicher Absichten, gesteuert von starken Partikularinteressen. Die Krisenverantwortlichen sind weitestgehend bekannt. Sie haben die Inszenierung gezielt betrieben und die Angst in der Bevölkerung geschürt, die nun bereit ist, sich eine Flüssigkeit spritzen zu lassen, die sie „Impfstoff" nennen. Die Tragik der Geschichte: Die inszenierte Krise wurde erst durch die fundamentale Dummheit der Bevölkerung(en) ermöglicht.

„Fundamentale Dummheit" liest sich wie ein unglaublicher Vorwurf. Bei genauer Betrachtung ist diese Wortwahl noch sehr gemäßigt. An vielen Punkten der inszenierten „Corona-Pandemie" hätten die Menschen mit einfachen Mitteln die Täuschung erkennen und entlarven können. Denn die Fakten sprachen und sprechen gegen die Pandemie-Hypothese:

- Zum Zeitpunkt des ersten Lockdowns im März 2020 lag der viel bemühte R-Wert laut **RKI-Bulletin 17/2020** (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile) bereits unter 1.
- Es gab nie eine signifikante Übersterblichkeit (1).
- Der PCR-Test ist nicht für klinische Diagnosen zugelassen (2).
- Der PCR-Test kann keine lebenden Viren nachweisen (3).
- Der PCR-Test ist nicht standardisiert (CT-Werte/Reagenzien/Temperaturen) und daher sind die einzelnen Ergebnisse wertlos, weil nicht vergleichbar (4).
- Der PCR-Test erzeugt hohe Zahlen an falschpositiven Ergebnissen (5.)
- Der PCR-Test reagiert positiv bei Geimpften (6)
- Der PCR-Test reagiert **positiv bei Genesenen** (https://www.dw.com/de/coronavirus-warum-werden-genesene-patienten-positiv-getestet/a-52612870), die eine natürliche Immunität haben.
- Covid-19 ist nicht monokausal für den Tod von vielen Menschen ursächlich — es liegen **zumeist drei bis vier andere Todesursachen** (https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm) vor
- Die positiv getestet Verstorbenen wurden durchschnittlich älter als die **durchschnittliche Lebenserwartung** (https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1104173/umfrage/todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-in-deutschland-nach-geschlecht/).
- Das Gesundheitssystem war nie in der Gefahr, überlastet zu werden, jedenfalls nicht durch Covid-19, wie das **Bundesgesundheitsamt** (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html) bestätigt.

Diese Aufzählung ließe sich beliebig fortsetzen. Doch soll dieser kurze Beitrag den Blick auf *etwas ganz Simples* richten, in der Hoffnung, dass die Macht der Grundrechenarten — die ja ganz unverdächtig irgendwelcher Schwurbeleien sind — etwas Licht ins

Dunkel bringen kann.

Definition der Inzidenz (Epidemiologie): In der Epidemiologie und medizinischen Statistik bezeichnet Inzidenz (von lateinisch incidere ‚vorfallen, sich ereignen') die relative Häufigkeit von Ereignissen — insbesondere von neu auftretenden Krankheitsfällen — in einer Population oder Personengruppe innerhalb einer bestimmten Zeitspanne.Die Inzidenz beschreibt also die Ausbreitung einer Krankheit — nicht die Anzahl von positiven Ergebnissen von PCR-Tests, welche nicht geeignet und nicht zugelassen sind, um eine Erkrankung oder Infektiosität festzustellen. Und zwar tut sie das als relative Häufigkeit — nicht als absolute im Verhältnis zu einer wechselnden Zahl von Menschen und oder Tests.

> ***Die Definition der Inzidenz ist eindeutig. Es geht um die relative Häufigkeit des Auftretens eines Ereignisses — also hier einer Erkrankung. Relativ bedeutet: Es muss gemessen werden, wie sich die Anzahl von „Infektionen" zu einer festen Gruppengröße verhält. Nur so kann ich messen, ob mehr oder weniger Menschen positiv testen.***

Die im Paragrafen 28b, Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) gesetzlich verankerte Inzidenz-Mechanik basiert in ihrer Anwendung in jeglicher Hinsicht auf mathematischer Idiotie und statistischem Schwachsinn. Es fehlt an der konstanten Größe der Bezugsgruppe — heißt: Die IfSG-Inzidenz, wie sie derzeit angewendet wird, ist gar keine. Denn gemessen wird mit Variablen — es ist weder festgelegt, wie groß die zu testende Bevölkerungsgruppe ist, ob sie repräsentativ ist, noch wird festgelegt, wie viele Tests vorgenommen werden. Damit verfehlt die „Inzidenz" alles, was für eine Darstellung einer Krankheitsverbreitung im Sinne des IfSG und einer statistisch sauberen Erhebung nötig wäre.

So einfach geht Inzidenz-Manipulation — die Beispielrechnung:

Wir gehen in diesem Beispiel davon aus, dass in der Bevölkerung 1 Prozent der Menschen positiv auf einen Test reagieren, weil sie irgendwann Kontakt zu etwas hatten, auf das ein Test positiv reagieren kann.

- Testen wir 1.000 Personen, erhalten wir bei 1 Prozent: 10 positive Testergebnisse,
- testen wir 10.000 Personen, erhalten wir bei 1 Prozent: 100 positive Testergebnisse,
- testen wir 100.000 Personen, erhalten wir bei 1 Prozent: 1.000 positive Testergebnisse.

Wir erkennen auf einen Blick: Die „Infektionshäufigkeit“ bleibt konstant (1 Prozent). Durch die willkürlich veränderbare Erhöhung der Testzahlen entstehen aber beliebig zu manipulierende „Inzidenzwerte“.

Offizielle Definition:

„Die 7-Tage-Inzidenz beschreibt die Anzahl der neu gemeldeten, mit einem PCR-Test bestätigten Corona-Fälle (PCR-Tests können keine Corona-Fälle bestätigen, da sie eine Erkrankung nicht nachweisen) pro 100.000 Einwohner in einem Zeitraum von sieben Tagen (das wären rechnerisch 0,1 Prozent der Einwohner, die einen positiven Test hätten). Sie wird folgendermaßen berechnet: Man addiert alle neuen Fälle (= positive Testergebnisse, nicht Erkrankte) in einer Region über sieben Tage. Man teilt sie durch die Einwohnerzahl und multipliziert den Wert mit 100.000. So lässt sich eine Inzidenz auf 100.000 Einwohner für verschiedene Städte, Landkreise, Bundesländer und auch bundesweit berechnen. Der Wert schafft eine Vergleichbarkeit für Regionen mit unterschiedlich hoher Einwohnerzahl (natürlich nicht, weil der Wert von der Anzahl der Tests abhängt und für eine Vergleichbarkeit eine Standardisierung der

Vergleichsgruppen hergestellt werden muss).“

Wer eine möglichst hohe „Inzidenz“ erhalten will, muss nur dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen getestet werden. Der zeitliche Zusammenhang zwischen der Einführung des Inzidenzwertes 100 der „Bundesnotbremse“ und des massenhaften Testens an Schulen, in Altenheimen und in den Betrieben ist kein Zufall. Die Schnelltests sorgen dafür, dass gesunde Menschen, die im Schnelltest positive Ergebnisse produzieren, auch einen PCR-Test machen. So ließ sich auch bei rückläufigem Vorkommen der saisonalen Erkrankungen die Pseudo-Inzidenz auf dem gewünschten Niveau halten.

Die Gegenrechnung — wir testen uns in den Dauerlockdown:

Wir gehen auch in dieser Modellrechnung davon aus, dass 1% der Bevölkerung einen positiven PCR-Test haben könnte.

In unserer Modell-Stadt leben 500.000 Einwohner. Es werden innerhalb von sieben Tagen 100 Menschen getestet. 1 Prozent von ihnen ist positiv = 1 Person ist positiv.

„Inzidenzformel“: Positive Tests geteilt durch Einwohnerzahl mal 100.000. Anwendung: 1 / 500.000 x 100.000 = 0,2 Inzidenzwert.

Wir testen in derselben Modellstadt 100.000 Menschen und erhalten 1.000 positive Ergebnisse.

„Inzidenzformel“: 1.000 / 500.000 x 100.000 = 200. Es hat sich die Zahl der potenziell positiven Menschen nicht geändert — nur hat die Anzahl der Tests mehr positive Tests generiert.

Ist dies dem geneigten Grundrechner nicht idiotisch genug, spielen wir die Inzidenzberechnung mal an einer kleinen Population durch.

Das Modelldorf hat 1.000 Einwohner. Wir testen 100 Einwohner und erhalten bei einer Prävalenz von 1 Prozent ein (1) positives Testergebnis. Inzidenzformel: 1 / 1.000 x 100.000 = Inzidenzwert 100. Im selben Dorf testen wir 400 Personen, erhalten 4 positive Ergebnisse und erhalten den Inzidenzwert von 400 (4 / 1.000 x 100.000).

> ***Reichen die Testungen für eine gewünschte Inzidenz nicht mehr aus, wird die Teststrategie angepasst: tägliches Testen in Altersheimen, tägliches Testen im Job — wer die Macht hat, die Testanzahl zu bestimmen, beherrscht die Höhe der Pseudo-Inzidenz.***

Bei alledem haben wir nicht berücksichtigt, was herrschende wissenschaftliche Kenntnis ist und auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO bestätigt wird: „ … mit abnehmender Krankheitsprävalenz steigt das Risiko eines falsch positiven Ergebnisses. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit einem positiven Ergebnis (SARS-CoV-2 nachgewiesen) tatsächlich mit SARS-CoV-2 infiziert ist, mit abnehmender Prävalenz sinkt, unabhängig von der behaupteten Spezifität.“

Der Skandal ist ein Verfassungsverbrechen: Der Pseudo-Inzidenzwert von 100 ist allein durch die Manipulation der Testanzahl zu erreichen und löst einen Automatismus der Grundrechtseinschränkung und Kriminalisierung der Bevölkerung aus. Es treten mit der verfassungswidrigen „Bundesnotbremse“ Regelungen in Kraft, welche die individuellen und gemeinschaftlichen unveräußerlichen Rechte verletzen.

Vielleicht könnte man noch Verständnis dafür haben, dass komplexere Fragen etwas schwerer zu verstehen sein können. Doch sollte es für jeden Menschen, der die Grundrechenarten beherrscht, klar sein, dass die Ermittlung des Inzidenzwertes in ihrer aktuellen

Form eine Inzidiotie ist.

Redaktionelle Anmerkung: Dieser Text erschien zuerst unter dem Titel „**Die Inzidiotie** (https://laufpass.com/corona/die-inzidiotie/)“ auf *LAUFPASS*.

Quellen und Anmerkungen:

(1) **Analyse Sterblichkeit 2020** (https://www.nachdenkseiten.de/?p=69639)
(2) Nur für Notzulassungen, siehe **EUA der CDCs** (https://www.fda.gov/media/139743/download), Seite 32 und 33.
(3) [CDC DENV-1-4 Real-Time RT-PCR Assay) (**https://www.cdc.gov/dengue/resources/rt_pcr/cdcpackageinsert.pdf** (https://www.cdc.gov/dengue/resources/rt_pcr/cdcpackageinsert.pdf)), Seite 40: „Detection of viral RNA may not indicate the presence of infectious virus or that influenza or SARS- CoV-2 viruses are the causative agent for clinical symptoms.“; Übersetzung: „Der Nachweis von viraler RNA muss nicht unbedingt auf das Vorhandensein eines infektiösen Virus hinweisen oder darauf, dass Influenza- oder SARS-CoV-2-Viren die Ursache für die klinischen Symptome sind.“
(4) **Corman-Drosten-Review** (https://cormandrostenreview.com/report/) mit zahlreichen Quellenverweisen.
(5) Je geringer die Erregerverbreitung, desto mehr falsch positive Ergebnisse — klare Aussage dazu auch von der **WHO**

(https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05).

(6) Zahlreiche Berichte in den Medien, zum Beispiel **hier** (https://www.infranken.de/lk/hof/hof-corona-ausbruch-in-altenheim-obwohl-zwei-drittel-der-infizierten-geimpft-wurden-art-5180940).

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.