



Samstag, 20. März 2021, 15:58 Uhr
~10 Minuten Lesezeit

Die Test-Orgie

Die Corona Schnelltests im Selbstversuch werden von der Politik als Ausweg aus dem Lockdown verkauft. Aber das RKI fürchtet um seine Testprüfde und -zahlen.

von Walter van Rossum
Foto: anyaivanova/Shutterstock.com

Nun soll es den PCR-Test in der Do-it-yourself-Variante für Jedermann geben. Das RKI erläutert den Umgang mit solchen Tests – in Wahrheit verdammt er sie und lässt sich dabei tief in die Karten schauen. Ein Kommentar von Walter van Rossum, Autor des soeben im Rubikon-Verlag erschienen Buches „Meine Pandemie mit Professor Drosten“.

Man kann sich eine gewisse Bewunderung nicht ganz verkneifen.

Die Art und Weise, wie Professor Christian Drosten als PCR-Sieger durchs Ziel schoss, weltweiten Ruhm erntete und mit einiger Wahrscheinlichkeit dafür den Palmarès der Drittmittelbeschaffung verdiente, war schon ein Husarenstück sondergleichen (1).

Nun gut, Drosten ist eine Nummer für sich. Aber wie steht es mit der wissenschaftlichen, der journalistischen und der politischen Elite, die ihm seinen Quatsch ungeprüft abgekauft hat?

Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) ist eine gängige Methode in der Molekularbiologie oder Biochemie.

Jeder, der damit zu tun hat, weiß, dass dieser sogenannte Inhouse-Test ein Werkzeug der Forschung ist, aber von diversen Gesundheitsbehörden, Herstellern und gar vom Erfinder dieses Tools, Kary Mullis, ausdrücklich als nicht zu diagnostischen Zwecken geeignet bezeichnet wird – es sei denn in Verbindung mit einer eingehenden klinischen Untersuchung. Und da die verbreitetsten Symptome von Covid-19 Husten, Schnupfen, Heiserkeit sind, müsste diese klinische Untersuchung schon ziemlich gründlich sein. Vermutlich durchgeführt wurde sie aber wohl nur bei jenen vom „neuartigen“ Coronavirus Befallenen, die schwer erkrankt waren. So wurde ein PCR-Test, der nie molekularbiologisch validiert (2) und fast immer missbräuchlich angewandt wurde, zum Maß einer Pandemie, deren Management gerade für den Kollaps der irdischen Realitäten sorgt.

Mittlerweile hat sich herumgesprochen, dass man mit PCR-Tests fast alles finden kann – wie schon der Nobelpreisträger Kary Mullis warnend festgestellt hatte. Doch gegebenenfalls kann man auch nichts finden – alles eine Sache der Einstellung, mit der man Pandemien aufblasen, aber auch wieder abschwellen lassen kann.

Das ist vermutlich auch der entscheidende Grund, warum das *Robert Koch-Institut (RKI)* und artverwandte „Experten“

unverdrossen behaupten: „Der Nachweis von SARS-CoV-2 mittels RTPCR ist der Goldstandard“ (3).

Wie kann etwas zum Goldstandard erhoben werden, das 80 Prozent der Fälle zu Infizierten ohne Symptome macht beziehungsweise leichte Allerweltssymptome zur Infektion erhebt – auch wenn diese nicht infektiös ist?

Was heißt überhaupt „Goldstandard“? Was wäre der Goldstandard bei einer Blinddarmentzündung oder einem Herzinfarkt? Bei Fieber würde man vermutlich das Thermometer zum Goldstandard erklären. Was natürlich Unfug wäre, denn ein Thermometer misst Temperatur, aber von Fieber spricht man erst bei einer Körpertemperatur über 37,5 Grad.

Um *infektiöses* Virus nachzuweisen, müsste man den PCR-Test bei ca. 30 Ct abriegeln. Ct ist der Amplifikationswert der PCR-Methode. Man könnte es eine chemische Lupe nennen. Bei einem Ct von 30 hat man es mit einer Vergrößerung von 1 Milliarde zu tun, bei 40 Ct-Zyklen geht es um eine Vergrößerung von 1 Billion der gesuchten Moleküle. Zu Beginn des Auftretens ernstzunehmender Symptome ist die Viruslast am höchsten, nämlich circa 100 Millionen RNAs pro Mikroliter (= 0,001 Milliliter). Dem entspricht aber ein sehr geringer Amplifikationswert.

Das RKI glaubt, festgestellt zu haben, dass unter 50 RNAs pro Mikroliter keine Zellkultur mehr anzüchtbar sei, das heißt, spätestens bei einem Ct-Wert von 30 bis 32 kann Infektiosität ausgeschlossen werden.

Man müsste sich jetzt nur entscheiden, zwischen 100 Millionen und 50 RNAs eine definitorische Grenze zu ziehen, also einen entsprechenden Ct-Wert festzulegen, dann käme der PCR-Test einem Goldstandard ziemlich nahe – zumal in Verbindung mit einer klinischen Anamnese. Und dass man dies so beharrlich unterlässt,

ist ein klarer Hinweis auf den vorsätzlichen Willen zur Pandemie. Immer vorausgesetzt, dass die gesuchten RNAs tatsächlich unverwechselbare Moleküle von SARS-CoV-2 sind und dieses Virus der Erreger von Covid-19 ist. Im Übrigen kann man nicht oft genug darauf hinweisen, dass die Probleme von PCR-Tests fast allen Labormitarbeitern geläufig sein dürften. Es geht hier nicht um Spitzfindigkeiten, sondern um Routine. Insofern darf man davon ausgehen, dass das Kartell des Schweigens bedrückend groß ist.

Die Schnell-Tests

Doch weil PCR-Tests teuer, kompliziert und langsam sind, kommen jetzt Schnelltests zum Einsatz, bei denen der einfache Mann Stäbchen in sich einführen darf oder in Reagenzien spucken soll. Wenige Minuten später wird ihm das Ergebnis angezeigt, dann weiß er, ob er positiv oder negativ ist. Bei positivem Ergebnis muss allerdings noch ein PCR-Test für definitive Klarheit sorgen, bei negativem Ergebnis kann er sich wiederum nicht in Sicherheit wiegen, denn solche Antigen-Diagnostika sind nicht sonderlich genau – behauptet das RKI: Sie „weisen allerdings eine geringere Sensitivität und Spezifität als PCR-Tests auf, was zu einer höheren Anzahl falsch negativer beziehungsweise falsch positiver Testergebnisse führen kann“ (4).

Um eine CE-Kennzeichnung zu erhalten, müssen die Hersteller nur nachweisen, dass das Produkt ausreichend gebrauchstauglich für die Anwendung durch Laien ist. Sobald dieser Nachweis erfolgt ist, gilt der Test als marktreif. „In Europa können In-vitro-Diagnostika alleinig unter Veröffentlichung von durch die Hersteller selbst generierten Validierungsdaten vertrieben werden; eine unabhängige Validierung muss hier nicht durchlaufen werden. Eine ‚Zulassung‘ im engeren Sinne ist Medizinprodukterechtlich nicht vorgesehen.“

Wie tauglich diese Schnelltests sind, wird also nicht behördlich überprüft. Alle Angaben dazu stammen von den Herstellern, und wie zu erwarten, geben sich diese begeistert.

„Ob in Fachkreisen bekannt ist, dass die Herstellerangaben zur Sensitivität und Spezifität von Antigentests auf PCR-positiven Proben beruhen und zudem in der Praxis davon stark abweichen können, ist zusätzlich unklar“, heißt es im zitierten Text des RKI, der sich wie ein ellenlanger Warnhinweis liest.

Dabei erhält man auch Einweisungen in die Abgründe des Testwesens. Dazu gehören die Merkmale Sensitivität und Spezifität.

Die Sensitivität gibt Auskunft darüber, wie genau ein Test Infizierte ermittelt, während Spezifität den Anteil derer ausdrückt, die fälschlicherweise positiv getestet wurden (falsch Positive).

Wenn man aber jetzt ermitteln will, mit wie hoher Wahrscheinlichkeit ein Testergebnis auch zutrifft, muss man auf die Prävalenz zurückgreifen, die besagt, wie viel Prozent einer bestimmten Population infiziert sind. Daraus sollte sich dann ein Vorhersagewert errechnen lassen. Der positive Vorhersagewert beziffert die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person auch wirklich infiziert ist, wenn sie positiv getestet wurde. Der negative Vorhersagewert beziffert die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person nicht infiziert ist, wenn sie negativ getestet wurde.

Dummerweise ist die Prävalenz aber auch nur ein grober Schätzwert, denn man weiß nicht, wie viele Menschen etwa in Köln oder in Greifswald zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich infiziert sind. Grob zusammengefasst gilt: Je höher die Prävalenz, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Testergebnis zutrifft. In einem erläuternden Beispiel geht das RKI von einer sehr niedrigen Prävalenz von 0,22 Prozent aus.

„Bei der Verwendung eines Antigentests mit einer klinischen Sensitivität von 60 Prozent bei asymptomatischen Personen und einer Spezifität von 97 Prozent beträgt der negative Vorhersagewert des Antigentests circa 99,91 Prozent. Der positive Vorhersagewert beträgt dann 4,17 Prozent. Diese Werte hängen jedoch stark von weiteren Variablen ab (Testzeitpunkt; Qualität der Probennahme; Qualität des verwendeten Tests).“

Also ist der negativ Getestete zu 99,1 Prozent wahrscheinlich wirklich negativ, und die positiv Getesteten sind zu 4,17 Prozent auch wirklich positiv.

Schnelltest versus PCR-Test

Dabei fällt auf, dass das RKI besonders niedrige Sensitivitätswerte und Prävalenzwerte in seinem Beispiel ansetzt. Das könnte bedeuten, dass man den Herstellerangaben zutiefst misstraut, die durchweg behaupten, die Performanz ihrer Schnelltests liege bei mindestens 95 Prozent. Wenn aber die Sensitivität wirklich so niedrig ist, wie in der Beispielrechnung angesetzt, dann hält das RKI die Schnelltests für eine Falle.

Jede Menge real Positiver wännen sich negativ und verhalten sich entsprechend. Das könnte die dunklen, aber öffentlich nicht sehr schlüssig begründeten Prophezeiungen (5) von Lothar Wieler erklären, bis Ostern könnten die Inzidenzwerte auf 300 und mehr steigen.

So gesehen würde die Leitung des RKI sich allerdings gegen die vorsichtigen Lockerungsmaßnahmen der Politik richten. Diese Politik beruft sich aber auf funktionierende Schnelltests. Das RKI „entlarvt“ das als gefährliche Augenwischerei. Aber warum überprüft die Behörde dann nicht einfach die „wahre“ Sensitivität

der Schnelltests?

Man könnte das auffällig abwertende Statement des RKI gegen die Schnelltests – getarnt als kritische Gebrauchsanweisung – auch ganz anders interpretieren: Die Behörde möchte unbedingt die Kontrolle über das Testgeschehen behalten. Falls nämlich die Antigen-Schnelltests andere Ergebnisse produzieren als die beliebig manipulierbaren PCR-Tests, dann könnte sich bald eine erhebliche Differenz zwischen der Anzahl der PCR-Infizierten und der Anzahl der Schnelltest-Positiven zeigen.

Wir erinnern uns: Wieler und Co haben sich stets mit allen Mitteln gegen eine „anlasslose“ breite Testung gewehrt. Das könne zu einer Häufung von falsch Positiven führen, obwohl man andererseits stets betont hatte, dass der PCR-Test sowohl bei der Sensitivität als auch bei der Spezifität nahezu hundertprozentig arbeite. Im Übrigen hat man sich in der Praxis nie an das Verdikt der anlasslosen Testung gehalten, wenn man die „Infektionszahlen“ hochtreiben wollte.

Die Gebrauchsanleitung für das Aufspüren von „Infizierten“ findet sich in einem geleakten Papier des Innenministeriums, das die Strategie der Kriegsführung gegen das eigene Volk formuliert. Unter der Überschrift „Maßnahmenplanung der Bevölkerung vermitteln“ findet sich unter anderem folgende Anweisung:

„Wenn die Fallsterblichkeit unter diesem Wert (von 1 Prozent) liegt, muss davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der Toten nicht richtig gezählt wird. Wenn die Fallsterblichkeit darüber liegt, Tote \times 100, so viele Fälle müssten wir finden. Um sie zu finden, braucht man unter sehr guten Bedingungen 20 \times mehr Tests als die Anzahl Fälle, die man finden möchte“ (6).

Deshalb begann das RKI ab Juni 2020 die Testzahlen kontinuierlich höher zu fahren. Anfang Oktober war man bei 1 Million Tests – bei einer „Positivenquote“ von 0,77 Prozent. „Anlassloser“ im

epidemiologischen Sinne können Tests kaum sein. Der wahre Anlass war offenkundig der politische Auftrag.

Doch den könnten jetzt die Schnelltests torpedieren, wenn sie – wie das RKI insinuiert – eine wesentlich geringere Sensitivität oder, besser gesagt, eine andere Sensitivität hätten als der PCR-Test, bei der also die Masse der „Asymptomatischen“ und der Schnüpfchen nicht anschlügen. Man überliest es schnell: In dem Beispiel, das das RKI nennt, geht es ausdrücklich um die Sensitivität der „Asymptomatischen“. Die „Asymptomatischen“ sind im Grunde jedoch die falsch Positiven des PCR-Tests, der bei einer Einstellung von über 32 Ct auch dann leuchtet, wenn es sich nicht mehr um infektiöses Virus handeln kann. Doch erst die vermeintliche Masse von Infizierten verleiht der Pandemie ihre bedrohliche Wirkung. Und diese propagandistisch wichtige Größe sieht das RKI jetzt durch die neuen Selbsttests bedroht.

Wie auch immer man die Sache betrachtet, die Leitung des RKI arbeitet engagiert an der Verdunklung des realen Infektionsgeschehens und der Aufblähung der Pandemie.

Dazu gehört auch, ständig und in schrillen Tönen vor einer Überlastung des Gesundheitssystems und insbesondere der intensivmedizinischen Kapazitäten zu warnen.

Im *Deutschen Ärzteblatt* erschien soeben eine Auswertung der Krankenhausdaten aus dem Jahr 2020 (7). Die Autoren konstatieren für 2020 eine „historisch niedrige Bettenauslastung“, einen Rückgang um 13 Prozent. Für Covid-19-Patienten ergibt sich – gemessen an der vorhandenen Bettenkapazität – „eine durchschnittliche Belegungsquote von 1,3 Prozent. Die höchsten tagesbezogenen Belegungsquoten gab es in der zweiten Dezemberhälfte mit knapp fünf Prozent aller Betten.“

Bezogen auf alle Intensivbetten ergibt sich für Covid-19-Patienten eine Belegungsquote von 3,4 bis 3,6 Prozent. Umgekehrt dürfte die

hohe Anzahl von schweren Erkrankungen wie Schlaganfällen oder Herzinfarkten, die unbehandelt blieben, eine erhebliche Auswirkung auf die angenommene Übersterblichkeit des vergangenen Jahres gehabt haben.

https://www.buchkomplizen.de/buecher-mehr/buecher/politik/meine-pandemie-mit-professor-drosten.html?pk_campaign=Rubikon&pk_kwd=PANDEMIE

Quellen und Anmerkungen:

(1) Zusammengefasst hat die Geschichte: Illa, „**Das PCR-Desaster. Zur Genese und Evolution des ‚Drosten-Tests‘**“

https://www.thomaskubo.de/files/pdf/Corodok1_PCR.pdf“.

(2) Erst im November 2020 hat eine Gruppe von Wissenschaftlern sich der Sache angenommen und den Drosten-Test

auseinandergenommen. Pieter Borger et alii: „**External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results**“

https://www.researchgate.net/publication/346483715_External_peer_review_of_the_RTPCR_test_to_detect_SARS-CoV-2_reveals_10_major_scientific_flaws_at_the_molecular_and_methodological_level_consequences_for_false_positive_resultsXXX

“

Dabei kamen erstaunliche Dinge zutage. Selbstverständlich haben die diversen gekauften Zensuragenturen, wie zum. Beispiel

Correktiv. diese Arbeit umgehend widerlegt und obendrein den Autoren beschieden, gar keine richtigen Wissenschaftler zu sein.

(3) „Was ist bei Antigentests zur Eigenanwendung zum Nachweis von SARS-CoV-2 zu beachten?“, *Epidemiologisches Bulletin* 8/2021, Seite 3.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/08_21.pdf?__blob=publicationFile

(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/08_21.pdf?__blob=publicationFile)

(4) Ebenda.

(5) <https://www.tagesschau.de/inland/rki-prognose-inzidenz-rekord-101.html> (<https://www.tagesschau.de/inland/rki-prognose-inzidenz-rekord-101.html>)

(6) Bundesinnenministerium, „**Wie wir Covid-19 unter Kontrolle bekommen**“ (<https://fragdenstaat.de/dokumente/4123-wie-wir-covid-19-unter-kontrolle-bekommen/>), Seite 14.

(7) Reinhard Busse, Ulrike Nimptsch, „Covid-19-Pandemie: Historisch niedrige Bettenauslastung“. *Deutsches Ärzteblatt* 2021, 118

(10), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung> (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung>)

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Walter van Rossum ist Autor, Medienkritiker und Investigativjournalist. Er studierte Romanistik, Philosophie und Geschichte in Köln und Paris. Mit einer Arbeit über Jean-Paul Sartre wurde er 1989 an der Kölner

Universität promoviert. Seit 1981 arbeitet er als freier Autor für WDR, Deutschlandfunk, Zeit, Merkur, FAZ, FR und Freitag. Für den WDR moderierte er unter anderem die „Funkhausgespräche“. Zuletzt erschien von ihm das Buch „**The Great WeSet – Alternativen in Medien und Recht** (<https://www.massverlag.de/The-Great-WeSet/Alternativen-in-Medien-und-Recht/>)“.

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.