

de.rt.com

Mit Schnelltests zum Dauerlockdown? Wie sich mit "manipulierten Zahlen" die Kurve hochhalten lässt

20-24 Minuten

17 Feb. 2021 12:12 Uhr

Zur interviewten Person

Hans-Jürgen Bandelt, Jahrgang 1951, lehrte von 1990 bis 2017 als Professor der Mathematik an der Universität Hamburg, wo er sich in der Forschung neben der Behandlung kombinatorisch-geometrischer Probleme den Anwendungen der Genetik auf vorgeschichtliche Fragestellungen widmete sowie Studien zur forensischen und medizinischen Genetik betrieb. Schließlich setzte er sich mit der Bildungszerstörung auseinander, die jetzt in Lockdown-Zeiten geradezu dramatische Formen annimmt.

Das Interview führte Ralf Wurzbacher.

Die in Deutschland und weltweit praktizierte Teststrategie zum Nachweis von sogenannten SARS-CoV-2-Infizierten beruht im Wesentlichen auf dem großflächigen Einsatz der Polymerase-Kettenreaktion (PCR). Wo liegen da aus Ihrer Sicht die Hauptprobleme?

Zunächst gibt es nicht *die* eine weltweite Teststrategie. Manche Länder testen sinnvollerweise nur die wirklich

Atemwegserkrankten und eventuell noch deren familiäres Umfeld auf eine Virusursache. Andere Länder, wie Dänemark und Luxemburg, führen jede Woche faktisch eine Massentestung durch. Die Unterschiede und Probleme sind auf der Webseite ourworldindata.org dokumentiert.



Das Grundübel, das international inszeniert wurde und orchestriert wird durch die Johns Hopkins University, ist die Gleichsetzung von mutmaßlichem Kontakt mit dem Virus in den vorangegangenen rund ein bis zwei Monaten und einer aktuellen Erkrankung mit aktueller Infektiosität. Letztere ist wohl zwei Größenordnungen seltener als ersterer. So wurde aus einer kleinen fiesen Stechmücke ein wild gewordener Elefant gemacht.

Wie geht das in Ihren Augen vorstatten?

In den Medien heißen die positiv Getesteten "erkrankt". Aber wie krank ist das denn? Laut dem Medizinischen Wörterbuch Pschyrembelist Krankheit die "Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen. Krankheit wird von der Befindlichkeitsstörung ohne objektivierbare medizinische Ursache abgegrenzt." Wer

dauerhaft symptomlos nach einer Infektion bleibt, ist nicht krank, auch wenn er wochenlang den Makel des mutmaßlichen Infiziertseins trägt. Basta.

Zum Beispiel sind wir fast alle mit dem Epstein-Barr-Virus infiziert und tragen es sogar in uns. Aber die meisten sind nie davon, sprich an Pfeifferschem Drüsenfieber, krank geworden und werden es auch nicht sein. Das Japanische-Enzephalitis-Virus, das im südlichen Ostasien endemisch ist, führt mit weniger als ein Prozent Häufigkeit zu einer klinisch manifesten Krankheit. SARS-CoV-2 ist also in keiner Weise etwas Besonderes, wenn bei Berücksichtigung der Dunkelziffer weit weniger als etwa jeder Zehnte, der nach PCR-Test als infiziert gilt, überhaupt Symptome verspürt. Und von diesen wird wiederum nur eine kleine Minderheit wirklich ernsthaft krank, meist die Unvitalen unter den über 80-Jährigen.

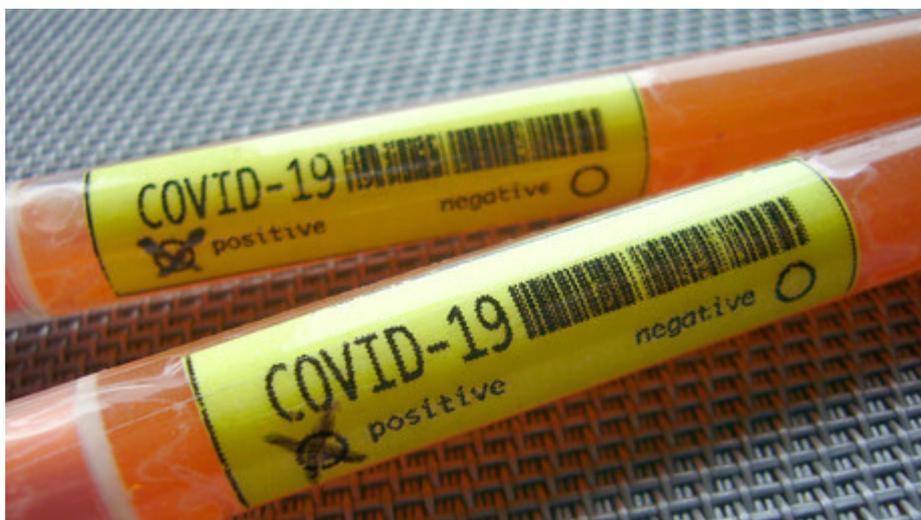
Aber woran liegt es, dass der eine Mensch auf das SARS-CoV-2-Virus mit Krankheit reagiert und der andere kerngesund bleibt?

An unserem Immunsystem natürlich. Wir haben mit den sogenannten T-Zellen eine natürliche Immunabwehr, die fremde Eindringlinge erkennt und sie zerstört. Je öfter sie zum Einsatz kommt bei ähnlichen Viren, umso erfolgreicher ist sie: Es bilden sich Gedächtniszellen. Ganz besonders ist das der Fall in unseren nördlichen Breiten, wo wir fast alle schon Kontakt mit unseren traditionellen Coronaviren gehabt haben. Der österreichische Mediziner Christian Fiala macht das in einem [aktuellen Video](#) für die Allgemeinheit recht schön klar. Man kann also davon ausgehen, dass circa 40 bis 60 Prozent der Bevölkerung gar nicht krank werden konnten – schon während des ersten Auftretens von SARS-CoV-2. Und dennoch beharrt das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig

immer noch auf seiner falschen Modellierung, die null Immunität zu Anfang festsetzt.

Und der vom Berliner Virologen Christian Drosten zum Nachweis von SARS-CoV-2 entwickelte PCR-Test ist das zentrale Instrument, um das, was aus Ihrer Sicht ein "großer Schwindel" ist, mit Zahlen zu untermauern?

Zur Zeit ist vorm Amtsgericht Heidelberg ein Verfahren anhängig, das klären soll, ob der Drosten-PCR-Test bei einem Gesunden eine Infektion mit SARS-CoV-2 [nachweisen](#) kann. Jene Publikation, die den Drosten-Test einführte, ist von einem Wissenschaftlerteam geradezu [verrissen worden](#): Offenbar wurde alles mit heißer Nadel gestrickt und im Begutachtungsprozess viel zu hastig durchgewunken.



Vor dem Hintergrund wäre es notwendig gewesen, in der ersten Jahreshälfte 2020 eingehende Untersuchungen an einem universitären wissenschaftlichen Institut hinsichtlich der Standardisierung dieses Tests vorzunehmen, um in optimaler Weise Erkrankte mit Symptomen als COVID-19-Patienten bestätigen zu können. Man hätte dann genau vorschreiben müssen, wie viele Zyklen der PCR höchstens durchlaufen und wie hoch also der Ct-Wert sein darf. All das ist nicht geschehen. Stattdessen werden immer noch viel zu hohe Ct-Werte, mithin

40 und mehr, zugelassen. Eine geeignete Ct-Schranke irgendwo zwischen 25 und 30 ließe den Test vielleicht nur in einem Zehntel der Fälle Alarm schlagen, die heute unter "positiv" laufen.

Bräuchte es also ein standardisiertes Verfahren?

Ja, sicher. Für die rund 200 zugelassenen Labore in Deutschland hätten Ringversuche die schlecht arbeitenden Labors aussortieren müssen, wie jenes berüchtigte Augsburger Labor mit seiner fulminanten Testpanne, das in die Schlagzeilen geriet. Dabei [zeigten](#) von 60 Tests 58 ein falsch positives Ergebnis an. Es gab nur einen ersten veröffentlichten [INSTAND-Ringversuch](#) zum PCR-Nachweis, der im April 2020 lief. Der zweite vom Juni/Juli, dessen Auswertung eigentlich spätestens im September überfällig war, ist vom Robert Koch-Institut trotz mehrfacher Anmahnung nie mit den Ergebnissen für die Öffentlichkeit [präsentiert worden](#). Und vom Ringversuch vom November 2020 ist erst recht nichts zu hören. Das lässt nur einen Schluss zu: Der Test taugt in der Praxis nicht viel. Wahrscheinlich werden viele der anderen Coronaviren fälschlicherweise als SARS-CoV-2 erkannt. Und das sollen wir nicht erfahren.

Nun sagen aber die politischen Krisenmanager und ihre wissenschaftlichen Berater, dass das Virus auch von Symptomlosen übertragen wird. Machen die Massentesterei und das Hantieren mit hohen Ct-Werten in diesem Fall nicht doch Sinn?

Zu Anfang des letztjährigen ersten epidemischen Geschehens, von Mitte Februar bis Ende April, war das eine gezielte Fehlinformation durch schlechte Wissenschaft, damit das politische Angstnarrativ Schwung aufnehmen konnte.

Inzwischen hat die Volksrepublik China mit der großen Wuhan-Studie abschließend geklärt, dass dauerhaft Asymptomatische nicht ansteckend sind, zu keiner Zeit. Anders kann es aussehen bei den Präsymptomatischen, die für ein, zwei Tage vielleicht eine kleine Befindlichkeitsstörung, aber noch keine konkreten Symptome zeigen, bis dann tatsächlich die ersten Symptome auftreten. Bei Influenza ist das auch nicht viel anders.

Nein, die Massentesterei von Kohorten ist in jedem Fall sinnlose Geldverschwendung: Gesunde testet man nicht – alles andere ist krank. Was hat man davon, wenn man Abertausende mit einem positiven PCR-Test in Selbstisolation schickt und nur ein einziger dabei ist, der tatsächlich gerade in dieser Zeit aus der präsymptomatischen Phase in die Erkrankung COVID-19 übertritt? Für die verschleuderten Millionen hätte man besser zusätzliches Pflegepersonal ausbilden und einstellen können, um die hygienischen Standards in einem Krankenhaus auf den nötigen Stand zu bringen und dabei die nosokomialen Infektionen durch sogenannte Krankenhauskeime auf ein Zehntel zu drücken, um so Leben zu retten.

In einem Beitrag im Internet haben Sie den Vorwurf, dass Zahlen für politische Zwecke manipuliert und missbraucht werden, am Beispiel der im November 2020 [veränderten RKI-Teststrategie](#) festgemacht. Was wird seither anders gemacht als davor?

Die Absicht des RKI ist eigentlich nach wie vor immer noch die gleiche: möglichst viele positiv Getestete ausfindig zu machen. "Ideal" wäre es, die ganze Bevölkerung einmal wöchentlich mit PCR durchzutesten. Das geht aber nicht, da die Kapazitäten dafür bei weitem nicht ausreichen, wir leben ja nicht auf den Färöer-Inseln. Und zu teuer wäre es ohnehin. So hatten die willfährigen Gesundheitsämter vor allem auf Clustertesten

gesetzt: Findet man ein paar Positive in einem Bereich, dann ist der gesamte Großbereich, also Familien-, Freundes-, Freizeit- und Arbeitsumfeld zum Durchtesten dran. Im "Erfolgsfall" macht man mit jedem neuen Positiven dann dort weiter. Gerade in kleinen Landkreisen und kreisfreien Städten gehen dadurch die Inzidenzwerte hoch, weil letztere ja vom Testumfang direkt abhängen.



Wurden immer noch nicht genügend Testpositive gefunden, musste man ganze Kohorten, zum Beispiel alle Schüler der Region, zusätzlich durchtesten, also richtig massenmäßig in die Fläche gehen. Und da erwiesen sich die Positivenraten als viel kleiner, so dass sich diese Art der Suche zu ineffektiv gestaltete. Und dafür gibt es nun einen viel billigeren und obendrein schnellen Test: den Antigentest. Mit dem fischt man potenziell PCR-Positive mit einer Chance von mehr als 70 Prozent aus der Masse heraus. Das ist im Prinzip vergleichbar mit dem Schleppnetzeinsatz beim Fischfang.

Begründet wird der Strategiewechsel mit einer größeren Zielgenauigkeit. Während man bis dahin auch massenhaft Symptomlose getestet hatte, sollen jetzt nur noch echte Verdachtsfälle ins Visier genommen werden. Was ist daran auszusetzen?

Nichts ist dagegen einzuwenden, wenn Atemwegsinfizierte einem Panel von Tests auf respiratorische Viren unterworfen werden, damit die Diagnose sicherer erfolgen kann. Das ist aber nicht die Absicht, die dahintersteht. Was ist denn ein Verdacht? Fieber, Husten, Schniefen – okay. Aber ein durchgeführter Antigentest, der positiv anschlägt, ist kein "Verdacht" auf Erkrankung, denn da würde man ja wieder auf die falsche Gleichsetzung von "infiziert" und "erkrankt" reinfallen.

So nimmt man also den positiven Ausgang bei einem Antigentest als Anlass, um daran anschließend verpflichtend einen PCR-Test zu machen. Das mag anlassbezogen, aber gewiss nicht symptombezogen sein. Und es verfälscht die Statistik, denn die negativen Antigentests bleiben folgenlos und werden nicht dokumentiert beim RKI. Jedenfalls berichtet es nichts von durchgeführten Antigentests als faktische Vortests für die PCR-Testung. Dass die negativen Antigentests völlig unter den Tisch fallen, wurde aber nie öffentlich kommuniziert, und die Medien haben auch nichts mitbekommen.

Im November gingen die Infektionszahlen und die Positivenrate ja ziemlich schlagartig nach oben. Sehen Sie hier einen Zusammenhang zur neuen Strategie?

Klar, direkt nach Ende der ersten Novemberwoche wäre eigentlich in der Kalenderwoche 46 der Hochpunkt der Positivenraten für die Herbstwelle zu erwarten gewesen und danach hätten die Raten erst einmal absacken müssen. Taten sie in Deutschland aber nicht, weil wie durch eine unsichtbare Hand die Positivenraten kurz auf einem Sattel verblieben, um dann hochzuschießen. Ohne die Vorteststrategie mit Antigentests hätte man den Effekt in diesem Ausmaß nicht hinbekommen.

Das RKI hielt selbst in einem [Lagebericht](#) von Mitte Dezember fest, dass die Zahlen durch die Umstellung mit denen davor nicht vergleichbar wären. Wie steht es um die Vergleichbarkeit der Zahlen im Nachgang der Umstellung, wenn man etwa einzelne Wochen oder Monate in Beziehung setzen will?

Nichts ist mehr vergleichbar mit dem, was war, und mit dem, was nächste Woche sein wird. Denn das Testaufkommen, das die gesamten Tests, Antigen und PCR, erfassen müsste, bleibt unbekannt und ließe sich beliebig steigern oder für Sondereffekte auch mal etwas einschränken. Es ist fast wie in Andersens Märchen von Des Kaisers neue Kleider: Das RKI steht nackt dar, und "keiner wollte es sich merken lassen, dass er nichts sah, denn dann hätte er ja nicht zu seinem Amte getaugt oder wäre sehr dumm gewesen ..."

Sie sprechen von "hochfrisierten Zahlen". Das klingt nach Vorsatz ...

Wenn das RKI weiß und es sogar sagt, dass mit den Antigen-Vortests die PCR-Positivenraten überhöht sind, dann ist diese Frisierung, von der fast keiner der unbescholtenen Bürger etwas wissen kann, schnöder Vorsatz. Denn Dummheit oder bloße Unachtsamkeit kann man ausschließen, ansonsten müsste so ein Institut stante pede geschlossen werden.

Um zu ermessen, wie der Strategiewechsel die Zahlen verändert hat, müsste man wissen, wie viele dieser Schnelltests vorgenommen wurden und wie groß der Anteil der Negativen dabei ist. Laut RKI-Auskunft werden dazu aber keine Daten erhoben. Ist das nicht sogar nachvollziehbar? Schließlich kommen diese Tests ja quasi zwischen Tür und Angel zum Einsatz, etwa vorm Betreten

von Altersheimen und Krankenhäusern und demnächst vielleicht auch in Kitas und Schulen. Wie sollte man das alles dokumentieren?

Wahrlich, um genau sagen zu können, wie die PCR-Daten inzwischen frisiert sind, müssten wir natürlich vor allem wissen, wie viele Antigentests mit welchem Ausgang tatsächlich in der jeweiligen Woche eingesetzt wurden. Das RKI verrät uns als Bürger und Wissenschaftler das aber nicht. So bleibt uns nur, durch Vergleich mit anderen Datenquellen Schätzungen vorzunehmen. In Pflegeheimen kommen die Antigentests für die Besucher tatsächlich buchstäblich zwischen Tür und Angel zum Einsatz. Aber das wird sorgfältig dokumentiert und nochmals abgeschrieben und in Ordner geheftet.

Epidemiologe Dr. Tom Jefferson zu PCR-Breitentestungen:

"Irgendetwas läuft hier gewaltig schief"

Die Daten sind also an der Basis da und müssen auch erhoben werden, aber das RKI will sie offenbar nicht. Und natürlich ginge das. Die Schweiz hatte es ja in der Vergangenheit vorgeführt: Dort werden vom Bundesamt für Gesundheit bis jetzt die Zahlen der ausgeführten Antigentests mit ihren zugehörigen Positivenraten erhoben. Nur wurde nicht gezählt, wie viele PCR-Tests einen positiven Antigentest beziehungsweise einen negativen in der Vortestphase hatten, um die vollzogene Verzerrung auszurechnen. Also ist auch dort ein Dunkelraum, in den man nicht hineinschauen soll.

Nun gehen die "Infektionszahlen" seit geraumer Zeit stabil nach unten. Widerspricht das nicht Ihrer Darstellung?

Nein, die frühe Winterwelle, die schon Ende November losrollte, fällt ja nicht nur hierzulande in sich zusammen. Wenn wir in den Positivenraten zum Ende der Kalenderwoche 53, also gegen 3.

Januar, den Hochpunkt der Positivenraten sehen würden, was auch in anderen Nachbarstaaten sichtbar ist, dann hätte man das Ende rund 40 Tage später zu erwarten, also in Kalenderwoche 6. Aber das Niveau der Positivenraten scheint, gerade auch gegenüber der Schweiz, immer noch erhöht zu sein, wohl um absolute zwei bis vier Prozent als Resultat der Zufütterung durch die Antigen-Schleppnetz-Fischung von potentiell PCR-Positiven.

Der Graben zwischen der Herbstwelle und Winterwelle, der in den Positivenraten der Nachbarländer sichtbar ist und selbst in Deutschland durch die wöchentlichen Krankenhauseinweisungen derzeit überdeutlich wiedergegeben wird, findet sich nicht bei den deutschen PCR-Positivenraten.

Das RKI kann das mäßige Absinken ab Mitte Januar nicht ganz vermeiden, denn wie sollte sonst die scheinbare Wirksamkeit des Mega-Lockdowns in den Augen derer, die Statistiken selber nicht miteinander vergleichen wollen und nicht rechnen können, geglaubt werden können? Aber die falschen Modelle sind schon in den Startlöchern, um zu Frühjahrsbeginn von einem katastrophalen Anstieg durch die bösen Mutanten zu orakeln. Und dann muss ja wieder heftiger eindämmt werden, auch bei generell niedriger Inzidenz.

Welche Rolle spielt vor diesem Hintergrund der Inzidenzwert der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb einer Woche? Die politische Zielmarke lag ja lange bei 50, neuerdings bei 35.

Politisch spielt der Inzidenzwert immer noch die Hauptrolle, weil die Inzidenz fast nach Belieben nach oben oder unten gespult werden kann. Wissenschaftlich gesehen ist das Konzept Mumpitz und die Grenzfestlegung völlig willkürlich. Die

Inzidenzgrenzen zwischen Lockdown und Lockerung werden sukzessive abgesenkt, damit das ganze Jahr über immer noch etwas vom Lockdown bleiben kann. Die Masken bleiben und das Verbot von Großveranstaltungen sowieso. Wenn es ganz gaga werden soll, dann kommen noch die Mutanten-Inzidenzen in das Datenpaket hinzu. Dann kann bei der übernächsten Verlängerung eines Lockdowns bis Mitte April die 20er-Inzidenz aus dem Ärmel gezaubert werden.



Neigen Sie zum Schwarzsehen?

Nein, eher zum Grausehen. Denn die nahe Zukunft liegt in einer Grauzone, wo wir nicht sicher wissen, wie es wirklich wird. Um die Politik der jüngsten Vergangenheit zu verstehen, müssen wir erst gezielt in die schwarze Vergangenheit schauen, um besser die angesteuerten Ziele erkennen zu können im Grau der vor uns liegenden Monate. Das Drehbuch hat das Fraunhofer-Institut für Naturwissenschaftlich-Technische Trendanalysen schon 2013 in "Pandemische Influenza in Deutschland 2020 – Szenarien und Handlungsoptionen" vorgelegt und lässt sich noch heute [nachlesen](#). Das projizierte Jahr stimmt, nur das reale Virus heißt jetzt anders. Den Namen konnte man nicht vorhersehen, aber das ganze Bündel an Maßnahmen und die Propagandaaktionen schon. Kapitel 4 liest sich wie eine

Blaupause für das, was wir im vergangenen Jahr erleben mussten. Und keine der angedachten Maßnahmen wurde wissenschaftlich begründet.

Die politischen und wissenschaftlichen Krisenmanager wollen demnächst den massenhaften Einsatz von Schnelltests im privaten Gebrauch ermöglichen. Was fällt Ihnen dazu ein?

Bereits am 3. Februar 2020 [orakelte](#) die *Wiener Zeitung*, dass sich bei weiteren Lockerungen der Testbedarf erhöhen werde: "Kontakte jeglicher Art sollten möglichst nur zwischen negativ getesteten Personen stattfinden." Das wird das Leitprinzip des herrschenden Hygienismus sein. Regeln werden dies die zum März zu erwartenden fixen Selbsttests auf SARS-CoV-2: Virus egal, Hauptsache negativ selbst getestet und mit einer App weitergeleitet. Die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* [frohlockte](#) am 14. Februar angesichts solcher Massenselbsttests: "Eine bestechende Alternative zum Lockdown.2." Zum Paket soll natürlich auch ein Freifahrtschein gehören: "Geimpfte und Immune bekommen einen Dauercode, sie dürfen sich frei bewegen." Das wird, wenn es denn so kommt oder schlimmer, die Gesellschaft in zwei Teile spalten: hier die Freien und da die Unfreien mit dem Stigma der Gefährder, die auch als Sündenböcke dienen.

Mehr zum Thema - ["Christian Drosten verkörpert die Ratlosigkeit der Expertise" – Walter van Rossum im Gespräch](#)

RT DE bemüht sich um ein breites Meinungsspektrum.

Gastbeiträge und Meinungsartikel müssen nicht die Sichtweise der Redaktion widerspiegeln.