



Inzidenz ins Grundgesetz

Description

In der kommenden Woche soll der Bundestag das novellierte Infektionsschutzgesetz verabschieden. Damit wird die Inzidenz als Leitlinie der „Corona“-Politik zementiert und hebt die im Grundgesetz vorgesehenen föderalistischen Befugnisse der Länder ab einem bestimmten Schwellwert aus. Wenn eine Schwelle erst einmal Eingang in die Gesetzgebung gefunden hat, ist es relativ einfach, diese in weiteren Novellierungen des Gesetzes mehr oder weniger nach Belieben zu verändern.

Die entscheidende Neuregelung sieht bei einer Inzidenz in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt von über 100 (Neuinfektionen pro Woche auf 100.000 Einwohner) vor, dass dort automatisch verschärfte Regeln wie etwa Ausgangssperren inkraft treten.

Ich will in diesem Zusammenhang noch einmal auf die gesamten Hintergründe der „Corona“-Politik eingehen, [damit die äußerst schwache Argumentationsgrundlage für weitere Grundrechtseinschnitte deutlich wird.](#)

Alles fängt an beim Einsatz des [PCR-Test als Massentest](#). Der Test ist in der Lage, bestimmte, kurze Gen-Sequenzen des Sars-Cov-2 Virus festzustellen. (Ich lasse außen vor, dass das bisher in der Praxis nicht bewiesen ist, weil ein solches Virus bisher nicht isoliert wurde.) Der Test funktioniert durch beständige Replikation gefundener Gen-Merkmale. Wenn mehr als 30 Zyklen nötig sind, um ein Ergebnis zu erzielen, ist die in der Probe enthaltene Anzahl normalerweise so gering, dass die Virus-Last kaum ausreicht, um eine Infektion auszulösen. Zyklen oberhalb von 35 sind gleichbedeutend mit der Präsenz von lediglich einem (1) Virusbestandteil in der Originalprobe.

Die Zahl der Zyklen spielt bei der Beurteilung der Test-Ergebnisse in Deutschland praktisch keine Rolle. Die Regionalverwaltung von Madrid hat festgestellt, dass in rund 50% der Tests die Zykluszahl oberhalb von 30 lag – ein Wert, der, wie gesagt, für das Infektionsgeschehen nichtssagend ist. Eine offizielle Vorgabe des RKI, die Zahl der Replikationszyklen zu begrenzen, gibt es nicht.



Die Genauigkeit des PCR-Tests ist unter Laborbedingungen einer Einzeluntersuchung sehr hoch. Im massenhaften Einsatz ist das nicht immer zu garantieren. Dennoch wird eine hohe Genauigkeit angenommen, die richtig-negativ-Rate (Spezifität) wird irgendwo bei 98%/99% eingestuft. Bei der Untersuchung einer Grundgesamtheit mit einer relativ geringen Verbreitung des Virus (Prävalenz) kommt es aber zu einer hohen falsch-positiv-Fehlerrate. So werden bei Prävalenzen von 0,3%, 3%, 7,6% Fehlerraten von 82,5%, 31,4%, 14,7% erreicht.

Der PCR-Test kann lediglich das Vorhandensein von Genom-Stücken feststellen. Das ist nicht gleichbedeutend mit einer Infektion. Die tägliche Verkündung der Zahl der Neu-Infektionen in den Quantitätsmedien ist damit die Unwahrheit. Eine Infektion äußert sich durch entsprechende Symptome. Es ist gut möglich, dass der PCR-Test positiv anschlägt, aber die betreffende Person keine Symptome entwickelt. Das liegt vielleicht daran, dass die Virus-Last zu gering ist (siehe u.a. das Thema Replikationszyklen oben). Oder das Immunsystem ist so leistungsfähig, dass die körpereigene T-Zell-Immunabwehr die massenhafte Vermehrung des Virus in den oberen Atemwegen rechtzeitig verhindert. So wie seinerzeit [bei 85% der Bewohner von Ischgl](#), die die Infektion unbemerkt durchgemacht haben. Oder, oder...

Ein positives PCR-Testergebnis sagt also nichts über eine Infektion aus. Werden keine Symptome entwickelt, besteht auch keine sonderliche Ansteckungsgefahr (siehe etwa die [Wuhan-Studie in „Nature“](#)). Denn nur die massenhafte Vermehrung des Virus in den Zellen des Atemweg-Systems verursacht die Infektiosität. Reagiert das Immunsystem entsprechend, findet eine solche Vermehrung nicht statt. Es bleiben möglicherweise RNA-Trümmer in den Schleimhäuten zurück, die auch noch ein paar Wochen später in einem PCR-Test nachgewiesen werden könnten (besonders wenn man ihn hoch genug dreht).

Wer jedoch (mit oder ohne (positiven) PCR-Test) Symptome entwickelt, ist ein bis drei Tage vor Beginn der Symptome präsymptomatisch hochansteckend. Anschliessend fällt die Infektiosität wieder ab und ist in der Regel eine Woche nach Symptombeginn verschwunden (siehe [hier!](#)). In dieser kurzen präsymptomatischen Zeitspanne geschehen 44% aller Ansteckungen (Infektions-Übertragungen).

Masken können eine Infektion kaum wirksam verhindern. Für den Träger sind sie eher kontraproduktiv, weil sie das Wegatmen von Viren verhindern und die CO₂-Konzentration im Blut erhöhen. In lichten Momenten hat selbst Drost die These vertreten, dass Masken das Virus nicht aufhalten. [Lange ist es her – es war am 30. Januar 2020](#). Eine Maske, die entwickelt wurde, um Staub abzuhalten, kann ein 100 Nanometer großes Virus kaum aufhalten, auch dann nicht, wenn es verpackt in Aerosolen daherkommt (Partikelgröße unter 5 Mikrometer). Das gilt für Infizierte und Nicht-Infizierte.

Fest steht, der PCR-Test mag eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür anzeigen, dass eine Infektion kommen könnte. Die Wahrscheinlichkeit ist umso geringer, je anlassloser getestet wird. Je anlassloser getestet wird, je höher ist gewöhnlich die falsch-positiv-Quote.

Seit Februar sind Schnelltests im Massen-Einsatz. Sie testen auf das Vorhandensein von Antikörpern. Die werden aber erst entwickelt, wenn das Immunsystem aktiviert wurde, die präsymptomatische Phase kann daher kaum mit dem Vorhandensein von Antikörpern einhergehen. Abgesehen davon sind die falsch-positiv-Fehlerraten deutlich höher als beim PCR-Test (Studien sprechen von bis zu 70%). Das RKI schreibt vor, dass nach einem positiven Schnelltest ein PCR-Test zur Bestätigung gemacht wird. Ein solcher Test bringt nahezu keine neuen Erkenntnisse, weil die Krankheit entweder in seltenen Fällen dann schon ausgebrochen ist (Symptome) oder trotz auch hier positivem Ergebnis nicht mehr ausbricht. Der Einsatz von Schnelltests fischt unter den Symptomlosen lediglich PCR-Kandidaten heraus und verzerrt das Testbild noch weiter.

[Die WHO fordert seit Anfang Januar die Ergebnisse von PCR-Tests nur noch in Zusammenhang mit Symptomen zu sehen](#)



. Das geschieht hier bewusst nicht. Die Antigentests treiben die Fallzahlen hoch und steigern den Anteil der Symptomlosen bei den PCR-Ergebnissen. Eine steigende Positiv-Rate der PCR-Tests suggeriert eine zunehmende Ausbreitung der Infektion, die de facto nicht vorhanden ist. Der [Anteil der PCR-positiv Getesteten, die ins Krankenhaus kommen, hat sich gegenüber dem Jahreswechsel fast halbiert](#).

Die Weigerung, zwischen „an“ und „mit“ Corona zu unterscheiden, zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte „Corona“-Politik. Das gilt für die [Todesfälle](#), das gilt für Einweisungen in Intensivpflege oder Krankenhäuser, es wird nicht unterschieden zwischen positivem PCR-Ergebnis und Syptomatik. Es ist alles Covid-19, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome, schon [in der Codierungsgrundlage wird keine Unterscheidung getroffen zwischen „an“ und „mit“](#)

Alles wird gestützt auf einen Massentest, der keine Infektionen feststellen kann. Mit einer steigenden absoluten Anzahl von positiven PCR-Tests, sei es durch Hochfahren der Testungen, sei es durch [Tricks mit den Antigentests](#) wird die Inzidenz hochgetrieben. Es geht nicht um Infektionen, es geht nur um wolkige Zahlen, die Inzidenz. Die wird dann auch noch in völlig untaugliche Modelle über die Ausbreitung einer Infektion gefüttert (siehe z.B. [hier](#) und [hier](#)). Und dient zur beabsichtigten Verbreitung von Angst und Panik. Und zu sonst nichts. (Es sei denn, es dient der Befriedigung irgendwelcher Fachidioten, die schon längst den Bezug zum Leben verloren haben.)

[Die Schwere der Covid-19-Erkrankung kommt der einer mittleren Influenza gleich.](#) **In Deutschland gibt es aktuell keine Übersterblichkeit, das gilt auch für das Gesamtjahr 2020. Weltweit ist eine Verschiebung von den ehemals häufigsten Todesursachen hin zu Covid-19 zu beobachten, weil dazu angehalten wird, eher "Corona" als Sterbegrund zu notieren. Bis jetzt sind rund 0,03% der Weltbevölkerung der Krankheit erlegen.** Und deswegen wird das soziale und wirtschaftliche Leben kurz und klein geschlagen.

Die Regierung weigert sich hartnäckig, vernünftige Datengrundlagen zu schaffen, damit das Geschehen auch vernünftig beurteilt werden kann. Die Datenlage ist eine einzige Katastrophe. Das ist allem Anschein nach gewollt, ist keine Fahrlässigkeit.

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes wird die unsinnige Inzidenz-Zahl zementiert, basierend auf einem als Indikator für eine Infektionsausbreitung wenig tauglichen Test. Auf dieser Basis werden die Grundrechte immer mehr eingeschränkt. Ist die Inzidenz erst einmal bundesgesetzlich verankert, ist es einfach, diese Schraube immer weiter anzuziehen. Und das alles bei einer Krankheit von mittelmäßiger Brisanz. Warum?

[Unter Verwendung von Material aus [„Massentestung mit Antigentests verhindert keine Ansteckung“](#)]

Ergänzung:

In einem Eilverfahren hat das Familiengericht Weimar am 8. April 2021 (Az.: 9 F 148/21 – [Quelle](#)) u.a. Bezug genommen auf ein molekularbiologisches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrike Kämmerer. Im Urteil wird aufgegriffen, „dass ein PCR-Test – auch wenn er korrekt durchgeführt wird – keinerlei Aussage dazu treffen kann, ob eine Person mit einem aktiven Erreger infiziert ist oder nicht.“ Und weiter: „Die Gutachterin rechnet vor, dass durch die Verwendung nur noch eines zu testenden Zielgens (die Anzahl der in der PCR zu testenden Zielgene wurde nach Vorgaben der WHO von ursprünglich drei auf lediglich noch eines reduziert) bei einer Mischpopulation von 100.000 Tests mit keiner einzigen tatsächlich infizierten Person aufgrund einer bei einem Instand-Ringversuch festgestellten mittleren Fehlerrate sich ein Ergebnis von 2.690 falsch positiv Getesteten ergibt. Bei Verwendung von 3 Zielgenen wären es lediglich 10 falsch positiv Getestete. Würden die 100.000 durchgeführten Tests repräsentativ bei 100.000 Bürgern einer Stadt/eines Landkreises innerhalb von 7 Tagen durchgeführt sein,



so ergibt sich alleine aus dieser Reduzierung der verwendeten Zielgene hinsichtlich der „Tagesinzidenz“ ein Unterschied von 10 Falsch-Positiven gegenüber 2690 Falsch-Positiven und davon abhängig die Schwere der ergriffenen Freiheitsbeschränkungen der Bürger. Wäre konsequent die korrekte „Targetanzahl“ von drei bzw. sogar besser (wie z.B. in Thailand) bis zu 6 Genen für die PCR-Analyse verwendet worden, hätte sich die Rate der positiven Tests und damit die „7-Tagesinzidenz“ fast komplett auf null reduziert.“

Nachtrag:

(4.5.21) Sehr lesenswert – "[Mein Urteil über die Totengräber des Grundgesetzes](#)"