

## **Neue WHO Richtlinie zum PCR Test und der Zirkelschluß von Wieler, RKI und Bundesregierung**

Wieler erklärt das Standardverfahren bei der Anwendung des PCR Tests. Er wird für zwei Zwecke eingesetzt: 1. Dient er der Diagnostik von symptomatisch z.B. an den Atemwegen Erkrankten, um den ursächlichen Krankheitserreger festzustellen, gezielt nach infragekommenden Viren wie den Influenzaviren zu suchen. Das ist die typische Arbeit der AG Influenza des RKI, Abstriche von z.B. mit respiratorischen Symptomen Erkrankten daraufhin zu untersuchen, welche Viren die Atemwegserkrankung ausgelöst haben. Anders in einem Ausbruch, in dem es viele Krankheitsfälle gibt und man schon genau weiß, welcher Virus kursiert, es also nicht darum geht, erkrankte Menschen zu diagnostizieren, sondern Infektionsketten nachzuverfolgen. Hier dient der PCR Test der Nachverfolgung von Fällen gemäß dem Infektionsschutzgesetz, also nicht nur von Erkrankten, sondern auch Krankheitsverdächtigen, Ausscheidern, also Ansteckenden und Ansteckungsverdächtigen, um Infektionsketten zu unterbrechen und die Ausbreitung von übertragbaren Krankheiten einzudämmen. Auf Grundlage einer hohen Prävalenz, dem Vorhandensein von vielen Krankheitsfällen, wird die Inzidenz ermittelt, also das neue Auftreten von Krankheitsfällen oder wie viele aktuell erkranken.

Wie wurden der Ausbruch und die epidemische Lage festgestellt? Voraussetzung war die Ausrufung der Pandemie durch die WHO gemäß ihrer Definition. Eine Pandemie ist eine globale Epidemie verursacht durch ein neues Influenzavirus, gegen das in der Bevölkerung wenig oder gar keine Immunität besteht. Mit „neu“ ist dabei nur eine neue Mutation gemeint, denn sowohl Influenza- als auch Coronaviren sind als solche schon lange bekannt. Wurden denn Anfang 2020 irgendwo Studien durchgeführt, die eine vorhandene bzw. fehlende Immunität gegen SarsCov2 untersuchten? Bis zur Änderung der Definition im Jahr 2009 wurde eine Pandemie noch so festgestellt, daß sich die fehlende Immunität in sehr großen Anzahlen von Toten und Kranken zeigen mußte. Die hohe Prävalenz, also Häufigkeit von Infizierten, Erkrankten und Toten war der Beweis fehlender Immunität. Nach der Änderung spielen Tote und Kranke, mithin Krankheitssymptome keine Rolle mehr. Nun reicht es aus, daß sich eine neue Mutation eines bekannten Virus weltweit verbreitet, um die Pandemie auszurufen.

Aber wie wurde 2020 die fehlende Immunität festgestellt? Ganz einfach durch die weltweite Verbreitung. Und wie wurde die weltweite Verbreitung festgestellt? Nach den ersten Anzeichen für eine Atemwegserkrankung durch ein neues Virus Ende 2019 wurde ein entsprechender PCR Test von Prof. Drosten entwickelt und durch die WHO sofort weltweit als Goldstandard empfohlen. Mit diesem Test wurde eine große Ausbreitung des Virus in allen Ländern als Beweis fehlender Immunität und damit die Pandemie festgestellt. Aber im Gegensatz zur früheren Vorgehensweise der WHO bedeutet das nicht zugleich die hohe Verbreitung einer Krankheit und Seuche, das Vorhandensein von vielen Krankheitsfällen. Die angebliche Prävalenz ist keine, weil der Begriff Prävalenz Krankheit und Symptome beinhaltet, aber der PCR Test weder Erkrankte, noch Krankheitsverdächtige, keine Ansteckenden und auch keine Ansteckungsverdächtigen nachweisen kann. Weil man aus der grundlegenden Definition von Pandemie die Symptome rausgenommen hat und die bloße Verbreitung eines Krankheitserregers allein durch massenhafte PCR Tests feststellt, bewegt man sich in einem Zirkel: Auf der

Grundlage von vielen positiven PCR Tests wird eine große Prävalenz behauptet, eine Pandemie ausgerufen und die epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt. Diese rechtfertigt die Ausweitung der Tests auf Millionen von symptomlosen Menschen pro Woche, was zu noch mehr positiven Ergebnissen führt, die wiederum weitere Tests zur Nachverfolgung von Infektionsketten rechtfertigen.

Gibt es aber schon keine wirkliche Prävalenz, so erhält man durch den PCR Test auch keine wirkliche Inzidenz. Denn der PCR Test kann auch keine Infektion feststellen, zu der der Nachweis eines vermehrungsfähigen Virus gehört, das sich tatsächlich und aktuell im Organismus vermehrt. Alles, was der PCR Test vor allem bei symptomlosen Menschen feststellen kann, sind Infektionsverdächtige, aber diese Kategorie gibt es im Infektionsschutzgesetz überhaupt nicht. Selbst wenn der PCR Test perfekt gemacht ist und richtig gut funktioniert, erzeugt er durch seine extrem hohe Sensitivität eine große Zahl von Fällen, die überhaupt kein Glied in Infektionsketten sind, aber so behandelt werden. Um dieses Problem zu korrigieren, hat die WHO eine neue Richtlinie für den Umgang mit PCR Tests ausgegeben und fordert nun, daß Symptome und weitere Umstände berücksichtigt werden, damit die positiven Ergebnisse mehr sind als Infektionsverdächtige. „Die meisten PCR-Assays sind als Hilfsmittel für die Diagnose indiziert, daher müssen Gesundheitsdienstleister jedes Ergebnis in Kombination mit dem Zeitpunkt der Probenentnahme, dem Probentyp, den Assay-Spezifikationen, klinischen Beobachtungen, der Patientenanamnese, dem bestätigten Status aller Kontakte und epidemiologischen Informationen berücksichtigen.“

„...mit abnehmender Krankheitsprävalenz steigt das Risiko eines falsch positiven Ergebnisses (2). 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.“ Je weniger Menschen erkrankt sind, umso größer ist die Gefahr, dass Gesunde positiv getestet werden, und umso geringer die Wahrscheinlichkeit, dass ein positiv Getesteter auch wirklich infiziert ist. Die WHO ermahnt, daß unabhängig von der Spezifität, also Genauigkeit der Tests, die Korrektheit der Ergebnisse abnimmt, wenn die Verbreitung der Krankheit gering ist. Bedenkt man aber, daß diese angebliche Prävalenz auch nur durch PCR Tests festgestellt wurde, so können wir gar nicht wissen, wie groß die tatsächliche Ausbreitung der Krankheit ist. Deshalb muß bei jedem Test der Gesundheitszustand des Getesteten berücksichtigt werden: „Wenn die Testergebnisse nicht mit dem klinischen Bild übereinstimmen, sollte eine neue Probe entnommen und mit der gleichen oder einer anderen NAT-Technologie erneut getestet werden.“

Die WHO argumentiert damit nun exakt genauso wie Drosten 2014: „Es ist eben so, dass es bisher eine klare Fall-Definition gab, also ein striktes Schema, das festlegte, welcher Patient als Mers-Fall gemeldet wurde. Dazu gehörte zum Beispiel, dass der Patient eine Lungenentzündung hat, bei der beide Lungenflügel betroffen sind...“ Zur Falldefinition gehörten also schwere Krankheitssymptome. Drosten weiter: „Als in Dschidda Ende März diesen Jahres aber plötzlich eine ganze Reihe von Mers-Fällen auftauchten, entschieden die dortigen Ärzte, alle Patienten und das komplette Krankenhauspersonal auf den Erreger zu testen. Und dazu wählten sie eine hochempfindliche Methode aus, die Polymerase-Kettenreaktion (PCR).“ Es wurde also entschieden, entgegen der ursprünglichen

Fallddefinition nun Menschen ganz unabhängig von irgendwelchen Krankheitssymptomen, und zwar mit der PCR zu testen. Drostens Kritik: „... aber die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären...“ Das massenhafte Testen von symptomlosen Menschen führt also zum Aufblähen der Fallzahlen, wobei diese Fälle aber nicht mehr der ursprünglichen Definition von Prävalenz entsprechen, die Ergebnisse also keine echten Krankheitsfälle zeigen.

Mit der neuesten Empfehlung scheint die WHO diesen Fehler korrigieren zu wollen und wieder Symptome in die Praxis der Nachverfolgung durch PCR Tests aufzunehmen, damit nicht – wie Drostens 2014 kritisierte – kerngesunde Menschen in die Meldestatistik für Krankheitsfälle oder Infizierte aufgenommen und als Glied von Infektionsketten verfolgt werden. Die WHO hat das Problem also verstanden, die Bundesregierung und ihr Chefberater Wieler nicht.

Die von der WHO ausgegebenen neuen Richtlinien haben für Wieler, das RKI und die Bundesregierung offenbar keine Bedeutung, sie sehen keine Notwendigkeit, die Vorgehensweise der massenhaften Tests von symptomlosen Menschen anhand der neuen WHO Richtlinien zu ändern, so daß "Fälle" nicht einfach nur „Fälle“ sind, von denen gar keiner mehr weiß, was sie eigentlich bezeichnen, nämlich ausschließlich positive PCR Tests völlig unabhängig von weiteren Kriterien, sondern tatsächlich wieder den echten Fallddefinitionen des Infektionsschutzgesetzes entsprechen.

Das ursprüngliche Problem ist aber einfach die Fehldefinition von Pandemie durch die WHO seit der Änderung 2009. Eigentlich müßte sie nur die alte Pandemiedefinition wieder einführen und anwenden. Dann wäre die fehlende Übersterblichkeit im Jahr 2020 der Beweis dafür, daß es eben keine fehlende Immunität gibt bzw. das Virus nicht gefährlicher ist als andere in den letzten Jahren. Und dann gäbe es gar keine Pandemie und auch keine Grundlage für Massentests und Einschränkungen der Grundrechte.