

Zielstrebig handeln oder im Trüben fischen?

Ein Kommentar von Werner Gallo

Nach den aktuellen offiziellen Daten vom 22.6.2021 (Worldometer-Coronavirus) befand sich die Zahl der Covid-19-Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland auf 3.730.599 Mio. bei einer Einwohnerzahl von 83.013 Mio. Die Zahl der Covid-19 Toten betrug 91.007. In Vietnam mit einer Einwohnerzahl von 96.460 Mio. betrug zum selben Zeitpunkt die Covid-19-Fallzahl 13.630, die der Toten 69.

Das hierzulande medial und politisch hochgehaltene Narrativ einer weltweit gleichermaßen ablaufenden Pandemie, die überall auch mit einer einheitlichen Strategie bekämpft werde, kann allein schon durch den gewaltige Unterschied dieser Zahlen nicht aufrecht erhalten werden. Das unterschiedliche Ausmaß der Pandemie in einzelnen Ländern und Weltregionen ist sicherlich von gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen wie Ernährung, gesundheitlicher Versorgung, Wohnverhältnissen, Umweltbedingungen, usw. und schließlich der immunologischen Disposition (u.a. Vorhandensein von Kreuzimmunitäten gegen Coronaviren) abhängig. Insbesondere der Aspekt der Kreuzimmunitäten¹ dürfte eine große Rolle spielen, da in Ozeanien, Südost-Asien, Asien, im mittleren und nahen Osten sowie in Teilen von Afrika die Zahl der Fälle deutlich geringer ist als in Europa, Nord- und Südamerika. Hinzu kommt, dass im speziellen Fall Vietnam einige Dinge ganz anders gelaufen sind als hier bei uns. Der immer wieder gehörte Einwand, die besseren Zahlen in Vietnam seien irgendwelchen „harten“ Maßnahmen (z.B. Einschränkungen der Grundrechte, Ausgangssperren, usw.) und „Geheimhaltung“ geschuldet und das ginge ja nur in „Diktaturen“ sollte eigentlich angesichts der gegenwärtigen Realität in Deutschland keine Rolle mehr spielen.

Die bisher erfolgreiche Strategie gegen die Ausbreitung des neuen Coronavirus in Vietnam war der zielgerichteten und zielstrebigentdeckung und Ausschaltung von Infektionsherden und -clustern geschuldet. Das Vorhandensein von klinischen Symptomen, festgestellt von fachkundigem Personal, einem selbst entwickelten PCR-Test und seit April 2020 zusätzlichem Antikörper-Schnelltest waren die medizinisch-fachliche Grundlage dafür. Die Kranken wurden in eigenständigen Einrichtungen isoliert und behandelt, Kontakt Personen in Quarantäne geschickt. Die Maßnahmen wurden auf allen politisch/gesellschaftlichen Ebenen kommuniziert, wie wir schon in den letzten Nummern des Viet Nam Kurier berichtet haben.

1 Durch eine frühere Infektion mit einem Corona-Erkrältungsvirus könnte das Immunsystem auch die gefährlichere SARS-CoV-2-Variante besser erkennen und bekämpfen. (Wikipedia)

In Deutschland verhielten sich die offiziellen Stellen im Januar, Februar und der ersten Märzhälfte des Jahres 2020 die Öffentlichkeit bezüglich der Corona-Pandemie eher be- schwichtigend. Gesundheitsminister Spahn sprach von einer „asiatischen Lungenerkrankung“ und gab immer wieder zu verstehen, dass man alles im Griff habe. Im Bayrischen Fernsehen wurden besorgte Stimmen, die Vorsichtsmaßnahmen einforderten, als „Verschwörungstheoretiker“ und „Rechte“ bezeichnet. Während dann im Februar und März in den deutschen Kliniken die Zahl der Covid-19-Patienten mit auch schweren intensivpflichtigen Fällen und Toten zunahmen, kam dann am 23. März 2020 der erste Lockdown. Ende März war der Gipelpunkt der ersten Infektionswelle erreicht. Die Zahlen der Neuinfektionen und Covid-19-Toten begannen zu sinken. Dies waren die ersten Hinweise auf eine Saisonalität des Virus, die eine Analyse der Pandemie und eine kluge Strategie für Sommer, Herbst und Winter ermöglicht hätte, aber nie ernsthaft untersucht und bedacht wurde. Mit den altbewährten epidemiologischen Instrumenten der (repräsentativen) Kohortenstudien, den vorhandenen ca. 800 Erfassungsstellen der infektiösen Lungenerkrankungen (Sentinel) und dem Known How und den Möglichkeiten des Robert-Koch-Instituts (RKI) wären Ausbreitung (auch Dunkelziffer) und Gefährdung gut zu erfassen gewesen. Aber die „alten“ Experten der Virologie, Epidemiologie, Immunologie, Biologie und Medizin hatte man zu diesem Zeitpunkt schon in die Wüste geschickt und durch „Star“-Virologen sowie fachfremde „Modellierer“ und Influencer ersetzt.

Nach dem Abklingen dieser ersten Coronawelle im Winter/Frühjahr 2020 ging man dann zunehmend zu Massentests mit der PCR-Methode nach Dorman/Drosten über. Dieser Test war in wissenschaftlich fragwürdiger Weise etabliert und noch im Januar 2020 von der WHO empfohlen worden. Aber im Januar 2021 wurde diese Empfehlung zurückgezogen. Der Grund: Dieser Test enthält eine Reihe sachlicher Fehler und es gab keine Laborstandards.

Denn am 27. November 2020 war von einer Wissenschaftlergruppe unter Peter Borger der Dorman/Drosten-PCR-Test einem Review unterzogen und scharf kritisiert worden. Es wurden 10 wesentliche wissenschaftliche Mängel auf molekularer und methodischer Ebene nachgewiesen, die zu falschen positiven Ergebnisse führen konnten, und Drosten wurde aufgefordert, den Test zurückzuziehen.²

Auch hatten Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen der Universität Duisburg-Essen im renommierten Journal of Infection darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse von RT-PCR-Tests allein eine zu geringe Aussagekraft haben, um damit Maßnahmen zur Pandemiekämpfung zu begründen. Denn positive Testergebnisse bedeuteten nicht hinreichend eindeutig, dass Infizierte andere Personen mit dem Coronavirus anstecken können. Diese Aussage beruhte auf zusammen mit der Universität Münster und dem MVZ Labor Münster ermittelten 190.000 Ergebnissen von mehr als 160.000 befragten Personen. Die Diagnose einer Infektion war mit diesem Test also eigentlich nicht zulässig.³ (Etliche Länder

2 Review report Dorman-Drosten et al. Eurosurveillance 2020 (cormandrostenreview.com)

3 Vgl. Pressemitteilung der Universität Duisburg-Essen 18.6.2021: Ergebnisse von RT-PCR-Tests allein ungeeignet als Entscheidungsgrundlage für Pandemie-Maßnahmen (idw-online.de). The performance of the SARS-CoV-2 RT-PCR test as a tool for detecting SARS-CoV-2 infection in the population - Journal of Infection (abgekürzt J. Infect) London. 31.5.2021. [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00265-6/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00265-6/fulltext)

wie China, aber auch Vietnam hatten schon im Februar 2020 diesen Test abgelehnt, und ihre eigenen, qualitativ besseren Tests entwickelt.)

Trotzdem wurde der Dorman/Drosten PCR-Test in Deutschland als „Goldstandard“ eingeführt. Mit bis zu 1,8 Mio. Tests pro Woche ohne jegliche notwendige repräsentative Vorauswahl (Prävalenz) und ohne klinischen Bezug (Krankheitssymptome) wurden dann täglich ansteigende „Neuinfektionen“ einer zunehmend verängstigten Bevölkerung präsentiert – „nachgewiesen“ mit einem Test, der keine Infektion nachweisen konnte und damit hohe Zahlen an falsch-positiven Zahlen produzierte. Während so Millionen gesunde Menschen getestet und hunderttausende unsinnigerweise in Lockdown-Maßnahmen und Quarantäne geschickt wurden oder Berufsverbote erhielten, breitete sich die Epidemie dann im späten Herbst und Winter 2020 insbesondere in Altenheimen, Krankenhäusern, Flüchtlingsunterkünften und anderen Gemeinschaftsunterkünften aus.

Die dann im letzten Winter zunehmend „in Mode“ gekommenen „Inzidenzwerte“, mit denen die Bevölkerung weiter in Atem gehalten wurde, basierten ebenfalls auf diesem fehlerhaften PCR-Test. Auch hier sorgten sie wieder bei fehlender repräsentativer Vorauswahl (Prävalenz) für eine manipulierbare und unwissenschaftliche Datenbasis, die wiederum für Einschränkungen der Grundrechte, Lockdowns, Ausgangssperren und Schulschließungen herhalten mussten. In Vietnam ist der Begriff der „Inzidenz“ unbekannt.

Als in der Nähe meiner Heimatstadt zwei Dutzend Menschen einer Flüchtlingsunterkunft in einer Kaserne weit außerhalb der Stadt positiv getestet wurden, erhöhte sich die „Inzidenz“ der Stadt und es wurden Ausgangssperren und Maskenpflicht in der Öffentlichkeit eingeführt. Kurzum: der Infektionscluster war entdeckt, aber Maßnahmen gegen die Infektionsausbreitung wurden dann an anderer Stelle durchgeführt.

So wird auch nach fast eineinhalb Jahren weiter im Trüben gefischt oder wie es immer noch heißt „an oder mit oder im Zusammenhang mit dem neuen Coronavirus“ verstorben. Menschen, die innerhalb von 28 Tagen nach einem positiven PCR-Test versterben, gelten nach wie vor als Covid-19-Tote, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Todesursachen. Nach wie vor werden die täglichen „Neuinfektionen“ präsentiert, die weder „neu“ noch „infiziert“, geschweige denn krank sind, sondern nur positiv getestet, mit einem Test, der keine Infektion nachweisen kann. Dieser Datenschrott des RKI wird sich noch als große Hypothek erweisen.

Die Zahlen der Covid-19-Toten und -Kranken sind in Deutschland sicherlich überhöht. Das (auch häufig illegale) Milliarden-Geschäft mit der Angst, den Masken, den Tests und jetzt der Impfung blüht. Im Gegensatz dazu benötigen wir Wissenschaftlichkeit (epidemiologische Studien, klare Diagnosestellungen usw.) und keine Propaganda. Und wir brauchen Schutz (nicht Wegsperren) infektionsgefährdeter Menschen und entsprechende bauliche, technische und personelle Ausstattung von Krankenhäusern, Altenheimen, Schulen, Kindergärten, Massenunterkünften usw.

Und wir sollten einmal über unseren Tellerrand schauen, vielleicht ja sogar nach Vietnam, die dortige Herangehensweise ohne ideologische Scheuklappen betrachten – und die Gesunden in Ruhe lassen!