

<https://lockdownsceptics.org/lies-damned-lies-and-health-statistics-the-deadly-danger-of-false-positives/>

## **Lügen, verdamnte Lügen und Gesundheitsstatistiken – die tödliche Gefahr von Falsch-Positiv-Meldungen**

20. September 2020

von Dr. Michael Yeadon

Ich hätte nie erwartet, so etwas zu schreiben. Ich bin ein ganz normaler Mensch, vor kurzem halbpensioniert von einer Karriere in der pharmazeutischen Industrie und Biotechnologie, wo ich über 30 Jahre lang versucht habe, Probleme des Krankheitsverständnisses zu lösen und neue Behandlungsmethoden für allergische und entzündliche Lungen- und Hautkrankheiten zu suchen. Ich war schon immer an Problemlösungen interessiert. Wenn also etwas Biologisches auftaucht, wird meine Aufmerksamkeit darauf gelenkt. Im Jahr 2020 kam SARS-CoV-2. Ich habe über die Pandemie so objektiv geschrieben, wie ich konnte. Die wissenschaftliche Methode verlässt nie eine Person, die als professioneller Wissenschaftler ausgebildet und gearbeitet hat. Bitte lesen Sie diesen Artikel. Meine Koautoren & ich werden ihn den üblichen strengen Peer-Review-Verfahren unterziehen, aber dieser Prozess ist langsam, und viele neue wissenschaftliche Arbeiten in diesem Jahr sind über Pre-Print-Server und andere, weniger konventionelle Kanäle an die Öffentlichkeit gelangt.

Während wir den Daten große Aufmerksamkeit widmeten, konzentrierten wir uns zunächst alle auf die traurige Angelegenheit der Todesfälle. Ich fand es bemerkenswert, dass bei der Erörterung der Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 die meisten Menschen, mit denen ich sprach, keine Ahnung von einer großen Zahl hatten. Auf die Frage, wie viele Menschen pro Jahr im Vereinigten Königreich im gewöhnlichen Verlauf der Ereignisse sterben, jeder eine persönliche Tragödie, wussten sie in der Regel nichts davon. Ich musste ihnen mitteilen, dass es etwa 620.000 sind, manchmal weniger, wenn wir einen milden Winter hatten, manchmal etwas mehr, wenn wir eine schwere „Grippesaison“ hatten. Ich erwähne diese Zahl, weil wir wissen, dass etwa 42.000 Menschen mit oder an COVID-19 gestorben sind. Das ist zwar eine riesige Zahl von Menschen, aber es sind „nur“ 0,06% der britischen Bevölkerung. Es ist kein Zufall, dass dies in jedem der stark infizierten europäischen Länder – zum Beispiel in Schweden – fast der gleiche Anteil ist, der mit oder an COVID-19 gestorben ist. Die jährliche Gesamt mortalität von 620.000 liegt bei 1.700 Todesfällen pro Tag, die im Sommer niedriger und im Winter höher sind. Das war schon immer das Los der Menschen in den gemäßigten Zonen. Für den Kontext bedeutet 42.000 also eine normale Sterblichkeit von etwa 24 Tagen. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass ich das nicht verharmlose, sondern nur versuche, einen Überblick darüber zu bekommen. Todesfälle dieser Größenordnung sind keine Seltenheit und können in den schwereren Grippesaisonen auftreten. Grippeimpfstoffe helfen ein wenig, aber nur bei drei Gelegenheiten in den letzten zehn Jahren erreichte die Impfung eine Wirksamkeit von 50%. Sie sind gut, aber sie waren noch nie Wunderwaffen für Atemwegsviren. Stattdessen haben wir gelernt, mit solchen Viren zu leben, die von zahlreichen Erkältungen bis hin zu Lungenentzündungen reichen, die tödlich sein können. Medikamente und menschliche Fürsorge tun ihr Bestes.

Also, zu diesem Artikel: Es geht um die Tests, die wir mittels der so genannten PCR (Polymerase-Kettenreaktion) durchführen, einer Amplifikationstechnik, die Biologen besser bekannt ist als ein

Forschungsinstrument, das in unseren Labors verwendet wird, wenn wir versuchen, Krankheitsmechanismen zu entschlüsseln. Ich war ehrlich gesagt erstaunt, als ich feststellte, dass sie manchmal beim Bevölkerungsscreening auf Krankheiten eingesetzt werden – erstaunt deshalb, weil es sich um eine sehr anspruchsvolle Technik handelt, die anfällig für unsichtbare Fehler ist, und weil es ziemlich schwierig ist, zuverlässige Informationen daraus zu gewinnen, vor allem wegen der ungeheuren Mengen an Amplifikation, die mit dem Versuch verbunden sind, einen Strang des viralen genetischen Codes aufzuspüren. Der Test kann nicht zwischen einem lebenden Virus und einem kurzen RNA-Strang eines Virus unterscheiden, das vor Wochen oder Monaten in Stücke zerbrochen ist.

Ich glaube, ich habe einen schwerwiegenden, wirklich fatalen Fehler im PCR-Test identifiziert, der bei der von der britischen Regierung als Säule-2-Screening bezeichneten Untersuchung verwendet wird, d.h. bei dem viele Menschen in ihren Gemeinden getestet werden. Ich werde das mit Sorgfalt und im Detail durchgehen, weil ich Wissenschaftler bin und es mir nicht gefällt, wohin mich diese Untersuchung führt. Ich bin nicht besonders politisch, und ich ziehe eine kompetente, ehrliche Verwaltung der tatsächlich gewählten Politik vor. Wir sind im Vereinigten Königreich ein vernünftiger Haufen und halten nicht viel von Extremen. Was mir besonders widerstrebt, ist, dass ich, indem ich den Beweisen folge, keine andere Wahl habe, als zu zeigen, dass der Gesundheitsminister, Matt Hancock, das Unterhaus in die Irre geführt und auch in einem Radiointerview irreführende Aussagen gemacht hat. Das sind ernste Anschuldigungen. Das weiß ich. Ich bin kein skrupelloser Mensch. Aber ich schreibe das trotzdem, denn was ich aufgedeckt habe, ist von monumentaler Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlergehen aller Menschen, die in der Nation leben, die ich immer mein Zuhause genannt habe.

Zurück zur Geschichte, und dann zu den Beweisen. Als die erste (und, wie ich glaube, einzige) COVID-19-Welle das Vereinigte Königreich traf, hatte ich zusammen mit fast allen anderen große Angst. Ich bin 60 Jahre alt und bei guter Gesundheit, aber als ich erfuhr, dass ich im Falle einer Ansteckung mit dem Virus ein zusätzliches Sterberisiko von etwa 1 % hatte, stellte ich fest, dass ich noch lange nicht so weit war. Ich war also weder überrascht noch verärgert, als der erste Lockdown kam. Es muss eine sehr schwierige Entscheidung gewesen sein. Doch bevor der erste Drei-Wochen-Zeitraum vorbei war, hatte ich begonnen, ein Verständnis dafür zu entwickeln, was vor sich ging. Die Infektionsrate, die nach Berechnungen weit über 100.000 neue Menschen jeden Tag um den Höhepunkt herum infiziert hat, begann zu sinken und war vor dem Lockdown rückläufig. Die Ansteckung breitete sich weiter aus, mit einer immer geringeren Rate, und wir sahen dies am Wendepunkt der täglichen Todesfälle, jeden Nachmittag auf einer düsteren Pressekonferenz. Wir wissen jetzt, dass der Lockdown keinerlei Einfluss auf die Ausbreitung des Virus hatte. Wir können dies feststellen, weil die Zeitspanne zwischen dem Einfangen des Virus und dem Tod derjenigen, die es nicht schaffen, länger ist als die Zeitspanne zwischen dem Lockdown und dem Höhepunkt der täglichen Todesfälle. Es gibt keine Kontroverse über diese Tatsache, die leicht nachzuweisen ist, aber ich weiß, dass einige Leute gerne so tun, als ob die Abriegelung die Pandemie umgedreht hätte, vielleicht um den außerordentlichen Preis zu rechtfertigen, den wir alle dafür bezahlt haben. Dieser Preis war nicht nur wirtschaftlicher Natur. Er beinhaltete vermeidbare Todesfälle durch andere Krankheiten als COVID-19, da die medizinische Versorgung eingeschränkt wurde, um sich auf das Virus zu konzentrieren. Einige sagen, dass die Abriegelung, direkt und indirekt, so viele Menschen tötete wie das Virus. Ich weiß es nicht. Das ist nichts, was ich versucht habe zu recherchieren. Aber ich erwähne es, weil Eingriffe in unser aller Leben nicht leichtfertig vorgenommen werden sollten. Es sind nicht nur Unannehmlichkeiten, sondern wirkliches Leid, der Verlust von Lebensgrundlagen, Freundschaften, Anker von enormer Bedeutung für uns alle, die durch solche Handlungen durchtrennt werden. Wir müssen sicher sein, dass der Gewinn seinen Preis wert ist. Es ist zwar ungewiss, dass es so war, selbst beim ersten Lockdown, aber auch ich habe ihn unterstützt, weil wir

nicht wussten, was auf uns zukommt, und ehrlich gesagt, fast alle anderen haben es getan, außer Schweden. Ich bin jetzt entschieden gegen weitere Eingriffe in das, wovon ich inzwischen überzeugt bin, dass es ein fruchtloser Versuch ist, „das Virus unter Kontrolle zu bringen“. Meiner Meinung nach sind wir – wie auch andere, von denen einige die Lage gut einschätzen können – dem Ende der Pandemie, was die Zahl der Todesopfer betrifft, näher am Ende der Pandemie als ihrer Mitte. Ich bin der Meinung, dass wir allen gefährdeten Menschen den bestmöglichen Schutz bieten und ansonsten vorsichtig mit unserem Leben umgehen sollten. Ich denke, wir werden mit der Zeit alle etwas mehr schwedisch werden.

In den letzten Wochen kann es jedoch niemandem entgangen sein, dass es einen Paukenschlag gab, der sich für die ganze Welt wie ein Vorspiel zu noch fruchtloseren und schädlicheren Einschränkungen anfühlt. Denken Sie an den Hochsommer zurück. Wir waren gerade erst aus der Abriegelung herausgekommen, und trotz der Besorgnis über überfüllte Strände, große Demonstrationen, die Eröffnung von Geschäften und Kneipen war die wichtigste Nachricht in den Nachrichten im Zusammenhang mit COVID-19 der beruhigende und unablässige Rückgang der täglichen Todesfälle. Mir fiel auf, dass unser Gefälle im Vergleich zu den Hängen der sinkenden Todesgebühren in vielen nahe gelegenen Ländern zu flach war. Ich erwähnte sogar gegenüber befreundeten Wissenschaftlern, dass dies auf das Vorhandensein eines festen Signals hindeutete, das mit echten COVID-19-Todesfällen verwechselt wurde. Stellen Sie sich vor, wie erfreulich es war, als die Definition eines COVID-19-Todesfalles geändert wurde, um sich an diejenige in anderen Ländern anzugleichen, und im Handumdrehen wurde unsere Linie der rückläufigen Zahl der Todesopfer an diejenige in anderen Ländern angeglichen. Ich war mir sicher: Was wir erlebt und miterlebt haben, ist eine schreckliche Art des Gleichgewichts. Ein Virus, das nur wenige tötet und dann Überlebende hinterlässt, die mit ziemlicher Sicherheit immun sind – ein Virus, gegen das vielleicht 30-50% bereits immun waren, weil es Verwandte hat und einige von uns ihnen bereits begegnet sind –, macht den ganzen schrecklichen, aber auch faszinierenden biologischen Prozess aus. Es gab in den letzten Tagen im BMJ (British Medical Journal) einen sehr interessanten Artikel (<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3563>), der eine mögliche Unterstützung für diese Behauptung bietet.

Jetzt haben wir einige der ungewöhnlichen Eigenschaften des neuen Virus kennen gelernt, bessere Behandlungsmethoden (entzündungshemmende Steroide, Antikoagulantien und insbesondere Sauerstoffmasken und nicht in erster Linie Beatmungsgeräte), die „Todesfallrate“ selbst bei den am stärksten betroffenen Personen ist heute weitaus niedriger als noch vor sechs Monaten.

Da es keine grundlegende, medizinische oder wissenschaftliche Literatur gibt, die uns eine „zweite Welle“ erwarten lässt, begann ich, dem Satz mehr Aufmerksamkeit zu schenken, wie er im Fernsehen, im Radio und in den Printmedien erschien – alles am selben Tag – und seither unerbittlich wiederholt wird. Vor kurzem wurde ich von Julia Hartley-Brewer in ihrer Talkshow talkRADIO interviewt, und bei dieser Gelegenheit forderte ich die Regierung auf, uns die Beweise offenzulegen, auf die sie sich bei der Vorhersage dieser zweiten Welle stützte. Sicherlich haben sie einige Beweise? Ich glaube nicht, dass sie welche haben. Ich habe recherchiert und bin dafür sehr qualifiziert, wobei ich mich auf akademische Freunde gestützt habe, und wir waren alle überrascht, als wir feststellten, dass es überhaupt keine Beweise gibt. Die letzten beiden neuartigen Coronaviren, Sar (2003) und MERS (2012), waren von jeweils einer Welle. Sogar die „Wellen“ der Grippe im Ersten Weltkrieg waren mit ziemlicher Sicherheit eine Reihe von Einzelwellen, an denen mehr als ein Virus beteiligt war. Ich glaube, jede Rede von einer zweiten Welle ist reine Spekulation. Oder ist sie vielleicht irgendwo in einem Modell enthalten, das für mich von der Welt der Beweise abgekoppelt ist? Es wäre vernünftig, ein begrenztes „Wiederaufleben“ eines Virus zu erwarten, da wir uns nicht wie herzlich in einem Glas Wasser mischen, sondern auf eine klumpigere, menschlichere Art und Weise. Am meisten Kontakt haben Sie mit Familie, Freunden

und Arbeitskollegen, und das sind die Menschen, mit denen Sie im Allgemeinen Erkältungen austauschen.

Eine lange Periode auferlegter Einschränkungen, zusätzlich zu denen unseres gewöhnlichen Lebens, verhinderte, dass sich die letzten paar Prozent des Virus mit der Bevölkerung vermischten. Mit den Urlaubsbewegungen, neuen Arbeitsplätzen, Besuchen bei entfernten Verwandten, dem Beginn neuer Semester an Universitäten und Schulen ist diese endgültige Vermischung im Gange. Es sollte kein erschreckender Prozess sein. Das passiert bei jedem neuen Virus, auch bei der Grippe. Es ist nur so, dass wir es noch nie zuvor in unserer Geschichte mit einer Technik durch die Landschaft gejagt haben, die sich besser für das Biologielabor als für einen Supermarktparkplatz eignet.

Ein sehr langer Auftakt, aber notwendig. Ein Teil der etwas zu offensichtlichen „Projektangst“, die eine zweite Welle beinhaltet, war die tägliche Zählung der „Fälle“. Es ist wichtig zu verstehen, dass nach Ansicht der Spezialisten für Infektionskrankheiten, mit denen ich gesprochen habe, das Wort „Fall“ mehr bedeuten muss als nur das Vorhandensein eines fremden Organismus. Er muss Kennzeichen (Dinge, die Mediziner bemerken) und Symptome (Anzeichen, die Sie bemerken) aufweisen. Und in den meisten so genannten Fällen hatten diejenigen, die positiv getestet wurden, überhaupt keine Anzeichen oder Symptome einer Krankheit. Es war viel von einer asymptomatischen Ausbreitung die Rede, und als Biologe hat mich das überrascht. In fast allen Fällen ist eine Person symptomatisch, weil sie eine hohe Viruslast hat, und entweder greift sie ihren Körper an oder ihr Immunsystem bekämpft sie, im Allgemeinen eine Mischung. Ich bezweifle nicht, dass es einige Fälle einer asymptomatischen Übertragung gegeben hat, aber ich bin zuversichtlich, dass das nicht wichtig ist.

Dennoch beschloss die Regierung, eine Person als „Fall“ zu bezeichnen, wenn ihre Abstrichprobe positiv auf virale RNA war, was in der PCR gemessen wird. Die Probe einer Person kann positiv sein, wenn sie das Virus hat, und das sollte sie auch. Sie kann auch positiv sein, wenn sie das Virus vor einigen Wochen oder Monaten hatte und sich davon erholt hat. Es ist schwach möglich, dass hohe Mengen verwandter, aber unterschiedlicher Coronaviren, die einige der häufigen Erkältungen, die wir bekommen, verursachen können, ebenfalls im PCR-Test reagieren, obwohl es für mich unklar ist, ob dies der Fall ist.

Aber es gibt eine Endeinstellung, in dem eine Person positiv sein kann, und das ist ein zufälliger Prozess. Dies kann mehrere Ursachen haben, z.B. dass die Amplifikationstechnik nicht perfekt ist und deshalb die mit der Probe eingebrachten „Köder“-Sequenzen amplifiziert werden, mit dem Ziel, sich mit der verwandten viralen RNA von SARS-CoV-2 zu verheiraten. Es wird viele andere Beiträge zu solchen positiven Ergebnissen geben. Diese werden als falsch positiv bezeichnet.

Denken Sie an jeden diagnostischen Test, den ein Arzt bei Ihnen anwenden könnte. Der ideale diagnostische Test bestätigt alle, die an der Krankheit leiden, richtig und zeigt niemals fälschlicherweise an, dass gesunde Menschen an der Krankheit leiden. Es gibt keinen solchen Test. Alle Tests haben eine gewisse Schwäche bei der Erzeugung falsch positiver Ergebnisse. Es ist wichtig zu wissen, wie oft dies geschieht, und das nennt man die Falsch-Positiv-Rate. Wenn 1 von 100 krankheitsfreien Proben fälschlicherweise positiv ist, die Krankheit nicht vorhanden ist, nennen wir das eine Falsch-Positiv-Rate von 1%. Die tatsächliche oder operationelle falsch-positive Rate unterscheidet sich, manchmal erheblich, unter verschiedenen Einstellungen, technischen Bedienern, Nachweismethoden und Geräten. Ich konzentriere mich ausschließlich auf die Falsch-Positiv-Rate in Säule 2, weil die meisten Menschen das Virus nicht haben (kürzlich etwa 1 von 1000 Menschen und früher im Sommer war es etwa 1 von 2000 Menschen). Gerade wenn die Krankheitsmenge, die so genannte Prävalenz, gering ist, kann jede Menge einer falsch-positiven Rate ein großes Problem

darstellen. Dieses Problem kann so schwerwiegend sein, dass der Test, sofern keine Änderungen vorgenommen werden, hoffnungslos ungeeignet für die Arbeit ist, die von ihm verlangt wird. In diesem Fall war und ist der Test in Säule 2 mit der Aufgabe betraut, Menschen mit dem Virus zu identifizieren, doch wie ich zeigen werde, ist er dazu nicht in der Lage.

Aufgrund der hohen falsch-positiven Rate und der geringen Prävalenz war fast jeder positive Test, ein so genannter Fall, der seit Mai dieses Jahres von Säule 2 identifiziert wurde, ein FALSCH-POSITIV. Nicht nur ein paar Prozent. Nicht ein Viertel oder auch nur die Hälfte der Positiven sind FALSCH POSITIV, sondern rund 90%. Einfach ausgedrückt, die Zahl der Personen, von denen Herr Hancock uns düstererweise erzählt, ist eine Überschätzung um etwa das Zehnfache. Zu Beginn des Sommers war es eine Überschätzung um etwa das 20-fache.

Lassen Sie mich Ihnen das erläutern, aber wenn Sie zuerst den klar geschriebenen Artikel von Prof. Carl Heneghan lesen können,

(<https://www.spectator.co.uk/article/how-many-covid-diagnoses-are-false-positives->)

bin ich zuversichtlicher, dass es mir gelingen wird, Ihnen diese dramatische Schlussfolgerung zu erklären. (Hier ist ein Link (<https://coronavirus.data.gov.uk/testing>) zu den Aufzeichnungen über die Anzahl der Tests, die Säule 1 (Krankenhaus) und Säule 2 (Tests in den Gemeinden) kombinieren).

Stellen Sie sich vor, 10.000 Menschen lassen sich mit diesen Abstrichen, die Sie im Fernsehen sehen, testen. Wir haben eine gute Schätzung der allgemeinen Prävalenz des Virus von der ONS (Office for National Statistics), die völlig unabhängig sind (von den Tests der Säule 2) und nur wenige Menschen pro Tag testen, etwa ein Prozent der Zahlen, die kürzlich in der Säule 2 getestet wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass die getesteten Personen in den meisten Fällen keine Symptome haben. Die Menschen wurden gebeten, nur dann einen Test zu suchen, wenn sie Symptome haben. Wir wissen jedoch aus Fernsehnachrichten und Berichten in sozialen Medien von Mitarbeitern der Stichprobennahme, von der strengen Anleitung der Gesundheitsministerin und der überraschenden Tatsache, dass an zahlreichen Orten im ganzen Land der Gemeinderat Straße für Straße die Häuser der Menschen mit Flugblättern schmückt, damit sie sich testen lassen.

Unter dem Strich kann man vernünftigerweise davon ausgehen, dass die Prävalenz des Virus in der Nähe der von der ONS festgestellten Zahl liegt, da die ONS nach dem Zufallsprinzip Stichproben nimmt und symptomatische und asymptomatische Personen im Verhältnis zu ihrer Anwesenheit in der Gemeinde aufnimmt. Bei der letzten ONS-Erhebung wurde das Virus in einer ersten Näherung bei 1 von 1000 Personen gefunden. Dies kann auch mit 0,1% angegeben werden. Wenn also alle diese 10.000 Personen in Säule 2 getestet werden, würde man erwarten, dass 10 echte Positivbefunde gefunden werden (falsche Negativbefunde können ein Problem sein, wenn das Virus sehr häufig vorkommt, aber in dieser Gemeinde ist es statistisch gesehen unwichtig, und deshalb habe ich mich entschieden, es zu ignorieren und mich besser nur auf falsche Positivbefunde zu konzentrieren).

Wie hoch ist also die Falsch-Positiv-Rate bei Tests in Säule 2? Dies ist seit Monaten ein Problem. Es scheint nicht bekannt zu sein, obwohl man es, wie gesagt, unbedingt wissen muss, um herauszufinden, ob der diagnostische Test einen Wert hat! Was wissen wir über die Falsch-Positiv-Rate? Nun, wir wissen, dass die eigenen Wissenschaftler der Regierung sehr besorgt darüber waren, und ein Bericht

([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/895843/S0519\\_Impact\\_of\\_false\\_positives\\_and\\_negatives.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/895843/S0519_Impact_of_false_positives_and_negatives.pdf))

über dieses Problem wurde am 3. Juni 2020 an SAGE (Scientific Advisory Group for Emergencies) geschickt. Ich zitiere: „Wenn wir die operationelle Falsch-Positiv-Rate des britischen RT-PCR-

Testsysteme nicht verstehen, laufen wir Gefahr, die COVID-19-Inzidenz, die Nachfrage nach Track-and-Trace und das Ausmaß der asymptomatischen Infektion zu überschätzen“. In demselben Bericht listeten die Autoren hilfreich die niedrigste bis höchste falsch-positive Rate von Dutzenden von Tests mit derselben Technologie auf. Der niedrigste Wert für die falsch-positive Rate lag bei 0,8%.

Erlauben Sie mir, die Auswirkungen einer falsch-positiven Rate von 0,8% auf Säule 2 zu erläutern. Wir kehren zu unseren 10.000 Personen zurück, die sich freiwillig getestet haben, und die erwarteten zehn mit Virus (0,1% Prävalenz oder 1:1000) wurden durch den PCR-Test identifiziert. Aber jetzt müssen wir berechnen, wie viele falsch positive Ergebnisse sie begleiten werden. Die schockierende Antwort lautet 80. 80 ist 0,8% von 10.000. So viele falsch-positive Ergebnisse würden Sie jedes Mal erhalten, wenn Sie einen Säule-2-Test bei einer Gruppe dieser Größe anwenden würden.

In diesem Beispiel, in dem 10.000 Personen in Säule 2 getestet wurden, könnte man den Effekt in einer Überschrift wie dieser zusammenfassen: „90 neue Fälle wurden heute identifiziert“ (10 wirklich positive Fälle und 80 falsch positive Fälle). Aber wir wissen, dass dies völlig falsch ist. Dem armen Auswerter ist nicht bekannt, dass es in diesem Beispiel nur 10 echte Fälle gab. 80 hatten nicht einmal ein Stück virale RNA in ihrer Probe. Das sind wirklich falsch positive Ergebnisse.

Ich werde erklären, wie schlimm dies auf eine andere Art und Weise ist, zurück zur Diagnostik. Wenn Sie sich einem Test unterzogen haben und dieser positiv war, würden Sie erwarten, dass der Arzt Ihnen mitteilt, dass Sie eine Krankheit haben, worauf auch immer sie getestet wurde. Normalerweise werden sie aber eine etwas andere Frage beantworten: „Wenn der Patient bei diesem Test positiv ist, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass er die Krankheit hat? Bei einem guten diagnostischen Test kann der Arzt in der Regel etwa 95% sagen, und Sie und er können damit leben. Sie könnten einen anderen, bestätigenden Test machen, wenn das Ergebnis sehr schwerwiegend ist, wie zum Beispiel Krebs. Aber wie hoch ist in unserem Beispiel zu Säule 2 die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die in Säule 2 positiv getestet wurde, tatsächlich COVID-19 hat? Die schreckliche Antwort ist 11% (10 geteilt durch 80 + 10). Der Test übertreibt die Zahl der Fälle von Covid-19 um fast das Zehnfache (90 geteilt durch 10). Schon erschrocken? Das tägliche Bild, das sie Ihnen zeigen, mit den „Fällen“, die auf der rechten Seite nach oben klettern? Es ist schrecklich übertrieben. Es ist kein Fehler, wie ich zeigen werde.

Zu Beginn des Sommers zeigte das ONS, dass die Virusprävalenz etwas niedriger war, nämlich 1 von 2000 oder 0,05 %. Das klingt nicht nach einem großen Unterschied, ist es aber. Nun wird der Säule-2-Test von unseren fiktiven 10.000 Freiwilligen halb so viele reale Fälle finden, also 5 reale Fälle. Aber der Fehler im Test bedeutet, dass immer noch 80 falsch positive Fälle gefunden werden (0,8% von 10.000). Es ist also noch schlimmer. Die Überschrift würde lauten: „85 neue Fälle wurden heute identifiziert“. Aber jetzt liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, die positiv getestet wird, das Virus hat, bei absurd niedrigen 6% (5 geteilt durch 80 + 5). Zu Beginn des Sommers hatte derselbe Test die Zahl der COVID-19-Fälle um das 17-fache übertrieben (85 geteilt durch 5). Es ist so einfach, auf diese Weise eine scheinbar große Epidemie zu erzeugen. Ignorieren Sie einfach das Problem der falsch positiven Ergebnisse. Geben Sie vor, es sei Null. Aber es ist niemals Null.

Dieser Test ist tödlich fehlerhaft und MUSS sofort zurückgezogen und nie wieder in dieser Einstellung verwendet werden, es sei denn, er wird nachweislich korrigiert. Die Beispiele, die ich genannt habe, kommen dem sehr nahe, was tatsächlich jeden Tag geschieht, wenn Sie dies lesen.

Ich muss fragen, ob Herr Hancock von diesem fatalen Fehler wusste? Wusste er von den Auswirkungen, die er unweigerlich haben würde und immer noch hat, nicht nur auf die gemeldete Fallbelastung, sondern auch auf den Angstzustand der Nation. Ich würde gerne glauben, dass das alles ein unschuldiger Fehler ist. Wenn es aber einer wäre, müsste er wegen schierer Inkompetenz zurücktreten. Aber ist es so? Wir wissen, dass interne Wissenschaftler an den SAGE geschrieben haben, und sicherlich wäre die Gesundheitsministerin auf dieses kurze, aber schockierende Warndokument aufmerksam gemacht worden? Wenn das der einzige Beweis wäre, könnten Sie geneigt sein, ihn im Zweifelsfall zu entlasten. Aber die Beweise werden immer belastender.

Kürzlich habe ich zusammen mit meinen Koautoren ein kurzes Positionspapier veröffentlicht. Ich glaube nicht, dass bis dahin, vor einem Monat oder so, der Groschen bei mir gefallen war. Und ich bin ein erfahrener Wissenschaftler in der biomedizinischen Forschung, der es gewohnt ist, mit komplexen Datensätzen und Wahrscheinlichkeiten umzugehen.

Am 11. September 2020 war ich zu Gast in Julia Hartley-Brewers talkRADIO-Sendung. Unter anderem forderte ich Herrn Hancock auf, das Beweismaterial herauszugeben, das sein Vertrauen in die „zweite Welle“ und seine Planung dafür unterstreicht. Dieses Beweismaterial ist der Öffentlichkeit bisher von niemandem gezeigt worden. Ich forderte ihn auch auf, die operative Falsch-Positiv-Rate bei den Tests im Rahmen der zweiten Säule offen zu legen.

Am 16. September war ich wieder in Julias Show und konzentrierte mich diesmal auf die Frage der falsch-positiven Rate (1m 45s – 2min 30s). Ich hatte die Analyse von Carl Heneghan gelesen, aus der hervorging, dass selbst wenn die falsch-positive Rate nur 0,1 % betrug, d.h. acht mal niedriger als bei jedem ähnlichen Test, sie immer noch eine Mehrheit falsch-positiver Ergebnisse ergibt. Meine Kritik fällt also nicht ab, wenn die tatsächliche falsch-positive Rate niedriger ist als die von mir angenommenen 0,8%.

Am 18. September trat Herr Hancock, wie so oft, erneut in der Sendung von Julia Hartley-Brewer auf. Julia fragte ihn direkt (1min 50s), wie hoch die Falsch-positiv-Rate in Säule 2 ist. Herr Hancock sagte: „Sie liegt unter 1%“. Julia fragte ihn erneut genau, was das sei, und wusste er es überhaupt? Er antwortete nicht, sagte dann aber: „Das bedeutet, dass für alle positiven Fälle die Wahrscheinlichkeit, dass einer davon falsch positiv ist, sehr gering ist.“

Das ist eine ernsthaft irreführende Aussage, da sie falsch ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich bei einem scheinbar positiven Fall um einen falsch positiven Fall handelt, liegt zwischen 89-94% oder nahezu sicher. Bemerkenswert ist, dass selbst zu der Zeit, als die ONS ihre niedrigste Prävalenz verzeichnete, die Positivrate bei Tests im Rahmen der Säule 2 nie unter 0,8% fiel.

Für den Gesundheitsminister wird es noch schlimmer. Am 17. September, glaube ich, nahm Herr Hancock eine Frage von Sir Desmond Swayne über falsch-positive Ergebnisse entgegen. Es ist klar, dass Sir Desmond nach Säule 2 fragt.

Herr Hancock antwortete: „Ich mag meinen ehrenwerten Freund sehr, und ich wünschte, es wäre wahr. Der Grund, warum wir Überwachungstests durch das ONS durchführen lassen, besteht darin, sicherzustellen, dass wir ständig eine national repräsentative Stichprobe mit der Fallzahl betrachten. Die jüngste ONS-Umfrage, die am Freitag veröffentlicht wurde, zeigt einen Anstieg, der mit der gestiegenen Anzahl von Tests, die positiv zurückgekommen sind, vollzogen (sic!) ist“.

Er beantwortete die Frage von Sir Desmond nicht, sondern beantwortete stattdessen eine Frage seiner Wahl. Hat der Gesundheitsminister das Haus wesentlich in die Irre geführt? Indem er sich

nur auf die ONS bezog und nicht einmal die falsch-positive Rate des Tests in Säule 2 erwähnte, stahl er sozusagen das Gewand der sorgfältigeren Arbeit der ONS, die eine niedrigere falsch-positive Rate hat, um die versteckte und sehr viel höhere, falsch-positive Rate in Säule 2 durchzuschmuggeln. Der Leser wird selbst entscheiden müssen.

Die Tests der Säule 2 laufen seit Mai, aber erst in den letzten Wochen wurden mehrere hunderttausend Tests pro Tag durchgeführt. Die Wirkung des täglichen Anstiegs der Zahl der Personen, die als „Fälle“ beschrieben werden, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ich weiß, dass sie Angst, Besorgnis und Beunruhigung über die Möglichkeit neuer und ungerechtfertigter Einschränkungen, einschließlich Lockdowns, hervorruft. Ich habe keine Ahnung, was die Beweggründe von Herrn Hancock sind. Aber er nutzte und nutzt nach wie vor den enorm überhöhten Output eines verhängnisvoll fehlerhaften Säule-2-Tests und erscheint häufig in den Medien, wobei er die Notwendigkeit zusätzlicher Maßnahmen (von denen sich, ich wiederhole, keine als wirksam erwiesen hat) ernsthaft intoniert.

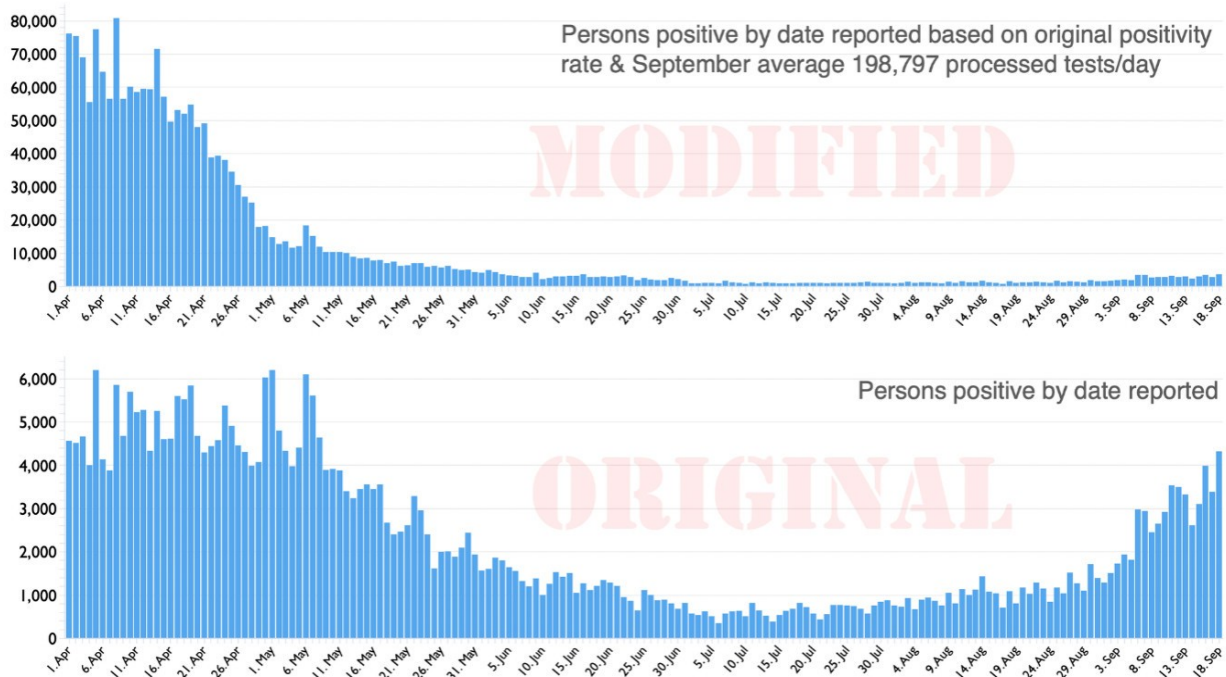
Sie werden mit der Fallgeschichte, die derzeit in den meisten Fernsehübertragungen gezeigt wird, sehr vertraut sein. Sie soll zeigen, dass die Zahl der Fälle, die angestiegen sind, im Frühjahr zurückgegangen ist und dass die Zahl der Fälle in letzter Zeit gestiegen ist. Diese Grafik wird immer von der Überschrift begleitet, dass „in den letzten 24 Stunden so viele Tausende neuer Fälle aufgedeckt wurden“.

Sie sollten wissen, dass es in diesem Bild zwei große Täuschungen gibt, die zusammen sehr wahrscheinlich sowohl irreführend sind als auch Angstzustände hervorrufen. Seine Allgegenwart zeigt, dass es sich um eine bewusste Entscheidung handelt.

Erstens ist sie sehr irreführend in Bezug auf den Höhepunkt der Fälle im Frühjahr. Das liegt daran, dass wir zu diesem Zeitpunkt noch keine Screeningkapazitäten auf Gemeindeebene hatten. Ein Kollege hat die Darstellung so angepasst, dass sie die Zahl der Fälle zeigt, die wir entdeckt hätten, wenn es eine Testkapazität in der Gemeinde gegeben hätte, die sich gut benommen hätte. Der Effekt besteht darin, dass der Spitzenwert der Frühjahrsfälle stark zunimmt, weil es sehr viele Fälle pro Krankenhausaufenthalt und viele Krankenhausaufenthalte pro Todesfall gibt.

Zweitens sollten, wie ich Ihnen hoffentlich überzeugend gezeigt habe, die Fälle im Sommer und gegenwärtig, die durch ernsthaft fehlerhafte Säule-2-Tests hervorgerufen wurden, um etwa das Zehnfache nach unten korrigiert werden.





Ich glaube, dass die echten Fälle etwas zunehmen. Das gilt aber auch für die Grippe, die wir nicht täglich messen, und über die wir auch nicht in jeder Nachrichtensendung berichten. Wenn wir das täten, würden Sie verstehen, dass es in Zukunft sehr wahrscheinlich ist, dass die Grippe ein größeres Risiko für die öffentliche Gesundheit darstellt als COVID-19. Die Darstellung der korrigierten Fälle (bezogen auf die tägliche Anzahl der Tests – siehe oben) stellt meiner Meinung nach den jüngsten Anstieg der Inzidenz von COVID-19 in einen viel vernünftigeren Zusammenhang. Ich dachte, Sie sollten diesen Unterschied erkennen, bevor Sie Ihr eigenes Urteil über diese traurige Geschichte fällen.

Die groteske Überschätzung der so genannten Fälle in den Tests der Säule 2, die meiner Meinung nach wissentlich durchgeführt wurden, hat sehr ernste Konsequenzen. Vielleicht glaubt Herr Hancock seiner eigenen Variante über das Risikoniveau, dem die Öffentlichkeit jetzt ausgesetzt ist? Es steht mir nicht zu, daraus Schlüsse zu ziehen. Was diese enorme Überschätzung bewirkt hat, ist, dass sie die Normalisierung des NHS (National Health Service) verlangsamt hat. Wir alle wissen, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen in unterschiedlichem Maße eingeschränkt ist. Viele Fachrichtungen wurden im Frühjahr stark eingeschränkt, und nach einer gewissen Erholung liegen einige immer noch zwischen einem Drittel und der Hälfte unter ihren normalen Kapazitäten. Dies hat sowohl zu anhaltenden Verzögerungen als auch zum Anwachsen der Wartelisten für zahlreiche Operationen und Behandlungen geführt. Ich bin nicht qualifiziert, den Schaden für die Gesundheit der Nation und Einzelpersonen als direkte Folge dieser verlängerten Wartezeit auf eine zweite Welle zu beurteilen. Mit dieser Konfiguration in den Winter zu gehen, wird, zusätzlich zu dem bereits seit sechs Monaten eingeschränkten Zugang, unweigerlich zu einer großen Zahl vermeidbarer, nicht von den Covies verursachter Todesfälle führen. Das ist bereits ein schwerwiegender Vorwurf. Weniger offensichtlich, aber insgesamt ergeben sich aus der Furcht vor dem Virus zusätzliche Auswirkungen, die meines Erachtens unangemessen verstärkt werden. Dazu gehören: Beschädigung oder sogar Zerstörung einer großen Zahl von Unternehmen, insbesondere von Kleinbetrieben, und damit einhergehender Verlust der Lebensgrundlage, Verlust von Bildungsmöglichkeiten, Belastung der Familienbeziehungen, Essstörungen, zunehmender Alkoholismus und häusliche Gewalt und sogar Selbstmorde, um nur einige zu nennen.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass es allein in den letzten 40 Jahren in Großbritannien sieben offizielle Epidemien/Pandemien gegeben hat: AIDS, Schweinegrippe, CJK, SARS, MERS, Vogelgrippe sowie die jährliche, saisonale Grippe. Alle waren sehr besorgniserregend, aber die Schulen blieben offen, und der NHS behandelte alle, und die meisten der Bevölkerung waren nicht betroffen. Das Land wäre selten offen gewesen, wenn es jedes Mal geschlossen worden wäre.

Ich habe erklärt, wie ein hoffnungsloser (völlig ungeeigneter) diagnostischer Test nicht zur Diagnose von Krankheiten, sondern, wie es scheint, einzig und allein zur Erzeugung von Angst eingesetzt wurde und weiterhin eingesetzt wird.

Dieser Machtmissbrauch muss aufhören. Auch bei der Abwägung der Restrisiken für die Gesellschaft aus COVID-19 und den gegebenenfalls zu ergreifenden geeigneten Maßnahmen stehen alle oben genannten Kosten auf der Tagesordnung. Was auch immer sonst geschieht, der in Säule 2 verwendete Test muss sofort zurückgezogen werden, da er keine brauchbaren Informationen liefert. In Ermangelung stark überhöhter Fallzahlen, die sich aus diesem Test ergeben, würde die Pandemie als fast vorbei angesehen und gefühlt werden.

*Dr. Mike Yeadon ist der ehemalige CSO (Vorstand Forschung und Entwicklung) und VP (Vizepräsident), Leiter der Allergie- und Atemwegsforschung bei Pfizer Global R&D und Mitbegründer von Ziarco Pharma Ltd.*