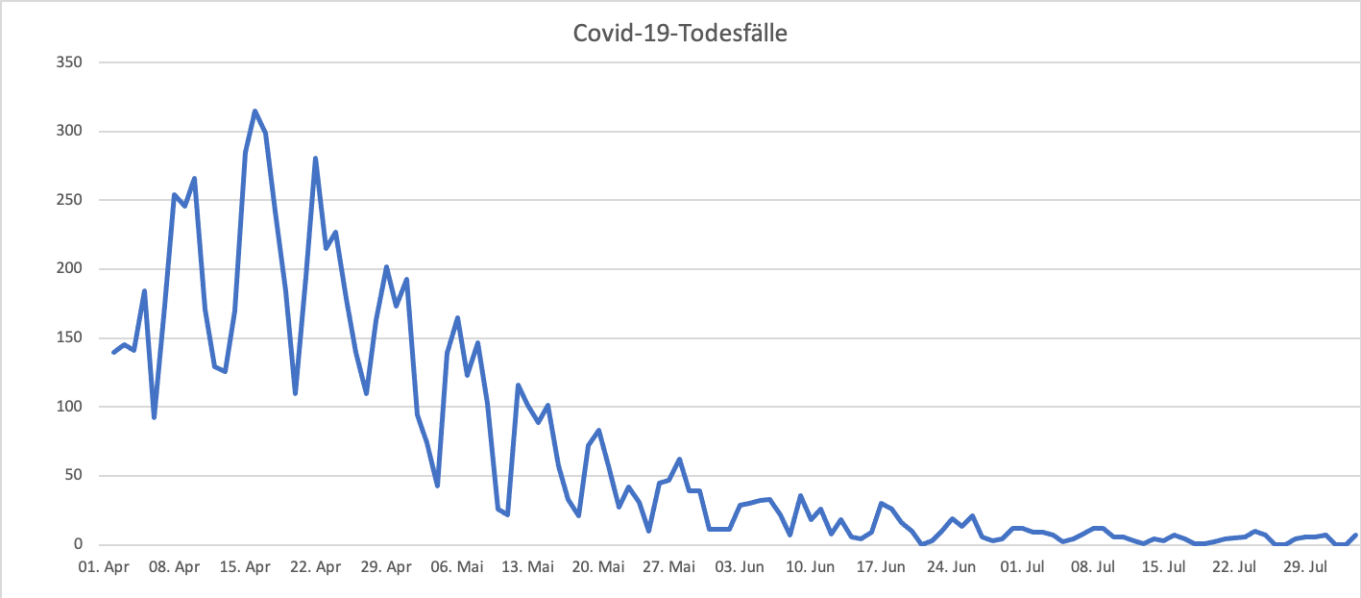
Wir befinden uns mitten in der zweiten Welle … der zweiten Welle des stetig aus den Medien auf uns einprasselnden Alarmismus. Dieser Alarmismus passt jedoch nicht zu den offiziellen Zahlen. Statistisch ist die Gefahr, bei einem Sturz ums Leben zu kommen, in diesem Sommer 15-mal so groß wie die Gefahr, an Covid-19 zu sterben. Natürlich sollte man die Krankheit nicht verharmlosen, stellt sie für Angehörige der Risikogruppen doch ein relevantes Risiko für Leib und Leben dar. Angst ist jedoch ein schlechter Ratgeber. Zeit für einen hoffentlich unaufgeregten Blick auf die Frage, wie tödlich Corona eigentlich ist. Von Jens Berger

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/200804_Wie_toedlich_ist_Corona_NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Als die Corona-Pandemie im April über Deutschland hinwegzog, waren die Zahlen in der Tat furchteinflößend. Im Schnitt starben laut den Zahlen des RKI pro Tag immerhin 83 Menschen an der damals noch neuen Krankheit. Zum Höhepunkt, am 16. April, betrug die offizielle Todeszahl sogar 315. Damit reihte sich Covid-19 hinter den Herz- und Kreislauferkrankungen (946 Todesopfer pro Tag) und den Krebserkrankungen (653 Todesopfer pro Tag) kurzzeitig an dritter Stelle der häufigsten Todesursachen ein. Diese Zahlen waren in der Tat dramatisch, nahmen jedoch schon in den folgenden Wochen ebenso dramatisch ab. Kritiker wenden an dieser Stelle gerne ein, dass die Zahlen als solche unzuverlässig seien, da die Definition der konkreten Todesursachen schwammig sei. Das ist richtig und falsch zugleich.



Ist jemand an, mit oder durch Corona gestorben?

Nach Definition des RKI gilt jeder als Covid-19-Toter, bei dem Covid-19 nachgewiesen wurde und der an einer **dazu passenden Krankheit** gestorben ist. Das von einigen Kritikern immer wieder angeführte Beispiel, nach dem ein Opfer eines Verkehrsunfalls als „Corona-Toter“ gelte, wenn man bei ihm das Virus positiv nachweisen könne, ist also falsch. Richtig ist jedoch, dass vor allem zahlreiche höchstbetagte Patienten, die an multiplen Vorerkrankungen – teils im finalen Stadium – litten und sich mit dem Sars-Cov-2-Virus infizierten und dann verstarben, in den meisten Fällen in der Tat als Corona-Tote gezählt wurden und werden, auch wenn die Todesursache sich unmöglich isoliert auf einen einzigen Faktor reduzieren lässt. Wie groß die Zahl der dabei vielleicht zu unrecht als Corona-Tote mitgezählten Verstorbenen ist, lässt sich jedoch nicht seriös schätzen. Selbst kritische Stimmen wie der Pathologe Klaus Püschel und der Virologe Alexander Kekulé schätzen die Fehlerquote durch diese Definition jedoch als „nicht wesentlich“ ein. Hinzu kommt der ebenfalls nicht sonderlich große Effekt in die andere Richtung, dass bei einigen wenigen an Covid-19 Verstorbenen kein Test auf das Virus unternommen wurde. Aber das ist wohl Erbsenzählerei.

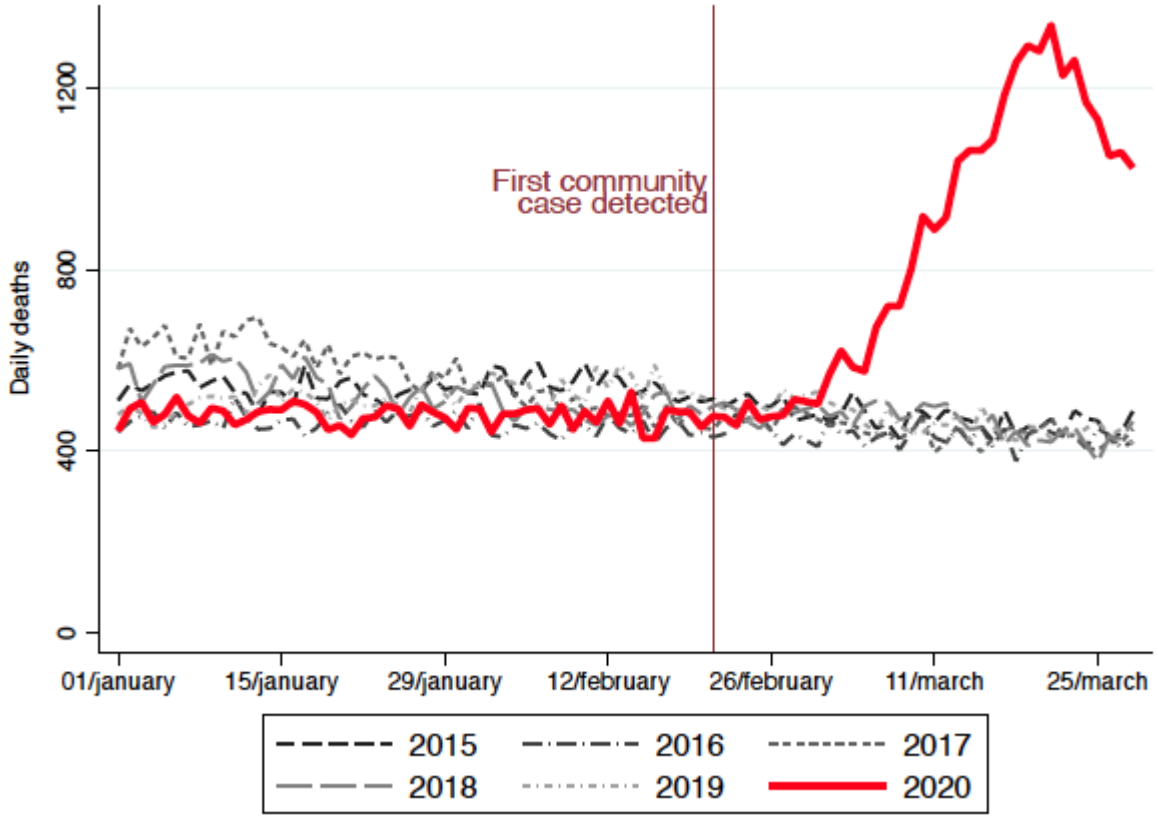
Interessanter ist in diesem Kontext der internationale Vergleich. Noch heute geistern ja „Horrorzahlen“ aus Ländern wie Belgien, Frankreich und Italien durch die Meldungen, deren Gesundheits- und Meldesysteme sich mit Abstrichen durchaus mit Deutschland vergleichen lassen. Das trifft jedoch nicht auf die Definition der Corona-Todesfälle und die praktische Umsetzung dieser Definition zu.

Verschiedene Zählweisen

Am extremsten sind hierbei die Unterschiede zwischen Italien und Russland. Während des Höhepunkts des Infektionsgeschehens in der Lombardei wurden – auch mangels zur Verfügung stehender Testkapazitäten – alle Todesfälle, die „in Verdacht" standen, etwas mit dem Virus zu tun zu haben, als Corona-Tote gezählt. Später wurden die Zahlen sogar noch nach oben korrigiert, da man die sogenannte „Exzessmortalität" angewandt hatte. Dieses statistische Verfahren ist eigentlich eher als Instrument zur Bestimmung der Grippetoten bekannt.

Lesen Sie dazu bitte auch die beiden Interviews, die Jens Berger und Ralf Wurzbacher mit dem Statistiker Gerd Bosbach für die NachDenkSeiten geführt haben.

Da die Grippe ja keine meldepflichtige Krankheit ist und bei Toten, die z.B. an einer Pneumonie gestorben sind, kein Test auf das Grippevirus vorgenommen wird, behilft man sich bei der Schätzung der Opferzahlen mit einer einfachen Überschlagrechnung – man schaut, wie viele Menschen im langjährigen Schnitt in einem bestimmten Zeitraum sterben, vergleicht dies mit den aktuellen Zahlen und definiert die Abweichung als „Übersterblichkeit", die man dann ganz einfach der Grippe zuschreibt. Dieses Verfahren ist statistisch sehr ungenau und steht schon lange in der Kritik. Auf Corona angewendet ist es jedoch nicht nur ungenau, sondern führt zu geradezu fahrlässigen Überschätzungen. Um dies zu verdeutlichen, eignet sich das Beispiel Lombardei sehr gut.



Übersterblichkeit in Italien – Quelle: VOX.EU

Während der dramatischen Phase brach dort das komplette Gesundheitssystem zusammen. Wer beispielsweise eine bakterielle Pneumonie hatte und eigentlich eine intensivmedizinische Behandlung hätte bekommen müssen, starb. Wer einen schweren Herzinfarkt oder einen schweren Schlaganfall bekam, starb ebenfalls in vielen Fällen, da das Gesundheitssystem schlicht keine Kapazitäten für solche Fälle mehr hatte. Nun ist die Lombardei eine der Regionen, die weltweit mit den höchsten Altersdurchschnitt hat, so dass schwere „nicht coronabedingte“ Erkrankungen, die ohne intensivmedizinische Behandlung zum Tode führen, nicht gerade selten sind. Die „Exzessmortalität“ hilft hier jedoch nicht weiter, da diese Fälle in den Vorjahren vom Gesundheitssystem abgefedert werden konnten. So hat Corona dazu geführt, dass eine unbekannte – aber sicher sehr große – Zahl von „normalen“ Schwersterkrankungen zum Tode führten und über die Berechnung der Übersterblichkeit dann als „Coronatote“ gezählt wurden. Das ist nicht ganz falsch, da die Todesfälle ja „coronabedingt“ waren, aber nicht mit dem Virus und Covid-19 direkt im Zusammenhang stehen. Die gleiche Zählweise wurde übrigens von den französischen Behörden vorgenommen. Auch hier gab es – vor allem im Elsass und in Lothringen – einen medizinischen Notstand, der eine konkret nicht seriös zu beziffernde Zahl von „nicht

coronabedingten“ Erkrankungen zu „coronabedingten“ Todesfällen gemacht hat, die in die offiziellen Zahlen mit eingingen.

Belgien und Russland – zwei Extreme

Die weltweit höchsten Todesziffern musste Belgien vermelden. Auch wenn Belgien eine mit Deutschland vergleichbare Definition der Todesfälle hat, so wurde sie in Belgien auf konkreter Handlungsebene gänzlich anders angewandt. Dort zählte man während der starken Ausbreitung von März bis Mai mangels freier Test- und Pathologiekapazitäten einfach sämtliche Todesfälle mit, bei denen es einen Zusammenhang mit Covid-19 **geben könnte**. Viele dieser „Coronatoten“ wurden jedoch nie auf das Virus getestet. Durch diese eigenwillige Zählweise wurde Belgien zum internationalen Schlusslicht, obgleich das Virus dort nicht wesentlich stärker gewütet hatte als in den Nachbarländern.

Das andere Extrem ist Russland. Dort zählt nur derjenige als „Coronatoter“, bei dem eine Obduktion Covid-19 als klare und einzige Todesursache festgestellt hat. Das klingt zwar vorbildlich, führt in der Praxis jedoch zu einer tendenziell zu niedrigen Sterbeziffer. So vermeldeten die russischen Behörden Mitte März eine „wundersame“ Zunahme von Sterbefällen durch Lungenentzündung, während die offiziellen Covid-19-Todesfälle gemessen im internationalen Vergleich erstaunlich gering waren.

Infektionsgeschehen in Deutschland

Egal ob die Opfer nun an, mit oder wegen Corona gestorben sind – zumindest in Deutschland geht die Zahl der offiziellen Todesopfer seit Mai deutlich zurück. Starben im April noch durchschnittlich 83 Menschen pro Tag an Covid-19, waren es im Juli nur noch 2,7 – in den letzten anderthalb Wochen gab es sogar vier Tage, an denen das RKI keinen einzigen Todesfall vermelden musste. Wie hängt dies mit der immer wieder behaupteten starken Zunahme der Fälle zusammen?

Hier darf munter spekuliert werden und es gibt mehr als einen kausalen Zusammenhang. Der wohl wichtigste Faktor für die geringen Todesziffern ist das abnehmende Durchschnittsalter der Infizierten. Sowohl im März als auch im Juli starben vor allem Hochbetagte mit Vorerkrankungen an dem Virus, während jüngere Menschen die Erkrankung meist symptomfrei oder mit milden Symptomen durchstanden. Ob die „Jungen“ nun „unvorsichtiger“ sind oder die Angehörigen der Risikogruppen sich wirkungsvoller gegen eine Infektion schützen – fest steht, dass das Durchschnittsalter der Infizierten seit März sinkt und dadurch natürlich auch die Anzahl der schweren und tödlichen Verlaufsfälle ebenfalls sinkt. Der Altersmedian der Infizierten beträgt zur Zeit 49 Jahre, während der

Altersmedian der Verstorbenen bei 83 Jahren liegt. Covid-19 ist nun einmal eine Krankheit, die bei unterschiedlichen Alters- und Vorerkrankungs-Gruppen unterschiedlich schwer verläuft.

Ein weiterer Grund ist die Zunahme der medizinischen Expertise. War Covid-19 für die Ärzte im März noch eine nahezu komplett unbekannte Krankheit, bei der die Behandlung experimentell erfolgte, hat die internationale Wissenschaft mittlerweile schon bestimmte Behandlungs- und Medikationsstrategien erarbeitet, die zwar noch lange nicht ausgereift sind, aber immerhin doch die Grundlage dafür bilden, dass immer weniger schwere Verlaufsfälle tödlich enden. All dies hat Covid-19 zumindest einen Teil des Schreckens genommen, auch wenn die Krankheit natürlich nach wie vor nicht unterschätzt werden darf, zumal die Frage der Spätfolgen bei mittleren und schweren Verläufen immer noch im Raum steht.

Deutschland ist ein Sonderfall

An dieser Stelle sei jedoch auch darauf hingewiesen, dass Deutschland zusammen mit Ländern wie Österreich, Dänemark, Norwegen oder Finnland in einer glücklichen Ausnahmesituation ist. Die erfreuliche Entwicklung in diesen Ländern ist nicht auf Länder wie die USA oder Brasilien zu übertragen, weil es hier einen massiven Unterschied in den Gesundheitssystemen gibt.

Studien der Universität Oxford und der London School of Hygiene and Tropical Medicine haben herausgefunden, dass neben dem Geschlecht und dem Alter vor allem Armut, Übergewicht und der nicht vorhandene Zugang zu einem funktionierenden Gesundheitssystem die größten Risikofaktoren für eine schwere oder tödliche Verlaufsform von Covid-19 sind. Während man bei aller Kritik am deutschen Gesundheitssystem dennoch feststellen muss, dass man hierzulande eine nahezu optimale medizinische oder intensivmedizinische Behandlung bei einer Covid-19-Erkrankung bekommt, scheitert dies in den USA für ärmere Menschen in der Regel bereits an der nicht vorhandenen Krankenversicherung und in Ländern wie Brasilien zusätzlich an den oft gar nicht ausreichend vorhandenen Kapazitäten des Gesundheitssystems.

Daher ist es auch unmöglich, eine wirklich zuverlässige Sterbeziffer zu berechnen. Die wohl beste deutsche Studie dazu ist die „Heinsberg-Studie“ vom Team um Hendrik Streek, die die IFR (Infizierten-Verstorbenen-Anteil) mit 0,28% beziffert. Von 10.000 Infizierten sterben demnach 28 Menschen. Frühe Studien aus der Lombardei weisen die IFR übrigens mit 8% aus, demnach müssten 800 von 10.000 Infizierten sterben – solche Zahlen sind empirisch nicht haltbar und es ist ohnehin fragwürdig, wie aussagekräftig eine solche Zahl überhaupt

sein kann.

Die Frage, ob jemand an, mit oder wegen Covid-19 stirbt, hängt nicht nur mit dem Virus selbst, sondern auch und vor allem mit dem gerechten Zugang zu einem guten und ausreichend dimensionierten Gesundheitssystem zusammen. Das war in der Lombardei im Frühjahr nicht gegeben, das ist in Großbritannien nicht gegeben und in den USA und Brasilien ist dies vor allem eine Frage des Geldbeutels. Dort sind die Sterbeziffern daher auch vergleichsweise hoch, während sie in Ländern mit einem in Relation gut funktionierenden Gesundheitssystem vergleichsweise niedrig sind.

Don´t panic

Diese Lektion wird jedoch auch und vor allem in der deutschen Debatte gern vergessen. Covid-19 ist eine gefährliche Krankheit, die man am besten „bändigen“ kann, wenn man die Risikofaktoren, die zu ändern sind, ändert. Und hier steht vor allem die Qualität und der gerechte Zugang zum Gesundheitssystem im Mittelpunkt. Wer Kindern den Schulunterricht verweigert oder im Klassenraum Masken verordnet, betreibt Symbolpolitik, die bei den Kindern einen großen Schaden verursacht und keinen wirklich erkennbaren Nutzen bringt.

Wir werden uns als Gesellschaft womöglich an Covid-19 gewöhnen müssen, da die Frage, ob und wann ein wirksamer Impfstoff ohne nicht kalkulierbare Risiken zur Verfügung stehen wird, offener denn je ist. Das heißt jedoch nicht, dass sich Covid-19 nicht weitestgehend beherrschen ließe. Voraussetzung dafür ist jedoch vor allem ein funktionierendes Gesundheitssystem. Gesellschaft und Politik müssen sich daher jetzt die Frage stellen, wie die mittel- bis langfristige Antwort auf Covid-19 aussehen soll. Ein profitorientiertes Drei-Klassen-Gesundheitssystem wie in den USA? Oder ein dem Gemeinwohl verpflichtetes qualitativ hochwertiges öffentliches Gesundheitssystem? Wenn Letzteres die Antwort ist, müssen wir uns auch keine ernsten Sorgen machen. Und auch heute besteht kein rationaler Grund für Angst und Panik. Oder haben Sie Angst, von der Leiter zu fallen und sich den Hals zu brechen? Wohl kaum. Aber vor Covid-19 haben Sie vielleicht Angst, obwohl die Wahrscheinlichkeit, an Covid-19 zu sterben, zur Zeit fünfzehnmal so gering ist, wie sich beim Putzen den Hals zu brechen.

Titelbild: Rainer Fuhrmann/shutterstock.com