Jens Berger macht in seinem Beitrag erneut – nach den Zahlen im August und September – auf die Covid-19-Daten aufmerksam. Er kritisiert die Vergleiche mit den Frühjahrszahlen, deren wohl erhebliche Dunkelziffer bei Neuinfektionen nicht untersucht wurde. Die darauf basierenden politischen Entscheidungen hält Jens Berger daher für falsch. Bei aktuell niedriger Sterblichkeitsrate und genauer Betrachtung der Daten wirkt die Frage um einen zweiten Lockdown „deplaziert“.
Auf diesen Beitrag haben zahlreiche Leserinnen und Leser der NachDenkSeiten reagiert und uns Leserbriefe gesendet. In ihnen werden verschiedene Eindrücke und Erkenntnisse mitgeteilt. Dafür bedanken wir uns sehr. Hier nun eine Auswahl. Zusammengestellt von **Christian Reimann**.

---

1. Leserbrief

Liebe Nachdenkseitenmacher,

vielen Dank an Jens Berger für die ausführlichen Covid19-Daten und die Einschätzung der Lage, anhand dem Vergleich, wieviel im Frühjahr und wieviel aktuell getestet wird.
Dieser offensichtliche Zusammenhang wird, soweit ich das überschauen kann, in keinem großen Medium auch nur ansatzweise erwähnt.
Leider verfügt die Flak der Panikmacher über deutlich reichweitenstärkere Geschütze.
Es ist unfassbar wie dpa-, AFP- und Reutersmeldungen bzw. die daraus entstandenen Artikel teilweise jegliche Vernunft torpedieren und selbst den Verstand der Leute, die bislang noch versuchen ohne Panik und mit halbwegs gesundem Menschenverstand der Covid 19 Gefahr bzw. den damit verbundenen Lebenseinschränkungen im Medienalltag zu trotzen, sturmreif schiessen. (Ich meine damit nicht die Leute, die das Virus bzw. die Gefahr die davon ausgehen kann, an sich in Frage stellen)

Besonders die Meldungen der dpa, welche auf den Redaktionstickern landen und wohl für wenig Geld gedruckt werden dürfen, leisten hier ganze Arbeit.
Speziell auch bei den Regionalzeitungen. Die Macht dieser Agenturen ist so unfassbar groß und reichweitenstark, daß man kaum durch den Tag kommt ohne automatisch auf Meldungen zu stoßen. Gerne beim Abruf der Mails auf den bekannten Portalen wie web, gmx oder Telekom oder wie hier in der Regionalzeitung:
badische-zeitung.de/europa-kaempft-gegen-die-zweite-corona-welle-einige-laender-gelangen-an-grenzen

Ich habe die Anzahl und Verbreitung der Agenturmeldungen in den Medien schon in der Finanzkrise, in der Hochzeit der Flüchtlingskrise und jetzt im Frühjahr beobachtet.
Es wird immer unverblümter in Richtung der gewünschten Meinung bzw.Haltung geschrieben, auch steigt die Frequenz der Meldungen erheblich.
Da sehr viele Online- wie auch Printmedien diese Agenturmeldungen verwenden bzw. Autoren der Redaktionen diese oft als “Mustervorlage” nehmen – da zeitsparend, kann man hier wohl schon fast von einer medialen “Gleichschaltung-light” vieler Medien sprechen.

viele Grüße
Martin Schumacher

---

2. Leserbrief

Lieber Herr Berger,

vielen Dank für den gut recherchierten Artikel.

Es ist ja bekannt, dass die vom RKI angegebenen Zahlen zu bestätigten Fällen vom Frühjahr mit den heutigen Zahlen nicht vergleichbar sind. Dies wird bei jeder Gelegenheit selbst in den großen Medien immer wieder betont. Auch die von Ihnen ermittelte Zahl von c. 2 Mio. Menschen die sich in Deutschland bereits infiziert haben könnten, ist nicht wirklich überraschend. Im Gegenteil gehen einige Wissenschaftler noch von deutlich höheren Infektionszahlen aus (2. Mio sind c. 2,3% der deutschen Bevölkerung. Herdenimmunität wäre erst bei einer Infektion von c.60 bis 70% der Bevölkerung erreicht). Angesichts der exponentiell ansteigenden Zahlen, könnten auch 47.000 täglich Infizierte schnell erreicht werden, Frankreich hat bei 25% geringerer Bevölkerung schon jetzt über 30.000 gemessene Fälle täglich.

Der Vergleich mit der Grippe 2017/18 bleibt weiterhin problematisch. 2017/18 war weltweit ein extremes Jahr, was die Stertblichkeit durch Grippe betrifft. Die wenigsten dieser Grippetoten sind im Krankenhaus sondern daheim gestorben. Das Hauptproblem bei der Coronapandemie ist aber die Überbelastung des Gesundheitssystems. Schwer erkrankte Coronapatienten kommen unweigerlich in die Intensivpflege der Krankenhäuser. Die hohe Zahl der Grippetoten schließlich ist nur anhand der Übersterblichkeit ermittelt worden. Waren es wirklich über 25.000 in Deutschland? Und wie hätte man vor diesem Grippeausbruch reagiert, wenn man geahnt hätte, wieviele Menschen daran sterben würden? Die vielen Opfer dieser Epidemie haben sich ja erst im Nachhinein anhand der

Statistiken offenbart. Zudem geht die WHO von 650.000 Grippetoten weltweit aus, Corona hat seit Februar 2020 bereits über 1,1 Mio. Tote gefordert: Und dies trotz weitweiter Lockdown-Maßnahmen.

Letztendlich: Würde man eine langsame Herdenimmunität ohne Impfstoff anstreben, müßte man wohl auch die 0,5% Sterblichkeit zugrunde legen. Ausgehend von c. 51. Mio. Infizierten (60% der Bevölkerung), wären damit c. 250.000 Tote in Deutschland zu befürchten.

Sie stellen korrekt fest, dass es keinen Grund zur Panik gibt und sicherlich keinen Grund für einen Lockdown. Aber Vorsicht und die Maske als Schutz scheint mit ein zweckmäßiges Mittel zu sein.

Herzlichst,
Andreas Brandmair

---

3. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

egal was ist, Ihre Corona-Kommentare gehen nur in eine Richtung.

Warum haben Sie sich für Ihren Beitrag nicht auch mal die Verhältnisse in Tschechien angesehen? Die Lebensgewohnheiten der Menschen dort sind denen in Deutschland nicht so unähnlich, jedenfalls viel ähnlicher als z.B. in Spanien oder Italien. Nur den Sommer haben sie diesmal viel mehr genossen, wie Herr Müller ja in seinem Beitrag vom 28.09.2020 festgestellt hat. Die Zeitreihe der Corona-Todesfälle findet man unter onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19.

Mit freundlichen Grüßen
R. Haftmann

Anmerkung Jens Berger: *Sehr geehrter Herr Haftmann,*

die zur Zeit 62 Todesfälle in Tschechien (7-Tages-Schnitt) kommen auf 8.111 Neuinfektionen pro Tag (ebenfalls 7-Tages-Schnitt). Das entspricht einer Sterblichkeitsquote CFR von 0,7% und liegt im Rahmen der Fallbeispiele aus meinem Artikel. Da Tschechien nur ein Achtel so viele Einwohner wie Deutschland hat, entspräche dies auf Deutschland bezogen übrigens 64.000 Neuinfektionen pro Tag – ein Wert, der weit

außerhalb der jetzigen Prognosen liegt. Hinzu kommt, dass Tschechien pro Kopf nur ein Drittel so viele Intensivbetten wie Deutschland hat. Rein auf diese Größe bezogen, müsste man also zum Vergleich stolze 190.000 Neuinfektionen pro Tag für Deutschland annehmen – ein Wert jenseits von Gut und Böse, der aber auch klarmacht, wie entspannt die Lage in Deutschland eigentlich ist und dass wir uns über einen Lockdown keine Gedanken machen sollten.

beste Grüße
Jens Berger

---

4. Leserbrief

Hallo Herr Berger,

Gratulation zu diesem hervorragenden Artikel.

Vermisst habe ich allerdings:

- wo stammen die Basiszahlen her?
- wer hat diese Berechnungen angestellt und die Grafiken erstellt (wenn Sie alleine: Hut ab)

Nicht alle Grafiken haben das NDS Logo. Warum?

Jetzt frage ich mich natürlich: Wie kann man diesen Gedanken in die öffentliche Diskussion hineintragen?

Eigentlich müsste ja jetzt ein Team von Leuten diese Idee in allen Online-Medien sinnvoll platzieren und es in die Tagespolitik reinschieben.
Aber davon habe ich keine Ahnung – bin relativer Neuling in dem ganzen Online-Medien-Trubel.

Zum Inhalt:

- Lockdown
  Ich nehme der Exekutive ab, dass ein Lockdown wie im Frühjahr keine Option mehr

ist. Ziel und Motivation des Lockdowns im Frühjahr sind aktuell nicht mehr argumentierbar. Dafür ist heute das Wissen über die Krankheit und mögliche Maßnahmen einfach zu stark gewachsen.

Interessant auch die Einlassung in der WDR-Sendung „Ihre Meinung“ von dem Verfassungsrechtler, der einen erneuten Lockdown wie im Frühjahr als klar verfassungswidrig erklärt hat. Und Mini-Lockdowns (z.B. Beherbungsverbot) werden ja zunehmend von den Gerichten gekippt. Das wird wohl auch noch weiter zunehmen, falls wieder versucht wird Kitas und Schulen zu schließen.

- Todesfälle
  Generell ist es immer schwierig mit Todesfällen zu argumentieren, da jeder Fall, der vielleicht hätte vermieden werden können, einer zuviel ist. Dennoch hilft Ihr Beitrag m.E. an die ganze Sache mit den Einschränkungen etwas gelassener und angemessener heranzugehen.

- Infektionsrate
  Nach wie vor sind die Unterbrechung von Infektionsketten und die Verhinderung von überregional wirksamen Hot-Spots die angesagtesten Mittel. Dafür braucht es nachvollziehbare Referenzwerte und möglichst bundeseinheitliche Regelungen. Ob jetzt die Stufen 35/50 (pro 100.000 in den letzten 7 Tagen) richtig sind oder nicht, kann ich nicht beurteilen. Das müssen die Verantwortlichen des Gesundheitswesens sagen, die insbesondere die Last der Nachverfolgung tragen müssen. Das mit den bundeseinheitlichen Regelungen ist ein anderes trauriges Thema.

Bleibt zum Schluss die Hoffnung, dass Ihr Ansatz es irgendwie schafft, sich in das öffentliche Bewusstsein zu drängen.

Mit freundlichen Grüßen
Raimund Hocke

Anmerkung Jens Berger: *Sehr geehrter Herr Hocke,*

gerne beantworte ich Ihre Fragen.

-> – wo stammen die Basiszahlen her?

Die für Deutschland allesamt vom RKI aus den täglichen Situationsberichten. Die internationalen Daten stammen vom Dienst “Worldometers”, der seinerseits die Daten von den jeweiligen Gesundheitsministerien und nationalen Behörden bezieht: worldometers.info/coronavirus/.

-> – wer hat diese Berechnungen angestellt und die Grafiken erstellt (wenn Sie alleine: Hut ab)

Die Berechnungen und Grafiken stammen von mir. Die internationalen Grafiken sind dabei mit Grafiken von Worldometers zusammengestellt.

-> Nicht alle Grafiken haben das NDS Logo. Warum?

Das hat eher gestalterische Gründe.

beste Grüße
Jens Berger

---

5. Leserbrief

Hallo Herr Berger,

Ich halte den Begriff “Neuinfektionen” zur Bezeichnung positiver Testergebnisse für mindestens unpräzise, z.T. ist er aber auch schlicht falsch.

Letzteres vor dem Hintergrund, dass Labore (siehe z.B. den entsprechenden Artikel in der Süddeutschen) offensichtlich CT Werte bis zur Nachweisgrenze verwenden und die Gesundheitsämter diese oft nicht einmal kennen.

Selbst wenn sie kennen, wird das positive Testergebnis sicherlich in die Statistik einfließen. Auch Mehrfachtests fließen mehrfach ein.

Lt. Süddeutscher Zeitung kann 1/2 Jahr nach überstandener Krankheit noch Virusmaterial nachgewiesen werden, obwohl die Viren nicht mehr infektiös bzw. krankmachend sind.

Bei der hohen Dunkelziffer früherer, symptomloser Infektionen und heutigen Massentests, kann sich hierdurch sicherlich Einiges zusammenkommen. “Neu” sollte man also schon einmal streichen.

Ansonsten glaube ich, dass man an der Zahl festhält, weil sich damit am ehesten die momentane Panikmache forsetzen lässt.

Viele Grüße

Andrej R.

Anmerkung Jens Berger: *Hallo Herr R.,*

zum Thema PCR-Tests gäbe es viel zu sagen, aber wenn an “Infektion” nicht mit “Infektiösität” oder “Erkrankung” gleichsetzt, sind dies eher Definitionsfeinheiten, die ich im Artikel extra nicht thematisiere, um die Leser nicht zu verwirren. Leider setzten Medien und Politik diese Begriffe in der Tat oft gleich, was zu thematisieren aber einen eigenen Artikel erfordern würde.

beste Grüße
Jens Berger

---

6. Leserbrief

Lieber Herr Berger,

Ihre Analyse, welche die Diskrepanz des Verhältnis der berichteten positiven PCR-Tests und Todesfälle im April versus Oktober zu erklären versucht, ist sehr spannend. Danke dafür! In der Tat ist Ihr Artikel auch wichtig, da sich diese Frage ja nahezu jedem Menschen mit gesundem Verstand aufdrängt.

Ich stimme Ihnen in der grundsätzlichen Einschätzung zu, dass die “erste” Welle wahrscheinlich tatsächlich mit einer sehr hohen Anzahl an (tasächlich) Infizierten einherging, die wahrscheinlich auch insgesamt höher war als heute.

Mir kamen allerdings einige Anmerkungen in den Sinn:

1. Sie nehmen eine konstante CFR über den ganzen Zeitraum betrachtet von 0,5% an. Das ist aus meiner Sicht zu hinterfragen. Insbesondere, wenn Sie eine viel höhere tatsächliche Durchseuchung im Frühjahr annehmen als heute (trotz der damaligen faktisch viel niedriger liegenden Testungen bzw. Positivenzahl) – was zwar plausibel ist aufgrund der sehr viel höheren Todesrate – dann ist es ja aber auch möglich, dass

sich bereits eine gewisse Immunisierung selbst bei den vulnerablen Personen eingestellt hat., welche schwere Verläufe/Todesfälle abmildert/vermeidet. In der “ersten” Welle hat es vermutlich auch die besonders Schwachen leider tödlich getroffen – das wäre eine interessante, aber aufschlussreiche These, ob dem so war… Ich würde also die Vermutung anstellen, dass bereits eine gewisse Immunisierung in der Bevökerung seit Frühjahr eingesetzt hat (z.B. durch T-Zellen-Immunität, nicht nur Antikörper). Weitere Merkmale, z.B. verbesserte Behandlungsregime, könnten hier ebenfalls die tatsächliche CFR abgesenkt haben im Vergleich zum Frühjahr. Das würde bedeuten, dass Covid im Frühjar “noch” gefährlicher war in unserer Population als heute. Insgesamt scheint Covid aber nicht besonders gefährlich zu sein (so meine eigene Einschätzung). Daher nehme ich eine eher abnehmende CFR an, da in “meinem” Model mögliche wachsende Hintergrund-Immunisierung berücksichtigt ist. In dieser Überlegung ist v.a. auch berücksichtigt, dass sich Personen erneut anstecken können, aber dann I.d.R. eben einen milderen Verlauf erwarten. Dies sollte insbesondere für die vulnerablen Personen von großer Relevanz sein (= weniger Todesfälle = kleinere CFR). Aber ich bin nicht vom Fach – und vielleicht sind dies auch sachlich unzutreffende Überlegungen. Mögliche Mutationen könnten weitere Gründe sein, warum die CFR vielleicht eben dynamisch zu sehen ist und eher ab- als zunahm.

Der Aspekt der möglichen “Herden”-Immunisierung ist mir tatsächlich der wichtigste – hier Licht ins Dunkel zu bringen ist auch deshalb geboten, da er der geplanten, aus meiner Sicht skandlösen Massenimpfung mit einem voraussichtlich nicht ausreichend getesteten Impfstoff den Wind aus den Segeln nehmen könnte/sollte.

2. Um aber wirklich abschätzen zu können, wie hoch die Durchseuchung ist, müssten repräsentative Testung in allen Bevökerungsgruppen randomisiert – und das regelmäßig – durchgeführt werden.Um eine Populationsaussage zu machen, muss mit standardisierten Verfahren gerarbeitet werden (Messinstrumente mit gleichen Standards an repräsentativen, großen, wiederholt erhobenen Stichproben). Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar und m.E. ein politischer Skandal, dass zwar wie wild inzwischen millionenfach selektiv getestet wird, aber bislang keine randomisierten Stichproben vorliegen. Dies wäre auch notwendig, um die Falschpositivenrate seriös abschätzen zu können. Sie schreiben ja auch von den Antikörper-Studien. Kritiker gehen davon aus, dass wir es z.T. zumind. mit testpandemischen Zahlen zu tun haben. Insbesondere, wenn Sie davon ausgehen, dass die tatsächliche Anzahl der Infizierten heute deutlich geringer ist, dann ist die Aussagekraft der PCR-Tests im Allgemeinen umso mehr anzuzweifeln. Das ist ein Umstand, der in Ihrem Artikel fehlt. Das wiegt v.a. auch deshalb stark, da maßgebliche politische Entscheidungen an dem fragwürdig

zustande gekommenen PCR-Testergebnissen “hängen”…

3. Sie schreiben, dass Covid ein sehr eindeutiges Krankheitsbild habe. Da bin ich anderer Auffassung, insbesondere, wenn es um die Ermittlung der “Covid-Toten” angeht. Hier werden mi einer hohen Dunkelziffer vermutlich auch Personen erfasst, welche v.a. “mit” und nicht zwingend “an” Covid gestorben sind. Schätzungen gehen davon aus, dass lediglich 6% der Corona-Toten rein ursächlich am Virus selbst gestorben sind, d.h. ohne vorhandene Vorerkrankungen. Correktiv versucht das Ganze natürlich anders im Sinne der Maßnahmen-Befürworter darzustellen, aber das kennen wir;-) Ihre Grafik zeigt ja die entsprechende Korrelation des absolute Mortalitäts-Risiko mit Alter/Vorerkankungen zudem sehr deutlich…Die Kausalitätsfrage ist eben auch ein entscheidender Faktor für die Begründung des Maßnahmen-Regimes.
4. Sie gehen auf den Unsinn des Lockdowns ein – das ist gut. Hier wäre vielleicht noch wünschenswert gewesen, zu zeigen, dass der Lockdown als Maßnahme an sich praktisch kaum einen gezielten Effekt hatte, wie man i.Ü. im Ländervergleich, aber auch einer aktuellen Studie entnehmen kann, stattdessen aber bereits jetzt gravierende Kollateralschäden.
5. Daran anknüpfend sind auch die jetzigen (geplanten, aber z.T. umgesetzten) Maßnahmen sehr kritisch zu hinterfragen (Maskenpflicht im Freien, Beherbungsverbot, amtliche Denunzationsportale). Wichtiger wäre wahrscheinlich, und das schreiben Sie ja auch, eine gestärkte Rolle der Gesundheitsämter, welche nach dem bestehenden Infektionsschutzgesetz Ausscheider in Quarantäne schickt und hier das Infektionsgeschehen angemessen überwacht – davon ausgehend, dass v.a. symptomatische Personen (d.h. mit realen Erkältungssymptomen) relevant für das (reale!) Infektionsgeschgehen sein dürften siehe auch: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219423/

Vielleicht waren meine Gedanken auch etwas zu viel in einem für einen einzigen Artikel. Ging mir nur durch den Kopf…;-)

Herzliche Grüße,
N. Zinke

Anmerkung Jens Berger: *Lieber Herr Z.,*

schönen Dank für den Leserbrief. Ich bemühe mich, Ihre Fragen und Anregungen aufzugreifen …

1) Sie nehmen eine konstante CFR über den ganzen Zeitraum betrachtet von

> 0,5% an. Das ist aus meiner Sicht zu hinterfragen. Insbesondere, wenn Sie eine viel höhere tatsächliche Durchseuchung im Frühjahr annehmen als heute (trotz der damaligen faktisch viel niedriger liegenden Testungen bzw. Positivenzahl) – was zwar plausibel ist aufgrund der sehr viel höheren Todesrate – dann ist es ja aber auch möglich, dass sich bereits eine gewisse Immunisierung selbst bei den vulnerablen Personen eingestellt hat., welche schwere Verläufe/Todesfälle abmildert/vermeidet.

Diese Möglichkeit besteht theoretisch, würde aber – um wirklich messbar zu sein – eine sehr große „Durchseuchung“ voraussetzen. Die von mir spekulativ genannten zwei Millionen Infizierten beziehen sich auf den gesamten Zeitraum und entsprechen gerade einmal 2,5% der Bevölkerung. Dass da die Immunisierung einen großen Effekt bei der abnehmenden Sterblichkeit haben könnte, halte ich für unwahrscheinlich.

> In der “ersten” Welle hat es vermutlich auch die besonders Schwachen leider tödlich getroffen – das wäre eine interessante, aber aufschlussreiche These, ob dem so war…

Das war sicherlich so. Den gleichen Effekt kennt man bei anderen Krankheiten (Grippe) und Klimaereignissen (v.a. Hitzewellen). Aber auch hier steht die vergleichsweise geringe „Durchseuchung“ m.E. einem nennenswerten Effekt im Weg.

> Ich würde also die Vermutung anstellen, dass bereits eine gewisse Immunisierung in der Bevökerung seit Frühjahr eingesetzt hat (z.B. durch T-Zellen-Immunität, nicht nur Antikörper). Weitere Merkmale, z.B. verbesserte Behandlungsregime, könnten hier ebenfalls die tatsächliche CFR abgesenkt haben im Vergleich zum Frühjahr. Das würde bedeuten, dass Covid im Frühjar “noch” gefährlicher war in unserer Population als heute. Insgesamt scheint Covid aber nicht besonders gefährlich zu sein (so meine eigene Einschätzung). Daher nehme ich eine eher abnehmende CFR an, da in “meinem” Model mögliche wachsende Hintergrund-Immunisierung berücksichtigt ist.

Das ist ein guter und richtiger Gedanke, der jedoch (s.o.) nur dann wirklich messbare Auswirkungen hat, wenn wirklich viele Infektionen stattfinden. Das haben wir zumindest in Deutschland nicht. Selbst die wenigen zeitnahen Antikörperstudien (T-Zellen-Immunität

wurde m.W. nie in einem repräsentativen Umfeld getestet) aus den „Hotspots“ Heinsberg und Kupferzell sind da eher ernüchternd. Ganz anders sieht es freilich in Ländern/Regionen aus, in denen die „erste Welle“ sehr stark war, wie beispielsweise Indien.

> In dieser Überlegung ist v.a. auch berücksichtigt, dass sich Personen erneut anstecken können, aber dann I.d.R. eben einen milderen Verlauf erwarten. Dies sollte insbesondere für die vulnerablen Personen von großer Relevanz sein (= weniger Todesfälle = kleinere CFR). Aber ich bin nicht vom Fach – und vielleicht sind dies auch sachlich unzutreffende Überlegungen. Mögliche Mutationen könnten weitere Gründe sein, warum die CFR vielleicht eben dynamisch zu sehen ist und eher ab- als zunahm.
> Der Aspekt der möglichen “Herden”-Immunisierung ist mir tatsächlich der wichtigste – hier Licht ins Dunkel zu bringen ist auch deshalb geboten, da er der geplanten, aus meiner Sicht skandlösen Massenimpfung mit einem voraussichtlich nicht ausreichend getesteten Impfstoff den Wind aus den Segeln nehmen könnte/sollte.

Selbst mit einer Impfung wird sich diese Frage stellen.

> 2) Um aber wirklich abschätzen zu können, wie hoch die Durchseuchung ist, müssten repräsentative Testung in allen Bevökerungsgruppen randomisiert – und das regelmäßig – durchgeführt werden.

Richtig, aber das ist (noch) nicht möglich. Tests auf T-Zellen-Immunität sind aufwändig und teuer und werden „händisch“ in Labors vorgenommen. Die Kapazitäten geben es nicht her, hier wirklich große randomisierte Testreihen zu starten. Schnelltests und/oder automatisierte Testverfahren á la PCR sind m.W. in der Entwicklung aber noch nicht marktreif.

> Um eine Populationsaussage zu machen, muss mit standardisierten Verfahren gerarbeitet werden (Messinstrumente mit gleichen Standards an repräsentativen, großen, wiederholt erhobenen Stichproben). Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar und m.E. ein politischer Skandal, dass zwar wie wild inzwischen millionenfach selektiv getestet wird, aber bislang keine randomisierten Stichproben vorliegen. Dies wäre auch notwendig, um die

> Falschpositivenrate seriös abschätzen zu können. Sie schreiben ja auch von den Antikörper-Studien. Kritiker gehen davon aus, dass wir es z.T. zumind. mit testpandemischen Zahlen zu tun haben. Insbesondere, wenn Sie davon ausgehen, dass die tatsächliche Anzahl der Infizierten heute deutlich geringer ist, dann ist die Aussagekraft der PCR-Tests im Allgemeinen umso mehr anzuzweifeln.

Warum? Das hat ja nichts mit dem Test als solchen, sondern mit der Auswahl/Durchführung und mehr noch mit der Interpretation dieser Tests zu tun. Diese Tests können bestenfalls das aktuelle Infektionsgeschehen darstellen, sind aber nutzlos, wenn es um die Frage geht, wie viele Menschen vor mehreren Wochen infiziert waren.

> Das ist ein Umstand, der in Ihrem Artikel fehlt. Das wiegt v.a. auch deshalb stark, da maßgebliche politische Entscheidungen an dem fragwürdig zustande gekommenen PCR-Testergebnissen “hängen”…
>
> 3) Sie schreiben, dass Covid ein sehr eindeutiges Krankheitsbild habe. Da bin ich anderer Auffassung, insbesondere, wenn es um die Ermittlung der “Covid-Toten” angeht. Hier werden mi einer hohen Dunkelziffer vermutlich auch Personen erfasst, welche v.a. “mit” und nicht zwingend “an” Covid gestorben sind.

Nun, das ist bei jeder Krankheit so. Es stirbt auch niemand „am Influenzavirus“, sondern meist an Pneumonien. Die meisten Krebspatienten sterben an Multiorganversagen und und und.

> Schätzungen gehen davon aus, dass lediglich 6% der Corona-Toten rein ursächlich am Virus selbst gestorben sind, d.h. ohne vorhandene Vorerkrankungen.

Welche Schätzungen sind das? Die deutschen Pathologen sagen dezidiert etwas anderes: aerzteblatt.de/nachrichten/115799/COVID-19-bei-Mehrzahl-der-Betroffenen-auch-die-Todesursache

> Correktiv versucht das Ganze natürlich anders im Sinne der Maßnahmen-Befürworter darzustellen, aber das kennen wir;-) Ihre Grafik zeigt ja die

> entsprechende Korrelation des absolute Mortalitäts-Risiko mit Alter/Vorerkankungen zudem sehr deutlich…Die Kausalitätsfrage ist eben auch ein entscheidender Faktor für die Begründung des Maßnahmen-Regimes.

Das sind verschiedene Themen. Richtig ist, dass der besondere Schutz der Risikogruppen im Fokus stehen sollte, es aber nicht tut.

> 4) Sie gehen auf den Unsinn des Lockdowns ein – das ist gut. Hier wäre vielleicht noch wünschenswert gewesen, zu zeigen, dass der Lockdown als Maßnahme an sich praktisch kaum einen gezielten Effekt hatte, wie man i.Ü. im Ländervergleich, aber auch einer aktuellen Studie entnehmen kann (aier.org/article/lockdowns-and-mask-mandates-do-not-lead-to-reduced-covid-transmission-rates-or-deaths-new-study-suggests/), stattdessen aber bereits jetzt gravierende Kollateralschäden.

Auch wenn ich der Grundaussage zustimme, habe ich mit solchen Studien immer meine Probleme, da man nicht trennscharf unterscheiden kann, welche Effekte „durch“ den Lockdown eingetreten sind. Sagen wir es mal ein wenig polemisch: Die Bilder aus Bergamo hatten sicher eine größere Wirkung auf das Infektionsgeschehen als der Lockdown, da sich die Menschen auch ohne Vorschriften danach vorsichtiger verhalten haben. Aber das ist ein anderes Thema.

> 5) Daran anknüpfend sind auch die jetzigen (geplanten, aber z.T. umgesetzten) Maßnahmen sehr kritisch zu hinterfragen (Maskenpflicht im Freien, Beherbungsverbot, amtliche Denunzationsportale). Wichtiger wäre wahrscheinlich, und das schreiben Sie ja auch, eine gestärkte Rolle der Gesundheitsämter, welche nach dem bestehenden Infektionsschutzgesetz Ausscheider in Quarantäne schickt und hier das Infektionsgeschehen angemessen überwacht – davon ausgehend, dass v.a. symptomatische Personen (d.h. mit realen Erkältungssymptomen) relevant für das (reale!) Infektionsgeschgehen sein dürften siehe auch: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219423/

Dem stimme ich wiederum vorbehaltlos zu. Zu Ergänzen wäre der (freiwillige) Schutz der Risikogruppen, der immer noch im Verhältnis zu den m.E. unsinnigen Maßnahmen (wie Sie

sie ja aufzählen) eine viel zu kleine Rolle einnimmt.

> Vielleicht waren meine Gedanken auch etwas zu viel in einem für einen einzigen Artikel. Ging mir nur durch den Kopf…;-)

Im Gegenteil. Was die Immunität angeht, bin ich jedoch anderer Meinung. Aber das kann sich ändern, wenn andere Zahlen vorliegen, die auf eine größere Immunität hinweisen, als bislang angenommen. Ich verfolge die Studien da sehr aufmerksam und werde sicher auf den NachDenkSeiten nachlegen, wenn es da belastbare Zahlen gibt.

Beste Grüße
Jens Berger

---

7. Leserbrief

Liebes Nachdenkseiten-Team,

Gern lese ich Ihre Beiträge und auch die Auswertungen zu Corona sind lesenswert.
Trotzdem halte ich eine Hochrechnung der Infizierten anhand der Todeszahlen für falsch.

Mein Hauptargument ist, dass der ausgeschlossenen Risiken. Also alte Menschen in Altenheimen sind Frühjahr vermehrt gestorben, weil es zunächst keinerlei Schutz gab und auch Menschen, von denen man glaubt, dass sie nicht an Corona leiden, wieder in die Altenheime geschickt wurden. Dort konnte sich dann das Virus aber sehr schnell und ungehemmt verbreiten und die so schon immunschwachen Menschen sind dann auch vermehrt gestorben.
Auch wurden in Italien und New York leichtere Corona-Fälle dezidiert in Altenheimen untergebracht, da man keine anderen Möglichkeiten der Versorgung hatte bzw. wahrnehmen wollte.

Eine verbesserte Therapie erhöht die Überlebenschancen. Man ist jetzt nicht mehr der Meinung, dass so schnell wie möglich beamtet werden soll, da die Beatmung über längere Zeit selbst ein erhöhtes Lebensrisiko darstellt.

Die Infektionszahlen werden künstlich hoch gehalten, weil man gar nicht weiss wieviele falsch positive Fälle es gibt. Solange die Durchseuchungsrate sehr gering ist, ist die Anzahl

der falsch positiven Befunde keinesfalls zu unterschätzen. Nur leider gibt es keine Methode den Test an sich noch einmal zu überprüfen.

Trotzdem denke ich, dass die Tendenz, dass im Frühjahr wesentlich mehr Menschen an Corona (und mit Corona) gestorben sind stimmt, Corona aber trotzdem nicht das Todesvirus ist.

Mit freundlichen Grüßen
S. Bernstein

Die Zugriffe bei den NachDenkSeiten wachsen. Die Arbeit wächst. Und auch der Aufwand. Wir bitten (auch) unsere neuen Leserinnen und Leser um Unterstützung. Das geht so …

---

8. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger

zu Ihrem Artikel einige Anmerkungen meinerseits.

Nach den vielen Ungereimtheiten bezüglich der „Handelnden“ seit Beginn der „Corona-Kriese“ frage ich mich oft, was hier abläuft.

Immer wieder fällt mir auf, wie mit Zahlen jongliert wird. Offensichtlich passt gegenwärtig die Anzahl der Toten nicht mit der der positiv Getesteten zusammen.

Gerade zum Zeitpunkt an dem weitere Verschärfungen der Corona-Maßnahmen den Gläubigen übergeholfen werden sollten, gab es plötzlich eine Tagesrate von über 40 Toten. Dass die Zahl manipuliert wurde, konnte man an folgenden Tagen in den Listen nachvollziehen. Still und heimlich wurde die Anzahl der Toten in den Listen des RKI wieder nach unten korrigiert.
So z.B. geschehen vom 18.10.2020 zum 19.10.2020 für das Land Brandenburg (von 179 auf 172). Man kann also unterstellen, dass die hohe Anzahl bewusst falsch dargestellt wurde! Verwunderlich ist auch, wenn man sich die täglichen aktuellen Listen des RKI ansieht. In

der Reihenfolge der Liste, werden die einzelnen Länder untereinander ständig hin und hergeschoben. Eine sinnvolle nachvollziehbar Darstellung sieht anders aus. Ob man das nicht kann oder nicht will, darüber kann sich Jeder selbst einen Reim machen.

Weiter noch ein paar Zahlen:
In der Stadt Leipzig sind laut RKI bisher 13 Personen an oder durch Corona gestorben; pikant ist dabei, dass die oder der 13. Tote schon vor 2-3 Monaten gestorben ist und wie Wunder erst kürzlich nach einer Obduktion positiv getestet wurde. Bei ca. 600.000 Einwohner sterben im Jahr ca. 8.500 Personen (1/70tel.) d.h. bisher sind in Leipzig im Jahr 2020 ca. 0,15 % an Corona gestorben; in ganz Sachsen sind es bisher ca. 0,5 %.
Woran sind die anderen 99,5 % gestorben? Sicher nicht an Altersschwäche. Welche Ursachen oder Krankheiten sind es neben Unfällen dann? Vielleicht sterben sie an Krankenhauskeimen, Sepsis, falscher Behandlung, schädlichen Medikamenten (rote Handbriefe)?
Warum sorgen sich nicht auch hier unsere „fürsorglichen Regierenden“? Vielleicht weil sie selbst nicht mehr so viel zu sagen haben; an ihren Pfründen hängen?

Warum gibt es so Viele, die nicht hinterfragen und alles glauben?
Meine Antwort dazu: – man hat es nicht gelernt logisch zu denken, vielen fällt es vielleicht auch schwer; -es ist einfacher immer der vorgebenden Meinung hinterherzulaufen, dann eckt man nicht an und kommt auch in der Karriere weiter, für Wahlen habe ich den Wahl-O-Mat der sagt mir welche Partei ich wähle, – mir geht es gut (zu gut), werde gut bezahlt, habe eine gute Rente, mit der Regierung bin ich deshalb zufrieden, jede Änderung ist eine Gefahr für mich; -die mediale Berieselung, Meinungsbeeinflussung und Verdummung hat ihren Zweck erfüllt, eine entsprechende notwendige Nachsteuerung um das Volk gefügig zu machen, erfolgt ja ständig.

Übrigens kann man Meinungen in den Medien einfach manipulieren. Für Geld machen Trolle gedankenlos alles; sie sind ja anonym. Auch einen Shitstorm kann man so inszenieren. Deshalb würde ich mir nach einer solchen Veranstaltung weniger Gedanken machen, ob dies wirklich die überwiegende Meinung ist.

Danke, dass es die NDS gibt, so komme ich über den Tag und weiß auch so von den vielen denkenden Gleichgesinnten.

Viele Grüße I. R.

9. Leserbrief

Liebes NDS-Team,

der heutige Artikel von Jens Berger “Covid-19-Daten” verdeutlicht wieder einmal, wie guter, neutraler und relativierender Journalismus aussehen müsste.
Vielen Dank für die gute Recherche, die sehr wahrscheinlich von den Medien gemieden wird…

Daher wäre ich für einen Aufruf zur Werbung für NDS, indem die Leser gebeten werden, diesen Artikel, oder einen anderen, mehrmals auszudrucken und in der Bahn liegen zu lassen. Diese Art der Werbung dürfte einen guten Erfolg haben!

Trotz der Zustimmung habe ich ein paar Fragen und Anregungen, um das Thema weiter zu analysieren:

- Wie sah die Krankenhaussituation während der Grippe 2017/2018 genauer aus?
- Wie sah diese in Italien, Frankreich und Spanien aus?
- Wie waren die Todeszahlen in Italien, Frankreich und Spanien in 2017/2018?

In den letzten 10 Jahren habe ich alle ihre Hinweise des Tages und viele weitere Artikel gelesen und bin weiterhin überzeugt, dass ich bei Ihnen bestens informiert werde und alle anderen Medien deutlich kritischer sehe.

Vielen Dank dafür.

Meine jährliche Spende ist super investiert!
Ihr A. Z.

Anmerkung Jens Berger: *Lieber A.Z.,*

Schönen Dank für den netten Leserbrief. Auf Ihre konkreten Fragen habe ich jedoch keine wirklich ausreichenden Antworten …

– Wie sah die Krankenhaussituation während der Grippe 2017/2018 genauer aus?

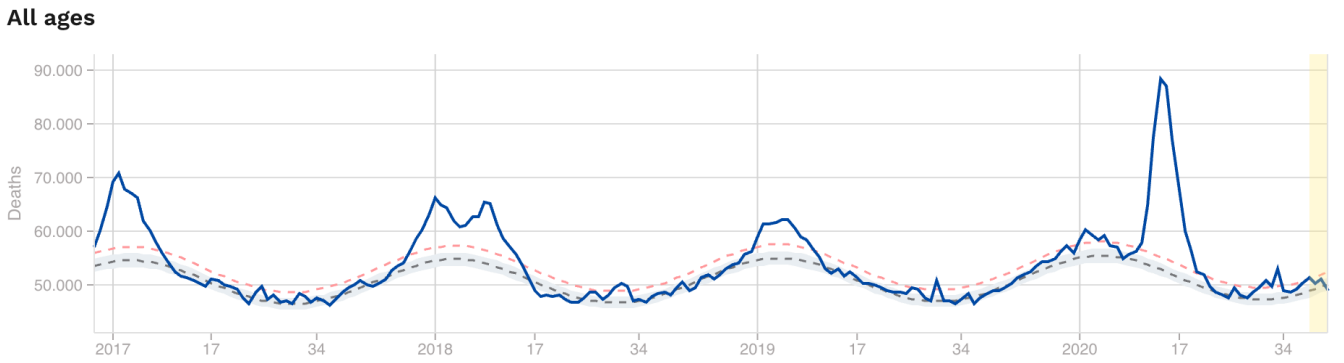
Ob es da eine zentrale Statistik gibt, kann ich Ihnen nicht einmal sagen. Fest steht, dass die Gesamtauslastung in den Krankenhäusern während der Grippewelle „angespannt“ war und regional sogar ein Aufnahmestopp verhängt werden musste – sowohl für die Akut- als auch für die Intensivmedizin. Damals wurde jedoch auch und vor allem die Personalknappheit in diesem Kontext thematisiert – zumal offenbar das ohnehin schon ausgedünnte Personal sich häufig selbst mit der Grippe infizierte und ausfiel.

– Wie sah diese in Italien, Frankreich und Spanien aus?

Vor allem Italien (und hier besonders der Norden) weist generell im Winter eine deutliche Übersterblichkeit aus, da hier die Krankenhauskapazitäten und der Altersdurchschnitt sehr problematisch sind.

– Wie waren die Todeszahlen in Italien, Frankreich und Spanien in 2017/2018?

Hier verweise ich am besten auf die Übersterblichkeitsstatistik von Euromomo, die die gesamte EU (inkl. UK aber ohne Deutschland) umfasst. Wie Sie sehen, gab es im Winter 17/18 eine europaweite Übersterblichkeit, die sich jedoch (anders als im Frühjahr 2020 bei Corona) über die gesamte Wintersaison verteilt hat.



beste Grüße
Jens Berger

---

10. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

vorneweg erstmal herzlichen Dank für ihre fundierten und sachlichen Analysen, die mir immer wieder helfen Themen auch von anderer Warte aus zu sehen.

Ich möchte gerne zu ihrer Analyse folgenden Aspekt beisteuern, der aus meiner Sicht vernachlässigt wird, nichtsdestotrotz aber eine sehr große Auswirkung auf die Covid-19 Zahlen des PCR-Tests hat.

Bei jedem Test auf biologische Erreger werden zwei statistische Kenngrößen ermittelt, hierzu gibt es ein sehr gutes Video von Professor Dr. Haditsch, in dem das Einmaleins der Test-Statistik erklärt wird (youtube.com/watch?v=blcESfa0V1w).

1. Sensitivität des Testes

Diese Kenngröße gibt an mit welcher Empfindlichkeit das Gesuchte gefunden wird, im Falle von Covid-19 wie zuverlässig der Erreger in den Proben erkannt wird. Wenn in einer Testmenge von 1000 Personen 10 Probanden infiziert sind, würden diese 10 Personen bei 100% Sensitivität alle erkannt werden.

2. Spezifität des Testes

Diese Kenngröße gibt an, mit welcher Genauigkeit der Test nur das erkennt, wonach gesucht wird oder anders herum gesagt, wieviele falsch-positive Ergebnisse werden gefunden. Diese Kenngröße hat die größere Auswirkung auf die Anzahl der positiv Getesteten.

Bei einer Spezifität von 99% wird 1% falsch positive Ergebnisse gefunden, was nicht dramatisch klingt, aber abhängig von den Rahmenbedingungen (Wieviele Infizierte sind in der Testmenge?) ziemlich ins Gewicht geht.

Zum Beispiel werden aktuell über eine Million Test pro Woche durchgeführt. Bei einer Durchseuchung (Anzahl Covid-19 Infizierter in der Testmenge) von 1% würden demgemäß bei einer Sensitivität von 100% bei 1 Million Tests 10000 positive Ergebnisse für das Kriterium Sensitivität gefunden. Allerdings würden bei einer Spezifität von 99% eben auch dieses 1 % an falsch positiven Ergebnisse erzeugt. Dann hat man 10000 wirklich Infizierte und 10000 Falsch-Positive, oder anders gesagt, jeder 2 positive Test ist falsch. Je geringer die Durchseuchung, desto höher wird der Anteil der Falsch-Positiven und ein Prozentwert von <= 1% wird aktuell von den Epidemiologen als realistisch angesehen. Im Zeitraum März / April war der Durchseuchungsgrad bei den Getesteten sicherlich höher, da man nur

Menschen mit Symptomen getestet hat. Von den wirklich 10000 Infizierten sind dann zudem vermutlich noch 85-90 % symptomlos und vermutlich nicht ansteckend, dh. es würden 1000 Menschen wirklich infiziert, dh. krank sein und davon würde wieder ein guter Teil hospitalisiert werden. Aktuell (Stand 19.10.20) sind laut Intensivregister 851 Personen mit Covid-19 in intensivmedizinischer Behandlung. Diese Zahlen hören sich doch irgendwie weniger bedrohlich an. 99% Spezifität ist laut Professor Dr. Haditsch ein extrem guter Wert, der vermutlich in der Praxis nicht erreicht wird. Jetzt veröffentlicht das RKI aber immer die Zahlen aller positiv Getesteten, dh. die Zahl wird weder bereinigt um die falsch-positiven Ergebnisse noch um die Zahl der mehrfach Getesteten nach einer Quarantäne. Allein daran erkennt man, dass die Zahl der positiv Getesteten eigentlich nur als begleitende Kenngröße betrachtet werden dürfte. Letztendlich entscheidend sollte die Kapazität des Gesundheitswesen sein und das heißt, wieviele Betten für intensivmedizinische Betreuung stehen zur Verfügung. Deutschland war hier zu keiner Zeit auch nur annähernd am Limit. Jetzt stellt sich die Frage, warum die handelnden Personen in Politik bzw. das RKI diese Zusammenhänge nicht sehen. Nicht-Wissen scheidet meiner Meinung nach aus, eine andere Erklärung wäre, dass sie sich verrannt haben und sich nicht trauen zurück zu rudern. Das könnte sein, weil man aktuell alle Karten auf den Impfstoff setzt. Man könnte dann nachdem ein gewisser Prozentsatz der Bevölkerung geimpft ist elegant die Maßnahmen zurücknehmen und sagen der Impfstoff war die Lösung, falls er nicht zuviele Kollateralschäden anrichtet. Dann wäre noch die Möglichkeit der Absicht, was ich vor ein paar Monaten noch sehr bezweifelt hätte, aber mittlererweile würde ich das nicht mehr ausschließen. Wenn man sich verschiedene aktuell publizierte Erklärungstheorien für das aktuelle Handeln der Politik (in den Leitmedien auch "Verschwörungstheorien" genannt) ansieht:

- Event 201 von Paul Schreyer
- Weltwirtschaftstreffen Davos 2020 – The Great Reset
- Die Einschätzungen von Ernst Wolff bzgl. Finanzkrise
- …

dann kommt man doch ins Zweifeln.

Herzliche Grüße
Martin Stengel

Anmerkung Jens Berger: *Sehr geehrter Herr Stengel,*

schönen Dank für Ihren Leserbrief. Inhaltlich muss ich Ihnen jedoch zum Teil widersprechen. Auf das Problem der Spezifität sind wir ja bereits im Juni eingegangen: nachdenkseiten.de/?p=61836

Ich bin jedoch sehr vorsichtig, hier konkrete Zahlen zu nennen und in die Daten des RKI einfließen zu lassen. Warum? Falsch positive Ergebnisse sind zwar technisch bedingt, lassen sich aber durch eine korrekte Durchführung der Tests (Bestätigungstests auf anderen Gensequenzen und/oder mit anderen Testkits) auf so gut wie null minimieren. Anders ließe sich auch nicht erklären, warum vor allem im Sommer regional nahezu alle Tests negativ ausfielen. In Mecklenburg-Vorpommern wurden z.B. im Juni 61.498 Tests vorgenommen, von denen nur 50 positiv ausfielen – das ist eine Positivquote von 0,08%. Somit kann die rechnerisch höchste FRP ja auch nur bei 0,08% liegen und dann wären wirklich alle dieses Tests falsch, was ja auch kaum anzunehmen ist. In Neuseeland gab es sogar über viele Wochen trotz großer Testanstrengungen keinen einzigen positiven Fall. Mir scheint also, dass das Problem FPR zwar theoretisch relevant ist, sich in der Praxis aber kaum als relevant darstellt. Zumindest empirisch kann ich dafür keinen Hinweis sehen.

Beste Grüße
Jens Berger

---

11. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

zu Ihrem o.g. Artikel möchte ich anmerken, dass der Unterschied zwischen CFR und IFR nicht darin besteht, dass bei der IFR die “Dunkelziffer” mit erfasst wird – das wäre kaum möglich, sondern darin, dass die IFR, anders als die CFR, auch asymptomatisch Infizierte einschließt.

Anders gesagt enthält die IFR auch alle jene PCR-Positiven, die keine Krankheitssymptome ausbilden, während die CFR ausschließlich wirklich Erkrankte (mit Krankheitssymptomen) erfasst. Bekanntlich bleibt ein sehr großer Teil der PCR-Positiven asymptomatisch, weshalb die IFR dramatisch niedriger als die CFR liegt (nach dem neuesten WHO-Bulletin beträgt sie weltweit durchschnittlich 0,23% und in Deutschland eher nahe 0,09% aber höchstens 0,2% – für unter 70jährige weltweit nicht mehr als 0,05% und ist damit, was Deutschland betrifft,

im Bereich einer milden! Grippesaison). Hier ist zu berücksichtigen, dass in der Studie alle gemeldeten “Coronatoten” auch als solche gezählt wurden, ohne auf Falschdeklarationen (siehe unten!) abzustellen. Mit bereinigten Verstorbenenzahlen würden sich noch viel geringere Werte ergeben (natürlich dann auch für die CFR).

Trotzdem haben Sie insofern recht, dass die Werte vom Frühjahr nicht mit denen vom Herbst vergleichbar sind. Denn im Frühjahr wurden vor allem symptomatische Fälle getestet, die Prävalenz lag also viel höher als jetzt, und deshalb liegen die Zahlen von März/April zwangsläufig näher an der CFR (mit 9% Testpositiven allerdings auch nicht sehr nahe) als an der IFR.

Was jetzt bei der wilden Massentesterei ohne Voraussetzungen wie Krankheitssymptome ermittelt wird, liegt hingegen näher an der IFR, weil eben auch viel mehr asymptomatische Fälle dabei sind (Positivrate lange um 1%, inzwischen etwas mehr, aber längst keine 9%).

Insgesamt stellt die aktuelle Teststrategie viel mehr auf die IFR als auf die CFR ab, weshalb man – wie es auch die WHO tut – die IFR betrachten sollte. Sie beschreibt zudem viel besser das gesamtgesellschaftliche Risiko. Die CFR ist eher als Maß für den medizinischen Behandlungserfolg interessant, weniger für das Risiko, aufgrund einer Infektion zu versterben (weil diese eben sehr oft völlig folgenlos bleibt und nicht einmal zur Krankheit führt).

Daneben gibt es noch einige weitergehende Erklärungsansätze für die relativ hohe Anzahl von “Coronatoten” im Frühjahr. Dazu gehören recht krasse Fehlbehandlungen, z.B. Verwendung falscher Medikamente (wie HQC) in Überdosierungen und zu frühe, zu intensive und zu langanhaltende Intubation, weil das medizinische Personal Angst vor eigener Ansteckung hatte (besonders in Italien, Spanien und den USA). Bis heute unbefriedigend ist die Erfassung von “Coronatoten”. Diese hatten in Italien durchschnittlich 3, in den USA immer noch 2,6 potenziell tödliche Vorerkrankungen, wurden aber stets als “Coronatote” gezählt. In den USA sind laut CDC lediglich 9000 von 200000 Menschen an Corona gestorben, die keine Vorerkrankungen hatten. Das Verhältnis dürfte in Deutschland nicht viel anders sein. In Großbritannien wurde jeder als “Coronatoter” gezählt, der irgendwann einmal positiv getestet wurde, unabhängig davon, ob die Infektion bzw. Krankheit zum Todeszeitpunkt überhaupt noch bestand. Die Behörden korrigieren die Zahlen gerade nach unten. Auch die Abgrenzung zur saisonalen Grippe, die die gleichen Symptome wie Covid-19 hat und mit dem Beginn von “Corona” in den Statistiken plötzlich auf null fiel, dürfte ungenügend gewesen sein. Man darf annehmen, dass viele “Coronatote” im Frühjahr eigentlich Grippetote waren, und genau dieses Szenario entsteht gerade (passend zur Jahreszeit) neu. Denn natürlich besiedeln sowohl Corona- als auch Grippeviren

ihre Opfer, man darf annehmen, dass in vielen Fällen beide gleichzeitig vorhanden sind. Intensiv gesucht wird aber ausschließlich nach Corona. So dürften erneut Grippetote zu “Coronatoten” werden (Grippeviren wurden von der AG Influenza des RKI das Jahr über um den Faktor 100 häufiger gefunden als SARS-CoV-2!).

Warum schreibe ich Ihnen das alles? Indem Sie auf die CFR und nicht auf die viel besser passende IFR abstellen, bedienen Sie leider die Reflexe der Coronapaniker, denn Quoten von 0,5 oder 0,6% aller Infizierten wären erschreckend hoch, sie sind aber deutlich geringer, denn das Risiko, nach einer Infektion zu erkranken und zu versterben, liegt – wie oben gezeigt – viel, viel niedriger. Und das sollte nun endlich auch einmal so vermittelt werden, damit die unangebrachte Panik irgendwann ein Ende hat.

Freundliche Grüße,
Dr. H. Demanowski

---

12. Leserbrief

Hallo Jens Berger,

danke für den Artikel. Dazu ein paar Überlegungen.
Vorweg: ich bin Programmierer und kein Mediziner, daher nicht fachliche Expertise, sondern nur logische Überlegung mit angelesenem Wissen.

An Covid-19 sterben hauptsächlich alte Menschen – oft jenseits der statistischen Lebenserwartung – mit multiplen Vorerkrankungen.
SARS-CoV-2 war da nur der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte.
Einen (Groß)-Teil von denen hätte vermutlich auch eine mittelprächtige Influenza dahingerafft.

Mittlerweise weiss man auch, dass Anfangs oft falsch medikamentiert und schädlicherweise intubiert wurde.

Am Beginn des Jahres ist die Sterblichkeit immer höher.
Lt. statistischem Bundesamt in ca. KW 10, also Anfang März.
destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html

Egal, was die genaue Todesursache war, egal, ob an oder mit Corona:

diejenigen, die im März gestorben sind, können im Juni nicht nochmal sterben.

Ergo geht die Kurve zunächst mal nach unten, um dann in der Hitzeperiode (Dehydrierung, Kreislaufkollaps) wieder leicht anzusteigen.
In der warmen Jahreszeit spielt die Virusbelastung eher keine so grosse Rolle.

Jetzt sind wir auf dem Weg in die nächste Grippe-Saison; haben wir jedes Jahr.
Ausserdem ist mittlerweile eine neue Kohorte in die Risikogruppe hineingewachsen.
Dass da die Sterblichkeit wieder leicht zunimmt, finde ich rational erklärbar und keinen Grund zur Panik.

Just my two cents.

Mit freundlichen Grüßen
Gero Klemm

---

13. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

ich danke Ihnen vielmals für Ihre unermüdliche Aufklärungsarbeit in Bezug auf die Covid-19 Daten!

Ihre Beiträge ermöglichen es mir, das Thema immer wieder zu reflektieren und meine eigene Meinung in Frage zu stellen. Dies macht mir besonders viel Freude, da ich beruflich in der klinischen Forschung und dort genauer im Risikomanagement und zentralem Monitoring von Studiendaten tätig bin. Letzteres hat viel mit – Sie ahnen es schon – Statistik zu tun.

Durch eine eher untypische Kombination aus Pharmazie & Public Health Studium bin ich heute mehr denn je der Meinung, dass gerade die (Un-)Fähigkeit, Gesundheit von verschiedenen Standpunkten aus zu betrachten und auch mal grundlegende Dinge der eigenen Sicht in Frage zu stellen, das ist was unsere Gesellschaft so spaltet.

Oben genannte Fähigkeit demonstrieren Sie sehr schön in Ihrem jüngsten Beitrag: Wenn die einzelnen Sachverhalte nicht so richtig zusammenpassen, auch mal die Grundannahme in Frage stellen (Verlässliche Neuinfektionszahlen im Frühjahr). Zu der Zeit im März hatte ich auch schon Bekannten und Freunden gesagt, sie sollen sich nicht so sehr an der Zahl

der Neuinfektionen aufhängen: “Man kann eine Pandemie unmöglich live tracken”. Da waren einfach zu viele unbekannte Variablen im Spiel, weshalb ich auch wie die Mehrheit anfangs bei allen Maßnahmen mitgemacht und ihnen auch Sinnhaftigkeit beigemessen habe.

Nun ist die Lage im Herbst 2020 eine andere als im Frühjahr und viele Menschen wollen ihre bequeme Couch, dick gepolsteret durch die ständige Wiederholung einseitiger Nachrichtenmeldungen, nicht mehr räumen. Zudem hat die Politik in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft es auch immer noch nicht geschafft, sinnvolle Indikatoren für die sog. Corona-Maßnahmen zu definieren. Dies ärgert mich besonders, da es Teil meiner Anstellung ist VOR Studienbeginn alle nötigen, sinnvollen und verfügbaren Parameter in Indikatoren zu verbauen um während der Durchführung der Studien echte Notlagen früh erkennen zu können, aber auch um nicht die ganze Zeit in einem Sumpf an falsch-positiven Signalen stochern zu müssen (wie es jetzt mit Corona und der beginnenden allgemeinen Grippesaison der Fall ist). Mehrere Monate Vorlaufzeit inklusive eines nahezu ereignislosen Sommers hätten für unsere zahlreichen Experten und Politiker ausreichend sein müssen dies zu bewerkstelligen. Eine Schande!

Vielen Dank für die stets gut recherchierten und besonnenen Beiträge!

Ihr langjähriger Leser
A. B.

---

14. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

mit großem Interesse habe ich Ihren kritischen Bericht „Covid-19-Daten – Wie viele Infektionen gab es im Frühjahr?“ gelesen. Unter „kritisch“ verstehe ich, dass man verschiedene Kriterien bzw. Kennzahlen verwendet, um von einem Vorgang, hier die Pandemie ein möglichst wirklichkeitsgetreues Abbild zu erhalten. Der Blick nur auf die Infektionszahlen bzw. positive Testergebnisse, wie es von den Medien und der Politik praktiziert wird, ergibt nur eine stark eingeschränkte Betrachtungsweise. Um eine Übersicht über die Ausbreitung des Virus zu erhalten, müssen repräsentative Probenahmen durchgeführt werden, was in der Produktionsüberwachung, der analytischen Chemie, bei Wahlbefragungen u.a. tiefstes Basiswissen ist. Dies ist von mehreren Seiten immer gefordert worden. Der Virologe Streeck hat dies in seiner Heinsbergstudie exemplarisch

vorgeführt. Er hat sie auch schnell publiziert, um einen ersten Überblick über das Geschehen zu erhalten. Seine orientierende Hochrechnung über die Durchseuchung im Frühjahr stimmt erstaunlich gut mit Ihren Zahlen von ca. 2 Millionen überein. Er hat auch die Letalitätsrate abgeschätzt, die deutlich niedriger lag als die von der WHO publizierte Zahl und für eine Risikoabschätzung besser geeignet ist. Für diese frühe Veröffentlichung wurde er von den Leitmedien stark kritisiert. Von der Querschnittstudie in München sind bis jetzt keine Ergebnisse veröffentlicht worden, wahrscheinlich um nicht angreifbar zu sein. Aber zu späte Ergebnisse nützen nichts. Bei Chemieunfällen arbeitet z.B. die Feuerwehr auch mit Vortests, um erste orientierende Hinweise in einer unsicheren Situation zu erhalten. Im Frühjahr ist mir das Buch „Rationale Entscheidungen unter Unsicherheit“ von B. Fleischer et al. (Hrsg), erschienen 2019, aufgefallen. Dort beschreibt der Chefarzt Prof. Dr. Ansgar W. Lohse vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, fast schon prophetisch die Mängel in Deutschland bei einer Epidemie (s. dort S. 54 ff): „…Im Falle eines Ausbruchs muss das RKI in Abhängigkeit des Krankheitsbildes einen ad hoc Expertenrat berufen, der neben Mikrobiologen, Hygienikern und Epidemiologen auch Kliniker, Krankenhausmanager und Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft beteiligt. Um dafür ausreichend Expertise zu haben, müssen mehr Infektiologen ausgebildet und vorgehalten werden. …Wir bezahlen ja auch die Feuerwehr nicht nach der Zahl und Größe der Brände, die sie kämpft …“.
Ich glaube, dass durch so eine Kommission die Meinungsführerschaft nicht mehr bei den sogenannten Qualitätsmedien und bei den Politikern liegen würde, die wie oben geschildert nur eine sehr einseitige Sicht auf das Geschehen haben.

Mit freundlichen Grüßen
Josef Ippisch

---

15. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

vielen Dank für Ihren informativen Artikel. Eine Sache allerdings möchte ich bemängeln:

Sie schreiben anfangs: “Während die Zahl der Todesopfer aufgrund der einschlägigen Symptome vergleichsweise geringe Fehler aufweisen dürfte…” Der Sinn dieser Aussage erschließt sich mir nicht. Meinen Sie mit “Todesopfer” die offizielle Zahl der sog. “Coronatoten”? Ihnen sollte doch bekannt sein, dass eben diese Zahl sehr umstritten ist; man behilft sich deshalb i.d.R. mit der Aussage: “…an bzw. mit Corona gestorben…” Wir

wissen es halt nicht! Weiterhelfen könnte eine Betrachtung der Übersterblichkeit. Eine solche ist bisher nicht festgestellt worden; selbst wenn sie vorliegen würde, könnten natürlich auch andere Faktoren die Ursache sein. Warum übernehmen Sie ungeprüfte Zahlen? Gerade das Hantieren mit haltlosen Todeszahlen hat ja im Frühjahr sehr dazu beigetragen, diese allgemeine Panikstimmung zu schüren, die bis heute nachwirkt. Könnte es sein, dass ich etwas falsch verstanden habe?

Freundliche Grüße
Thomas Wendt

---

16. Leserbrief

Liebes NDS Team,

Ich lese und schaetze die NDS als taegliche Nachrichten/Meinungsquelle. Mir faellt jedoch auf, dass ihr euch beim Hinterfragen und Kritisieren zunehmend selbst vergesst.

Aktuelles Beispiel sind eure Artikel zum Thema Covid-19:
nachdenkseiten.de/?p=65980

> “Wenn man sich die Daten genauer anschaut und daraus die richtigen Schlüsse zieht, relativiert sich das Bild und die Frage nach einem zweiten Lockdown wirkt auf einmal deplatziert.”

Hier wird eine Wahrheit postuliert die Herr Berger in den Daten gefunden hat und dann die schon mehrfach vorgetragene eigene Meinung untermauert.

Und wie genial – mit Gleichsetzung der Sterberate einfach die Dunkelziffer aus dem Fruehjahr zu errechnen. Da hat bei den Epidemiologen und Statistikern sicher noch keiner daran gedacht. Weil das so genial ist muss man diesen Ansatz auch mit niemandem abgleichen sondern kann einfach irgendwas in die Welt setzen.

Bei anderen Medien haettet ihr sowas als Meinungsmache oder Neudeutsch Fake News tituliert.

Was waere denn, wenn die Sterblichkeit nicht identisch zum Fruehjahr ist? Jedes Zehntel %

hat bei dieser Rechnung einen Hebel von 10.000 Infizierten! Vielleicht hat man in der Erkennung und Pflege inzwischen etwas mehr Erfahrung mit Symptomen und Verlauf gesammelt? Vielleicht sind wegen Schulbetrieb jetzt auch einfach viel mehr junge Leute und halbwegs gesunde Eltern infiziert?

Ganz toll auch die Hochrechnung auf andere Laender. Als ob die Versorgungsleistung zum Hoehepunkt der Krise in Italien mit der in Deutschland vergleichbar waere.

Und warum wird fuer den Vergleich mit der Grippewelle 2017/18 nicht dieser Artikel aus der selben Zeitung herangezogen:

aerzteblatt.de/nachrichten/106327/Aerzte-wollen-gegen-niedrige-Influenza-Impfquote-vorgehen

Da waren wohl doch nicht alle so happy mit der Grippewelle. Selbst in dem von Herrn Berger verlinkten Artikel wird gesagt, dass die Impfung vom RKI als die wichtigste Schutzmassnahme empfohlen wird. Das sollte doch zu denken geben. Denn bei COVID19 gibt es keine Impfung und daher keine andere Moeglichkeit, Risikogruppen zu schuetzen. Und nur um diese geht es, nur dies kann so weitreichende Massnahmen rechtfertigen.

Wir haben mit unseren relativ strikten, aber noch weit von einem echten Lockdown entfernten Massnahmen jetzt fast 10.000 Tote in Deutschland. Bei aller Kritik an Regierung und Medien muss man doch anerkennen, dass die meisten anderen Laender weit weniger gut davon gekommen sind. Und bei aller Heuchelei und Relativierung sollten wir doch versuchen, tausende Tote nicht als irrelevanten Kollateralschaden abzutun?

Ich glaube nicht dass es der Mangel an Diskussion ist, der diese krassen Meinungsunterschiede erzeugt. Es ist aus meiner Sicht ein Resultat der Aufmerksamkeitsoekonomie, der heute nicht nur die Privatperson auf Twitter unterliegt sondern auch jeder Kollumnenschreiber und Journalist. Gerade an Covid-19 ist gut zu erkennen wie auf einmal jeder Furz zu einem Experten fuer Infektionskrankheiten geworden ist und aus dem ff ueber Strategien zur Pandemiebekaempfung diskutieren kann.

Viele Gruesse,
Steffen Schulz

---

17. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger. Ich verstehe ehrlich gesagt nicht was sie uns mit ihrem Diskussionsbeitrag über statistische Zahlen konkret sagen wollen, denn eines widerlegen diese Zahlen jedenfalls nicht, lässt man den Dingen ihren freien Lauf steigen die Infektionszahlen bei diesem Virus innerhalb kürzester Zeit so rasant an, das es unabhängig von Zustand des landesspezifischen Gesundheitswesens und der prozentual geringen Zahl schwerer Verläufe nur eine Frage des Zeitpunktes ist wann das jeweilige Gesundheitssystem an seine Belastungsgrenzen kommt. Die Theorie das man die Alten erfolgreich isolieren und danach auf eine Durchseuchung setzen kann darf man, sofern man auch einmal über Deutschlands Grenzen hinaus blickt inzwischen als klar widerlegt betrachten.

Es bringt niemanden in der Sache weiter wenn Nichtfachleute die statistischen Methoden von Fachleuten beurteilen denn es ist natürlich eine Binsenweisheit das die aktuellen Zahlen nicht stimmen können, nur braucht man eben rein technisch irgendeinen Trigger um bestimmte Maßnahmen auslösen zu können. Dieser könnte sich natürlich auch an der Zahl der freien Intensiv Kapazitäten in den Landkreisen anlehnen, was den angenehmen Nebeneffekt hätte das jedermann sofort sähe was Einsparungen im Gesundheitswesen für Schäden in einer Volkswirtschaft anrichten können. Man kann auch hinterfragen warum wir 9 Mrd. Steuergelder für die Lufthansa, die nun trotzdem fleißig Stellen streicht übrig hatten, aber offenbar kein Geld für Trennwende in den Klassenzimmern und nun den Kinder zumuten ihren Unterricht mit Schutzmaske zu absolvieren. Das sind natürlich berechtigte Fragen, aber bei denen die sich hinter statistischen Zahlenspielen verstecken ohne gleichzeitig zu sagen was sie denn wirklich wollen habe ich ehrlich gesagt den Verdacht das es denen ehr um bornierte Denkmuster geht, insbesondere wenn man selbst nicht in der Risikogruppe sieht aber sich solidarisch verhalten soll. Es gab leider noch nie eine Pandemie ohne Verlierer und auch mir tut es um die Gastwirte und Discotheken Besitzer leid nur ein Viris kann man eben nicht einfach ausladen.

Ihr Beitrag bestärkt aus meiner Sicht leider wieder einmal all diejenigen die einfach so weiter machen wollen wie vor der Pandemie, er fördert bornierte Denkmuster und trägt zu einer weiteren Verhärtung der Positionen von Risikogruppen und den kaum Betroffenen. Da hätte ich mir gerade von den Nachdenkseiten ehrlich gesagt ehr Beiträge die zur Deeskalation in diesem Interessenkonflikt beitragen gewünscht.

Siegfried Thomas

---

18. Leserbrief

Lieber Herr Berger,

vielen Dank für Ihren Artikel über die Corona-Infektionszahlen!
nachdenkseiten.de/?p=65980

Dazu noch Anmerkungen aus Statistik-Sicht:

1. Von Dezember bis März wurde die Corona-Krankheit heruntergespielt und keine Infektionszahlen gemessen.

Daher ist in der Statistik nicht ersichtlich, ob es vorher Infektionen gab und wie die Ansteckung verlaufen ist.

Da der Anteil der Positiv getesteten von Anfang an relativ hoch war (um 5%, dann bis ca. 11%) ist es sehr wahrscheinlich, dass die Infektionswelle bereits seit Dezember lief. Zudem wurde Covid-19 z.B. in einer Abwasserprobe von Paris aus November 2019 nachgewiesen, ob die Welle also im Dezember angefangen hat, ist unklar, evtl. Ging es schon vorher los.

Es sieht also so aus, als ob schon mindestens seit Dezember Ansteckungen stattfanden und sich bis März unentdeckt aufbauten, erst da aber in die „Fallzahlen“ eingingen.

2. Der R-Wert ergibt sich aus der Steigerung der Positiv-Testungen. Da im März die Anzahl der Tests von nahe Null massiv nach oben gefahren wurde und der prozentuale Anteil der Positiv-Testungen bereits hoch war, resultiert der R-Wert von maximal 3 nur aus der ansteigenden Testanzahl. In Wirklichkeit dürfte er also eher bei im Maximum knapp über 1 gelegen haben. Als dann die Bevölkerung gebeten wurde, Hygieneregeln einzuhalten und von großen Veranstaltungen Abstand zu nehmen, ging sehr schnell die Ansteckungsrate R unter Null. Trotz mehr Testungen. Und vor staatlichen Zwangsmaßnahmen. Und es gab zu keinem Zeitpunkt einen „exponentiellen Anstieg“.

3. Die Ansteckungsrate von Covid-19 scheint also zumindest in Deutschland extrem gering zu sein. Bei Masern liegt R bei 12-18, bei Grippe bei 1,0 .. 3,4. RTL

4. Es gibt eine Studie die sagt, dass C19 nicht durch Aerosole übertragen wird. Dies sei auch durch den niedrigen R-Wert offensichtlich.

aerzteblatt.de/nachrichten/114701/SARS-CoV-2-Evidenz-spricht-gegen-Ansteckung-ueber-die-Luft

Insofern wird Maskenpflicht, Raumlüftung usw. Noch einmal fragwürdiger.

Herzliche Grüße
Christoph Ulrich Mayer

---

19. Leserbrief

Hallo Herr Berger,

das ist eine sehr gute Rechnung, die Sie da aufmachen. Ich kann diese Rechnung nur mit meiner eigenen Erfahrung unterfüttern: Meines Wissens wurden bis mindestens Ende März nur Personen getestet, die sich in einem ausländischen Risikogebiet aufgehalten haben (Vorgabe des RKI). Dies war vermutlich den begrenzten Testkapazitäten geschuldet – auch wenn es natürlich unlogisch war, dass sich niemand in Deutschland angesteckt haben sollte. Daher auch die (aus heutiger Sicht) niedrigen Infektionszahlen. (Ich hatte damals versucht, einen Test zu bekommen.)

Was mich allerdings bei Ihrer Rechnung wundert: Haben Sie Ihren eigenen Artikel vergessen, den Sie damals über die unterschiedliche Berechnung der Todeszahlen geschrieben haben? (Belgien hatte beispielsweise damals fast jeden Toten den Corona-Toten zugerechnet.) Man müsste hier also die Todeszahlen der unterschiedlichen Länder korrigieren und käme dann auf die Zahl der tatsächlich Infizierten damals.

Viele Grüße
N. Krause

Anmerkung zur Korrespondenz mit den NachDenkSeiten

Die NachDenkSeiten freuen sich über Ihre Zuschriften, am besten in einer angemessenen Länge und mit einem eindeutigen Betreff.

Es gibt die folgenden Emailadressen:

- leserbriefe(at)nachdenkseiten.de für Kommentare zum Inhalt von Beiträgen.
- hinweise(at)nachdenkseiten.de wenn Sie Links zu Beiträgen in anderen Medien haben.

- videohinweise(at)nachdenkseiten.de für die Verlinkung von interessanten Videos.
- redaktion(at)nachdenkseiten.de für Organisatorisches und Fragen an die Redaktion.

Weitere Details zu diesem Thema finden Sie in unserer „Gebrauchsanleitung“.