

[In diesem Artikel](#) hinterfragt Jens Berger die Orientierung von Bund, Länder und Kommunen an Inzidenzwerten. „Keine Rolle spielt“, dass diese Werte abhängig sind von der Anzahl der Tests. Als Bemessungsgrundlage für Lockdownmaßnahmen sind die Inzidenzwerte nicht tauglich. Die „harten Daten“ belegen nicht, dass Corona eine außergewöhnliche Bedrohung ist, die „schwere und verheerende Eingriffe in unsere Gesellschaft und unser Leben rechtfertigen könnte“. Danke für die interessanten Leserbriefe. Hier eine Auswahl der E-Mails. Zusammengestellt von **Christian Reimann**.

1. Leserbrief

Liebe Nachdenkseiten,

die Frage nicht zu berücksichtigen, wieviel in einem Bereich getestet wird, ist nicht nur im Inland zu kritisieren, sondern sie fällt auch im Zusammenhang mit den „Reisewarnungen“ bei der Beurteilung anderer Länder unter den Tisch.

In jedem europäischen Land wird unterschiedlich viel getestet, in Frankreich z.B. dreimal so viel wie in Deutschland. Das müsste, wenn man schon von Inzidenzwerten ausgeht, entsprechend auf die Anzahl der Tests umgerechnet werden, um eine vergleichbare Inzidenz zu haben. Genau das geschieht nicht, obwohl es ein mathematisch einfaches Problem ist.

Vielleicht hat man das auf Mallorca verstanden und einfach weniger getestet. Ich gönne es ihnen, und den Mitbürgern, die dorthin gereist sind, wünsche ich einen schönen Urlaub.

Mit freundlichen Grüßen
S. K.

2. Leserbrief

Lieber Herr Berger,

Vielen Dank für Ihren Artikel heute und die neuen Zahlen und Statistiken. Leider sind mir diesmal diese Zahlen nicht ganz erklärbar, vielleicht können Sie mir helfen.

Die Todesfälle sinken erstaunlich schnell. Was ist Ihre Quelle?

Die belegten Betten sind immer ungefähr gleich, die freie Bettenzahl sinkt aber. Wie kann das sein? Die können doch nicht einfach so weniger werden.

Die Sache mit der Testung ist eingängig und klar, die positiven Teste werden mehr durch die vorher durchgeführten Schnelltests, v. a. in Schulen und Kindergärten, was erklärt, dass jetzt mehr Kinder betroffen sind.

Ist die neue Mutation aber wirklich so viel ansteckender und v. a. ist es tödlicher, wie Merkel gestern behauptete und wie viele Menschen jetzt glauben? Bis gestern war die Aussage, dass dafür keine wissenschaftlichen Belege vorliegen. Wieso steigen plötzlich die Zahlen wieder so stark an und liegt das wirklich nur an der zielgenaueren Testung?

Das alles ist sehr verwirrend und ich konnte bisher nichts Konkretes darüber finden.

Falls Sie zuverlässige Quellen und Zahlen zu meinen Fragen finden, bin ich Ihnen dankbar, wenn Sie es mit den Nachdenklesern teilen.

Vielen Dank für Ihre stets zuverlässigen und aufklärenden Artikel, die mir sehr helfen und die ich gerne mit anderen Menschen teile, es hilft aber einfach nie, weil die meisten schon eine festgefahrene Meinung haben. Das ist sehr schade und frustrieren. Ich bin sehr froh, wenigstens meinen Töchtern ein wenig aus der Verwirrung helfen zu können.

Mit freundlichen und dankbaren Grüßen,
Maria McCray

Anmerkung Jens Berger: *Liebe Frau McCray,*

Schönen Dank für Ihre Zuschrift. Gerne beantworte ich Ihre Fragen ...

Die Todesfälle sinken erstaunlich schnell. Was ist Ihre Quelle?

Das RKI, das seine Daten wiederum von den Gesundheitsämtern der Kreise und Städte bekommt.

Die belegten Betten sind immer ungefähr gleich, die freie Bettenzahl sinkt aber. Wie kann das sein? Die können doch nicht einfach so weniger werden.

Der Hauptgrund dafür ist, dass mittlerweile im letzten Jahr geschaffene Extrakapazitäten wieder zurückgefahren wurden. Hinzu kommt, dass man nun idR nur noch die Betten meldet, für die konkret Fachpersonal zur Verfügung steht. Die Betten sind physisch immer noch da und könnten im Notfall auch von anderen Kräften betreut werden; aber als Rechengröße sind sie herausgefallen.

Ist die neue Mutation aber wirklich so viel ansteckender und v. a. ist es tödlicher, wie Merkel gestern behauptete und wie viele Menschen jetzt glauben? Bis gestern war die Aussage, dass dafür keine wissenschaftlichen Belege vorliegen. Wieso steigen plötzlich die Zahlen wieder so stark an und liegt das wirklich nur an der zielgenaueren Testung?

Zur Zeit gehen die Studien davon aus, dass die britische Variante schlicht über einen längeren Zeitraum nach hinten infektiös ist. Dadurch ist sie zwar ansteckender, da ein Infizierter mehr Menschen infizieren kann; aber die „Schutzmaßnahmen“ (Maske, Abstand usw.) sind die gleichen. Die Studien, die eine höhere Tödlichkeit festgestellt haben, sind m.W. nicht belastbar.

*beste Grüße
Jens Berger*

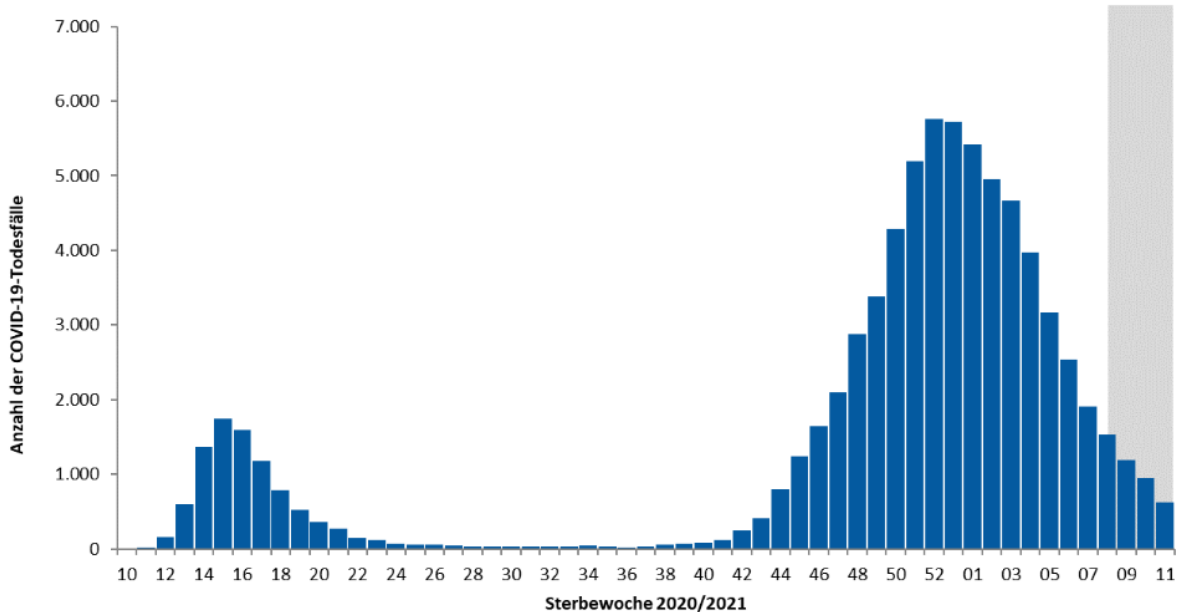
3. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

herzlichen Dank für Ihre Ausführungen zum Inzidenzwert. Doch leider ist das nur die Hälfte der Wahrheit. Es ist noch viel schlimmer. Der Informatiker Hendrik Pötschke, lädt jeden Tag die Meldedaten des RKI, die in Form einer Excel-Tabelle öffentlich zugänglich sind, auf seinen Rechner und geht in einem You-Tube-Blog dem Zustandekommen der vom RKI veröffentlichten, auch von den Medien genutzten Daten, auf den Grund. Z.B. hier: [youtube.com/watch?v=9g4dlpDZyoU](https://www.youtube.com/watch?v=9g4dlpDZyoU)

Dabei zeigt sich, dass für die 7-Tage-Inzidenz von etlichen Gesundheitsämtern Daten geliefert werden, die nicht aus den letzten 7 Tagen stammen, sondern Monate zurückliegend und teilweise sogar vor einem Jahr erfasst, aber jetzt erst gemeldet wurden. Diese alten Daten werden aber trotzdem zur Berechnung der 7-Tage-Inzidenz verwendet, was die Werte erheblich nach oben treibt. Während auf diese Weise das vermeintliche Infektionsgeschehen so in die Höhe getrieben wird, dass selbsternannte Propheten, wie Karl

Lauterbach und Christian Drosten, das Vorhandensein einer dritten Welle hinausposaunen, gehen die Sterbezahlen zurück. Im jeweils Dienstags veröffentlichten Situationsbericht des RKI werden die von den Landesämtern übermittelten Todesfälle pro Woche dargestellt. Hier die Graphik vom 23.3.2021.



Sehr geehrter Herr Berger,

Ein kurzer Hinweis zu Ihrem Artikel bezüglich der Inzidenzwerte: meines Erachtens kommt in der Besprechung des gleichen im Allgemeinen ein wichtiger Aspekt zu kurz, und wird auch in Ihrem sehr guten, und wichtigen Artikel nicht wirklich thematisiert, nämlich die Tatsache, dass nur Testergebnisse genommen werden, dies aber keine Rückschlüsse auf die Zahl der individuellen Personen zulässt! Will sagen, dass bei immer mehr Mehrfachtestungen es ja zu erheblichen Verzerrungen kommen kann.

In Ihrem Beispiel (ich habe lange in Spanien gelebt und liebe Ihr Villarriba Villabajo ?) reicht es sogar im ersten Fall aus, nur zwei positive Personen fast täglich zu testen, und im zweiten sogar nur eine! Und es ist ja hinreichend bekannt, dass dies geschieht, zB in Krankenhäusern und Pflegeheimen, wo positive Personen mehrfach getestet und nur die Testergebnisse gemeldet werden. Und das ist ja genau auch in Flensburg passiert, als die etwa 13T Grenzgänger anstatt wöchentlich dreimal in der Woche getestet wurden und die Inzidenzzahlen hoch gingen.

Das RKI ist nicht in der Lage anzugeben, wieviele individuelle Personen getestet wurden. Ich selber wurde schon 6 mal in drei Ländern getestet (Spanien 1, Deutschland 2 und Oman 3 mal), ohne dass das so den Behörden bekannt ist.

Ansonsten vielen Dank für Ihre unermüdliche Arbeit, so wichtig in diesen Zeiten!
Bernhard A. Krupka

5. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

es ist gut, dass einer den Unsinn mit den Inzidenzwerten einmal ausführlich erläutert und klarstellt.

Aber das als "töricht" zu klassifizieren wie in der Überschrift getan, ist eine Verharmlosung ja sogar irreführend. Dieser Begriff unterstellt ein nicht besser wissen, einen Fehler. Das kann nicht sein, niemals! Da glaube ich eher an die Zahnfee und Sie doch bestimmt auch.

Man muss doch mittlerweile von Vorsatz ausgehen. Lockdown und die Aussetzung von Teilen des Grundgesetzes sind doch (unabhängig vom Infektionsgeschehen und Virus)

gewollt und angestrebt! Was immer der Grund ist und wo die Reise auch hinget, mit dem Virus, hat das nichts zu tun. Gäbe es kein Corona, hätte man was anderes.

Vielen Dank für ihre Arbeit und machen sie bitte weiter.
TS

6. Leserbrief

Sehr geehrter Herr Berger,

vielen Dank, dass Sie immer wieder Ihren Finger in den wunden Punkt der beratenden Epidemiologen und Statistiker drücken. Es gelingt uns seit 12 Monaten nicht einen verlässlichen Indikator zu entwickeln, der eine Reaktion rechtfertigt. Mal ganz abgesehen davon, dass die Wirkung aller bisherigen Reaktionen gelinde gesagt umstritten ist. Auch wenn die absoluten Fallzahlen bzw. die 7-Tages-Inzidenz immer wieder als geringstes Übel von den Medien verteidigt werden (1), bleibt sie ja trotzdem anfällig für äussere Einflüsse. Das haben Sie ja sehr schön veranschaulicht.

Ich möchte dazu noch ergänzen, dass die Bedeutung aller asymptomatischen positiven Fälle (ob nun Schnelltest oder PCR) für die Entwicklung des infektionsgeschehen ohnehin nicht gut geklärt ist. Anzunehmen ist ein geringer Einfluss. Oft findet sich nämlich eine geringe, nicht mehr infektiöse Virusmenge bei diesen Fällen (2). Kohortenstudien zu solchen Fällen vermisse ich weiterhin. Dort könnte nämlich die Entwicklung der Virusmenge über die Zeit gemessen wird und geschaut werden kann, ob sie jemals infektiös werden. Leider werden diese in ihrer bedeutung unklaren Fälle nun durch die aktuelle Teststrategie steigen und die "Inzidenz" stiegern. Immerhin beträgt dieser Anteil asymptomatischer Fälle ja 55-65% (RKI gelbe Fälle, nach Meldedatum, 5).

Zudem ist bei den europäischen Ländern mit aktuell steigenden Fallzahlen die Situation doch sehr unterschiedlich, nicht jedes Land hat seine Testzahl gesteigert. In Österreich stiegen die Fallzahlen bis zur KW 10 z.B. um 69% an, die Testanzahl hat sich aber nur um 48% erhöht. Die Positivitätsrate blieb annähernd gleich um 1%. Allerdings stiegen die Covid-19 Patienten im Krankenhaus um 38% an. Hier korrelieren die absoluten Zahlen dann doch besser mit den relevanten Fällen im Krankenhaus. Die Positivitätsrate wird allenfalls durch viele negative Tests asymptomatischer Patienten gering gehalten. Stad KW 10 sind in F und D die testvolumina nicht rel. angestiegen, Fallzahlen und Positivitätsrate steigen aber

und korrelieren hier aber (noch) nicht mit den Hospitalisierungen. Gründe können das verzögerte Auftreten der schweren verläufe um 1 Woche nach Symptombeginn oder ein grosser Anteil asymptomatischer und/oder jüngerer/gesunder Fälle sein. In Griechenland korrelieren die steigenden Fallzahlen mit steigender Positivitätsrate und Hospitalisationen oder Todesfällen, ein Teil (ca 20%) ist aber auch hier durch mehr tests bedingt. (Berechnungen aus den Zahlen des ECDC, 3).

Insgesamt möchte ich hier v.a. auf die Thesenpapiere von Prof. Schrappe hinweisen, der mit seinen KollegInnen genau diese Probleme der Zahlen (und vielem mehr) sehr detailliert seit 12 Monaten in mittlerweile 7 Thesenpapieren aufzeichnet (4).

Ich denke ein Indikatorwert, der die Politik früh vor einer (relevanten) Zunahme des Infektionsgeschehens warnt sollte folgendes umfassen:

- wie viel wird getestet und Positivitätsrate
- wer wurde getestet (Altersverteilung, chronisch Kranke, symptome ja/nein)
- wie steht es um die Kapazitäten der Krankenhäuser und der Intensivstationen (v.a. auch personell!!!)

Dieser kann auch gern in groben Stufen allgemeinverständlich und wöchentlich der Öffentlichkeit präsentiert werden, denn die freiwillige Verhaltensänderung derselben halte ich für den wesentlichen Einflussfaktor.

Die sist auch regional möglich mit entsprechend auch nur regionalen reaktionen, s. 3-Stufenmodell in Italien.

Zum Schluss noch etwas Erfreuliches: In der dritten Welle sind nach > 12 Monaten auch die humanen Coronaviren (HCoV) zurück (6, Diagramm 6). Ihr Anstieg an allen Erkältungs- und Grippefällen in den Sentinelpraxen des RKI ist sogar deutlicher als bei SARS-Cov2.

Vielleicht haben wir Glück und es kommt zu einer natürlichen Verdrängung ;-). Ich wäre zur Abwechslung so froh, Herr Drosten würde auch hier mal etwas kommentieren und zwar etwas optimistisches.

Mit den besten Grüßen und für den offenen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Dialog,

Dr. med. Sebastian Kirsch

- (1) br.de/nachrichten/wissen/corona-zahlen-steigen-nicht-nur-wegen-anzahl-der-tests,SFYSfFv
 - (2) ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7718074/
 - (3) ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing
 - (4) matthias.schrappe.com/akt24.htm
 - (5) experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4
 - (6) influenza.rki.de/Diagrams.aspx?agiRegion=0
-

7. Leserbrief

Lieber Herr Berger,

so löblich Ihr Vorhaben gewesen sein mag – es ist bereits in der Überschrift gründlich in die Hose gegangen. Denn wo es um eine Krankheit mit der Gefährlichkeit einer mittleren bis milden Grippe geht, wie es sogar die WHO bestätigt hat, wo die Auslastung der Krankenhäuser und Intensivstationen historische Tiefstände erreicht hat, braucht es auch keine „Corona-Politik“. Und es ist mittlerweile auch kaum noch zu übersehen, dass es dabei um alles Mögliche aber wohl kaum um „Corona“ geht. Indem Sie den Begriff verwenden, befeuern Sie ein übles Propaganda-Narrativ. Und auch der Begriff „Inzidenz“ gehört in diese Ecke, denn er wird von vorn herein falsch – und missbräuchlich – verwendet. Warum beteiligen Sie sich daran?

Leider wird es in Ihrem weiteren Text – nach dem erfrischenden und gelungenen Beispiel von Villariba und Villabajo – noch ein weiteres Mal stockfinster! Wenn Sie nämlich schreiben, dass „die Zahl der Todesfälle (...) – trotz Planungsdesaster bei der Impfkampagne – seit den letzten Wochen merklich zurückgegangen“ sei, dann behaupten Sie damit indirekt, dass die völlig unverantwortbare, massenhafte Anwendung experimenteller Gentherapien (nicht „Impfungen“!) bei einer im Wesentlichen unaufgeklärten Bevölkerung „eine feine Sache“ ist und Todesopfer verhindern könnte, nur leider sehr schlecht geplant ist. Damit stützen Sie den wahrscheinlich gefährlichsten Teil der Propaganda. Bis heute gibt es, wie auch in den NDS mehrfach zu lesen war, keinen ernstzunehmenden Nachweis über die (positive) Wirksamkeit dieser „Impfungen“ und, schlimmer noch, auch keine Evidenz bezüglich deren Sicherheit. Vieles deutet vielmehr darauf hin, dass es im Vergleich zu allen bekannten herkömmlichen Impfungen eine dramatische Häufung von „Nebenwirkungen“, darunter erschreckend viele Todesfälle, gibt, die in absolut keinem Verhältnis zum angenommenen (nicht nachgewiesenen!) Nutzen steht. Was sehr klar erkennbar von den

Verantwortlichen unter den Teppich gekehrt wird. Das Einzige, was bezüglich dieser „Impfungen“ feststeht, ist, dass sich mafiöse Pharmaunternehmen und ihre zahlreichen Lobbyisten in der Politik dumm und dämlich daran verdienen.

Mit freundlichem Gruß,
Dr. H. Demanowski

8. Leserbrief

Moin,

Der Bericht von J. Berger deckt sich vollumfänglich mit meiner Auffassung, die ich aus dem täglichen Lagebericht des RKI ableite. Ich kann nicht erkennen, warum Politiker/innen aus nur dem einen Wert 7-Tage-Inzidenz Lockdowns ableiten und nicht das Gesamtbild betrachten. Dazu gehören: bestätigte Fälle gesamt, aktive Fälle, Genesene, Verstorbene, Impfmoning, 4- bzw. 7-Tage-R-Wert, Anzahl Fälle in intensivmedizinischer Behandlung, davon invasiv beatmet. Ich kann anhand der Daten auch nicht erkennen, warum Politiker/innen für immer schärfere Lockdowns eintreten. Welchen Vorteil haben sie davon, das Land in immer mehr Schulden zu treiben, Firmen in die Insolvenz, Kinder von Bildung abzuhalten, Menschen in die Armut zu treiben? Was steckt wirklich dahinter? Oder ist es nur Unwissenheit? Warum gibt es so wenige Politiker/innen mit einer anderen Meinung zur herrschenden Lockdown-Politik? Daß die Bevölkerung in Lockdown-Richtung gedrängt wird, sehe ich u. a. an der Propaganda-Sendung „Brennpunkt“ der ARD. Kein „Brennpunkt“ ohne Herrn Söder, der zum Kanzlerkandidaten aufgebaut wird, ab in Bayern Corona nicht in den Griff bekommt. Für mich ein Paradebeispiel, wie Manipulation funktioniert.

MfG
Helmut Specht

9. Leserbrief

Anscheinend vernebelt die permanente Panikberichterstattung der Mainstream Medien auch Statistikern die Sinne.

Schon zu Beginn der Pandemie spekulierte man über die Dunkelziffer, damals war es wegen

zu gering vorhandenen PCR-Tests nicht möglich flächendeckende Kontrollen vorzunehmen. Bis heute, obwohl inzwischen wöchentlich ca. 1 Mio. Test durchgeführt werden, hat man es nicht für nötig gehalten kleiner Regionen (Gemeinden) flächenmäßig zu testen um so eine konkrete Vorstellung von der Dunkelziffer zu bekommen.

Der Einwand, die Verbreitung des Virus sei in den Regionen zu unterschiedlich um Vergleiche anzustellen, ist mathematischer und statistischer Unsinn. Wenn man die gemeldeten Fälle zu Beginn Untersuchung ins Verhältnis zu den dann tatsächlichen nachgewiesenen Infizierungen setzt, würde man zumindest eine Einschätzung der Dunkelziffer erhalten. (Das Ergebnis in ein gering betroffenen Region könnte 10 gemeldete zu 50 tatsächlich Infizierten lauten, in ein höher betroffene Region vielleicht 100 zu 400) Ein Test bei US-Rekruten ergab zum Beispiel, dass „Nur 5 der 51 Infizierten bei dem Test Symptome einer Erkrankung zeigten ...“ Nun kann man von einem einzelnen Test keine allgemeine 10-fach höhere Zahl der Infizierten ableiten. Jedoch um so mehr Ergebnisse regionaler Überprüfungen vorlägen, um so genauer könnte man die Dunkelziffer bestimmen und eine Vorstellung von der Ausbreitung der Pandemie bekommen.

Möglicherweise würde man dann auch die Gefahr der Pandemie etwas anders einschätzen. Zumindest würden eher zufällig ermittelte Zahlen (wie der Inzidenzwert) in ein anderes Licht gerückt.

Mit freundlichen Grüßen Z.Blanck

10. Leserbrief

Hallo Herr Berger,

gratuliere zu diesem Beitrag. Es trifft genau den Kern. Ich habe mir einmal den „Spaß“ gemacht und den Irrsinn um die Schnelltests mit der Wahrscheinlichkeitsrechnung gem. RKI und den im RKI gefundenen „Treffsicherheiten“ der einzelnen Tests einmal ausgerechnet und komme zu folgenden Ergebnissen.

angenommene Schnelltests pro Woche 100 Mio.

daraus resultierende PCR-Test-Verpflichtungen (durch die Wahrscheinlich, dass negative Menschen irrtümlich als „positiv“ ausgewiesen werden): 1.585.200.

daraus resultierende positive PCR-Tests pro Woche: 205.681

ergibt eine Erhöhung der Inzidenz von 247 bundesweit (durch Menschen, die sich gesund

fühlen und wohl auch vorher nicht getestet worden wären)

Reichen die Testkapazitäten dafür aus?

Lt. RKI liegt z.Z. die maximale Kapazität bei knapp 2,5 Mio. pro Woche. Davon werden bereits für die „üblichen“ Testungen rd.1,2 Mio. genutzt, wenn jetzt noch die 1,6 Mio. durch die Schnelltest-Aktion hinzukommen, wären wir bei rd. 2.8 Mio. Könnte etwas eng werden.

Was kostet das alles?

Ein Schnelltest kostet Materialkosten bis zu 9 € pro Stück, ein PCR-Test Laborkosten zwischen € 50,50 und € 101,—; diese Preise finde ich in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wenn ich mit 70 € rechne, komme ich auf einen Gesamtaufwand von rd. 1 Mrd. €. pro Woche. Lt. Verordnung hat jeder Bürger Anspruch auf 1 Schnelltest pro Woche, der weitgehend auch vom Bund, teilweise auch über den Gesundheitsfonds finanziert werden soll. Aber was mit den restlichen Test-Kosten ist, habe ich noch nirgendwo finden können.

Ich kann nur sagen: W A H N S I N N ! Dafür scheint Geld vorhanden zu sein, als gäbe es kein Morgen, aber die „Novemberhilfen“ ff. werden wohl immer noch nicht ausgezahlt.

Herzliche Grüße
Ursula Teschner

11. Leserbrief

Guten Tag, Herr Berger,

in Ihrem Artikel ‘Es ist töricht, die Corona-Politik an Inzidenzwerten auszurichten’, weisen Sie darauf hin, dass aus Ihrer Sicht ein Inzidenzwert als Referenz für Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nicht tauglich ist.

Sie begründen dies mit einigen nachvollziehbaren Beispielen zum Entstehen von verschiedenen Inzidenzwerten bei gleichem Infektionsgeschehen.

Als relevantere Größen weisen Sie auf die Zahl der täglichen Toten und die Zahl der belegten Intensivbetten hin.

Ich hoffe, dass ich Sie soweit richtig verstanden habe.

Das Schaubild zur Entwicklung der Todeszahlen haben Sie vermutlich aus

worldometers.info/coronavirus/country/germany/

Eine Quellenangabe fehlt leider.

Woher die Zahl der belegten Intensivbetten stammt, kann ich leider nicht nachvollziehen. Aus meiner Sicht ist diese Darstellung auch irreführend. Diese Zahl lässt keinen Rückschluss auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zu.

Dazu ist vielmehr erforderlich, die Zahl der Intensivbetten, die mit Coronapatienten belegt sind, zu kennen. Diese findet sich (samt zeitlicher Entwicklung) in den Tagesreporten des DIVI-Intensivregisters:

divi.de/register/tagesreport

Wenn wir diese Kurve z.B. neben die vom RKI dienstags im Lagebericht, zuletzt

rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-23-de.pdf?__blob=publicationFile

veröffentlichte Kurve der neuen COVID-19 Fälle (und damit verbunden auch der Inzidenz) legen, zeigt sich, dass der grobe Verlauf dieser beiden Kurven nur um ca. 1-2 Wochen verschoben ist.

Das hört sich für mich recht nachvollziehbar an, da (ebenfalls nach Veröffentlichung des RKI, vgl. Steckbrief des Virus) die Mediandauer zwischen Symptombeginn und Aufnahme in die ITS ca. 6 Tage beträgt.

Insoweit sehe ich in Deutschland eine recht ordentliche Korrelation zwischen veröffentlichter Inzidenz und aktueller Brisanz der Coronapandemie gegeben. Würden wir mit der Festlegung von Maßnahmen abwarten, bis sich eine Verschärfung der Lage durch die Überforderung der Krankenhäuser oder stark ansteigende Todeszahlen zeigt, wäre dies aus meiner Sicht zu spät.

Z.B zur Frage des Einflusses von Schnelltests auf Meldedaten findet sich in der 'Corona-FAQ' des RKI viel Lesestoff:

rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html

Natürlich wäre es denkbar, den Indikator ‘Inzidenz’ durch weitere Indikatoren zu ergänzen, siehe zB. die ‘Berliner Ampel’. Aber zu einer pauschalen Disqualifizierung des Indikators ‘Inzidenz’ besteht aus meiner Sicht überhaupt kein Anlass.

Von unserem Leser M.S.

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](mailto:leserbriefe@nachdenkseiten.de) für Kommentare zum Inhalt von Beiträgen.
- [hinweise\(at\)nachdenkseiten.de](mailto:hinweise@nachdenkseiten.de) wenn Sie Links zu Beiträgen in anderen Medien haben.
- [videohinweise\(at\)nachdenkseiten.de](mailto:videohinweise@nachdenkseiten.de) für die Verlinkung von interessanten Videos.
- [redaktion\(at\)nachdenkseiten.de](mailto:redaktion@nachdenkseiten.de) für Organisatorisches und Fragen an die Redaktion.

Weitere Details zu diesem Thema finden Sie in unserer „[Gebrauchsanleitung](#)“.