

Die Corona-Maßnahmen sind weitreichend und greifen tief in die Grundrechte der Bürger ein, die bis vor kurzem noch als sakrosankt galten. Da sollte man eigentlich voraussetzen, dass die Begründung für diesen „Ausnahmestand“ auf soliden Daten beruht, transparent und nachvollziehbar ist. Das Gegenteil ist der Fall. Das fängt bei der schwammigen Definition einer „Infektion“ an, geht über die Fragen, wer überhaupt als „erkrankt“ gelten kann, bis hin zu den Sterbestatistiken und zahlreichen offenen Fragen in der Impfdebatte. **Jens Berger** hat für die NachDenkSeiten die wichtigsten offenen Fragen zusammengestellt.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/210928_Zahlenchaos_Corona_NDS.mp3

Podcast: [Play in new window](#) | [Download](#)

Infektionen - ab wann gilt man eigentlich als infiziert?

Noch heute besteht die oberste politische Leitlinie in der Corona-Politik darin, neue Infektionen so gut wie möglich einzudämmen. Doch wer bestimmt eigentlich, was als eine Infektion gilt? Hier gibt es keine klare Regel. Maßgeblich für die „offiziellen“ Daten zu den Neuinfektionen, die über die Gesundheitsämter an das Robert Koch-Institut gemeldet werden, ist der sogenannte PCR-Test. Dieser Test, der nur in Labors ausgewertet werden kann, gilt als „Goldstandard“ in der Diagnostik und ist auch sehr zuverlässig, wenn er denn vorschriftsgemäß durchgeführt wird. Nicht immer klar ist jedoch, was ein positiver PCR-Test eigentlich konkret bedeutet.

Prinzipiell besagt ein positiver Test lediglich, dass die getestete Person mit dem Sars-CoV2-Virus in Kontakt gekommen ist. Das bedeutet nicht, dass die Person erkrankt ist, also Symptome hat, und das bedeutet auch nicht, dass die Person selbst infektiös ist, also andere Menschen anstecken kann. Letzteres hängt stark mit der Virenkonzentration zusammen, die zwar technisch über den sogenannten Ct-Wert bestimmt werden kann, aber in der Gesetzgebung nicht berücksichtigt wird. Obgleich es diagnostisch prinzipiell möglich wäre, verzichtet der Gesetzgeber darauf, hier zu differenzieren. Das führt in der Praxis dazu, dass auch Menschen, die nicht (mehr) ansteckend sind, zu Quarantänemaßnahmen verpflichtet sind, die einen Eingriff in ihre Grundrechte darstellen.

Noch undifferenzierter sind die sogenannten Schnelltests. Hier sind – vor allem bei einem niedrigen Infektionsgeschehen – Falsch-Positiv-Raten [von bis zu 80%](#) keine Seltenheit. Diese

Tests gehen zwar nicht in die offiziellen Fallstatistiken ein, regeln bei 3G-Modellen jedoch die Zugangsbeschränkungen für z.B. Veranstaltungen, Reisen oder die Gastronomie und stellen somit ebenfalls einen Eingriff in die Grundrechte dar. Zudem sind Entschädigungsregelungen gesetzlich nicht vorgesehen. Wer z.B. durch einen falsch-positiven Schnelltest eine Reise nicht antreten kann, bleibt in der Regel auf den Kosten sitzen.

Inzidenz - ein vollkommen ungeeigneter Schwellenwert für die Corona-Maßnahmen

Noch immer ist der sogenannte „Inzidenzwert“ der gesetzlich festgelegte Schwellenwert für den Grad der regional verhängten Maßnahmen. Der Inzidenzwert beschreibt, wie viele Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum positiv mittels der PCR-Methode auf das Sars-Cov2-Virus getestet wurden. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Da der Inzidenzwert die Gesamtbevölkerung als Basis hat, ist er direkt davon abhängig, wie viele Menschen im angegebenen Zeitraum überhaupt getestet wurden. Wenn die Auswahl der Getesteten zufällig erfolgt, korreliert der Inzidenzwert direkt mit der Zahl der vorgenommenen Tests. Testet man nur halb so viel, halbiert sich der Inzidenzwert, testet man doppelt so viel, verdoppelt er sich. Einen weiteren Einfluss auf diesen Wert hat die Auswahl der Getesteten. Testet man – wie in einigen Phasen der Pandemie – nur symptomatisch Erkrankte und direkte Kontaktpersonen von positiv Getesteten, steigt er; testet man nach einem Zufallsprinzip oder weitestgehend wahllos – wie z.B. in Schulen – sinkt er.

Hinzu kommt, dass der jeden Tag vom RKI angegebene Inzidenzwert nicht selektiv ist, sich also immer auf die Gesamtbevölkerung bezieht. Nun ist es aber aus medizinischer Sicht nicht sonderlich wichtig, ob ein Kind, das statistisch so gut wie nie schwer an Covid 19 erkrankt, positiv getestet wurde. Wichtig wäre stattdessen eher eine Angabe, wie viele ungeimpfte Personen der Risikogruppen sich infiziert haben. Solche Werte gibt es zum Teil. Selbst das RKI veröffentlicht auch in seinen wöchentlichen Lageberichten die sogenannten Altersinzidenzen, die die Infektionen innerhalb bestimmter Altersgruppen angeben. Doch diese differenzierteren Zahlen werden nicht genutzt und sind keine Grundlage für die Verhängung von Maßnahmen.

Der Inzidenzwert gibt also keine Auskunft darüber ...

- wie viele Menschen erkrankt sind
- wie viele Menschen aus der Risikogruppe sich infiziert haben

- ob diese Menschen geimpft oder ungeimpft sind
- ob sich verglichen mit einem anderen Zeitraum mehr oder weniger Menschen infiziert haben.

□ Der Inzidenzwert ist nicht geeignet, um ...

- Aussagen zum Infektionsgeschehen zu machen
- Aussagen zum Krankheitsgeschehen zu machen
- das Infektions- oder Krankheitsgeschehen räumlich zu vergleichen
- das Infektions- oder Krankheitsgeschehen zeitlich zu vergleichen.

Erkrankung - gerade im Kontext mit „Impfdurchbrüchen“ eine große Unbekannte

Infektion ist nicht gleich Erkrankung. Von einer Erkrankung spricht man in der Medizin erst, wenn der Patient unerwünschte Symptome zeigt. Im Corona-Kontext spricht man hier von einer symptomatischen Infektion. Doch auch hier gibt es große Unterschiede, denn streng genommen sind sowohl ein Husten oder ein leichtes Fieber als auch ein tödliches Versagen der Lungenfunktion eine symptomatische Infektion. Transparente Zahlen, wie viele Menschen wie schwer an Covid 19 erkranken, gibt es auch nach mehr als eineinhalb Jahren Pandemie in der angeblichen „Bürokatierrepublik“ Deutschland nicht.

Zwar meldet das RKI tagtäglich die Zahl der Neuinfektionen und diese Zahl ist es auch, die von Medien und Politik als Pandemie-Messzahl verkauft wird; jegliche Aussage zu möglichen Erkrankungen ist mit diesem Wert jedoch nicht möglich. Denn nach wie vor verlaufen die meisten Infektionen entweder symptomfrei oder mit milden Symptomen – je jünger die Infizierten sind, desto mehr von ihnen zeigen gar keine Symptome oder haben einen milden Krankheitsverlauf. Wir wissen heute nicht, wie viele Menschen mit welchen Symptomen wie schwer erkrankt sind oder aktuell erkranken. Dieser wichtige Indikator existiert schlichtweg nicht.

Das ist gerade im Kontext mit der sehr weit fortgeschrittenen Impfkampagne unverständlich. Wer vollständig geimpft ist, infiziert sich durch die vorherrschende Delta-Variante des Virus zwar beinahe so häufig wie Ungeimpfte. Geimpfte zeigen jedoch seltener

Symptome und entwickeln deutlich seltener schwerere Krankheitsverläufe. Wenn man einmal in Gedanken ein Szenario entwickelt, bei dem 100% der Infizierten vollständig geimpft sind und eine Schutzquote vor schweren Krankheitsverläufen von 90% unterstellt, könnte die Inzidenz in diesem Fall zehnmal so groß wie in einer komplett ungeimpften Population sein, um die gleiche Zahl an schweren Krankheitsverläufen hervorzurufen. Die „alte“ Inzidenz von 100 als Schwellenwert, bei dem die „Notbremse“ greift, wäre also gleichbedeutend mit einer „neuen“ Inzidenz von 1.000. Doch die Gesetze wurden nicht angepasst. Und das Datenmaterial, um hier noch genauere Aussagen zu machen, steht nicht zur Verfügung.

Hospitalisierung - wer wird wegen und wer wird mit dem Virus stationär behandelt?

Da es keinen Indikator für schwere Krankheitsverläufe gibt, arbeitet die Regierung mit der Zahl der positiv getesteten Neuzugänge auf den Stationen der Krankenhäuser als einzige Kennzahl für schwerere Erkrankungen. Doch das ist nicht trennscharf. Ein positiver Test bei einem Krankenhauspatienten sagt nichts darüber aus, ob er überhaupt wegen Covid 19 eingewiesen wurde. Das kann vom gebrochenen Bein bis hin zum Multiorganversagen gehen – nur weil jemand positiv getestet wurde, heißt dies noch lange nicht, dass er auch deswegen ins Krankenhaus muss.

Etwas genauer sind da schon die Abrechnungen der Krankenhausträger. Hier wird dann (hoffentlich) ein Sars-CoV-2-Positiver mit Beinbruch nicht als Corona-Patient abgerechnet. Nur dass diese Zahlen keinen Hinweis auf eine Pandemie geben. So wurden von den 500 [der IQM zugehörigen](#) Kliniken im Jahr 2020 13,6 Prozent weniger stationär behandelte Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen (darunter fällt Covid 19) abgerechnet als im Jahr zuvor. Es gab in Summe also weniger Krankenhauspatienten mit schweren Atemwegserkrankungen, nur dass unter diesen halt einige Covid-19-Fälle waren. Ein [Sonderbericht des Bundesgesundheitsministeriums](#) beziffert den Anteil der Covid-19-Patienten an der Gesamtbelegung der Krankenhäuser auf magere 1,9%.

Intensivbettenauslastung - kein Grund zur Panik

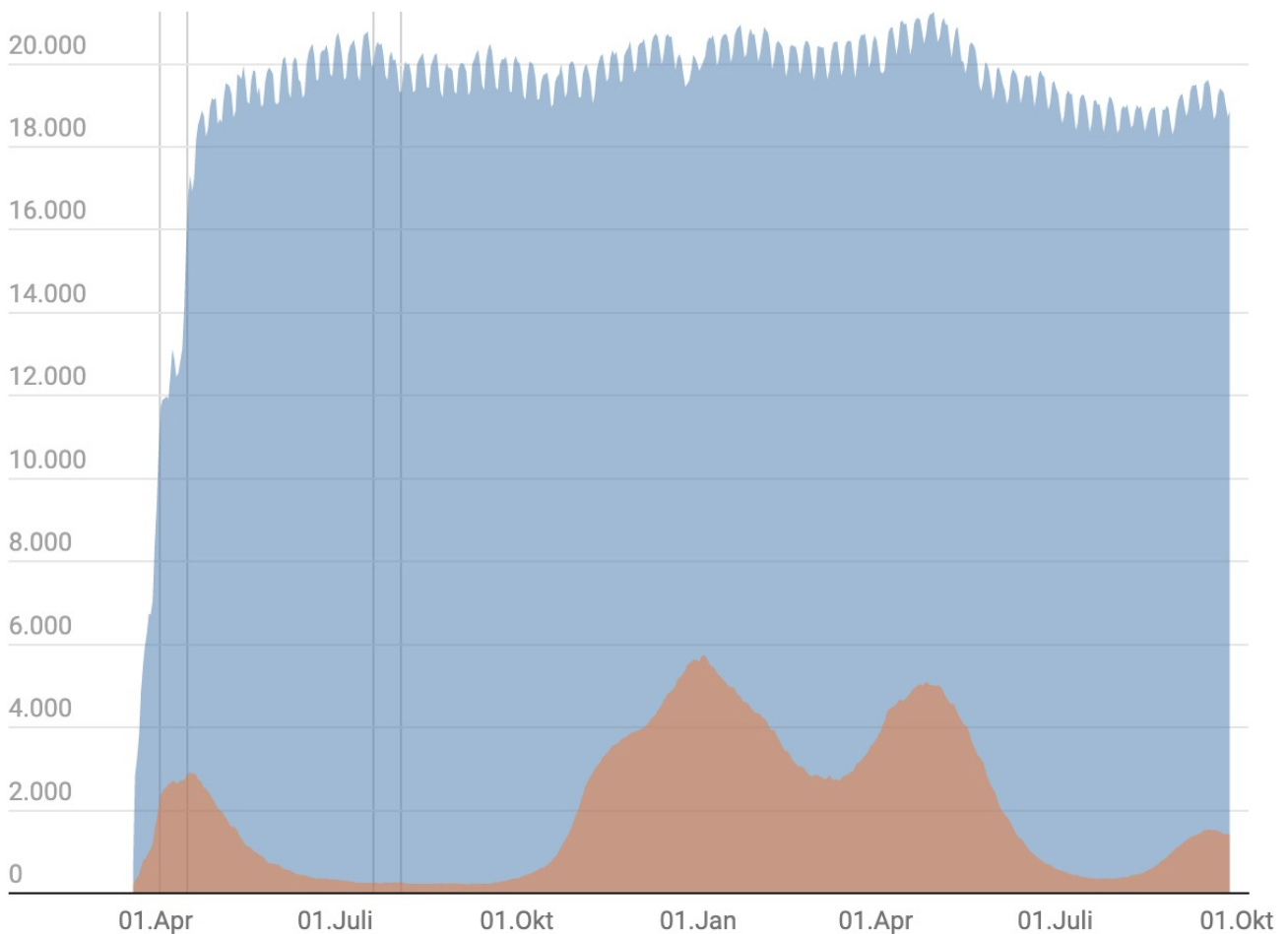
Der gleiche Bericht beziffert übrigens die durchschnittliche Auslastung der Intensivbetten mit Covid-19-Patienten auf 3,4 Prozent und stellt dabei fest, dass es allenfalls in einem kurzen Zeitraum kleinere regionale Engpässe gab. Solche Engpässe sind jedoch nicht ungewöhnlich, auch während schwereren Grippe-Saisons gibt es sie und [aktuell](#) gibt es einen solchen Engpass in Berlin im Bereich der Kinderkliniken – Grund dafür ist übrigens nicht Corona, sondern das durch die Maßnahmen untrainierte Immunsystem der Kinder, das

nun Probleme mit anderen „normalen“ Atemwegsinfekten hat.

Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle an Anzahl belegter Intensivbetten

Deutschland

Belegte Betten COVID-19-Fälle



Stand: 27.09.2021 12:23

Quelle: [DIVI-Intensivregister](#) • [Daten herunterladen](#) • Erstellt mit [Datawrapper](#)

Eine retrospektive Betrachtung der Intensivbettenbelegung laut DIVI-Register zeigt, dass es zu keinem Zeitpunkt eine Zunahme der belegten Intensivbetten gab. Was es jedoch gab, war ein teils massiver Rückgang der gemeldeten „freien Kapazitäten“. Der Grund dafür ist ebenso simpel wie skandalös – da die Klinikbetreiber finanzielle Zuschüsse bekommen,

wenn die Intensivbettenauslastung einen bestimmten Schwellenwert überschreitet, haben sie ganz einfach reihenweise freie Betten abgemeldet. So entstand der falsche Eindruck einer Knappheit. Als Indikator für die „Leistungsfähigkeit“ des Gesundheitssystems ist die Intensivbettenauslastung damit vollkommen ungeeignet.

Sterbefälle - wann ist man an Corona gestorben?

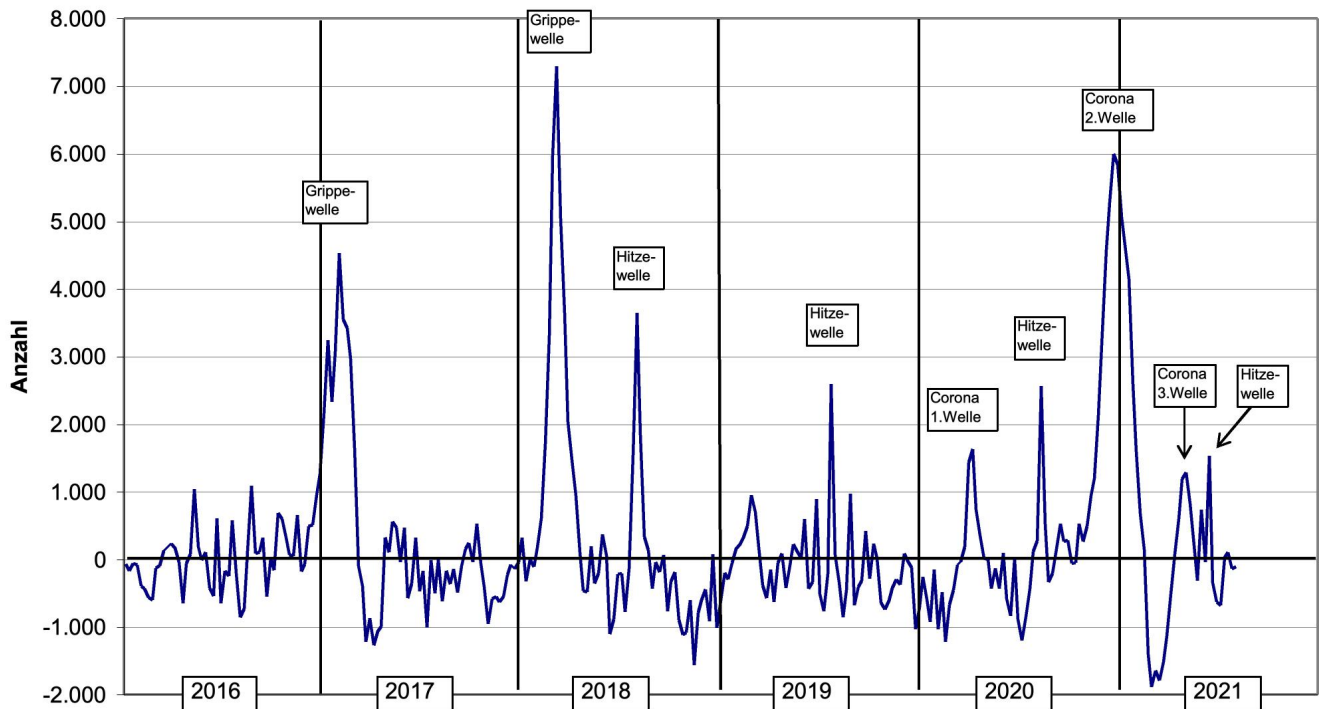
Auch heute weiß niemand, wie viele Menschen in Deutschland eigentlich an Corona gestorben sind. Und das ist nur zu einem Teil auf politische Versäumnisse zurückzuführen. Gerade bei alten schwerkranken Menschen ist die Bestimmung einer einzigen kausalen Todesursache nun einmal nicht so einfach. Bei solchen „multimorbiden“ Patienten reicht oft ein einziger Tropfen, der dann das Fass zum Überlaufen bringt. Das kann ein bakterieller Infekt sein, das kann ein grippaler Infekt oder sogar die echte Grippe sein, das kann aber auch Covid 19 sein. Ob diese Menschen nun an oder mit Corona gestorben sind, lässt sich nicht klären.

Die Zahl der Patienten, die mit einem vergleichsweise guten Allgemeinzustand schwer an Corona erkrankten und kausal auch wirklich an Covid 19 verstorben sind, ist nicht bekannt. Das hohe Medianalter von 84 Jahren und der Umstand, dass laut einer groß angelegten pathologischen Studie des Hamburger UKE 88 Prozent der Verstorbenen mindestens drei schwere einschlägige Vorerkrankungen hatten, lässt jedoch den Verdacht entstehen, dass Covid 19 bei den meisten Todesfällen eher der Tropfen war, der das Fass zum Überlaufen brachte, als eine Erkrankung, die ansonsten gesunde Menschen tödlich traf.

Übersterblichkeit und der verbotene Grippevergleich

Wenn eine Pandemie derart massive Einschnitte in unser Leben rechtfertigt, sollte man eigentlich annehmen, dass man die Bedrohung auch aus den offiziellen Sterbeziffern herleiten könnte. Das ist jedoch nicht eindeutig der Fall, wie der Statistiker Günter Eder auf Basis der RKI-Zahlen und der Daten des Statistischen Bundesamtes auf den NachDenkSeiten sehr ausführlich [herleitet](#). Selbst wenn man Sondereffekte wie die ausgebliebene Grippewelle mit einrechnet, bleibt die Übersterblichkeit mit 46.271 Sterbefällen deutlich unter der offiziellen RKI-Zahl von 90.832 Corona-Toten zurück. Diese Diskrepanz klärt sich damit auf, dass rund die Hälfte der Corona-Toten rein statistisch auch ohne Corona in diesem Jahr verstorben wären – beim Medianalter und dem in der Mehrzahl sehr schlechten Gesundheitszustand vieler Coronatoter ist dies eine sehr plausible Erklärung.

Übersterblichkeit im zeitlichen Verlauf (Wochenwerte 2016 - 2021)



Was bleibt, ist eine zwar klar erkennbare Übersterblichkeit, die jedoch im zeitlichen Vergleich nicht sonderlich außergewöhnlich ist und kaum über den Effekt der vergangenen Grippe-Winter hinausgeht.

Impfquote - Spaltung der Gesellschaft aus Basis unvollständiger Daten

Die Impfkampagne sollte – so wurde es politisch stets kommuniziert – den Ausweg aus den Maßnahmen ebnen. Doch wie wir heute sehen, ist dies nicht der Fall. Hieß es anfangs noch, nur die Risikogruppen müssten ihr Impfangebot erhalten, bevor man weitgehend „öffnet“, wurde später eine Impfquote von 66 Prozent, bezogen auf die erwachsene Bevölkerung, ins Spiel gebracht. Aus den 66 Prozent wurden erst 70, dann 75, dann 80 und aktuell 85 Prozent und zudem änderte sich auch noch der Bezugsrahmen. Ging es erst um die Erwachsenen, wurden nach der politisch forcierten Empfehlung der STIKO für 12- bis 17-Jährige auch diese mit einbezogen. Die Erreichung der politisch geforderten Impfquote rückt damit in weite Ferne.

Dabei sind laut offiziellen Zahlen heute bereits mehr als 86 Prozent der über 60-Jährigen, also der Altersgruppe, die mit schwereren Krankheitsverläufen zu rechnen hat, geimpft.

Und selbst bei den 18- bis 59-Jährigen sind über 70 Prozent geimpft. Und das sind nur die „offiziellen“ Zahlen, von denen selbst das RKI sagt, dass sie deutlich zu niedrig geschätzt sind. So werden bis heute mehrere Millionen Impfungen mit dem Impfstoff von Johnson&Johnson und die meisten von Betriebsärzten [durchgeführten Impfungen](#) statistisch vom RKI gar nicht erfasst. Wie hoch die „echte“ Impfquote ist, weiß daher niemand. Dass die 80 Prozent – bezogen auf die Gruppe der Erwachsenen – die monatelang als Zielmarke galten, längst erreicht sind, ist sehr wahrscheinlich. Und wenn dies der Fall ist, ist selbst nach dem Argumentationsgerüst der Bundesregierung eine Trennung in Geimpfte und Ungeimpfte nicht mehr nötig. 3G und 2G könnten aufgegeben werden und man könnte dem dänischen Beispiel folgend die Maßnahmen einstellen. Doch man will offenbar die „echten“ Zahlen gar nicht in Erfahrung bringen.

Genesene - wer die Zahl der Infizierten nicht kennt, kennt auch nicht die Zahl der Genesenen

Wenn aktuell 2G der Leitfaden für die Maßnahmen sein soll, so ist jedoch nicht nur die Zahl der Geimpften eine Unbekannte, sondern auch und vor allem die Zahl der Genesenen. Experten gehen immer noch von einer Dunkelziffer von rund fünf aus – das heißt, auf jeden offiziell positiv Getesteten kommen rund fünf Menschen, die sich in der Vergangenheit zwar infiziert haben, dies aber gar nicht mitbekommen haben. Wenn man im Hinterkopf hat, dass symptomfreie Verläufe bei jüngeren Menschen besonders häufig auftreten, dürfte es sich bei diesen „unbemerkt Genesenen“ vor allem um Menschen dieser Altersgruppen handeln.

Das RKI zählt aktuell 4,2 Millionen offiziell Genesene, mit der Dunkelziffer dürften es also mehr als 24 Millionen Menschen sein, die man als Genesene einordnen müsste. Das ist mehr als eine bloße Zahlenspielerlei, da diese Genesenen einen mindestens genauso guten, wenn nicht gar noch besseren Schutz vor schweren Krankheitsverläufen haben wie Geimpfte. 24 Millionen – das ist mehr als jeder vierte Deutsche.

Bei einer Impfquote von 80 Prozent haben wir rund 14 Millionen Ungeimpfte. Wenn von denen jeder Vierte als genesen gelten kann, kommen zu den 55 Millionen Geimpften – unter denen rein statistisch übrigens 14 Millionen Menschen sind, die geimpft und genesen sind – noch vier Millionen ungeimpfte Genesene, was die Zahl der durch Impfung und/oder Infektion immunen Menschen auf 85 Prozent der Bevölkerung und damit auf die Quote des RKI bringen würde. Würde man die Genesenen also seriös beziffern und in die „Impfquote“ mit einbeziehen, gäbe es selbst nach den eigentlich unrealistischen Zielmarken des RKI, die sich jedoch zurzeit nur auf Geimpfte beziehen, keinen Grund mehr für Maßnahmen jedweder Art.

Impfnebenwirkungen - ein Teil dieser Antworten könnte die Bevölkerung versichern

Das offenkundige Desinteresse der Behörden an konkreten Zahlen betrifft jedoch nicht nur die Infizierten, Erkrankten, Verstorbenen und Geimpften, sondern auch die [Nebenwirkungen der Impfung](#). Während in Großbritannien jeder Geimpfte über ein Internetportal Nebenwirkungen zu Protokoll geben kann, gibt es in Deutschland keine zentrale Erfassung*. Man verlässt sich vielmehr auf die Hausärzte, die dem zuständigen Paul-Ehrlich-Institut solche Nebenwirkungen melden können. Doch wer geht wegen einer Nebenwirkung gleich zum Arzt und welcher Arzt nimmt den bürokratischen Aufwand wahr, diese Nebenwirkung auch zu melden?

Da wir die Nebenwirkungen nicht messen, wissen wir auch nicht viel über sie. Und wenn es mal zu gravierenden Nebenwirkungen bei der Corona-Impfung kommt, wie beispielsweise den teils tödlichen Thrombosen bei AstraZeneca, dann ist es den Behörden anderer Länder wie Norwegen oder Dänemark, die genauer hinschauen, zu verdanken, dass diese überhaupt ans Licht kamen.

Das Desinteresse der Behörden ist auch beim Thema „Impftote“ auffällig. Hier setzt man – anders als bei den Covid-Toten – auf eine statistische Analyse. Wenn im Beobachtungszeitraum gehäuft Menschen mit einem zeitlichen Zusammenhang zur Impfung an bestimmten Erkrankungen starben, wird dies näher untersucht. Wäre man bei Covid 19 so vorgegangen, hätte man die Krankheit vermutlich erst sehr spät festgestellt. Gegen diesen statistischen Ansatz ist im Prinzip zwar nichts einzuwenden, er setzt jedoch voraus, dass alle Menschen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung versterben, auch wirklich pathologisch untersucht werden. Und das ist eben nicht der Fall, wie der Heidelberger Pathologe Peter Schirrmacher [feststellt](#). Mögliche Impftote versterben nur selten in einer Klinik und wenn der leichenschauende Arzt keinen Zusammenhang erkennt und die Staatsanwaltschaft keinen Grund sieht, von einem Fremdverschulden auszugehen, gibt es auch keine Obduktion, und wenn es keine Obduktion gibt, lässt sich auch kein kausaler Zusammenhang mit der Impfung feststellen.

So setzt sich bei der Impfung fort, was auch bei Covid 19 traurige Realität ist – nichts Genaues weiß man nicht, weil man offenbar gar kein Interesse hat, belastbare Zahlen zu bekommen.

**Anmerkung der Redaktion: Wir wurden darauf hingewiesen, dass diese Aussage falsch ist. In Deutschland können Impfnebenwirkungen über das Internetportal [Nebenwirkungen.Bund.de](#) gemeldet werden. Das war uns zum Zeitpunkt des Erscheinens*

des Artikels nicht bekannt. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.

Titelbild: Fedorov Oleksiy/shutterstock.com