



## Ein Leserbrief...

### Description

Ein Leser hält mir unter Bezugnahme auf den Artikel „[Nach WHO-Angaben: Covid-19 nicht tödlicher als Influenza](#)“ vor, ich hätte für meine Behauptung nicht die WHO selbst zitiert, sondern mich lediglich auf eine Verschwörungstheorien huldigenden Onlineplattform bezogen.

Dies ist leicht zu widerlegen – ich hatte die Quelle, ein Video der WHO, in dem Artikel angegeben. Der Leser schreibt ferner, ich hätte offenbar auch Hoffnung, am US-Wahlergebnis könne sich noch etwas ändern. Jedoch: Wie ich Trump einschätze, hatte ich hier hinlänglich kundgetan. Ich hatte lediglich geschrieben, dass der nächste US-Präsident erst feststeht, wenn Trump seine Niederlage eingesteht oder die Wahlmännerversammlung am 14. Dezember den „president elect“ feststellt.

Und schließlich würde ich auch die Gefährlichkeit von Covid-19 in Relation zur Grippe falsch einschätzen, so der Leser weiter. Ich sollte doch lesen, was Wissenschaftler dazu schreiben. Die Mortalität von Covid-19 gegenüber der Influenza sei zehnfach höher. Aber wahrscheinlich würde ich diese Aussagen den Lesern dieses Blogs vorenthalten.

Nein – diese Aussagen enthalte ich niemandem vor. Zunächst ist aber festzustellen, dass es zahlreiche (andere) Wissenschaftler gibt, die sehr früh postuliert haben, dass sich die Infektionssterblichkeit von Covid-19 im Bereich einer saisonalen Grippe bewegt. Ich hatte mich in Artikeln immer wieder auf eben jene Wissenschaftler bezogen (siehe z.B. die [Artikelliste hier](#) oder die [250 Expertenstimmen hier!](#)). Für den Leser gehört aber offenbar alles, was seiner Einschätzung zuwider läuft, zu dem „...Unsinn, den die Querdenker auf ihren verrückten Demonstrationen zum Teil wider besseres Wissen verbreiten,“ wie er schreibt.

Der Leser hat zwei Quellen genannt, die seine Einschätzung stützen. Es handelt sich um „[Mortalitätsvergleich von Influenza und SARS-CoV2: Ist die Grippe fast dasselbe wie COVID-19?](#)“ vom 17. Juni und „[Infektionssterblichkeit bei Covid-19 um Faktor 10 größer](#)“ vom 30. September.

Ausgangspunkt des ersten Artikels waren Daten, wonach während der SARS-CoV-2-Pandemie in Österreich weniger Menschen an COVID-19 als in Vergleichszeiträumen üblicherweise an Influenza verstorben sind. Der Autor führt das auf Unterschiede in der Datenerhebung zurück.

Für die USA behauptet er, dass Patientinnen und Patienten, die an SARS-CoV2 gestorben sind, nur dann gezählt werden, wenn sie zu Lebzeiten positiv getestet wurden. Dies widerspricht aber der gängigen Praxis



und z.B. auch der [Aussage des Arztes und Senators Scott Jensen](#). Der berichtete von einem Schreiben eines Gesundheitsamtes vom April, wonach Ärzte keinen Labortest auf COVID-19 brauchen, um ein entsprechendes Todeszertifikat auszustellen.

Der Autor behauptet zudem, die Zahl der Corona-Toten sei in Österreich mit Sicherheit höher, weil viele Leute mit akuten Symptomen einer Lungeninfektion nicht ins Krankenhaus gingen und zuhause verstürben (hierfür gebraucht der Autor irreführenderweise den Begriff „Dunkelziffer“). Das mag sein, aber er vergisst dabei zu erwähnen, dass es damals auch in Österreich längst gängige Praxis war, nicht zwischen an oder mit Corona Verstorbenen zu unterscheiden.

Des weiteren legt er bei seiner Berechnung der Infektionssterblichkeitsrate lediglich die offiziell als infiziert gemeldeten Personen zugrunde. Er berücksichtigt dabei die Dunkelziffer nicht, wonach längst nicht alle Menschen mit für Covid-19 typischen Symptomen in den offiziellen Zahlen der Infizierten auftauchen. Sie liegt zwischen dem Faktor fünf (RKI von Anfang Oktober) bis über 25. Die [Heinsberg-Studie von Streeck hat einen Wert von zehn ergeben](#), nach aktuellen [WHO-Angaben lässt sich 22 errechnen](#). Zur Dunkelziffer siehe auch das „[Thesepapier 6](#)“!

Und so kommt der Autor auf eine angsteinflößende Sterblichkeitsrate von 5,4%, während die Untersuchung von Streeck eine Infektionssterblichkeitsrate von etwa 0,37% nennt und sich nach WHO-Zahlen 0,15% angeben lässt. Ioannidis kommt in einer von der [WHO veröffentlichten Studie](#) auf einen "über-alles"-Wert von etwa 0,3%. Die letztgenannten Werte liegen in der Größenordnung einer mittelschweren saisonalen Influenza.

Der zweite Artikel bietet kaum mehr Substanz. Als Bezugsgröße benennt er, dass weltweit zwischen 290.000 und 645.000 Menschen an Atemwegserkrankungen infolge einer Influenza-Infektion sterben ([Analyse aus dem Jahr 2017](#)). (Anmerkung: In Europa haben jährlich bis zu 50 Millionen Menschen Grippesymptome, [zwischen 15.000 und 70.000 sterben daran](#).)

Der Autor des Artikels stellt zunächst fest: "Das Risiko, an Covid-19 zu sterben, steigt mit zunehmendem Alter dramatisch, zeigt eine neue Metaanalyse. Und verglichen mit einer saisonalen Influenza erweist sich Covid-19 als um den Faktor 10 tödlicher." Belegt wird die Behauptung von der zehnfachen Tödlichkeit allerdings nirgends. Der Verfasser zitiert eine [Untersuchung von Levin und Kollegen](#), wonach es bei Covid-19 große Variationen der Infektionssterblichkeitsrate (IFR) gibt. Sie reicht von 0,5% in Salt Lake City und Genf über 1% in New York, 1,5% in England bis 2,7 in Italien.

Die beobachteten IFR-Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern und Städten sollen der zitierten Untersuchung zufolge auf die Altersstruktur der Infizierten zurückgehen. Wenn mehr alte Menschen in der Region leben und erkranken, fällt die IFR höher aus. Die IFR für Covid-19 soll mit dem Alter exponentiell ansteigen. Für Kinder und jüngere Erwachsene liegt sie bei nahe Null, bei 55-jährigen Patienten kommt sie auf 0,4%, bei 65-jährigen Patienten werden 1,3% ermittelt, für 75-jährige Patienten kommt sie auf 4,2%, für 85-jährige Patienten liegt sie bei 14%.

Grundsätzlich steigt der Anteil der alten Leute in der Sterbestatistik zunächst an. Zu dieser Erkenntnis bedarf es keiner gesonderten Untersuchung und auch keiner neuen Infektionskrankheit. Dass in absoluten Zahlen mehr Alte an „Corona“ sterben als Jüngere ist insofern eine Binsenweisheit, weil generell mehr alte als junge Personen sterben.

Um die Altersabhängigkeit der IFR bei Covid-19 wirklich ermitteln zu können, müsste man den Einfluss der Vorerkrankungen herausrechnen. Auch hier führt das letztlich wieder zu der Frage, ob jemand an oder mit Corona stirbt. Untersuchungen in Deutschland etwa in Hamburg haben ergeben, dass die allermeisten alten Leute nicht an, sondern vielleicht mit Corona sterben.

Ob und wie der Komplex der Vorerkrankungen bei der zitierten Studie entsprechend berücksichtigt wurde, lässt sich dem Artikel nicht entnehmen. Die [hier erörterte Untersuchung](#) erkennt mit dem Aufkommen von Corona keine wesentliche Verschiebung der Altersstruktur bei den Todesfällen.

Vergleichswerte aus der KW26/2020 zeigen für Deutschland folgende Werte (alle Todesursachen, grob überschlagene Sterbequote, [Quelle](#)): 55-jährige – 0,8%, 65-jährige – 1,4%, 75-jährige – 2,5%, 85-jährige – 3,5%. Die Werte unterscheiden sich nicht wesentlich von denen für das Gesamtjahr 2017 ([Quelle](#)).

Die Sterberaten für die 55- und 65-jährigen der vom Autor zitierten Studie und die von mir eingesehenen Daten decken sich in etwa. Der exorbitante Anstieg der Todesursache "Covid-19" bei älteren Menschen ist für mich nicht nachvollziehbar, zumindest nicht für deutsche Zahlen. Auch die Untersuchung an der Johns-Hopkins-Universität gibt das nicht her (siehe oben!).

Beide Artikel haben nicht das Zeug, meine Ansicht zu dem hier in Rede stehenden Thema zu ändern. Covid-19 ist eine gefährliche Infektionserkrankung, die sich in ihrer Sterblichkeit aber nicht grundlegend von Influenza unterscheidet.

Ein Unterschied bleibt, wie im zuerst zitierten Artikel des Lesers dargestellt: „Patienten mit COVID-19 Erkrankung waren fast doppelt so lange auf der Intensivstation als Patienten mit H1N1- Influenza im Pandemiejahr 2009.“ Das bringt Gesundheitssysteme womöglich früher an Grenzen. Aber eine Rechtfertigung für solche Dauer-Maßnahmen, wie sie uns in dieser „Corona-Krise“ aufgezwungen werden, sehe ich damit nicht.

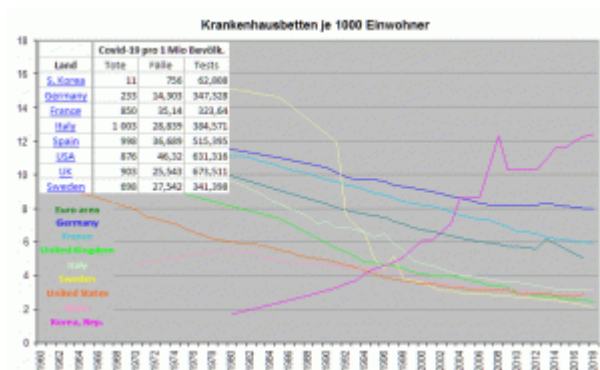
Statt Zusammenhänge zwischen Alter und Todesursache zu untersuchen, sollte man lieber mal einen Bezug zur Qualität eines nationalen Gesundheitswesens herstellen: Je niedriger z.B. die Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner ist, je größer ist die Zahl der Covid-19 zugeschriebenen Todesfälle bezogen auf die Gesamtzahl der Einwohner eines Landes.

### Ergänzung:

Aus den [hier genannten Zahlen](#) der Teilnehmer und der Infizierten an den beiden Impfstoff-Studien lässt sich übrigens der Prozentsatz der Infizierten errechnen – es sind 0,3%, bzw. 0,39%. Die Werte haben deswegen einige Aussagekraft, weil die Teilnehmer an der Studie sicherlich recht sorgfältig beobachtet (und auch getestet) worden sind. Die IFR bei den Teilnehmergruppen liegt damit sicherlich deutlich unter diesen Werten – das nur als Anhaltspunkt, ein strenger Beweis ist das nicht.

### Nachtrag:

(8.12.20) Hier eine Graphik mit dem Verlauf von Krankenhausbetten je 1000 Einwohner. Der Zusammenhang ist recht deutlich zu den Covid-19-Daten. In etwa gilt: Je geringer die Abdeckung mit Krankenhausbetten, je ausgeprägter sind die Auswirkungen von Covid-19.



### Nachtrag:



(9.12.20) [Nach dieser Auswertung](#) gibt es (auch) in Deutschland keine Übersterblichkeit durch Covid-19 (in der Quelle weit herunter scrollen).