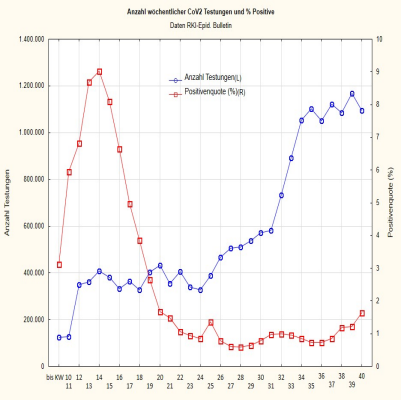

Neue Zahlen â?? neues Leid? Ein Update, neue Informationen und neue Fragen

Description

Die Politik prescht voran: neue, bedenklich steigende Zahlen der Corona-Infizierten, heiÃ?t es, meine alte Grafik von vor zwei Wochen ist schon Ã¼berholt, sagen mir Leser. Daher habe ich hier eine aktualisierte Grafik, die die Daten bis Kalenderwoche 40, also die letzte Septemberwoche enthÃ¤lt, die letzten, die das RKI zur VerfÃ¼gung gestellt hat:

Â© Prof. Harald Walach

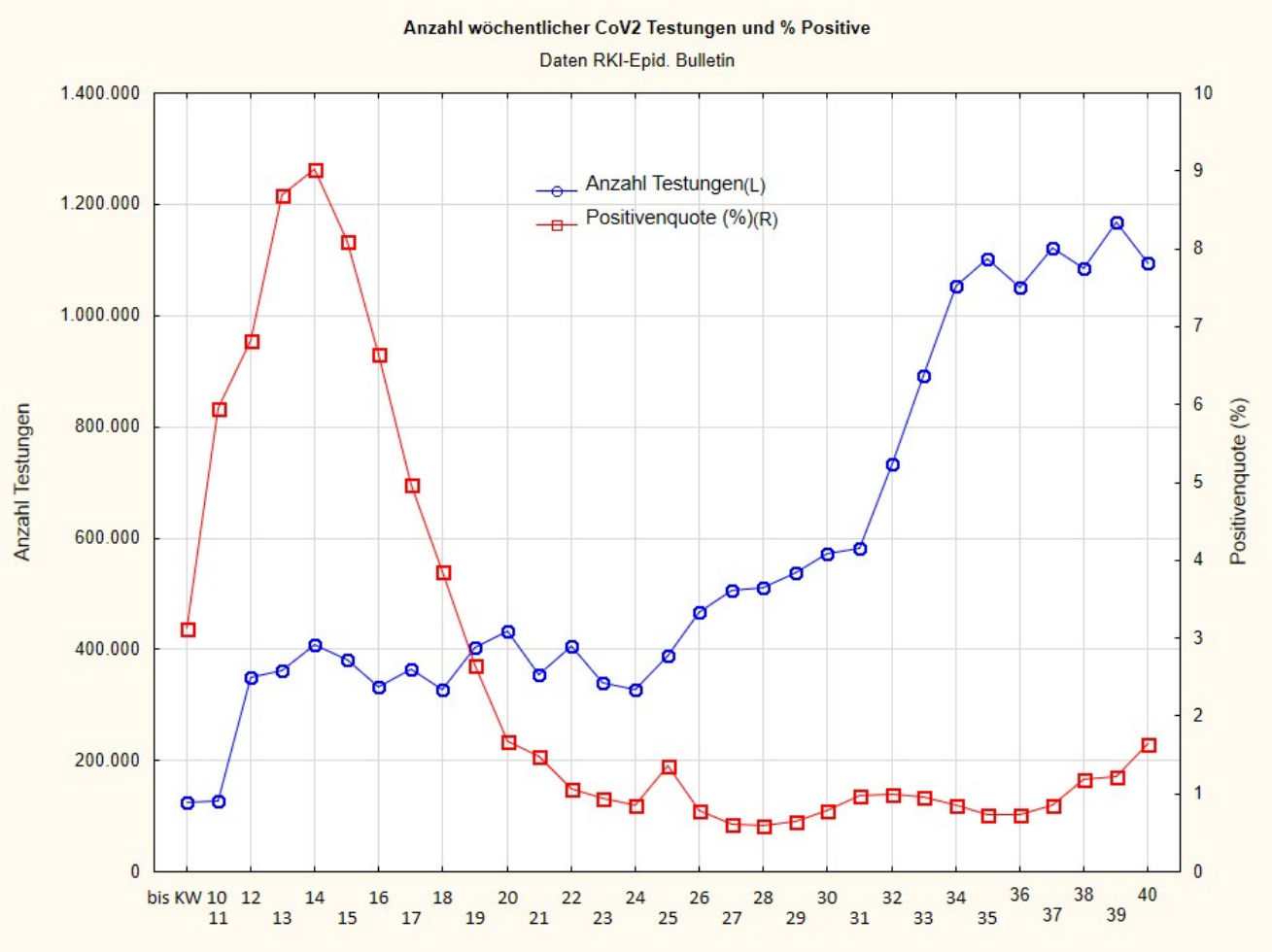

Abbildung â?? Entwicklung der % positiv getesteten Sars-CoV2-FÃ¤lle (rot, rechte Skala), standardisiert auf die Anzahl der Tests (blau, linke Skala)

Wir sehen, so viel hat sich gar nicht geÃ¤ndert. Es ist zwar in der Tat ein leichter Anstieg der FÃ¤lle zu vermelden auf 1,64% aller Tests von 1,19% seit der letzten Grafik (wohl gemerkt, nicht der Getesteten, weil viele mehrfach getestet werden!). Das Ansteigen der â??Zahlenâ??, also unstandardisierter Fallzahlen, wie sie in den Medien in der Regel immer noch â?? falsch, unverantwortlich â?? berichtet werden, ist hauptsÃ¤chlich auf eine Ausweitung der Teststrategie auf Ã¼ber 1 Million Tests pro Woche zurÃ¼ckzufÃ¼hren. DarÃ¼ber hinaus ist ein leichter Anstieg erkennbar.

Prof. Schrappe und Kollegen, die seit Beginn der Krise versuchen, durch eigene, sorgfÃ¤ltige Analysen Vernunft und MaÃ? in die Diskussion zu bringen, haben ein neues, aktualisiertes Thesenpapier verÃ¶ffentlicht, in dem sie die Zahlen des RKIs standardisiert und in verschiedener Aufbereitung berichten. Ich empfehle dieses Papier allen Medienschaffenden, Politikern und Lesern aufs WÃ¤rmste (Text; Grafiken).

Dort werden diese absoluten Zahlen nÃ¤mlich kontextualisiert. Die Autoren zeigen: Es gibt einen leichten Anstieg, in der Tat, der aber vor allem auf eine planlos ausgeweitete Teststrategie zurÃ¼ckzufÃ¼hren ist. Sie fordern eine gezielte Testung von Hochrisiko-Gruppen zur Eingrenzung groÃ?er Infektionscluster. Sie weisen darauf hin, dass im Unterschied zur Anfangszeit im Moment vor allem JÃ¼ngere als PCR-positiv Getestete gefunden werden. Gleichzeitig geht die LetalitÃ¤t deutlich zurÃ¼ck. Die KapazitÃ¤tsgrenzen des Gesundheitssystems sind bei weitem nicht erreicht und werden es auch nicht, weil es keinen unbeherrschbaren Anstieg gibt. Derzeit sind etwa 21.000 von 30.000 Intensivbetten in Deutschland belegt, die wenigsten davon mit

Â© Prof. Harald Walach

Covid-19 Patienten. Lt. Situationsbericht des RKI vom 12.10. sind dies derzeit 590 Patienten. Zum Zeitpunkt der hÃ¶chsten Fallzahlen Mitte bis Ende April hatten wir knapp 3.000 Betten mit Covid-19 Patienten belegt. Es gibt keinen Grund davon auszugehen, dass es jetzt schlimmer werden wÃ¼rde, denn junge PCR-Positive werden sich nur Ã¤uÃ?erst selten zu intensivpflichtigen Patienten entwickeln.

Der Blick Ã¼ber die Grenze ist immer nÃ¼tzlich, aber im Fall von Frankreich sagt er nichts Ã¼ber die deutsche Entwicklung aus. In Frankreich steigen die populations-standardisierten Zahlen in der Tat steil an. Nicht aber in Deutschland und auch nicht in Schweden. In beiden LÃ¤ndern ist ein milder Anstieg zu sehen. TodesfÃ¤lle steigen weder in Deutschland noch in Schweden an und in Frankreich nur sehr leicht.

Was genau heiÃ?t denn eigentlich â??Sars-CoV-2 positivâ?? anhand des PCR Tests?

Was ich komplett unverantwortlich finde, ist die Tatsache, dass im Moment offenbar immer Ã¶fter von â??Corona-Krankenâ?? gesprochen wird, wenn jemand einen positiven PCR-Test aufweist. Ein PCR-Test weist Genschnipsel von Viren nach, damit aber nicht zwingend infektiÃ¶se Viren, noch Virenlast, noch Krankheit. Dazu kommen folgende Probleme, die zu beachten sind:

1. In einer Situation wie derzeit, wo es gar nicht sehr viele FÃ¤lle gibt, aber viel blindlings in der Breite getestet wird, ist die Gefahr falsch Positiver erhÃ¶ht. Schrappe und Kollegen rechnen in ihrem Papier auf Seite 21 vor: Wir gehen von bekannten Daten aus und davon, dass der Test eine SensitivitÃ¤t von 95% hat, also in 95% der FÃ¤lle positiv ist, wenn tatsÃ¤chlich eine Infektion vorliegt, und eine SpezifitÃ¤t von 95% hat, also in 95% der FÃ¤lle nur dann anschlÃ¤gt, wenn wirklich ein Sars-CoV-2 Virusfragment vorhanden ist. Daraus folgt: Wir testen 1.000 Menschen, dann findet der Test bei diesen 1.000 Testungen und einem Vorkommen von einem Positiven bei 50 Menschen (also bei 2% PrÃ¤valenz, die wir derzeit etwa haben) insgesamt 68 PCR-Positive. Von diesen sind aber nur 19 wirklich echt positiv, 49 falsch positiv und einer ist falsch negativ. Wir sehen also, dass in einer NiedrigprÃ¤valenz-Situation wie der derzeitigen die Gefahr der falsch Positiven sehr viel grÃ¶Ã?er ist, als die Gefahr der falsch Negativen. Die Zahl der falsch Negativen kann man hier statistisch vernachlÃ¤ssigen. Die anderen nicht. Denn bei allen positiv Getesteten, der Ã?berzahl von ihnen falsch positiv, werden freiheits-einschrÃ¤nkende MaÃ?nahmen angesetzt: QuarantÃ¤ne, Auflagen, etc.
2. Selbst wenn einer echt positiv ist, also in unserem Szenario mit einer PrÃ¤valenz von 19 von 1.000 (also vermutete 1,9%) dann heiÃ?t das nicht, dass er oder sie ansteckend ist, weil wir gar nicht wissen, wie hÃ¤ufig PCR-Positive auch ansteckend sind.
3. Schon gar nicht heiÃ?t das, dass die Person klinisch krank ist.
4. Denn dieser Test ist hypersensibel. Das geben die Testautoren sogar selber an [1]. Sie haben nÃ¤mlich die Anzahl der Aufbereitungszyklen von gewÃ¶hnlicherweise 30-35 auf 40-45 erhÃ¶ht. Das heiÃ?t: auch winzigste Mengen an Genmaterial werden vermehrt. Das kann eine Tugend sein, wenn man sicher gehen will, dass man nichts, aber auch gar nichts, Ã¼bersieht. Das ist aber spÃ¤testens dann ein Ã?bel, wenn der Test gar nicht fÃ¼r klinische Zwecke, sondern nur fÃ¼r wissenschaftliche zugelassen ist, aber trotzdem in der Klinik und in der Breite angewandt wird.

Kritische Fragen zum â??Drosten-Testâ??

Der PCR Test von Prof. Drosten und seiner Arbeitsgruppe wurde am 21. Januar eingereicht, am 22. akzeptiert und am 23. Januar 2020 publiziert [1], also offenbar ohne einen Peer-Review und ohne ernsthafte PrÃ¼fung. Wie sinnvoll ist es, das politische Wohlergehen eines Landes von einer Teststrategie abhÃ¤ngig zu machen, die wissenschaftlich nicht sauber validiert ist?

Â© Prof. Harald Walach

Wer genau verdient mit der Anwendung dieses PCR-Tests Geld? Wer besitzt das Patent? Und wohin flieÃ?en die Tantiemen daraus und die Einnahmen aus der Verwendung des Tests Ã¼ber die Krankenkassen? Wer hat alles Interesse daran, dass auf Teufel komm raus getestet wird? Wie wahrheitsgemÃ¤Ã? ist es, wenn die Autoren des PCR-Tests [1] und spÃ¤ter der Validierung [3] sagen, sie hÃ¤tten keine Interessenskonflikte, also keinerlei finanzielle oder persÃ¶nliche Verbindungen zu Personen, Firmen oder EntitÃ¤ten, die mit diesem Test Geld verdienen?

Wie hÃ¤ufig wird ein PCR-testpositiver Mensch eigentlich wirklich krank?

Diese Frage ist eigentlich zwingend zu beantworten, wenn man aus den positiven Testergebnissen irgendeine Konsequenz, klinisch, juristisch, politisch, ableiten will. Ich habe sie mir vor Kurzem gestellt. Die Antwort ist, dass wir es nicht wissen. All diejenigen, die mir nicht glauben oder die es anders wissen, bitte ich, mir die Belege (wissenschaftliche Literatur, Daten) zu schicken. Ich habe bisher keine gefunden. Ich habe bei Pubmed, der Ã¶ffentlich zugÃ¤nglichen medizinischen Datenbank gesucht (mit den Worten CoV2, Covid-19, Covid, Sars-Cov und â??longitudinalâ?? in Titel und Abstract, denn als MeSH Terme gibt es diese Begriffe nicht bzw. es ergeben sich keine Treffer). Ich wollte prospektive, longitudinale Kohorten finden, die von Testung zur klinischen AuffÃ¤lligkeit oder Hospitalisierung verfolgt und dokumentiert werden. Die Suche ergab 399 Treffer. Ich habe sie alle durchgesehen. Kein einziger publizierter Artikel enthÃ¤lt diese Information. Es gibt eine Reihe von Publikationen, die retrospektiv von klinisch Kranken oder Hospitalisierten zurÃ¼ckverfolgt haben. Aber das ist in diesem Fall irrelevant. Ich habe auch den Preprintserver MedRxiv durchsucht. Auch da findet sich nichts.

Im Klartext: **Wir haben Ã¼berhaupt keine Ahnung, wie hÃ¤ufig jemand, der mit PCR positiv getestet wird, tatsÃ¤chlich klinisch relevant krank wird, ins Krankenhaus und auf die Intensivstation muss.** Vor allen dann nicht, wenn die Person, so wie derzeit, eher jung ist.

Und auf Grundlage dieser Unkenntnis nehmen wir positive PCR-Tests als Grundlage, um weitreichende politische MaÃ?nahmen zu beschlieÃ?en? Wo ist da eigentlich die Vernunft und die Rechtfertigung fÃ¼r derlei Entscheidungen?

Was sagen andere Daten Ã¼ber die Beziehung zwischen klinischen FÃ¤llen und TodesfÃ¤llen aus?

Rainer Klement und ich haben in einer neuen Studie, die jetzt auf dem Preprintserver Zenodo â?? dem Preprintserver des CERN â?? zugÃ¤nglich ist, versucht herauszufinden, wodurch sich Covid-19 Todesraten in Europa aufklÃ¤ren lassen. Diese variieren nÃ¤mlich sehr stark zwischen LÃ¤ndern in denen es keine oder kaum Covid-19 TodesfÃ¤lle gibt, und solchen, in denen es relativ viele gibt. Die TodesfÃ¤lle haben wir auf die Population standardisiert. Die Sars-CoV-2-FÃ¤lle haben wir auf die Anzahl der Tests standardisiert. Wir haben auÃ?erdem noch folgende Variablen in die Modellbildung aufgenommen: GrÃ¶Ã?e der Population, Lebenserwartung (als Indikator der Altersstruktur), Prozent der Alten Ã¼ber 65 Jahre, die gegen Grippe geimpft sind, die Anzahl der politischen MaÃ?nahmen (auch als â??non-pharmacological interventionsâ?? â?? NPIs bekannt) in einem Land und die Geschwindigkeit, mit der ein Land auf die Epidemie reagiert hat. Die Datenbasis waren die Daten aus der Worldometers-Datenbank zu Europa am 30.8.2020, sowie Daten vom European Center of Disease Prevention and Control bzw. aus [2]. Die Informationen zu NPIs stammten von den LÃ¤nderseiten aus Wikipedia.

Das Interessante an diesem Datensatz: Wir kÃ¶nnen ca. 60% der VariabilitÃ¤t, also der Unterschiede zwischen den LÃ¤ndern in den Covid-19 Todesraten mit 3 Variablen aufklÃ¤ren (die anderen spielen statistisch keine Rolle). Die Fallzahl, also die Prozent positiver FÃ¤lle in einem Land (das, was in meiner Grafik oben rot wiedergegeben ist), ist nicht die wichtigste Variable. Sie klÃ¤rt ungefÃ¤hr 26% der VariabilitÃ¤t auf. Wichtiger ist die Anzahl der Ã¼ber 65-JÃ¤hrigen in einem Land, die gegen Grippe geimpft sind. Diese Variable klÃ¤rt

Â© Prof. Harald Walach

ungefÃ¤hr 30% der VariabilitÃ¤t auf. Das heiÃ?t, je mehr Personen Ã¼ber 65 in einem Land gegen Grippe geimpft sind, umso mehr TodesfÃ¤lle mit Covid-19 gibt es in diesem Land.

Die NPIs, also die â??MaÃ?nahmenâ?? klÃ¤ren etwa 4% der VariabilitÃ¤t auf, spielen also eine ziemlich untergeordnete Rolle. Und diese Rolle ist keineswegs prÃ¤ventiv, sondern verschlimmernd. Denn der PrÃ¤diktor ist positiv. Im Klartext: Je mehr MaÃ?nahmen in einem Land gesetzt wurden, umso mehr TodesfÃ¤lle. Das ist fÃ¼r mich ein Indiz dafÃ¼r, dass die Heftigkeit einer Reaktion in einem Land weniger als PrÃ¤vention zu sehen war, denn als Indikator fÃ¼r die Panik und Angst in diesem Land. Denn die MaÃ?nahmen haben keine TodesfÃ¤lle verhindert, sondern sind allenfalls mit einer ErhÃ¶hung der Anzahl verbunden. Das darf man nicht kausal fehldeuten, sondern es stellt eine Assoziation dar.

FÃ¼r unseren Zusammenhang wichtig: Der Zusammenhang zwischen einem PCR-positiven Fall und einem Todesfall ist bestenfalls moderat. Man darf auch nicht vergessen, dass das keine longitudinale Studie ist, sondern ein Querschnitt der zu einem Zeitpunkt kumulative Daten verarbeitet. Da am Anfang vor allem Ã?ltere, Multimorbide und sehr GefÃ¤hrdete von der Infektion betroffen waren und gestorben sind, ist davon auszugehen, dass in einer sorgfÃ¤ltigen longitudinalen Dokumentation der Zusammenhang zwischen einem PCR-positiven Test und einem klinischen Fall bzw. Todesfall noch sehr viel geringer sein wird. Diese Daten werden dringend benÃ¶tigt. Wer unternimmt eine solche Studie? Warum hat das RKI nicht schon lÃ¤ngst eine solche angestoÃ?en?

Warum ist die Grippe-Impfung bei den Alten so ein wichtiger PrÃ¤diktor? Das ist schwer zu sagen. Es ist auch hier wichtig zu betonen, dass der Zusammenhang keine KausalitÃ¤t darstellt. Eine Grippe-Impfung fÃ¼hrt also nicht kausal dazu, dass man an Covid-19 stirbt. Aber in LÃ¤ndern, in denen mehr Alte gegen Grippe geimpft werden, ist das Risiko an Covid-19 zu sterben fÃ¼r die, die daran erkranken, hÃ¶her. Warum? Die Korrelation kÃ¶nnte eine Scheinkorrelation sein und irgendwas anderes ist fÃ¼r diesen Zusammenhang verantwortlich. Es kÃ¶nnte auch sein, dass durch die Impfung eine Virusinterferenz entsteht, also die Empfindlichkeit gegenÃ¼ber einem neuen Erreger erhÃ¶ht wird. Da die Grippe-Impfungen vermutlich zu dem Zeitpunkt durchgefÃ¼hrt wurden, als der neue Erreger auftauchte, kÃ¶nnte das eine ErklÃ¤rung sein. Aber die ehrliche Antwort ist, dass wir es nicht wissen.

Dass die politischen MaÃ?nahmen wenig verhindert haben, habe ich in meinem Faktencheck schon erlÃ¤utert. Dass sie sogar eher mit einer Verschlimmerung einher gehen, als dass sie prÃ¤ventiv sind, ist ein politisch hÃ¶chst unbefriedigender Befund, aber leider nicht zu Ã¤ndern. Dies sollte allen, die nach einem Lockdown oder nach verschÃ¤rften MaÃ?nahmen rufen, zu denken geben. Denn ihr Handeln ist nicht von wissenschaftlichen Daten gedeckt und damit ggfls. auch juristisch angreifbar.

Ein Hoffnungsschimmer â?? die Great Barrington ErklÃ¤rung: Drei Professor/innen aus Harvard, Oxford und Stanford und andere Kollegen melden sich kritisch zu Wort

Mittlerweile rÃ¼hrt sich auch bei hochdotierten medizinischen Wissenschaftlern Skepsis. Am 4. Oktober wurde in Great Barrington eine ErklÃ¤rung von drei angesehenen Wissenschaftlern verfasst, die man hier in allen mÃ¶glichen Sprachen findet: https://gbdeclaration.org/.

Prof. Martin Kulldorff, ein Epidemiologe aus Harvard, Prof. Sunetra Gupta aus Oxford, eine Epidemiologin, die sich mit Immunologie und Vakzinentwicklung auskennt und Prof. Jay Bhattacharya, ein Arzt und Public Health Experte aus Stanford, haben sie verfasst und 35 weitere hochrangige Professoren aus England, den USA, Canada, Schweden, Israel, Indien und Neuseeland sind die Mitunterzeichner. Darunter sind auch sehr illustre Namen wie David Katz, der GrÃ¼nder des Yale Prevention Center, oder Michael Levitt, der den Nobelpreis 2013 in Chemie erhielt. In der Essenz sagen sie: dass diese Epidemie weniger dramatisch ist, als wir am Anfang befÃ¼rchtet

Â© Prof. Harald Walach

haben; dass sie beherrschbar ist; dass vor allem die Alten, Kranken und Bedrohten zu schÃ¼tzen sind; und alle anderen in Ruhe ihrem Leben nachgehen sollen, weil ihnen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht viel passieren wird. Denn so kann eine HerdenimmunitÃ¤t aufgebaut werden, die dann alle schÃ¼tzt. Insbesondere sollte man aufhÃ¶ren, dem Infektionsschutz alles andere, wie die wirtschaftliche, persÃ¶nliche und politische Entwicklung, unterzuordnen. Wenn man das fortsetzt, bis eine Impfung zur VerfÃ¼gung steht, dann wird man Schaden anrichten, der nicht wieder gut zu machen ist. Das ist im Ã¼brigen ziemlich genau das, was ich bereits im MÃ¤rz in meinem allerersten Beitrag zu Covid-19 vorgeschlagen habe.

Die ErklÃ¤rung kÃ¶nnen alle unterschreiben, als â??concerned citizenâ??, oder als Professionelle. Als ich sie unterschrieben habe, habe ich die Nachricht erhalten, dass das System Ã¼berlastet sei und eine RÃ¼ckmeldung mindestens einen Tag dauern werde. Das ist ein sehr gutes Zeichen, finde ich.

Ich rate allen Medienmachern, allen Politikern und deren Beratern sehr, sehr dringend, sich dieses Dokument sorgfÃ¤ltig anzusehen. Und nicht nur das Dokument, sondern vor allem die Daten (nicht die â??Zahlenâ??).

Quellen

1. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DK, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Eurosurveillance. 2020;25(3):2000045. doi: doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045.
2. EBMPHET Consortium. COVID-19 Severity in Europe and the USA: Could the Seasonal Influenza Vaccination Play a Role? SSRN. (7/6/2020). doi: 10.2139/ssrn.3621446
3. Matheeussen V, Corman VM, Donoso Mantke O, McCulloch E, Lammens C, Goossens H, et al. International external quality assessment for SARS-CoV-2 molecular detection and survey on clinical laboratory preparedness during the COVID-19 pandemic, April/May 2020. Eurosurveillance. 2020;25(27):2001223. doi: https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.27.2001223.

Date Created
13.10.2020

Â© Prof. Harald Walach