

Der Stand der Dinge

Der Lockdown, die Infection Fatality Rate und die Frage aller Fragen: Cui Bono

„Einen harten Lockdown haben weder Taiwan noch Südkorea noch Japan erlebt.“ schreibt der SPIEGEL in einem [lesenswerten Artikel](#) über den Umgang mit Covid-19 in Asien. Und die [WELT](#) fragt: „Was ist das Geheimnis des Taiwan-Modells?“ und führt aus:

Eine der ersten Maßnahmen, die Taiwan gegen das Coronavirus einleitete: Es schloss seine Grenzen. [...] Zudem schickte das Land alle Menschen, die mit Infizierten in Kontakt gewesen waren, in eine zweiwöchige Isolation. Bis heute gilt: Wer aus dem Ausland kommt, muss sich in eine 14-tägige Quarantäne begeben[...]. In der Quarantäne überwachen die Behörden den Standort der Betroffenen per Handy-Funksignal. Wer seinen Standort verlässt, bekommt erst eine Warn-SMS – und dann, bei Missachtung, Behördenbesuch.

350.000 Menschen wurden bislang quarantänisiert. Taiwan hat bei 23 Millionen Einwohnern gerade mal 607 „Infektionen“ (= positiver PCR-Test auf Covid-19) und nur 7 Menschen sind gestorben. Der medizinische, aber auch der ökonomische Erfolg der uns als hart oder gar unzumutbar erscheinenden Massnahmen ist offenkundig:

Im zweiten Quartal schrumpfte das Bruttoinlandsprodukt in Taiwan zudem nur um 0,6 Prozent zum Vorjahr, in Deutschland dagegen um 9,7 Prozent. (WELT)

Taiwan gilt als Demokratie, wie Japan und Südkorea. Es wird wohl - das insinuiert der SPIEGEL-Artikel - stark mit der asiatischen Kultur zusammenhängen, dass es gegen die geschilderten behördlichen Auflagen nicht nur keine Proteste gibt, sondern auch bloße Empfehlungen ganz freiwillig befolgt werden:

Als Japans Regierung den Menschen empfahl, zu Hause zu bleiben und Restaurants und Bars zu schließen, hielten sich die Bürger daran – auch ohne Strafen oder Überwachung.

Dass sich die Menschen an diese Vorgaben halten, führt Oshitani auf die starke soziale Kontrolle in Japan zurück. »Steigen Sie in eine U-Bahn in Japan ein. Dort tragen 99 Prozent der Menschen eine Maske«, sagt Oshitani. Der Druck sei groß, sich an die Regeln zu halten und andere nicht unnötig zu gefährden (ebda).

Inselstaaten wie Taiwan oder auch Neuseeland können Landesgrenzen relativ leicht schliessen und überwachen. Das trifft für Deutschland eher nicht zu, zumal, wenn die Bevölkerung gerne Urlaub am Mittelmeer machen will und in der Landwirtschaft viele Erntehelfer aus anderen Ländern gebraucht werden.

Darüberhinaus haben die Menschen hier eine andere Auffassung von individueller Freiheit als in Taiwan, Japan oder Südkorea. Eine Diskussion darüber, was gesamtgesellschaftlich oder auf das Glück des Einzelnen bezogen in welcher Situation das bessere oder schlechtere Modell sei, soll hier nicht geführt werden. In einer Pandemie allerdings hat die asiatische „Gemeinwohl-vor-Egoismus“-Kultur, die die Akzeptanz der oben geschilderten strengen Massnahmen überhaupt erst ermöglicht, für sehr viele auch greifbare Vorteile:

Millionen Menschen können sich dort (*gemeint sind Japan, Taiwan, Südkorea, d.A*) seit

Monaten weitgehend frei bewegen. Cafés, Restaurants und Läden blieben überwiegend geöffnet. (SPIEGEL)

Keine Frage, dass die dazu notwendigen Überwachungsmechanismen in Europa oder gar den USA so nicht akzeptiert worden wären. Schweden hat es mit maximaler Freiheit und Selbstverantwortung versucht und muss jetzt - wie schon im April [vorhergesagt](#) - doch die Zügel anziehen, die Zahlen gegenüber den Nachbarländern erscheinen einfach zu schlecht.

Aber was sagen die aktuellen Zahlen denn zum Stand der Dinge wirklich aus? Die nächsten Tabellen zeigen die aus aktuellen Worldometer-Zahlen (24.11.20) errechnete IFR, die Infection-Fatality-Rate, also die Anzahl der Toten geteilt durch die Anzahl von „cases“, nicht zu verwechseln mit der CFR, der Case Fatality Rate, die rigider definiert ist, denn da zählen nur durch klinische Diagnose erhärtete Fälle. Dem Worldometer genügen aber laborbestätigte, teilweise auch nur Verdachtsfälle:

Total Cases = reported total cumulative count of detected and laboratory [...] confirmed positive and sometimes - depending on the country reporting standards - also presumptive, suspect, or probable cases of detected infection.

Gesamtzahl der Fälle = gemeldete kumulative Gesamtzahl der entdeckten und durchs Labor [...] positiv bestätigten, sowie manchmal - abhängig von den Standards der Länderberichterstattung - auch vermuteten, verdächtigen oder wahrscheinlichen Fälle einer erkannten Infektion.

Alles andere wäre auch nicht sehr sinnvoll, denn die Mehrheit der Menschen unter 50 entwickelt ja gar keine Symptome, und wenn, dann mit 5-7 Tagen Verzögerung, das wäre zu spät für eine zeitnahe Berechnung von R, auf die man reagieren will. Ohne die Fälle von positiven Labortests ohne bestätigende klinische Diagnose mit zu zählen, könnte man keine sinnvolle Vorsorge betreiben, es wäre kaum zu begründen, dass man – viel zu spät – noch Quarantäne verhängt und das RKI müsste zwei verschiedene Zahlen ausreichen. Da Grippe niemals anlasslos getestet wird, hat man hier maximal eine CFR, den krankte Patienten mit dem bestätigenden Grippe-Test, eine IFR muss geschätzt werden unter Zuhilfenahme von z.B. Exzessmortalität. Bei C-19 gilt – teils lautstark kritisiert – aber schon der - im Zweifel durch Zweitmessung - verifizierte PCR-Test als „Diagnose“, anderfalls könnte man so schwere Eingriffe in die persönliche Freiheit wie die sofortige Quarantäne kaum begründen. Das RKI verwendet hier den Begriff der labordiagnostischen Bestätigung.

Warum muss hier die IFR nicht durch eine zu ergänzenden Dunkelziffer geschätzt werden, wie es in der Definition heisst? Weil es hier, im Gegensatz zur Grippe sehr viele de facto anlasslose Tests gibt. Das sieht man am vergleichsweise geringen Prozentsatz von positiven gegen negative Tests. In Deutschland werden ca. 1,2 Mio Menschen wöchentlich getestet, und derzeit kursieren Zahlen zwischen 15.000 bis 22.000 „Neu-Infektionen“ pro Tag, zusammen etwa 11% der Testzahl. Das sind natürlich keine Reiserückkehrer mehr, sondern praktisch alles „Kontaktpersonen“, von denen, die sich eigeninitiativ aufgrund von Symptomen testen lassen, mal abgesehen. Bei so hohem Testüberschuss ist eine große Dunkelziffer eher unwahrscheinlich.

Caveat: die Zahlen für China sollen auf echten Erkrankungen beruhen, wären also eine echte CFR. Sie werden hier nicht verwendet.

Jede Art von z.B. falsch positiven Tests übrigens würde diese IFR absenken: 1/100 ergibt eine IFR von 1%, wenn aber 50% der Tests falsch positiv gewesen wären, würde die korrekte IFR dann 1/50 oder 2/100 lauten, also auf 2% steigen. Die IFR der o.a. Länder plus Neuseeland sieht so aus:

S. Korea	1,63%
Japan	1,50%
New Zealand	1,23%
Taiwan	1,13%

Dagegen sortiert sich Deutschland zwischen Südkorea und Japan ein, Österreich, Norwegen und Liechtenstein sind besser als oben der Spitzenreiter Taiwan:

Germany	1,54%
Liechtenstein	1,04%
Austria	0,98%
Norway	0,94%

Länder mit höherer IFR...

Australia	3,26%
Sweden	3,08%
Ireland	2,86%
Belgium	2,81%
Spain	2,68%

...und niedriger IFR:

Iceland	0,49%
Singapore	0,05%

Man könnte nun vermuten, dass es eine Rolle spielt, wieviele Tests überhaupt gemacht wurden. Am leichtesten sieht man das in Prozent der Bevölkerung, wobei da der Wert durch Mehrfachtestung auch auf über 100% steigen kann, so wie beim Spitzenreiter Luxemburg:

Land	IFR	Test%
Luxembourg	0,88%	206,50%

Aber auch Singapur hat eine im Weltvergleich sehr hohe Testrate, Burundi, der zweitbeste bzgl. der Todesfallrate, dagegen eine winzige Testrate, die die ermittelte IFR ein wenig zweifelhaft erscheinen lässt:

Land	IFR	Test%
Singapore	0,05%	72,04%
Burundi	0,15%	0,52%
Curaçao	0,17%	11,40%
Germany	1,54%	31,54%

Deutschland hier nur zum Vergleich, das mit Platz 36 von 180 im oberen Viertel liegt. Man sieht also, dass die Testrate so gut wie gar nicht mit der IFR korreliert, einige Beispiele aus Ländern mit höherer, aber in sich ähnlicher Testrate:

Spain	2,68%	46,87%
Lithuania	0,81%	46,83%
San Marino	3,08%	45,02%
Aruba	0,95%	44,03%
Portugal	1,50%	42,40%

Eine Erklärung für die extrem niedrige Letalität von Covid-19 in Singapur liegt im Altersschnitt der Infizierten. Bernd Paysan, dem ich diesen Hinweis verdanke, schreibt:

Dort [Singapur] betraf die große Welle ab Mai praktisch nur dicht auf dicht zusammengepferchte Gastarbeiter, die relativ jung sind. Und dieser Ausbruch konnte dank der rigiden Maßnahmen eingedämmt werden, bevor er ältere Leute erreicht hat.

und zitiert [Reuters](#):

About 95% of Singapore's COVID-19 infections are among migrant workers, mostly in their 20s or 30s, living in cramped dormitories and employed in labour-intensive sectors such as construction and shipbuilding.

Dass die Letalität unter dem Alter von 50 geringer als die der Grippe ist, ist ja mittlerweile hinreichend dokumentiert.

Schauen wir uns ein paar Länder mit extrem hoher Testrate an (das können sich nur reiche Länder leisten), dann fällt auf, dass sie alle, ausser Island, in südlicheren Breiten liegen:

UAE	0,35%	159,60%
Bahrain	0,39%	115,01%
Iceland	0,49%	111,89%
Monaco	0,51%	132,02%
Gibraltar	0,52%	250,72%

Von den Isländern wissen wir, wenn auch nur anekdotisch, dass sie recht regelmäßig Lebertran zu sich nehmen und natürlich auch viel Kaltwasserfisch essen, beides exzellente Quellen für das immununterstützende Vitamin D.

Wenn man die ganze Tabelle nach Letalität sortiert und oben und unten ca. 5% auslässt (je 8 von 180), dann reichen die Werte der IFR von 0,39% (Bahrain) bis 5,29% (Liberia). Aber eben auch von Testraten deutlich kleiner 1% (Afghanistan) bis 250% (Gibraltar).

Aber was bedeutet das wiederum für das jeweilige Land? Sind viele oder vergleichsweise wenige Menschen gestorben?

Die folgenden Tabellen zeigen das in Promille der Bevölkerung:

Taiwan	1,13%	0,0003‰
Vietnam	2,67%	0,0004‰
Papua New Guinea	1,11%	0,0008‰

Italy	3,52%	0,8350‰
Spain	2,68%	0,9224‰
Peru	3,75%	1,0750‰
Belgium	2,81%	1,3571‰

Man sieht also, dass auch die länderspezifische IFR oder Letalität von Covid-19 kein Massstab dafür ist, wie stark ein Land wirklich belastet ist. Zum Vergleich hier nochmal drei Länder:

Land	IFR	Death‰	Test%
Finland	1,75%	0,0693‰	32,81%
Germany	1,54%	0,1738‰	31,54%
Sweden	3,08%	0,6327‰	28,78%

In Schweden sind, bezogen auf die Bevölkerung, über 3 mal mehr Menschen gestorben als bei uns, und über 9 mal mehr als in Finnland, wobei sich die Testraten kaum unterscheiden, wohl aber die Letalität.

Aber man kann es als „zivilisiertes“ Land auch noch schlechter machen:

Land	IFR	Death‰	Test%
UK	3,62%	0,8119‰	60,73%
Italy	3,52%	0,8350‰	33,99%
Spain	2,68%	0,9224‰	46,87%
Belgium	2,81%	1,3571‰	49,08%

Man könnte nun meinen, Zahlen von Todesfällen im >>Promille-Bereich<< seien kein Anlass für die scharfen Massnahmen, die weltweit fast überall ergriffen wurden, immerhin sterben ja übers Jahr immer 1,25% einer Bevölkerung, wenn die Lebenserwartung 80 Jahre beträgt und die Bevölkerungsentwicklung statisch ist. Das wäre allerdings deshalb ein mathematischer Trugschluss, weil ja nirgendwo die Gesamtbevölkerung infiziert war oder ist, sondern nur ein geringer Teil. Und wie groß dieser Teil ist, ergibt sich aus Bevölkerung dividiert durch positive Tests, also „cases“:

Land	IFR	Cas%	Death‰
Australia	3,26%	0,11%	0,0354‰
Austria	0,98%	2,77%	0,2724‰
Belgium	2,81%	4,82%	1,3571‰
Canada	3,41%	0,89%	0,3042‰
Denmark	1,10%	1,24%	0,1360‰
Finland	1,75%	0,40%	0,0693‰
France	2,30%	3,28%	0,7536‰
Germany	1,54%	1,13%	0,1738‰
Iceland	0,49%	1,55%	0,0760‰
Liechtenstein	1,04%	3,03%	0,3144‰
Luxembourg	0,88%	4,94%	0,4333‰
Netherlands	1,83%	2,86%	0,5216‰
New Zealand	1,23%	0,04%	0,0050‰
S. Korea	1,63%	0,06%	0,0099‰
Singapore	0,05%	0,99%	0,0048‰
Sweden	3,08%	2,06%	0,6327‰
Switzerland	1,41%	3,46%	0,4864‰
Taiwan	1,13%	0,003%	0,0003‰
UK	3,62%	2,25%	0,8119‰

Da liegt z.B. zwischen Frankreich und Singapur mal eben der Faktor ~150! Zwischen den Schweden und Taiwan sogar der Faktor ~2000! Ist das der Preis der Freiheit?

Australien hat eine hohe IFR (3,26%), gleichzeitig aber nur sehr wenige „cases“ (0,11%), woraus eine sehr niedrige Zahl von Toten von 0,035 Promille resultiert, bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Der Bundesstaat Victoria hatte noch im September/Oktober (dort Frühlingsbeginn) einen knallharten Lockdown mit Ausgangsverbot, 3 km-Zone fürs Einkaufen etc. - bei Krankenhauszahlen die im Vergleich mit europäischen fast lächerlich niedrig wirkten.

Bei hundertmal mehr „cases“, also 11% statt 0,11%, müsste sich die Anzahl Toter auch verhundertfachen, der Promille-Wert wüchse auf 3,5% Promille bzw. 0,35 Prozent, bei nochmals 6 mal mehr, also 66% Infizierten läge man bei 2,1%, und das wäre fast das Doppelte der normalen jährlichen Todesfälle – aber zusätzlich! Vermutlich eine solche Überschlagsrechnung hat die Politik zu so harten Massnahmen veranlasst.

Warum 66%? Zum einen, weil es sich hier auch im Kopf gut nachrechnen lässt (mal 100 und dann mal 6 nehmen), zum anderen, weil das ungefähr die behauptete Grenze zur Herdenimmunität sei - meinen jedenfalls viele Forscher. Ob sie nun bei nur 44% oder doch 77% liegt, bleibt vermutlich für immer im Dunkeln, sofern die Impfstoffe funktionieren, es macht aber für unsere Kalkulation nicht den ganz großen Unterschied.

Rechnen wir das nochmal am Beispiel zweier Länder mit jeweils mehr als 100% Tests, also mehr als einem Test pro Einwohner nach:

Land	IFR	Cas%	Death‰	Test%
Iceland	0,49%	1,55%	0,0760‰	111,89%
Luxembourg	0,88%	4,94%	0,4333‰	206,50%

Bei dieser Testrate, verglichen mit den gefundenen Fällen, kann man guten Gewissens davon ausgehen, dass kaum Platz für eine Dunkelziffer ist, weder durch „false positive“ noch durch sog. „Asymptomatische“, die aufgrund fehlender Symptomatik gar nicht getestet wurden.

Island hat eine der weltweit niedrigsten IFRs (0,49%) und liegt mit 1,55% „cases“ eher im unteren Bereich, beides jedenfalls was die „Erste-Welt“ Länder angeht, woraus wieder eine niedrige Zahl von Toten bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 0,076 Promille resultiert. Bei z.B. 15,5% Infizierten (cases), also Faktor 10, würden daraus 0,76 Promille und bei 62% (15,5 x 4) dann 3,04 Promille. Eine Zahl, die bei knapp einem Viertel einer Standard-Gesamtsterblichkeit von 1,25% läge (0,3x4=1,2), die sich damit auf 1,55% erhöhte, aber auch dieses Viertel sähe man in der jährlichen Sterbe-Statistik deutlich.

Luxemburg liegt mit einer IFR von 0,88% eher im unteren Bereich in Europa, mit den „cases“ von 4,94% allerdings fast an der Spitze und hat 0,4333 Promille Tote. Bei 49,4% „cases“ (Faktor 10) würden daraus 0,433 Prozent und bei 64,2% „cases“ (Faktor 1,33) dann ca. 0,58% Tote. Wiederum verglichen mit der Gesamtsterblichkeit eine Erhöhung fast um die Hälfte, von 1,25% auf 1,83%.

Die Zahlen für Deutschland: 1,13% „Cases“, 0,174 Promille Tote, Cases mal 10 mal 6 wären dann 67,8% und 1,04% Tote, das ergäbe eine Erhöhung der Sterblichkeitsrate um 80%, wenn diese Infektionen alle binnen eines Jahres stattfänden.

Unter der Annahme, dass es 2/3 Covid-19 Infizierter bedarf für eine Herdenimmunität, kann man eine Liste erzeugen nach Zuwachs zur Mortalität, falls alle diese Infektionen in einer großen Welle innerhalb von 12 Monaten erfolgt wären – und diese Liste birgt einige Überraschungen. Unten eine Auswahl daraus. Mit wenigen Ausnahmen wurden alle Länder mit weniger als 20% Tests aussortiert, ebenso die meisten sehr kleinen Länder, sie wäre sonst zu lang geworden.

Überraschungen: zwei europäische Kleinstaaten, Andorra und San Marino liegen weit auseinander: 0,8 vs. 2,0 Prozent-Punkte Zuwachs zur jährlichen Mortalität von ~1,25%. UK an der Spitze, mit 2,39% zusätzlich, Hongkong dagegen im Mittelfeld mit 1,25%. Schweden noch vor Belgien und Spanien – das hätte niemand gedacht. Finnland schlechter als Deutschland, und Dänemark besser als Norwegen?

Das zeigt folgendes: Man darf sich von absoluten Zahlen nicht blenden lassen, aber selbst umgerechnete, relative, bergen Fallstricke. Nach Zahl der Toten pro Einwohner steht Finnland nicht nur viel, viel besser da als Schweden, sondern auch deutlich besser als Norwegen, legt man aber alles um auf den worst case, also wenn kein Impfstoff rechtzeitig zur Verfügung stünde und keine wirksame Behandlung oder gar Prävention gefunden würde, wenn Covid-19 wie die spanische Grippe solange kreisen müsste, bis 2/3 der Bevölkerung einmal infiziert und dann immun wären,

dann genau ergibt sich diese Liste an zusätzlicher Mortalität, in Prozentpunkten, die man der normalen Gesamtsterblichkeit von 1,25% aufaddieren müsste. Oberhalb der 1,25% (HongKong) ergäbe sich schon eine Verdoppelung, über 2,5% eine Verdreifachung und selbst bei 0,62% (Norwegen) eine Steigerung auf das Anderthalbfache:

Land	CalcDR+	Test%
UK	2,39%	60,73%
Italy	2,33%	33,99%
Canada	2,25%	28,89%
Australia	2,15%	38,16%
San Marino	2,03%	45,02%
Sweden	2,03%	28,78%
Ireland	1,89%	38,09%
Belgium	1,86%	49,08%
Spain	1,77%	46,87%
France	1,52%	30,65%
USA	1,36%	55,05%
Hong Kong	1,25%	53,12%
Greece	1,22%	21,60%
Netherlands	1,21%	22,70%
Cameroon	1,20%	0,56%
Finland	1,16%	32,81%
Russia	1,14%	50,22%
Germany	1,02%	31,54%
Portugal	0,99%	42,40%
Japan	0,99%	2,59%
Switzerland	0,93%	29,63%
New Zealand	0,81%	24,74%
Andorra	0,80%	208,65%
Taiwan	0,75%	0,45%
Denmark	0,73%	118,86%
Austria	0,65%	32,15%
Norway	0,62%	39,81%
Luxembourg	0,58%	206,50%
Israel	0,56%	58,03%
Iceland	0,32%	111,89%

Das alles sind natürlich nur Zahlenspielerien, Gedankenexperimente. Aber man kann daraus gut ableiten, warum es nicht zweckdienlich wäre, die Infektionen „laufen“ zu lassen, selbst wenn eine Herdenimmunität deutlich früher, vielleicht schon bei 33% einträte. Das würde die Zuwächse zwar halbieren, aber selbst das würde z.B. für die Niederlande - in der Mitte der obigen Liste - noch 50% mehr Tote, gerechnet auf ein Jahr, bedeuten. Selbst verteilt auf drei Jahre immer noch fünf mal mehr als die schwerste Grippewelle der letzten 20 Jahre, und das eben dann drei Jahre lang. Laufen lassen ist sicher keine Option.

Nun werden ja im Kreise der Corona-Skeptiker ganz andere IFRs diskutiert, die 0,27% von Ioannidis stehen genauso im Raum wie die 0,37% von Streek. Ioannidis' Preprint vom Frühjahr ist mittlerweile peer reviewed, erfährt aber immer noch starke Kritik, zum Teil in Detailfragen (falsche Zahlen, die der Epidemiologe Gideon Meyerowitz-Katz in [mehreren Tweets](#) aufzählt), vor allem aber wird kritisiert,

dass Ioannidis viele relativ minderwertige Studien kombiniert habe, die dazu neigten, die jeweilige IFR zu unterschätzen. Zudem habe er meist den niedrigen Wert als Median übernommen ([DerStandard](#))

Die sehr niedrige IFR von Ioannidis beruht, auch das wird angeführt, u.a. darauf, dass in den zitierten Studien minderwertige Tests mit hoher false-positive Rate verwendet wurden. Und das muss dann natürlich die errechnete IFR absenken, während die tatsächliche IFR weitaus höher liegt.

Eine sehr ausgewogene und fachlich fundierte „Kritik“ an Ioannidis kommt u.a. von Ulrich Dirnagl, Leiter der experimentellen Neurologie an der Charité, in seinem Blog „[Einsichten eines Wissenschaftsnarren](#)“.

Und Streek hat jetzt ein Problem mit seiner Studie. Seine Zahl errechnete sich aus den damals bekannten 7 Toten in Gangelst und ca. 1.890 durch ca. 900 Tests gefundenen und dann auf ganz Gangelst hochgerechneten „Infizierten“. Allerdings wurden dabei Daten bis Studienende berücksichtigt – und jeder weiss, dass die Todeskurve der Infektionskurve im Schnitt 14-18 Tage hinterherläuft, manchmal sogar Monate später noch Fälle dazukommen, wenn eine mehrwöchige Beatmung fatal endet.

Als die Forscher ihren Artikel am 4. Juni beim Fachmagazin „Nature Communications“ einreichten, waren von den bis Ende März positiv getesteten Patientinnen und Patienten schon zehn verstorben ([WELT](#))

Da sind also binnen fünf Wochen nach Studienende noch drei infizierte Studienteilnehmer gestorben, in den Monaten danach nochmals sechs, von denen aber nur drei eindeutig den Folgen der C-19 Infektion zugeordnet wurden (ebda). Daraus ergibt sich aber eine IFR von 0,69%, die nicht weit von der Luxemburgs (0,88%) entfernt ist. An Streeks Studie gibt es noch weitergehende Kritik, z.B. dass nur 19% der angeblich infizierten über Geruchsverlust geklagt hätten, dieser Wert aber gemeinhin gut dreimal höher sei, daraus würde sich dann eine IFR von ca. 2% errechnen, keineswegs unrealistisch für den Beginn der „Pandemie“, als Behandlungsprotokolle noch gesucht wurden.

Das IFR-Bild auf der Welt ist sehr uneinheitlich, es ist zum Beispiel unklar, warum Botswana mit einer für Afrika vergleichsweise hohen Testrate eine so niedrige IFR hat:

Land	IFR	Test%
Botswana	0,31%	16,80%
Djibouti	1,08%	9,12%
Namibia	1,04%	5,81%
South Africa	2,72%	8,90%

Vollkommen unbehandelt und in freier Wildbahn dürfte Covid-19 eine IFR von gut 2% oder mehr entwickeln. Wenn gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, liegt man mit 1% IFR wahrscheinlich selten zu hoch, aber oft zu niedrig. Österreich und Norwegen unterbieten diesen Wert nur knapp, sehr viele europäische, aber auch asiatische Länder liegen oftmals weit darüber (die Gesamttabelle mit 180 Ländern von Afghanistan bis Zimbabwe kann sich jeder aus dem Worldometer herauskopieren, aber ich verschicke sie gerne auch per mail als XLS oder PDF inklusive der von mir ergänzten Rechenspalten).

Dass Regierungen keine Verdoppelung der normalen Todesfallrate hinnehmen wollen, ist verständlich. Dass dabei allerdings nur praktisch nur auf Impfstoffe gesetzt wird, und wir bis dahin mehr oder weniger im Lockdown verharren müssen, könnte sich als schwerer Fehler erweisen, von dem wir aber vermutlich auch im Nachhinein offiziell nichts erfahren werden.

Wer konfrontiert heute noch Drosten und Spahn mit ihren Aussagen aus dem Frühjahr, dass Masken nichts helfen würden, und wer zwingt sie dazu, öffentlich zu erklären, warum sie wider besseres Wissen damals das Gegenteil von dem behauptet haben, was sie uns heute ans Herz legen, nein aufnötigen? Noch nicht mal Lanz traut sich das.

Wider besseres Wissen heisst in diesem Fall: die Studienlage war sehr, sehr dünn, aber gerade dann ist eine Aussage wie „Hilft nicht“ mindestens genauso unwahr wie „Hilft unbedingt“. Und mit der einfachen Frage: „Warum tragen im OP-Saal alle solche Masken, wenn sie nichts helfen?“ hätte man diese Lüge sehr leicht auffliegen lassen können. Was Aufgabe der Journalisten gewesen wäre – etliche BürgerInnen haben das Argument ja privatim oder in Foren-Diskussionen durchaus angeführt, und der Gedanke muss auch dem ein oder anderen klügeren Journalistenkopf gekommen sein. Was also zwingt die Hauptstadt-Journalisten dazu, ihren kritischen Geist an der Garderobe hängen zu lassen und solch eine unangenehme Frage nicht zu stellen? Ist es nicht sogar Pflicht der Journalisten, das zu tun? War es vielleicht der Wunsch, Autoritäten, die sie für das Volkswohl – und ihre Talkshows - für wichtig erachten, nicht zu unterminieren? In vorseilendem Gehorsam, aber natürlich „im Sinne des großen Ganzen“?

Aber das ist kein guter Deal. Denn wo hört man damit auf, wann ist die Lüge groß und schwer genug?

Das gilt auch für das bei uns gewählte Szenario: Masken plus mehr oder weniger Lockdown bis die Impfstoffe zur Verfügung stehen. Es sollte erlaubt sein, Alternativen zu diskutieren, ohne gleich als Corona-Leugner entweder ignoriert oder gar verunglimpft zu werden. Nein, es sollte sogar geboten sein, und die vierte Gewalt, hier die Wissenschaftsjournalisten, müssten da voranmarschieren – was sie aber nicht tun.

Wenn zum Beispiel eine bestimmte Behandlungsmethode behauptetermassen und durch Studien belegt die IFR und auch die schweren Verläufe um 2/3 senken könnte, wäre es dann nicht richtig, wenigstens diese Methode genau zu prüfen, ohne deshalb auf Impfstoffforschung zu verzichten? Und mit genau ist gemeint: nicht nur über die Studien reden, die in die eigene vorgefasste Meinung passen.

Und wenn es eine andere, eine präventive Behandlung gäbe, die die Infektionswahrscheinlichkeit um die Hälfte reduzierte und schwere Verläufe ganz und gar verhinderte, müsste man dann nicht, schon alleine um den wirtschaftlichen Schaden abzuwenden, diese unbedingt unvoreingenommen diskutieren und testen lassen?

Im zweiten Teil werde ich die derzeitige Studienlage sowohl pro als auch contra der beiden oben genannten Methoden diskutieren, die in Kombination den derzeitigen Lockdown vielleicht hätten überflüssig machen können. Und ich fürchte, die zu ziehenden Schlussfolgerungen sind für die etablierte Wissenschaft deshalb ungemütlich, weil sich nach Sichtung aller Beweise unausweichlich die Frage aller Fragen stellen wird: Cui Bono?

LB/2020/11/29