

LESERBRIEFE

„RESPEKT UND ACHTSAMKEIT: JA! ANGST: NEIN!“

Covid-19 und SARS-CoV-2: Fakten aus anderer Sichtweise

Dr. Thomas Hampe nimmt die Berichterstattung zur Covid-19-Pandemie zum Anlass, sich kritisch mit der Darstellung von Daten, infektionsepidemiologischen Einschätzungen, Testergebnissen und der Frage einer „zweiten Welle“ auseinanderzusetzen:

SARS-CoV-2 ist ein gefährliches Virus, unter besonderen Umständen lebensgefährlich und tödlich – wie viele andere Viren auch. Ich kenne wenige schwere Verläufe und Todesfälle durch SARS-CoV-2, andererseits gescheiterte familiäre Existenzen als Folge des Lockdown.

Meine Grundhaltung: Respekt und Achtsamkeit vor diesem Virus: Ja! Angst: Nein. – Ein faktenbasierter Umgang zu Covid-19 ist anzustreben, unter Einbezug von Infektionsepidemiologen, Public-Health-Experten und aller klinisch Tätigen. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die BRD.

In vielen Leitmedien wird SARS-CoV-2 dämonisiert. Diskussionen über Covid-19 laufen häufig polarisiert. Die in der Infektiologie sonst klar definierten Begriffe testpositiv, Infektion, Infektionserkrankung, case fatality rate (CFR) und infection fatality rate (IFR) werden jetzt bunt gemischt, mit drastisch reduzierter Aussagekraft der Daten.

Darstellung der Daten durch das RKI:

Das RKI gibt den „Anteil Verstorbener“ mit 4,4 % an⁽¹⁾, als Quotienten Verstorbener zu den „Bestätigten Fällen“. Wie realistisch ist diese Angabe? Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.⁽²⁾ sieht hier eine „substantielle Überschätzung“ der CFR. In der BRD ermittelte Prof. Streeck⁽³⁾, kongruent mit Prof. Ioannidis⁽⁴⁾, eine adjustierte IFR von 0,28 %. Die Gründe für diese diskrepanten Angaben:

1. Das RKI setzt Tod **mit** Corona und Tod **durch** Corona gleich: In der Infektiologie ist dies außerhalb von Covid-19 unüblich und verstößt m. E. „gegen Grundgebote der Infektiologie“ (Risknet⁽⁵⁾), besonders bei einer IFR von unter 0,3 %.

2. Wenn vorrangig erkrankte Patienten und Kontaktpersonen getestet werden, unterschätzt dies die Zahl der realiter, aber symptomarm Infizierten bis um Faktor 10 (Nishiura⁽⁶⁾, Mizumoto⁽⁷⁾, Streeck⁽³⁾). – Der Zähler („Coronatote“) des Quotienten wird vergrößert, der Nenner (Infizierte) stark verkleinert: CFR oder IFR werden um Klassen vergrößert abgebildet.

Infektionsepidemiologische Fehleinschätzung des Prof. Drosten und des RKI:

Diese Kritik richtet sich nicht gegen Prof. Drosten als Person oder als Virologe. Hinsichtlich der Relevanz und Dynamik von SARS (2003) und H1N1 (2009) jedoch irrten Prof. Drosten und das RKI wiederholt. Ein Beispiel: Die Versorgung Schwerkranker werde ... „die Hochleistungs-Krankenhäuser ... vor dramatische Situationen stellen...“ (Drosten in 2009⁽⁸⁾). – In 2010 dann die Leitmedien im Rückblick: Fehlalarm⁽⁹⁾, Panikmache⁽¹⁰⁾, vergessene Hysterie⁽¹¹⁾. Für Covid-19 sah Prof. Drosten am 18.3. (NDR⁽¹²⁾) und 20.3.2020 (Focus⁽¹³⁾) „eine ansteigende Phase einer exponentiellen Wachstumskinetik“. Realiter fiel zu diesem Zeitpunkt „R“ bereits kontinuierlich ab, siehe RKI-Daten⁽¹⁴⁾. Man vergaß lediglich bis zum 26.03., die 3-fache Steigerung der **absoluten** Zahl der Testpositiven zur 12. KW in Bezug zu setzen zur zeitgleichen ca. 3-fachen Steigerung der Zahl an Testungen⁽¹⁵⁾.

Falsch positive Testergebnisse der Covid-19-PCR bei reduzierter Spezifität der PCR:

Das INSTAND Institut hat am 02.05./03.06.2020 die Validierung der Covid-19-PCR veröffentlicht⁽¹⁶⁾. Spezifität und falsch positive Testergebnisse (fpE) jedes Tests addieren sich auf 100 %. Die ermittelte Spezifität von 98,6 % für Leerproben entspricht 1,4 % fpE. Die Test-

Realität in der BRD ist: Ca. 1,4 Prozent de facto gesunder PCR-Testprobanden werden fälschlicherweise als Covid-19-Patienten angesehen. 500.000 PCR-Testungen pro Woche x 1,4 % Testfehler = ca. 7000 fpE pro Woche. Die ebenfalls reduzierte Sensitivität der PCR (falsch negative Ergebnisse) wirkt sich dagegen bei niedriger Prävalenz von Covid-19 nur gering aus. Meine Folgerung: Die aktuell in der RKI-Statistik gefundenen Testpositiven entsprechen im Wesentlichen dem evaluierten o. g. Testfehler⁽¹⁶⁾ der Covid-19-PCR. Näheres hierzu u. a. im Multipolar-Magazin „Warum die Pandemie nicht endet“^(17, 18). Die Datenlage⁽¹⁾ spricht eine klare Sprache: Die Covid-19-Pandemie in der BRD ist vorbei.

Zur zweiten Covid-19-Welle: Es ist nicht fraglich, ob diese zweite Welle im Herbst kommt. Die zweite Covid-19-Welle wird kommen, als Laborergebniswelle, zusätzlich zu einer evtl. „echten“ Covid-19-Welle. Warum? Zwei Proben aus dem o. g. Ringversuch enthalten humanpathogene Coronaviren (HCoV), nicht jedoch SARS-CoV-2. Bei jetzt ca. 98 % Spezifität fand der Ringversuch ca. 2 % fpE für jedes dieser HCoV: Aus HCoV wird Covid-19. Im Spätherbst 2020 wird diese Spezifität der PCR auf einige der vier HCoV treffen. Dann produzieren wöchentlich ca. 500.000 Testungen, multipliziert mit einem Testfehler von ca. 2 %, wöchentlich über 10.000 fpE: die zweite „Covid-19-Welle“. Nicht als reale Covid-19-Welle, sondern als evaluierter Testfehler, siehe o. g. Ringversuch⁽¹⁶⁾.

Audiatu et altera pars. Da die o. g. Problematik kaum von den Leitmedien übermittelt wird, empfehle ich, ergänzend Außenseitermedien wie z. B. Multipolar Magazin, NachDenkSeiten und Swiss Policy Research einzusehen. Repräsentative Baseline-Studien (AK-Tests plus RT-PCR) zur Evaluierung der Prävalenz und der Immunität zu Covid-19 sind anzuraten.

Dr. Thomas Hampe, Arnsberg

(Quellenangaben gerne über thomas.hampe@gmx.de)

Leserbriefe geben die Meinung der Verfasser wieder. Die Redaktion des Westfälischen Ärzteblattes freut sich über Leserzuschriften. Sie behält sich jedoch vor, überlange Darstellungen auf ein abdruckbares Maß zu kürzen.