

Aktuell sind zwei neue Studien zu Sars-CoV-2 publiziert worden [1], die das, was ich [in meinem letzten Blog zum Thema](#) geschrieben habe, mit Daten unterlegen. Das Erste ist, soweit ich sehe, eine der ersten kompletten retrospektiven Kohortenstudien an einer Kohorte von 416 Patienten, die im Februar in Wuhan mit Covid-19 Infektion ins Krankenhaus kam und dort mit dem vorhandenen Test positiv getestet wurde. Das Zweite ist eine retrospektive Studie an 1524 Krebspatienten in einem Krebszentrum in Wuhan.

Die erste Studie dokumentiert alle Patienten, die in einem Monat in Wuhan mit Verdacht auf Covid-19 ins Krankenhaus kamen. 1004 Patienten wurden untersucht. Bei 218 fiel der Test negativ aus, bei weiteren 370 Patienten fehlten Daten und die restlichen 416 Fälle mit bestätigter Diagnose wurden dokumentiert. Von diesen bekamen 20%, also 82, Probleme mit dem Herzen und von denen wiederum verstarb die Hälfte, nämlich 42. Die Mortalitätsrate ist also 4 Prozent allerer, die mit schwerer Symptomatik in ein Krankenhaus eingeliefert werden und liegt damit genau im Korridor dessen, was wir von unseren heimischen Grippe-Epidemien kennen, wie im letzten Blog beschrieben.

Diese Patienten mit Herzerkrankung in der Folge von Covid-19 waren im Median mit 73 Jahren um 13 Jahre älter als die anderen und hatten mindestens doppelt so häufig im Vorfeld Bluthochdruck, koronare Herzerkrankung, Diabetes oder zerebrovaskuläre Erkrankungen. Das heisst nicht, dass im Einzelfall nicht auch andere Menschen gefährdet sind. Aber die meisten die sterben sind älter als 70 und haben mehr oder weniger viele schwere Vorerkrankungen. Und andersrum sollte man auch nicht vergessen: Die meisten Patienten, die ins Krankenhaus kommen, kommen auch lebend wieder raus. Es ist eine Frage der Figur-Grund-Betrachtung, ob wir auf die Toten oder die Überlebenden blicken.

Die zweite Studie untersuchte retrospektiv Patienten in einem Zentrum der tertiären onkologischen Versorgung und stellt fest, dass in diesem Zentrum die Infektionsrate mit 0,79% (12 von 1524 Patienten) doppelt so hoch war, wie die Infektionsrate in Wuhan (0,37%; etwas mehr als 41.000 von 11 Millionen Einwohnern). All die Patienten waren nicht in akuter Therapie, sondern kamen zur Nachsorge. Was machen die Forscher draus? Krankenhausbesuche sind Risikofaktoren für nosokomiale, also im Krankenhaus erfolgte, Infektionen.

Fassen wir diese beiden Datensätze zusammen so zeigt sich: Das Hauptaugenmerk sollte nicht auf der generellen Infektionseindämmung liegen, weil das sowieso illusorisch und möglicherweise noch gefährlicher ist, als der freie Durchmarsch des Virus. Wie bei jeder Grippewelle werden sich viele anstecken und die allermeisten mit milden Symptomen davonkommen.

Anders als bei jeder Grippewelle aber sind die alten Menschen, die über 70 sind und von denen vor allem die gefährdet, die bereits an anderen Krankheiten leiden. Die gehören vom

Rest der Bevölkerung speziell geschützt und abgeschottet. Was wir jetzt getrieben haben ist ein großer Schildbürgerstreich: Viele von denen, die für die Alten sorgen, sind jetzt in Polen, Tschechien und der Slowakei und kommen nicht mehr raus.

Dadurch dass wir nicht rechtzeitig Sorge getragen haben, die Alten abzuschirmen, flutet das Virus die Altenheime. Und die Medien haben prächtige Bilder, um ihr Narrativ vom Killervirus zu untermauern. Ich empfehle allen, auch [den Podcast von Prof. Hockertz, einem Immunologen](#) zu hören.

Es zeigt sich: Dieses Virus ist nicht gefährlicher und gieriger als andere, die wir kennen. Möglicherweise sind schon viel mehr Menschen infiziert als wir wissen. Das sollten wir schleunigst mit einem entsprechend zu entwickelnden und validierenden Test an einer großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe testen. Und diese Zahl müssten wir dann eigentlich bei der Basisrate von Infektionsfällen, aus denen die Sterblichkeitsrate errechnet wird verwenden.

Damit wird die Sterblichkeitsrate, darauf würde ich eine Kiste Champagner wetten, unter die 1%-Rate sinken und damit vermutlich sogar niedriger ausfallen als bei Grippe-Epidemien. Und die flächendeckende Verdunklung des öffentlichen Lebens ist in der Tat wie Mäxchens Pinkeln ins Wasser: fehlgeleiteter Aktivismus.

Meine Herrschaften Politiker und Entscheidungsträger: Wie wär's damit, die Daten wirklich ernst zu nehmen, zu überlegen, bevor man entscheidet und das tun, was wirklich sinnvoll ist? Alte abschirmen, ihnen helfen und sie stützen, Fälle und ihre Angehörigen finden und in Quarantäne geben, den Rest in Ruhe lassen. Das ist das einzige, was man wirklich aus den Daten ablesen kann. Alles andere ist unwissenschaftliche Kaffeesatzleserei.

Quellen und Hinweise

1. Shi, S., Qin, M., Shen, B., Cai, Y., Liu, T., Yang, F., . . . Huang, C. (2020). Association of Cardiac Injury with Mortality in Hospitalized Patients With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiology*. doi:10.1001/jamacardio.2020.0950
<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2763524>
2. Yu, J., Ouyang, W., Chua, M. L. K., & Xie, C. (2020). SARS-CoV-2 Transmission in Patients With Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncology*. doi:10.1001/jamaoncol.2020.0980 <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.0980>

