

Auslöser des Schriftwechsel mit dem Gesundheitsamt Bautzen, war eine Anfrage an eben jenes bezüglich eines „Lüftungskonzeptes“ im Kindergarten meines Sohnes.
Aus dieser Anfrage ergab sich in der Zeit vom 10.12.2020 bis 12.01.2021 folgende Korrespondenz per Mail:

Mein Schreiben vom 10.12.2020

danke für Ihre kurze Antwort. Das Problem habe ich inzwischen mit der Stadtverwaltung Bautzen und dem Kindergarten geklärt.

Für Punkt 3 meiner Fragestellung ist das Gesundheitsamt aber tatsächlich zuständig und anlässlich der erneut anstehenden Maßnahmenverschärfung möchte ich diese Fragestellung nochmals konkretisieren und in folgende Teilfragestellungen untergliedern:

1. Wie werden im Landkreis Bautzen Infektionen mit SARS-CoV2 festgestellt – wird also gemäß dem Infektionsschutzgesetz die Aufnahme eines Erregers und dessen nachfolgende Vermehrung nachgewiesen oder wird lediglich per PCR-Test durchgeführt?
2. Wird ausgeschlossen, dass andere Erreger für eventuell auftretende Symptome verantwortlich sein könnten?

Falls der Nachweis via PCR-Test geführt wird:

3. Welcher PCR-Test wird in den beteiligten Laboren angewendet?
4. Wie viele CT-Zyklen durchläuft eine genommene Probe?
5. Wird – analog zu Profisportlern, bei denen wie den Medien zu entnehmen ist eine hohe Falsch-Positiv-Rate vorkommt – mehrfach getestet um falsch-positive Ergebnisse auszuschließen?
6. Gehen mehrfache Positiv-Testungen bei ein und der selben Person jeweils als positiver Fall in die Statistik ein?
7. Wie viele Testungen pro 10.000 Einwohner fanden in den letzten Wochen im Landkreis insgesamt statt?
8. Wie ist die Teststrategie – werden ausschließlich symptomatische Menschen getestet oder auch asymptomatische?

Ich bedanke mich im Vorfeld für Ihre Antworten gemäß dem Informationsfreiheitsgesetz. Ebenfalls bedanke ich mich für eine kurzfristige Reaktion binnen 7 Tagen, also bis zum 18.12., da ich von den anstehenden Maßnahmen stark betroffen bin und entsprechend von der zuständigen Behörde erwarte, Auskunft zu bekommen, auf welcher Grundlage diese Maßnahmen fußen.

Antwort Gesundheitsamt vom 10.12.2020

aktuell ist der PCR der Standard. Schnelltest werden aktuell mit PCR überprüft.

Gesamtzahl der Tests nicht abschätzbar, da keine Infos über Zahl der Tests durch niedergelassene Ärzte bekannt.

Die Zahl unserer Tests (nur symptomatische Kontaktpersonen ersten Grades) finden Sie täglich auf www.landkreis-bautzend.de/corona.

Die Fragen 3 und 4 können Ihnen nur die Labore beantworten, von denen wir etwa 5 gebunden haben.

Die falsch-positiven Tests sind eher eine theoretische Annahme. Da 50 – 70 % der positiven Tests durch Hausärzte an symptomatischen Patienten vorgenommen werden, ist ein falsch-positiver Test kaum denkbar.

In die Zahlen gehen immer nur Personen ein, unabhängig von der Zahl der Tests, die an dieser durchgeführt werden.

Mein Schreiben vom 15.12.2020

ich bedanke mich auch mit dieser Mail zunächst wieder für Ihre rasche Antwort. Leider sind meine Fragen damit nicht gänzlich beantwortet, weshalb ich sie nun noch einmal konkreter stelle:

1. Meine Frage zur Diagnostik zielte nicht darauf ab, welche Labortests verwendet werden, sondern ob die Krankheit Covid19 DIAGNOSTIZIERT wird. Nach Aussagen des PCR-Test Erfinders Kary Mullis, des Berliner Senats (auf Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe) und auch nach Aussage von Herrn Drosten kann ein PCR-Test keine Angabe darüber machen, ob ein Mensch infiziert oder infektiös ist. Mag sein, dass ich hier etwas falsch verstanden habe, deshalb frage ich beim für mich zuständigen Gesundheitsamt nochmals ganz konkret nach: Kann ein PCR-Test eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes §2 nachweisen – JA oder NEIN?
2. Weiterhin hatte ich gefragt, ob eine Differenzialdiagnostik durchgeführt wird. Die Korrelation von Symptomen eines Patienten mit einem positiven Labortest erlaubt doch keine Aussage darüber, ob beides kausal miteinander zusammenhängt. Meines Wissens sind an mindestens 50 % der ARE mehrere Erreger beteiligt und es ist häufig so, dass sich über eine Virusinfektion noch eine bakterielle Infektion legt, die dann die eigentlichen Symptome bedingt. Stellen Sie sicher, dass durch den Focus der momentan auf SARS-CoV2 gelegt wird, nicht z.B. eben eine solche bakterielle Infektion übersehen wird, die dringend mit Antibiotika behandelt werden müssten?
Darüber hinaus wäre es doch statistisch sehr verfälschend, wenn andere Erreger einfach keine Beachtung mehr finden. So verwirrt mich der Rückgang der Infektionen mit Influenza um 99% doch sehr...
3. Ich war sehr überrascht, dass die Zahl der Tests nicht einmal "abschätzbar" ist. Der Inzidenzwert, der ja momentan das Maß aller Dinge ist, ist ja ohnehin statistisch lediglich an die Zahl der Tests gekoppelt und bildet nicht das reale Infektionsgeschehen ab. Wenn nun nicht einmal mehr die Positivrate über einen ordinären Dreisatz berechnet werden kann und damit nicht einmal mehr eine Aussage darüber möglich ist, wie viele Tests zu einem Inzidenzwert X führen (welchen Inzidenzwert hätten wir denn bei doppelter Testzahl), welchen Aussagewert soll der Inzidenzwert denn dann überhaupt noch haben? Ich bitte hier um Aufklärung!
4. Wieso wissen Sie weder, welche Tests verwendet werden, noch wie viele CT-Zyklen die einzelnen Labore durchführen?
Die verwendeten Tests haben nach Aussagen des RKI eine deutlich unterschiedliche Güte im Hinblick auf Spezifität und Sensitivität.
Die Zahl der durchgeführten CT-Zyklen gibt deutliche Hinweise auf die Viruslast einer Probe. Wie sollen valide Daten generiert werden, die auch in der Zeitreihe bzw. mit anderen Kohorten vergleichbar sind, wenn weder Messinstrument noch Methodik bekannt und einheitlich sind? Solche Daten zu kennen ist m.E. nicht nur Aufgabe des Labors, sondern vor allem der Behörde, die letztlich Daten an politische Entscheidungsträger weiter gibt.
5. Falsch positive Tests sind wohl ein bisschen mehr als nur eine theoretische Annahme. (Ich verweise hier z.B. auf das MVZ-Labor Augsburg, das 97% falsch positive Tests generiert hat, was nur deshalb aufgefallen ist, weil sämtliche zeitgleich eingesandten Proben aus ein und derselben psychiatrischen Klinik stammten.) Diese theoretische Möglichkeit könnte man ein bisschen greifbarer machen, wenn man zum einen Spezifität und Sensitivität eines Tests kennen würde und zum anderen die Prävalenz wenigstens näherungsweise bestimmen könnte. (so etwas macht man meines Wissens nach über repräsentatives Testen) Gehen wir von 2% Prävalenz aus und setzen einen Test mit Spezifität und Sensitivität von jeweils 98% an (und nehmen Fehler der ausführenden Mediziner aus) dann komme ich bei einer Population von 10.000 Personen auf genau so viel positive wie falsch positive Ergebnisse, nämlich jeweils 196. Die 50/50-Chance, die einem Münzwurf gleich kommt, ist m.E. ein bisschen mehr als eine theoretische Möglichkeit. Wie also schließen Sie eine Vielzahl an falsch positiven Ergebnissen aus, wenn die entscheidenden Parameter gar nicht bekannt sind?

6. Ich bitte Sie mir folgenden Widerspruch aufzuklären: Werden nur symptomatische Kontaktpersonen ersten Grades getestet oder sind lediglich 50 bis 70 % der getesteten Personen überhaupt symptomatisch. Beide Aussagen finden sich in Ihrer letzten Mail.

Offen gestanden bin ich derzeit etwas sprachlos, wie wenig Behörden über Daten bekannt ist, die unser aller Leben massiv und langfristig beeinflussen. Ich hoffe wirklich, dass ich in meiner Argumentation diverse Denkfehler habe und Sie Licht ins Dunkel bringen können.

In Erwartung Ihrer raschen Antwort verbleibe ich...

Antwort Gesundheitsamt vom 08.01.2021

vielen Dank für Ihre Nachricht. Wir können Ihnen nur die Informationen zur Verfügung stellen, die wir auch haben. Meine Aussage, dass 50-70 % der Befunde positiv getesteter Personen durch die Hausärzte gemeldet werden, haben Sie scheinbar falsch interpretiert. Ihre Fragen zielen allgemein darauf ab, die Gefahr der Pandemie herunterzuspielen. Leider ist die Situation in den Kliniken so, dass die Pandemie hier voll angekommen ist. Gleiches gilt für die Krematorien. Sehen Sie uns bitte nach, dass wir daher keine Zeit dafür aufwenden werden, Ihre Fragen zu beantworten, da Ihre Zielstellung leicht zu erkennen ist.

Mein Schreiben vom 08.01.2021

meine Fragen zielen nicht darauf ab Gefahren herunterzuspielen. Ich habe eine Ausbildung in empirischen Wissenschaften und weiß, dass man aus einer falschen Datenbasis keine richtigen Schlüsse ziehen kann. (z.B. in dem man mit nicht validen Messmethoden Daten erhebt oder Korrelation mit Kausalität verwechselt). Und es ist eine ganz einfache und unvoreingenommene Frage, ob ein PCR-Test Infektionen nachweisen kann oder nicht.

Ich habe eben beim DIVI-Intensivregister nachgeschaut, die aktuelle Belegung der Intensivbetten im Landkreis Bautzen liegt bei 81 Prozent. Das ist ein Wert, der sogar im Jahresdurchschnitt liegt (Quelle: Statistisches Bundesamt), was für die Erkältungszeit eher verwunderlich ist.

Wie Sie sicher auch wissen, wird jeder Intensivpatient, der einen positiven PCR-Test hat, als Covid-Patient geführt, auch wenn er wegen einer vollkommen anderen Erkrankung intensivpflichtig ist. Das erklärt auch, warum die absolute Zahl der Patienten gleich bleibt und nur der relative Anteil der Covid-Patienten steigt.

Falls die DIVI-Informationen falsch sind, bitte ich sie mir dies zu belegen und mich nicht mit persönlich werdenden Allgemeinpositionen abzuqualifizieren.

Das steht Ihnen nicht zu!

Von einer Behörde, die unter anderem von meinen Steuergeldern finanziert wird, erwarte ich mir ein bisschen mehr als die panikmachenden Aussagen der Medien.

Entsprechend bitte ich nochmals um fristgerechte Beantwortung meiner Fragen!

Antwort Gesundheitsamt vom 08.01.2021

das DIVI-Register enthält keine validen Daten, deshalb erfassen wir selbst bzw. beziehen uns auf die Klinikleitstelle DD.

Wir sehen die positiven Testergebnisse, kennen die Symptome und zählen die Toten auf den Corona-Stationen. Die Frage, ob der Test also eine Infektion anzeigt oder gar eine Erkrankung, ist daher für unsere Arbeit von untergeordneter Bedeutung. Das Gesetz eröffnet auch bewusst die Möglichkeit, nicht nur ansteckende, sondern auch ansteckungsverdächtige Personen in Quarantäne zu setzen. Die Zahl der Tests und der positiven Testergebnisse kann hoch oder niedrig sein, entscheidend ist, was in den Kliniken ankommt. Das mag nur einen Teil der Diskussion um Korrelation und Kausalität abbilden, aber ist für uns wichtiger.

Mein 2. Schreiben vom 08.01.2021

danke für Ihre zügige Antwort.

Wenn die DIVI-Statistik nicht valide ist, teilen Sie mir doch bitte mit, wie hoch die Auslastung der Kliniken im LK Bautzen tatsächlich ist.

Leider muss ich nochmals auf die Testergebnisse zurückkommen. Hier liegt meine schwerpunktmäßige akademische Bildung und ich möchte einfach genau wissen, auf welcher Basis hier Entscheidungen getroffen werden. Die positiven Testergebnisse werden m.E. mit einem nicht validen Test gewonnen und zwar in mehrererlei Hinsicht.

1. sind weder "der Test" (besser die mehreren hundert Tests) noch das methodische Vorgehen mit diesem standardisiert

2. misst der Test nicht das, was er messen soll, da er nicht unterscheiden kann, ob vermehrungsfähiges Material vorliegt oder nicht.

Entsprechend ist es irreführend jeden Positiv-Test als Infektion zu bezeichnen. Darüber hinaus müssen Rohdaten interpretiert werden und das geht nun einmal nur, wenn die Interpretationsparameter bekannt sind. Und das sind sie im vorliegenden Fall offensichtlich nicht. (weder Prävalenz, noch Spezifität, noch Sensitivität)

Es mag sein, dass für Sie im Hinblick auf die Kontaktverfolgung, die Frage, ob ein Test eine Infektion anzeigt, nur eine untergeordnete Rolle spielt, in wissenschaftlicher Hinsicht ist das allerdings absurd und menschlich eine Katastrophe!

Für mich ergeben sich daraus weitere Fragen:

1. Wie können Sie z.B. jemanden als Ansteckungsverdächtigen einstufen, wenn nicht einmal feststeht, ob die positiv getestete Kontaktperson infiziert ist? (In Ihren Ausführungen konnte ich ja zwischen den Zeilen lesen, dass Sie wissen, dass der PCR-Test (wie auch der Antigen-Test) nicht valide sind.) So eine Vorgehensweise zieht ja wahnsinnige Kreise, so dass man sich an dieser Stelle nicht mehr wundern muss, dass Sie als Gesundheitsamt überlastet sind, wenn Ihnen so schlechtes Handwerkszeug an die Hand gegeben wird)

2. Was Sie im Bezug auf die Zählung der Corona-Toten ausführen, ist in meinen Augen das, was wir in der Methodenlehre als Zielscheibenfehler bezeichnen. Wiederum allein auf Basis des nicht-validen Tests eine Kausalität zum Versterben eines Patienten anzunehmen, ist wissenschaftlich nicht korrekt. Das zeigt sich im übrigen auch daran, dass in die Medien immer transportiert wird, "an oder mit Corona" – ein klassischer Fall der Vermischung von Korrelation und Kausalität.

Haben Sie jemals bei anderen Erkrankungen eine derartige Zählweise angewendet und wenn nein, wie wurde bei anderen Epidemien gezählt?

3. So sehr ich mich auch bemüht habe (und ich lese zu so etwas prinzipiell Fachliteratur, nicht obskure Internetberichte), konnte ich nicht erkennen, welche spezifische klinische Symptomatik die Krankheit Covid19 aufweist. Die Symptome und auch die Komplikationen sind deckungsgleich mit dem, was ich zu diversen andere ARE gelesen habe.

Hier verlasse ich allerdings mein Fachgebiet und muss entsprechend nochmals fragen, welche Symptome/Komplikationen gibt es, die ausschließlich bei Covid19 auftreten?

Daran anschließend habe ich noch eine letzte allerdings thematisch passende Frage:

Wie hoch ist in diesem Jahr die Zahl der (hospitalisierten) Influenzafälle bisher im Landkreis Bautzen im Verhältnis zu den Vorjahren?

Bei der WHO habe ich – allerdings lediglich für Gesamtdeutschland – eine Statistik gefunden, die für 2020 einen Rückgang der Influenzafälle um mehr als 90% belegt. Das hat mich etwas verwirrt. Entsprechend möchte ich wissen, wie hoch die Zahl der Fälle bei uns denn tatsächlich ist.

Abschließend möchte ich Ihnen noch sagen, dass ich dankbar bin, dass wenigstens das Gesundheitsamt sich nicht lediglich auf Positivfälle stützt, wie die Politik dies tut. Ich weiß, dass es schwer ist, mit realistischen Einschätzungen gegen die Panikmache anzukommen, aber

vielleicht können

Sie wenigstens auf lokalpolitischer und medialer Ebene dafür sorgen, dass ins Bewusstsein der Allgemeinheit gelangt, was bestimmte Parameter aussagen und was nicht.

Ich wünsche Ihnen ein angenehmes Wochenende und freue mich auf Ihre konstruktiven Antworten.

Nochmals möchte ich betonen, dass es in keiner Form um Verharmlosung geht, aber ich habe massive methodische Kritik – besonders im Hinblick auf die Tragweite dessen, was durch methodisch unzureichende statistische Verfahren gesamtgesellschaftlich ausgelöst wird – und ich möchte einfach wissen, ob ich mit meiner Kritik richtig liege oder nicht!

Das gilt besonders im Hinblick auf die vielen gesellschaftlichen Parameter, die sich im Leben der Menschen in diesem Jahr verändert haben. Sich hier einen einzelnen Faktor als Ursache eine potenziellen Übersterblichkeit herauszupicken, hält wissenschaftlich nicht stand, speziell dann, wenn man betrachtet, dass es bei korrekter statistischer Betrachtung – nämlich der Sterblichkeit nach Altersklasse pro 100.000 - bis dato gar keine Übersterblichkeit gibt.

Antwort Gesundheitsamt vom 09.01.2021

Stand heute sind es 44 verfügbare ITS-Betten auf Corona-Stationen, davon sind 37 belegt. Das ist inzwischen schon gut, die vergangenen Tagen waren es teilweise 1 oder 2 Betten.

Auf den Normalstationen für Corona-Patienten sind es 259 verfügbare Betten, davon waren heute 207 belegt, auch hier hatten wir in den vergangenen Tagen schon höhere Lasten.

Die Prävalenz-Debatte (Sens. und Spez. sind ja bekannt) mag im Sommer bei den Rückkehrer-Tests ggf. noch ein bisschen angemessen gewesen sein. Heute ist sie überflüssig, da die Schnelltests mit PCR überprüft werden.

Zudem sind es die Symptomatischen, die sich bei den Ärzten oder im Gesundheitsamt melden. Ihre Argumentation, dass PCR-Tests etwas messen, was nicht da wäre, entweder überhaupt ausreichend Virenlast oder weitergehend zwar Virenlast, aber keine Infektion, hat heute keine praktische Relevanz.

Einer Methodenkritik kann man ja offen gegenüberstehen - sofern es im Elfenbeinturm bleibt. Aber wir stehen hier in der Realität: Die Standesämter machen extra Schichten wegen der Sterbeurkunden, die Kliniken sorgen für extra Kühlmöglichkeiten für die Toten, die Krematorien sind überlastet, Leichenwagen müssen große Entfernungen zu anderen Krematorien fahren, die Patienten werden in andere Kliniken im Freistaat und andere Bundesländer verlegt, die Pflegeheim-Bewohner werden nach Empfehlung der KVS nicht mehr zwingend kurativ behandelt (Sie wissen, was das bedeutet)...

Keiner der Beteiligten hat schlichtweg Luft für Theorie – die Arbeitsentlastung, die Sie in den Raum stellen, für das Gesundheitsamt bei einer reduzierten Sicht auf die Ergebnisse mag zwar unter bestimmten Umständen umsetzbar sein, jedoch würde dies einer weiteren Verbreitung des Virus mit allen Konsequenzen führen – und damit zu Arbeitsbelastungen an anderen Stellen.

Die Symptomatik ist unterschiedlich: Es gibt ja die „typischen“ Corona-Verläufe im Sinne von ARE, aber auch Verläufe die auf die anderen Wirkungen des Virus hindeuten (Gerinnung, Organversagen, Embolie...) – diese Patienten schaffen es dann gar nicht mehr auf die ITS. Eine systematische Auswertung der 1. Welle haben wir veranlasst und sind gerade im Veröffentlichungsprozess.

Die Zahl der Influenza-Fälle liegt deutlich unter den im Vorjahr, was verschiedene Ursachen haben kann. Hier sollte man ggf. darauf achten, dass Test und Behandlung nicht reduziert wahrgenommen werden, bisher haben wir dafür zwar keine Anzeichen, aber in der Theorie könnte es das geben.

Mein Schreiben vom 10.01.2021

zunächst möchte ich mich bedanken (und das meine ich ganz ehrlich), dass Sie sich so ausführlich Zeit genommen haben.

Meine Methodenkritik kommt allerdings nicht aus dem Elfenbeinturm, sondern ich bin durch und durch Praktikerin, die niemals Teil eines elitären, sich aus sich selbst rekrutierenden Universitätssystems sein wollte. Ich bin seit 13 Jahren Unternehmerin und musste in meiner Anfangszeit ziemlich schnell und schmerzhaft lernen, welche unmittelbaren Auswirkungen unternehmerische Entscheidungen haben, die auf falschen Annahmen und schlecht erhobenen Daten beruhen. Meines Erachtens würde eine solche Erfahrung Politikern und Entscheidern in Behörden auch einmal gut tun.

Im übrigen sind meine Kunden ausschließlich Menschen, die zur Corona-Risikogruppe gehören, also alte, schwerstkranke und behinderte Menschen. Ich kenne deren Einsamkeit und Isolation, deren katastrophale medizinische Versorgung und deren daraus resultierende Meinung zu den aktuellen Maßnahmen. Menschen, die beinahe am Ende ihres Lebens angekommen sind, planen anders und haben andere Prioritäten als wir uns das als junge, gesunde Menschen vorstellen. Die Einstellung zum Tod ist eine ganz andere. Von diesen Leuten habe ich viel gelernt und entsprechend ein realistisches Verhältnis zum Tod, anders kann man den permanenten Umgang mit Sterbenden gar nicht ertragen. In der derzeitigen Hysterie würde es glaube ich der Allgemeinheit einmal ganz gut tun, sich vernünftig und auf Augenhöhe mit den Leuten auseinanderzusetzen, die geschützt werden sollen. Aber das nur am Rande...

Meine ursprüngliche Fachrichtung ist die Psychologie und dies ist wohl das Gebiet, in dem die meisten Tests entwickelt werden. Die Schwierigkeit bei psychologischen Tests ist, dass fast immer Parameter abgefragt werden, die nur sehr mittelbar sichtbar zu machen sind.

In der sehr ausgeprägten Ausbildung in Methodenlehre und statistischer Mathematik spielen dabei die Validität und Reliabilität von Testverfahren eine ganz entscheidende Rolle.

Und so leid es mir tut, sowohl der PCR-Test als auch der Antigen-Schnelltest sind nicht valide, d.h. sie messen nicht das, was sie messen sollen oder wie Prof. Schrappe es so schön im ZDF-Live-Interview ausgedrückt hat "Die Daten des RKI sind nicht das Papier wert auf dem sie gedruckt sind."

Der Meinung sind übrigens sehr viele Wissenschaftler, nur das das leider im öffentlichen, inzwischen sehr engen Meinungskorridor nicht mehr vorkommen darf.

Ich lasse mich an dieser Stelle gerne eines besseren belehren, aber beide Tests weisen kein vermehrungsfähiges Virus nach. Wenn ich im November eine SARS-CoV2-Infektion gehabt habe und heute Symptome aufgrund einer bakteriellen Infektion habe, werde ich trotzdem positiv PCR (laut RKI Nachweis bis 90 Tage nach überstandener Infektion) und positiv auf Antigene getestet werden. Oder irre ich mich da?

Das gilt insbesondere, da wie ich bereits vermutet habe, keine Differenzialdiagnostik durchgeführt wird (keine Antwort trotz mehrfacher Nachfrage ist auch eine Antwort)

Letzteres erscheint mir aufgrund der Vielzahl der Testungen auch vollkommen logisch.

Hinzu kommt, dass am Markt hunderte verschiedener Tests sind, die meisten davon nicht geprüft (bei den Antigen-Tests sind gerade einmal 25 von 300 geprüft - Welcher Test wird denn von Ihnen verwendet?)

Es ist vollkommen unklar, ob beim PCR-Test auf eine, zwei oder drei Gensequenzen getestet wird, welche Tests verwendet werden und wie viele CTs mit entnommenen Proben gefahren werden.

Es tut mir sehr leid, dass in der Härte sagen zu müssen, aber aus falsch erhobenen Daten kann man keine richtigen Schlüsse ziehen. Punkt!

Letzteres soll nicht heißen, dass ich nicht an Tote oder gut gefüllte Krankenhäuser glaube, sondern dass endlich einmal geklärt werden sollte, warum und wie viele Menschen sterben bzw. ins Krankenhaus kommen. Sie schreiben von einer Auslastung der Coronastationen in Höhe von 84 bzw. 80 Prozent. Das klingt für mich ehrlich gesagt, nicht sonderlich besorgniserregend, zumal laut statistischem Bundesamt die jährliche durchschnittliche Auslastung der Intensivstationen bei 79 bis 81 Prozent (je nach Krankenhausgröße) liegt

und ich von mehreren Klinikleitungen weiß, dass sich eine Intensivstation erst ab 80 Prozent Auslastung überhaupt rechnet.

Ich verfolge seit Anfang Dezember die Entwicklung in den Krankenhäusern im Landkreis (allerdings sporadisch) und die Auslastung lag so weit ich gesehen habe immer in o.g. Größenordnung.

Wann waren denn nur noch 1 oder 2 Betten frei und wann mussten den Patienten in andere Bundesländer verlegt werden (und warum, wenn die Stationen nie ganz voll waren) ?

Wie ist denn die Situation auf den "normalen" Intensivstationen bzw. allgemein bei den Krankenhausbetten (speziell auch vor dem Hintergrund der Klinikschließungen in 2020) ?

Dass Standesämter und Krematorien mit ihrer Arbeit nicht hinterher kommen, kann man auch in der Zeitung lesen, als Auskunft einer Behörde reicht mir das allerdings nicht aus. (Unsere Firma (wir arbeiten im Senioren- und Behindertenbereich) hat in diesem Jahr überraschender Weise ihr umsatzstärkstes Jahr und vollkommen untypisch für diese Jahreszeit stapeln sich aktuell die Aufträge. Daraus schließe ich allerdings nicht einfach, dass in diesem Jahr mehr Menschen krank geworden sind, sondern ich habe die dazu führenden Faktoren analysiert.)

Wie hoch ist denn die Übersterblichkeit konkret im Landkreis im Verhältnis zu den Vorjahren? Leider liegen beim statistischen Bundesamt derzeit keine Gesamtjahresdaten für Sachsen sondern nur fürs gesamte Bundesgebiet vor. Daher muss ich bisschen improvisieren.

Aus den Rohdaten der Sterbezahlen geht hervor, dass es eine leichte Übersterblichkeit lediglich bei der Altersgruppe 80 plus gibt.

Wenn man nun aber weiß, dass in Deutschland in den letzten 5 Jahren die Zahl der über 80 jährigen um fast 1 Mio Menschen gewachsen ist und die jährliche Sterbewahrscheinlichkeit mit 80 bereits bei 10 Prozent liegt, muss man sich über die Übersterblichkeit in den Rohdaten nicht wundern. Wenn man die Zahlen nun korrekt interpretiert und die Sterblichkeit pro 100.000 berechnet, sieht man, dass auch in dieser Altersgruppe keine Übersterblichkeit vorliegt.

Dieser Trend dürfte in Sachsen besonders deutlich sein, da Sachsen deutschlandweit die älteste Bevölkerung hat.

Inwieweit das von Ihnen beschriebene Szenario tatsächlich epidemiebedingt ist, sollte also endlich einmal mit Vernunft geklärt werden. Insbesondere sollte übrigens auch geklärt werden, in wie weit eine eventuelle Übersterblichkeit durch Vereinsamung und Verwahrlosung bedingt ist.

Dafür, dass hier nicht alles so ist, wie es scheint, spricht im Übrigen auch die Entkopplung von Infektions- Hospitalisierungs- und Todeszahlen. Hier gibt es sowohl am Zeitstrahl in Deutschland als auch im internationalen Vergleich keine Korrelation (zwischen Lockdownmaßnahmen und Todeszahlen hingegen schon) An dieser Stelle zeigt sich im Übrigen auch deutlich, dass die Tests nicht valide sind.

Die Komplikationen und Symptome, die Sie für Covid19 nennen, kann man – so leid es mir tut, das sagen zu müssen – auch sämtlich für Influenza finden. Oder welches Symptom ist nach Meinung des Gesundheitsamtes Bautzen bei Influenza ausgeschlossen?

Zu letzt gesagtem passt übrigens auch, dass "ein paar weniger Influenzafälle" wohl ein bisschen untertrieben ist. Laut den aktuellen Wochenberichten der AG Influenza des RKI wurden im vergangenen Jahr (das wie allgemein bekannt ein schwaches Grippejahr war) 10x so viele Influenzafälle wie in diesem Jahr registriert. Man sollte an dieser Stelle doch zumindest einmal ins gedankliche Kalkül ziehen, ob hier nicht ein Replacement stattfindet.

Zusammenfassend:

- Es gibt Tests, von denen man nicht weiß, was sie eigentlich testen (aber in jedem Fall nicht mit Sicherheit ein anzuchtfähiges Virus),
- Es gibt bis dato keine Übersterblichkeit in Deutschland (in Ländern, in denen es die Übersterblichkeit gibt sollten die Faktoren ergründet werden, die dazu führen, ein Virus allein kann es jedenfalls nicht sein, sonst wären die Sterberaten in vergleichbaren Ländern auch vergleichbar)
- Es gibt ein Krankheit ohne wirklich eigenständiges Krankheitsbild und gleichzeitig ist eine andere Krankheit mit gleicher Symptomatik mehr oder weniger verschwunden
- Es gibt derartig viele neue krankmachende Faktoren – Angst, Stress, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, häusliche Gewalt etc. – die bei der Entwicklung der Sterblichkeit Recht

nicht außen vor gelassen werden können.

Und genau auf dieser Basis sollte endlich einmal offen diskutiert werden, wo die wirkliche Gefahr für unser Land und seine Menschen lauert.

Abschließend noch ein paar Worte zum Thema Kontaktverfolgung:

1. Das RKI gibt die Dunkelziffer der Infektionen mit Faktor 4 bis 10 an. Wenn ich also nur 10 bis 25 Prozent der Infektionen überhaupt kenne, wie groß ist dann die Wahrscheinlichkeit das die Kontaktverfolgung funktioniert? Oder macht alleine die Dunkelziffer das Verfahren obsolet, speziell vor dem Hintergrund, dass die Allgemeinbevölkerung gar nicht relevant betroffen ist? (meines Wissens sind 86 Prozent der Todesfälle in geschlossenen Einrichtungen zu beklagen)

2. Vielleicht kennen Sie die Studie des NBER, in der (vorab negativ getestete) Angehörige des US-Militärs in 2 Gruppen eingeteilt wurden. Eine Gruppe lebte normal weiter, die andere wurde in strengen Quarantäne-Lockdown gesetzt. Interessanter Weise gab es in der Gruppe der Isolierten nach 2 Wochen PCR-Positive, in der Kontrollgruppe nicht.

Das lässt drei Schlüsse zu: 1. Könnte der Test unsinnig sein; 2. könnte die Ansteckungstheorie für SARS-CoV2 falsch sein; 3. könnte das Ergebnis Zufall sein – zumindest sollte darüber diskutiert werden.

3. Für eine falsche Ansteckungshypothese spricht übrigens auch die Studie aus Wuhan mit 9,8 Mio Teilnehmern, in der eindeutig gezeigt werden konnte, dass symptomlose Ansteckung keine Rolle spielt (Evidenz für symptomlose Ansteckung gibt es derzeit übrigens keine)

Es wäre wirklich wünschenswert, wenn endlich einmal begonnen würde, jenseits von Labortests, Kontaktverfolgung und Quarantäne daran zu denken, dass unter der Hysterie in diesem Land Menschen (und hier vor allem unsere Kinder, von denen bereits jetzt 68 Prozent psychische oder körperliche Schäden haben) leiden.

97% der Menschen, die in 2020 gestorben sind, hatten keine positiven PCR-Test und ein großer Teil dieser Menschen musste die letzten Tage ihres Lebens in einer Welt, wie wir sie gerade erleben, verbringen. Das ist unendlich traurig. Letztlich zeugt das ganze Vorgehen von der Sturheit der Verantwortlichen und deren Unfähigkeit zu differenziertem Denken.

Ich maße mir nicht an, dass ich Recht habe, mit dem was ich sage und lasse mich gern eines besseren belehren. Aber so lange Panikmacher am Werk sind, die z.B. nicht einmal akzeptieren konnten, dass SARS-CoV2 wie alle Coronaviren saisonal ist (was sich ja nun eindeutig zeigt) und die die Bevölkerung den ganzen Sommer lang mit der "zweiten Welle" verrückt gemacht haben, vertraue ich lieber mir selbst.

Antwort Gesundheitsamt vom 11.01.2021

Vielen Dank für die Antwort.

Nochmals: Die Idee, dass die Tests nicht funktionieren, ist abwegig.

Selbst wenn wir das Gedankenkonstrukt wagen sollten, dass „nur“ Teile des Virus-Erbgutes angezeigt würden und keine Infektion - dann wären diese angezeigten Teile dennoch ein Indikator für ein Ansteckungspotential, dass dann - so zeigt es die Praxis - in den allermeisten Fällen auch abgerufen wird. Ihre Theorie „Wenn A nicht gilt, dann gilt auch nicht B und schon gar nicht C“ ist nicht haltbar. BTW: Ein positiver PCR-Test ist nach überstandener Erkrankung nicht möglich - zumindest innerhalb einer Frist. Das sind Erfahrungen aus dem Frühjahr, wo wir Corona-Patienten noch freigesetzt haben. Da waren nur wenige Tests dauerpositiv - und hier wurde dann auch mit der 10-Tages-Regel reagiert. 2 Patienten, die im Frühjahr positiv getestet wurden und auch schwere Symptome aufwiesen, haben sich - nach negativer Freitesting - im Herbst erneut infiziert. Die verwendeten Tests sind natürlich geprüft und deren Zuverlässigkeit wird auch ständig überprüft.

Die Auslastung der Kliniken hat sich in den vergangenen Tagen etwas entspannt. Das war in den zurückliegenden Wochen nicht immer so, an vielen Tagen war temporär nur noch 1 ITS-Bett frei - im ganzen Landkreis. Die Klinik-Einlieferungen lagen bisweilen um bis etwa 100

Personen höher. Wir haben inzwischen ein eigenes Fahrzeug für Verlegungen bestellt, ein weiterer Rettungshubschrauber ist im Einsatz. Die Verfügbarkeit von Betten ist zudem das eine, das verfügbare Personal das andere Kriterium.

Aus den vorliegenden Daten kann man zudem sehr wohl Rückschlüsse ziehen. Wir haben die täglichen Corona-Todesfälle bei einer 200er Inzidenz gesehen und haben daraus geschlussfolgert, dass kurz vor Weihnachten eine Verdopplung bis Verdreifachung stattfinden wird - bei einer entsprechenden 500/600er Inzidenz im Vorfeld. Dies ist mit erschreckender Genauigkeit auch so eingetreten. Es ist anmaßend, rein deduktiv von einer normalen Situation zu sprechen, da Sie keine Übersterblichkeit sehen wollen. Hier liegen etwa die Aussagen von Städte wie Bautzen und Zittau vor, die eine deutlich höhere Sterblichkeit belegen. Zum anderen frage ich mich, warum dann Kinik-Personal psychologische Betreuung benötigt, da man es nicht aushält, wenn man nicht helfen kann.

Nochmal: Sie können die verschiedene theoretischen Annahmen nicht zu einer entlastenden Gesamtnote zusammenkomponieren ohne die Realität einzubeziehen. Das wird der aktuellen Situation nicht gerecht und impliziert, dass es andere Gründe als die medizinischen gebe. Und das ist eben nicht der Fall.

Mein Schreiben vom 11.01.2021

ich habe nicht gesagt, dass PCR-Tests per se nicht funktionieren, ich habe lediglich gesagt, dass sie in diesem Fall im wissenschaftlichen Sinne nicht das testen, was sie testen sollen. An vielen anderen Stellen sind PCRs eine prima Sache, obwohl es auch in der Forensik immer wieder zu Problemen kommt, weil die Tests einfach zu sensitiv sind.

Ein Teil eines Genoms ist kein Genom und ein vorhandenes Genom sagt nichts über die "Lebendigkeit" eines Erregers aus. Also sind die Tests allenfalls ein Indikator (so weit gehe ich mit) aber sie sind kein Virusnachweis und auch kein kausaler Beleg für eine bestimmte phänotypische Ausprägung, speziell dann, wenn nicht ausgeschlossen wird, dass kein anderer Erreger vorhanden ist, der gleiche Symptome erzeugt.

Im übrigen sind in den USA soeben 1500 Proben aus positiven PCRs untersucht worden und aus keiner Probe konnte SARS-CoV2 sequenziert werden, andere Erreger hingegen schon.

Abgesehen von den Schwierigkeiten des PCR-Tests im allgemeinen, gibt es auch Schwierigkeiten mit dem Corman-Drosten-Protokoll, das die Grundlage aller angewendeten PCR-Tests bildet.

Vielleicht wissen Sie, dass bereits Antrag auf Rücknahme des Protokolls wegen 10 gravierender Mängel gestellt wurde. Sicher ein Fall für die Gerichte, den wir hier nicht klären werden, ich bin gespannt!

An keiner Stelle habe ich mir angemaßt, von einer "normalen Situation" zu sprechen. Ich stelle nur die Frage, warum die Situation so surreal ist, wie sie sich zur Zeit darstellt.

Es ist ebenfalls deduktiv anhand von Krankenhauseinlieferungen und Kontaktverfolgungen eine Erkrankungssituation beurteilen zu wollen.

Wir haben an dieser Stelle offenbar unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit. Unter anderem beim Umgang des Organismus mit Infektionskrankheiten spielt die Psyche der Menschen eine entscheidende Rolle. Was glauben Sie, passiert mit alten Menschen in Pflegeheimen, denen über Monate das genommen wird, wofür sie noch leben - nämlich der Kontakt zu Angehörigen und der Kontakt in der Gemeinschaft? Es gibt diverse Studien z.B. zu Alterszucker, die zeigen, dass signifikant viele Pflegeheiminsassen just an dem Tag kein Insulin benötigen, wenn Kinder oder Enkel zu Besuch kommen. Es gibt Studien zu Krebspatienten im Endstadium, die sich noch ein Ziel setzen (Urlaub, Schuleintritt der Enkel, Geburtstag etc.), dies erreichen und danach sterben. Ich wollte in meinem letzten Schreiben bereits darauf aufmerksam machen, dass Menschen am Ende ihres Lebens in anderen Zeitdimensionen denken.

Was also glauben Sie passiert mit Menschen, die sich bewusst sind, dass ihr Leben bald zu Ende ist und die in einen Dauerlockdown ohne absehbares Ende versetzt werden?

Dazu kommt die Angst, die von einer unvernünftigen Politik über die Medien permanent

geschürt wird. Angst macht krank und wirkt immunsuppressiv und wir wundern uns tatsächlich, dass Menschen vermehrt erkranken. Es ist dabei sehr einfach einem Virus die Schuld zu geben ohne das gesamtgesellschaftliche Phänomen zu betrachten. Noch heißt Ihre Behörde Gesundheitsamt und nicht "SARS-Cov2-Vermeidungsamt". Entsprechend sollten derartige Belange bedacht werden.

Im übrigen weiß ich von vielen Pflegekräften persönlich, dass hier bereits seit März eine psychologische Betreuung angebracht wäre, weil durch die Hygiene- und Quarantänemaßnahmen noch weniger Zeit für die pflegebedürftigen Menschen bleibt. Der Verlust der Sprache bei Dementen, der Verlust der Beweglichkeit im Allgemeinen, die zunehmenden Depressionen der Alten, das Einwindeln, weil niemand Zeit für den Gang zur Toilette hat, das Schreien, weil Zehennägel schmerzhaft einwachsen, da die Fußpflege nicht mehr ins Heim darf...

Was ist hier seit Frühjahr geschehen? Nichts!

Ich bin ein emphatischer und gleichzeitig realistischer Mensch und versuche mir nichts schön zu reden. Aber, wenn man Sterblichkeitsstatistik macht, dann muss man sie richtig machen. Dazu zählt erstens, dass man Zeiträume nicht reduktionistisch betrachten darf, sondern immer Langzeitbetrachtungen vornehmen muss. So weit ich das aus der gesamtdeutschen Statistik herauslesen kann, sind wir inzwischen bei den Covid-Toten bei einem Durchschnittsalter von 84 Jahren, während die Lebenserwartung in Deutschland bei 81 Jahren liegt. D.h. nicht, dass ich der Meinung bin, dass es "um die Alten nicht schade ist", aber bei einem wirklich auffälligen Phänomen müsste die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung sinken. Das tut sie aber nicht. Nochmal: Wir reden hier nicht von familiären Einzelschicksalen, sondern von einem gesamtgesellschaftlichen Phänomen.

Wir werden erst in der Zukunft sagen können, ob die Sterblichkeit tatsächlich erhöht ist oder ob diejenigen, die sonst in den kommenden Monaten ohnehin gestorben wären, jetzt durch diverse Gründe vermehrt sterben. (siehe oben)

Dazu zählt zweitens, dass man bei periodischen Vergleichen prüfen muss, ob man gleiche Kohorten betrachtet und dazu zählt nun einmal die unterschiedliche Altersstruktur über Zeit und Region. In einer "alten" Region werden an einer Erkrankung, die hauptsächlich alte Menschen betrifft, mehr Menschen an dieser Krankheit sterben als in einer "jungen" Region ohne dass die Erkrankung in den Regionen unterschiedlich stark verbreitet ist.

Wenn man mit einem Wert wie der Inzidenz nur eine Teilmenge erfassen kann und nicht weiß, wie groß die Gesamtmenge ist, kann man daraus auch nur schwerlich sichere Schlussfolgerungen ableiten.

Das gilt speziell dann, wenn man nicht weiß, wie sich das Größenverhältnis der Teilmenge zur Gesamtmenge verhält. Da wir in Deutschland mit unseren Testkapazitäten seit Monaten am Limit sind, ist es nicht unwahrscheinlich, dass die erfasste Teilmenge ein immer kleinerer Teil der Gesamtmenge wird.

Eine Vorhersage, die daraus abgeleitet wird ist zwangsläufig eine geschätzte Prognose, die eintreffen kann oder auch nicht. Aber sie ist kein sicheres Vorhersageinstrument.

Im übrigen frage ich mich auch, wenn Kontaktverfolgung, Quarantäne und Inzidenzwertberechnung so probate Mittel sind, warum wir uns dann in der Situation befinden, in der wir uns befinden.

Wenn ich mich recht erinnere, kommen wir aus der Situation, in der die Inzidenz im politisch gewünschten Bereich lag. Mit der gewählten Strategie ist das Geschehen entglitten und wir pochen trotzdem darauf nichts anders zu machen.

Eine reduktionistische Denkweise ist es, wenn man nicht hinterfragt, warum sich bestimmte Dinge so entwickeln, wie sie sich entwickeln, sondern a priori annimmt, dass es nur eine Ursache gibt (d.i. der angesprochene Zielscheibenfehler) und sein komplettes Handeln darauf ausrichtet ohne jemals darüber nachzudenken, dass sich die Dinge vielleicht etwas komplexer gestalten.

Wir reden hier nicht nur von Kranken, sondern von Traumatisierung von Kindern, Verminderung von deren Bildungschancen und Erhöhung der sozialen Ungleichheit, wir reden auch von unmenschlicher Behandlung alter Menschen und wir reden von der psychischen und

finanziellen Zerstörung von Existenzen, die auf derart dünnem faktischen Eis basiert, dass mir davon ganz übel wird.

Unsere bisherige Diskussion findet offensichtlich keinen gemeinsamen noch so minimalen Nenner. Wer von uns richtig liegt bzw. wo man sich wird in der Mitte treffen müssen,

ist eine Frage, die wohl erst in einigen Jahren geklärt sein wird. (zumindest hoffe ich, dass es irgendwann eine Klärung gibt)

Ihre Ausführungen waren dennoch sehr wichtig für mich und ich bedanke mich nochmals, dass Sie sich über das Normalmaß hinaus Zeit genommen haben.

Abschließend bitte ich Sie nur noch, mir entsprechend meiner unten stehenden Anfrage Daten zur Verfügung zu stellen, die ich für meine eigene Bewertung der aktuellen Lage nutzen kann. Wie gesagt, ich mache mir gern meine eigenen Gedanken, empfinde das auch als sehr wichtig, denn nur durch Diskussion und kontroverse Positionen entsteht Fortschritt.

Antwort vom Gesundheitsamt 12.01.2020

Die Fragen habe ich Ihnen alle beantwortet. Wir haben positive oder negative Tests, und mehr nicht. Tests sind ein Indikator für Infektionen. Obduktionen werden nicht durchgeführt. Unser Nenner: Ich verstehe Ihren theoretischen Ansatz, er hat nur keine praktische Relevanz.