



Mittwoch, 18. März 2020, 13:00 Uhr
~6 Minuten Lesezeit

Die Angst-Kampagne

Die wesentlichen Fragen zu Corona werden gar nicht erst gestellt — sie stünden Profitmaximierung und Grundrechteabbau nur im Weg.

von Rainer Johannes Klement
Foto: No-Mad/Shutterstock.com

Europa befindet sich im Krieg. Im Krieg gegen einen Virus aus der Gattung der Coronaviren, genannt SARS-CoV-2. Nach Italien und anderen Ländern hat nun auch Deutschland Kindergärten, Schulen, Schwimmbäder, Turnhallen und viele Arbeitsplätze geschlossen und damit einen Ausnahmezustand geschaffen, der in der Bundesrepublik Deutschland so noch nicht vorgekommen ist. Viele Menschen spüren instinktiv, dass diese Maßnahmen überzogen sind und fühlen sich in ihrer Freiheit eingeschränkt. Auch wenn man kein Viren-Experte ist, ist es einfach zu offensichtlich, dass die Medien gezielte Hysterie und

Angst schüren. Die Berichterstattung ist so einseitig, dass ausschließlich Ärzte, Politiker und Journalisten zu Wort kommen, die vor der Gefährlichkeit des Virus warnen und selbst drastische Einschränkungen des sozialen Lebens als unbedingt notwendig oder sogar noch zu mild erachten. Über alternative Sichtweisen wird nicht berichtet. Oder diese werden wie so oft als „Verschwörungstheorien“ abgestempelt. Der Autor hat sich ein paar eigene Gedanken zur „Pandemie“ gemacht und möchte die Leserinnen und Leser zum Weiterdenken ermutigen.

Die Pandemie

Skepsis gegenüber der von der WHO ausgerufenen Pandemie ist schon aus historischen Gründen angebracht.

Wer erinnert sich noch an die Schweinegrippe? Auch damals hat die WHO eine Pandemie ausgerufen, und dies wurde zur Rechtfertigung eines massiven Impfprogramms genutzt, welches viele unnötige, darunter zum Teil schwere neurologische Nebenwirkungen verursacht hat (1).

Im Nachhinein hat sich alles als ein großer Fake, aber ein gutes Geschäft für die Pharmaindustrie entpuppt.

Ähnliche Angstkampagnen gab es 2002/2003 gegen die erste SARS-Corona-Welle – der damalige Erreger hat große Ähnlichkeit mit dem jetzigen SARS-CoV-2 (2) – oder 2005/2006 gegen die Vogelgrippe.

Auch diese stellten sich im Nachhinein als völlig überzogen heraus, zum Beispiel gab es in Deutschland kein einziges Todesopfer (1).

Medizin und Reduktionismus

Was sich gerade ereignet, ist wieder ein Beispiel für den in der Medizin vorherrschenden Reduktionismus.

Alle Maßnahmen werden auf die Betrachtung des Virus reduziert ohne den Menschen als Ganzes, quasi als „System“, zu sehen. So entsteht der Eindruck, überall würden tickende Überträger-Zeitbomben herumlaufen, die einen bei Kontakt unwiderruflich infizieren.

Völlig vergessen wird, dass wir ein Immunsystem haben, das normalerweise in der Lage sein sollte, mit dem Virus fertig zu werden.

Ist es wirklich der Gesundheit förderlich, Menschen beim kleinsten Verdacht zu verbieten, ihr Haus zu verlassen und damit wichtigen sozialen Kontakt, Bewegung und Sonnenexposition zu unterbinden?

Statt Angst zu schüren wäre es meiner Meinung nach eine bessere Strategie, die Menschen zu mehr Selbstverantwortung bezüglich ihres eigenen Körpers und ihren Mitmenschen gegenüber zu motivieren – dann könnte man sich die von Politikern vorgegebenen Freiheitseinschränkungen sparen.

Was wäre wenn...

Stellen wir uns vor, man hätte keinen Test entwickelt, der das neue Coronavirus nachweisen kann. Das heißt, die Medien hätten

wahrscheinlich nie von einer Epidemie in China berichtet.

Wäre dann an der diesjährigen Winter-/Frühlings-„Grippe-Welle“ überhaupt etwas auffällig? Wahrscheinlich nicht, wie der Epidemiologe und ehemalige Bundestagsabgeordnete Wolfgang Wodarg auf seiner **Homepage** (<https://www.wodarg.com/>) betont.

Er bezieht sich dabei auf Zahlen, die jeder auf der Website des **European monitoring of excess mortality for public health action** (<https://www.euromomo.eu/>) nachlesen kann.

Der Test und der Satz von Bayes

Es wird gefordert, massiv nach dem neuen Virus zu testen. Was aber sagt ein positiver Test aus? Das hängt von drei Größen ab: Der Sensitivität, Spezifität und der Basisrate an Erkrankten in der Population.

Es bleibt meist unerwähnt, dass jeder diagnostische Test nicht mit 100-prozentiger Sicherheit eine Krankheit identifizieren kann. Man spricht von der Sensitivität des Tests und meint damit die Prozentzahl positiver Testergebnisse bei Patienten, die tatsächlich erkrankt sind.

Die Spezifität bezeichnet den Prozentsatz der Patienten mit negativem Testresultat, die tatsächlich auch keine Erkrankung haben.

Schließlich ist die Basisrate der Prozentsatz der Population, die an der Erkrankung leidet, oder anders ausgedrückt die Wahrscheinlichkeit, dass ein zufällig ausgewähltes Individuum an der Erkrankung leidet.

Letztere ist für COVID-19 im Allgemeinen sehr gering, außer man testet gezielt zum Beispiel an Pneumonie-Patienten im Krankenhaus.

Die Genauigkeit des COVID-19-Tests ist kaum bekannt, jedoch zeigt eine neue chinesische Arbeit (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32133832>) (3), dass der Test wohl ziemlich ungenau ist. So beträgt die Falsch-Positiv-Rate, das ist die Rate der positiv getesteten Personen, die eigentlich nicht an dem Virus erkrankt sind, über 50 Prozent, die Spezifität also weniger als 50 Prozent.

Nehmen wir nun an, jemand erhält ein positives Testergebnis. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass er/sie NICHT mit dem Virus infiziert ist?

Sei H die Hypothese „Die Person ist nicht infiziert“, und T das positive Testergebnis. Dann ist die Wahrscheinlichkeit für H, $P(H)$, gleich 100 Prozent minus der Basisrate und $P(T|H)$ die Falsch-Positiv-Rate, also die Wahrscheinlichkeit, dass die Person nicht infiziert ist nachdem ein positives Testergebnis erhalten wurde.

Man kann dann den Satz von Bayes anwenden, der ein Grundsatz der Wahrscheinlichkeitsrechnung ist:

$$P(H|T) = P(T|H) \cdot P(H) / P(T)$$

Durch die hohe Falsch-Positiv-Rate und sehr kleine Basisrate ergibt sich eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ein positiver Test bei einem zufällig ausgewählten Individuum ein falsches Resultat liefert.

Lohnt es sich dennoch, sich testen zu lassen? Ja, und zwar finanziell – für die Testhersteller.

Der Finanzcrash

Dass unser Finanzsystem in naher Zukunft an die Wand fahren wird, davon war auszugehen (4). Nun scheint dieser „schwarze Schwan“ zeitgleich mit COVID-19 tatsächlich einzutreten beziehungsweise wird durch alle Einschränkungen massiv beschleunigt.

Zufall? Oder kann es sein, dass man das ohnehin Unvermeidliche nun einem Virus in die Schuhe schieben möchte, um damit von den tatsächlich Verantwortlichen abzulenken?

Diese Frage, deren spekulativen Charakters ich mir bewusst bin, lasse ich einfach mal so im Raum stehen.

Unser Gesundheitssystem

Man hat Angst davor, die Krankenhäuser würden dem Ansturm der COVID-19-Infizierten nicht standhalten. Doch die zentrale Frage ist:

Warum? Warum sind so viele Betten mit chronisch Kranken besetzt?

Hat hier nicht unser Gesundheitssystem auf dem Gebiet der Prävention chronischer nicht-übertragbarer Krankheiten versagt, so dass in einer akuten Krise keine Kapazitäten mehr frei sind?

Tatsächlich werden in Deutschland nicht einmal 0,5 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für präventive Maßnahmen ausgegeben (5).

Global versus Regional

Die aktuelle Krise sollte uns vor allem zu Denke geben, ob die Globalisierung der Märkte mit den damit verbundenen Abhängigkeiten eine gute Idee ist. Ich denke ganz klar nein.

Die aktuellen Maßnahmen kann man deshalb als Chance sehen, wieder lokal zusammenzuarbeiten, sich auf Wesentliches wie Familie und Gemeinschaft zu besinnen und das eigene Konsum- und Reiseverhalten zu hinterfragen.

Das Wort Krise leitet sich aus dem griechischen *krísis* ab, was ursprünglich „Entscheidung“ bedeutet – so sollte die aktuelle Lage idealerweise eine positive Entscheidung für eine zukünftig bessere regionale Vernetzung, mehr Nachhaltigkeit, Mitmenschlichkeit und Sorge um das eigene Ich bewirken.

Video (https://www.youtube-nocookie.com/embed/p_AyuhbnPOI)

Video (<https://www.youtube-nocookie.com/embed/WhJB8xjaSrw>)

Video (https://www.youtube-nocookie.com/embed/ro730Sk_pN0)

Quellen und Anmerkungen:

(1) Keil U, Schönhöfer P, Spelsberg A. The invention of the swine-flu pandemic. *Eur J Epidemiol.* 2011; 26:187–90.

(2) Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically-proven protease inhibitor. *Cell.* 2020; 181:1–10.

(3) Zhuang G, Shen M, Zeng L, Mi B, Chen F, Liu W, et al. Potential false-positive rate among the “asymptomatic infected individuals” in close contacts of COVID-19 patients. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi [Chinese Journal of Epidemiology]. 2020; 41:485–8.

(4) Jebsen K, Krall M, Häring N, Mayer T, Otte M. Positionen 20: Der große Finanz-Crash – Das Ende der Demokratie [Internet]. 2020 [Zugriff 1. März 2020]. URL: <https://kenfm.de/positionen-20/> (<https://kenfm.de/positionen-20/>)

(5) Scholl J, Schneider M. Gesundheitspolitik: Gesundheitsförderung und Prävention weiterdenken. Dtsch Arztebl. 2015; 112:1830–4.

Dieser Artikel erschien bereits auf www.rubikon.news.



Rainer Johannes Klement, Jahrgang 1979, promovierte in Astronomie und wechselte später in die medizinische Physik. Seit 2012 arbeitet und forscht er in der Strahlentherapie am **Leopoldina Krankenhaus Schweinfurt**. Er veröffentlichte bereits mehr als 60 Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften, hauptsächlich zu den Forschungsschwerpunkten statistische Modellierung, Tumorbilogie und ketogene Ernährung. Er ist leidenschaftlicher Sportler und war Mitbegründer und Vorstandsmitglied der **Gesellschaft für evolutionäre Medizin und Gesundheit e.V.** Weitere Informationen unter www.rainerklement.de (<http://www.rainerklement.de>).

Dieses Werk ist unter einer **Creative Commons-Lizenz (Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International** (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>)) lizenziert. Unter Einhaltung der Lizenzbedingungen dürfen Sie es verbreiten und vervielfältigen.

