

Betrachtung der Heinsbergstudie

Seite 2 (Bericht beginnt auf Seite 2 mit einer Art Zusammenfassung; **Abstract** genannt):

hier wird im obersten Absatz zwischen case fatality rate (CFR) und infection fatality rate (IFR) unterschieden und darauf hingewiesen, dass die IFR die Sterberate der pandemischen Infektion ausweist und daher von beiden die verlässlichere statistische Größe für die Vorhersage der Pandemiefolgen ist, da die im Sars-CoV-2 Zusammenhang berichtete CFR in den meisten Ländern erheblich voneinander abweicht (offenbar wegen des breiten Spektrums von symptomfreien über leichte und schwere bis hin zu tödlichen Verläufen).

Dadurch wird im Folgenden (nicht ausdrücklich gesagt aber) deutlich, dass unter „case“ in Fachkreisen (ausschließlich) der Lungenerkrankungsfall, also die covid 19 Erkrankung verstanden wird (und nicht etwa auch andere symptomatische aber weniger gravierende Verläufe).

Die CFR setzt die Anzahl der Sterbefälle somit ins Verhältnis zur Anzahl der covid 19 Erkrankungen, während die IFR sie ins Verhältnis zur Gesamtzahl der Sars-CoV-2 Virusinfektionen setzt, die sich epidemie- bzw. pandemieartig ausbreiten, die aber nicht immer die covid 19 Lungenkrankheit erregen und oft genug (ca. 20%) vollkommen symptomfrei verlaufen. Da hinsichtlich der Ausbreitung der Pandemie ohne Unterscheidung der Verläufe auf alle Fälle der Sars-CoV-2 Infektion Bezug genommen wird, wobei allerdings lediglich die nachgewiesenen und von den Gesundheitsämtern gemeldeten Infektionen gezählt und berichtet werden, die hohe Dunkelziffer dagegen unberücksichtigt bleibt, ist die Angabe der Anzahl der Sterbefälle in diesem Zusammenhang irreführend.

Die Studie weist neutral und unaufgeregt auf diese Tatsache hin („the infection fatality rate (IFR) is the more reliable parameter to predict the consequences of the pandemic“). Die ganze Tragweite ihrer Feststellungen im obersten Absatz ist sogar recht leicht zu überlesen, da der Leser so gleich im nächsten Satz (desselben ersten Absatzes) die Information erhält, dass in dieser Studie zwei Testverfahren kombiniert wurden, nämlich ein RT-PCR Virus Test („virus RT-PCR testing“) und eine Sars-CoV-2 Antikörperprüfung („assessment for Sars-CoV-2 antibodies“). Darüber darf die Tragweite der ersten Aussage des ersten Absatzes aber nicht übersehen werden, dass durch die regelmäßige Meldung der Infektionszahlen nämlich der Eindruck einer viel höheren als der tatsächlichen Sterblichkeit der Virusinfektion (individuelle Betrachtungsweise) bzw. der Sars-CoV-2 Pandemie (kollektive Betrachtungsweise) erweckt wird.

Neben dieser Wirkung der Berichterstattung, die durch die Studie erst erkennbar wird, ist hier allerdings zu ergänzen, was die Studie nicht sagt, und zwar dass diese Irreführung durch das RKI ganz bewusst erfolgt.

Im nächsten Halbsatz wird unter der Überschrift und bei der Darstellung der in der Studie angewandten **Methoden** das später im Bericht sogenannte „setting“ der Studie, die bestimmten ethischen Standards (GCP und GEP) entsprochen habe, beschrieben, das mit „Versuchsordnung“ zu übersetzen wäre, würde es sich um eine experimentelle Studie handeln. Und zwar wurde die Studie danach in einer kleinen deutschen Stadt durchgeführt, die einem sogenannten super-spreading event ausgesetzt war (Karnevalssitzung), das eine vorübergehende Infektionswelle ausgelöst hatte und in dessen Anschluss strenge Sozialabstandsregeln verhängt wurden. Die Studie begann sechs Wochen nach der super-spreading Karnevalssitzung.

(Erläuterung dieser im Bericht erwähnten Sozialabstandsregeln: Die Karnevalssitzung fand am 15. Februar statt. Der Sechswochenzeitraum bis zur Studie endete, und die Studie begann, damit am 28. März. Am 4. April endete die Materialsammlung. Am 9. April wurden die Ergebnisse bereits in einem vorläufigen Kurzgutachten vorgestellt. Diese eilige Vorabveröffentlichung geschah offenbar, um eine Aufhebung des Ausnahmezustands anzuregen, für die die Politik ab diesem Zeitpunkt also eine Begründung gehabt hätte, die die Gefahrenlage jedoch anders bewertete. Mit Wirkung ab dem 23. März, fünf Wochen nach der Karnevalssitzung, hatte Frau Merkel bzw. die Bundesregierung die strengen bundesweiten Einschränkungen des sozialen Lebens angeordnet, insbesondere innerdeutsche Reiseverbote, Kontaktverbote (mehr als zwei Personen dürfen nicht zusammen kommen) und Abstandsregel. Bereits am 16. März war das weltweit einzigartige Ladenschlussgesetz um die neuen „Laden-, Gaststätten- und Hotelschlussverordnungen“ ergänzt worden. Die Anordnung dieses nationalen Ausnahmezustands war damit begründet worden, dass die Infektionen zu der Zeit rapide zunahmen und die Reproduktionszahl R_{eff} von anfangs 2 (Februar) vorübergehend auf fast 3,5 (Mitte März) angestiegen war. Er sollte, wie ausdrücklich gesagt worden war, zwei Wochen gelten, die wegen der zweiwöchigen Inkubationszeit nötig wären, um eine Wirkung der Maßnahmen überhaupt erkennen und bewerten zu können. Nach Ablauf des Zweiwochenzeitraums am 6. April wurde der nationale Ausnahmezustand jedoch mit Beginn der Studie am 7. April ohne Angabe von konkreteren Gründen verlängert, als dass die Notwendigkeit, die Epidemie weiter zu bremsen, nach wie vor bestünde. Auch an den nächsten genannten Terminen wurden die Einschränkungen verlängert, bis am 4. Mai (28 Tage nach dem 6. April) endlich damit begonnen wurde, sie schrittweise zu lockern. Lediglich kleine Geschäfte hatten bereits am 20. April (34 Tage nach ihrer Zwangsschließung am 16. März) wieder öffnen dürfen.)

Die Studie wurde in einer zufällig zusammengestellten aus 405 Haushalten (mit 1007 Personen) bestehenden „Studienpopulation“ durchgeführt. Es wurden Informationen mittels Fragebögen sowie Biomaterial gesammelt. Daraus wurden durch Integration der Ergebnisse

der oben bereits genannten unterschiedlichen Testverfahren die gesamten Infektionszahlen ermittelt, die sich aus der Summe gegenwärtiger (present infections) und überstandener Infektionen (past infections) zusammensetzten. Nicht die Tatsache der Integration der Ergebnisse beider Verfahren ist hier jedoch das interessante an der Aussage, sondern die leicht von der Bezeichnung der Verfahren im ersten Absatz abweichende gleichwohl wie selbstverständlich verwendete kaum aufwändigere Beschreibung der beiden Testverfahren, nämlich einmal der anti-SARS-CoV-2 IgG Analyse des Bluts (=Antikörperbestimmung, s. o.) und zum anderen der PCR Testung auf virale RNA in den gesammelten Rachenabstrichen (also der Wattestäbchen-Tests, die auch jeder Laie unter den Lesern kennt, nämlich der oben sog. RT-PCR Virus Tests). Dabei folgt aus diesen Beschreibungen der unterschiedlichen Testverfahren erst die wesentliche Erkenntnis des (Laien-)Lesers, nämlich dass einmal nach Antikörpern gegen das Virus gesucht wird und zwar im Blut und zum anderen im Speichel nach dem Genom des Virus, das die Virologie abweichend von der Humanbiologie nicht DNA sondern RNA nennt.

Angesichts der Inkubationszeit von zwei Wochen handelte es sich bei den past infections also um Erstinfektionen, die sich die Probanden während der Karnevalssitzung eingehandelt hatten und die jetzt erkennbar offenbar nur noch über Antikörper im Blut nachgewiesen werden konnten, sowie bei den present infections um Zweit- und ggfs. noch vereinzelt Drittinfectionen, die aus im Speichel gefundener Viruslast geschlossen werden. (Dass länger zurückliegende Infektionen offenbar nicht mehr im Speichel nachgewiesen werden können, folgt dabei aus einer anderen Stelle im Bericht, in der es sinngemäß heißt, dass es zu Nachweislücken kommen kann, in Fällen, in denen die PCR Tests schon negativ, die Antikörpertests aber noch nicht positiv sind. Hier auf wird später noch eingegangen.)

(Vor dem Hintergrund, dass es in der Studie auch explizit um den Nachweis und die Entwicklung von Zweit- und Drittinfectionen ging, entkräftet übrigens der zeitliche Gesamtzusammenhang hier den Verdacht nicht, dass der Ausnahmezustand angeordnet wurde, um eine Verwässerung des study settings zu vermeiden, welchen der Bericht auf der kommenden Seite nahelegt, wo es im letzten Absatz (auf Seite 3) heißt: „*Furthermore, even an assay with a validated specificity of 99% has limitations in its accuracy to reliably identify infected individuals in populations with low seroprevalence (e.g. <1 %). We chose the community of Gangelt, where due to a super-spreading event, the officially reported cases were 3% (time of study period). In this community, carnival festivities around February 15th were followed by a massive outbreak of SARS-CoV-2 infections. Strict measures including a suggested curfew were immediately taken to slow down further spreading of the infection. Given its relatively closed community with little tourism and travel, this community was identified as an ideal model to better understand SARS-CoV2 spreading, prevalence of symptoms, as well as the infection fatality rate. The results presented here were obtained in the context of the larger study program termed COVID-19-Case-Cluster Study.*“ Im übrigen werden der erwähnte Verdacht und dieses Zitat in seinem Textzusammenhang noch besprochen.)

Im nächsten mit **Ergebnisse** überschriebenen Absatz werden als Ergebnisse genannt, dass 919 von den 1007 möglichen Personen an der Befragung und Untersuchung teilgenommen hatten. Von ihnen waren 15,5% infiziert, genau fünfmal mehr, als dem RKI aus derselben Gemeinde (d. h. wohl aus der Studienpopulation dieser Gemeinde) offiziell als infiziert gemeldet waren (das waren 3,1%).

nicht erläutert nach den 15,5% der Klammerzusatz (95% CI: [12.3%; 19.0%])

Mit einer Infektion waren typische Symptome wie der Verlust des Geschmack- und Geruchsinns verbunden, obwohl im nächsten Satz ebenso selbstverständlich berichtet wird, dass 22,2% der Infizierten symptomfrei waren. In und aus der Verbindung mit sieben in derselben Gemeinde registrierten Todesfällen, folgte die geschätzte IFR von 0,36%.

Hierbei handelt es sich also um die geschätzte Sterberate der Sars-CoV-2 Epidemie (kollektive Betrachtung) bzw. um die geschätzte Wahrscheinlichkeit, an einer SarsCorona2Virus-Infektion, die man sich zugezogen hat, auch tatsächlich zu sterben (individuelle Betrachtungsweise), die bereits relativ niedrig genannt werden kann. Setzt man die Anzahl der Todesfälle dagegen ins Verhältnis zur Gesamtbevölkerung um die individuelle Betrachtungsweise der kollektiven Betrachtung anzugleichen, also bei einer Kollektivinfektionssterberate von 0,36% aus der Tödlichkeitswahrscheinlichkeit einer tatsächlichen (konkreten) Infektion die abstrakte individuelle Sterbewahrscheinlichkeit zu ermitteln, was nicht Gegenstand der Studie war, liegt die (abstrakte) Sterbewahrscheinlichkeit des einzelnen (noch nicht infizierten) Bürgers bei noch viel niedrigeren 0,05%.

(Nur am Rande bemerkt: Bereits die 0,36% sind zu niedrig, um zu verängstigen. 0,05% drängen Sammelklagen aller Geschädigten gegen die Bundesrepublik auf Schadensersatz geradezu auf. Das würde die Bundesrepublik ruinieren. Für diese Schulden der Bundesrepublik haften aber auch die Regierungsmitglieder. Nicht die Bundesregierung hat Mitglieder in den Lufthansa Aufsichtsrat zu entsenden, weil die BRD der Lufthansa nun großzügig aus der Klemme hilft, sondern der Lufthansa Vorstand (vllt. gemeinsam mit einigen weiteren DAX Vorständen) müsste die Regierungsgeschäfte übernehmen, nachdem das Kabinett verhaftet worden wäre. Sämtliche Einzelunternehmer wären aus den D&O Versicherungen der Kabinettsmitglieder zu entschädigen und sofern das nicht reichte, würde der neue BRD Vorstand den Rest aus dem Bundeshaushalt begleichen.)

Dabei sind diese 0,05% absolut glaubhaft und eher noch zu hoch, vergleicht man sie mit der zur Gesamtbevölkerung ins Verhältnis gesetzten IFR der Bundesrepublik am 22. Mai 2020, die mit 8.333 Toten und einer Gesamtbevölkerung von 83.020.000 Bürgern bei genau 0,01% liegt, also noch fünfmal niedriger ist.

Diese Ergebnisse machen natürlich etwas stutzig und verlangen nach Überprüfungsrechnungen. Wir überprüfen also zunächst einmal die 0,36% IFR im Kreis Heinsberg und stellen sofort fest, dass hier gar nicht alle notwendigen Berechnungsparameter in absoluten Zahlen genannt sind, was die Überprüfung durchaus erschwert. Genannt in absoluten Zahlen sind 919 Teilnehmer aus der Studienpopulation von 1007. Außerdem in absoluten Zahlen genannt sind 7 Tote im Kreis Heinsberg. Daraus lässt sich gar nichts errechnen. Schließlich sind in % der Teilnehmer noch die Infizierten unter ihnen genannt, nämlich 15,5. Bevor wir uns die notwendigen fehlenden Angaben zusammen suchen, fragen wir uns an der Stelle allerdings, woran diese Verschleierung wohl liegt, warum die Studie auf englisch vorliegt und nicht auf deutsch wie noch der Vorabbericht vom 9. April und warum der Kollege Drost es als so fürchterlich ungeschickt empfand, dass Prof. Streeck, der die Studie durchführte und den Bericht erstellte, sich bei der Präsentation des Vorabberichts von einer PR-Agentur unterstützen ließ. Dabei gehen wir nach wie vor davon aus, dass Prof. Streeck absolut gutgläubig war und, noch viel wichtiger, ausgezeichnete virologische und vor allem epidemiologische Arbeit abgeliefert hat. Er war aber nicht der einzige Studienverantwortliche, sondern es waren zahlreiche Wissenschaftler der Universität Bonn, weiterer Universitäten und nicht zuletzt auch Verantwortliche der beauftragenden NRW-Regierung mit der Studie und vorab bereits mit ihrem idealen setting befasst, von denen Prof. Streeck durchaus der einzige gutgläubige sein könnte. Die PR-Beratung ist ihm ebenso angeraten worden, wie ihm die Verschleierung der Berechnung in der „executive summery“ des Berichts diktiert wurde (als die der **Abstract** genannte Teil (Seite 2) sicher auch zu verstehen ist), womit er nur deswegen einverstanden sein konnte, weil er immerhin noch die richtigen Ergebnisse nennen dürfte.

Im übrigen ist die Universitätsklinik Bonn sehr eng mit dem Verteidigungsministerium verbunden und die Universität Bonn sehr an dem von ihr angestrebten Ausweis als Exzellenzuniversität interessiert. Bei beiden Umständen, handelt es sich um solche, die eine „kosmetische Berichtskorrektur“ durch „Exzellenzbeauftragte der Uni“ (bevor die Gemeinsame Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Wissenschaftsrates auf die Idee kommen könnte, eine solche vorzuschlagen) in keiner Hinsicht als rufschädigend erscheinen lassen würden, vielmehr selbstverständlich sein dürften. Prof. Streeck hatte also keine Veranlassung, ihnen zu widersprechen, oder auch nur argwöhnisch zu werden.

Bei der Berichtssprache englisch verhält es sich ähnlich, wenn sie nicht ohnehin vorgese-

hen war im Fall dieser internationalen Pandemie, woran lediglich der Vorabbericht etwas zweifeln lassen könnte. Dieser diente jedoch als Arbeitspapier der mündlichen Vorstellung der Ergebnisse auf einer deutschen Pressekonferenz weshalb die deutsche Fassung vermutlich für geeigneter gehalten worden war.

Herr Drosten von der Berliner Charité schließlich gehört, wie der RKI Präsident übrigens auch, zu den Experten, die im Auftrag der Regierung nichts anderes tun als Angst zu verbreiten. Fast täglich taucht er in Nachrichtenüberblicken (google oder Microsoft news zB) mit neuen Schreckensvisionen auf (offenbar gibt es einen eigenen täglichen podcast von ihm). Er brauchte irgendeinen Aufhänger, an dem er seine Kritik an der Studie von Kollege Streeck festmachen konnte und da die Zahlen einwandfrei sind, also jeder Kritik standgehalten hätten, glaubte er die Glaubwürdigkeit des Kollegen besser angreifen zu können, indem er die Form der Präsentation unüblich und äußerst unglücklich nannte. (Mir ist nicht bekannt, was ein solcher podcast genau ist, könnte mir aber vorstellen, dass eher ein solcher in der Wissenschaft unüblich ist und Zweifel an der Seriosität des Wissenschaftlers begründen könnte.) Dabei fürchtete er offenbar, dass die Studie dazu beitragen könnte, dass irgendwann einmal seine eigene Arbeit und die des RKI viel gründlicher hinterfragt und untersucht werden würden, als es sich die Journalisten im Land bislang trauen. Dann wären nämlich noch ganz andere Fragen zu stellen, als nur weshalb eigentlich eine solche Angst verbreitet wird. Auf diese Fragen werden wir zurück kommen, nachdem wir nun wie beabsichtigt auch trotz Verschleierung der Berechnung zunächst die Ergebnisse von Prof. Streeck prüfen.

Aus den 15,5% (Infizierte) der 919 (Teilnehmer) lässt sich noch relativ leicht eine weitere absolute Zahl ableiten, nämlich 142 Infizierte unter der Studienpopulation. Die 7 Toten wurden dagegen vom Gesundheitsamt für den gesamten Kreis Heinsberg gemeldet, dessen Größe an anderer Stelle des Berichts mit 12.597 Einwohnern angegeben wird (auf Seite 4 oben in einem ganz anderen Zusammenhang). Es ist daher zu ermitteln, wie viele der 7 Toten auf die Studienpopulation von 919 entfallen (und wie viele auf den Rest der Population des Kreises von 11.678 (= 12597 ./. 919), wobei 7 Tote und 12.597 Einwohner jeweils 100% entsprechen). Nach den Angaben im Bericht liegt die IFR, also der Anteil der Toten an den Infizierten bei 0,36%. Es müssten danach also 0,36% von 142 auf die Studienpopulation entfallen und der Rest auf den Rest der Kreispopulation. 0,36% von 142 ergibt 0,5112 (von 7 Toten). Das heißt, dass 6,4888 Tote auf die übrige Kreispopulation von 11.678 entfallen. Vereinfachend wird ab hier mit 0,5 und 6,5 Toten weiter gerechnet. Es entfallen nach Berichtsangaben also 0,5

der 7 Toten, die im gesamten Kreis gemeldet wurden, auf die Studienpopulation von 919 Menschen, von denen ebenfalls nach Berichtsangaben 142 infiziert sind. Dieser halbe Tote entspricht nicht nur zufällig dann auch ziemlich genau 0,36% der 142 Infizierten, womit wir zu dem Ergebnis kommen, dass nicht nur die 0,05%, die wie gezeigt, das abstrakte individuelle Sterberisiko des gesunden Bürgers aus Heinsberg beziffern, richtig sind, das vor allem den einzelnen Bürger interessiert, sondern auch der Auftrag der NRW Landesregierung, die eher an der kollektiven Betrachtung interessiert gewesen sein dürfte, einwandfrei erfüllt wurde, indem die geschätzte IFR im Kreis Heinsberg mit 0,36% richtig ermittelt wurde.

Noch einmal zum mitlesen:

Das mit der Sars-CoV-2 Pandemie verbundene individuelle Sterberisiko des gesunden (d. h. nicht infizierten) Bürgers aus dem Kreis Heinsberg liegt nachgewiesen bei 0,05%!

Und noch einmal zum mitlesen für alle:

Das mit der Sars-CoV-2 Pandemie verbundene individuelle Sterberisiko des gesunden (d. h. z. B. auch eines mit HIV aber nicht mit Sars-CoV-2 infizierten) nicht im Kreis Heinsberg wohnenden Bundesbürgers liegt (jetzt wohl auch zumindest nachweislich) sogar nur bei 0,01%, also noch fünfmal niedriger.

Es fragt sich also, warum die Herren vom RKI und der Charité bei dieser Gefahrenlage eine derartige Angst verbreiten. Jede Straßenverkehrsteilnahme (auch als Fußgänger) ist gefährlicher als das vorübergehende Auftreten dieses Virus. Gefährlich für den Bestand der Bundesrepublik Deutschland (kollektive Betrachtung einer Pandemie durch eine Regierung (hier die Bundesregierung)) wird das Virus allenfalls erst durch das mit ihm einhergehende Angstphänomen, das dadurch entsteht, dass eine phänomenale Regierung verspricht (also vorgibt), statt des Bestands des Staatsstrukturmerkmals Bevölkerung die Gesundheit oder immerhin das Leben jedes einzelnen Bürgers schützen zu wollen (individuelle Betrachtungsweise (des Schutzgutes aus Bürgersicht); Das Narrativ der Regierung, das sich darstellt, als ob beide Betrachtungsweisen nicht notwendig wenigstens geringfügig voneinander abwichen, ist schon deswegen nicht glaubhaft. Es unterstreicht lediglich die mangelhafte Glaubwürdigkeit der Regierung einmal mehr).

Auf den Grund gehen müssen wir dieser Frage an anderer Stelle und werden das auch in

aller gebotenen Ausführlichkeit tun. Hier soll an sich nur die Heinsbergstudie analysiert werden, jedoch bietet sich wenigstens noch an, den bundesweiten Blick vom individuellen Sterberisiko auf die aus Regierungssicht allein interessante kollektive Infektionssterberate zu lenken und zu prüfen, ob diese bundesweit ähnlich harmlos aussieht, oder die bundesweite IFR Grund für die Angst der Herren und Damen in Berlin geben könnte. Dabei folgt die bundesweite IFR aus der Anzahl der Toten von 8.333 am 22. Mai und der Anzahl der bundesweit Infizierten, die mit 179.538 angegeben wird. Und wir staunen tatsächlich. Hieraus würde eine kollektive Pandemie-Sterberate von 4,64% folgen, die man durchaus als nennenswert bezeichnen müsste, wenn es nun nur nicht so schwer fallen würde, diesen Zahlen noch zu trauen. Mit einer so hohen aktuellen Sterberate war selbst unter Berücksichtigung des regierungsseitigen Manipulationspotentials nicht allenfalls kaum einmal zu rechnen, weshalb sich fragt, wie diese Kennzahl zu früheren Zeitpunkten aussah und wie sie sich entwickelte. Vielleicht hilft uns ja schon ein Blick in peters times bridge (from financial to natural). Und tatsächlich findet sich eine Eintragung der relevanten Parameter am 5. Tag dieses 12. Mondes, der übrigens gestern endete, wie wir bei der Gelegenheit be- und vermerken.

Exkurs: wir wünschen allen Lebewesen ein gutes Jahr d. h. ein besseres Jahr 4 (!), und dass der Krieg so schnell beendet werden kann, wie er begann, was leider vermutlich ein zu frommer Wunsch ist. Wünschen wir also bescheidener, dass wenigstens die gegenwärtige Biokampfstoffgroßoffensive schnell vorüber geht, die Bevölkerungen der Erde also möglichst schnell Sars-CoV-2-Immunität entwickeln. Die Folgeschäden sind dann nämlich noch lange nicht verwunden. Außerdem drohen jederzeit weitere Offensiven unvorhersehbarer Art! Exkurs Ende.

Aus den Infektions- und Sterbefallzahlen (158.500 und 6.100), die am 5. Tag, also 24 Tage oder drei Wochen und drei Tage vor gestern in der bridge eingetragen sind und die den offiziell an diesem Tag vermeldeten Zahlen weitgehend entsprechen müssten, folgt, dass die bundesweite IFR vor dreieinhalb Wochen noch bei nur 0,42% lag. Das erscheint schon deutlich realistischer. Es finden sich aber auch noch frühere Eintragungen am 3. Tag des 11. Monats, sowie am 28. und am 23. Tag des 10. Mondes (in der Chronik bridge ist Mond gleich Monat). Außerdem ist im 10. Monat noch zweimal nur die Anzahl der Infektionen ohne Angabe der Todeszahlen eingetragen, nämlich am 21. und am 7. Tag. Danach haben sich die Infektionen von 117 am 7. des 10. (= 1. März) auf 4.500 am 15. März leicht explosionsartig

erhöht, bevor sie von dann auf 6.600 am 17. März anstiegen, an dem zudem 16 Todesopfer zu beklagen waren, worüber an diesem Tag auch der erste Eintrag der Totenanzahl informiert. Daraus ergibt sich am 17. März die IFR in Höhe von 0,24%. Fünf Tage später (22. März) lag die IFR zufällig exakt bei 0,36% als bereits 22.000 Infektionen aber nur 80 Todesopfer registriert waren. Weitere 5 Tage später am 3. Tag nun schon des 11. Mondes (27. März) lag übrigens die sogenannte Verdopplungszahl bei 5 und es wurden schon 270 Tote gemeldet. Daraus schließt sich schließlich die IFR von 0,61%.

(Hätten Merkel und Kollegen hier nicht gebremst, wäre die Bevölkerung jetzt bereits seit einiger Zeit immun. Das nur am Rande bemerkt. Das marode Gesundheitssystem, das darunter eventuell vorübergehend geächtet hätte, soll hier nicht diskutiert werden. Für dieses Problem hätten mit Sicherheit Ersatzlösungen gefunden werden können. Die mit der Untersuchung des neuen Virus von Anfang an beschäftigten Bundeswehruniversitäten hätten zum Beispiel von ihren Pendanten, den Bundeswehrkrankenhäusern unterstützt werden können und deren Kapazität hätte im schlimmsten Notfall durch von unseren Kameradinnen und Kameraden (sie stammen aus der Bevölkerung, dann betrachtet die Bevölkerung sie mit Sicherheit auch zurecht (d. h. auf Gegenseitigkeit beruhend) als ihre Kameradinnen und Kameraden und nicht nur als ihre Töchter Söhne Schwestern und Brüder) aufgebaute Feldlazarette erhöht werden können.

Einverstanden, da ich mir gerade während der 37. Korrekturlektüre (störungsbedingt) der bereits fertigen Teile vorstelle, dass dem einen oder anderen Leser das nicht als Argumentation genügt, weil vielleicht noch Gegenargumente ausgeräumt werden wollen, in der hiermit nun doch begonnenen Diskussion, wird am Ende bzw. unmittelbar nach der Analyse der Studie, noch einmal auf diese verpasste Verteidigungsalternative eingegangen.)

Die nächste der zeithistorischen Chronik bridge zu entnehmende IFR lag dann vor rund dreieinhalb Wochen wieder etwas niedriger bei 0,42% wie oben als erste bereits festgestellt. Damit ergeben diese in zufälligen Zeitabständen erhobenen Daten schon einmal folgendes vorläufiges Bild:

Tag/Datum	Tage seit vorher	infiziert	Veränderung in %	gestorben	Veränderung in %	IFR in %	Veränderung in %
7.10.3 (1. März 20)	/	117	/	/	/	/	/
21.10.3 (15. März 20)	14	4.500	3.746,2	/	/	/	/
23.10.3 (17. März 20)	2	6.600	46,7	16	/	0,24	/
28.10.3 (22. März 20)	5	22.000	233,3	80	400,0	0,36	50,0
3.11.3 (27. März 20)	5	44.000	100,0	270	237,5	0,61	69,4
5.12.3 (28. April 20)	32	158.500	260,2	6.100	2.159,3	0,42	-31,1
12.3 (22. Mai 20)	24	179.538	13,3	8.333	36,6	4,64	1004,8

Danach bewegte sich die IFR seit Anfang März bis vor dreieinhalb Wochen ziemlich konstant um den Wert eines halben Prozents. Sie lag dreimal unter und nur am 27. März mit 0,61% einmal knapp über dieser Marke, wobei sie zunächst von 0,24% über 0,36% auf diese 0,61% in relativ geringfügigen Veränderungen gestiegen und anschließend über einen Zeitraum von 32 Tagen wieder auf 0,42 % gesunken war, was ebenfalls eine relativ geringfügige Veränderung der Höhe nach darstellte, während die Infektionen in diesem vergleichsweise langen Zeitraum den mit Abstand größten Sprung in unserer kleinen Übersicht von 44TSCoV auf 158.5TSCoV verzeichneten, was immerhin eine Zunahme von 114.500 bzw. 260,2% darstellte.

Danach springt die IFR auf einmal aus ihrer Umlaufbahn (Lauf um die 0,5%) und schießt von 0,42% auf 4,64% (!) weil innerhalb dieses vergleichsweise nur 24 Tage langen Zeitraums die Sterbefälle zwar um 36,6% zugenommen haben, die Infektionen aber geradezu stagnierten und von 158.500 auf 179.538 nur noch um 13,3% gestiegen sein sollen.

Das lässt also offensichtlich das allerschlimmste befürchten. Es ist nur damit zu erklären, dass unerwartet zahlreiche der noch nicht als geheilt gemeldeten Patienten mehr oder weniger gleichzeitig innerhalb der vergangenen dreieinhalb Wochen unter ihren Viruslasten zusammenbrachen, als die Mikrobe ihren Feind mit Neuinfektionen weitreichend verschonte und so bereits in verhängnisvoller Sicherheit wiegte!

Die Analyse wird an dieser Stelle bereits vorab veröffentlicht, da die bis hier erzielten Zwischenergebnisse und die aufgeworfene Frage dem geneigten Leser nicht länger vorenthalten werden sollen!

Aber: Fortsetzung folgt in der auch die gelb markierten Stellen noch kommentiert werden sollen ...