

# INFOSperber

---

## 13 irreführende und falsche Behauptungen zur Corona-Epidemie

*Urs P. Gasche / 08. Jun 2020 - Selbst seriöse Medien verbreiten weiterhin viele Halbwahrheiten zum Risiko und zur Verbreitung von Covid-19. Hier ein Faktencheck.*

Das Virus Sars-CoV-2 verbreitete sich rasant ab Ende 2019 in China und ab Februar auch in Europa. Seither beschäftigen sich die Medien intensiv mit dieser Pandemie. Dabei übersahen sie häufig, dass Experten und Behörden zwei Ziele verfolgten:

- *Epidemiologen, Virologen und Infektiologen* möchten die Verbreitung des Virus möglichst stark verlangsamen und tödliche Folgen des Virus möglichst ganz vermeiden. Um soziale und wirtschaftliche Kollateralschäden, die ebenfalls gesundheitsschädigende Folgen haben können, kümmern sie sich nicht.
- *Behörden* wollten zuerst beruhigen und verharmlosten die Pandemie. Nachher mussten sie die Bevölkerung dafür gewinnen, ungewohnte physische Distanz zu halten, sich ständig die Hände gut zu waschen und auf Grossveranstaltungen zu verzichten. Dann wollten sie schliesslich erreichen, dass die Bevölkerung den wochenlangen Lockdown mit Geschäftsschliessungen, Ausgangs- und Reisebeschränkungen akzeptiert.

Mit diesen Zielen im Auge informierten die Behörden nach dem Beschluss des Lockdowns – Mitte März – oft unvollständig, selektiv, irreführend und sogar falsch. Im Rahmen der «Krisenkommunikation» drängte Vizekanzler und Bundesrats-Sprecher *André Simonazzi* darauf, dass «mit einer Stimme» gesprochen werde. Er bestimmte, wer im Medienzentrum auftritt. Interviews sollten ihm vorgelegt werden. Selbst Bundesräte sollten ohne Absprache an keinen eigenen Medienkonferenzen zum Corona-Thema auftreten.

Kommt hinzu: Bei Daten, welche die *Medien* publizierten, seien ihm immer wieder «*grundlegende statistische Fehler*» und «*Unsauberkeiten*» aufgefallen, erklärte *Servan Grüniger*, Biostatistiker am Institut für Mathematik der Universität Zürich, Anfang April im «Tages-Anzeiger».

Viele dieser unbefriedigenden Informationen prägen noch heute die Diskussion. Deshalb versucht Infosperber, auf 13 irreführende und falsche Behauptungen hinzuweisen.

### 1. Irreführend:

## Statistiken mit Zahlen der «Fälle» oder der «Erkrankten»

In den ersten Wochen der Pandemie wurden täglich Zahlen zu den «Fällen» und «Erkrankungen» publiziert, die stark manipulativ wirkten. Infosperber hatte immer wieder auf irreführende Statistiken und Grafiken hingewiesen, so am 17. März, am 20. März, am 25. März, am 29. März, am 2. April, am 10. April, am 15. April und am 23. April.

Nicht selten wurde der Begriff «Erkrankte» verwendet. Dieser ist falsch, wenn er, wie das häufig der Fall ist, für alle positiv Getesteten gebraucht wird. Ein Angesteckter oder «Infizierter» ist noch längst kein Erkrankter und insofern auch kein «Fall». Die Ansteckung mit einem Virus wird erst zur Krankheit, wenn Krankheitssymptome wie Fieber auftreten. Rund 90 Prozent der mit Sars-Cov-2 Angesteckten spüren nur milde bis moderate, also keine wirklichen Krankheitssymptome, oder sie merken gar nichts davon. Alle positiv Getesteten als «Erkrankte» zu bezeichnen, ist sachlich unkorrekt und eine Angst einflössende Dramatisierung. Doch den Behörden passte dies ins Konzept. Jedenfalls machten sie die betreffenden Medien auf diesen Fehler nie aufmerksam.

Die Kurve dieser «Fälle» stieg am Anfang unrealistisch stark an, *weil man immer häufiger testete*. Nicht nur hätte man immer klar von «bestätigten» oder «positiv getesteten Fällen» sprechen, sondern vor allem diese Zahl immer mit der Zahl der jeweils durchgeführten Tests in Bezug setzen müssen.

Statt täglich über «Fälle» zu reden, wäre es informativer gewesen, von Anfang an die Zahlen der *Spitaleinweisungen*, der *künstlichen Beatmungen* und der *Todesfälle* – insbesondere in Spitälern, Pflege- und Altersheimen – bekannt zu geben.

## 2. Irreführend:

### Länder-Ranglisten des Totals der Fälle und der Toten

Ranglisten der Gesamtzahlen pro Land sind in dreifacher Hinsicht irreführend:

*Erstens* sind weniger die Gesamtzahlen in einem Land relevant, sondern die Zahlen pro 100'000 Einwohner. Es muss einleuchten, dass ein Vergleich der Gesamtzahlen in Deutschland, der Schweiz oder in Liechtenstein ein verzerrtes Bild ergibt.

*Zweitens* sind die Zahlen nicht zwischen Ländern und halben Kontinenten zu vergleichen. Viel aussagekräftiger sind Zahlen zwischen den hauptsächlich betroffenen Gebieten. Nur spezifische Vergleiche, etwa zwischen Norditalien und Wuhan, New York oder der Region Moskau informieren über die Stärke der Ausbrüche. Vergleiche von ganz Italien mit ganz China und ganz Russland oder den USA sind wenig aussagekräftig.

*Drittens* ist bei solchen Vergleichen auf unterschiedliche Erfassungsmethoden und unterschiedliche Testhäufigkeit hinzuweisen. In *Grossbritannien* beispielsweise wurden Verstorbene in Pflegeheimen lange gar nicht mitgezählt. Ganz anders in *Belgien*: Dort wurden alle in Heimen Verstorbenen als «Corona-Tote» gezählt, auch wenn kein Test gemacht wurde und die Todesursache nur auf einem Verdacht beruhte.

In *Afrika* wurden und werden viele Verstorbene nicht auf Covid-19 getestet und erscheinen deshalb in den Statistiken nicht. Siehe [«Comparing international COVID-19 death rates»](#).

### 3. Falsch:

#### **«Sie sind alle am Coronavirus oder an Covid-19 gestorben»**

Diese Menschen sind *«im Zusammenhang mit»* dem Coronavirus gestorben (Bundesamt für Gesundheit) beziehungsweise *«an oder mit»* Covid-19 (Bundesamt für Statistik). Alle Todkranken, die positiv getestet wurden und dann starben, nimmt das BAG als Coronatote in die Statistik auf – unabhängig von der tatsächlichen Todesursache. Obduktionen werden ganz selten gemacht. Die [deutschen Pathologen](#) mussten am 7. April dagegen protestieren, dass das Robert-Koch Institut von Obduktionen sogar abgeraten hatte.

### 4. Irreführend:

#### **«Das Virus verbreitet sich (ohne Massnahmen) exponentiell.»**

Tatsächlich verbreitete sich das Virus am Anfang exponentiell. Die Geschwindigkeit der Ansteckungen (*«sekundäre Befallrate»* oder *«Attackrate»*) war nach Angaben des Berliner Virologen [Christian Drosten](#) deutlich grösser als bei den normalen saisonalen Grippewellen, jedoch vergleichbar mit der Ansteckungsgeschwindigkeit bei einer *schweren Influenza-Grippewelle*. Wegen der schnellen Ausbreitung und der drohenden Überlastung von Intensivstationen – wie Bilder aus Wuhan und Norditalien zeigten – drängte es sich auf, grosse Menschenansammlungen möglichst rasch zu verbieten. Doch auch ohne Massnahmen bleibt eine solche Verbreitungskurve nicht exponentiell, sondern flacht sich innerhalb eines Landes mit der steigenden Zahl der Angesteckten stark ab. Allerdings: Trotz abflachender Kurve wäre es zu deutlich mehr Todesfällen gekommen, wenn kein Verbot von Menschenansammlungen und kein Gebot des *«Physical Distancing»* eingeführt worden wären.

### 5. Falsch:

#### **«Gegen dieses neuartige Virus gibt es in der Bevölkerung keine Immunität.»**

Es entsteht der falsche Eindruck, dass Menschen dem Sars-Cov-2 wehrlos ausgeliefert sind. Doch Virologen verwenden den Begriff Immunität sehr eng und beziehen ihn auf vorhandene Antikörper oder auf Abwehrzellen. Ob Menschen an einem Virus erkranken oder sogar daran sterben, hängt jedoch viel stärker vom *körper eigenen Immunsystem* ab. Dieses ist bei den meisten Menschen so stark, dass sie nur harmlos oder überhaupt nicht an Covid-19 erkranken und schon gar nicht daran sterben.

Generell gilt: Je mehr sich Menschen körperlich bewegen, gesund und in einer gesunden Umgebung leben, desto stärker ist ihr Immunsystem. Zu Erkrankungen kommt es offensichtlich vor allem dann, wenn Menschen in einem Innenraum länger als ein paar Minuten eng mit Infizierten zusammen sind. Solche Situationen des «Superspreading» gab es in Ischgl, im Kirchenchor in Amsterdam, in überfüllten Spitälern in Italien, an einer Karnavalssitzung im deutschen Gangelt oder während der Fasnacht in Bellinzona.

Doch selbst nach solchen «Hyperansteckungen» sterben an Covid-19 fast ausschliesslich Menschen mit einem geschwächten körpereigenen Immunsystem. Das sind grossmehrheitlich Betagte, sofern sie Vorerkrankungen haben. Und es trifft neben geschwächten Menschen in Pflegeheimen vor allem unterprivilegierte Menschen, die in Grossstädten in schlechter Luft wohnen, gesundheitlich belastende Arbeitsplätze haben, sich wenig bewegen, stark übergewichtig sind und sich ungesund ernähren. Siehe Infosperber vom 22. Mai: «Das Coronavirus macht unter den Armen doppelt so viele krank».

Es gibt auch Hinweise, dass frühere Infektionen mit älteren Varianten von Coronaviren einen gewissen Schutz bieten können («Kreuzreaktivität»).

## 6. Irreführend:

### **«Wie gefährlich das Virus ist, sieht man in Norditalien, London oder New York.»**

Man kann die Verhältnisse in der Schweiz nicht mit denen in Norditalien, London oder New York vergleichen. Covid-19 führt vor allem dort zu vielen Schwerkranken und Todesfällen, wo die Grundimmunität der Bevölkerung schlecht ist (Siehe vorheriger Punkt 5). Im Vergleich zu den erwähnten Orten leben in der Schweiz nur wenige Menschen in prekären Verhältnissen mit den entsprechenden Risikofaktoren. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass Unterprivilegierte in Norditalien, London, oder New York enger zusammenleben und von einer weniger guten medizinischen Versorgung profitieren können.

Auch deshalb ist das Krankheits- und Sterberisiko in deutschen und Schweizer Ausbruchsgebieten geringer.

## 7. Dramatisierend:

### **«Es sterben auch Junge und sogar Kinder.»**

Es gibt immer schwer erklärbare Ausnahmen, selbst bei meist leichteren Krankheiten. Wenn Medien über solche Covid-19-Tote speziell eingehend berichten, entsteht ein falscher Eindruck. In solchen Fällen erfährt man meistens nicht, ob es manifeste Vorerkrankungen gab. Auch an einer schweren Influenza-Grippe können Junge sterben.

## 8. Falsch:

### «Sterblichkeit von 4 oder 5 Prozent»

Diese Angabe ist falsch und Angst einflössend, weil die meisten darunter fälschlicherweise verstehen, dass 4 oder 5 Prozent aller Angesteckten sterben. Gemeint ist aber, dass 4 oder 5 Prozent aller *klinisch Erkrankten* sterben. Das nennt man die *Letalität* eines Virus und nicht die *Sterblichkeit* oder *Mortalität* (auch «Infection Fatality Rate» IFR genannt). Die Öffentlichkeit interessiert die *Sterblichkeit*, also das Risiko, am Virus zu sterben, wenn man von Sars-CoV-2 angesteckt wird. Um das herauszufinden, muss man wissen, wie hoch die Dunkelziffer aller Angesteckten beziehungsweise Infizierten ist.

Die besten Schätzungen für die Sterblichkeit liegen zurzeit bei 0,3 bis 0,6 Prozent. Genaueres wird die Zukunft zeigen. Die Heinsberg-Studie in Deutschland kam auf eine Mortalitätsrate von 0,36 Prozent. In der Schweiz schätzte Epidemiologe Christian Althaus in einer Studie die Sterblichkeitsrate in Genf auf 0,6 Prozent. Die höher geschätzten Mortalitätsraten in Frankreich, Italien, New York oder Hubei sind mit denen in Deutschland oder der Schweiz nicht zu vergleichen, weil die Spitäler jener Ländern überlastet und schlechter vorbereitet waren. *Weltweit* über alle Altersklassen hinweg kamen Forscher vom Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) auf eine Sterblichkeit im Bereich zwischen 0,1 und 0,41 Prozent. Anders ausgedrückt: Von 10'000 Angesteckten sterben zwischen 10 und 41 Menschen.

## 9. Irreführend:

### «Man kann Covid-19 nicht mit einer Influenza-Grippe vergleichen»

Wer das behauptet und nachweisen will, macht es sich einfach. Denn einen Vergleich mit der jährlichen saisonalen Influenza-Grippe macht niemand, der einigermaßen seriös ist. Es geht vielmehr um einen Vergleich mit einer *besonders schweren Grippewelle*, wie sie in Deutschland im Winter 2017/2018 mit rund 25'000 Toten oder im Winter 1995/1996 mit rund 30'000 Toten und in der Schweiz im Winter 2014/2015 mit rund 2500 Toten grassierte.

Das Virus «Sars-CoV-2» unterscheidet sich tatsächlich von anderen Viren – auch anderen Coronaviren. Zwar sei die *Ansteckungsrate* kaum grösser als bei einer pandemischen Influenzawelle, sagte Christian Drosten Ende Februar. Auch bei einer solchen besitze die Bevölkerung keine grosse Virenimmunität.

Doch die Symptome sind nicht identisch, Ansteckungen sind bei Sars-CoV-2 schon vor dem Auftreten von Symptomen möglich und die Krankheitsverläufe sind zum Teil noch wenig bekannt. In Einzelfällen verlaufen sie dramatisch. Diese Unterschiede streitet aber nicht ab, wer die Corona-Pandemie mit einer schweren Influenza-Pandemie vergleicht.

Beim Vergleich geht es um das *Krankheits- und das Todesrisiko* sowie um die *Verhältnismässigkeit von Massnahmen*:

1. Wie gefährlich ist die Corona-Pandemie in der Schweiz und in Deutschland im Vergleich zu einer schweren Influenza-Welle?
2. Sind Massnahmen wie das Schliessen von Schulen und Geschäften, das lange Abriegeln der Grenzen sowie grössere Reise- und Ausgehbeschränkungen verhältnismässig im Vergleich zur Passivität bei einer schweren Influenzawelle (und bei anderen gesellschaftlichen Todesrisiken)?

*Zuerst zum Vergleich der Gefährlichkeit:*

Die *Sterblichkeitsrate* informiert darüber, wie viele der Menschen, die von einem Virus angesteckt wurden, an diesem Virus sterben. Bei einer normalen Grippe-Welle wird die Sterblichkeitsrate (nicht die Letalität) mit 0,1 geschätzt, bei einer *schweren Grippe-Welle* kann sie 0,3 Prozent erreichen (über die Zahl der Angesteckten gibt es nur Schätzungen). Beim Virus Sars-CoV-2 liegt die Sterblichkeit in der Schweiz und in Deutschland bei 0,3 bis 0,6 Prozent (siehe oben Punkt 9). Sie könnte also mehr als doppelt so hoch sein wie bei einer schweren Influenza-Grippewelle.

Neben der Sterblichkeit interessiert, wie viele der Angesteckten *schwer erkranken* und sogar auf einer *Intensivstation* behandelt werden müssen. Bei Covid-19 wissen wir das sehr genau, weil alle Betroffenen auf das Virus getestet werden. Bei einer schweren Influenzawelle dagegen fehlen uns die Zahlen, weil nur ganz selten getestet wird. Es ist jedoch klinisch erwiesen, dass in Jahren einer schweren Influenza-Epidemie auch Inflenzaviren zu schweren Komplikationen führen können. Es ist unwahrscheinlich, dass in der Schweiz im Winter 2014/2015 alle rund 2500 an Influenza Gestorbenen einfach mit etwas Fieber friedlich eingeschlafen sind. Dasselbe gilt für die rund 25'000 an Influenza Gestorbenen im Winter 2017/2018 in Deutschland. Dass so viele Menschen wegen einer schweren Influenza-Welle gestorben sind, stellt man erst nachträglich aufgrund der Übersterblichkeit in den Pandemie-Monaten fest.

*Zu den drastischen Massnahmen:*

Hier ist der Vergleich zwischen der Corona-Epidemie und einer schweren Influenza-Epidemie ebenso interessant. Um einige tausend zusätzliche Todesfälle zu verhindern, verordnete der Staat einen wochenlangen Stillstand der Wirtschaft. Kinas, Schulen, Restaurants und sogar Pärke mussten schliessen. Die Behörden nahmen eine gigantische Staatsverschuldung und damit eine schwere Hypothek für die Zukunft sowie eine steigende Arbeitslosigkeit in Kauf. Schliesslich akzeptierten sie eine soziale Ausgrenzung in Pflege- und Altersheimen.

Ganz anders verhalten sich die Behörden, wenn sich eine besonders grosse Grippewelle ankündigt und sich herausstellt, dass die Grippeimpfung diesmal nichts taugt. Obwohl sich in der Schweiz Ende 2014 und in Deutschland Ende 2017 eine solche abzeichnete, wurden Patienten mit Symptomen ganz selten getestet. Deshalb konnten Tagesschau und Zeitungen nicht täglich Zahlen der neuen «Fälle» und der Verstorbenen verbreiten. Die Regierungen organisierten keine aufwändige Kampagne zum «Physical Distancing» und zum gründlichen Händewaschen. Verbote von Fasnachts-, Fussball- und anderen grossen Menschenansammlungen standen ausser Frage.

Mit solchen Massnahmen wäre es jedoch möglich gewesen, bei einer grossen Grippewelle wohl mindestens die Hälfte aller vorzeitigen Sterbefälle zu vermeiden,

selbst wenn Schulen und Geschäfte offen blieben.

Die Frage ist hochpolitisch: Wieviele natur- und umweltbedingte Todesfälle, die einmalig oder jedes Jahr zu erwarten sind, nehmen wir in Kauf? Ab wann sind wir bereit, die Wirtschaft und die persönlichen Freiheiten stark einzuschränken?

In der Vergangenheit wurden wirtschaftliche Interessen stärker gewichtet als wirksamere Massnahmen zum Gesundheitsschutz. Kommt es mit Corona zu einem Strategiewechsel? Oder weshalb wurde hier mit anderen Ellen gemessen? Es gibt etliche andere Risiken für die öffentliche Gesundheit, die *erwiesenermassen* jedes Jahr zu Tausenden Todesfällen führen und deren Zahl mit vergleichsweise bescheidenem Aufwand stark reduziert werden könnte (siehe: «Gesundheit zuerst: Coronabewältigung soll(te) Vorbild sind»).

#### 10. Irreführend:

**«Studien haben widerlegt, dass das Malariamittel Hydroxychloroquin HCQ Covid-19-Patienten etwas nützt.»**

Diese Studien gibt es, doch sie sind noch nicht abgesichert. Eine Studie, die im «Lancet» veröffentlicht wurde, mussten die Autoren sogar zurückziehen. Die meisten Studien untersuchten die Anwendung bei *bereits schwer Erkrankten*. Siehe auch die Kritik von über hundert Wissenschaftlern und Ärzten. Dass HCQ bei Schwerekranken nichts mehr nützt, sondern eher schadet, sagen auch diejenigen, welche den Einsatz von HCQ befürworten. Der Marseiller Professor Didier Raoult und der Münchner Chefarzt und Professor Clemens Wendthner empfehlen, bei positiv getesteten Patienten allfällige Unverträglichkeiten abzuklären und sie dann *gleich nach dem Auftreten von ersten Krankheitsymptomen* mit HCQ und bei Bedarf zusätzlich mit dem Antibiotikum Azithromycin zu behandeln.

#### 11. Irreführend:

**«Es gibt keine Beweise, dass Masken vor einer Ansteckung schützen.»**

Was nicht gesagt wird: Es gibt umgekehrt auch keine Beweise dafür, dass die Masken keinen Nutzen bringen. Die Plausibilität und Erfahrungen in anderen Ländern sprechen bei korrekter Anwendung eher dafür. Es ist eben äusserst schwierig, unter realen Verhältnissen den Nutzen oder Nicht-Nutzen von verschiedenen Masken genau nachzuweisen.

#### 12. Irreführend:

**WHO: «Es gibt derzeit keinen Beweis dafür, dass Menschen, die sich von einer Covid-19-Erkrankung erholt und Antikörper entwickelt haben, vor einer zweiten Infektion geschützt sind.»**

Was nicht gesagt wird: Es gibt umgekehrt auch keinen Beweis, dass die meisten nicht geschützt sind. Man muss hier über die Wahrscheinlichkeit informieren: Höchstwahrscheinlich sind Genesene oder Angesteckte, die gar nie krank wurden, mindestens eine Zeitlang vor einer Erkrankung geschützt, oder eine spätere Erkrankung verläuft milde. Ungewiss ist, wie lange ein Schutz in verschiedenen Alters- und Bevölkerungsgruppen anhält. Es geht dabei nicht um eine zweite Ansteckung, sondern um eine zweite schwere Erkrankung. Eine Impfung verfolgt die gleiche Wirkung wie eine Ansteckung: Eine natürliche Immunantwort des Körpers. Die Menschen entwickeln gegen fast alle Viren eine mindestens teilweise Immunität.

### 13. Irreführend:

#### **«Es gibt keine Beweise, dass Corona-Infektionen ähnlich wie bei einer Grippe-Welle in der Sommersaison stark zurückgehen.»**

Was nicht gesagt wird: Es gibt umgekehrt auch keine Beweise, dass sich das Sars-CoV-2 in der warmen Saison fast gleich stark verbreitet wie in der kälteren Saison. Es geht hier wiederum um Wahrscheinlichkeiten und Plausibilitäten. Bei anderen Varianten von Coronaviren war es bisher bei uns stets so, dass die Verbreitung in den Sommermonaten stark zurückging und ab Oktober wieder zunahm.

Die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass sich auch Sars-CoV-2 in der warmen Saison viel weniger verbreitet, weil UV-Licht die Viren tötet, die Viren bei hohen Temperaturen schnell austrocknen und weil sich die Menschen weniger in geschlossenen Räumen aufhalten.

#### **Distanzregeln vor allem in geschlossenen Räumen weiter einhalten!**

Die Corona-Pandemie ist gegenwärtig am Abflauen. Trotzdem ist jeder Leichtsinn zu vermeiden. Vor allem in geschlossenen Räumen, wo man sich länger als ein paar Minuten aufhält, sind das Abstandhalten und das Tragen von Masken zum eigenen Schutz und zum Schutz von Anderen empfohlen. Auch andere Vorsichtsmassnahmen weiter befolgen, empfiehlt das Bundesamt für Gesundheit. Regelmässige körperliche Bewegung und ein gesunder Lebensstil sorgen dafür, dass das körpereigene Abwehrsystem mit dem Virus leben kann.

\*\*\*\*\*

### **Infosperber-DOSSIER: Coronavirus: Information statt Panik**

\*\*\*\*\*

---

#### ***Themenbezogene Interessen (-bindung) der Autorin/des Autors***

*Keine. Der Autor ist jahrzehntelanges Mitglied des Schweizer Klubs für*



Wissenschaftsjournalismus SKWJ.

Dank gebührt einigen Fachpersonen, die bei diesem Artikel mitgewirkt haben, jedoch nicht genannt sein möchten.

---

### Weiterführende Informationen

 [Heimberg Studie Streek](#)

Bestellen Sie hier unseren NEWSLETTER – täglich oder wöchentlich

---

### Meinungen / Ihre Meinung eingeben

Noch keine Meinungen

---

---

---

© 2020 SSUI