

Von: RKI-Info <info@rki.de>
Gesendet: Freitag, 7. Januar 2022 20:36
An: service@mediagnose.de
Betreff: Ihre Nachricht an das RKI

Sehr geehrter Herr Stobbe,

hier liegen eine Reihe von Missverständnissen vor. Das RKI hat nicht genügend Mitarbeitende, um alle Zuschriften aus der allgemeinen Öffentlichkeit individuell zu beantworten, externe Berechnungen zu überprüfen etc. Umfangreiche Informationen zu COVID-19 und zur Impfung sind erhältlich unter www.rki.de/covid-19 und www.rki.de/covid-19-impfen. Bei Fragen stehen die Gesundheitsämter vor Ort und die Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung. Auch Fachgesellschaften (www.awmf.org) und Universitätskliniken kommen als Ansprechpartner in Betracht. Wir möchten dennoch gerne wenigstens einige Hinweise geben:

1.: Unter www.rki.de/covid-19-faq wird die Hospitalisierungsinzidenz erläutert, dort heißt es unter anderem: „Bei der Berechnung der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz wird der Grund für die Hospitalisierung nicht berücksichtigt, da diese Informationen nicht immer vollständig und valide vorliegen. Bei der Gruppe der hospitalisierten Personen handelt es sich bzgl. Aufnahmegründen und Verläufen um eine sehr heterogene Gruppe. Entscheidungen über die Aufnahme sind nicht immer an die Schwere der Erkrankung geknüpft (z. B. junge Kinder, ältere Erwachsene zur Beobachtung). Meldepflichtig gemäß Infektionsschutzgesetz ist jede **Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19**. Das bedeutet, dass der Grund der Aufnahme in Zusammenhang mit der COVID-19-Erkrankung steht, aber ein direkter kausaler Zusammenhang zum Zeitpunkt der Meldung noch nicht hergestellt werden muss. Dies soll eine niedrigschwellige, zügige und aufwandsarme Meldung gewährleisten. **Wird bei Aufnahme der betroffenen Person jedoch deutlich, dass die Krankenhausaufnahme in keinem Zusammenhang mit der COVID-19-Diagnose steht, z.B. bei einem Verkehrsunfall, dann besteht keine Meldepflicht.**“

DIVI und IfSG-Melddaten kann man übrigens nicht verknüpfen, das sind unterschiedliche Datenerhebungen!

2.: Ziel der Impfung ist es primär, die symptomatische Erkrankung zu verhindern. Bei der Auswertung der Impfdurchbrüche werden daher nur symptomatische (!) Fälle mit bekanntem Impfstatus berücksichtigt. Symptomatische (!) Impfdurchbrüche werden in Bezug gesetzt zu symptomatischen (!) ungeimpften COVID-19-Fällen, symptomatische (!) hospitalisierte (!) Impfdurchbrüche werden in Bezug gesetzt zu symptomatischen (!) hospitalisierten (!) ungeimpften COVID-19-Fällen.

Bei der Abschätzung der Impfeffektivität mittels der Farrington-Methode gehen Ungeimpfte zudem gar nicht in die Berechnung ein, denn der Anteil vollständig Geimpfter unter den COVID-19-Fällen wird mit dem Anteil vollständig Geimpfter in der Bevölkerung verglichen. Die Formel findet sich in der Originalpublikation von Farrington: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8225751/> und lautet: $VE = 1 - (PCV / (1 - PCV)) * ((1 - PPV) / PPV)$, wobei PCV der Anteil der vollständig Geimpften unter den (symptomatischen/hospitalisierten/auf ITS-behandelten/verstorbenen) COVID-Fällen ist und PPV der Anteil der vollständig Geimpften in der Bevölkerung (Impfquote).

Die Wirksamkeit der COVID-19-Impfung insbesondere vor einem schwerem Krankheitsverlauf (z.B. Behandlung im Krankenhaus) ist mit etwa 90% sehr hoch, aber nicht 100%. Und bei einer Impfquote von 100% wären 100% der Fälle geimpft, es sind aber insgesamt viel weniger schwere Fälle. Wir haben zu diesem sogenannten Prävalenzfehler eine Infografik veröffentlicht: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Flyer_Wirksamkeit_Impfung.pdf?__blob=publicationFile

Außerdem veröffentlicht das RKI im Wochenbericht die Inzidenz nach Geimpften/Ungeimpften für symptomatische Patienten und für hospitalisierte Patienten. Diese Inzidenzen belegen die ausgeprägte Wirksamkeit der COVID-19-Impfung in Bezug auf die Verhinderung einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung sowie einer mit COVID-19 assoziierten Hospitalisierung. In der geimpften Bevölkerung (mit Grundimmunisierung oder Auffrischimpfung) lag

sowohl die Inzidenz der symptomatischen Fälle als auch die Hospitalisierungsinzidenz in allen dargestellten Altersgruppen und zu jedem Zeitpunkt deutlich unter der jeweiligen Inzidenz der ungeimpften Bevölkerung:

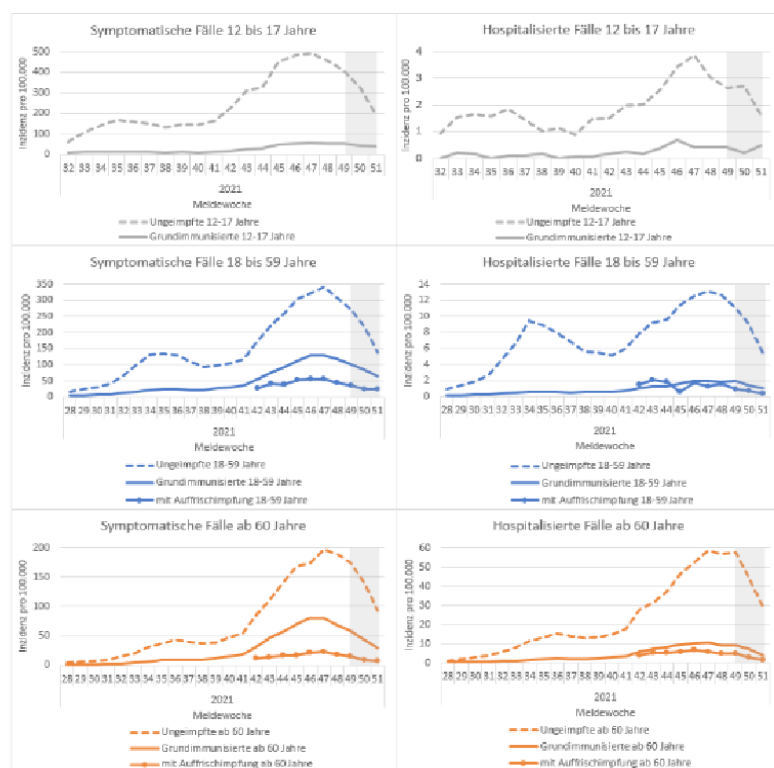


Abbildung 18: Inzidenz symptomatischer und hospitalisierter COVID-19-Fälle pro 100.000 nach Altersgruppen, Impfstatus (Grundimmunisierte, mit Auffrischungsimpfung, Ungeimpfte) und Meldewoche (Datenstand 04.01.2022). Bitte die unterschiedliche Skalierung der y-Achsen beachten. Insbesondere für die letzten beiden Kalenderwochen ist aufgrund von zu erwartenden Nachmeldungen mit Änderungen der Werte zu rechnen.

Die Wirksamkeit der Impfung wird zudem v.a. in klinischen Studien ermittelt (Vergleich der Erkrankungsraten Geimpfter versus Ungeimpfter), diese Studienergebnisse finden Sie in den wissenschaftlichen Begründungen der STIKO unter www.rki.de/covid-19-impfempfehlung und in den FAQ www.rki.de/covid-19-faq-impfen.

3.: Bei der Auswertung der Impfdurchbrüche werden nur die Fälle mit bekannten (!) Symptomen UND mit bekanntem (!) Impfstatus berücksichtigt werden. Die Differenz zu allen gemeldeten Fällen im gleichen Zeitraum nach Meldedatum kann man nicht mit „asymptomatisch“ gleichsetzen. Zum einen kann es symptomatische Fälle mit unbekanntem Impfstatus geben. Zum anderen bedeutet „keine Angaben zu Symptomen“ nicht automatisch, dass keine Symptome vorlagen: Die Person kann zum Zeitpunkt der Meldung prä- oder asymptomatisch gewesen sein oder die Angaben zu Symptomen wurden (noch) nicht ermittelt/übermittelt.

Im aktuellen Wochenbericht heißt es: „Für den in Abbildung 18 dargestellten Zeitraum [KW28-51/2021] lagen für 1.340.338 der 1.599.152 (84 %) übermittelten symptomatischen COVID-19-Fälle bzw. für 69.175 der 105.063 (66 %) übermittelten hospitalisierten COVID-19-Fälle ausreichende Angaben zum Impfstatus vor.“

Dem RKI soll der Impfstatus grundsätzlich bei jeder Infektion mitgeteilt werden. Wenn der Impfstatus nicht bekannt ist, kann das daran liegen, dass die Klinik den Impfstatus nicht klären konnte (z.B. wenn jemand nicht mehr ansprechbar ist und keine Angehörigen hat), oder der Impfstatus konnte wegen Überlastung nicht ans Gesundheitsamt gemeldet bzw. vom Gesundheitsamt ans RKI übermittelt werden.

Seit Beginn der Pandemie wertet das RKI viele verschiedene Parameter und Datenquellen aus: IfSG-Meldedaten zu Symptomen, Hospitalisierungsraten und Todesfällen (www.rki.de/covid-19-tabelle-klinische-aspekte), Ausbruchsettings etc., Zahl und Positivenquote der durchgeführten PCR-Tests, Situation auf Intensivstationen, syndromische und virologische Surveillance bei den Sentinel-Arztpraxen der AGI, ICOSARI-Krankenhaus-Sentinel zu Patientinnen und Patienten mit schweren akuten Atemwegsinfektionen, molekulargenetische Daten zu

Virusvarianten, SARS-CoV-2-Antikörperstudien u.a. In den bisherigen COVID-19-Wellen korrelierte die 7-Tage-Inzidenz zeitversetzt weitgehend mit der Zahl der COVID-19-Patienten auf Intensivstationen. Seit der 4. Welle hat sich dieser Zusammenhang etwas entkoppelt (geringerer Anteil schwerer Fälle an allen Fällen), das wird weiterhin genau beobachtet und auch der Einfluss steigender Impfquoten berücksichtigt, siehe das Herbst/Winter-Papier unter www.rki.de/control-covid.

4.: Unter <https://www.intensivregister.de/#/faq> heißt es unter anderem: „Anzahl aller aktuell in intensivmedizinischer Behandlung (beatmet und nicht beatmet) befindlichen COVID-19-Patient*innen (in allen Intensivbereichen: Low-Care, High-Care, ECMO). Dabei nur nachgewiesene Infektionen mit SARS-CoV-2 und KEINE Verdachtsfälle. Das bedeutet COVID-19-Fälle werden im Intensivregister als solche gezählt, sobald ein positiver Test vorliegt.“

Es gilt zu beachten, dass der Anteil jener, die nicht aufgrund ihrer COVID-19-Erkrankung auf ITS behandelt werden müssen, sehr gering ist. Wenn also ein Unfallopfer auch an COVID-19 erkrankt ist, muss dies genauso beobachtet und therapiert werden. Selbst Zufallsbefunde von COVID-19 erhöhen perioperativ die Mortalität.

Zudem zeigten und zeigen die hohen Beatmungszahlen bei den COVID-Intensivpatienten (nicht-invasive und invasive Beatmung), dass die gemeldeten COVID-Patienten tatsächlich aufgrund einer COVID-19-Erkrankung auf ITS liegen. Weiterhin ist eine feste Definition der zu meldenden COVID-19-Fälle entscheidend für die Datenqualität.

5.: Seit Beginn der Pandemie sind in Deutschland insgesamt mehr als 113.600 mit SARS-CoV-2 infizierte Personen gestorben (IfSG-Meldedaten) - und zwar trotz Maßnahmen. Zu Antikörperstudien siehe www.rki.de/covid-19-ak-studien-rki, zur Entwicklung der Impfquoten siehe www.rki.de/covid-19-impfquoten.

Die meisten COVID-19-Todesfälle wurden/werden von den Gesundheitsämtern und Landesbehörden als "verstorben an COVID-19" an das RKI übermittelt, siehe auch die FAQ "Wie werden Todesfälle erfasst?" unter www.rki.de/covid-19-faq.

Obduktionsstudien zu COVID-19 als Todesursache bestätigen diese Einschätzung, siehe z.B.:

Fachartikel der Charité in Nature: <https://twitter.com/chariteberlin/status/1367796061570482177>

UKE Hamburg: https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104325.html

Uniklinik Kiel: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Obduktion-von-Corona-Toten-Wir-werden-demuuetig-416937.html>

Zum Vergleich: In der Grippesaison 2017/18 wurden 1.674 Todesfälle „an“ oder „mit“ laborbestätigter Influenza-Infektion an das RKI übermittelt. Die vom RKI durchgeführte Schätzung der grippebedingten Übersterblichkeit in der Saison 2017/18 ergab 25.100 grippebedingte Todesfälle. Es handelte sich um die schwerste Grippewelle der letzten 30 Jahre.

Die Schwere der Grippewellen schwankt sehr stark. Die grippebedingte Übersterblichkeit wird seit vielen Jahren nach einem statistischen Verfahren geschätzt, da Grippe als Todesursache oft nicht erkannt wird, insbesondere bei älteren Menschen. Ausführliche Erläuterungen finden Sie in den FAQ siehe die FAQ "Wie werden Todesfälle durch Influenza erfasst?" und "Wie viele Menschen in Deutschland sterben jährlich an Influenza?" unter www.rki.de/faq-influenza. Eine Übersicht der laborbestätigten und der geschätzten Influenza-Todesfälle für die Saisons seit 2001/2002 enthält Tabelle 3 auf S. 47 Saisonbericht unter <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>.

Es gibt auch immer wieder Grippesaisons mit einer geschätzten Influenza-Exzessmortalität von 0, z.B. in der Grippepandemie („Schweinegrippe“) 2009/2010 sowie in den Saisons 2010/11, 2013/14, 2015/16. Anders als bei COVID-19 gibt es bei saisonaler Grippe in der Bevölkerung eine Grundimmunität.

Siehe auch die Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes „Corona-Pandemie führt zu Übersterblichkeit in Deutschland“ vom 9.12.2021: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_563_12.html

Sowie die Pressemitteilung „Todesursachenstatistik 2020: Zahl der Todesfälle um 4,9 % gestiegen“ vom 4.11.2021: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21_505_23211.html

Ggf. sind für Sie außerdem folgende Fachartikel informativ:

Globale Studie der Universität Tübingen zu Übersterblichkeit: <https://idw-online.de/de/news773782>

Studie der Universität Oxford u.a. zum Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Lebenserwartung:
<https://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyab207/6375510>.

COVID-19-Krankheitslast in Deutschland im Jahr 2020: Durch Tod und Krankheit verlorene Lebensjahre im Verlauf der Pandemie, Deutsches Ärzteblatt: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/217880>

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Mit herzlichen Grüßen
Im Auftrag
Judith Petschelt

Robert Koch-Institut
Pressestelle
Nordufer 20
13353 Berlin

Tel.: 030 - 18754 2832
E-Mail: PetscheltJ@rki.de; Info@rki.de
Twitter: @rki_de
Internet: www.rki.de

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Von: service@mediagnose.de <service@mediagnose.de>

Gesendet: Freitag, 24. Dezember 2021 08:41

An: chg@augsburger-allgemeine.de; kontakt@welt.de; info@bild.de; redaktion@achgut.com; redaktion@faz.de; redaktion@sz.de; rene.bocksch@statista.com; kontakt@tichyseinblick.de; redaktion@sz.de; roger.koeppel@weltwoche.ch; gunnar.schupelius@axelspringer.com; redaktion@focus.de; stefan.weigel@spiegel.de; thomas.thelen@medienhausaaachen.de; hoererservice@deutschlandradio.de; info@markuslanz.de; jens.spahn@bundestag.de; webmaster <webmaster@rki.de>; kontakt@reitschuster.de; redaktion@rubikon.news; alexander@publicomag.com; 'Nina Meckel' <presse@divi.de>; jf@kritikdervernetztenvernunft.de; tim.roehn@welt.de; info@gunterfrank.de; RKI-Zentrale <Zentrale@rki.de>

Betreff: RKI& DIVI-Das Heilig Abend Update 24.12.2021 - Viele positiv Getestete - Kaum schwere Corona-Symptome: Wie der Bürger hinter´s Licht geführt wird

Sehr geehrte Damen und Herren,

Offizielle Zahlen & Werte des RKI und der DIVI werden unten korrekt eingeordnet! Das ergibt einen realistischen Blick auf die Pandemie. Ohne Angst und Schrecken.

Zusammenfassung

Tabelle mit allen relevanten Analyse-Ergebnissen

Übersicht 22.11.2021 bis 19.12.2021 (KW 47 bis KW 50)

	Absolut	Prozent	Impf
Fälle gesamt	1.407.951		
Fälle mit Symptomen	375.780	26,69%	
Fälle ohne Symptome	1.032.171	73,31%	
Fälle mit Symptomen: Hospitalisiert	11.507	0,82%	
Fälle mit Symptomen: Intensivbehandlung	1.810	0,13%	
Todesfälle mit Symptomen	1.737	0,12%	

Alle Werte & Berechnungen nach bestem Wissen und Gewissen aber ohne Gewähr © Rüdiger Stobbe

Die Berechnung der Tabellenwerte & Mehr

Bei den hospitalisierten Fällen, den Fällen mit Intensivbehandlung und den Todesfällen mit jeweils einer Corona-Symptomatik ist keinesfalls sicher, dass diese Symptome in jedem Fall die Ursache waren für Behandlung oder den Tod waren!

Warum das so ist: Die Werte oben werden im Folgenden detailliert und mit den offiziellen Quellen hergeleitet und erläutert:

Sämtliche Mainstream-Medien ...

... kommunizieren ausschließlich unbereinigte Zahlen und Werte in Sachen Corona. Dabei ist eine positiv getestete Person noch lange nicht symptomatisch oder gar so krank, dass sie in's Krankenhaus (hospitalisiert) oder auf eine Intensivstation muss.

Hinzu kommt, dass Personen, die positiv getestet wurden, immer "Corona-Fälle" sind. Auch dann, wenn sie wegen einer vollkommen anderen Erkrankung behandelt werden. Ein schwer verunglückter Mann mit zahlreichen Brüchen und inneren Verletzungen plus positivem Corona Test aber ohne Corona-Symptome liegt immer in einem "Corona-Intensivbett".

Denn ...

Corona hat Statistik - Vorrang!

Was bedeutet, dass der positive Abstrich den Corona-Fall ausmacht. Nicht entscheidend sind irgendwelche Corona-Symptome. Was nichts anderes bedeutet, dass viele Menschen als Corona-Fälle gezählt und medial kommuniziert werden, obwohl diese Menschen überhaupt nicht krank sind. Sie zählen trotzdem als "Corona-Fall" und sind damit "offiziell" Corona-krank. Was absurd ist, denn wenn ein Mensch keine Symptome einer Atemwegserkrankung - egal, ob Corona, Influenza oder anderes - aufweist, hat er bis zu Beginn der sogenannten Corona-Pandemie als gesund gegolten. Warum dieser Paradigmenwechsel erfolgt ist, soll hier nicht erörtert werden.

Tatsache ist, dass die medial kommunizierten Zahlen, die aktuell immer mehr ansteigenden Werte eine Pandemie der massenhaft Erkrankten vortäuschen, die die Krankenhäuser, die Intensivbetten, die Leichenhallen bevölkern. Was nicht der Fall ist, wenn man die Zahlen berücksichtigt, die das RKI im Zusammenhang mit den so genannten Impfdurchbrüchen veröffentlicht (Tabelle 4 des RKI Wochenberichts).

Impfdurchbrüche

Geimpfte Personen ohne Symptomatik wurden/werden bisher im Normalfall nicht getestet. Deshalb werden **Impfdurchbrüche** nur dann festgestellt, wenn beim Geimpften eine Corona-Symptomatik vorliegt. Ist der Test positiv, liegt ein **Impfdurchbruch** vor. Egal ob die Symptome leicht, mittel oder schwer sind. Weil man aber die Zahl der Impfdurchbrüche ins Verhältnis zu den ungeimpften Corona-Fällen setzen will, müssen die **symptomatischen Corona-Fälle insgesamt** genannt werden. Alles andere widerspräche jeder wissenschaftlichen Vorgehensweise. Deshalb liegt die Anzahl der symptomatischen Corona insgesamt nunmehr für den vergangenen 4-Wochenzeitraum vor.

In Tabelle 4, die dem RKI-Wochenbericht vom 23.12.2021 entnommen wurde, ...

Tabelle 4: Impfdurchbrüche nach Grundimmunisierung in MW 47 bis 50/2021 nach Altersgruppe (Datenstand 21.12.2021).

	Altersgruppe			
	5 bis 11 Jahre	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
Symptomatische COVID-19-Fälle¹	53.873	35.174	232.734	54.019
davon grundimmunisiert ²	46	3.481	117.859	35.494
Anteil Impfdurchbrüche (Grundimmunisierung)	0,1%	9,9%	50,6%	65,7%
Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle¹	189	176	4.355	6.787
davon grundimmunisiert ²	2	16	1.365	3.150
Anteil Impfdurchbrüche (Grundimmunisierung)	1,1%	9,1%	31,3%	46,4%
Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle¹	5	6	603	1.196
davon grundimmunisiert ²	0	0	125	465
Anteil Impfdurchbrüche (Grundimmunisierung)	0,0%	0,0%	20,7%	38,9%
Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle^{1 3}	0	0	160	1.577
davon grundimmunisiert ²	0	0	26	630
Anteil Impfdurchbrüche (Grundimmunisierung)	-	-	16,3%	39,9%

¹ Alle symptomatischen Fälle, für welche zu „Klinische Information vorhanden“ ein „Ja“ angegeben wurde, und für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder eine abgeschlossene Grundimmunisierung (ohne Auffrischimpfung) hatten oder ungeimpft waren. Symptomatische Fälle mit unbekanntem Impfstatus bzw. nicht abgeschlossener Grundimmunisierung wurden ausgeschlossen.

² Alle symptomatischen Fälle, für die eine Grundimmunisierung, aber keine Auffrischimpfung angegeben wurde.

³ Insbesondere für Todesfälle ist in den Folgewochen mit Änderungen der Fallzahl zur rechnen.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-12-23.pdf?__blob=publicationFile

... werden die **symptomatischen Fälle in drei Altersklassen** für die Bereiche **Gesamt, Hospitalisierung, Intensivbetten und Todesfälle** genannt. Wenn man die Werte der jeweiligen Altersgruppe addiert und ins Verhältnis zur Summe der geimpften Personen setzt, erhält man den prozentualen Anteil der geimpften, symptomatischen Fälle an den symptomatischen Fällen **insgesamt**:

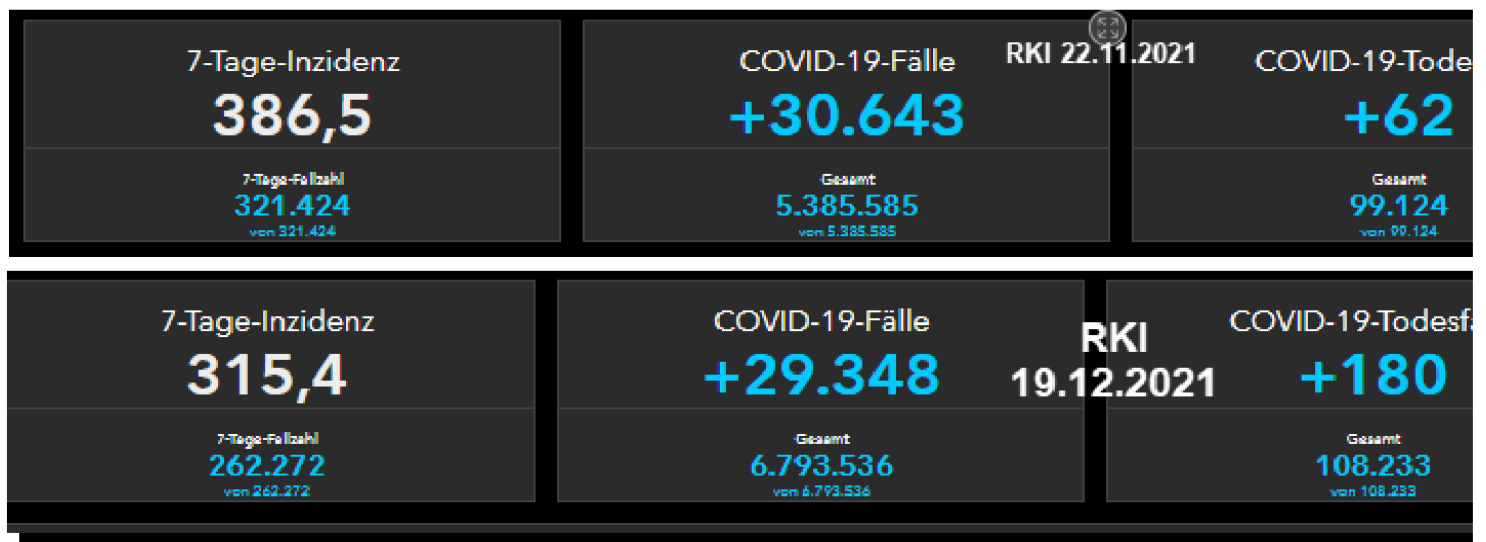
Impfdurchbrüche

	5-12 Jahre	12-17 Jahre	18-59 Jahre	60 Jahre und älter	Si
Symptomatische COVID-19 Fälle 47. bis 50. KW					
symptomatisch	53.853	35.174	232.734	54.019	3
davon grundimmunisiert (gi)	46	3.481	117.859	35.494	1
Anteil Impfdurchbrüche (gi)	0	9,90%	50,64%	65,71%	4
Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle 47. bis 50. KW					
symptomatisch	189	176	4.355	6.787	
davon grundimmunisiert (gi)	2	16	1.365	3.150	
Anteil Impfdurchbrüche (gi)	0	9,09%	31,34%	46,41%	3
Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle 47. bis 50. KW					
symptomatisch	5	6	603	1.196	
davon grundimmunisiert (gi)	0	0	125	465	
Anteil Impfdurchbrüche (gi)	0	0,00%	20,73%	38,88%	3
Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle 47. bis 50. KW					
symptomatisch	0	0	160	1.577	
davon grundimmunisiert (gi)	0	0	26	630	
Anteil Impfdurchbrüche (gi)			16,25%	39,95%	3

Tabelle 1

Die entsprechenden Werte lesen Sie in Tabelle 1 ganz rechts ab.

Besonders interessant wird es, wenn die symptomatischen Fälle ins Verhältnis zur Anzahl der positiv Getesteten gesetzt werden. Dieser Wert wird ermittelt, indem die Anzahl der Fälle zu Beginn der 46. von der Anzahl zum Ende der 49. KW abgezogen wird



1.032.171 positiv getestete Menschen ...

... haben überhaupt keine Symptome.

In den analysierten vier Wochen wurden insgesamt **1.464.787 Menschen positiv getestet**. Davon waren aber nur **375.785 Menschen** in irgendeiner Form **symptomatisch**.

Wichtig: Symptomatische Menschen ohne Angabe des Impfstatus und/oder ohne abgeschlossene Grundimmunisierung (Zweite Impfung) sowie Geboosterte sind in den RKI-Zahlen nicht enthalten!

Corona Im Krankenhaus

11.507 von den insgesamt 1.407.951 positiv getesteten Menschen waren so krank, dass sie ins Krankenhaus mussten. Was - wie oben bereits erklärt - nicht bedeutet, dass sie wegen einer schweren Corona-Symptomatik ins Krankenhaus mussten. Ein schwerer Bruch zum Beispiel plus leichter Corona-Symptomatik reichen aus, um statistisch als Corona-Fall gezählt zu werden.

Corona und die Intensivstationen

Gleiches gilt für die **1.810 Corona-positiv getesteten Menschen auf den Intensivstationen**. Sie sind **vielleicht** schwer Corona-krank. Vielleicht haben sie aber andere schwere Vorerkrankungen und eine nur leichte Corona-Symptomatik. Es ist sogar möglich - wie auch bei den Krankenhausaufenthalten ohne Intensivbehandlung - dass nur ein positiver Test vorliegt, und der Intensivaufenthalt wegen ganz anderer Krankheiten notwendig wurde. Diese Fälle fallen dann zwar nicht unter die 1.810 symptomatischen Personen, sondern sind Bestandteil der knapp **1.032.171 positiv getesteten Menschen der vergangenen 4 Wochen (22.11. bis 19.12.2021) ohne Corona-Symptome**. Diese Leute zählen in der medial kommunizierten DIVI - Statistik als "Corona-Fälle". Die DIVI weist am 19.12.2021 **4.621 Corona-Intensivfälle** aus. Davon sind **1.810 Personen** symptomatisch, wobei man gar nicht weiß, ob leicht oder wirklich so schwer, ob eine Corona-Intensivbehandlung angezeigt ist, oder ob die Behandlung gar durch anderweitige Erkrankungen plus positivem Corona-Abstrich begründet ist.

Die Corona-Toten

Bei den Todesfällen mit Corona-Symptomatik sieht es ähnlich aus. Offiziell gab es in den analysierten vier Wochen **9.109 Corona-Todesfälle**. Aber nur 1.737 Todesfälle wiesen überhaupt eine Corona-Symptomatik auf. Die übrigen 6.239 sind an irgendwas gestorben, hatten aber einen positiven Corona-Abstrich und zählen deshalb als Corona-Tote. Ob die 1.737 Toten nun eine leichte, schwere oder mittlere Corona-Symptomatik hatten: Man weiß es auch hier nicht. Es ist jedenfalls sehr wahrscheinlich, dass auch von diesen Menschen etliche Menschen nicht an Corona, sondern an anderen schweren Erkrankungen plus positivem Test gestorben sind.

Übersicht

Tabelle 2 weist die jeweiligen Werte und den prozentualen Anteil aus. Insgesamt lässt sich sagen, dass die bereinigten Werte wesentlich entspannter sind als das, was den Bürgern kommuniziert wird. Allein die Tatsachen, dass nur 33% der in den vergangenen vier Wochen positiv getesteten Personen Symptome aufweisen, belegt, dass nicht Tatsachen, sondern faktisch Fake-News vermittelt werden. Der Normalbürger glaubt nicht nur, dass die Corona-Impfung schützt, was gemäß Tabelle 1 nur sehr unzureichend der Fall ist, er ist auch der Meinung, dass ein positiver Corona-Test eine schwere Erkrankung signalisiert, die womöglich den Tod nach sich zieht. Was, wie die bereinigten Zahlen und meine Ausführungen dazu belegen, grober Unfug ist.

RKI/DIVI	Asymptomatische und symptomatische Fälle		
	47. bis 50. KW	KW 47: 22.11.2021	KW50: 1
Fälle gesamt=positiv Getestete	1.407.951	5.385.585	6.7
Symptomatische COVID-19-Fälle	375.780		
	26,69%		
Fälle gesamt=positiv Getestete	1.407.951		
Hospitalisierte COVID-19-Fälle			
mit COVID-19-Symptomen	11.507		
	0,82%		
Fälle gesamt=positiv Getestete	1.407.951		
COVID-19-Fälle auf Intensivstation		DIVI Zahlen 19.12.2021	Intensivfälle r
mit COVID-19-Symptomen	1.810	4.621	39
	0,13%	*aber durchaus nicht ausschließlich	
Fälle gesamt=positiv Getestete	1.407.951		Todesf
Verstorbene COVID-19		KW 47: 22.11.2021	KW 50: 1
mit COVID-19-Symptomen	1.737	99.124	10
	0,12%		
		Todesfälle ohne jeglic	
		nur positiv	
			7
			80

Tabelle 2

Der DIVI-Tagesbericht vom 19.12.2021

Das DIVI-Intensivregister erfasste bundesweit am **19.12.2021** um 12:15 Uhr mit 1.270 meldenden Krankenhaus-Standorten die intensivmedizinische Versorgung von Patient*innen mit COVID-19. Wir berichten die Zahlen der letzten 7 Tage mit Stand 12:15. Dies betrifft auch die Abbildung der zeitlichen Entwicklung. Bitte beachten Sie bei der Interpretation der Zahlen, dass die Anzahl der meldenden Standorte täglich schwankt, was z. B. die Zahl im Vergleich zum Vortag beeinflussen kann.

Weitere Daten und Kartendarstellungen auch in regionaler Auflösung unter:

www.intensivregister.de

Fallzahlen COVID-19 (Erwachsene + Kinder)

			Veränderung zum Vortag
Aktuell	in intensivmedizinischer Behandlung	4.621	-2
	davon invasiv beatmet	2.634 (57%)	-2
	Neuaufnahmen (Erstaufnahmen auf eine ITS*)		+18
	Verstorben auf ITS		+11
Gesamt	Abgeschlossene ITS-Behandlungen (durch Genesen, Versterben, ITS-Verlegung*)	149.062	

*Weitere Erklärungen zu der Tabelle auf Seite 2

Intensivmedizinische Behandlungskapazitäten

	Low-Care ⁽¹⁾	High-Care ⁽²⁾	ECMO ⁽³⁾	ITS-Betten Gesamt (Low & High-Care)	zum Vortag	7-Tage Notfallreserv
Aktuell belegt	11.712	7.400	504	19.112 [+2.004]	-266 [-18]	
Aktuell frei	933	1.826	279	2.759 [+802]	178 [+15]	8.264 [+391]

Tabellenwerte entsprechen den Erwachsenen-ITS-Kapazitäten [Zahlen in den Klammern den Kinder-ITS-Kapazitäten]
 (1)(2)(3) siehe Definitionen Low-, High-Care und ECMO in der FA

Alle Werte & Berechnungen in dieser E-Mail nach bestem Wissen und Gewissen aber ohne Gewähr © Rüdiger Stobbe

Die Excel-Tabelle, mit der Sie die Berechnungen und Werte nachvollziehen können, ist oben angehängt.

Beste Grüße aus Aachen

Rüdiger Stobbe
 Eynattener Str. 84
 52064 Aachen

0172 396 00 88

www.mediagnose.de
www.stromdaten.info

