

COVID 19: Ist „positiv getestet“ = nicht krank“ oder ist das nur ziemlich (ver-)quer statt geradeaus gedacht?

Zitat aus dem Flyer der Querdenker: „Der Anstieg der positiven Fälle entsteht nur, weil zu viel getestet wird... Auch ein Schwangerschaftstest hat eine vergleichbare Fehlerquote. Würde man eine Million Männer mit einem solchen Test testen, bekäme man 10.000 schwangere Männer als Ergebnis!“

Stimmt es, dass bei 1 Mio. Männer 10.000 als schwanger getestet werden würden?

Gegenargument 1: Nein, es stimmt nur, dass bei 1 Mio. positiv auf Schwangerschaft getesteten Frauen 10.000 dabei wären, die nicht schwanger sind. Für Männer sagt diese Fehlerhaftigkeit des Tests gar nichts aus.

Sind wegen der 1 % falsch positiven Tests deswegen auch alle anderen, die positiv getestet wurden, nicht schwanger?

Gegenargument 2: Natürlich nicht, aber diese schwer verständliche Schlussfolgerung wird von den Querdenkern gezogen.

Folgt aus der Tatsache, dass durch 1 % falsch positiver Tests plus Steigerung der Testungen in der Bevölkerung die Zahl der Corona-Erkrankten überschätzt wird (die Steigerung also den Zuwachs an Erkrankten erklärt)?

Gegenargument 3: Natürlich nicht: Je breiter getestet wird, um so seltener wird ein Test positiv ausfallen, weil vorher fast ausschließlich Personen getestet wurden, die klinische Symptome hatten. D. h. die massive Ausweitung der Tests hat die Positivquote künstlich gedrückt, das Gegenteil von dem, was das Flugblatt der Corona-Gegner behauptet.

Erklärt die Zahl der Tests die wachsende Zahl der Patienten auf den Intensivstationen, die die Diagnose „Corona“ bekommen haben?

Gegenargument 4: Natürlich nicht – auf die Intensivstation kommen nur Menschen, die schwerste Symptome haben, womit die Diagnose COVID 19 schon klinisch klar ist. Und nehmen wir mal an, die Fehlerhaftigkeit des Tests soll trotzdem eine Rolle für die Intensivpatienten spielen. Bei einer Fehlerquote von 1 % müssten dann 100.000 Patienten auf die Intensivstation aufgenommen werden, damit 1.000 von diesen Patienten als falsch positiv getestet würden. So viele Intensivbetten gibt es aber nicht in Deutschland.

Last, but not least Gegenargument 5: Zu jedem Test gehört auch ein Prozentsatz falsch Negativer, d.h. Menschen, die krank sind, aber durch den Test übersehen werden. Dieser liegt laut einer Analyse mehrerer großer Testreihen bei 2 % und 29 %, d.h. deutlich über der fehlerhaften Rate der Falsch Positiven. Was bleibt dann von der Argumentation der Querdenker, wenn dieser Prozentsatz „übersehener Infizierter“ womöglich höher ist als der Prozentsatz der zu Unrecht als positiv getesteter Personen?

Hohe Fallzahlen an COVID 19: was fällt wirklich auf?

Anstatt also hohe Fallzahlen wegzudiskutieren, schlagen wir vor, darüber zu sprechen, wo diese Fälle entstehen. Z.B. in großen Städten, in den Stadtteilen, wo viele Menschen eng zusammenleben, die als VerkäuferInnen, PflegerInnen oder im Logistikbereich arbeiten. So z.B. in Madrid, Paris und in Bremen.¹ Oder in Fleischfabriken, unter entsprechend herabwürdigenden Arbeits- und Wohnbedingungen, wie z.B.

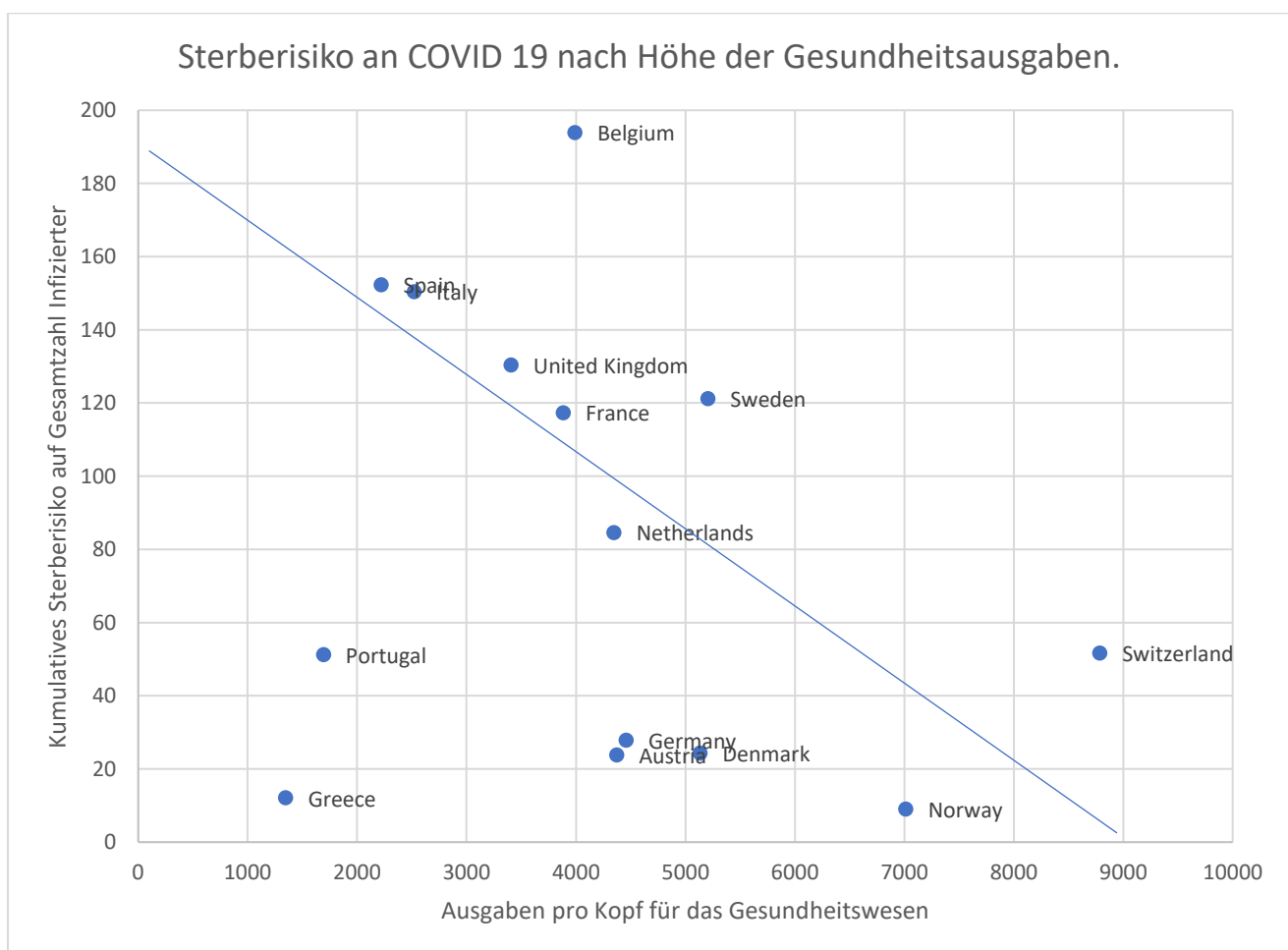
¹ Weitere Information unter: www.linkes-forum-oldenburg.de

Belege für die Behauptungen unter <https://linkes-forum-oldenburg.de/88-aktuelles/366-coronavirus-krise-stellungnahmen.html>

in Süddoldenburg und Nordrheinwestfalen. ¹ Oder bei Menschen, die Harz IV beziehen und wenig Geld und Möglichkeiten haben, sich individuell zu schützen. ¹ Oder bei Menschen, die aufgrund ihrer Hautfarbe oder ihrer Herkunft gesellschaftlich diskriminiert werden. Immerhin ist das Sterberisiko Schwarzer in den USA und Brasilien annähernd doppelt so hoch wie das von Weißen. ¹

Menschen der unteren Schichten infizieren sich aufgrund ihrer Lebensbedingungen nicht nur häufiger. Sie verbringen, erstmal infiziert, auch deutlich mehr Zeit im Krankenhaus als Menschen, die aus höheren Gesellschaftsschichten stammen. ¹ Ihr Risiko im Krankenhaus zu versterben, ist deutlich erhöht gegenüber Menschen aus höheren Gesellschaftsschichten. ¹

Wichtig wäre hier auch über die Entwicklung des Gesundheitswesens seit der Finanzkrise 2008/09 zu sprechen. Die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen sind in Südwesteuropa, also dort wo jetzt die meisten COVID 19 Erkrankungen zu beklagen sind, niedriger als noch 2008. Auch in Nordwesteuropa sind sie nur wenig gestiegen, obwohl es doch zwischenzeitlich ein deutliches Wirtschaftswachstum gab. Die Folgen, die das für das Sterberisiko hat, zeigt diese Abbildung:



Wer also die Ausbreitung von COVID 19 zulässt, indem er keine Vorsorge trifft, ob es nun eine staatliche Einrichtung, ein Konzern oder eine Privatperson ist, führt „Krieg“ gegen die Armen der Gesellschaft, die überproportional die Folgen tragen müssen. Die angebliche anti-elitäre Attitude der Querdenker ist somit im besten Fall Unwissenheit, im schlechtesten Fall Kalkül.

Erst wenn Freiheit, Gleichheit, Fürsorge und Kooperation soweit durchgesetzt sind, dass die gesellschaftliche Position keine Rolle mehr spielt für Ausbreitung und Behandlung von Krankheiten, sind die hohen Fallzahlen Schicksal und nicht auch Ausdruck gesellschaftlicher Ungerechtigkeit. Für diese Ziele lohnt es sich zu streiten, mit und ohne Corona Pandemie!