

Betreff: Fragen zum Corona-Komplex - Veranstaltung auf dem Schlossplatz
Datum: Fri, 4 Feb 2022 22:51:34 +0100
Von: carlox <carlox@web.de>
An: jochen.maier@elkw.de

An Jochen Maier, Pfarrer der evangelischen Kirche Kirchheim/Teck,

Zitat von J. Maier am 19.1.22 auf dem Schlossplatz in Kirchheim/Teck:

"Im Spätherbst letzten Jahres ist meine Tante akut an einem Aneurysma in ihr wohnortnahes Krankenhaus in Albstatt/Ebingen eingeliefert worden. Sie konnte dort wegen mangelnder Kapazitäten nicht aufgenommen werden und wurde nach Tübingen gebracht. Aber auch dort war akut die Intensivstation voll. Sie ist dann nach Freiburg geflogen worden und dort ist sie gestorben. Das war für mich eine schlaglichtartige Erfahrung, die deutlich macht, dass das Ziel die Krankenhäuser und insbesondere die Intensivstationen möglichst für alle arbeitsfähig zu erhalten völlig berechtigt war und völlig berechtigt ist und dass dazu auch die Verantwortung gehört sich zum Schutz meines Nächsten zu schützen, in dem man z.B. Maske trägt oder sich möglichst impfen lässt.

...

Seien wir also bereit für das Gespräch miteinander und bereit zur Geduld miteinander"

Ihr Angebot der Gesprächsbereitschaft will ich gerne in Anspruch nehmen.

Der Inhalt meiner email besteht aus 2 Hauptteilen.

Der Hauptteil 1 bezieht sich auf die "Verantwortungslosigkeit" der "Impf- und Maskenverweigerer" und der Hauptteil 2 auf den Corona-Komplex.

Wichtige Anmerkung (siehe auch unten bei Transparenz):

Ich plane meine Anfragen mit den von Ihnen gegebenen Antworten zu veröffentlichen.

siehe dazu:

<http://umaterialien.de/corona/>

Sind Sie mit einer Veröffentlichung (z.B. im Internet) der von Ihnen gegebenen Antworten einverstanden ?

Wenn nicht, bitte ich um eine Begründung (siehe auch unten).

H-A-U-P-T-T-E-I-L-1:

Ihre Rede insinuiert - durch ihr "unverantwortliches Verhalten" - die Schuld der Impf- und Maskenverweigerer am Tod Ihrer Tante.

(Falls Sie das anders sehen, bitte ich um Ihre Einschätzung).

Wie stichhaltig ist die Argumentation in Ihre Rede?

Dazu im Folgenden meine Überlegungen:

1)

a) Verkürzung des Problems durch Nichtbenennung von Parametern

Diese Argumentation beruht auf einer Verkürzung des Problems, indem weitere bestimmende Parameter, Einflussgrößen bzw. deren Änderungsraten (wichtig z.B. bei Infektionen) und Dimensionen weggelassen und unberücksichtigt werden.

Dadurch wird im worst case ein Multi-Parameter-System zu einem Ein-Parameter-System reduziert.

Ein Vergleich dazu:

Berücksichtigt man bei der Definition des Flächeninhalts eines Rechtecks nicht dessen Länge und Breite, sondern lässt eine Dimension weg und reduziert diese Parameter nur auf eine Dimension (wie z.B. die Breite des Objekts), dann wird diese neue Definition (wo der "Flächeninhalt" nur von der Breite abhängt) kontraintuitiv und unterkomplex, im Gegensatz zur allgemeinüblichen Definition, die die intuitive, "gefühlte" Vorstellung von

Flächeninhalt "abbildet" und von fast allen Menschen aus den Industrienationen akzeptiert wird.

2) Erweiterung des Problems

Auf das obige Problem bezogen, gehören zu einer vollständigen Betrachtung - neben der Impfung - auch noch weitere Bestimmungsparameter dazu wie z.B.: der durch verschiedener Aktivitäten verursachte Gefährdungsgrad des Gesundheitssystems, z.B.: Anzahl Kontakte zu Mitmenschen, Übergewicht, Autofahren mit dazugehörigem Unfallrisiko, Sport, rauchen, Alkoholenuss, Stress im Beruf wie z.B. Pfleger auf Corona-Intensivstation (*), Umgehung von Steuerzahlungen (die eine Finanzierung des Gesundheitssystems verhindern), Werbung für Süßigkeiten im TV, um Kinder anzufixen, Gewährenlassen von Waffenexporten, usw., wobei der Gefährdungsgrad der einzelnen Parameter "ermittelt" werden muss, um zu einer Gesamtgefährdung des Gesundheitssystems (allgemeiner des Allgemeinwohls) zu gelangen. Um dann 2 Personen bzgl. ihrer Belastung des Gesundheitssystems zu vergleichen, müsste ein Maß für die Belastung des Gesundheitssystems (und damit für die Schuld) definiert, z.B. eine "Formel" (ähnlich dem Body-Maß-Index BMI) entwickelt werden ("Schuld-Maß-Index" SMI), die alle Parameter berücksichtigt.

Damit könnte man dann z.B. die "Schuld an der Überlastung des Gesundheitssystems" eines Ungeimpften, auf Verkehrsmittel verzichtenden Nichtraucher oder "Einsiedlers" mit einer hochgradig adipösen Person wie z.B. EX-BWM Peter Altmaier oder dem EX-KAM Helge Braun vergleichen.

(*)

Durch Personalunterversorgung auf den Corona-Intensivstationen treibt man die Pfleger in den Stress und in die Kündigung.

Dies hat eine positive Rückkopplung zur Folge:

weniger Personal ergibt mehr Stress, ergibt durch Kündigung weniger Personal, ergibt mehr Stress, usw.

Wenn man diesen Menschen jetzt auch noch vorwerfen würde, durch die Stresssituationen krankheitsanfälliger zu werden und damit potentiell zur Belastung des Gesundheitssystems beizutragen, wäre das mehr als zynisch, wäre aber "dem diskreten Charme der Bourgeoisie" zuzutrauen.

2.1) Gefährdungsgrad bei binären Parametern:

Bei binären Parametern, die nur 2 Werte zulassen (z.B. impfen, nicht impfen) müsste man ermitteln, wie Nichtimpfen versus Impfung das Gesundheitssystem belastet, d.h., es muss potentieller Nutzen und Schaden durch die Alternativen Impfung/Nichtimpfung miteinander "verrechnet" werden.

Dabei kann es schon zu unterschiedlichen Auffassungen kommen (die einmal die These "bestätigen" bzw. "widerlegen").

Wenn man die, das Problem beschreibenden Parameter erweitert, ergibt sich das Problem der Bewertung der Aussagen sich widersprechender Quellen.

Dies wird u.a. im Hauptteil2 behandelt.

3) Verkürzung des Problems durch bewusste Unterdrückung von weiteren möglichen Einflussgrößen

Wenn keine alternativen Lösungen gesucht werden, bzw. wenig Geld und Ressourcen für diese eingesetzt werden (Beispiel evtl. Totimpfstoffe, Medikamente, usw.)

dann wird dadurch das potentielle "Waffenarsenal" gegen Covid-19 verkleinert.

Dafür tragen aber die dafür Verantwortlichen die "Schuld" und deshalb relativiert sich der Grad der "Schuld" der Ungeimpften, d.h. sie ist kleiner als das Maß, das sich ergäbe, wenn die Wahl der Mittel (Parameter) nicht von außen beschränkt bzw. vorgegeben worden wären.

4) mein Ergebnis

4.1) Man kann die These ("Die Ungeimpften sind schuld") verschieden "lesen":

Sie ist entweder trivial, weil jeder Mensch das Gesundheitssystem belastet, also speziell auch die Ungeimpften oder falsch, wenn sie damit beabsichtigt, den Ungeimpften eine größere Schuld als den Geimpften zuzuschieben, da es kein allgemein akzeptiertes Maß gibt, das die Vergleichsmöglichkeit zweier beliebiger Personen bzgl. der Belastung des Gesundheitssystems erlaubt.

Wenn überhaupt ist dies nur partiell möglich (2-Parameter-Beispiel: Ungeimpfter, adipöser Raucher mit geimpftem, normalgewichtigem Nichtraucher).

Allerdings haben die verantwortlichen Politiker zumindest eine "Mitschuld", dass das Gesundheitssystem überlastet wird, weil sie veranlasst haben, dass Intensivbetten abgebaut wurden und einseitig nur auf die Entwicklung bestimmter Impfstoffe gesetzt haben.

Diese "Mitschuld" ist nicht gerade klein:

Angenommen ein Politiker trägt die Verantwortung für den Abbau von 6000 Intensivbetten.

Damit belastet er das Gesundheitssystem genauso wie ein Coronavirus-Infizierter, der 6000 Menschen angesteckt hat.

Das müsste die obige "SMI-Formel" abbilden, sonst wäre sie kontraintuitiv.

4.2) Mit einer analogen Begründung könnte man auch die These aufstellen, dass die Übergewichtigen mit dazu beitragen (bzw. schärfer formuliert: sie sind Schuld), dass das Gesundheitssystem überlastet wird, weil 80% der Menschen, die auf einer Corona-Intensivstationen liegen, übergewichtig sind (Zitat aus Talk im Hangar: Impfpflicht)

H-A-U-P-T-T-E-I-L-2:

da ich als Lehrer in einer beruflichen Schule arbeitete, durfte ich in der Position des Lehrers gemäß dem Beutelsbacher Konsens den Schülern nicht ihre Meinung aufzwingen, sondern hatte den Auftrag diese in die Lage zu versetzen, sich mit Hilfe des Unterrichts eine eigene Meinung bilden zu können.

Dies ist der Zielsetzung der politischen Bildung geschuldet, die Schüler zu mündigen Bürgern heranzubilden.

Da Sie am 19.1.22 in Kirchheim/Teck auf dem Schlossplatz als Redner aufgetreten sind, "Masken tragen" oder "Impfen" empfohlen haben, müssen Sie bezüglich des Corona-Komplexes zumindest so eine große Fachkompetenz besitzen, dass Sie mit dieser eine Argumentationskette konstruieren können, an deren Ende eine der Aussagen "Masken tragen" oder "Impfen" steht. Deshalb wende ich mich an Sie mit der Bitte mir meine Fragen zu beantworten, bzw. diese Ihnen bekannten Corona-Experten weiterzuleiten.

=====
Beginn meines Textes
=====

da ich durch meinen Bekanntenkreis immer wieder mit der Corona-Problematik konfrontiert werde, versuche ich mich gerade mit diesem Thema zu beschäftigen.

I) Unsichere, schlechte Datenlage

In den Interviews der Statistiker Antes und Kauermann wurde das schlechte Datenmaterial im Corona-Komplex bemängelt:

https://www.focus.de/gesundheit/news/massive-kritik-an-pandemie-behoerde-statistiker-holt-zur-rki-schelte-aus-corona-daten-eine-einzige-katastrophe_id_12927819.html

<https://www.deutschlandfunk.de/statistiker-zu-coronazahlen-wir-sind-immer-noch-im-100.html>

Wie kann man aber – trotz mangelhafter Daten – zuverlässige Aussagen zur Corona-Problematik bekommen?

Siehe dazu die folgenden Punkte:

1) Empfindlichkeitsanalyse

In der Quelle:

CODAG Bericht Nr. 23 vom 19.11.2021, Allgemeine Analysen zur Wirkung der Impfung (Göran Kauermann, Michael Windmann)

<https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag-bericht-23.pdf>

wird das relative Risiko berechnet. Umgeformt gilt für dieses:

$$rr := \text{relative_Risiko} = (1-d)/d * q/(1-q)$$

wobei d die Impfdurchbruchquote und q die Impfquote ist.

Man sieht, dass rr für kleine $d > 0$ und große $q < 1$ extrem empfindlich („unscharf“) wird (kleine Ursache, große Wirkung). Konkreter: Partielle Ableitungen werden unendlich groß.

Da die Daten (Impfdurchbruchquote, Impfquote) des RKI nach eigenen Angaben nicht sehr genau sind (siehe unten), wird auch rr sehr ungenau.

Frage 1:

Welchen Sinn hat dann das Ergebnis 7,431 des relativen Risikos für hospitalisierte über

60-Jährige (S.2 o.g. Berichts) bzw. wie aussagekräftig ist dieses ?

Die Daten sind dem RKI Wochenbericht vom 18.11.21 entnommen:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-18.pdf

2)

Frage 2:

Warum gibt es nicht die die Unterscheidung zwischen:

- a) wegen COVID-19 hospitalisierten (bzw. verstorbenen) Patient*innen und
- b) Patient*innen, die nicht wegen COVID-19 hospitalisiert (bzw. verstorbenen) sind, aber an COVID-19 erkrankt sind? (Liegt man mit oder wegen Corona im Krankenhaus?)

Frage 3:

Wie ist es möglich – trotz dieser fehlenden Unterscheidung – die Impfwirksamkeit (mit der Screening-Methode nach Farrington) korrekt berechnen zu können ?

Wie aussagekräftig ist dann die Berechnung der Impfwirksamkeit ?

Siehe dazu auf S. 8 des Berichts:

<https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag-bericht-24.pdf>

das Zitat:

"Problematisch ist weiterhin die Unterscheidung zwischen an COVID-19 verstorbenen Patient*innen und Patient*innen, die zwar CoV-2-positiv getestet waren, bei denen jedoch eine COVID-19 nicht todesursächlich war.

Dies bleibt auch hier unberücksichtigt."

3)

Ab Ende September 2021 werden Menschen mit unbekanntem Impfstatus nicht mehr pauschal den Ungeimpften zugeordnet, sondern als unbekannt eingestuft.

Man weiß allerdings nicht, wie sich die Anzahl der Menschen mit unbekanntem Impfstatus auf die Menschen mit bekanntem Impfstatus (geimpft, ungeimpft) aufteilt.

Damit kennt man nicht die genaue Zahl der ungeimpften bzw. geimpften hospitalisierten Menschen.

Mir wurde der folgende Vorschlag gemacht:

„Verteile die Anzahl der Menschen mit unbekanntem Impfstatus so auf die Menschen mit bekanntem Impfstatus (Geimpft, Ungeimpft), dass sich die Impfdurchbruchquote nicht ändert (konstant bleibt).

Warum sollte die sich auch ändern? Dadurch ändert sich auch nicht der Wert von r_r “.

Abgesehen davon, dass sich dadurch auch die Impfquote etwas ändert (vermutlich aber nur minimal), finde ich dieses Argument für mich als statistischen Laien interessant und "in the first run" recht plausibel.

Aber:

Frage 4:

Wie werten Statistiker dieses Argument?

Bekommt man durch dieses Vorgehen evtl. eine nicht mehr repräsentative „Stichprobe“?

siehe auch:

<https://politicaldatascience.blogspot.com/2021/12/deep-dive-impfeffektivitat-eine.html>

4) Unerklärlicher Anstieg der Impfeffektivität der Ü60

Covid-19-Lagebericht 16.12.2021

In KW46 bis 49 stieg die Impfeffektivität der Ü60 von 63% auf 80% obwohl die Effektivität laut Pressemeldungen nachlassen soll (deswegen Aufruf zu Booster-Impfungen).

siehe:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-12-16.pdf?__blob=publicationFile

Frage 5:

Deutet das nicht auf falsche Daten hin?

5) Nichtbeachtung der unvollständig Geimpften und Genesenen

Das RKI nimmt die unvollständig Geimpften und Genesenen aus seinen Berechnungen heraus,

indem diese ignoriert werden.

Frage 6:

Wie werten Statistiker dieses Argument?

Bekommt man durch dieses Vorgehen evtl. eine nicht mehr repräsentative „Stichprobe“?

6) Totzeit

Das RKI berechnet die Impfwirksamkeit anhand der aktuellen Impfdurchbrüche bzw. Impfquoten. Da die Infektion aber schon vor der aktuellen Erkrankung bzw. Hospitalisierung stattgefunden hat, müsste man korrekterweise die Impfquote auf den Termin des Infektionsereignisses zurückdatieren und diese dann zur Berechnung der Impfwirksamkeit heranziehen.

Frage 7:

Ist diese Nichtberücksichtigung der Totzeiten durch das RKI (und die sich daraus ergebenden (höheren) Impfquoten nicht eine weitere Fehlerquelle in der Berechnung der Impfwirksamkeit.

Frage 8:

Wie ist es möglich – trotz dieser Fehlerquellen – die Impfwirksamkeit (mit der Screening-Methode nach Farrington) korrekt berechnen zu können ?
Wie aussagekräftig ist dann die Berechnung der Impfwirksamkeit ?

7)

Das RKI verwendet für die Berechnung der Impfquote das arithmetische Mittel der letzten vier Wochen.

Damit wird aber die mittlere Impfquote der letzten 4 Wochen nicht korrekt ermittelt.

Dazu müsste das geometrische Mittel der letzten 4 Wochen errechnet werden.

Da das geometrische Mittel kleiner gleich dem arithmetischen Mittel ist, ist die durch das RKI ermittelte Impfquote größer als die tatsächliche Impfquote (und damit auch die Impfwirksamkeit).

Frage 9:

Wie ist es möglich – trotz dieser Fehlerquellen – die Impfwirksamkeit (mit der Screening-Methode nach Farrington) korrekt berechnen zu können ?
Wie aussagekräftig ist dann die Berechnung der Impfwirksamkeit ?

II) Umgang mit der schlechten Datenlage

Frage 10:

a) Warum wird die Datenlage nicht durch „repräsentative Stichproben“ (gefordert von der Statistikerin Dr. Katharina Schüller) bzw. prospektive Kohorten-Studien (abzugrenzen von oft als „Kohortenstudien“ deklarierten Prävalenzstudien) mit longitudinalem Design (gefordert vom Team um Prof. Schrappe) verbessert?

b) Warum werden die Vorschläge (in den Thesenpapieren) des Teams um Prof. Schrappe nicht berücksichtigt ? (Indikatoren-Sets, Notification Index, usw.)

siehe:

<https://www.risknet.de/themen/risknews/warum-die-positivenquote-genauso-viel-oder-wenig-aussagt-wie-die-inzidenz/>

bzw.

https://schrappe.com/ms2/index_htm_files/Thesenpap8_endfass.pdf

Frage 11:

Warum wird der Vorschlag von Prof. Viola Priesemann (Modelliererin) nicht befolgt:

„Am besten wäre es, wenn wir, genauso wie UK, ein Screening hätten, also rund 100.000 Zufallstests, die jede Woche ein objektives Bild des Ausbruchsgeschehen liefern. - Dann müssten wir hier nicht diskutieren.“

siehe:

https://www.focus.de/gesundheit/news/keine-rueckschluesse-auf-pandemiegeschehen-inzidenz-bei-18-statt-78-mathe-student-wirft-rki-vor-dass-es-werte-falsch-berechnet_id_13094615.html

Prof. Bernhard Müller (Monash University, School of Physics and Astronomy)

schreibt dazu:

„Kenner der Materie wissen genau, dass in der soliden Datenerhebung eine entscheidende, und leider vernachlässigte Herausforderung liegt.

Aber erst ein solcher „Blick mit der Lupe“ kann wirklich robuste Erkenntnisse liefern.

Wenn man stattdessen einfach verfügbare Daten in eine automatisierte statistische Maschinerie wirft und die Wissensproduktion dem Computer überlässt, muss man auf Patzer gefasst sein.“

https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/Thesenpap8_add.pdf

III) Modellierung

Innerhalb der Modellierer der Corona-Epidemie muss es wohl „verschiedene Sichten der Dinge“ geben:

„Und auch die Selbstüberschätzung fachfremder Forscher kann nicht das Problem sein.

Wenn in Deutschland zwei Gruppen innerhalb von wenigen Monaten im Gebiet epidemiologischer Modellierung vom unbeschriebenen Blatt zu Regierungsberatern avancieren (in der Klimaforschung undenkbar), während ein Nobelpreisträger wie der Biophysiker Levitt und Kreck als Träger der Cantor-Medaille sich für einen Quereinstieg als zu blöd erweisen sollten, während ein Nestor der Medizinstatistik wie John Ioannidis und eine Trägerin eines prestigeträchtigen Wolfson Fellowship der Royal Society wie Sunetra Gupta plötzlich „entgleist“ sein sollten, dann wäre das sensationell und von sich aus einer Untersuchung wert.

Selbst ein Außenseiter wie Tomas Pueyo, ohne jegliche akademische Meriten in der Materie, ist im NDR-Podcast von Drostens als ernstzunehmender Modellierer und Analyst rezipiert worden. Und wie kann es sein, dass der fachfremde Kreck vom RKI-Modellierer Brockmann abgekanzelt und von einer Eminenz in der mathematischen Epidemiologie wie Odo Diekmann zitiert und wegen fruchtbaren Gedankenaustauschs ausdrücklich dankend erwähnt wird?

...

Wenn die regierungsnahen Modellierungen allem Bauchgrimmen zum Trotz richtig und robust sein sollten, so unternehmen ihre Advokaten wenig, um sie im direkten Austausch mit Kritikern zu verteidigen.“

siehe:

Prof. Bernhard Müller (Monash University, School of Physics and Astronomy)

https://schrapppe.com/ms2/index_htm_files/Thesenpap8_add.pdf

Prof Ulrich Dirnagl (Neurologe und Direktor der Abteilung Experimentelle Neurologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin) gibt Beispiele für fehlerhafte Vorhersagen in den Modellen an.

siehe:

<https://www.deutschlandfunkkultur.de/pandemie-modellrechnungen-gefaehrliche-zahlenspiele-100.html>

Frage 11:

a) Welchen Modellen soll man (als Laie) vertrauen?

b) Wo gibt es einen kritischen Diskurs der "regierungsnahen Modellierer" und ihrer Kritiker?

IV) Debattenräume und Debattenkultur

Da ich als Lehrer in einer beruflichen Schule arbeitete, durfte ich in der Position des Lehrers gemäß dem Beutelsbacher Konsens den Schülern nicht ihre Meinung aufzwingen, sondern hatte den Auftrag diese in die Lage zu versetzen, sich mit Hilfe des Unterrichts eine eigene Meinung bilden zu können.

Dies ist der Zielsetzung der politischen Bildung geschuldet, die Schüler zu mündigen Bürgern heranzubilden.

Dazu muss man den Corona-Komplex von allen Seiten beleuchten und die verschiedenen Meinungen zu Wort kommen lassen und - polemisch formuliert - die Vertreter verschiedener Meinungen auf Sachebene "aufeinander zu hetzen".

Allerdings werden die Darstellungen der Kritiker (mit wissenschaftlicher Qualifikation und ohne demokratiefeindliche Positionen) des Corona-Komplexes im deutschen TV und in den Leitmedien unterrepräsentiert:

Beispiel 1)

Die Bitte um eine Corona-Sondersendung (in der sich Befürworter wie Dr. Christian Drostens oder Herr Lothar Wieler sich den Kritikern stellen) wurde vom WDR-Programmdirektor Jörg Schönenborn abgelehnt.

<https://www.youtube.com/watch?v=V9wnWI2TavM>

Beispiel 2)

"Betroffene oder Skeptiker spielten in der Berichterstattung meistens eine marginale Rolle."

<https://www.pro-medienmagazin.de/medien-unterstuetzten-covid-massnahmen-der-politik/>

Frage 12)

Warum gibt es diesen offenen Diskurs (wie z.B. im "Talk im Hangar-7") zum Corona-Komplex nicht auch im TV, z.B. in der Sendung "Markus Lanz" oder in der ARD bei "Anne Will"?

Falls ich in der Sache falsch liegen sollte (und es doch Diskussionen mit Kritikern und Befürwortern gibt), bitte ich um Zusendung einer Liste der Sendungen:

- mit Kritikern und Befürwortern.
- nur mit Befürwortern
- nur mit Kritikern

um einen Vergleich anstellen zu können.

b) Sind die Meinungen der Corona-Kritiker (z.B. alle die in dieser email zitierten Wissenschaftler) objektiv falsche Minderheitenmeinungen (bzw. demokratiefeindliche Positionen), denen man im Wissenschaftsjournalismus nicht ungebührlich viel Raum geben darf („False Balances“)? Können Sie mir bitte eine "False-Balances-Liste" zusenden, einschließlich einer Begründung der wissenschaftlichen Fehlleistungen dieser Wissenschaftler. Was sind die Kriterien für seriöse bzw. unseriöse Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern".

Diskussionsverweigerer sind keine Demokraten, da Kommunikation eine notwendige Bedingung für Demokratie ist.

Zudem werden sie in der Außenwirkung als Feiglinge wahrgenommen.

Durch ihr Wegducken unterstützen sie damit die Märchenerzähler, Coronaleugner, Schwurbler und Denkbefreite, da sie diese gewähren und damit Mythen und Märtyrer schaffen lassen.

Alt-Bundekanzlerin Merkel hat leider den offenen Brief von Prof. Bhakdi (März 2020) nicht zum Anlass genommen, einen offenen Diskurs über die "Corona-Problematik" zu beginnen.

Frage 13:

Wie stehen Sie dazu ?

V) Impfpflicht-Debatte

In der Impfpflicht-Debatte werden m.W. die Vorschläge hauptsächlich entlang des Alters, ab dem geimpft werden soll, diskutiert.

Die Begründung dazu:

Ab z.B. 50 Jahren sind die hospitalisierten Coronapatienten auf den Intensivstationen überrepräsentiert.

Wenn man aber mit Korrelationen argumentiert, könnte man auch noch andere Bestimmungsparameter (bzw. Kombinationen davon) in die Debatte einbringen, wie z.B. bestimmte Vorerkrankungen, Übergewicht, usw.

Man könnte evtl. auch an eine Impfpflicht der Übergewichtigen denken.

Frage 14:

a) Warum wird das nicht gemacht?

b) Gibt es dazu belastbare Studien?

VI) Ländervergleich

Andere Staaten bekämpfen die Pandemie mit anderen Corona-Maßnahmen.

<https://www.deutschlandfunk.de/wie-andere-staaten-die-pandemie-bekaempfen-106.html>

Frage 15:

Gibt es eine Möglichkeit, aus diesen Daten ein Ranking der Länder bzgl. ihrer Erfolgsrate zu erstellen oder reicht dazu die Datenlage nicht aus ?

VII) Transparenz

Ich plane meine Anfragen mit den von Ihnen gegebenen Antworten zu veröffentlichen.

Sind Sie mit einer Veröffentlichung (z.B. im Internet) der von Ihnen gegebenen Antworten einverstanden ?

Wenn nicht, bitte ich um eine Begründung.

mfg

Carl-Heinz Barner

