

„COVID-19- Empirie schadet nie!“ 1

Inhalt

1 Focus auf statistischen Daten und Analysen	1
2 Warum ein Blog?	1
3 Über- oder Untersterblichkeit als „unbestechliches Kriterium“	2
4 Inzidenzwerte sind kein gutes Kriterium: Willkürliche Berechnungsgrundlagen für die Inzidenz.....	3
5 Mehr Tests müssten zu mehr entdeckten Fällen führen, oder ist es umgekehrt?	4
6 Warum hat die Nachverfolgung der Fälle (in Deutschland) nicht funktioniert?.....	6
7 Im kommenden Blog-Beitrag sollen die folgenden Themen behandelt werden:	9

1 Focus auf statistischen Daten und Analysen

In diesem Blog mit dem Namen „COV-19 - Empirie schadet nie!“ soll es darum gehen, wichtige Entwicklungen im Zusammenhang der Pandemie mit Hilfe signifikanter statistischer Daten und Indikatoren zu beobachten und zu analysieren. Das kann sehr lehrreich sein. Es geht hier aber nicht um Voraussagen und Prophezeiungen (siehe hierzu auch Kap. 4 des „Methodenteils 1 dieses Blogs), sondern um die Auswertung der vielfältig vorhandenen Daten, die von amtlichen und wissenschaftlichen Institutionen national, europa- und weltweit erhoben werden sowie einschlägigen wissenschaftliche Studien. Die Datensammlungen und Studien werden in einem eigenen Materialordner „Quellen“ des Blogs dokumentiert.

2 Warum ein Blog?

Die Sammlung und Auswertung vielfältiger statistischer Daten und Untersuchungen war zunächst als Basis für eine „klassische“ Publikation geplant. Es hat sich aber gezeigt, dass sich die Dinge im Verlauf der Pandemie laufenden Veränderungen unterworfen sind und häufig neue Aspekte in den Fokus der öffentlichen Diskussion und Wahrnehmung geraten:

- Im folgenden Kapitel (3) wird die „Über- bzw. Untersterblichkeit“ – zunächst für Deutschland – betrachtet. Eine Analyse vor der 2. Welle hätte ergeben, dass COVID-19 keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Sterbefälle hat. Nach der zweiten Welle sah die Sache vollkommen anders aus (hohe Übersterblichkeit), während die 3. Welle wiederum ein vollkommen anderes Ergebnis zeigt. Die Erfahrungen mit COVID-19 sind also in keiner Weise derzeit zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossen. Vielmehr müssen die Daten und Auswertungen permanent aktualisiert werden, um zu verlässlichen Aussagen gelangen zu können.
- Weiterhin hat sich gezeigt, dass ständig neue Themen wie die Auslastung der Krankenhäuser und speziell der Intensivbetten zum herausragenden Thema geworden sind.¹ Oder das Problem der psychischen Probleme speziell von Kindern und Jugendlichen durch die Lockdowns.² Ein Blog erlaubt es, auf diese aktuellen Entwicklungen zu reagieren.

¹ Vgl. z.B. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/diskussion-um-ueberlastung-von-intensivstationen-100.html>.

² Vgl. z.B. <https://idw-online.de/de/news767919>.

- Und, ein Blog ermöglicht es den Scope der Betrachtung nicht nur ständig zu aktualisieren, sondern auch zu erweitern. Hier sind insbesondere die ökonomischen Auswirkungen der Maßnahmen wie Lockdowns gemeint.³

3 Über- oder Untersterblichkeit als „unbestechliches Kriterium“

Betrachtet man z.B. die Anzahl der Sterbefälle in Deutschland seit Beginn der „Pandemie“ im Jahr und vergleicht diese mit den Jahren 2016 bis 2019 (Durchschnitt), dann fällt auf:

1. **Vor der „2. Welle“** der Covid-19 Erkrankungen ab etwa 10/2020 ergibt sich eigentlich kein nennenswerter statistischer Zusammenhang zwischen der Zahl der gemeldeten Covid-19 Erkrankungen und der Sterblichkeit. **Der statistische Korrelationskoeffizient (Pearson) ergibt einen Wert von 0,021** (ein Wert von 1 würde bedeuten, alle Sterbefälle sind statistisch mit der Anzahl der Covid-19 Fälle verbunden, sprich je mehr Covid-19 umso mehr Sterbefälle. Der Wert von ca. 0 signalisiert also keinen statistischen Zusammenhang).
2. **In der „2. Welle“**, von Oktober 2020 bis Ende Januar 2021 ganz anders aus. **Es ergibt sich eine Korrelation von 0,46** (Ein Wert von „1“ würde bedeuten, dass der Anstieg der Covid-19 Fälle quasi vollständig die erhöhte Sterblichkeit in diesem Zeitraum erklären würde). Der Anstieg der Covid-19 Fälle führt also statistisch in diesem Zeitraum zu einer „spürbar“ höheren Quote der Sterblichkeit in Deutschland. (Und, das sei an dieser Stelle vorweggenommen, insbesondere in den Altersgruppen über 75 Jahren).
3. **„3. Welle“**, ab Februar bis Anfang April 2021 **beträgt der Korrelationskoeffizient -0,19**. Das bedeutet, dass statistisch umso weniger Menschen sterben, desto mehr Covid-19 Fälle ermittelt werden. Dies kann aber z.B. damit zusammenhängen, dass mehr Covid-19 Tests – auch bei jungen Menschen – durchgeführt worden sind. Die Zahl der Covid-19 Fälle steigt dann zwangsläufig an, da jüngere Menschen nur sehr selten „an oder mit“ Covid-19 sterben, ergibt sich eine negative Korrelation. **Es zeigt sich für den angegebenen Zeitraum dennoch, dass die Sterblichkeit im Vergleich zu den Jahren 2016-2019 zurückgegangen ist.**

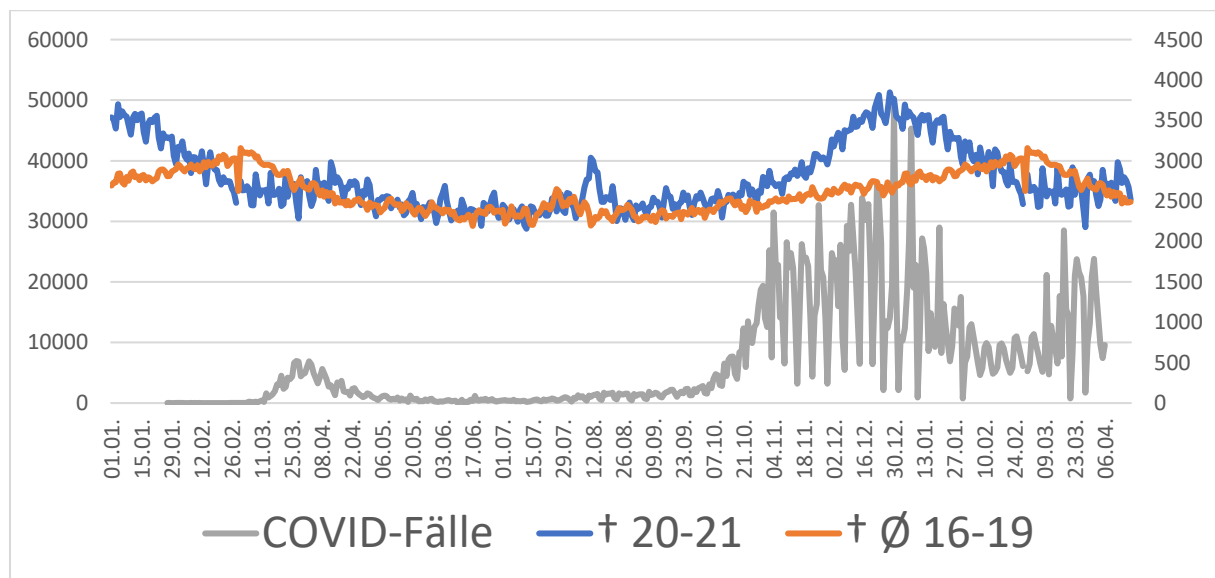


Abb. 1-1: Vergleich Sterbefälle +2020-21 und +Ø 2016-2019 (linke Achse) sowie Anzahl der gemeldeten Covid-19 Fälle (linke Achse), Stand Anfang / Mitte April 2021, Quellen: Destatis & Eurostat

³ Vgl. z.B. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Wirtschaft/kontextinformationen-wirtschaft.html>.

Die obige Grafik sowie die statistische Korrelationsanalyse zuvor zeigen, dass es sehr wichtig ist, Daten über möglichst lange Zeiträume zu betrachten:

- ➔ Der Blog COVID-19 - EMPIRIE SCHADET NIE! beabsichtigt, wichtige Daten und Kennzahlen bzgl. Covid-19 möglichst lückenlos zu dokumentieren und die Entwicklung dadurch zu analysieren, indem die Daten mit entsprechenden Daten vor der Pandemie (mit Beginn im Frühjahr 2020) verglichen werden. **Laufende Updates: Die Daten werden daher laufend aktualisiert, ausgewertet und die Ergebnisse in aktuellen Blog-Beiträgen vorgestellt.**

4 Inzidenzwerte sind kein gutes Kriterium: Willkürliche Berechnungsgrundlagen für die Inzidenz

Die Qualität der Daten ist ein weiterer sehr wichtiger Aspekt. Die Inzidenzwerte und die diesen zugrundeliegende Fallermittlung ist ein gutes Beispiel für aus statistischer Sicht eher fragwürdiger Zahlen. Im Online-Portal des SWR ist z.B. am 4.05.2021 das folgende zu lesen:

„Die Stadt Speyer hat den aktuell höchsten Inzidenzwert in Rheinland-Pfalz. Nach Angaben des Landesuntersuchungsamtes ist die Infektionsrate erneut auf mehr als 200 (203,7) angestiegen. Bereits in den vergangenen Tagen hatte der Inzidenzwert täglich deutlich zugenommen. Warum die Corona-Zahlen in Speyer so hoch sind ist unklar. Die Stadtverwaltung vermutet, Ursache sei möglicherweise eine Computerumstellung beim Gesundheitsamt oder die Nacherfassung älterer Fälle.“⁴

Noch unsinniger erscheint die Berechnung des Inzidenzwertes im Falle der des Landkreises Kaiserslautern und angrenzender Kreise). Im Landkreis befindet sich mit dem amerikanischen Militärflughafen und entsprechenden Logistikeinrichtungen (Krankenhaus, Munitionslager usw.) die größte amerikanische Community außerhalb der Vereinigten Staaten. Die Amerikaner sind aber bei den Einwohnermeldeämtern nicht erfasst (das amerikanische Militär hat eine eigene Verwaltung, da es sich im Grunde um amerikanisches Territorium handelt). Im Landkreis Kaiserslautern wohnen ca. 100.000 Menschen und ca. 20.000 Amerikaner (so genau weiß man das nicht). Für die Ermittlung des Inzidenzwertes werden die Corona-Fälle der Amerikaner aber sehr wohl erfasst, als Einwohner aber nicht! D.h. der Inzidenzwert wird folglich auf der Basis der Covid-Fälle von 120.000 Personen erfasst, es gehen aber nur 100.000 Personen als Basis der Berechnung der Fälle pro 100.000 Einwohner ein:

„Die Amerikaner, die in der Region leben, werden nicht mit in die Inzidenzzahl einbezogen. Wenn sie sich aber mit dem Corona-Virus infizieren, werden sie dem Robert-Koch-Institut gemeldet und fließen in die Statistik mit ein.“⁵

Das RKI begründet dieses Vorgehen damit, dass das Statistische Bundesamt die Werte so berechnen würde. Und weiter: „Das RKI teilte dem SWR mit, dass es nicht beabsichtige, die Berechnung der Inzidenzzahl zu verändern. Ansonsten müsse man auch andere, nicht gemeldete Personengruppen einschließen ...“⁶

Kann man so machen. Allerdings ergeben sich, speziell aufgrund der „Bundes-Notbremse“, vom April 2021⁷, einschneidende Folgerungen, nicht zuletzt die Schließung der (deutschen) Schulen⁸ (Grenze

⁴ <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ludwigshafen/inzidenzwert-in-speyer-stark-gestiegen-100.html>.

⁵ <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/kaiserslautern/kaiserslautern-kreis-inzidenzzahlen-amerikaner-verfassungsgericht-100.html>.

⁶ Ebda.

⁷ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/bundesweite-notbremse-1888982>.

⁸ Die Amerikaner haben eigene Schulen.

Inzidenz von 165, obwohl die „Amerikaner“ natürliche eigene Schulen haben, amerikanische Kinder nicht auf Deutsche Schulen gehen), die ohne eine Einbeziehung der Amerikaner, nicht hätte erfolgen müssen.

5 Mehr Tests müssten zu mehr entdeckten Fällen führen, oder ist es umgekehrt?

Zunächst einmal sagt einem der „gesunde Menschenverstand“, dass mehr Tests zu mehr identifizierten Corona-Fällen führen müssten. Betrachtet man nun zunächst das Verhältnis von Tests zu bestätigten Corona-Fällen, dann fällt auf, dass die Zahl bzw. die Erhöhung der Zahl der Tests nicht zwingend zu mehr bestätigten Fällen geführt hat. Das betrifft insbesondere den Zeitraum zwischen der 1. und der 2. Welle zwischen der KW19 und der KW39:

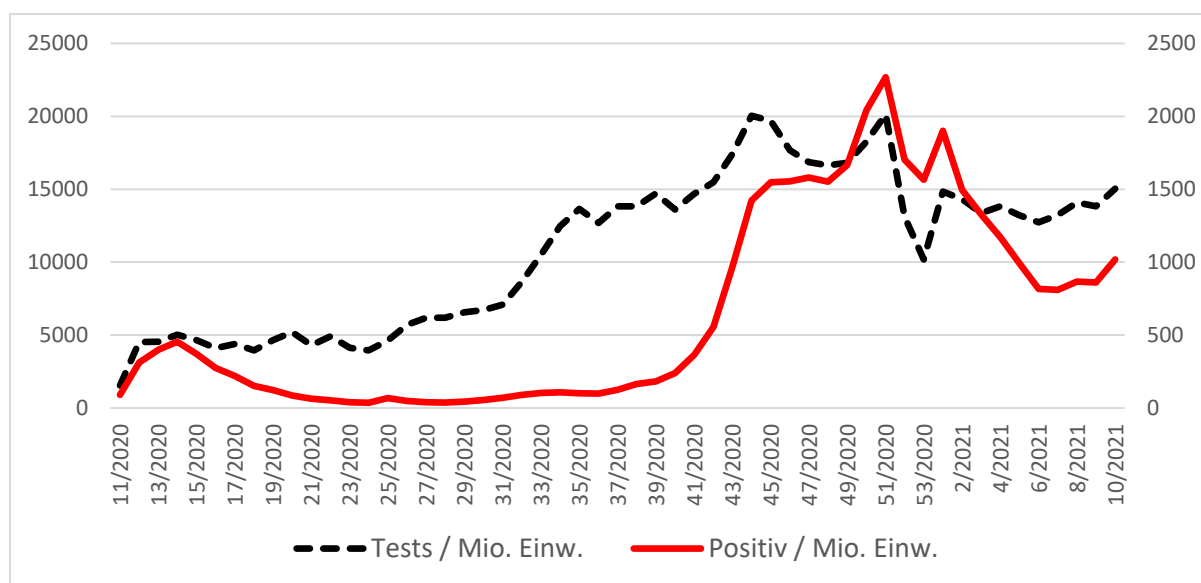


Abb. 1-2: Deutschland. Anzahl positiv getesteter Personen (rechte Achse) und Anzahl Corona Tests (linke Achse), Stand Anfang 2021, KW 11/20 – KW 10/21, Tests und Fälle pro Mio. Einwohnern, Quelle: RKI

In der KW 14 des Jahres 2020 ergab sich ein vorläufiger Höchststand von positiv getesteten Personen von ca. 9%. Wie die Abbildung 1-2 zeigt, stieg die Zahl der Corona-Testungen ab der KW 23 deutlich an. Die Quote der entdeckten Fälle sank allerdings auf unter 1% in der KW 34. **Wie die Abb. 1-2 deutlich zeigt, ist es durch die Ausweitung der Testungen nicht gelungen, den deutlichen Anstieg der Fälle ab etwa der KW 39 zu erkennen und noch weniger der sich entwickelnden 2. Welle entgegenzuwirken.** Am Ende des Jahres 2020 (KW 52) und zu Beginn des Jahres 2021 (KW1) lag die Quote der entdeckten Fälle bei ca. 13%. Da „über Weihnachten und Neujahr“ sicher wenig „ins Blaue“ getestet worden ist, ist auch dies ein deutlicher Indikator dafür, dass die Zahl der entdeckenden Infektionen kaum von der Zahl der Tests abhängig ist (zumindest in Deutschland). Umgekehrt „wird ein Schuh daraus“, die Zahl der Infektionen hat zu mehr Tests geführt. Das Problem der gestiegenen Anzahl der Tests ab der KW 31 ist vermutlich, dass die Tests nicht systematisch (also z.B. flächendeckend in Schulen oder bei repräsentativen Stichproben) durchgeführt worden sind.

In einem am 7.09.2020 (KW 37) erschienenen FOCUS-Artikel⁹ wird bereits die unspezifische Teststrategie bei Reiserückkehrern im Sommer 2020 kritisiert. Der Verband Akkreditierter Labore in

⁹ Vgl. https://www.focus.de/gesundheit/news/kritik-am-nachweis-von-sars-cov-2-mehr-weniger-anders-experten-streiten-ueber-die-richtige-corona-teststrategie_id_12388409.html.

der Medizin (ALM) wird dahingehend zitiert, dass wertvolle Tests „verschwendet“ würden. Im August betrug der Anteil der positiven Tests lediglich 0,7%, unter Reiserückkehrern sogar nur 0,4%. Weiterhin wird der Laborleiter der Unikliniken Marburg und Gießen Harald Renz¹⁰ u.a. mit den folgenden Kritikpunkten zitiert:

- Das Testen symptomloser Menschen führt zu mehr falschen Testergebnissen (positiv wie negativ)
- Bei Reiserückkehrern ist die Gefahr groß, dass der Test zu früh kommt, die Infektion noch nicht nachgewiesen werden kann
- Es müsste z.B. über eine App das persönliche Infektionsrisiko ermittelt werden, um die Tests intelligent zu steuern und eine Überlastung der Labore zu vermeiden, denn die Tests müssen zügig ausgewertet werden, damit das genetische Material nicht bereits abgebaut ist.

Im Methodentext dieses Blogs (1 Methodische Fragen und Probleme ..) ist das Problem von Tests und Infektionszahlen bereits angesprochen. Dort heißt es z.B.: „Auf Dauer ist es gut, gemäß einer standardisierten Strategie regelmäßige Tests in gut definierten Zufallsstichproben durchzuführen, um das Infektionsgeschehen richtiger abbilden zu können.“¹¹ Ansätze hierzu gab und gibt es, wie z.B. die bereits sehr früh im Jahr 2020 veröffentlichte sogenannte „Heinsberg Studie“ unter der Leitung des Bonner Virologen Hendrik Streeck¹² oder eine Studie der LMU München mit der Schlussfolgerung: **„Schulschließungen oder Schulöffnung mit Testpflicht? Epidemiologisch-statistische Aspekte sprechen für Schulöffnungen mit verpflichtenden Tests.“**¹³ (siehe auch Methodentext Kap. 2 & 3).

In Österreich hat die erste Teststrategie gut und gleichzeitig nicht funktioniert: Ein spezielles Screening („Teststrecke“) an der Autobahn hat ergeben, dass z.B. die Personen die aus Kroatien nach Österreich ein- bzw. zurückgereist waren um den Faktor 13 häufiger mit Corona infiziert waren als im Durchschnitt Österreichs (1.7% Infizierte im Vergleich zu 0.15)¹⁴. Die meisten der positiv getesteten Personen waren aber asymptomatisch, d.h. wiesen keine Krankheitssymptome auf. In der Hauptstadt Wien ist der Versuch, Kontaktpersonen von Infizierten nachzuverfolgen fehlgeschlagen.¹⁵

Die folgende Grafik zeigt den Vergleich der Zahl der Tests und der amtlich festgestellten Infektionen zwischen den Ländern Österreich und Deutschland:

¹⁰ Laut einem Interview in der FAZ (27.08.2020): Vgl.

<https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/labormediziner-harald-renz-ueber-sinn-von-corona-tests-16922415.html>.

¹¹ https://www.dagstat.de/fileadmin/dagstat/documents/DAGStat_Covid_Stellungnahme.pdf., S. 12.

¹² Vgl. <https://www.uni-bonn.de/neues/111-2020>.

¹³ [Codag - Bericht 14 \(uni-muenchen.de\)](#), vgl. auch: [Zahlen aus Bayern: Forscher fordern offene Schulen – weil dort Infektionen besser entdeckt werden - WELT](#)

¹⁴ Vgl. <https://wien.orf.at/stories/3063631/>.

¹⁵ Vgl. <https://www.krone.at/2244346>.

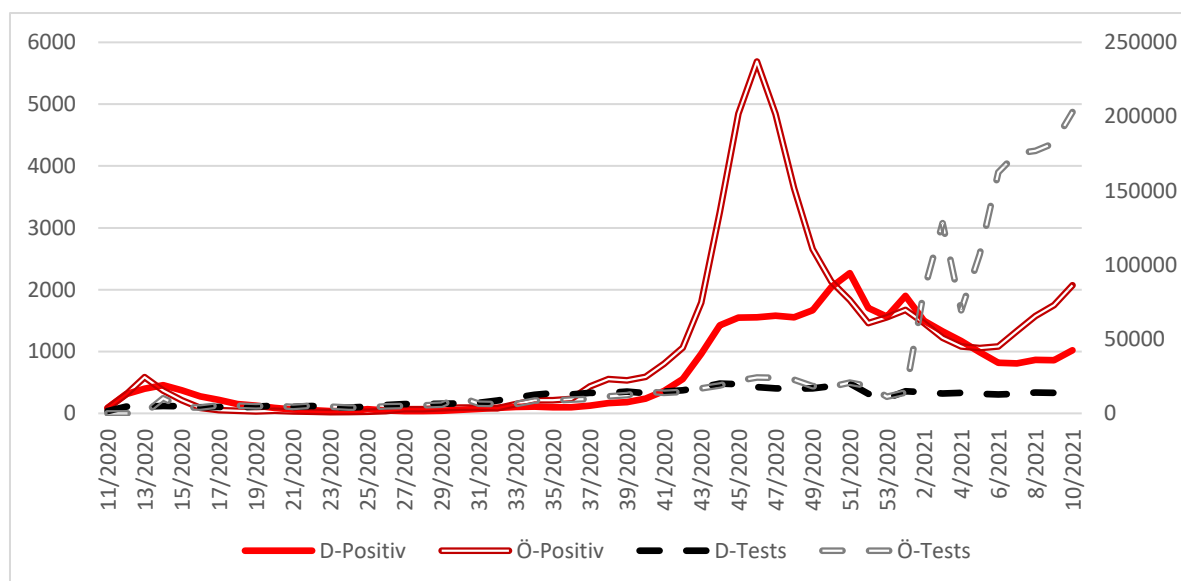


Abb. 1-3: Vergleich Österreich und Deutschland. Anzahl positiv getesteter Personen (linke Achse) und Anzahl Corona Tests (rechte Achse), Stand Anfang 2021, KW 11/20 – KW 10/21, Tests und Fälle pro Mio. Einwohnern, Quellen: RKI & OWID (Our World in Data)

Für Österreich ist zu konstatieren, dass in Folge des extremen Anstiegs der Corona Fälle ab etwa der KW 41 im Jahr 2020 auch die (Über-)Sterblichkeit bis zum Ende des Jahres deutlich angestiegen ist. Österreich hat daher, z.B. im Vergleich zu Deutschland, eine relativ hohe Übersterblichkeit für das Jahr 2020 aufzuweisen. (Andere Länder haben allerdings eine noch deutlich höhere Übersterblichkeit im Jahr 2020 aufzuweisen. Der Vergleich von 30 europäischen Ländern ist dann Thema der nächsten Ausgabe dieses Blogs). **Wie die Abb. 1-3 auch zeigt, hat Österreich mit Beginn des Jahres die Zahl der Tests erheblich ausgeweitet.** Im Vergleich zu Deutschland wurden dann auch deutlich mehr Corona-Fälle ermittelt (ab der 4 KW 2021). Für die KW 11 2021 mussten für Österreich ca. 189 Todesfälle pro 1 Million Einwohner verzeichnet werden. In Deutschland waren es allerdings ca. 219. **Hat die Teststrategie Österreichs also funktioniert, d.h. die Übersterblichkeit verringert?** Hierzu sind weitere Analysen der vorhandenen Daten notwendig. Im weiteren Verlauf des Blogs „Empirie schadet nie“ wird dieses Thema weiterverfolgt. Zunächst ist aber, im Falle des Beispiels Deutschland interessant, ob und warum Tests und die Nachverfolgung von Infektionsketten zur Eindämmung der Pandemie nicht funktioniert haben?

6 Warum hat die Nachverfolgung der Fälle (in Deutschland) nicht funktioniert?

In den Medien wurden insbesondere Urlauber z.B. in Mallorca als unverantwortliche Pandemietreiber gebrandmarkt.

Im „Täglichen Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 11.08.2020 – AKTUALISIRTER STAND FÜR DEUTSCHLAND“¹⁶ werden auch die Infektionsländer erfasst (S.11ff., KW 29-32): „Am häufigsten wurden Länder des Westbalkans, die Türkei, Bulgarien, Rumänien, Polen und Spanien als wahrscheinliche Infektionsländer genannt“ (S.11).

Expositionsland	Anzahl Nennungen
Deutschland	8.607

¹⁶ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-11-de.pdf?__blob=publicationFile

Kosovo	1.096
Türkei	501
Kroatien	260
Serbien	196
Bulgarien	166
Bosnien und Herzegowina	156
Rumänien	113
Polen	112
Spanien	107
Mazedonien	92
Albanien	86
Niederlande	50
Österreich	44
Frankreich	43
Ukraine	43
Rest	448
Gesamt	12.120

Tabelle 1-1: Die 15 am häufigsten genannten Infektionsländer der übermittelten COVID-19-Fälle, KW 29-32 (RKI 11.08.2020)

76% der erfassten Infektionen aus dem Ausland entfielen auf Länder des Westbalkans (vor allem Kosovo und Bosnien und Herzegowina). Weitere ca. 14% der aus dem Ausland stammenden Infektionen entfielen auf die Türkei. Das ist aus statistischer Sicht interessant. Die Türkei hatte im April 2020 nicht mehr als 5.138 Covid-19-Fälle übermittelt. Bezogen auf die mehr als 84 Mill. Einwohner liegt die Wahrscheinlichkeit, dass man in der Türkei jemanden mit einer COVID-19 Infektion getroffen hätte etwa bei 0.05 bzw. bei 0.006%. Vermutlich haben sich die 501 Personen, die sich im Laufe der KW 29-32 in der Türkei infiziert haben und nach Deutschland eingereist sind, bei einem oder einer oder * der Superspreader in der Türkei infiziert. Eine andere Erklärung wäre, dass die Statistik der Türkei bzgl. der Covid-19-Fälle nicht über jeden Zweifel erhaben wäre (Das ist aber reine Spekulation).

Im COVID-19-Lagebericht des RKI vom 11.08.2020 heißt es:

„Der Anteil der Fälle mit Expositionsort im Ausland hat in den letzten Wochen deutlich zugenommen. Durch konsequente Prävention und frühzeitige Identifikation können Übertragungen und Folgefälle stark reduziert werden.“ (S. 12)

Der RKI Lagebericht vom 29. September 2020¹⁷ – nach den Sommerferien - bestätigt im Wesentlichen die Daten aus dem August (KW 34-37). (Allerdings: Die Tschechische Republik taucht neu mit 423 Fällen auf).

„Konsequente Prävention und frühzeitige Identifikation“ sind aber wohl nicht erfolgt, d.h. es ist keine systematische Nachverfolgung der Infektionsketten gelungen (siehe Kap. 5).

Auch die sogenannte Corona-Warn-App der Bundesregierung hat wenig zur Nachverfolgung der Infektionsketten beigetragen. Die App stand seit dem 16. Juni 2020 zum Download bereit. Bis zum 18. Februar 2021 wurde die App 25,7 Millionen heruntergeladen. Die von der Deutschen Telekom und der SAP AG gemeinsam entwickelte App soll das Nachverfolgen von Corona-Infektionen

¹⁷ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2020/2020-09-29-de.pdf?__blob=publicationFile.

erleichtern und helfen, Risikobegegnungen effizienter tracken zu können. Alleine im Juni 2020 wurde die App unter Aufwand von über 9 Millionen Euro von der Bundesregierung beworben, bis November 2020 wuchsen diese Ausgaben auf geschätzte 13 Millionen Euro an.¹⁸ Die Entwicklungskosten summierten sich bis September 2020 auf weitere 15 Millionen Euro.¹⁹

Im Vergleich zu den Kosten erscheint der Nutzen der App eher gering:

1. Die Corona-Warn-App wurde im Juni 2020 von der Bundesregierung als ein Mittel zur Bekämpfung der Covid-19 Pandemie eingeführt. „Je mehr mitmachen, desto größer ist der Nutzen“, argumentierte damals die Bundeskanzlerin. Epidemiologische Modelle belegen, dass eine kritische Masse von 56 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger eine solche Anwendung nutzen sollten, damit diese ihren Sinn erfüllt.²⁰ **Ende November lag der Download-Stand in Deutschland nach Berechnungen des Robert Koch-Instituts jedoch bei 23,2 Millionen (das sind ca. 28% der Bevölkerung, wobei die allermeisten die App wegen mangelnder Funktionalität gar nicht mehr nutzen), und verfehlte damit klar das Ziel. (20.05.2021: 27,8 Mill. downloads)**²¹
2. Weitere Probleme der App:
 - a. Ältere Menschen mit Vorerkrankungen, also diejenigen, die ein hohes Risiko haben, schwer an Covid-19 zu erkranken, und daher früh vor einer möglichen Ansteckung gewarnt werden sollten. Die Hochrisikogruppe hadert vor allem mit der Technik. Lediglich 62 Prozent der Älteren mit Vorerkrankungen besitzen ein entsprechendes Smartphone und sind in der Lage, die Corona-App zu installieren.
 - b. Für (jüngere) Personen mit hohem Potential, das Virus zu verbreiten, stellt der Zugang zu Smartphones dagegen keine große Hürde dar. Mehr als 90 Prozent der Menschen in dieser Gruppe besitzen die entsprechenden Geräte und Fähigkeiten. Hier liegt das Problem in der Bereitschaft, die App zu installieren und dann korrekt zu nutzen: Nur insgesamt 31 Prozent von ihnen sind dazu bereit. „Die simple Botschaft ‚Installiert die App!‘ reicht einfach nicht“.
3. **Berlin – Die deutsche Corona-Warn-App soll in Kürze in weiteren fünf Sprachen zur Verfügung stehen. „Die Versionen Arabisch, Polnisch, Bulgarisch, Rumänisch und Russisch sind derzeit in der Entwicklung“, sagte Digital-Staatsministerin Dorothee Bär (CSU) der Rheinischen Post heute (4. August 2020)**²² **Inwiefern der Download in verschiedenen Sprachen tatsächlich durchgeführt worden ist, darüber gibt es – nach unseren Informationen – keine Informationen. Zumindest wird die Nutzung der App scheinbar nicht nach dem Kriterium Sprache (öffentlich sichtbar, z.B. beim RKI) ausgewertet.**²³
4. **39% der positiv getesteten Personen haben sich dafür entschieden, ihr positives Ergebnis nicht in der App zu teilen.**²⁴ Man kann wohl schließen, dass unter den gegebenen

¹⁸ Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1125951/umfrage/downloads-der-corona-warn-app/>.

¹⁹ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116144/Corona-Warn-App-kostete-15-Millionen-Euro>.

²⁰ Vgl. <https://www.uni-mannheim.de/newsroom/presse/pressemitteilungen/2020/dezember/corona-app-nutzung/>.

²¹ Vgl. auch <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1125951/umfrage/downloads-der-corona-warn-app/>.

²² Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115292/Corona-Warn-App-kommt-in-fuenf-weiteren-Sprachen>.

²³ Vgl.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Archiv_Kennzahlen/Kennzahlen_01042021.pdf?blob=publicationFile.

²⁴ Vgl.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Archiv_Kennzahlen/Kennzahlen_01042021.pdf?blob=publicationFile.

Bedingungen des Datenschutzes keine sinnvolle Nachverfolgung von Infektionsketten möglich ist.²⁵

7 Im kommenden Blog-Beitrag sollen die folgenden Themen behandelt werden:

- **Die Sterbefälle von 30 europäischen Ländern werden für das Jahr 2020 analysiert.** Es zeigt sich, dass in den meisten Ländern eine Übersterblichkeit festzustellen ist; allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Es gibt aber auch Länder für die im Jahr 2020 eine Untersterblichkeit vorliegt. Interessant ist auch, inwieweit die unterschiedlichen Länder von der ersten, oder der zweiten Welle der Covid-Pandemie betroffen sind: Nur wenige sind von beiden Wellen betroffen; und man kann beobachten, dass die Pandemie geografisch gewandert ist.
- Weiterhin wird untersucht, inwieweit das Alter eine Rolle für die Übersterblichkeit spielt

Und weiterhin:

- In der öffentlichen Diskussion kam immer mehr das Thema auf, ob und warum sich Migranten häufiger mit Corona infizieren.²⁶
- Auch die Frage der Überlastung der Krankenhäuser, speziell die Auslastung der Intensivbetten spielte in der öffentlichen Diskussion eine große Rolle, da insbesondere der Lockdown in der sog. 3. Welle damit begründet worden ist.

²⁵ Siehe auch Fn15.

²⁶ Vgl. z.B. <https://www.nzz.ch/international/deutschland/warum-corona-migranten-und-afd-waehler-oeffter-trifft-ld.1624457>.