


ScienceFiles

 sciencefiles.org/2020/10/28/lauter-quatsch-macht-covid-19-dumm-karl-lauterbach-und-der-iq/

October 28, 2020

Karl Lauterbach, SPD, ist der Haus- und Hof-Politexperte der MS-Medien, wenn es um Fragen von SARS-CoV-2 geht. Der Expertenstatus, der Lauterbach zugeschrieben wird, basiert wohl darauf, dass Lauterbach Humanmedizin und Epidemiologie studiert hat, zum Dr. med. promoviert wurde und anschließend u.a. Direktor des neu gegründeten Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) an der Universität Köln wurde. Eine schicke Methode, um eine Professur zu erhalten. Von 1998 bis 2005 hat Lauterbach in Köln gewirkt. Seither wirkt er im Bundestag als Abgeordneter, in Talk-Shows und neuerdings in der Bild-Zeitung, in der er – nunmehr als SPD-Gesundheitsexperte – vorgeschlagen hat, Privatwohnungen zum Tummelplatz von Blockwarten zu machen, die über die Einhaltung von Lockdown-Regeln wachen sollen.



Seine Timeline auf Twitter füllt Lauterbach regelmäßig mit Links zu wissenschaftlichen Studien, die im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 oder COVID-19 dies und das gefunden haben (wollen). Was dabei auffällt ist ein gewisser “confirmation bias”, also die Tendenz, nur Studien zu verlinken, die auch wirklich Schreckliches gefunden haben, die zeigen, dass mit COVID-19 nicht zu spaßen ist, die zeigen, dass man an COVID-19 sterben kann, dass Ko-

Morbiditäten und dergleichen ein Risikofaktor sind, ein Lockdown unbedingt notwendig ist usw.

Einige Kostproben:

Karl Lauterbach @Karl_Lauterbach · Oct 20

(1) Keine unwichtige Studie. Pat., die entweder leichte SarsCoV Infektion hatten oder nur noch wenige bestimmter Antikörper haben, könnten gefürchteten Enhancement Effekt bei Re-Infektion haben. So weit ich weiss wird das bei Impfungen bisher nicht gesehen

Antibody-dependent enhancement (ADE) of SARS-C...
Antibody-dependent enhancement (ADE) has been reported in several virus infections including dengue ...
medrxiv.org

22 90 513

Karl Lauterbach @Karl_Lauterbach · Oct 26

(1) Diese Studie aus Edinburgh ist die beste Auswertung bisher, was Teilaspekte der Lockdowns gebracht haben. Es sind fast alle internationalen Lockdowns eingeflossen. Es wird ganz klar die These widerlegt, dass Lockdowns keine Wirkung haben. Gezeigt wird:

The temporal association of introducing and lifting n...
Individual NPIs, including school closure, workplace closure, public events ban, ban on gatherings of mor...
thelancet.com




62 328 1.5K

Karl Lauterbach @Karl_Lauterbach · Oct 24


Gerade Jüngere täuschen sich, dass Covid für sie nicht gefährlich wäre: neuere Studien bestätigen klar, dass sogar bei jüngeren Sportlern Herzschäden entstehen können, selbst wenn man keine Symptome hatte. Grössenordnung und Dauer der Komplikation unklar

and indirectly induce cardiac damage.

Heart



Lymphocytes



← Myocardium →

Spike protein
ACE2
Cardiomyocyte

SARS-CoV-2 can **directly infect** cardiomyocytes, attaching to angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) through its spike protein and entering the cells by fusing viral and cellular membranes.

SARS-CoV-2 infection can **indirectly damage** cardiomyocytes through systemic inflammatory responses and diminished blood supply (e.g., from blood clots and endothelitis, not shown).

◀ **Complications**
Damaged cardiomyocytes, necrosis, and cardiogenic shock can result from direct and/or indirect effects of SARS-CoV-2.

COVID-19 can affect the heart
The family of seven known human coronaviruses are known for their impact on the respiratory tract, not the heart. However, the most recent...
science.sciencemag.org



Karl Lauterbach ✓ @Karl_Lauterbach · Oct 22

Positive Nachrichten gibt es für Behandlungsergebnisse im Krankenhaus. 2 methodisch gute Studien zeigen klaren Trend zur Senkung der Sterblichkeit. Wahrscheinlich wirkt sich bessere Intensivversorgung aus. Hoffentlich sehen wir US-Ergebnis auch bei uns



Studies Point To Big Drop In COVID-19 Death Rates

More hospitalized patients are surviving than early in the pandemic. Improved treatments make a big difference, but so does flattening the ...

[npr.org](https://www.npr.org)



Die Beispiele machen eine Tendenz deutlich, die sich bei Lauterbach durchweg findet: Die Studien, auf die er verweist, reden entweder Lockdown und anderen drastischen Maßnahmen, um SARS-CoV-2 zu "kontrollieren" [welch' absurde Vorstellung] das Wort, sie zeigen auf, wie gefährlich COVID-19 als Erkrankung ist, was auch niemand bestreitet, sie werden unterlegt mit Links zu Studien, die positive Ergebnisse in der Behandlung von schwer Erkrankten z.B. mit Prozac berichten usw. Studien, die Kritik an getroffenen Maßnahmen üben, Studien, die Zweifel an den Simulations-Modellen der Epidemiologen wecken, Studien, die darauf hinweisen, dass es keinen Sinn macht, die Wirtschaft eines Landes zu zerstören, weil man Menschen vor dem Tod retten will, nur um sie nach Rettung dann ins wirtschaftliche Nichts zu entlassen, Studien, die zeigen, dass ein Lockdown ein grundsätzlich schädliches und gegen SARS-Cov-2 / COVID-19 vor allem weitgehend unwirksames Mittel ist, werden von Lauterbach nicht verlinkt und vermutlich gar nicht zur Kenntnis genommen. Dass die Studie aus Japan, über die wir vor zwei Tagen berichtet haben, eine Studie, die zeigt, dass man ohne Lockdown zu weit besseren Ergebnissen im Umgang mit SARS-CoV-2 kommen kann als mit Lockdown, von Lauterbach nicht verlinkt wird, ist wohl kein Zufall. Er übt kognitive Selbstbeschränkung, die darin besteht, nur das zur Kenntnis zu nehmen, was zur eigenen Überzeugung passt und alles andere auszugliedern

oder zu ignorieren. Leon Festinger hat diesen Umgang mit, wie er es nennt, kognitiver Dissonanz eingehend beschrieben. Die Lektüre seines Buches lohnt sich gerade heute.

Wenn schon die Auswahl der verlinkten Texte, nehmen wir an, Lauterbach liest auch, was er verlinkt, um seinen reklamieren Expertenstatus auch mit ein paar Zitaten zu stützen, offenkundige Züge der überzeugungskonformen Auswahl trägt, was kann man dann über die Qualität der Folgerungen sagen, die Lauterbach regelmäßig aus den von ihm verlinkten Studien zieht? Festinger beschreibt in seiner Arbeit über kognitive Dissonanz die Praktik bei Personen, die ihre Überzeugung nicht ändern wollen, einerseits widersprechende Ergebnisse zu ignorieren oder zu diskreditieren, andererseits Ergebnisse so zu interpretieren, dass sie ihren Überzeugungen entsprechen, selbst wenn damit einhergeht, den Ergebnissen / Ereignissen Gewalt anzutun.

Lauterbach verweist in der ersten Reihe der sechs Beispiele, die wir aus seiner Twitter-Timeline gefischt haben, auf eine Studie der Universität Edinburgh, die wir hier besprochen haben. Wie jeder bei uns nachlesen kann, sind nicht einmal die Autoren der Studie, die Lauterbach so euphorisch beschreibt, der Ansicht, sie hätten “ganz klar die These widerlegt, dass Lockdowns keine Wirkung haben”. Tatsächlich finden sich im Kleingedruckten zur Studie, in den methodischen Einschränkungen, den Problemen, die sich mit dem Design verbinden, so viele Einschränkungen, dass man Probleme hat zu benennen, was die Autoren tatsächlich gezeigt haben (die Autoren selbst haben im Übrigen dieselben Probleme):

- Die Daten der Studie aus Edingburgh beschreiben Maßnahmen, sie beschreiben kein Verhalten. Wer sich wo, wenn überhaupt an die von seiner Regierung verordneten Maßnahmen gehalten hat, ist unbekannt: “We are unable to examine compliance with these NPIs due to the scarcity of suitable data that were reliable across countries over time”. Es ist also ein “unter der Annahme dass sich alle an die Maßnahmen halten, ergibt sich ...”-Modell.

- Der Effekt von Maßnahmen, die früher als andere Maßnahmen eingeführt oder gelockert wurden, konnte nicht vom Effekt der nachträglich eingeführten oder gelockerten Maßnahmen getrennt werden. Ein untrügliches Zeichen für Multikollinearität. Daraus folgt, dass die Effekte von zuerst eingeführten Maßnahmen überschätzt, die von nachträglich Maßnahmen unterschätzt werden können. Die Ergebnisse sind guesswork.
- Variationen innerhalb von Ländern können mit Daten, die auf Landesebene verharren, nicht gemessen werden.
- Der Effekt von Hygienemaßnahmen (Händewaschen, Abstand halten, Maske tragen), der zumindest für Händewaschen und Abstand halten nachweislich beachtlich ist, wird von den Autoren nicht berücksichtigt. Es kann also sein, dass alle gemessenen Effekte sich in Luft auflösen, wenn man ein Maß für die Verbreitung und Entwicklung der Häufigkeit von Hände waschen einführt.
- Effekte der Jahreszeit sind nicht berücksichtigt (Viren verbreiten sich eher, wenn es kalt ist).
- “Our findings do not necessarily imply causation” (9)



Von all dem weiß oder will Lauterbach nichts wissen. Die Studie und die Ergebnisse, die er mutmaßt, passen zu seiner Überzeugung, also werden sie bejubelt. Das ist keine wissenschaftliche Herangehensweise, geschweige denn eine, die Expertentum ausdrückt, das ist der Versuch, einen Expertenstatus auf Mimikry zu bauen – ein leicht zu durchschauender Versuch. Aber vielleicht ist es ein einmaliger Ausrutscher?

Aber nein, das ist es nicht. Heute verbreitet Karl Lauterbach die folgende Schreckensmeldung:



Warnung sein, der die Erkrankung noch falsch einschätzt. Bei schwerem Verlauf verliert man im Durchschnitt 8,5 IQ Punkte. Das Gehirn altert um 10 Jahre

Translate Tweet



Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-...
 Case studies have revealed neurological problems in severely affected COVID-19 patients. However, there is little informatio...
medrxiv.org

7:45 AM · Oct 28, 2020 · Twitter for iPhone

308 Retweets **122** Quote Tweets **986** Likes

🗨️
↻
❤️
📤



Karl Lauterbach ✓ @Karl_Lauterbach · 1h

Replying to @Karl_Lauterbach

⋮

(2) Besonders relevant und überraschend ist: selbst mit leichten Symptome ohne Atembeschwerden wurde Denkfähigkeit deutlich eingeschränkt! SarsCoV-2 erreicht über Riechnerven und Blutgefäße das Gehirn und führt dort zu Schäden. Diese sind wahrscheinlich bleibend. Das will keiner

🗨️ 45
↻ 147
❤️ 736
📤

Lauterbach behauptet,

- dass die Grundgesamtheit der Studie 85.000 “Pat”, also Patienten seien,
- dass ein schwerer Verlauf von COVID-19 dazu führe, dass die Patienten 8,5 IQ-Punkte verlören,
- dass bereits bei leichten Symptomen einer Erkrankung an COVID-19 die “Denkfähigkeit deutlich eingeschränkt” worden sei.

Karl Lauterbach verbreitet hier drei Behauptungen. Keine davon ist richtig, alle sind falsch.

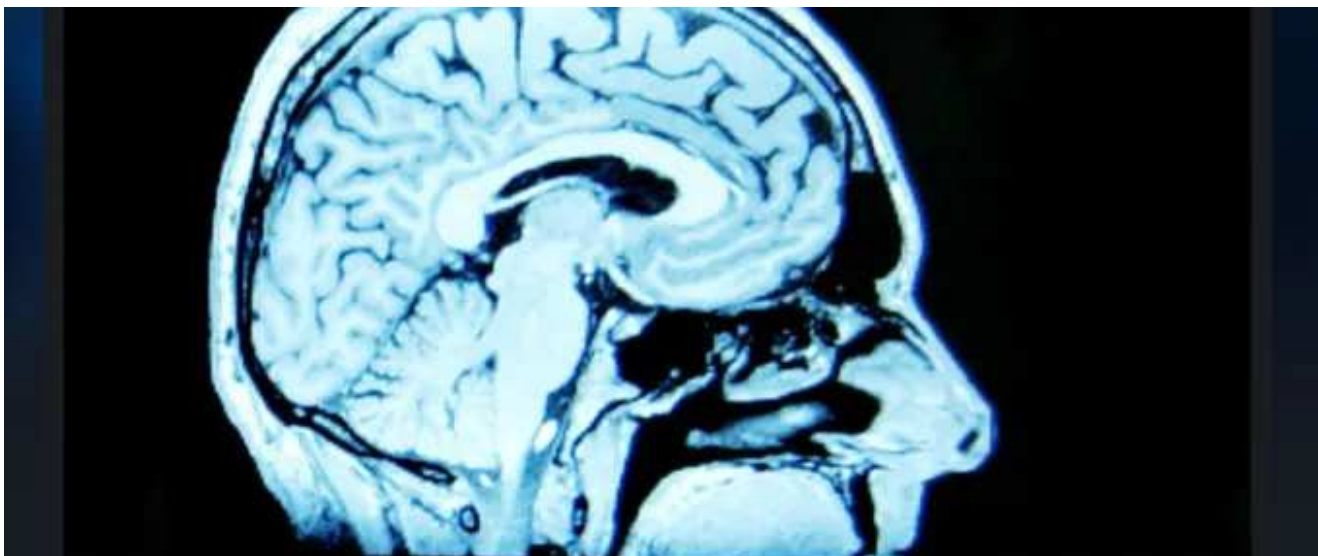
Tatsächlich ist in der Überschrift der Studie aus dem Imperial College, eine Studie, die man schnell lesen kann, die Zahl 84.285 genannt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um die ca.

85.000 Patienten, die Lauterbach mutmaßt, sondern um die Anzahl der Teilnehmer an der Studie. Unter diesen 84.285 Teilnehmern finden sich 361 Personen, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden und 207, die hospitalisiert werden mussten. Lauterbach liegt mit seinen 85.000 Patienten nicht nur etwas, er liegt voll daneben.

Auch die Behauptung, ein schwerer Verlauf von COVID-19 führe dazu, dass ein Patient 8,5 IQ-Punkte verliere, also dümmer wird, ist falsch, denn um diese Behauptung aufzustellen, benötigt man Verlaufsdaten, also Daten in der Zeit, die den IQ von Patient X vor und nach seiner Erkrankung messen. Dazu müsste man vorherwissen, das X an COVID-19 erkrankt und man müsste zu mindestens zwei Zeitpunkten seinen IQ testen. Nichts davon ist in der vorliegenden Studie erfolgt, nicht einmal ein IQ-Test, auch hier liegt Lauterbach vollkommen daneben. Um herauszufinden, dass die 11 Autoren des Imperial College keinen IQ-Test durchgeführt haben, muss man freilich ihr Werk bis zum Ende lesen, vor allem den methodischen Teil, in dem sie schreiben:

“In this respect, the battery of tests should **not be considered an IQ test** in the classic sense, but instead, is intended to differentiate aspects of cognitive ability on a finer grain. The tests also had been optimised for application with older adults and people with mild cognitive and motor impairments.”

Angepriesen wird der Test, über dessen Ergebnisse die 11 Imperialen berichten, bei der BBC, im BBC Programm “Horizon” als “The Great British Intelligence Test”. Aber das ist er mitnichten, wie man leicht herausfinden kann, wenn man den Test an sich durchführt, es ist ein Online-Test, der hier zu finden ist. Gestestet wird Erinnerungsleistung, räumliches Vorstellungsvermögen und semantische Fluency, also nicht wirklich Intelligenz. Dass dem so ist, berichten die Autoren zum Ende ihres Texts. Dort finden sich die Ergebnisse einer Faktorenanalyse, die die genannten drei Faktoren aus den 8 Einzeltests extrahiert hat. Was man mit diesem Test misst, ist uns nicht ganz klar, Intelligenz ist es vermutlich bestenfalls im Näherungswert.



When it comes to measuring intelligence, there are lots of skills that come into play – from problem solving and spatial ability, to emotional awareness and working memory. But however you break it down, one thing is clear – intelligence matters.

**The Great British
Intelligence Test**

Interessant sind die Erinnerungstests, die z.B. nach dem Betrachten einer Reihe von Artefakten darin bestehen, sich zu erinnern, ob der Hammer, von links unten nach rechts oben dargestellt war oder von rechts unten nach links oben oder darin, die Zahlenreihe 1 4 3 2 1 4 0, die sich durch Einzeldarstellung der Zahlen, ohne dass der Proband die Anzahl der Zahlen vorab weiss, ergibt, zu erinnern. Gedächtnistests sind bekanntermaßen etwas, das Leute, die auf den Gebrauch ihres Gedächtnisses getrimmt sind, besser absolvieren können als andere. Ältere Menschen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, bei solchen Erinnerungstests schlecht abzuschneiden. Das ist hinlänglich bekannt und im weiteren Verlauf noch wichtig.

Die dritte Behauptung von Lauterbach, dass schon eine leichte Erkrankung an COVID-19 zu einer deutlichen Einschränkung der Denkfähigkeit führen soll, ist ein weiterer Mythos, den Lauterbach, dessen Denkfähigkeit vielleicht durch seine Wunschvorstellungen eingeschränkt, vielleicht auch deutlich eingeschränkt ist, hier verbreitet. Wie gesagt, die Autoren haben keine Verlaufsdaten. Derartige Aussagen können nicht getroffen werden.

Lösen wir das Rätsel der Studie auf.

Was haben die Autoren gemacht?

Sie haben sich des angeblichen Great British Intelligence Test der BBC bemächtigt und die folgenden Fragen im Anschluss an den Test untergebracht:

Q10. Have you had, or suspect you have had symptoms of COVID-19?

No

Yes, but the symptoms have passed

Yes, currently experiencing symptoms

Q11. Have you had a positive test for COVID-19?

No/don't know/awaiting test results

Yes

Q12. Did you experience breathing difficulties?

No

Yes

Q13. What happened as a result of your breathing difficulties?

I was not ill

I was ill but had no respiratory symptoms

I stayed at home

I stayed at home and needed medical assistance (e.g. called 999)

I went to hospital, but was not put on a ventilator (see above for definition)

I went to hospital and was put on a ventilator (breathing tube and mechanical

assistance for breathing)

Q14. Have you been diagnosed with any of the following conditions?

Lung conditions (e.g. asthma, emphysema or bronchitis)

Heart disease

Chronic kidney disease

Liver disease (e.g. hepatitis)

Diabetes

High blood pressure

Irregular heartbeat (atrial fibrillation)

Problems with your spleen (e.g. sickle cell disease, or if you have had your spleen removed)

A weakened immune system as the result of a condition such as HIV or AIDS, or medicines such as steroid tablets or chemotherapy

None of the above

Die Leute, von denen Lauterbach behauptet, dass schon ihre leichten Symptome zu einer deutlichen Einschränkung der Denkfähigkeit geführt hätten, berichten von Atembeschwerden, sie berichten, was sie in Folge der Atembeschwerden getan haben. Manche schätzen ein, ob sie Symptome einer COVI-19-Erkrankung gehabt haben, wobei diese Einschätzung im Text der Autoren nicht vorkommt (warum wohl nicht?), das alles heißt jedoch nicht, dass die entsprechenden Teilnehmer auch mit SARS-CoV-2 infiziert waren, wie Lauterbach behauptet, der die Studie ganz offensichtlich nicht kennt, nie gelesen hat und nur benutzt, um seine Überzeugung zu hätscheln und Panik zu verbreiten.

Die 11 Autoren vom Imperial College finden in ihrem Datensatz genau 361 Personen, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden. Sie schreiben weiter, 87% der Befragten, die angegeben haben, hospitalisiert worden zu sein, seien positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden. Gerade einmal 207 Teilnehmer, 207 der 84.285, von denen Lauterbach denkt, sie alle seien Patienten, sind in ein Krankenhaus eingeliefert worden, darunter 60, die mechanisch beatmet wurden. Unter den 84,285 finden sich somit 361 Personen (0,4%), von denen bekannt ist, dass sie mit SARS-CoV-2 infiziert waren, weil sie einen positiven Testbefund haben, darunter befinden sich 207 Personen (0,2% von allen Teilnehmern), die hospitalisiert wurden. Weiter als Lauterbach kann man eigentlich nicht daneben liegen.

Nicht nur gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Personen, die angeben, sie hätten Atembeschwerden gehabt, was Lauterbach als "leichte Symptome" ausgibt, an COVID-19 erkrankt waren. Es gibt so etwas wie Erkältung und Grippe, trotz COVID-19. Es gibt auch keinerlei Möglichkeit die Behauptung, COVID-19 sei für verminderte kognitive Leistung (nicht IQ) verantwortlich, zu prüfen. Die Autoren haben einen Datensatz der Angaben von Testpersonen, die den Online-Test und den anschließenden Fragebogen ausgefüllt haben, zu EINEM ZEITPUNKT erfasst. Um nun herausfinden zu können, ob sich COVID-19 Patienten, also die 207 Hospitalisierten unter den 361 positiv Getesteten im Hinblick auf ihre "Denkleistung" unterscheiden, rechnen die Autoren General Linear Models, ein sehr krudes

statistisches Verfahren, das auch als Varianzanalyse bekannt ist, (ein Mittel des Gruppenvergleichs) und vergleichen die 361 bzw. die 207 bzw. die 60 Hospitalisierten, mit den 84.000 anderen Testpersonen.

Dass bei einer solch' schiefen Verteilung die Reliabilität der Ergebnisse dadurch glaubhaft gemacht werden muss, dass Gütemaße, wie z.B. die erklärte Varianz angegeben werden, ist den Autoren entweder unbekannt oder sie ignorieren es. Zwar ist den Autoren bekannt, dass Patienten, bei denen wegen COVID-19 ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, in der Regel unter Älteren bis sehr alten Menschen zu finden sind, und sie behaupten auch, sie hätten nach Alter kontrolliert. Wir finden jedoch kein Indiz dafür, dass das tatsächlich erfolgt ist. Besonders die folgende Ergebnisdarstellung, die Lauterbach sicher erklären könnte, wenn er sie gesehen hätte, lässt erhebliche Zweifel an der Vorgehensweise der Autoren zu:

Table S4a | Positive COVID-19 biological test rates

No/awaiting results	Yes	Percent positive		
71235	0	0.0	No ill	
9014	187	2.0	Ill but had no respiratory symptoms	
3382	84	2.4	Respiratory symptoms, no assistance at home	
162	14	8.0	Respiratory symptoms, medical assistance at home	
123	24	16.3	Went to hospital but was not put on a ventilator	
8	52	86.7	Went to hospital and was put on a ventilator	

Table S4b | General linear model including positive COVID-19 biological test as a factor

ANOVA

SumSq	DF	MeanSq	F	pValue	
57.58	5.00	11.52	7.51	<0.0001	respiratory severity
33.17	1.00	33.17	21.62	<0.0001	positive test
5.97	4.00	1.49	0.97	0.4205	interaction
129270.00	84274.00	1.53			Error

Estimates

t	P	Estimate	SE	
0a	0a	0a	0a	Negative
-4.65	0.0000	-0.33	0.07	Positive
0a	0a	0a	0a	Was not ill
-2.40	0.0166	-0.03	0.01	Ill but had no respiratory symptoms
-4.13	0.0000	-0.09	0.02	Respiratory symptoms, no assistance at home
-1.02	0.3099	-0.10	0.09	Respiratory symptoms, medical assistance at home
-3.85	0.0001	-0.40	0.10	Went to hospital but was not put on a ventilator
-1.63	0.1024	-0.28	0.17	Went to hospital and was put on a ventilator

Table S4c | Contrasting positive COVID-19 biological test within select groups

Estimate	SE	tStat	pValue	N	group
-0.32	0.091	-3.49	0.0005	187	Ill but had no respiratory symptoms

8 nicht 60 Personen machen die Gruppe der mechanisch Beatmeten aus, 123 nicht 147 positiv Getestete waren im Krankenhaus, 3.382 hatten Atembeschwerden, welche Ursache diese Atembeschwerden auch immer gehabt haben mögen und 9014 waren irgendwie krank, wie sie angeben. Ihnen allen stehen 71.235 Testpersonen gegenüber, die keinerlei Symptome irgend einer Art berichtet haben. Sie alle finden sich in der selben Analyse, in der sich keinerlei Kontrollvariable für Alter findet. Das an sich reicht schon aus, die Studie einzustampfen, denn alte Menschen zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Gedächtnisleistung schwächer wird. Die Patienten, die wegen COVID-19 in Krankenhäuser eingeliefert werden, sind in der Regel jenseits von 75 Jahren alt. Es kommt jedoch hinzu, dass die Autoren Effektstärken von -0,03 und -0,09 interpretieren. Es ist zwar für einen Effekt durchaus möglich noch weniger als 0,03 oder 0,09 von 0 abzuweichen, aber dennoch sind wir der Ansicht, derartige Effektstärken sollte man besser unerwähnt lassen. In keinem Fall ist die Behauptung, von Lauterbach, dass die Denkleistung schon bei Personen ohne Atembeschwerden eingeschränkt worden sei, von diesen Ergebnissen gestützt. Wer einen Effekt von -0,03 interpretiert, der hat offenkundig ein Interesse an einem entsprechenden Ergebnis.

Das passt ins Bild.

Lauterbach verbreitet ein Schreckensszenario, um seine Lockdown-Phantasien in die Tat umsetzen zu können und dabei noch wie jemand zu erscheinen, der sich um andere kümmert. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine Studie vollkommen falsch interpretiert, denn weder wurde IQ in der Studie gemessen noch ist es möglich, auf Grundlage dieser Studie den Effekt, den eine COVID-19 Erkrankung auf den IQ hat, auszuweisen. Im Gegensatz zu Lauterbach, der einfach behauptet, was ihm in den Kram passt, wissen die Autoren um die Beschränkungen ihrer eigenen Studie. Sie schreiben:

“Normal limitations pertaining to inferences about cause and effect from cross-sectional studies apply. One might posit that people with lower cognitive ability have higher risk of catching the virus. We consider such a relationship plausible; however, it would not explain why the observed deficits varied in scale with respiratory symptom severity. We also note that the large and socioeconomically diverse nature of the cohort enabled us to include many potentially confounding variables in our analysis. Nonetheless, we emphasise that longitudinal research, including follow-up of this cohort, is required to further confirm the cognitive impact of COVID-19 infection and determine deficit longevity as a function of respiratory symptom severity, and other symptoms. It also is plausible that cognitive deficits associated with COVID-19 are no different to other respiratory illnesses. The observation of significant cognitive deficit associated with positive biological verification of having had COVID-19, i.e., relative to suspected COVID-19, goes some way to mitigate this possibility. Further work is required to interrelate the deficits to underlying neurological changes, and to disambiguate the associated pathological processes and cross compare to other respiratory viruses. A fuller understanding of the marked deficits that our study shows will enable better preparedness in the post-pandemic recovery challenges.”

Es können keine Aussagen zur Kausalität gemacht werden, so schreiben die Autoren. Lauterbach macht sie dennoch.

Es kann sein, dass diejenigen, die wegen COVID-19 hospitalisiert werden, diejenigen sind, die den BBC Test auch ohne Hospitalisierung schlechter absolviert hätten als andere. Lauterbach sind derartige Einschränkungen lästig oder er hat noch nie davon gehört.

Die Autoren behaupten, dass sie zwar nach sozialstrukturellen Variablen, Alter, Ethnie, Geschlecht, kontrolliert haben wollen, was angesichts der geringen Fallzahl, die wir in der Tabelle oben ausgewiesen haben, ein Ding der Unmöglichkeit ist, empfehlen aber dennoch weitere Forschung. Das ist bei Lauterbach, dem freigestellten Professor für Gesundheitsökonomie nicht angekommen. Wie auch, es ist Wissenschaft, nicht Politik.

Und weil die Autoren hier einräumen, dass ihre Studie nichts aussagt, fordern sie weitere, richtige Forschung, um das zu zeigen, was sie in ihrer Studie zwar untersuchen wollten, aber nicht gezeigt haben.

Lauterbach mag als Politiker durchgehen – als Wissenschaftler oder Experte für SARS-CoV-2 aber sicher nicht.

Hampshire, Adam, Trender, William, Chamberlain, Samuel R. et al. (2020). Cognitiv Deficits in People who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84,285 online study. medRxiv

Seit Ende Januar besprechen wir Studien zu SARS-CoV-2. Damit gehören wir zu den wenigen, die das neue Coronavirus seit seinem Auftauchen verfolgt und den Niederschlag, den es in wissenschaftlichen Beiträgen gefunden hat, begleitet haben. Die folgenden Texte dokumentieren diese Tätigkeit in einer Weise, die uns, als privates Blog, das in keiner Weise mit der finanziellen Ausstattung öffentlich-rechtlicher Anstalten konkurrieren kann, stolz macht.

Gutes, so hieß es früher, muss nicht teuer sein. Aber auch ein privates Blog muss von irgend etwas leben.

Deshalb unsere Bitte: Tragen Sie mit einer Spende dazu bei, dass wir als Freies Medium weiterbestehen.

Vielen Dank!

ScienceFiles-Spendenkonten

- **Deutsche Bank**
- Michael Klein
- BIC: DEUTDE33HAN
- IBAN: DE18 8707 0024 0123 5191 00

- **Transferwise Europe SA**
- ScienceFiles / Michael Klein
- BIC: TRWIBEB1XXX
- IBAN: BE54 9670 1430 1297

Sponsern Sie ScienceFiles oder Artikel von ScienceFiles (einfach klicken)

Fakten zu SARS-CoV-2/COVID-19:

1. Studie zeigt: Lockdown nicht nur unnötig, sondern schädlich – 26. Oktober
2. Maßnahmen sozialer Kontrolle zur Reduzierung von SARS-Cov-2 Infektionen: Was reduziert wieviel? -23. Oktober
3. Kontakt-Tagebücher: Epidemiologen Wettkampf in Überwachung – 22. Oktober
4. Der ewige Lockdown: Können Politiker lernen? – 14. Oktober

5. Mehr Tote, mehr Schaden durch Lockdown? Explosive Studie aus Großbritannien – 8. Oktober
6. SARS-CoV-2: Entwarnung wäre die angemessene Reaktion – 7. Oktober
7. REGN-COV2: Trumps experimenteller Antikörper-Cocktail – 6. Oktober
8. Impfschutz für 90 bis 120 Tage? – 2. Oktober
9. Gerettet: SARS-CoV-2 reduziert Anzahl von Blinddarmentzündungen und -operationen – 28. September
10. Transverse Myelitis und ein Impfstoff gegen COVID-19: Correctiv mit “Fakten-Prüfung” überfordert – 24. September
11. Mundwasser gegen SARS-CoV-2: Zwei Studien – ein Ergebnis – 20. September
12. Genetic Engineering: Dass SARS-CoV-2 aus dem Labor stammt, ist so gut wie sicher – 15. September
13. Schweigegelübde: Warum Wissenschaftler nicht über einen Labor-Ursprung von SARS-CoV-2 reden – 14. September
14. Space Invaders: SARS-CoV-2 kommt aus dem Weltall, sagen renommierte Wissenschaftler – 13. September
15. Vitamin D schützt vor SARS-CoV-2 – 7. September
16. Ansteckung mit SARS-CoV-2: Wie sicher sind öffentliche Verkehrsmittel? – 2. September
17. Prunella Vulgaris und Suramin blocken SARS-CoV-2 – 29. August
18. Gefahr einer zweiten Infektion mit SARS-CoV-2 minimal und mit Blick auf die Folgen irrelevant -27. August
19. Blutplasma gegen COVID-19 – 25. August
20. Aerosol-Panik in der ARD – Wenn Uninformierte dilettieren – 18. August
21. SARS-CoV-2 Schlachtfelder: Verbreitung, Masken, Immunität, Herkunft – 16. August
22. Das Hydroxychloroquine-Komplott: Politdarsteller und Faktenfinder gehen über Leichen – 11. August
23. Immunität gegen SARS-CoV-2 auch ohne Erkrankung an COVID-19? – 10. August
24. SARS-CoV-2 Impfstoff-Effektivität: Keine Gewähr für Gesundheit – 8. August
25. “Corona-Hotspot” Schule – 7. August
26. Lockdown: Mehrheit hat sich nicht daran gehalten – 3. August
27. Impfstoff gegen SARS-CoV-2: Alles ganz einfach – oder doch nicht? – 27. Juli
28. Neue Ungereimtheiten zum Ursprung von SARS-CoV-2: Zwei Erklärungen – beide beunruhigend – 23. Juli
29. Übertragung per Aerosol: Gefahr von SARS-CoV-2 Infektion eher gering – 22. Juli
30. Herdenimmunität gegen SARS-CoV-2 längst erreicht? – 19. Juli
31. Durchbruch? Lamas als Retter vor COVID-19: Britisches Team neutralisiert SARS-CoV-2 – 15. Juli
32. SARS-CoV-2: Infektion weit weniger verbreitet als vorhergesagt – 15. Juli
33. Herdenimmunität ist eine Illusion – 13. Juli
34. Hydroxychloroquine: das wirksamste Medikament gegen COVID-19 -4. Juli

35. Studie ist Sprengstoff: SARS-CoV-2 ist mindestens sieben Jahre alt – 30. Juni
36. 560.000 Tote durch Lockdown in Deutschland vermieden – 24. Juni
37. Abstand und Masken schützen – das schwedische Modell ist tot und Dexamethasone – 19. Juni
38. Ein Virus auf Reisen: Von wo SARS-CoV-2 in das Vereinigte Königreich importiert wurde – 12. Juni
39. Monatelang von KPCh verschwiegen: SARS-CoV-2 schon seit September 2019 in China virulent? – 11. Juni
40. Von der Nase ins Gehirn – SARS-CoV-2 als Hirnschädiger – 9. Juni
41. Massive Hirnschäden bei COVID-19 Toten – 5. Juni
42. Das Virus, das aus dem chinesischen Labor kam: Indizienkette wird länger – 4. Juni
43. WHO und Lancet – vereint in Lächerlichkeit – Hydroxychloroquine Krimi – 4. Juni
44. Ist die SARS-COV-2 Epidemie in Deutschland beendet? – 1. Juni
45. Hydroxychloroquine entwickelt sich zum Gegenstand eines Krimis – 30. Mai
46. MERS vergleichbar: Augsburger Pathologen veröffentlichen beunruhigende Ergebnisse – 25. Mai
47. Wirksamkeit von Hydroxychloroquine – Stand der Forschung – 19. Mai
48. SARS-CoV-2: Infektionsrisiko ist nicht gleich verteilt – 19. Mai
49. Kawasaki-Syndrom und SARS-CoV-2: Wenn Kinder zur Risikogruppe werden – 14. Mai
50. Hydroxychloroquine nutzt nichts im Kampf gegen COVID-19 – 13. Mai
51. Raucher leben länger? Unerwartetes aus der COVID-19 Forschung – 12. Mai
52. Wie kommt die Reproduktionszahl R zustande und was sagt sie aus? – 11. Mai
53. Und es ist doch kein natürliches Virus? – 10. Mai
54. Extremes Entzündungssyndrom: COVID-19 auch für Kinder und Jugendliche tödlich – 10. Mai
55. Gangelt: der schmale Grad zwischen Wissenschaft und Scharlatanerie – 5. Mai
56. War die Quarantäne in Deutschland effizient oder unnötig? – 4. Mai
57. Toxischer Virecocktail – China hat Tradition im Erschaffen tödlicher Viren – 3. Mai
58. Schulen und Kindergärten wieder öffnen? 30. April
59. Falsche Zahlen aus China: Erste Schätzung der tatsächlichen Verbreitung von COVID-19 – 29. April
60. Reproduktionszahl R – Wie wird sie berechnet? – 28. April
61. Medikamente gegen COVID-19 – 27. April
62. Schulschließungen ohne Effekt auf die Ausbreitung von SARS-CoV-2 – 26. April
63. Frontalangriff auf die Gefäßbetten – 24. April
64. Gefährlicher als gedacht: SARS-CoV-2 mutiert viel häufiger – 23. April
65. Erhebliche Über-Sterblichkeit in England und Wales aufgrund von COVID-19 – 22. April
66. Lockdown ohne Wirkung? – 22. April

67. 10.000.000 PCR-Tests pro Tag: Eine britische Strategie, den Lockdown zu beenden und weitere zu verhindern – 21. April
68. Herbe Kritik am Robert-Koch-Institut: Heimlichtuer, die der Aufgabe nicht gewachsen sind? – 21. April 2020
69. Stanford, Gangelt, COVID-19: Viel Lärm um herzlich wenig Ergebnis – 20. April 2020
70. Altersverteilung der an COVID-19 Verstorbenen in 13 Ländern Europas – 16. April 2020
71. Bewusstseinsstörungen, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns, Hirngefässerkrankungen, epileptische Anfälle durch COVID-19 – 14. April 2020
72. Exzess-Mortalität: COVID-19 in Euromomo-Daten deutlich sichtbar – 11. April 2020
73. Phylogenese: 3 verschiedene Stränge von SARS-CoV-2 sind weltweit aktiv – 10. April 2020
74. Deutschland und Spanien: vollkommen verschieden oder nur zeitlich verzögert? – 6. April 2020
75. SARS-CoV-2: Doch ein Killer-Virus? – 6. April 2020
76. Ent-Mystifizierung: Intensiv-Patienten in Wales <50 Jahre alt und ohne Vorerkrankungen – 6. April 2020
77. Gerontozid – 4. April 2020
78. Ärzte als Opfer der Virenlast – 4. April 2020
79. Abstandsregel falsch? Zwei Meter sind für SARS-CoV-2 keine Entfernung – 2. April 2020
80. Spanien: Daten zeigen bereits eine Exzess-Mortalität von 30% durch COVID-19 – 31. März 2020
81. Spanien: Fast 40% der positiv Getesteten haben eine Lungenentzündung – 31. März 2020
82. Masken schützen, kaufen Sie sich eine – 30. März 2020
83. Südkorea als Vorbild – 29. März 2020
84. Plagiat oder Propaganda: Das vertrauliche Strategiepapier des WDR aus dem Innenministerium – 27. März 2020
85. Social Distancing verschiebt und verringert den Höhepunkt der COVID-19 Pandemie – 26. März 2020
86. Wer landet auf der Intensivstation? Fettleibigkeit als Risiko – 25. März 2020
87. Im eigenen Blut ersticken – Was COVID-19 wirklich bedeutet – 23. März 2020
88. Erkrankungen an und Tod durch COVID-19 hängen mit der Blutgruppe zusammen – 23. März 2020
89. Sterben die Italiener an Luftverschmutzung und nicht an COVID-19? – 22. März 2020
90. Hydroxychloroquine zur Behandlung von COVID-19 – Ein Anfang – 21. März 2020
91. Durchbruch? Medikament gegen COVID-19 gefunden – 21. März 2020
92. Sommerurlaub ade: Ernüchternde Fakten zu Dauer und Intensität der COVID-19 Maßnahmen – 21. März 2020
93. COVID-19: Wer benötigt eine Behandlung im Krankenhaus? – 17. März 2020

94. Jugend schützt vor COVID-19 nicht – 16. März 2020
95. Der “offene Grenze” Spleen und COVID-19-Menschenopfer in Deutschland – 15. März 2020
96. COVID-19: Deutschland macht keinen guten, sondern einen miserablen Job – 14. März 2020
97. Anreiz zum Verschweigen: In deutscher COVID-19-Statistik fehlen Tote – 13. März 2020
98. COVID-19 verbreiten: Studie zeigt, wie einfach das ist – 12. März 2020
99. COVID-19 – Tod und Überleben: Was macht den Unterschied? – 11. März 2020
100. Wer soll diesen Zahlen glauben? – 10. März 2020
101. SARS-CoV-2 ist mit der Grippe nicht vergleichbar – 10. März 2020
102. Geschönte Statistik? – 9. März 2020
103. Seltsame Zahlen: Deutschland fällt bei COVID-19 aus dem Rahmen – 8. März 2020
104. Spiel mir das Lied vom Tod der 250000 Anderen – 6. März 2020
105. Deutsche Effizienz? Deutsches Durcheinander – 5. März 2020
106. UK Coronavirus action plan – 3. März 2020
107. Dilettantismus oder Mutwilligkeit? – 3 März 2020
108. Sterben Sie ruhig, die Gesellschaft lebt weiter. – 2. März 2020
109. Landratsamt Neu-Ulm: Fahrlässigkeit an der Grenze zu vorsätzlicher Körperverletzung – 27. Februar 2020
110. SARS-CoV-2: Viel ansteckender als gedacht – 27. Februar 2020
111. Tagesschau verbreitet gefährliche FakeNews – 26. Februar 2020
112. SARS-CoV-2-Pandemie: Bereiten Sie sich besser vor! – 24. Februar 2020
113. Massenstudie bringt neue Erkenntnisse – 20. Februar 2020
114. Labor Ursprung von SARS-CoV-2? – 17. Februar 2020
115. Rasanter Anstieg bei Toten und Infizierten – 13. Februar 2020
116. Cover-up: Mehr Tote als offiziell verlautbart – 10. Februar 2020
117. Neueste Daten und Fakten – 7. Februar 2020
118. Ruhe vor dem Sturm: Warum Ihnen das chinesische Coronairus gefährlich werden kann – 6. Februar 2020
119. Designer Virus?– 1. Februar 2020
120. Wuhan Virus ist neues Coronavirus – 28. Januar 2020
121. Erste Daten zum Coronavirus– 26. Januar 2020



Folgen Sie uns auf TELEGRAM

Bleiben Sie mit uns in Kontakt.

Wenn Sie ScienceFiles abonnieren, erhalten Sie bei jeder Veröffentlichung eine

Benachrichtigung in die Mailbox.

ScienceFiles-Abo



ScienceFiles-Shop

Alle Produkte

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Männer Premium Hoodie
36,49 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Snapback Cap
15,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Frauen T-Shirt mit gerollten Ärmeln
21,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Männer T-Shirt
19,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Frauen T-Shirt
19,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Tasse zweifarbig
14,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Panoramataste farbig
15,99 €

Neu



ScienceFiles: Verbreitet Fakten, nicht SARS-CoV-2 - Männer Poloshirt
21,49 €