Fakten zur Corona-Situation

geschrieben von Chris Frey | 16. März 2021

Das Bundesverfassungsgericht hat schon vor Jahrzehnten den Wesentlichkeitsgrundsatz entwickelt, und der besagt: Wesentliche Fragen, insbesondere der Grundrechtsverwirklichung, sind durch die Parlamente selbst zu regeln. Diese Entscheidungen dürfen nicht an die zweite Gewalt delegiert werden. Genau das aber geschieht in dieser Pandemiephase seit einem Jahr. … Es wäre zu begrüßen, wenn jeder Bürger sich des Wertes der Freiheit, immer verbunden mit Verantwortung gegenüber dem Gemeinwesen, dem Anderen und auch gegenüber sich selbst, bewusst wäre.“
(Hans-Jürgen Papier, ehemaliger Präsident des Bundesverfassungsgerichts, in der Welt am 7.3.2021)

Der Entzug unserer Grundrechte und die Lockdowns werden mit der epidemischen Lage von nationaler Tragweite begründet. „Erstmals stellte der Deutsche Bundestag am 25. März 2020 mit Wirkung zum 28. März 2020 die epidemischen Lag (sic!) von nationaler Tragweite fest. Am 18. November 2020 beschloss das Parlament deren Fortbestehen wie auch am 4. März 2021.“ (https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/pandemische-lage-verlaengert-1872464) Wie die Rechtschreibfehler zeigen, sitzen die Halbgebildeten nicht nur auf Ministersesseln.

Laut Infektionsschutzgesetz: „Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil

1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder

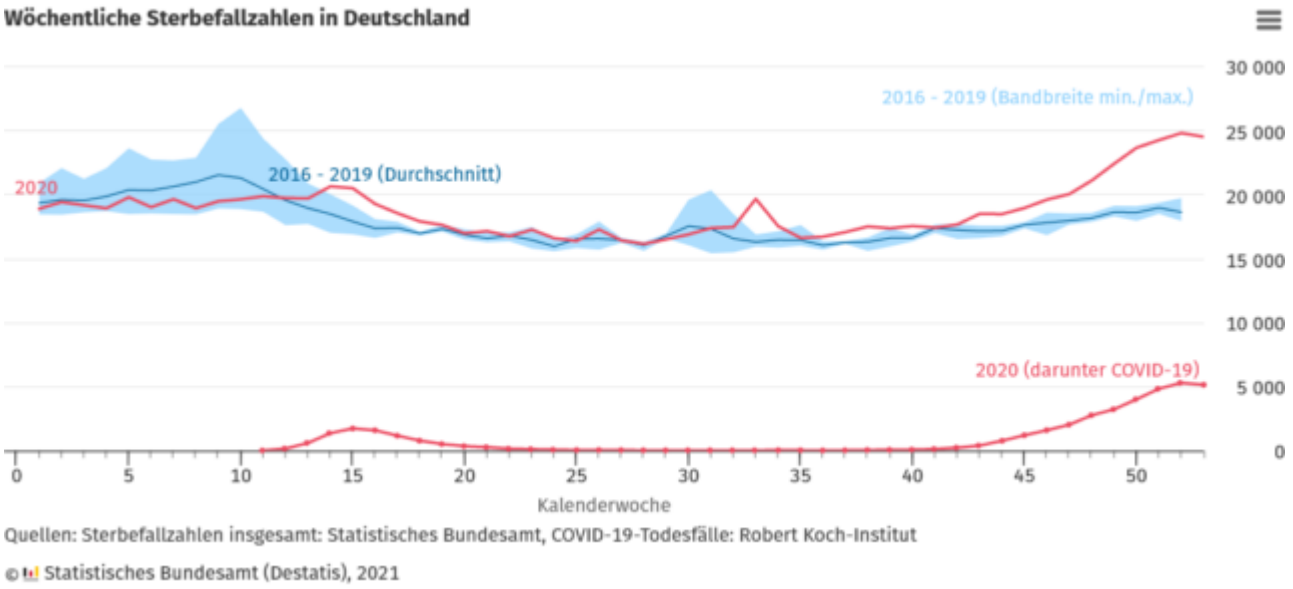
2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.“

Der erste Punkt trifft nicht zu, weil die übertragbare Krankheit bereits eingeschleppt wurde. Trifft der zweite Punkt zu? Wie bedrohlich ist die Krankheit?

1. **Die „Qualitätsmedien“ verbreiten Falschnachrichten, z. B. zur Sterblichkeitsrate**

Auf der Startseite der Süddeutschen Zeitung ist unter der Überschrift „Das Wichtigste zum Coronavirus“ eine Grafik zu sehen, die für jeden Landkreis in Deutschland die 7-Tage-Inzidenz anzeigt und beim Darüberfahren mit der PC-Maus die Anzahl der an Covid-19 Verstorbenen und die angebliche Sterblichkeitsrate, z. B. für den Landkreis Rosenheim den Wert 3,97 % (Stand 26.2.21). Diese Sterblichkeitsrate ist in der SZ-Grafik die Anzahl der an oder mit Covid-19 Verstorbenen dividiert durch die Anzahl der positiv Getesteten.

Die Zahl der Verstorbenen ist mit hohen Unsicherheiten behaftet, weil nicht jeder Verstorbene, der irgendwann zuvor positiv getestet wurde, an Covid-19 verstorben ist. Die Zahl der positiv Getesteten ist weitaus geringer als die Zahl der Infizierten, denn oft verläuft die Infektion ohne Symptome und die Infizierten werden dann nicht getestet. Die Dunkelziffer kann man aus einer Studie des RKI abschätzen. Das RKI hatte zum Stichtag 5.11.2020 knapp 50 000 Proben von Blutspendern auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 untersucht. Bei 1,35 % aller Proben wurden Antikörper nachgewiesen. Weil nur bei 35 % aller zuvor positiv Getesteten Antikörper gefunden wurden, heißt das, dass man davon ausgehen muss, dass 3,9 % der Spender zu irgendeinem Zeitpunkt infiziert waren. Hochgerechnet auf die Bevölkerungszahl Deutschlands wären das zum Stichtag 5.11. 3,24 Millionen Menschen gewesen. An diesem Tag hatte das RKI eine kumulierte Fallzahl von 635 Tausend Menschen gemeldet. **Daraus ergibt sich eine Dunkelziffer von Faktor 5 und eine entsprechend niedrigere tatsächliche Sterblichkeitsrate**. Nach der SZ-Berechnung ist die Sterbeziffer für ganz Deutschland bei 2,9 %. Unter Berücksichtigung der Dunkelziffer ist sie aber nur 0,6 %! Alle wissenschaftlichen Veröffentlichungen kommen auf ein Ergebnis von maximal 0,6 %. Die von der WHO veröffentlichte Metastudie von Prof. Ioannidis sogar auf weniger als 0,3 %, was im Bereich einer gefährlichen Grippe liegt.



Die zweite Grafik, mit der regierungsnahe Medien wie die öffentlich-rechtlichen Sender und die SZ Angst machen, ist die mit der wöchentlichen Sterbezahl im Vergleich mit den Vorjahren (Destatis). Die rote Kurve sind die Zahlen von 2020. Die Zahlen von 2016 bis 2019 liegen im blau gefärbten Bereich. Die Spitze in KW10 bezeichnet den Höhepunkt der Grippewelle 2018. In dieser Woche sind mehr Menschen in Deutschland gestorben als in jeder Woche des Jahres 2020. Das hat niemand interessiert, genauso wenig wie die Überlastung der Krankenhäuser zu dieser Zeit. Die Grafik soll suggerieren, dass die Zahl der Todesfälle im Dezember 2020 stark anstieg und erst durch den Lockdown wieder zurückging. Dazu mehr unter Punkt 2. Was zu dieser Grafik fehlt, ist das „Kleingedruckte“, der Hinweis auf wichtige Punkte, um die Daten einordnen zu können:

a) In 2019 gab es keine ausgeprägte Grippewelle. Das führt zu dem erwartbaren Ergebnis, dass im Folgejahr, also 2020, mehr Menschen mit Vorerkrankungen an einer zusätzlichen Viruserkrankung sterben, in diesem Fall an Covid-19. Der dänische Statistiker Jonas Herby führte die im Vergleich mit anderen nordischen Ländern erhöhte Sterberate in Schweden während der „ersten Welle“ darauf zurück. Er nannte es den „dry tinder“ (trockenes Unterholz) Effekt.

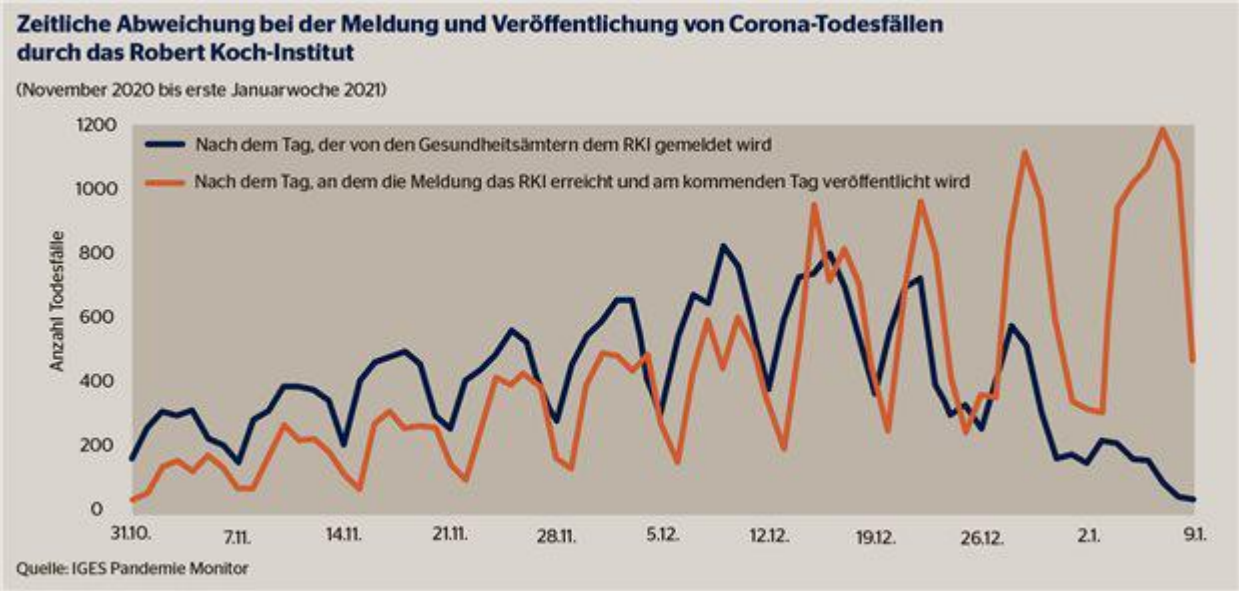
b) Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ändert sich. Die Zahl der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, hat sich von Anfang 2016 bis Anfang 2020 um 18,7 % erhöht. Es ist deshalb logisch, dass in dieser Altersgruppe in 2020 mehr Menschen gestorben sind als in den vergangenen Jahren. Die altersbereinigten Sterberaten, die das berücksichtigen, zeigen, dass 2020 unter den Jahren 2016 bis 2018 liegt.

c) Wenn man noch genauer hinsieht, stellt man fest, dass in der Grippesaison 2018 viele Menschen in der Altersgruppe 40 bis 69 Jahre gestorben sind, die „verlorenen Lebensjahre“ also deutlich mehr waren als 2020 durch Covid-19, als der Altersmedian der Verstorbenen laut RKI bei 84 Jahren lag.

d) Die aktuelle Statistik von Destatis zeigt, dass im Februar 2021 3 % weniger Menschen in Deutschland gestorben sind, als im Schnitt der Jahre 2017 bis 2020.

2. **Die Sterbezahlen gehen seit der Umstellung der Behandlung im November zurück**

Der Höchststand der gemeldeten Covid-19 Sterbezahlen war laut RKI im 7-Tage-Mittel am 10.1.2021. Das mittlere Alter der übermittelten Zahlen beträgt 4 Wochen laut IGES (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung). Der effektive Höchststand war deshalb am 13.12.2020, **das bedeutet, dass seit fast drei Monaten die Sterbezahlen zurückgehen, sh. Grafik (blaue Kurve).**



Möglicherweise unternehmen die Gesundheitsämter und das RKI den löblichen Versuch, den Verzug bei den gemeldeten Sterbezahlen zu reduzieren. Das würde bedeuten, dass die gemeldeten Sterbezahlen langsamer zurückgehen, als die tatsächlichen, bis der Verzug auf einem neuen, dann hoffentlich niedrigen Niveau ist. Bis dahin sind die Sterbezahlen des RKI, falls sie ohne das tatsächliche Sterbedatum der Patienten oder den mittleren Verzug gemeldet werden, noch irreführender als sie so schon sind!

Die Patienten sterben im Schnitt nach 2 bis 3 Wochen auf der Intensivstation. Das heißt, **die Behandlung der Patienten, die um den 13.12. verstarben, wurde um den 28.11.2020 begonnen. Das war**

der tatsächliche Höhepunkt der zweiten „Welle“, vor mittlerweile mehr als 3 Monaten und viele Wochen, bevor die Lockdown-Maßnahmen „greifen“ konnten.

Bis zum 23.11.2020 galten die „Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19“ vom März 2020, in denen es hieß: „*Beachtet werden muss, dass die Anwendung der High-flow-Sauerstofftherapie sowie der nichtinvasiven Beatmung zu einer Aerosolbildung führt … Insgesamt sollte daher die Indikation für HFNC/NIV bei akuter hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz im Rahmen von COVID-19 eher zurückhaltend gestellt werden*.“ Das heißt auf Deutsch: **Lieber gleich invasiv beatmen**, statt mit Sauerstoffmaske oder –Kanüle, wegen der Gefahr durch das Ausatmen von Viren. Und das bedeutet Intubieren, also Luftröhrenschlauch und künstliches Koma, mit dem Risiko der Lungenschädigung und erhöhtem Infektionsrisiko. Die Intubation solle „durch nichtinvasive Beatmung nicht verzögert werden“, empfahl die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Im September 2020 wurde im führenden medizinischen Fachblatt „The Lancet“ eine Studie veröffentlicht, in der berichtet wurde, dass 53 % der invasiv beatmeten Covid-19 Patienten in Deutschland starben. **Das frühe Intubieren war auch ein Grund für die hohen Sterbezahlen in Spanien, Frankreich, Italien und New York**, wo bis zu 80% der intubierten Patienten starben.

Am 23.11. wurde eine neue Leitlinie veröffentlicht. Darin steht: „*Therapeutisch stehen bei Vorliegen einer Hypoxämie bzw. einer respiratorischen Insuffizienz zunächst die Gabe von Sauerstoff über Nasensonde, Venturi-Maske, und High-Flow-Sauerstofftherapie (HFNC) im Vordergrund. Die High-Flow-Sauerstofftherapie wird bei akuter hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz häufig eingesetzt und kann im Vergleich zur konventionellen Sauerstofftherapie die Notwendigkeit einer Intubation reduzieren, ohne die Sterblichkeit signifikant zu beeinflussen.*“ **Es soll also zunächst nichtinvasiv beatmet werden**. Leider ist auch in der neuen Leitlinie eine feste Untergrenze für die Sauerstoffsättigung von 90% vorgegeben.
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001.html

Würde man nicht nach einer fest vorgegebenen Sauerstoffsättigungsgrenze vorgehen, sondern den Patienten genauer beobachten und erst dann intubieren, wenn es wirklich nicht anders geht, so wie Dr. Voshaar vom Krankenhaus Bethanien in Moers (gleichzeitig Präsident des Verbands Pneumologischer Kliniken) es

bereits seit längerer Zeit macht – nach der Devise „Invasive Beatmung solange es geht vermeiden!“ und „Effekt von Lagerungswechsel dokumentieren (incl. Bauchlage)“ – dann wäre es für die Patienten besser, denn er erreicht damit eine reduzierte Sterblichkeit (https://www.bethanien-moers.de/download/sop-covid-behandlung-von-respiratorischem-versagen).

3. **Viele Covid-19 Patienten bekamen falsche Medikamente in zu hoher Dosis**

Ein weiterer Grund für die anfangs hohe Sterblichkeit von Covid-19 Patienten bestand in der Gabe von hohen Dosen von Chloroquin bzw. Hydroxychloroquin. Dieses ehemalige Malariamedikament (heute hilft es nicht mehr wegen Resistenzen der Malaria-Parasiten) wurde in der WHO-Studie Solidarity trotz Sicherheitsbedenken in der dreifachen Malaria-Dosis verabreicht, in der WHO-Studie Discovery und auch außerhalb dieser Studien, auch an ungefähr 10 000 Patienten in Deutschland, das selbst nicht an der Studie teilnahm. „Die Bundesregierung hat „größere Mengen“ Chloroquin für Deutschland gesichert.“ berichtet die Welt am 18.3.2020. Hydroxychloroquin kann Herzrhythmusstörungen verursachen, genauso wie die ebenfalls zur Covid-19-Therapie eingesetzten Medikamente Remdesivir (ein Virustatikum) und Azithromycin (ein Antibiotikum). Kardiologen haben deshalb bereits im März vor dem Einsatz von Chlorquin gewarnt. „Man weiß, dass jedes der beiden Medikamente [das zweite Medikament ist in diesem Fall Azithromycin] zu bösartigen Herzrhythmusstörungen führen kann und sich eine Kombinationstherapie beider Medikamente eigentlich verbietet“ so Professor Dr. Thomas Meinertz, Kardiologe und Pharmakologe des wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Herzstiftung.

Chloroquin wird von der niederländischen „Stiftung zur Erforschung eines humanen, selbstbestimmten Sterbens“ für den Suizid empfohlen. Eine Dosis von 6 – 8 Gramm führt innerhalb von 4 Stunden zum Tod. Bei Amazon gibt es ein Buch zu kaufen, das die Methode ebenfalls beschreibt. In der WHO-Studie wurden 9,2 Gramm innerhalb von 10 Tagen verabreicht. In einer brasilianischen Studie wurde teilweise eine noch höhere Dosis verabreicht und es kam zu mehreren Todesfällen innerhalb von drei Tagen.

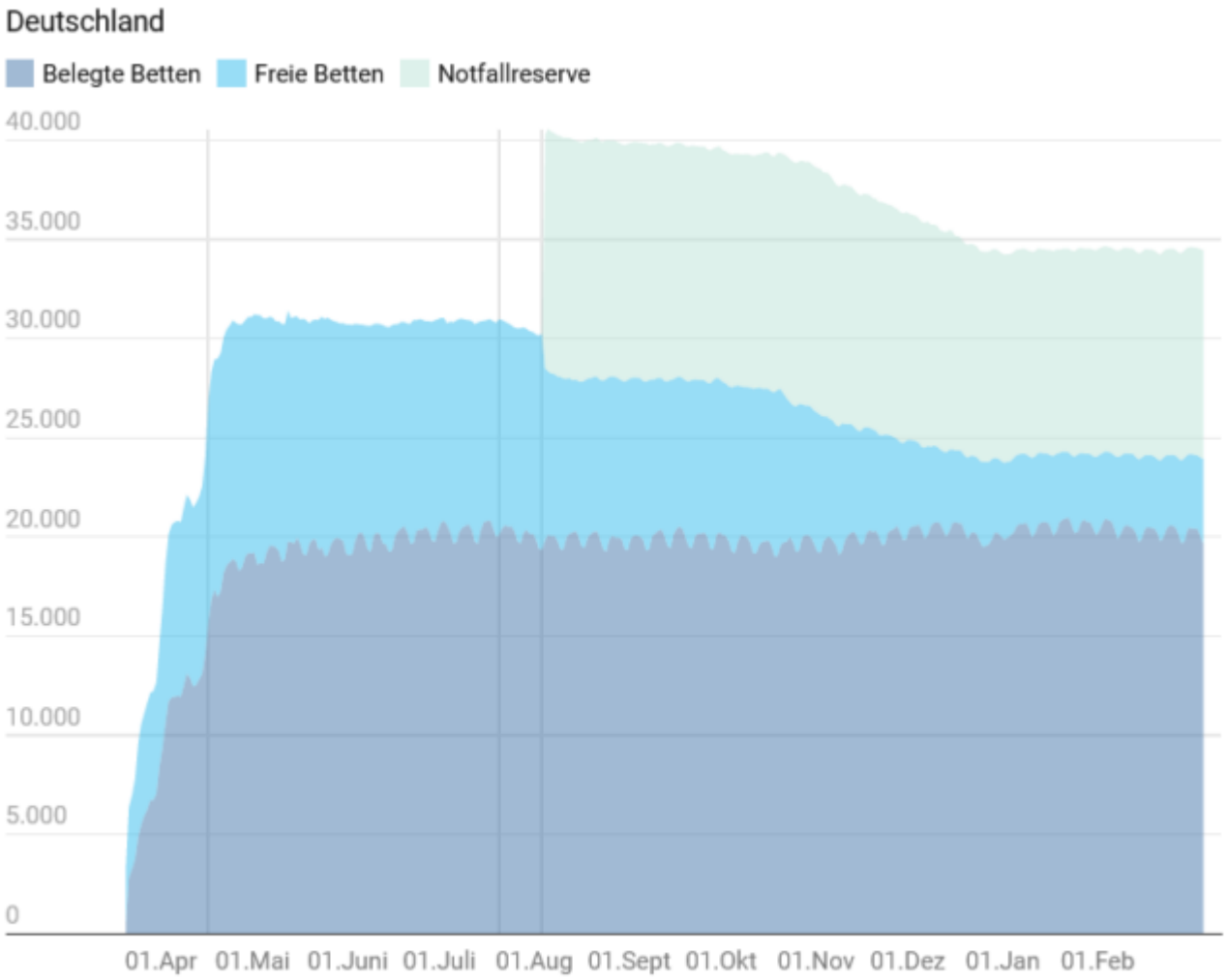
Besonders betroffen sind Menschen mit Favismus, einer Enzymstörung. Für diese Menschen gibt es eine klare Kontraindikation. In Deutschland ist Favismus selten, aber im Mittelmeerraum und Afrika liegt die Prävalenz bei 3 bis 35 Prozent und auch in den USA ist sie hoch. Das könnte eine Erklärung für

die hohen Sterbeziffern in diesen Ländern sein.
Schweden kam ohne Lockdown besser durch die zweite Welle als Deutschland

Ob die Lockdown-Maßnahmen sinnvoll sind, wird oft mit dem Vergleich mit Schweden begründet, wo es keinen Lockdown und nicht einmal eine allgemeine Maskenpflicht gibt. Geschäfte, Restaurants, Kitas und Schulen sind geöffnet. Fakt ist, dass in den letzten 6 Monaten in Schweden 7202 Menschen an oder mit Covid-19 verstorben sind, das sind 0,071 Prozent der Bevölkerung (Stand 27.2.2021). **In Deutschland sind im gleichen Zeitraum 63 069 Menschen an oder mit Covid-19 verstorben, das sind 0,075 % der Bevölkerung, also mehr als in Schweden**
(https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries).

Dem stellen wir noch die **Zahl der Intensivbetten pro 1 Million Einwohner** gegenüber:
Deutschland: 387
Schweden: 58

4. **Es gab keine Überlastung des Gesundheitssystems und keine Übersterblichkeit**



Stand: 07.03.2021 12:23

Der zweite oft vorgebrachte Grund für den Lockdown ist, dass die „Überlastung des Gesundheitssystems vermieden werden muss“. Die Belegung der Intensivstationen (die untere Kurve der Grafik) ist und war im Winter nicht höher als im Sommer, als praktisch keine Covid-19-Patienten auf den Intensivstationen lagen. Am 7.3.2021 sind in Deutschland 2778 Intensivbetten mit Covid-19-Patienten belegt, weniger als halb so viele wie Anfang Januar. Das sind 11,6 % der gesamten Bettenzahl von 23934 (ohne Notfallreserve). 4282 Betten sind frei. Die Anzahl an freien Betten ging nur deshalb zurück, weil das Personal knapp wurde. Und wenn Intensivstationsbetten in bestimmten Regionen knapp werden, dann ist das nichts Neues, wie Berichte aus 2019 und 2017 zeigen: https://www.aerzteblatt.de/archiv/205989/Intensivmedizin-Versorgung-der-Bevoelkerung-in-Gefahr „Nun klagen die Notaufnahmen mehrerer Kliniken in Nürnberg und München über Überlastung.“ (https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72938/Grippewelle-sorgt-fuer-ueberlastete-Kliniken). Auf die Hinweise verschiedener Klinikleiter, dass mehr als die Hälfte der Intensivstationspatienten Migrationshintergrund haben, kann ich

derzeit nur verweisen und hinzufügen, dass die Datenlage dünn ist, weil die Herkunft der Patienten nicht offiziell erfasst wird: https://focus.de/13039874

Im Jahr 2020 sind in Deutschland 982 489 Menschen gestorben. Das liegt genau im erwarteten Bereich, der sich durch die alternde Bevölkerung ergibt (https://reitschuster.de/post/ard-framing-zum-trotz-2020-keine-uebersterblichkeit/). Aktuell gibt es in den EU-Staaten eine Untersterblichkeit in den Altersgruppen bis 44 Jahre und eine normale Sterblichkeit für alle anderen Altersgruppen (https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/). Auch in Italien, Spanien und UK gibt es derzeit keine Übersterblichkeit.

Prof. Nida-Rümelin hat es bei Gabor Steingart am 16.2.21 folgendermaßen zusammengefasst:
„**Die Inzidenz als solche ist völlig irrelevant**. Wenn 20-Jährige sich infizieren und zwei Tage etwas husten, dann ist das für die Gesundheitspolitik für sich genommen unwichtig. … Deshalb sind die Fragen nach der Mortalität, wie viele sterben durch die Pandemie, und die Fragen nach der Morbidität, wie viele schwere Erkrankungsfälle gibt es, entscheidend.“

5. **Jedes Menschenleben zählt! Wirklich?**

Den Ausspruch „jedes Menschleben zählt“ zur Rechtfertigung der Corona-Maßnahmen haben schon einige Politiker getätigt. Welche Menschen und welches Leben meinen Sie? Offenbar nicht die 30 bis 40 Tausend Toten jedes Jahr durch Krankenhauskeime (mehr als eine halbe Million seit Merkels Machtantritt) oder die 60 bis 70 Tausend Toten jedes Jahr durch falsche Medikamente in Kliniken (eine Million innerhalb Merkels Kanzlerschaft, Daten von Dr. Gerd Reuther). Die Politiker meinen offenbar auch nicht die über 100 Tausend Toten jedes Jahr durch Tabakkonsum und die vielen Tausend, deren Operationen (auch Krebs-OPs) verschoben wurden, um Betten für Covid-19-Patienten freizuhalten, die dann nicht gebraucht wurden. Den Krankenhäusern war das egal, denn es gab ja 560 Euro pro Tag für nicht belegte Betten (https://www.welt.de/wirtschaft/article208557665/Wegen-Corona-In-Deutschland-wurden-908-000-OPs-aufgeschoben.html).

6. **Der Schaden durch Lockdowns ist immens**

Lockdowns töten Menschen
Lockdowns machen seelisch krank
Lockdowns schädigen besonders unsere Kinder
Lockdowns führen zu Bildungsungleichheit

Lockdowns ruinieren die Staatsfinanzen
Lockdowns zerstören die Wirtschaft
Lockdowns versetzen die Kultur ins Koma
Lockdowns schränken Grundrechte ein
Lockdowns untergraben die demokratischen Grundsätze

Von https://www.change.org/p/abstimmung21-nie-wieder-unsinnige-lockdowns?redirect=false, dort sind alle Aussagen belegt.

Dass ein harter Lockdown keinen Vorteil bringt bezüglich der Eindämmung der Epidemie gegenüber den Empfehlungen, mit denen sich Schweden begnügte, zeigt eine Studie der Stanford Universität, in der auch die vielen Nachteile durch einen Lockdown für die Gesundheit der Menschen genannt werden.

Das kommt dabei heraus, wenn Politiker sagen „folgt der Wissenschaft“ und sich dabei nur auf die Virologen verlassen, die den eigenen politischen Kurs unterstützen, und auf einen österreichischen Mao-Verehrer, von Beruf Sprachprüfer, der als einer der führenden Autoren am Strategiepapier des Innenministeriums „Wie wir Covid-19 unter Kontrolle bekommen“ gearbeitet hat, in dem es heißt „Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden“. Angst macht Menschen gefügig!

Nicht genehme Meinungsäußerungen wurden dagegen bestraft, so wie die von Prof. Lütge, der wegen seiner Kritik an den Corona-Maßnahmen aus dem Bayerischen Ethikrat entlassen wurde, ein Vorgang ohne Präzedenz (https://www.br.de/nachrichten/bayern/entlassenes-ethikrat-mitglied-sie-machen-viel-mehr-kaputt,SPY3EUl).

Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach bezeichnet sich gerne als Arzt und Epidemiologen. Fest steht, dass er nie als Arzt gearbeitet hat und außer ein paar Seminaren Epidemiologie an der Universität auch auf diesem Gebiet über keinerlei praktische oder Forschungserfahrung verfügt. Man könnte ihn als Experten für Margarine und Cholesterinsenker bezeichnen. Dazu hat er zumindest Vorträge gehalten. Wenn er sagt „Somit benötigen wir Maßnahmen zur Bewältigung des Klimawandels, die analog zu den Einschränkungen der persönlichen Freiheit in der Pandemie-Bekämpfung sind“ dann ist das dummes Zeug von einem sich maßlos überschätzenden Selbstdarsteller, der weder vom einen noch vom anderen Thema etwas versteht.

Zusammenfassung:
Es gab in 2020 durch Covid-19 keine Übersterblichkeit, wenn man die gestiegene Zahl der Menschen über 80 Jahre berücksichtigt und mit der zu erwartenden Zahl an Todesfällen vergleicht.

Die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Sterbeziffern betreffen Patienten, die 6 bis 7 Wochen vorher auf die Intensivstation aufgenommen wurden. Die Sterbeziffern gehen seit der Umstellung der Beatmung der Covid-19 Patienten Ende November 2020 von möglichst schnell invasiv auf möglichst spät invasiv zurück. Mit dem Lockdown ab Mitte Dezember hat das nichts zu tun.

Viele Patienten, vor allem in den Mittelmeerländern und in den USA, sind zusätzlich an zu hoher Dosierung von Chloroquin und der Kombination mit anderen Medikamenten gestorben.

Es gab zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung des Gesundheitssystems, die sich von vergangenen Grippesaisons unterschieden hätte.

In Schweden ist die Sterberate in den letzten 6 Monaten niedriger gewesen als in Deutschland, obwohl es dort keinen Lockdown und keine allgemeine Maskenpflicht gibt und Schweden pro Einwohner über weniger als ein Sechstel der Intensivbetten im Vergleich mit Deutschland verfügt.

Eine „dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland“, die sich vom Geschehen einer starken Grippewelle stark unterscheiden würde, ist nicht erkennbar. **Deshalb gibt es keinen Grund für die Ausrufung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite und folglich ist der Lockdown nicht gerechtfertigt, der mehr schadet als er nützt und die Menschen noch jahrelang belasten wird.**

Was kann man gegen die ungerechtfertigten und schädlichen Maßnahmen unternehmen?

1. Die Petition gegen unsinnige Lockdowns unterschreiben: https://www.change.org/p/abstimmung21-nie-wieder-unsinnige-lockdowns?redirect=false
2. Den Aufruf oberbayrischer Unternehmer unterzeichnen: https://wir-stehen-zusammen.com/