

6. Persönliche Nachbemerkenungen im Mai 2021

"Klug ist, wer weiß, was er nicht weiß." (Sokrates)

"Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!" (Kant)

Heute, ein Jahr später, hat sich wenig an meinen ursprünglichen Erkenntnissen geändert:
Zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten ist das Geschehen außergewöhnlich.

Insgesamt betrachtet ist die Pandemie in ihren unmittelbaren, durch das Infektionsgeschehen bestimmten Auswirkungen - zumindest in Europa, für das mir Daten vorliegen - glücklicherweise überschätzt worden, denn auch in Phasen der vermutlich durch das neue Virus ausgelösten Übersterblichkeit blieb - anders als bei der sogenannten Spanischen Grippe, der Pest und der Cholera - das Virus eine von mehreren Haupt-Todesursachen und sehr viel weniger bedeutsam als Herz- und Kreislauferkrankungen, Tumore oder andere Atemwegserkrankungen. Wie gesagt, in manchen Phasen der Übersterblichkeit, aber nicht in der sommerlichen Hitze.

Zu anderen Zeiten oder bezogen auf einen Jahreszeitraum blieb das Virus in seiner Virulenz weit hinter den zuletzt genannten, ständig präsenten Krankheiten als Todesursache zurück.

Ich habe bisher das Sterbegeschehen verschiedener Jahre noch nicht selbst miteinander verglichen, kenne aber komplizierte Berechnungen unter Berücksichtigung der Veränderungen in der Bevölkerungspyramide, die ich noch nicht überprüfen konnte.

Die indirekten Auswirkungen durch die ergriffenen Maßnahmen und die erzeugte Angst sind beträchtlich in vor allem ökonomischer, aber auch sozialer und psychologischer Hinsicht, vor allem bei Kindern und den sogenannten Risikogruppen und für alle, die in direkter Beziehung zu diesen Risikogruppen stehen.

Die beste Darstellung des Problems habe ich am 02.06.2020 in einem Interview mit Amparo Larrauri, Epidemiologin und Leiterin des MoMo-Teams und Wissenschaftlerin am Spanischen Nationalen Epidemiologischen Zentrum, gefunden:

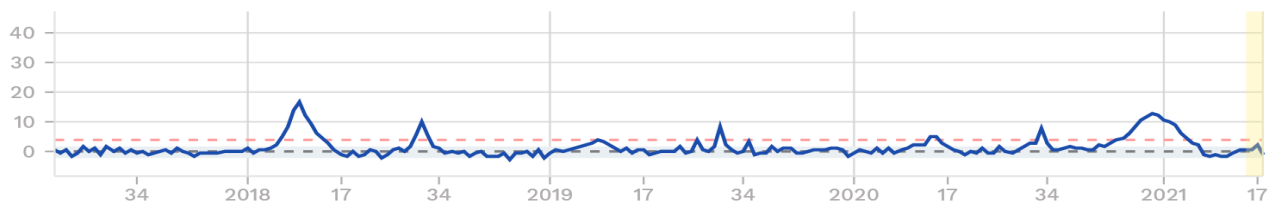
"Die beobachtete Übersterblichkeit (...) 'Könnte auf Fälle mit bestätigtem COVID-19 zurückzuführen sein, auf Fälle mit unbestätigtem COVID-19, die von den Überwachungssystemen nicht erkannt werden, und auf die Pandemie indirekt. Letzteres ist sehr wichtig. **Wir haben einen Wandel in der Sozial- und Gesundheitsstruktur erlebt, der dazu geführt hat, dass viele Menschen mit zugrundeliegenden Erkrankungen aus einer Vielzahl von Gründen nicht zum Arzt gegangen sind, z. B. aus Angst vor Ansteckung oder weil die Sprechstunden nicht wie gewohnt funktioniert haben. Und eine Menge Gründe, die nicht medizinisch, sondern sozial sind. Viele Studien deuten darauf hin, dass die Tatsache, dass eine gefährdete, ältere Person isoliert und eingesperrt gewesen ist, ihre Gesundheit und Entwicklung stärker beeinflusst, ihr mehr ausmacht, als jüngeren Menschen. Leider sehen wir alle Fälle wie diesen um uns herum. Das sind Todesfälle, die nicht auf COVID-19 zurückzuführen sind, sondern mit diesem ganzen Prozess zusammenhängen.**"² (Hervorhebung durch mich.)

Ich möchte klarstellen, dass es in meinen Nachbemerungen nicht um ein Entweder-Oder, sondern um ein Sowohl-Als-Auch geht. Das Leben ist nicht schwarz-weiß. Es besteht aus unendlich vielen Grautönen. Und Farben! Denen ich mich stellen möchte.

Erste und zweite Welle in Deutschland

Seit April 2021 stellt das Robert-Koch-Institut dem EuroMoMo-Projekt in Kopenhagen dankenswerterweise nicht mehr nur die Daten für Berlin zur Verfügung, sondern für Gesamt-Deutschland. Nun ist es also möglich, über die beiden Regionen Hessen und Berlin hinaus den Verlauf des Sterbegeschehens seit etwa Frühsommer 2017 mühelos nachzuvollziehen.²⁹

Germany



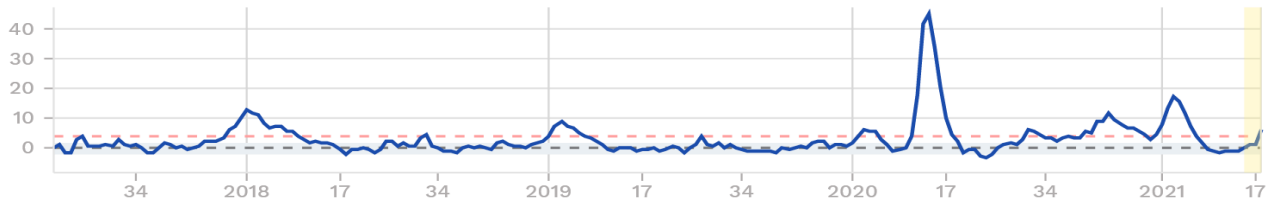
So wird für die Grippe 2017/18 im Vergleich zu COVID-19 im Frühjahr 2020 auf einen Blick deutlich, was aus dieser Tabelle etwas mühevoller zu entnehmen war:

Tabelle 2: Monatliche Sterbefälle (alle Ursachen) in Deutschland zu Grippe- und COVID-19-Zeiten¹⁵

	12/2016	01/2017	02/2017	03/2017	Summe 4 Monate
Grippe 2016-17	84.339	96.033	90.649	82.934	353.955
Grippe 2017/18	81.610	84.973	85.799	107.104	359.486
COVID-19	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	
	85.194	79.646	86.825	82.664	334.329

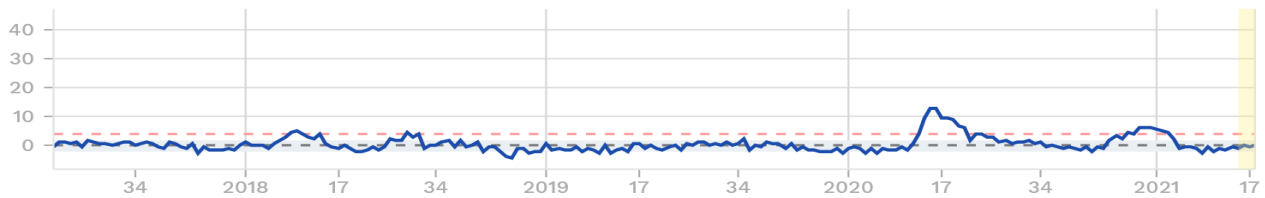
Was allerdings auch deutlich wird, ist das in Deutschland um die Jahreswende 2020/21 deutlich erhöhte Sterbegeschehen, das weit über das in der sogenannten "1. Welle" Beobachtete hinausgeht und - so wie in Spanien²⁹ im Frühjahr 2020 - für die Jahreszeit ungewöhnlich ist.

Spain

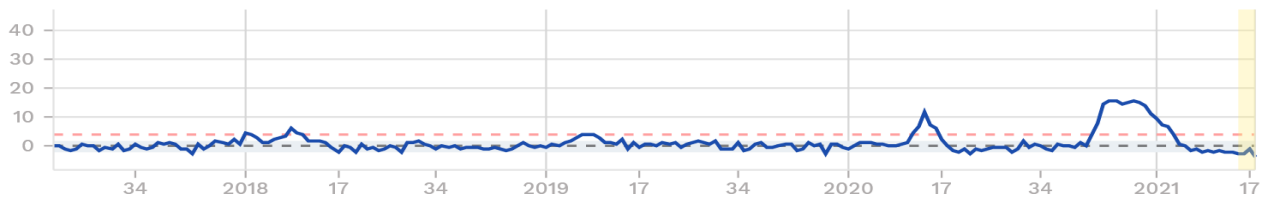


Die Spitzenwerte in Deutschland liegen zwar noch unter denen der Grippe 2017/18, aber die flachere Kurve dehnt sich zeitlich länger. Der Vorgang ist jedenfalls heftiger als das, was sich zur gleichen Zeit im medial immer einhellig verdamnten Schweden²⁹ abgespielt hat.

Sweden



Switzerland

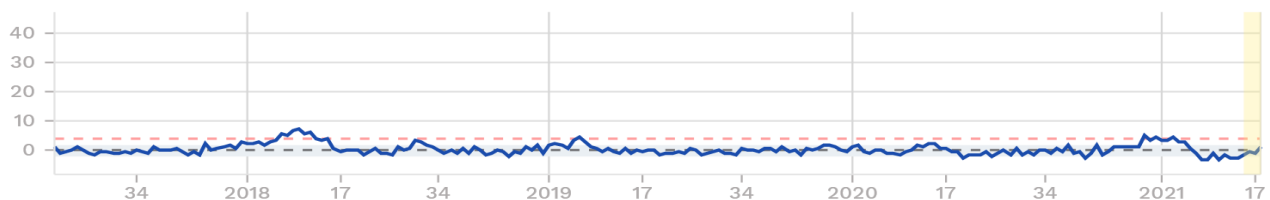


Der Nutzen des Lockdowns?

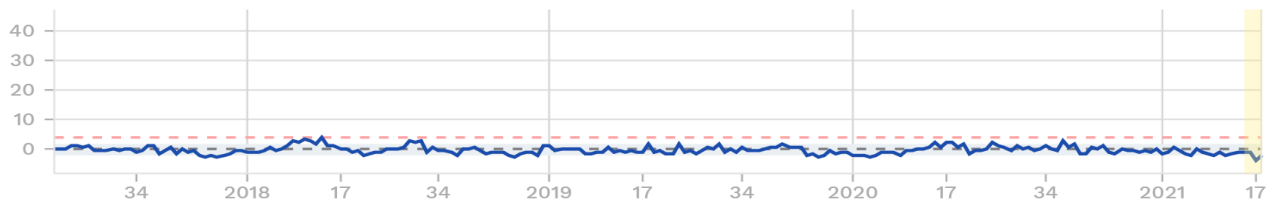
Es stimmt, dass man aus der Übersterblichkeit keine Rückschlüsse auf den Nutzen von Lockdowns ziehen kann: Nicht nur befindet sich Deutschland in einer ganz anderen Lage als Spanien, das im Frühjahr 2020 einen viel härteren Lockdown durchgeführt hat. Auch Schweden²⁹ mit seinen "nur" Empfehlungen für die Bürger und relativ wenigen Restriktionen steht besser da als die Schweiz²⁹ mit Lockdown.

Aber nicht besser, als seine Nachbarländer, sondern viel schlechter:²⁹

Denmark



Finland



Norway



Europa der zwei Szenarien

Die Nachbarländer gehören nämlich zu den 9 von 27 teilnehmenden Ländern ohne momentane Übersterblichkeit. 7 haben seit Beginn der Pandemie nie Übersterblichkeit verzeichnet.²⁹

Interessant wäre eine vergleichende Untersuchung der jeweils ergriffenen Maßnahmen, um einer Antwort nach dem Nutzen des Lockdowns näher zu kommen, als ich das hier kann.

"Gewünschte Schockwirkung"

Der März und der April 2020 werden für immer verbunden sein mit dem Beginn der Angst einer großen Mehrheit vor einem neuen Virus bzw. dem Beginn der Befürchtung einer großen Minderheit, dass es sich um ein abgekartetes Spiel handele.

Zurückgeworfen auf mich selbst und gezwungen, während des extremen spanischen Lockdowns außer für nötige Einkäufe wochenlang mein Häuschen nicht zu verlassen²⁸, traute ich meinen Augen und Ohren nicht: Ich war ständig den medial allgegenwärtigen, erschreckenden und von allem losgelösten, absoluten Infektions-, Erkrankungs- und Sterbezahlen und Bildern ausgesetzt, die den Ernst der Lage demonstrierten. Losgelöst, weil ohne Relation, ohne Bezug zur Norm, zum Hintergrund, zum Kontext: Ich wusste nicht, wie viele Menschen ohnehin ständig sterben und woran. Aber jetzt wurde ich ständig informiert über Infektions- und Todeszahlen aus jeder einzelnen spanischen autonomen Region, aus den größten Städten, aus europäischen und außereuropäischen Ländern - **ohne jede Bezugsgröße**.

Weder wusste ich wie viele Menschen dort leben und ohnehin ständig sterben noch wie hoch der Anteil der "COVID-Toten" an der normalen Mortalität war.

Wie Vielem misstraute ich einem Papier mit dem Titel "[Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen](#)", das in den sogenannten "Sozialen Medien" als angeblich aus dem [Bundesinnenministerium stammend im April 2020 "geleakt" wurde](#), heruntergeladen am 28.04.2020 (siehe auch [Materialien](#)): Es sah zu sehr dem Wunschtraum eines sogenannten "Verschwörungstheoretikers" ähnlich und hatte zu viele stilistische Schwächen, als dass ich es einem deutschen Ministerium zugetraut hätte.

Es hatte noch den Vermerk "VS-Nur für den Dienstgebrauch".

Heute ist genau dieses [Papier öffentlich zugänglich auf der Seite des Bundesinnenministeriums](#), nur "VS-Nur für den Dienstgebrauch" ist entfernt worden. (Auch einzusehen bei den [Materialien](#), [heruntergeladen am 16.05.2021.](#))

Auf den Seiten 13 und 14 hieß es unter "4. *Schlussfolgerungen für Maßnahmen und offene Kommunikation*":

"4 a. *Worst case verdeutlichen!*

Wir müssen wegkommen von einer Kommunikation, die auf die Fallsterblichkeitsrate zentriert ist. Bei einer prozentual unerheblich klingenden Fallsterblichkeitsrate, die vor allem die Älteren betrifft, denken sich viele dann unbewusst und uneingestanden: 'Naja, so werden wir die Alten los, die unsere Wirtschaft nach unten ziehen, wir sind sowieso schon zu viele auf der Erde, und mit ein bisschen Glück erbe ich so schon ein bisschen früher'. Diese Mechanismen haben in der Vergangenheit sicher zur Verharmlosung der Epidemie beigetragen.

Um die **gewünschte Schockwirkung** zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

1) Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.

2) "Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.

3) Folgeschäden: Auch wenn wir bisher nur Berichte über einzelne Fälle haben, zeichnen sie doch ein alarmierendes Bild. **Selbst anscheinend Geheilte nach einem milden Verlauf können anscheinend jederzeit Rückfälle erleben, die dann ganz plötzlich tödlich enden, durch Herzinfarkt oder Lungenversagen**, weil das Virus unbemerkt den Weg in die Lunge oder das Herz

gefunden hat. Dies mögen **Einzelfälle** sein, werden aber ständig wie ein **Damoklesschwert** über diejenigen schweben, die einmal infiziert waren. Eine viel häufigere Folge ist **monate- und wahrscheinlich jahrelang anhaltende Müdigkeit und reduzierte Lungenkapazität**, wie dies schon oft von SARS-Überlebenden berichtet wurde und auch jetzt bei COVID-19 der Fall ist, obwohl die Dauer natürlich noch nicht abgeschätzt werden kann.

Ausserdem[sic!] sollte auch historisch argumentiert werden, nach der mathematischen Formel:
 $2019 = 1919 + 1929$

Man braucht sich nur die oben dargestellten Zahlen zu veranschaulichen bezüglich der **anzunehmenden Sterblichkeitsrate (mehr als 1% bei optimaler Gesundheitsversorgung, also weit über 3% durch Überlastung bei Durchseuchung), im Vergleich zu 2% bei der Spanischen Grippe**, und bezüglich der zu erwartenden Wirtschaftskrise bei Scheitern der Eindämmung, dann wird diese Formel jedem einleuchten." (Hervorhebungen durch mich.)

Es las sich wie die Blaupause der Kommunikation, die ich gleichzeitig in den deutschen und spanischen Medien erlebte: Keinerlei Fallsterblichkeitsrate, die eine realistische Information über die reale Gefahr geliefert hätte. Stattdessen Schocks ohne Ende und Panikmache, rückgekoppelt in den Medien selbst und so verstärkt.

Etwas früher, um den 20. März herum, machte ein "[Brief an meine Freunde](#)" eines vermeintlichen [Arztes des Krankenhauses Val d'Hebron, Barcelona](#), in den spanischen sozialen Netzwerken die Runde. ([Hier eine Übersetzung durch mich.](#)) Darin wurde genau erläutert, was durch die extrem hohe Infektiosität des neuen Virus und seine Übertragung auch durch Asymptomatische auf das spanische Gesundheitswesen zukommen würde: Triage, Kriegsmedizin.

"Warum ist COVID-19 extrem gefährlich? Was die Gefahr eines Infektionserregers bestimmt, ist die Kombination von drei Faktoren: der Vektor der Ansteckung, Morbidität und Mortalität. COVID-19 hat einen Ansteckungsvektor zwischen 1,5 und 2,5, d.h. dreimal höher als Influenza. Was bedeutet, dass seine **Ausbreitung exponentiell** ist: 1-2-4-8-16-32-64-128-256 ... aber das Schlimmste von allem ist, dass - im Gegensatz zu Influenza und SARS, der letzten Coronavirus-Epidemie im Jahr 2003 – **diese Infektion auch während der zweiwöchigen Inkubationszeit ansteckend** ist, bevor überhaupt Symptome auftreten.

Die Morbi-Mortalität ist wie folgt. Eines muss klar sein: **Wir werden alle in den nächsten drei Monaten von COVID-19 infiziert sein.**

Von 1000 Menschen werden das 900 asymptomatisch überstehen, einschließlich Kinder und Jugendliche. 100 zeigen Symptome. Von diesen 100 werden 80 es wie eine sehr schlimme Grippe erleben: trockener Husten, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen, d.h. zwei oder drei Wochen zu Hause schlimmer als ein Hund. Von den verbleibenden 20 entwickeln 15 eine bilaterale Lungenentzündung mit Atembeschwerden, die eine Krankenhauseinweisung zur Verabreichung von Bronchodilatoren, Kortikosteroiden und Sauerstoff erfordert. Die verbleibenden 5 entwickeln eine Lungenfibrose, die eine sofortige Aufnahme auf die

Intensivstation mit Beatmung erfordert. Von diesen 5 werden 3 sterben. Und die beiden, die gerettet werden, werden Folgeschäden haben, die möglicherweise eine Lungentransplantation erzwingen.

Dies sind die Zahlen, die derzeit in der westlichen wissenschaftlichen Gemeinschaft kursieren, denn die Daten in China waren schlechter, aber weil das dortige Gesundheitswesen nicht so gut aufgestellt ist. So gesehen scheint es nicht so ernst zu sein, oder? Das Problem ist, dass diese Infektion im Gegensatz zur Grippe, gegen die ein Teil der Bevölkerung geimpft ist und die außerdem während 5 Monaten des Jahres nach und nach um sich greift, **eine Welle ist (siehe Italien). Und zwar so, dass innerhalb von zwei bis drei Monaten alle Ansteckungen stattfinden werden.** Jetzt haben wir also die Daten und können rechnen:

Von den 40 Millionen Spaniern haben nur 4 Millionen Symptome. Davon haben 3.200.000 zu Hause eine schwere Grippe. 600.000 müssen ins Krankenhaus eingeliefert werden und bekommen Sauerstoff. Und 200.000 brauchen eine Intensivstation.

Das Problem ist, dass es in Spanien im öffentlichen und privaten Gesundheitssystem zusammengenommen nur 200.000 Krankenhausbetten und 3.800 Intensivbetten gibt. Seht ihr das Problem? Das eigentliche Problem ist nicht die Krankheit selbst, obwohl sie eine signifikante Morbidität und Mortalität aufweist, sondern dass – aufgrund der epidemiologischen Eigenschaften - eine Welle kommt, die innerhalb von 2-3 Monaten eine ganze Bevölkerung infiziert, die keine Immunität besitzt, und so das Gesundheitswesen zusammenbrechen lässt ... !!!!

Dies bedeutet, dass - wenn die Krankenhausbetten und Intensivstationen voll sind - **die sogenannte Kriegsmedizin angewendet werden muss, d.h. wenn auf jedes freie Bett 7 Personen warten, müssen Fachleute entscheiden, wen sie behandeln und wen sie nach Hause schicken und ihnen sagen, dass sie ihnen einen Arzt und eine Sauerstoffflasche schicken werden, die niemals kommen werden, weil sie auch aufgebraucht sein werden.**

Diese Entscheidung wird auf der Grundlage des Alters und des allgemeinen Zustands getroffen. Das heißt, der jüngste wird ausgewählt, der eine bessere Überlebenschance hat. Und all das ohne dass ich jetzt die übrigen schwerwiegenden und dringenden Pathologien berücksichtigt habe: Herzinfarkte, Schlaganfälle, Verkehrsunfälle usw. All dies ohne Betten und ohne Intensivstation." (Hervorhebungen durch mich.)

Das Krankenhaus und den Arzt gib es; interviewt, gab er an, den Brief nicht selbst verfasst, sondern nur weitergeleitet zu haben.

Paternalistische Ängstigung und Schock-Doktrin?

Die Rechtfertigung für all dies war die durch die Entscheidungsträger damals wie heute wahrgenommene Gefahr. Mein Papier versucht, dazu beizutragen, die Frage zu beantworten, ob die Gefahr realistisch eingeschätzt wurde und wird.

Hier und heute sage ich, dass eine von der Regierung bewusst geplante Ängstigung, um die Masse zur Befolgung von Anordnungen zu bewegen, einem demokratischen Gemeinwesen zutiefst widerspricht. Es handelt sich um ein Musterbeispiel absichtsvoller Manipulation. Die Rückkopplungen in den Kommunikationsmedien haben in ihrer Schwere schon den Grad eines eigenständigen Pathogens erreicht, vor allem, aber nicht nur, wenn ich an die psychischen Auswirkungen auf die "Risikogruppen" und auf die Kinder denke.

Ich habe durch Pressemeldungen aus vergangenen Jahren herausgefunden, dass zum Beispiel das Gesundheitswesen in Norditalien und manchen Gegenden Spaniens schon in normalen Grippewellen vor dem Kollaps steht. In vielen Ländern der Dritten Welt, die in letzter Zeit besonders in die Schlagzeilen geraten sind, ist es für die Masse der Bevölkerung ohnehin existent.

Bilder aus diesen Umgebungen waren und sind das Mittel der Wahl, um konformes Verhalten zu erzeugen.

Nebenbei: Ich habe keine Ahnung, wie Bestattungen **normalerweise** in Norditalien, New York oder brasilianischen, indischen oder nepalesischen Großstädten zu Grippezeiten vor sich gehen.

Aussichtslose Fragen

Mit Fragen wie

"Wieviele Menschen wurden getestet?"

"Wie wurden die zu Testenden ausgewählt?"

"Wurde ein repräsentativer Querschnitt der Bevölkerung getestet, um Erkenntnisse über die reale Verbreitung des Virus zu gewinnen?"

"Wie hoch ist der Anteil der Getesteten an der Gesamtbevölkerung?"

"Wie hoch ist der Anteil der positiven Testergebnisse?"

"Wie hoch ist der Anteil der positiv Getesteten, der erkrankt?"

"Wie hoch ist der Anteil der Erkrankten, der einer Krankenhaus-Behandlung bedarf?"

"Wie hoch ist der Anteil der im Krankenhaus Behandelten, der intensiv-medizinische Betreuung benötigt?"

"Wie hoch ist der Anteil der intensiv-medizinisch Betreuten, der stirbt?"

"Wie hoch ist also der Anteil der Todesopfer an der Zahl der Infizierten bzw. der Erkrankten im Verhältnis zu anderen Infektionskrankheiten, z.B. der Grippe?"

hörte ich schnell auf, mich zu beschäftigen, wegen sowohl undurchsichtiger Test-Strategien als auch undurchsichtiger Kommunikation der Ergebnisse mit Schwerpunkt auf absoluten Zahlen ohne jede Bezugsgröße.

Außerdem: Die entsprechenden Daten für die Grippe sind laut Robert-Koch-Institut nur Schätzungen, da es entsprechende Testergebnisse nicht gibt: An Grippe erkrankt statistisch, wer zum Arzt geht. Die Letalität der Grippe wird auf dieser Grundlage geschätzt, nicht auf der Grundlage der Infizierten oder tatsächlich Erkrankten, die ja auch nicht Getestet werden, ganz zu schweigen von den Asymptomatischen. Vergleichen ist auf dieser Ebene schwierig bis unmöglich.

Mir sind entsprechend begrenzt taugliche Vergleiche zwischen der Letalität der Grippe und der des neuen Virus bekannt. In der offiziellen Gefahr-Kommunikation wurde der geringe Unterschied insofern kompensiert, als zum Einen auf die außergewöhnlich leichte Übertragbarkeit des neuen Virus auch durch Asymptomatische abgehoben wurde, was zum Anderen regelmäßig bei neuen Varianten wieder und wieder thematisiert wird: Gefahr drohe nicht so sehr durch hohe Fallsterblichkeit (case fatality rate), von der ja ohnehin nicht geredet werden sollte, sondern vielmehr durch eine Überlastung des Gesundheitswesens wegen der Betroffenheit einer ungewöhnlich großen Zahl von Menschen in ungewöhnlich kurzer Zeit, so wie es sich in der Übersterblichkeit in der ersten Welle in Spanien zu zeigen scheint. (Siehe dazu die Aussagen der Epidemiologin Amparo Larrauri am Anfang dieses Kapitels!²)

"Corona-Tote" und Übersterblichkeit

In Deutschland sind während des in meiner Untersuchung dargestellten Zeitraumes viel mehr "Corona-Tote" gemeldet worden, als die Sterblichkeit hergibt. Was bedeutet das logischerweise?

Die "Corona-Toten" sind Tote **mit** positivem Testergebnis, sind aber nicht **an** Corona gestorben. Denkbar wäre auch, dass all die ergriffenen Maßnahmen die Gesamt-Sterblichkeit so sehr gesenkt haben, dass die "Corona-Toten" statistisch nicht ins Gewicht fallen.

Dies alles hat aber weder Medien noch Politik daran gehindert, diese Todesfälle mit positivem Testergebnis politisch zu instrumentalisieren.

In Spanien blieb die Erfassung der "Corona-Toten" hinter der Übersterblichkeit zurück. Amparo Larrauri, Epidemiologin, Verantwortliche des Teams des Mortalitäts-Monitoring und Wissenschaftlerin des Nationalen Zentrums für Epidemiologie, die ich weiter oben zitiert habe, hat dies bestens erklärt.⁵

Was ist die Realität?

In meiner ganz persönlichen Lebenssituation entwickelte sich - ausgelöst durch die zunächst rätselhafte Berichterstattung, der ich die Intention der Ängstigung zunächst nicht zutraute (ich dachte, es sei Dummheit und bewusste Rückkopplung von vermeintlichen Sensationsmeldungen) - und durch Berichte über eine extrem hohe Infektiosität des neuen Virus ein dringendes Bedürfnis, **für mich und mein Weiterleben** in der um mich herum erzeugten Angst, die mich zutiefst beunruhigte und ängstigte - Aufschluss zu gewinnen über die wirkliche Bedeutsamkeit des Geschehens. Das war für mich, eine "Therapie" gegen die Angst, Ängstigung und Orientierungslosigkeit. Es war der Versuch, mich gegen die Angststarre, egal ob wegen des Virus oder wegen sonst was, zur Wehr zu setzen.

Am gangbarsten erschien mir, mich über die Entwicklung der Sterbezahlen zu informieren, denn - so meine Überlegung - eine Pandemie müsste sich dort zweifelsfrei niederschlagen.

Setzt man das momentane Geschehen in Relation zum "normalen", alltäglichen Sterben, das in unserer Kultur ausgeblendet ist, dessen Allgegenwart wir uns kaum bewusst sind und über dessen Ausmaß wir in der Regel nichts wissen, kann man sich der Realität besser annähern als durch die im Überfluss und mit Liebe zum Detail zur Verfügung gestellten absoluten Zahlen und schockierenden Bilder und Vorstellungen.

Also begann ich, mich mit einem ganz engen, mir in meiner isolierten Lage und uns allen glücklicherweise zugänglichen Bereich zu beschäftigen, dem der sogenannten Übersterblichkeit in Spanien und Deutschland im Vergleich miteinander, im zeitlichen Vergleich der jetzigen mit vergangenen Epidemien und vor dem Hintergrund des allgemeinen Sterbegeschehens der beiden Gesellschaften. Beide Länder habe ich ausgewählt wegen meiner persönlichen Nähe zu ihnen als Heimat und Wahlheimat und wegen des starken Kontrastes im Verlauf der Pandemie, dessen sich die meisten Menschen mit nur nationaler Perspektive nicht bewusst sind. Überall herrscht die Auffassung vor: Was bei uns geschieht, geschieht genauso überall. Dies stimmt noch nicht einmal innerhalb desselben Staates: Der Verlauf ist regional krass unterschiedlich.

Die Übersterblichkeit eignet sich besonders dazu, sich der Wirklichkeit anzunähern, da die Frage, wie viele Menschen in einer genau definierten Region innerhalb eines genau definierten Zeitraums gestorben sind – unabhängig von der Ursache – recht unstrittig zu sein und sich statistisch relativ einfach beantworten zu lassen scheint. Die Behörden, die Geburten registrieren, tun dies ebenso zuverlässig für die Sterbefälle.

Der Gedanke war nun, dass der offiziell erfasste und dargestellte Verlauf des Sterbegeschehens - in den Rahmen des ohnehin und üblicherweise ablaufenden Sterbegeschehens gestellt - Rückschlüsse zulassen könnte auf die wirkliche Bedeutsamkeit des Pandemie-Geschehens, die ich oben am Beginn dieser Nachbemerkungen versucht habe, darzustellen.

Ich habe mit ein paar Leuten über meine Ergebnisse gesprochen. Manche haben in mir ganz schnell einen "Verschwörungstheoretiker" gesehen, bloß weil ich Fragen gestellt und pietätlose

Untersuchungen über das Un-Thema Sterben angestellt habe. Manche haben zugestimmt, manchen hat es nicht gefallen, weil ich herausgefunden habe, dass COVID zu bestimmten Zeiten an manchen Orten etwas Außergewöhnliches ist - und weil jede Menge offene Fragen bleiben. Die meisten haben nichts gesagt.

Ich habe in der Zwischenzeit keine schwerwiegenden Fehler finden können und bin auf keine aufmerksam gemacht worden. Also habe ich mich in den letzten Tagen daran gemacht, dies auf meiner Internet-Seite zu veröffentlichen.

Angesichts dessen, was so alles passiert, wollte ich das Bisschen umsetzen, das ich tun kann, um die zu unterstützen, die mit der Situation so vernünftig wie möglich umgehen wollen. Das sind leider nicht so viele.

Ich jedenfalls weiß, dass ich nur wenig weiß und wissen kann. Ich glaube nichts, ich brauche Belege, und ein paar habe ich gesucht und gefunden, für das Bisschen, das ich wissen kann. Und jeder, der mir nicht glaubt, kann es überprüfen - und mir Fehler, die er findet, bitte mitteilen.

Der "Rest" der Welt

Ist es ein Zufall, dass das afrikanische Land, das zuletzt dekolonialisiert worden ist und eine starke und nach wie vor einflussreiche weiße Minderheit besitzt, am stärksten von der Pandemie betroffen zu sein scheint?

Oder deutet das eher darauf hin, dass in der Mehrheit des Staaten Afrikas entweder keine oder wenige Daten erhoben werden bzw. diese Daten angesichts anderer gesundheitlicher (Malaria, Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten) und politischer Probleme und der chronischen gesundheitlichen Unterversorgung der Bevölkerung irrelevant sind?

Das Geschehen ist multifaktoriell

Infektions-, Krankheits- und Sterbeverläufe scheinen abhängig zu sein von

- Demographie/Altersstruktur und der Beschaffenheit sozialer Einrichtungen: Die Mehrheit der Todesfälle in den stark betroffenen europäischen Ländern ereignete sich in Altenheimen, in Spanien überwiegend privatisiert, mit offensichtlich unzureichenden Infektions-Vorkehrungen und prekären Beschäftigungsverhältnissen, die sogar dazu zwingen können, in mehreren Heimen parallel zu arbeiten, mit allem was das für das Infektionsgeschehen bedeutet;
- dem allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung;
- der Bevölkerungsdichte;
- möglicherweise der Luftqualität;
- möglicherweise dem Klima;
- dem Zustand des Gesundheitswesens: der Versorgung mit Ärzten, Pflegekräften, Betten, Intensivbetten. Lang-, mittel- und kurzfristige Fehlentscheidungen bezüglich des Gesundheitswesens werden weder auf nationaler noch europäischer Ebene thematisiert, auch nicht durch die sozialistische spanische Regierung gegenüber ihren konservativen Vorgängerinnen, die -

wie in allen südeuropäischen Ländern - in Folge der Finanzkrise einschneidende Sparmaßnahmen mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Versorgung durchgesetzt haben, zusätzlich zu Privatisierungen.

Cui bono?

Konservative, sich christlich nennende deutsche Bundestags-Abgeordnete haben sich an den zur Pflicht erklärten Masken bereichert. Und wer an den Impfstoffen, über die Hersteller und Aktionäre hinaus?

In ihrem Buch *The Shock Doctrine* schreibt Naomi Klein 2007 über den ehemaligen Verteidigungsminister der Vereinigten Staaten von Amerika, Donald Rumsfeld:

(Die Pharma-Firma) "Gilead seinerseits sieht Epidemien als Wachstumsmarkt und betreibt eine aggressive Marketingkampagne, um Unternehmen und Privatpersonen zu ermutigen, Tamiflu zu horten, nur für den Fall der Fälle. Bevor er wieder in die Regierung eintrat, war Rumsfeld so überzeugt davon, dass er einer heißen neuen Industrie auf der Spur war, dass er half, mehrere private Investmentfonds zu gründen, die auf Biotechnologie und Pharmazeutika spezialisiert sind. Diese Unternehmen setzen auf eine apokalyptische Zukunft mit grassierenden Krankheiten, in der die Regierungen gezwungen sind, für teures Geld alles zu kaufen, was der Privatsektor an lebensrettenden Produkten unter Patentschutz hat." (Eigene Übersetzung)

("Gilead, for its part, sees epidemics as a growth market, and it has an aggressive marketing campaign to encourage businesses and individuals to stockpile Tamiflu, just in case. Before he reentered government, Rumsfeld was so convinced that he was on to a hot new industry that he helped found several private investment funds specializing in biotechnology and pharmaceuticals. These companies are banking on an apocalyptic future of rampant disease, one in which governments are forced to buy, at top dollar, whatever lifesaving products the private sector has under patent.")³⁰

Eine der drei Produktgruppen von Gilead sind Medikamente und Impfstoffe gegen virale Erkrankungen. Bei der Produktion von remdesivir arbeiten Pfizer und Gilead zusammen. Ich habe keine Informationen über die Besitzverhältnisse, d.h. welche der Investment-Fonds bei welchen Firmen investiert haben, und natürlich erst recht keine Kenntnis der Institutionen und Menschen, die ihr Geld bei diesen Investment-Fonds angelegt haben.

Die berühmten Drehtüren zwischen Wirtschaft und Politik sind sicher auch von Bedeutung, wenn es um pharmazeutische Produkte geht, nicht nur bei Masken.