

Versuch der Einordnung der gesundheitlichen Gefährdung durch die COVID-19-Pandemie:

Das Sterbegeschehen im Frühjahr 2020 in Spanien und Deutschland im Vergleich zum allgemeinen Sterbegeschehen in beiden Ländern

Inhalt

(Alle internen Links verweisen auf die Online-Desktop-Version)

1. Problemstellung und Zusammenfassung

1.1 Problemstellung

1.2. Zusammenfassung

2. Spanien

2.1. Das allgemeine Sterbegeschehen

2.2. Das Sterbegeschehen in Spanien zwischen Februar und Ende Mai 2020

Tabelle 1: Monatliche Sterbefälle (alle Ursachen) in Spanien zu Grippe- und COVID-19-Zeiten

3. Deutschland

3.1. Das allgemeine Sterbegeschehen

3.2. Das Sterbegeschehen in Deutschland zwischen Januar und Ende April 2020

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

4. Das übliche „Hintergrund“-Sterbegeschehen in Spanien und Deutschland im Vergleich zu den Todesfällen mit COVID-19

5. Offene Fragen

6. Persönliche Nachbemerkenungen im Mai 2021

7. Quellenverzeichnis

8. Materialien

Anmerkungen

1. Problemstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse

1.1. Problemstellung

Nach der Erklärung der SARS-CoV-2-Virus-Epidemie zu einer Pandemie durch die Weltgesundheitsorganisation im Frühjahr 2020 häuften sich national-staatliche Versuche zu ihrer Eindämmung: von der Datenerhebung durch Tests und entsprechende Quarantänen über Reise-Restriktionen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit allgemein bis hin zu mehr oder weniger ausgeprägten regionalen und gesamtstaatlichen sogenannten "Lockdowns".

Die Bedeutsamkeit einer Pandemie erweist sich vor allem an ihren Auswirkungen auf das Sterbegeschehen von Gesellschaften. Entsprechend verfolgten alle diese Maßnahmen das Ziel, durch Unterbrechung der Infektionsketten die Zahl der durch die Pandemie verursachten schweren Verläufe und Todesfälle zu verringern und die Kurve der Zahl der Infizierten zeitlich zu strecken, auch um so eine Überlastung der Gesundheitssysteme zu vermeiden.

In Deutschland wurde im April 2020 ein "Szenarienpapier" aus dem Bundesinnenministerium publik ([heute aufrufbar auf der Seite des Bundesinnenministeriums](#). Auch einzusehen bei den [Materialien, heruntergeladen am 16.05.2021](#)), in dem, "um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen", gefordert wurde und wird, wegzukommen "... von einer prozentual unerheblich klingenden Fallsterblichkeitsrate", hin zur Verdeutlichung der "konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft":

"Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. (...)

Wenn sie (die Kinder, R.W.) 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."

Medien veröffentlichten ihre Darstellungen der Pandemie-Situation und der Reaktionen der Regierungen verschiedener Staaten. Dies geschah vor allem durch losgelöste Zahlen von Test-Ergebnissen, also Infizierten, Krankenhauseinweisungen, notwendig werdenden Intensiv-Behandlungen und invasiver Beatmung sowie Todesfällen im Zusammenhang mit der Virus-Infektion.

In beiden Ländern, die Gegenstand der vorliegenden Studie sind, konzentrierte man sich auf absolute Zahlen ohne Bezugsgrößen, das heißt ohne ihren Kontext, in dem sie notwendigerweise gesehen werden müssen und ohne den sie ihren Sinn verlieren. Man beschränkte sich auf detaillierte Diskussionen der Wirkungsweisen und Aussagekraft von Tests, der möglichen Überlastung des Gesundheitswesens, der Auslastung von Intensivbetten, fehlender Beatmungsgeräte, der Bedeutung der Inzidenz oder der R-Werte und der Wirksamkeit von Schutzmasken im Freien und in Innenräumen.

Auch die Symptomatik der Lungenentzündung und Probleme der Leichenbestattung an

ausgewählten Orten wurden regelmäßig beleuchtet, ebenso wie die langfristigen Auswirkungen bzw. Spätfolgen der Erkrankung.

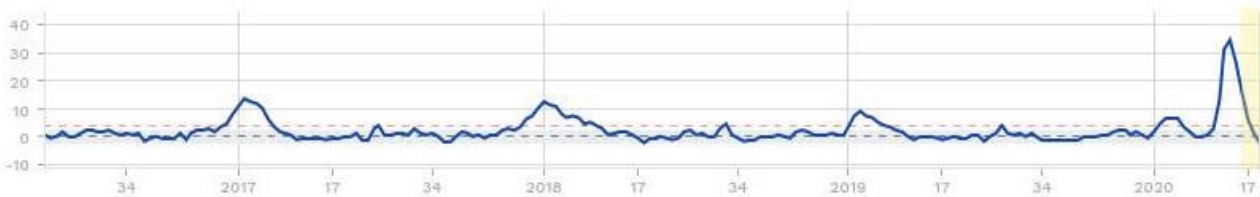
Die Bedeutsamkeit einer Pandemie jedoch bemisst sich vor allem nach ihrer Auswirkung auf das Sterbegeschehen von Gesellschaften, das – wie die Geburten - von den damit beauftragten national-staatlichen Institutionen seit langer Zeit registriert und seit einigen Jahren von einigen europäischen Ländern einer zentralen Erfassungsstelle in Kopenhagen, [EuroMoMo](#), mitgeteilt wird.

In dem hier vorliegenden ersten Schritt wird deshalb der Versuch unternommen, für zwei der Staaten, Spanien und Deutschland, die sehr unterschiedliche Verläufe der Pandemie erfahren haben, die Veränderungen im Sterbegeschehen während der sogenannten "ersten Welle" im Frühjahr 2020 nachzuzeichnen.

Einem zweiten Schritt bleibt es vorbehalten - möglicherweise kontrastierend mit den Abläufen einiger weiterer Länder - Aufschlüsse zu gewinnen über die Auswirkungen der jeweils ergriffenen Maßnahmen auf den Verlauf des Sterbegeschehens.

1.2. Zusammenfassung

Spain



(<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, jeden Donnerstag aktualisiert; hier das Diagramm für Spanien aus dem Bulletin der Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020)

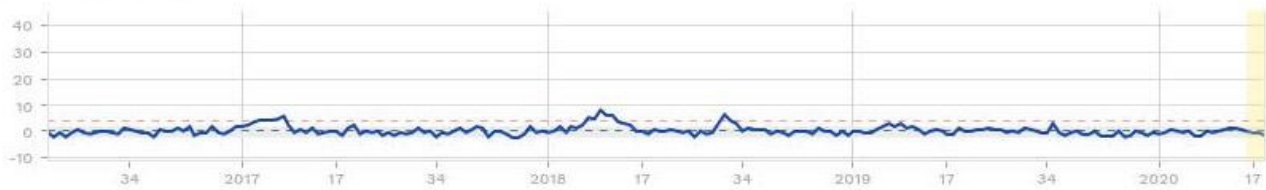
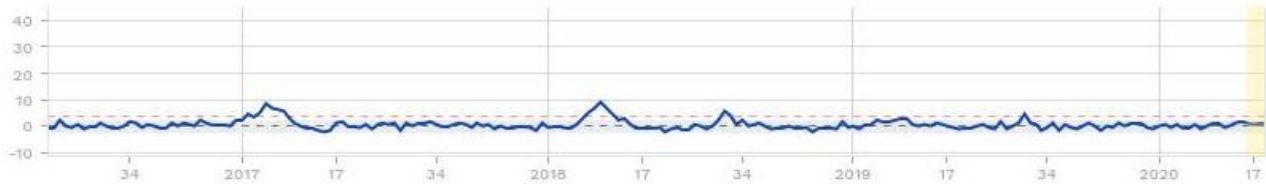
Das Sterbegeschehen in **Spanien** im Zeitraum Februar bis Ende Mai 2020 ist wesentlich erhöht. Dies bestätigt sich auch, wenn man den Blick nicht nur auf bestimmte Regionen oder Zeiträume richtet, sondern auf das gesamte Land und auf einen Zeitraum von vier Monaten, üblich für eine Grippe-Epidemie.

Unabhängig von der Betrachtungs- oder Darstellungsweise handelt es sich um ein ungewöhnliches Phänomen, was die Heftigkeit seines Verlaufs und die zeitliche Lage im Jahr betrifft. **Rein quantitativ bewegt es sich** – nach der Nachmeldung von ca. 12.000 Sterbefällen Ende Mai 2020 - **nicht mehr im Rahmen des Sterbegeschehens während der Grippe-Epidemie 2017/18, sondern um 6 % darüber**, wobei damals keine außerordentlichen Maßnahmen ergriffen wurden.

Es gab ein direktes zeitliches Zusammentreffen der Übersterblichkeit mit dem Auftreten des neuen Virus und einer signifikant erhöhten Zahl von Todesfällen mit* diagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion. Daraus lässt sich auf einen kausalen Zusammenhang schließen.

Als vom 17. März bis zum 3. Mai 2020, den 48 Tagen mit Übersterblichkeit oder der "Ersten Welle", offiziell im Durchschnitt 526 Personen täglich mit* COVID-19 starben, starben gleichzeitig weiterhin 787 Personen täglich an den üblichen Erkrankungen des Kreislaufsystems, an Tumoren und an anderen Atemwegserkrankungen.

**Aus Gründen der Vergleichbarkeit stelle ich die offiziellen Daten hier dar, obwohl ich weiß, dass ein Tod mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion nicht bedeutet, dass sie den Tod verursacht hat. Der Tod könnte durch eine andere Krankheit eingetreten oder durch die Infektion beschleunigt worden sein. Beides ist vermutlich in den Fällen geschehen, in denen eine oder mehrere Vorerkrankungen vorhanden waren.*

Germany (Berlin)**Germany (Hesse)**

(<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>; hier das Diagramm für Deutschland - zu jenem Zeitpunkt nahmen nur Berlin und Hessen an EuroMoMo teil - aus dem Bulletin der Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020)

Das Sterbgeschehen in Deutschland im Zeitraum Januar bis Ende April 2020 ist nicht verändert und bewegt sich unterhalb dessen, was sich in vorangegangenen starken Grippe-Epidemien abgespielt hat, in denen keine außerordentlichen Maßnahmen ergriffen wurden.

Das neue Virus hat keine statistische Signifikanz entwickelt. Für die Todesfälle mit* labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion war also

- entweder das neue Virus nicht ursächlich
- oder die ergriffenen Maßnahmen haben zu einer allgemeinen Reduzierung der Sterblichkeit geführt - und so die möglicherweise zusätzlichen COVID-19-Todesfälle statistisch ausgeglichen
- oder eine Kombination von beiden Umständen.

Als vom 17. März bis zum 3. Mai 2020 (den 48 Tagen mit Übersterblichkeit in Spanien, die hier nur aus Gründen der Vergleichbarkeit gewählt wurden) in Deutschland offiziell im Durchschnitt 139 Personen täglich mit* COVID-19 starben, starben gleichzeitig weiterhin 1.770 Personen täglich an den üblichen Erkrankungen des Kreislaufsystems, an Tumoren und an anderen Atemwegserkrankungen.

**Aus Gründen der Vergleichbarkeit stelle ich die offiziellen Daten hier dar, obwohl ich weiß, dass ein Tod mit einer bestätigten SARS-CoV-2-Infektion nicht bedeutet, dass sie den Tod verursacht hat. Der Tod könnte durch eine andere Krankheit eingetreten oder durch die Infektion beschleunigt worden sein. Beides ist vermutlich in den Fällen geschehen, in denen eine oder mehrere Vorerkrankungen vorhanden waren.*

2. Spanien

2.1. Das allgemeine Sterbegeschehen

Von 2014 bis Ende 2018 starben in Spanien jeden Monat zwischen 30.000 und 50.000 Menschen, jeweils mehr in der kalten Jahreszeit, vor allem während der Grippe-Saison, und weniger im Sommer, mit Ausnahme starker Hitzeperioden.³

Ebenso verhielt es sich von Januar bis Juni 2019.⁴

Auf der Seite des Mortalitäts-Monitoring des Instituto de Salud Carlos III in Madrid⁵, der Entsprechung des Robert-Koch-Instituts, finden sich die entsprechenden Daten seit Dezember 2019, allerdings werden in der Grafik die täglichen Sterbefälle dargestellt.

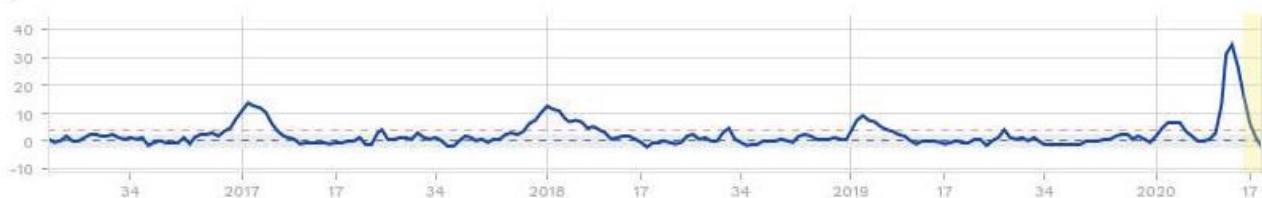
Die Monatszahlen als Vergleichsgröße lassen sich durch Nutzung der im .csv-Format zur Verfügung gestellten Datenbasis ermitteln.⁶

Die Daten werden täglich aktualisiert und korrigiert, auch noch nach 5 Wochen.⁷ So kam es Ende Mai 2020 zu einer außergewöhnlichen Nachmeldung von ca. 12.000 Sterbefällen.¹

2.2. Das Sterbegeschehen in Spanien zwischen Februar und Ende Mai 2020

Wie man auf der Seite des Mortalitäts-Monitoring des Instituto de Salud Carlos III⁷ sehen und auch besonders deutlich den Diagrammen des European Mortality Monitoring (EuroMoMo) entnehmen kann,⁸ war die Sterblichkeit in der diesmaligen Grippe-Saison ungewöhnlich niedrig, anders als in den Grippe-Saisons 2016/17 und 2017/18.

Spain



(<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, jeden Donnerstag aktualisiert; hier das Diagramm für Spanien aus dem Bulletin der Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020)

Besonders auffällig aber ist das Sterbegeschehen in der Zeit zwischen dem 13.03. und dem 22.05.2020.⁹ Diese Anomalie – so steht zu vermuten – ist auf das neue Virus zurückzuführen, und ich werde versuchen, es in den Zusammenhang des allgemeinen Sterbegeschehens in Spanien zu stellen, indem ich es zum einen vergleiche mit dem Sterbegeschehen während der Grippe-Saisons, zum anderen mit [einigen anderen, ständig vorhandenen Sterbeursachen und -verläufen](#).

| Grippe 2016-17 ¹⁰ | | 12/2016 | 01/2017 | 02/2017 | 03/2017 | Summe 4 Monate |
|--|---------------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| | | | 39.188 | 49.370 | 37.434 | 35.779 |
| Grippe 2017/18 ¹⁰ | | 12/2017 | 01/2018 | 02/2018 | 03/2018 | |
| | | 41.665 | 47.911 | 39.756 | 39.772 | 169.104 ¹³ |
| COVID-19, dargestellt für die Periode der Übersterblichkeit durch das Centro Nacional de Epidemiología, MoMo-ISCIII ⁸ | | 02/2020 | 01/03-12/03 | 13/03-22/05 | 23/05-31/05 | |
| | erwartet ¹⁴ | 36.926 ¹¹ | 14.488,5 ¹¹ | 77.574 ¹² | 9.263,25 ¹² | 138.211,75 ¹³ |
| | beobachtet | 34.584 ¹¹ | 14.030 ¹¹ | 120.837 ¹² | 9.659 ¹² | 179.110 ¹³ |
| | Übersterblichkeit ¹⁴ | | | 56 % ¹² | | 40.898 Personen ¹³ |
| COVID-19, monatlich, (dargestellt durch mich, um Vergleichbarkeit zu erreichen) | | 02/2020 | 03/2020 | 04/2020 | 05/2020 | |
| | | 34.584 ¹¹ | 54.463 ¹² | 56.336 ¹² | 33.727 ¹² | 179.110 ¹³ |

März und April 2020 sind beides Monate mit weit über 50.000 Sterbefällen, was auch in vorangegangenen starken Grippe-Epidemien nicht vorkam.

Die sogenannte Übersterblichkeit, gemäß den Unterschieden zu den langjährigen Mitteln für diese Jahreszeit¹⁴, beträgt fast 41.000 Personen für den Viermonatszeitraum.

Auffällig ist die Konzentration der Übersterblichkeit auf einen relativ kleinen Zeitraum von nur 10 Wochen, die extreme Steilheit der Kurve.

Betrachtet man diesen für Grippe-Epidemien üblichen Viermonats-Zeitraum unabhängig von dem, was für die Jahreszeit üblich ist, ist die **Zahl der Sterbefälle um 6% oder ca. 10.000 Personen höher als in der Grippe-Epidemie 2017/18**, um 11 % oder ca. 17.300 Personen höher als in der Grippe-Epidemie 2016/17.

Unabhängig von der Betrachtungs- oder Darstellungsweise handelt es sich um ein ungewöhnliches Phänomen, was die Heftigkeit seines Verlaufs und die zeitliche Lage im Jahr betrifft. Auch rein quantitativ bewegt es sich – nach der Nachmeldung von ca. 12.000 Sterbefällen Ende Mai¹ - nicht mehr im Rahmen des Sterbgeschehens während der Grippe-Epidemie 2017/18, als keine außerordentlichen Maßnahmen getroffen wurden, sondern um 6% darüber.²

3. Deutschland

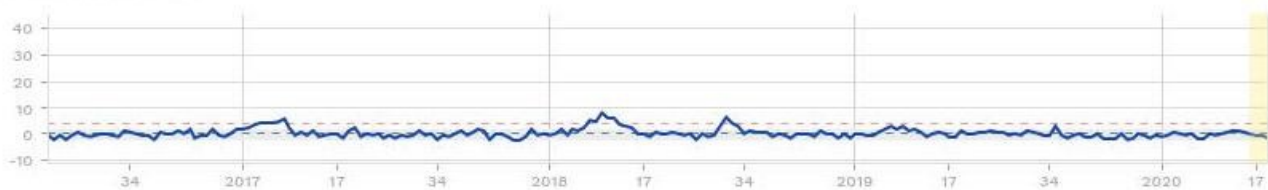
3.1. Das allgemeine Sterbegeschehen

Von Januar 2016 bis April 2020 starben in Deutschland jeden Monat zwischen 69.000 und 107.000 Menschen, jeweils mehr in der kalten Jahreszeit, vor allem während der Grippe-Saison, und weniger im Sommer, mit Ausnahme der extremen Hitzeperioden.¹⁵

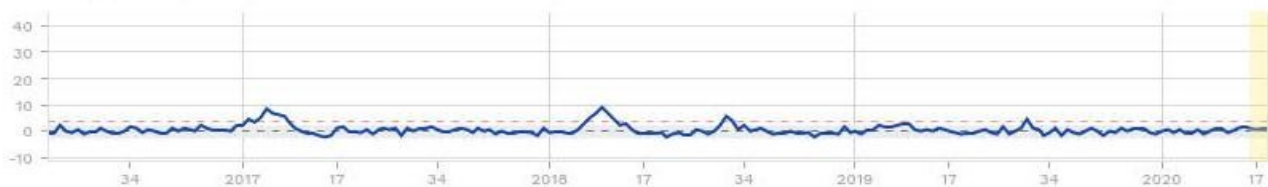
3.2. Das Sterbegeschehen in Deutschland zwischen Januar und Ende April 2020

Wie man besonders deutlich den Diagrammen des European Mortality Monitoring (EuroMoMo) entnehmen kann⁸, war die Sterblichkeit in der diesmaligen Grippe-Saison ungewöhnlich niedrig, anders als in den Grippe-Saisons 2016/17 und 2017/18.

Germany (Berlin)



Germany (Hesse)



(<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, jeden Donnerstag aktualisiert; hier das Diagramm für Deutschland - zu jenem Zeitpunkt nahmen nur Berlin und Hessen an EuroMoMo teil - aus dem Bulletin der Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020)

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 |
| | 12/2017 | 01/2018 | 02/2018 | 03/2018 | |
| Grippe 2017/18 | 81.610 | 84.973 | 85.799 | 107.104 | 359.486 |
| | 01/2020 | 02/2020 | 03/2020 | 04/2020 | |
| COVID-19 | 85.194 | 79.646 | 86.825 | 82.664 | 334.329 |

Das Sterbegeschehen in Deutschland im Zeitraum Januar bis April 2020 ist nicht verändert und bewegt sich unterhalb dessen, was sich in vorangegangenen starken Grippe-Epidemien abgespielt hat, in denen keine außerordentlichen Maßnahmen ergriffen wurden.

Das Statistische Bundesamt konstatiert eine leichte Übersterblichkeit von der letzten Märzwoche bis zur zweiten Aprilwoche.¹⁶

Bisher (05.06.2020) liegt die Statistik nur bis zum 10. Mai 2020 vor.

In der 19. Kalenderwoche lagen die Sterbefallzahlen nicht mehr über dem Durchschnitt.¹⁷

Die landesweite deutsche amtliche Statistik wird üblicherweise mit einer zeitlichen Verzögerung von 5 Wochen veröffentlicht. Mit Korrekturen – wie ständig in der spanischen, sehr kurzfristig veröffentlichten Statistik – und Aktualisierungen ist also noch zu rechnen.

4. Das übliche Hintergrund-Sterbegeschehen in Spanien und Deutschland im Vergleich zu den Todesfällen mit COVID-19

| Daten | Spanien 2018 | Deutschland 2019 ²² |
|--|--|--------------------------------|
| Gegenwärtige Einwohnerzahl | 47.100.000 ¹⁸ | 83.100.000 ²⁴ |
| Jährliche Todesfälle , alle Ursachen | 427.721 ¹⁸ | 949.000 ²² |
| Offizielle Todesfälle mit* COVID-19 bis zum 03.05.2020 | 25.264 ¹⁹ | 6.649 ²³ |
| Offizielle durchschnittliche tägliche Todesfälle mit* COVID-19 vom 17.03.2020 bis zum 03.05.2020 (48 Tage) | 526 | 139 |
| Durchschnittliche tägliche Todesfälle, alle Ursachen | 1.172 | 2.600 ²² |
| Tägliche Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 331 ²⁰ | 930 ²² |
| Tägliche Todesfälle durch Tumore | 309 ²⁰ | 650 ²² |
| Tägliche Todesfälle durch Atemwegserkrankungen | 147 ²⁰ | 190 ²² |
| Tägliche Todesfälle durch Lungenentzündung | 29 ²⁰ | 80 ²² |
| Jährliche Todesfälle durch Lungenentzündung | 10.415 | 30.000 ²² |
| Infektionen durch Krankenhaus-Keime | Zwischen 7 und 9 % der Patienten ²¹ | 600.000 pro Jahr ²² |
| Tägliche Infektionen durch Krankenhaus-Keime | Ich habe keine Daten finden können. | 1.600 ²² |
| Jährliche Todesfälle durch Krankenhaus-Keime | Ich habe keine Daten finden können. | 10.000 - 20.000 ²² |
| Tägliche Todesfälle durch Krankenhaus-Keime | Ich habe keine Daten finden können. | 30 - 60 ²² |

*Aus Gründen der Vergleichbarkeit stelle ich die offiziellen Daten hier dar, obwohl ich weiß, dass ein Tod **mit** einer bestätigten COVID-19-Infektion nicht bedeutet, dass sie den Tod **verursacht** hat. Der Tod könnte durch eine andere Krankheit eingetreten oder durch die Infektion beschleunigt worden sein. Beides ist in den meisten Fällen passiert, in denen eine oder mehrere Vorerkrankungen vorhanden waren.

5. Offene Fragen

Welche Auswirkungen hatten die ergriffenen Maßnahmen in Hinsicht auf

- eine Verringerung des Sterbegeschehens: Unterbrechung der Infektionsketten, Behandlung im Krankenhaus;
- und eine Vergrößerung des Sterbegeschehens: Panik, Stress; Reservierung von Kapazitäten, die sonst für Schlaganfälle, Herzinfarkte, Krebs- und andere Operationen zur Verfügung gestanden hätten; alle ökonomischen, sozialen, physischen und psychischen Konsequenzen?²

Ist der Rückgang der Sterbefälle in Spanien nach dem 31.03.2020 in einem ursächlichen Zusammenhang zu sehen mit der Erklärung des Estado de Alarma mit Kontakteinschränkungen ab 14.03.?

Diese Frage ließe sich durch Klärung der durchschnittlichen Zeitdauer zwischen Infektion und Tod bei den mit COVID-19 Verstorbenen beantworten.

Der Zeitraum zwischen dem Beginn der Kontakteinschränkungen bis zum Gipfel der Sterbekurve betrug 17 Tage.

Nach den vom Robert-Koch-Institut bisher veröffentlichten Daten²⁵ beträgt die Zeit von der Infektion bis zum Tod zwische 14 Tagen und einem Monat.

Christian Drosten sprach in einem Spiegel-Interview, wiedergegeben im Tagesspiegel Berlin am 29.05.2020, ebenfalls von einem Monat.²⁶

Die endgültige Beantwortung dieser Frage ist daher zukünftigen Forschungsarbeiten überlassen.

Waren die in Deutschland ergriffenen Maßnahmen sinnvoll, obwohl schon vor Einführung der Kontakteinschränkungen am 22. März 2020 ("Lockdown") nach Angaben des Robert-Koch-Instituts die Transmissionsrate auf unter 1 gefallen war?²⁷

Wird das Virus in Zukunft seine eigene Saison zusätzlich zur vorhandenen Grippe-Saison haben?

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 Nachbemerkenungen 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



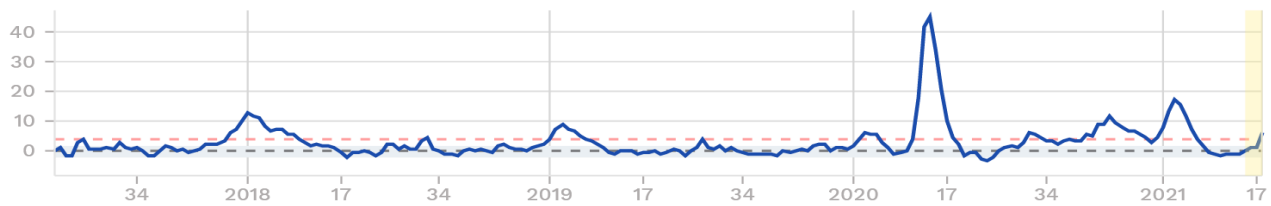
So wird für die Grippe 2017/18 im Vergleich zu COVID-19 im Frühjahr 2020 auf einen Blick deutlich, was aus dieser Tabelle etwas mühevoller zu entnehmen war:

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?

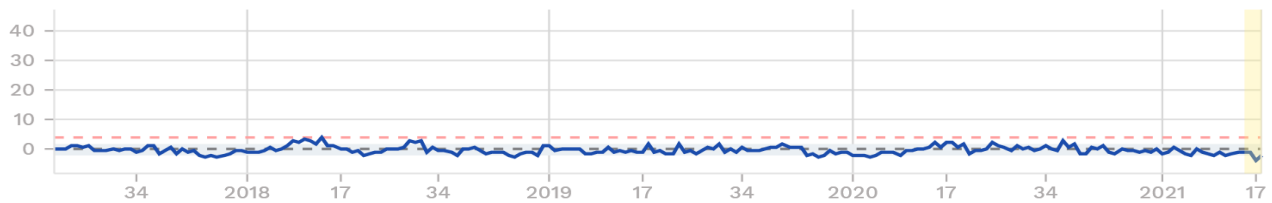
Es stimmt, dass man aus der Übersterblichkeit keine Rückschlüsse auf den Nutzen von Lockdowns ziehen kann: Nicht nur befindet sich Deutschland in einer ganz anderen Lage als Spanien, das im Frühjahr 2020 einen viel härteren Lockdown durchgeführt hat. Auch Schweden²⁹ mit seinen "nur" Empfehlungen für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

7. Quellenverzeichnis

Europa

European Mortality Monitoring (EuroMoMo), Statens Serum Institut, Kopenhagen

<https://www.euromomo.eu>

<https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020

Spanien

Instituto Nacional de Estadística (INE) (Nationales Statistik-Institut, Madrid)

<https://www.ine.es/>

Allgemeine Mortalität

<https://www.ine.es/consul/serie.do?s=MNP89585&c=2&nult=50>, zuletzt aufgerufen am 30.04.2020

Mortalität 2019, provisorische Daten

<https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?>

[c=Estadistica_C&cid=1254736177008&idp=1254735573002&menu=resultados#!tabs-1254736195546](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&idp=1254735573002&menu=resultados#!tabs-1254736195546), aufgerufen am 22.04.2020

<https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?>

[c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002), aufgerufen am 22.04.2020

Monats- und Jahresdaten

<https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1132&capsel=1134>, aufgerufen am 22.04.2020

Todesursachen

<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=14819>, aufgerufen am 22.04.2020

Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo)

[Institut für Gesundheit Carlos III, Nationales Epidemiologie-Zentrum, Beobachtung der täglichen Mortalität (MoMo)], Madrid

<https://momo.isciii.es>

Grafische Darstellungen

https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html, aufgerufen am 23.04., 01.05., 27.05., 02.06. und 04.06.2020

Tabellen

https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#datos, aufgerufen am 04.06.2020

Allgemeine Informationen über das neuartige Coronavirus

<https://covid19.isciii.es/>, aufgerufen am 04.06.2020.

(Aktualisierung 27.06.2021: Die Adresse lautet jetzt:

<https://cnecovid.isciii.es/covid19/>)

Andere Quellen

Infektionen durch Krankenhaus-Keime (Nosokomiale Infektionen)

Krankenhaus Val d'Hebron, Barcelona

<http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202017%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>

(Anmerkung 08.05.2021: Das Dokument lässt sich nicht mehr aufrufen. Es ist einsehbar unter "[Materialien](#)" und dem Titel [EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf](#).)

Aktuelle Daten zu nosokomialen Infektionen:

[Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España \(EPINE\), https://epine.es](#))

Digitale Zeitschrift [immedicohospitalario](#)

<https://www.immedicohospitalario.es>

<https://www.immedicohospitalario.es/noticia/8349/las-infecciones-nosocomiales-mas-frecuentes-en-espana-son-urinarias-respiratorias-y-del-lecho-quirurgico>

Digitale Tageszeitung ***El Diario***

<https://www.eldiario.es/>

[Belén Remacha / Raúl Sanchez, *El registro de muertes suma de golpe 12.000 fallecidos durante el pico de la pandemia, más de la mitad en Catalunya \(Das Sterberegister steigt auf dem Gipfel der Pandemie plötzlich um 12.000 Sterbefälle an, mehr als die Hälfte in Katalonien\).*](#)

[https://www.eldiario.es/sociedad/MoMo-registro-muertes_0_1031697065.html?](https://www.eldiario.es/sociedad/MoMo-registro-muertes_0_1031697065.html?_ga=2.195763883.607369215.1590683111-795171950.1590683111)

[_ga=2.195763883.607369215.1590683111-795171950.1590683111](https://www.eldiario.es/sociedad/MoMo-registro-muertes_0_1031697065.html?_ga=2.195763883.607369215.1590683111-795171950.1590683111), 27.05.2020, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

[Belén Remacha, Amparo Larrauri, epidemióloga: "Nunca llegaremos a saber cuántas de las 43.000 muertes de más fueron directamente por COVID-19" \("Wir werden nie erfahren, wie viele der 43.000 zusätzlichen Todesfälle direkt auf COVID-19 zurückzuführen waren"\).](#)

[https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-](https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111)

[19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111](https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?_ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111), 02.06.2020, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

Deutschland

Statistisches Bundesamt

[Statistisches Bundesamt, Wiesbaden](#)

<https://www.destatis.de>

Allgemeine Bevölkerungs-Statistik

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/_inhalt.html, zuletzt aufgerufen am 03.05.2020

Allgemeine Mortalität

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016>, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

Sonderauswertung COVID-19

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

Pressemitteilung über die Mortalität um die Woche 19/2020 herum

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_203_12621.html?nn=209016, aufgerufen am 06.05.2020

Robert-Koch-Institut, Berlin

<https://www.rki.de>

Fallzahlen COVID-19

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html, zuletzt aufgerufen am 03.05.2020

Eigenschaften des neuartigen Coronavirus

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html, zuletzt aufgerufen am 11.06.2020

Der Verlauf der COVID-19-Erkrankung von der Infektion zum Tod

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText7, zuletzt aufgerufen am 11.06.2020

Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie

Robert-Koch-Institut, *Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting*, Epidemiologisches Bulletin 17-2020, 23. April 2020,

[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?blob=publicationFile)

[blob=publicationFilehttps://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?blob=publicationFile), heruntergeladen am 10.06.2020

Andere Quellen

Website <https://www.praeventologe.de>

<https://www.praeventologe.de/hauptbeitraege-nicht-loeschen/1380-informationen-zu-corona>

Digitale Tageszeitung *[Der Tagesspiegel](#)*, Berlin

<https://m.tagesspiegel.de/wissen/mein-labor-hat-deutschland-vorsprung-ingespielt-virologe-drosten-reklamiert-rettung-von-bis-zu-100-000-leben-fuer-sein-team/25871954.html??> , last accessed on 11/06/2020

Monografie

Naomi Klein, *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2007, S. 290-291

8. Materialien

Europa

Diagramme des European Mortality Monitoring, Statens Serum Institut, Kopenhagen

[Woche 20/2020, heruntergeladen am 15.05.2020, Format .pdf](#)

[Woche 19/2021, heruntergeladen am 16.05.2021, Format .pdf](#)

[Woche 19/2021, heruntergeladen am 16.05.2021, Format .png](#)

Spanien

Diagramme des Mortalitäts-Monitoring des Instituto Carlos III, Madrid

[Sterbe geschehen vom 01. Dezember 2019 bis 30. April 2020, mit der Phase der Übersterblichkeit vom 17. März bis 30. April 2020, heruntergeladen am 01.05.2020, Format .pdf](#)

Daten-Tabellen des Mortalitäts-Monitoring des Instituto Carlos III, Madrid

[Sterbe geschehen Februar 2020 bis Mai 2020 einschließlich, heruntergeladen am 02.06.2020, Format .ods](#)

[Sterbe geschehen 15.05.2018 - 01.06.2020, heruntergeladen am 02.06.2020, Format .csv](#)
(Ladezeit beachten: 14,7 MB)

Nosokomiale Infektionen ("Krankenhauskeime") in Spanien:

[EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf](#)

Deutschland

Daten-Tabellen des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden

[Sonderauswertung Sterbefälle 2016-2020, heruntergeladen am 05.06.2020, Format .ods](#)

[Sonderauswertung Sterbefälle 2016-2021, heruntergeladen am 27.01.2021, Format .pdf](#)

Materialien des Robert-Koch-Instituts, Berlin

[Epidemiologisches Bulletin 17/2020, 23. April 2020, heruntergeladen am 10.06.2020, Format .pdf](#)

Materialien des Bundesministeriums des Inneren, Berlin:

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen, anonym, ohne Datum, geleakt im April 2020, heruntergeladen am 28.04.2020

Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen, anonym, ohne Datum, heruntergeladen am 16.05.2021

Anmerkungen

1: "Das Nationale Zentrum für Epidemiologie hat gegenüber eldiario.es klargestellt, dass 'wir heute eine wichtige Aktualisierung vorgenommen haben, die aus der Arbeit mit dem Justizministerium resultiert'. Ziel ist es, 'diejenigen Todesfälle nachträglich aufzunehmen, die aufgrund von Verzögerungen bei der Meldung während der letzten drei Monate nicht in das MoMo-System aufgenommen wurden'. (...) Das Institut für Gesundheit Carlos III gibt in seinen Diagrammen die geschätzte durchschnittliche Verzögerungszeit der Meldungen an, und für diese Tage, während deren die 12.032 Todesfälle sich summiert haben, beträgt die Verzögerung 35 Tage. (...) Die Minimaldienste aufgrund des Alarmzustandes und die Zunahme der Todesfälle durch das Coronavirus führten zu einer Situation des Zusammenbruchs in mehreren Standesämtern und Leichenhallen, worunter besonders die in Barcelona und die Leichenhalle der Stadt der Justiz der katalanischen Hauptstadt litten. In einem Bericht von Anfang April, dem Zeitpunkt des Höchststandes, erklärte die Generaldirektion für die Planung der Justizverwaltung der Generalitat (der katalonischen Regierung, R.W.), dass die Sterbeabteilung des Standesamtes von Barcelona seit dem 17. März keine Sterberegistrierungen mehr durchführt, weil sich ihre Minimaldienste aufgrund der 'hohen Arbeitsbelastung' auf die Ausstellung von Familienbüchern und Beerdigungsgenehmigungen konzentrieren." (Übersetzung durch mich.)
[Belén Remacha / Raúl Sanchez, El registro de muertes suma de golpe 12.000 fallecidos durante el pico de la pandemia, más de la mitad en Catalunya, https://m.eldiario.es](https://m.eldiario.es), 27.05.2020, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020

2: "Die beobachtete Übersterblichkeit, so Amparo Larrauri, Epidemiologin und Leiterin des MoMo-Teams und Wissenschaftlerin des Nationalen Epidemiologie-Zentrums, '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.**" (Übersetzung und Hervorhebung durch mich.)

[Belén Remacha, Amparo Larrauri, epidemióloga: "Nunca llegaremos a saber cuántas de las 43.000 muertes de más fueron directamente por COVID-19", https://www.eldiario.es](https://www.eldiario.es), 02.06.2020, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020.

3: Instituto Nacional de Estadística (INE) (Nationales Statistik-Institut), <https://www.ine.es>, zuletzt aufgerufen am 30.04.2020

4: Die Daten des INE über die monatlichen Sterbefälle in Spanien von 01/2019 bis 06/2019 sind vorläufig: <https://www.ine.es>, aufgerufen am 22.04.2020, veröffentlicht am 11.12.2019. Die endgültigen Daten des ersten Halbjahres 2020 werden im Dezember 2020 veröffentlicht.

5: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html, täglich aktualisiert und korrigiert. Der schattierte ist der Normalbereich, wie bei EuroMoMo, <https://www.euromomo.eu/>, ermittelt aus langjährigen Werten, und nur bei seiner Überschreitung spricht man von Übersterblichkeit.

Amparo Larrauri, Epidemiologin und Leiterin des MoMo-Teams und Wissenschaftlerin des Nationalen Epidemiologie-Zentrums: "Wovon genau sprechen wir, wenn wir sagen, dass es in Spanien einen 'Überschuss' von fast 43.000 Todesfällen während der Monate der Pandemie gibt, wenn die Gesundheitsbehörde 28.000 meldet? Diese 43.000 Todesfälle sind die Ergebnisse der täglichen Überwachung der Gesamtmortalität aller Ursachen des MoMo-Systems, und sie bedeuten die Differenz zwischen den Todesfällen, die wir für einen Zeitraum beobachten, und der erwarteten Sterblichkeit aus der historischen Reihe in Spanien für die letzten zehn Jahre. Letztere, die erwartete Sterblichkeit, wird aus Daten des Nationalen Instituts für Statistik (INE) mit einem mathematischen Modell der gleitenden Durchschnitte, das um Trend und Saisonalität bereinigt ist, gewonnen. Die täglich beobachtete Sterblichkeit stammt aus Daten des Justizministeriums aus den computergestützten Personenstandsregistern von fast 4.000 spanischen Gemeinden, darunter alle Provinzhauptstädte, die 93 % der spanischen Bevölkerung entsprechen. Eine sehr wichtige Menge an

Informationen. Unter Verwendung des MoMo-Systems haben wir einen Überschuss an Todesfällen durch alle Ursachen während der ersten Pandemiewelle von COVID-19 geschätzt. Es ist sehr logisch zu vermuten, dass ein Teil der Übersterblichkeit direkt mit COVID-19 zusammenhängt. Es ist auch logisch, dass die tatsächlichen Todesfälle aufgrund von COVID-19 höher waren als die vom Gesundheitsministerium angegebene Zahl, da es sich um offizielle Zahlen der autonomen Regionen handelt, die nicht die Gesamtheit, sondern nur die mikrobiologisch bestätigten Todesfälle erfassen können. Und sie liegen alle innerhalb dieser vom MoMo geschätzten Überschreitungen. Das ist weder abnormal noch widersprüchlich: Es handelt sich um Studien, die sich nicht widersprechen, sondern ergänzen, um festzustellen, welche Auswirkungen die Pandemie tatsächlich hatte. Das Abnormale wäre, wenn sie gleich wären. Gesundheit gibt die durch COVID-19 bestätigten Todesfälle an; MoMo, die Todesfälle aus allen Ursachen, von denen viele auf COVID-19 zurückführbar sind. Und es wird noch einige Zeit dauern, bis wir die tatsächliche Sterblichkeit dieser Monate endgültig konsolidiert haben". (Eigene Übersetzung), [Belén Remacha, Amparo Larrauri, epidemióloga: "Nunca llegaremos a saber cuántas de las 43.000 muertes de más fueron directamente por COVID-19"](#), <https://www.eldiario.es>, 02.06.2020, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020.

6: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#datos, aufgerufen am 04.06.2020

7: Aufgerufen am 23.04., 01.05., 27.05., 02.06. und 04.06.2020.

8: <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/>, jeden Donnerstag aktualisiert; hier das Diagramm für Spanien aus dem Bulletin der Woche 20/2020, aufgerufen am 15.05.2020.

9: Am 31.03.2020 kam es zu einem Maximum von 2.466 Sterbefällen. Im Vergleich dazu starben im Jahr 2018, dem letzten Jahr, für das das Instituto Nacional de Estadística (Nationales Statistik-Institut) definitive Zahlen bereitstellt (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002) durchschnittlich 1.172 Personen täglich.

Die täglichen Maxima während der vergangenen Grippe-Epidemien waren für mich nicht zu ermitteln, daher konzentriere ich mich auf die leichter vergleichbaren Monatswerte, zumal die Fixierung auf zeitlich als auch geografisch sehr kleine Ausschnitte den Blick besonders auf Extremwerte lenkt.

10: Instituto Nacional de Estadística (Nationales Statistik-Institut), <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1132&capsel=1134>, aufgerufen am 22.04.2020.

11: Centro Nacional de Epidemiología, Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) [Nationales Epidemiologie-Zentrum, Beobachtung der täglichen Mortalität (MoMo)], https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html, aufgerufen am 04.06.2020.

12: https://momo.isciii.es/public/momo/dashboard/momo_dashboard.html#nacional, aufgerufen am 04.06.2020.

13: Eigene Berechnung.

14: Übersterblichkeit ist, laut Amparo Larrauri, Epidemiologin und Leiterin des MoMo-Teams und Wissenschaftlerin des Nationalen Epidemiologie-Zentrums, "... die Differenz zwischen den Todesfällen, die wir für einen Zeitraum beobachten, und der erwarteten Sterblichkeit aus der historischen Reihe in Spanien für die letzten zehn Jahre. Letztere, die erwartete Sterblichkeit, wird aus Daten des Nationalen Instituts für Statistik (INE) mit einem mathematischen Modell der gleitenden Durchschnitte, das um Trend und Saisonalität bereinigt ist, gewonnen." („...la diferencia entre las defunciones que observamos para un periodo, y la mortalidad esperada a partir de las series históricas en España de los últimos diez años. A esta última, la mortalidad esperada, llegamos a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), con un modelo matemático de medias móviles que se ajustan por la tendencia y por la estacionalidad.“) https://www.eldiario.es/sociedad/llegaremos-cuantas-muertes-directamente-COVID-19_0_1033797562.html?ga=2.257052940.607369215.1590683111-795171950.1590683111, 02.06.2020, zuletzt

aufgerufen am 05.06.2020.

15: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html?nn=209016>, zuletzt aufgerufen und heruntergeladen am 05.06.2020.

16: „Bei der Betrachtung des Jahresverlaufes in der Sterbefallstatistik sind die typischen Schwankungen während der Grippezeit von ungefähr Mitte Dezember bis Mitte April zu beachten. Dies wird beim Blick auf die Zahlen aus den Vorjahren deutlich: Im März 2019 starben beispielsweise etwa 86.400 Menschen, im März 2018, also in einem Jahr, als die Grippewelle besonders heftig ausfiel, waren es 107.100. Auch ohne Corona-Pandemie können die Sterbefallzahlen demnach in der typischen Grippezeit stark schwanken. Von diesen Schwankungen sind insbesondere die Sterbefallzahlen in der Altersgruppe ab 65 Jahren betroffen. Die Auswirkungen der Grippewelle im Jahr 2020 waren den vorläufigen Sterbefallzahlen zufolge im Vergleich zu den Vorjahren sehr gering ausgeprägt. Im Januar 2020 starben nach der vorläufigen Auszählung etwa 85 200 Menschen. Im Februar 2020 waren es 79 600 Personen. Auch im März 2020 mit insgesamt mindestens 86 800 Sterbefällen ist bei einer monatsweisen Betrachtung kein auffälliger Anstieg der Sterbefallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren erkennbar. Im April lag die Zahl der Gestorbenen allerdings mit mindestens 82 600 Fällen deutlich über dem Durchschnitt der Vorjahre. Betrachtet man die Entwicklung nach Kalenderwochen, dann haben sich seit der letzten Märzwoche (23. bis 29. März) erhöhte Sterbefallzahlen im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019 gezeigt. Diese Abweichung nach oben war in der 15. Kalenderwoche (6. bis 12. April) am größten. Ab der 16. Kalenderwoche (13. bis 19. April) sind die Sterbefallzahlen wieder deutlich gefallen. In der 19. Kalenderwoche (4. bis 10. Mai) lagen die Sterbefallzahlen nach der vorläufigen Auszählung dann nicht mehr über dem Durchschnitt der Vorjahre. Die Befunde zu einer zeitweisen Übersterblichkeit decken sich bei Betrachtung der absoluten Zahlen annähernd mit den Daten zu bestätigten COVID-19-Todesfällen, die beim Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet werden. (Hervorhebung durch R.W.)

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html>, zuletzt aufgerufen am 05.06.2020)

17: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_203_12621.html?nn=209016, aufgerufen am 06.05.2020

18: Instituto Nacional de Estadística (Nationales Statistik-Institut):

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177008&menu=ultiDatos&idp=1254735573002, aufgerufen am 29.04.2020.

19: Instituto de Salud Carlos III, Madrid: <https://covid19.isciii.es/>, aufgerufen am 03.05.2020.

(Aktualisierung 27.06.2021: Die Adresse ist jetzt:

<https://cneocovid.isciii.es/covid19/>)

20: Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=14819>, aufgerufen am 03.05.2020

21: In Bezug auf Infektionen mit Krankenhaus-Keimen in Spanien schließt der Global-Bericht Spanien, Zusammenfassung, Analyse EPINE-EPPS 2017 (313 Krankenhäuser und 61.673 Patienten), 9. November 2017 [Informe global de España, Resumen, Análisis EPINE-EPPS 2017 (313 hospitales y 61.673 pacientes), 9 Noviembre 2017], dass zwischen 7 und 9 % der Patienten sich innerhalb des Krankenhauses bzw. Gesundheitswesens anstecken. (<http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202017%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>), zuletzt aufgerufen am 03.05.2020)

(Anmerkung 08.05.2021: Das Dokument lässt sich nicht mehr aufrufen. Es ist einsehbar unter [Materialien](#) und dem Titel [EPINE-EPPS 2017 Informe Global de España Resumen.pdf](#).)

Die Anzahl daraus resultierender Sterbefällen wird nicht dargestellt. „Laut den Experten, die an der Konferenz teilnahmen, leiden zwischen 5% und 15% der Patienten, die in ein Krankenhaus eingeliefert werden, an einer nosokomialen Infektion. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erinnert daran, dass in Europa jährlich 4,5 Millionen Infektionen innerhalb des Gesundheitswesens auftreten, was 37.000 Todesfällen und 16 Millionen zusätzlichen Krankenhausaufenthalten entspricht.“ (Hervorhebung und Übersetzung durch mich.) (*Las infecciones nosocomiales más frecuentes en España son urinarias, respiratorias y del lecho quirúrgico*, Artikel vom 28.04.2016 in

<https://www.immedicohospitalario.es/noticia/8349/las-infecciones-nosocomiales-mas-frecuentes-en-espana-son-urinarias-respiratorias-y-del-lecho-quirurgico>).

22: Ich übernehme hier die Daten von Ellis Huber, *Das Virus, die Menschen und das Leben. Die Corona Pandemie und die alltägliche Gesundheitsversorgung*, <https://www.praeventologe.de/hauptbeitraege-nicht-loeschen/1380-informationen-zu-corona>, zuletzt aufgerufen am 24.04.2020, häufig aktualisiert, ohne eigene Überprüfung. Ich habe in Bezug auf das „Hintergrund“-Sterbe geschehen der gegenwärtigen Pandemie in Deutschland Herrn Huber, ehemaliger Vorsitzender der Ärztekammer Berlin und gegenwärtiger Vorsitzender der Vereinigung der Präventologen, um Quellenangaben gebeten, er hat mir aber nicht geantwortet und seine Internet-Präsentation auch nicht entsprechend erweitert, was ich bedaure. (Anmerkung 08.05.2021: Inzwischen befindet sich an der angegebenen Stelle ein ausführliches Quellenverzeichnis.) Wegen der relativ eindeutigen, nicht über die Norm hinausgehenden Situation in Deutschland und um Zeit zu sparen, habe ich darauf verzichtet, die von ihm aufgestellten Tatsachenbehauptungen zu überprüfen.

23: Robert-Koch-Institut, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html, zuletzt aufgerufen am 03.05.2020.

24: Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/inhalt.html>, zuletzt aufgerufen am 03.05.2020

25: SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)
Stand: 29.5.2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html, zuletzt aufgerufen am 11.06.2020:

“7. Inkubationszeit und serielles Intervall

Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Sie liegt im Mittel (Median) bei 5–6 Tagen (Spannweite 1 bis 14 Tage) (54, 137).“

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText7

“12. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Pneumonie

In einer Veröffentlichung (chinesische Fallserie [n = 1.099]) betrug diese Zeitspanne vier Tage [IQR]: 2–7 Tage (23).“

“13. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung“: 4 - 8 Tage

“14. Zeit von Erkrankungsbeginn bis zum Akuten Lungenversagen (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS)“: 8 - 9 Tage

“15. Zeit von Erkrankungsbeginn bis ITS“ (Intensivtherapiestation): 5 – 10 Tage

“16. Zeit von Hospitalisierung bis ITS

In einer chinesischen Fallserie (siehe 13.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) einen Tag (IQR: 0–3 Tage) (130).“

“22. Anteil Verstorbener unter den ITS-Patienten“

(...) Im Median waren die Verstorbenen Patienten neun Tage hospitalisiert (49).“

Meine Berechnung des **Zeitraums von Infizierung bis Tod**:

Inkubation min 1 – max 14 Tage

Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung min 4 – max 8 Tage

Erkrankungsbeginn bis ITS min 5 – max 10 Tage

Krankenhausaufnahme bis Tod durchschnittlich 9 Tage

Zeitraum Infektion bis Tod: **MINIMUM: 14 Tage MAXIMUM: 31 Tage**

26: Tagesspiegel, 29.05.2020: "Ohne den Test sei dies 'erst einen Monat' später festgestellt worden, 'wenn sich wie in Italien, Spanien und Großbritannien die Toten gehäuft hätten'. So lange dauere es von der Infektion bis zum Tod auf der Intensivstation, so der Virologe weiter. 'Und diesen Monat haben wir – und damit meine ich mein Labor - für Deutschland als Vorsprung eingespielt.'" <https://m.tagesspiegel.de/wissen/mein-labor-hat-deutschland-vorsprung-eingespielt-virologe-drosten-reklamiert-rettung-von-bis-zu-100-000-leben-fuer-sein-team/25871954.html??>, zuletzt aufgerufen am 11.06.2020.

27: Robert-Koch-Institut, *Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland –*

Nowcasting, Epidemiologisches Bulletin 17-2020, 23. April 2020, S. 14.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 10.06.2020.

Auch einsehbar in "[Materialien](#)" unter dem Titel [Epidemiologisches Bulletin 17/20](#).

28: Nicht belegt.

29: <https://euromomo.eu/graphs-and-maps/>, aufgerufen und [heruntergeladen](#) am 16.05.2021

30: Naomi Klein, *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*, Metropolitan Books, Henry Holt and Company, 2007, S. 290-291.