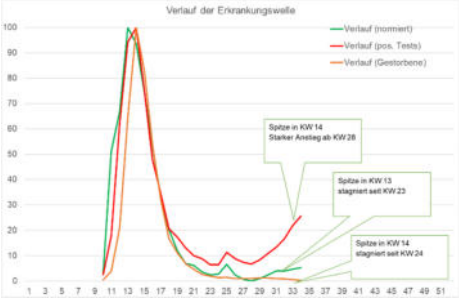
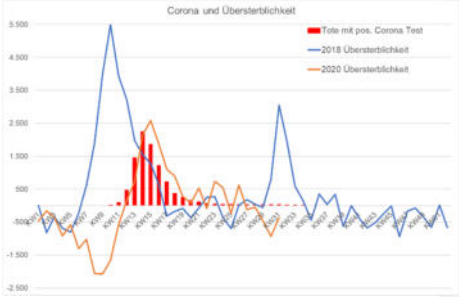
Fakten rund um Corona





Zusammenfassung

Bei Covid-19 handelt es sich um eine ansteckende Erkrankung, die kritisch oder sogar tödlich verlaufen kann. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die allgemeinen Hygieneregeln und Niesetikette sowie Abstandsregeln zu beachten und die eigene Verhaltensweise an das persönliche Schutzbedürfnis und ggf. vorhandenen Vorerkrankungen anzupassen.

Die Zusammenfassung des RKI im Bericht vom 28.8.2020 lautet: „Seit der 29. Kalenderwoche ist die kumulative COVID-19-Inzidenz der letzten 7 Tage insgesamt und in vielen Bundesländern stark angestiegen. Der Anteil an Kreisen, die keine COVID-19-Fälle übermittelt haben, ist deutlich zurückgegangen. Auch wenn die Fallzahlen in einigen Bundesländern wieder abnehmen, bleibt diese Entwicklung sehr beunruhigend…“. Leider werden hier nur die absoluten Fallzahlen ohne Berücksichtigung der Anzahl der durchgeführten Tests berichtet. Damit ist die gegebene Einschätzung mindestens lückenhaft.

Die gestiegenen Infiziertenzahlen sind getrieben von der dramatisch gesteigerten Testhäufigkeit. Diese liegt Ende August 10mal so hoch wie in den ersten Wochen der anlaufenden Testungen. Während in der Spitze der Corona-Welle etwa 9% der Tests ein positives Ergebnis gezeigt haben, ist der Anteil der wirklich positiven Tests kontinuierlich gesunken. Danach bewegte er sich mit leichten Schwankungen um einen Mittelwert von etwa 0,3%. Das heißt, dass von 1.000 Tests bei maximal 3 PCR-Tests ein Gen-Schnipsel nachgewiesen wird, von dem aus auf eine Infektion geschlossen wird.

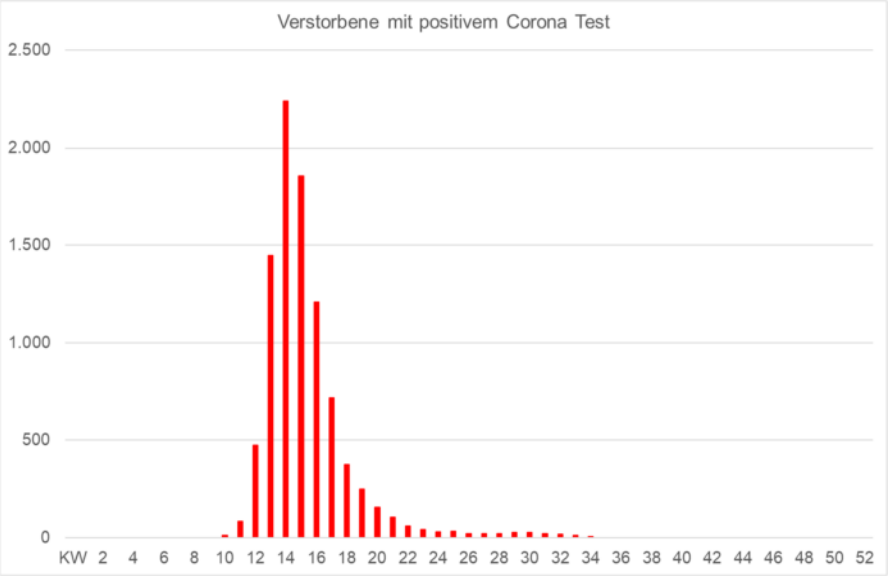
Auf der Basis der Zahlen vom RKI kann man zeigen, dass es zumindest in KW 28 praktisch keine Corona Erkrankten mehr gegeben hat und das sich in den letzten 12 Wochen die Anzahl der Erkrankten auf einem sehr geringen Niveau stabilisiert hat. Eine Analyse der Zahlen zur Sterblichkeit vom Statistischen Bundesamt der letzten Jahre beweist, dass der Verlauf der Corona Erkrankungswelle, einzuordnen ist wie jede durchschnittliche Grippewelle. Die Sterbezahlen in 2020 werden aller Voraussicht nach unter dem Niveau der letzten Jahre liegen. Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Virus‘ werden in ihrem Nutzen massiv überschätzt. Die Notwendigkeit von flächendeckenden Einschränkungen ist nicht erkennbar.

Die Zusammenfassung und der nachfolgende ausführliche Text soll Denkanstöße geben. Diese sollen und können eine Rücksprache mit einem Arzt nicht ersetzen.

Dr. A. Baum

Sterben ist mehr als der letzte Atemzug oder das Verlöschen des Pulsschlags. Sterben ist ein Prozess, der nicht von einer Minute auf die andere endet. Sterben betrifft nicht nur einen einzelnen Menschen, sondern sein gesamtes Umfeld: Familie, Freunde und Kollegen sowie Nachbarn sind betroffen. Trotzdem finden in der westlichen Zivilisation eine allgemeine Verdrängung und Tabuisierung des Todes statt. Über 70 Prozent der Deutschen sterben nicht zu Hause, sondern in Krankenhäusern und Altenheimen - der Tod verschwindet immer mehr aus dem Alltag. Demgegenüber wird der Tod medial häufig in einer Vielzahl von Nachrichten aufgegriffen. Bei Katastrophen, Kriegen oder Unfällen dreht es sich vor allem um die Anzahl der Toten.

Die Frage nach “Tod und Leben” wird in unserem Kulturkreis tabuisiert und selten öffentlich thematisiert. Auch im Zusammenhang mit der Corona-Krise wurde diese Frage nicht diskutiert. Die Zahl der Toten stieg in den ersten 6 Wochen dramatisch. Die Zahl der geschätzten, befürchteten Toten stieg von Tag zu Tag und die Hochrechnungen erreichten Größenordnungen, die den Eindruck erweckten, ganze Landstriche würden ausgerottet. Die medial aufbereiteten Bilder taten ein Übriges und verbreiteten Angst und Schrecken. Es war nicht die Zeit, um Tod und Leben abzuwägen und über Für und Wider der Corona-Schutzmaßnahmen und deren Folgen nachzudenken.

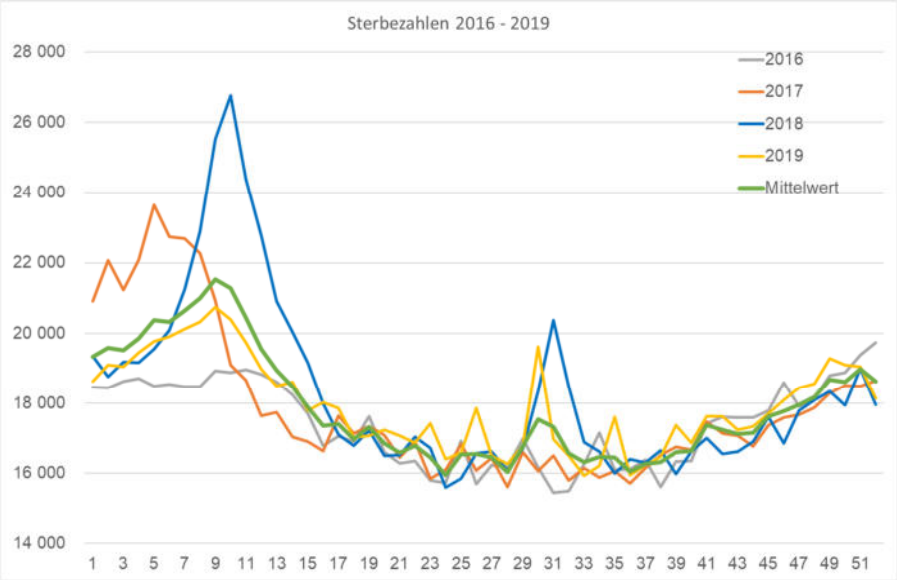


Heute können wir feststellen, dass die Zahl der Toten bei weitem nicht die befürchteten Größenordnungen erreicht hat. Die Anzahl der im Zusammenhang mit Corona Gestorbenen bewegt sich zum Glück auf niedrigem Niveau. Aber in unserem Land stehen viele Menschen am Abgrund. Die wirtschaftlichen Folgeschäden durch die Corona-Maßnahmen sind nicht mehr zu übersehen. Ganzen Berufsständen wurde die Existenzgrundlage entzogen.

Wir sollten innehalten und mit Umsicht bedenken, was nun die richtigen Entscheidungen für die Zukunft sind. Um dafür eine möglichst objektive Grundlage zu schaffen, werden hier die Fakten dargestellt und analysiert. Es ist erforderlich, Zahlen über das Sterben anzuschauen. Dies geschieht nicht aus Respektlosigkeit gegenüber den Toten und dem Sterben, sondern aus der Überzeugung, damit die richtigen Entscheidungen für das Leben zu treffen. Verwendet werden die Veröffentlichungen und Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI), einem Institut des Bundesministeriums der Gesundheit sowie des statistischen Bundesamtes. Alle Daten sind bei den entsprechenden Behörden frei verfügbar und nachprüfbar.

In Deutschland starben in den letzten Jahren im Durchschnitt 932 Tsd. Menschen im Jahr oder 18 Tsd. durchschnittlich jede Woche. Die Zahlen variieren leicht von Jahr zu Jahr und lagen mit 910 Tsd. in

2016 am niedrigsten und mit 955 Tsd. in 2018 am höchsten. Darüber hinaus variieren die Verläufe innerhalb der Jahre. Der wesentliche Grund dafür sind die umgangssprachlich sogenannten Grippewellen, die definitorisch im Herbst beginnen und mit dem nächsten Frühjahr enden. Neben dem Einfluss einer Sommer- und einer Wintergrippe sind auch die Auswirkungen heißer Sommer zu erkennen. Die Grafik verdeutlicht, dass der Verlauf von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich ist.



Von einer Influenza-Epidemie, Grippe-Epidemie oder Grippewelle spricht man, wenn 10–20 % der Bevölkerung infiziert sind. Sind die Ausbrüche nicht mehr regional begrenzt und verbreiten sich diese über die ganze Erde, spricht man von einer Pandemie. Pandemien gab es 1889 (Subtyp A/H2N2), 1918 (Spanische Grippe, Subtyp A/H1N1), 1957 (Asiatische Grippe, abermals Subtyp A/H2N2), 1968 (Hongkong-Grippe, Subtyp A/H3N2) und 1977 (Russische Grippe, wieder Subtyp A/H1N1). Auf diese Historie berufen sich Gesundheitsbehörden, laut denen vereinzelte Übergänge der Vogelgrippe-H5N1-Viren (Subtyp A/H5N1) auf den Menschen sowie die Influenza-Pandemie 2009/10 Anlass zu Besorgnis gaben.

Da sich in jeder Saison bei jeweils unterschiedlichen Witterungsverläufen ein anderer Cocktail aus Viren mit jeweils unterschiedlichen Auswirkungen auf Junge und Alte verbreitet, ergibt sich jedes Jahr eine unterschiedliche „Durchschlagskraft“ auf die Sterbezahlen. Auf Wochenbasis wurde ein Höhepunkt während der schwersten Grippewelle der letzten 30 Jahre mit der Welle 2017/18 mit 27 Tsd. Toten in einer Woche erreicht. Der Durchschnitt der letzten 4 Jahre liegt während der Grippewelle bei knapp 22 Tsd. Gestorbenen.

Ende Dezember 2019 wurde das WHO-Länderbüro China über Fälle einer unbekannten Lungenentzündung informiert, die in der Millionenmetropole Wuhan festgestellt wurden. Ein neuartiges Coronavirus (SARS-CoV-2) wurde Anfang Januar von den chinesischen Behörden als das verursachende Virus identifiziert. Ursprünglicher Infektionsort war ein Großhandelsmarkt, von wo aus sich das Virus binnen weniger Wochen über die ganze Welt ausgebreit hat.

Corona-Viren (CoV) sind eine große Familie von Viren und sie können Krankheiten von der Erkältung bis hin zu schweren Lungenentzündungen auslösen; Krankheiten, die sogar zum Tod führen können. Corona-Viren sind genetisch hochvariabel. Die von der chinesischen Stadt Wuhan ausgegangene

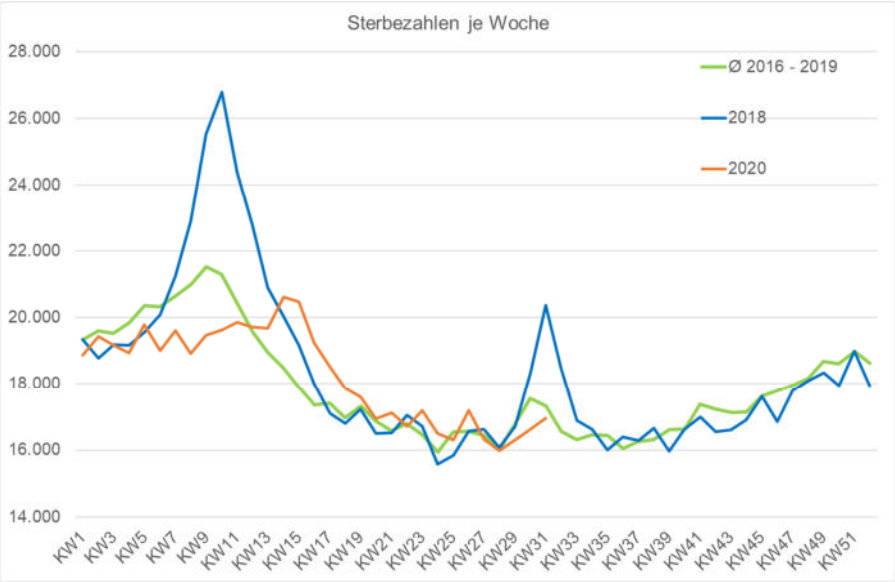
Coronavirus-Pandemie 2019/2020 wurde durch ein neuartiges Coronavirus, dem SARS-CoV-2-Erreger, ausgelöst. Die ausgelöste Erkrankung erhielt den Namen COVID-19.

Die Oberfläche von Influenza-Viren ist von Proteinen bedeckt, mit deren Hilfe das Virus in die Körperzellen eindringt und sich darin mit Hilfe der zelleigenen biochemischen Prozesse vermehrt. Die neu entstandenen Viren werden dann aus der Zelle freigesetzt. Je nachdem, wie stark das Immunsystem des Menschen ist, bemerkt dieser mehr oder weniger nichts von den Viren oder wird schwerstens krank bevor der Körper die Viren vollständig niederringen konnte.

Die saisonale Influenza wird seit Jahrzehnten von insgesamt vier Influenza-Subtypen oder –Linien verursacht. Von diesen Gruppen zirkulieren weltweit verschiedene Varianten. Von Saison zu Saison unterscheidet sich, welche Variante am häufigsten vorkommt. Während der Influenza-Pandemie 2009 trat erstmals Influenza A auf, die so genannte Schweinegrippe, und zirkuliert seitdem auch saisonal in Deutschland, zuletzt deutlich in der Saison 2018/19. Je nachdem, welche Gruppe von Viren eine Grippewelle dominiert, kommt es eher bei jüngeren Erwachsenen und Kindern oder bei älteren Menschen zu sehr schweren Erkrankungen und Todesfällen. Die Wahrscheinlichkeit von schweren Verläufen bis zum Tod steigt beim Vorliegen von Grundkrankheiten, insbesondere solchen, die eine Schwächung des Immunsystems oder der Atmungsorgane bewirken.

Corona-Viren werden hier eingeordnet und in Beziehung gesetzt zu Grippeviren. Corona-Viren und Influenza-Viren verbreiten sich auf die gleiche Art und Weise, stecken die Menschen auf ähnliche Art und Weise an und können die gleichen Krankheiten bis hin zum Tod auslösen. Coronaviren gab es auch schon vor 2019, und auch schon früher hatten diese ihren Anteil an den Erkrankungen und Sterbefällen früherer Grippewellen. Der wesentliche Unterschied ist, dass nun genau dieser Corona-Virus namentlich erwähnt, analysiert sowie auf ungeahnte Weise medial aufbereitet und wie unter einem Brennglas betrachtet wird.

Betrachtet man die Sterbezahlen des Jahres 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der letzten Jahre sowie zum Mittelwert der letzten Jahre ist, so ist es höchstens auffällig, dass die Sterbewelle sehr lange flach verläuft, um dann noch weiter abzufallen. Der Anstieg im Frühjahr ist niedriger als im Durchschnitt und weit geringer als bei der Grippewelle 2017/18.



In diesem Zusammenhang sei erinnert an die großen Ereignisse und Maßnahmen im Jahr 2020. Die Schulschließungen ab KW 11, der Lockdown ab KW 12, Anordnung zum Tragen der Maske ab KW 17, die großen Demonstrationen gegen Rassenfeindlichkeit rund um KW 26 oder zuletzt die großen Demonstrationen gegen die Corona-Maßnahmen rund um KW 30. Dabei ist auf Grund der zeitlichen Differenz zwischen Ansteckung und Ausbruch der Erkrankung ein Versatz von etwa 1-2 Wochen zu bedenken. Im Hinblick auf die Sterbezahlen ist ein statistisch relevanter Einfluss dieser Ereignisse nicht erkennbar.

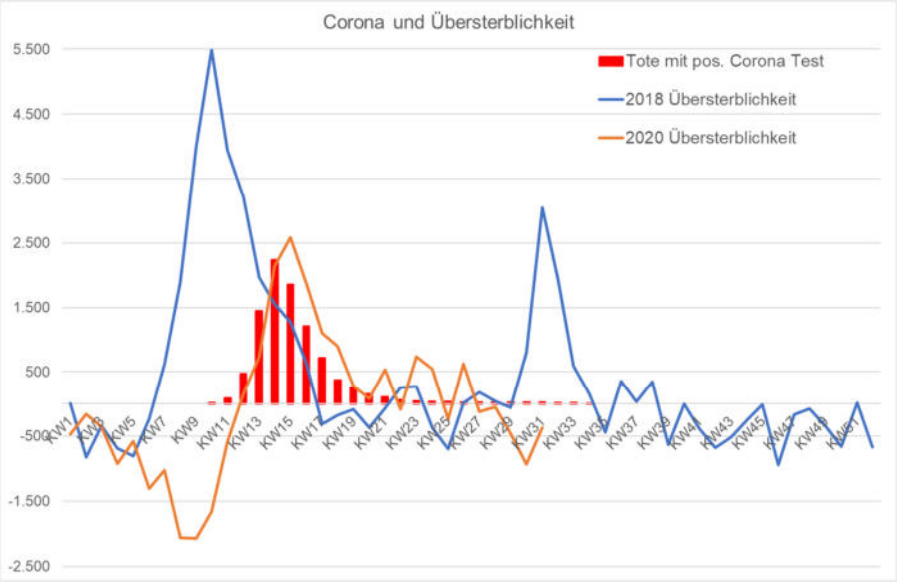
In 2020 starben in den ersten Wochen des Jahres weniger Menschen als im Durchschnitt der letzten Jahre und viel weniger als während der Grippewelle 2017/18. Der aktuelle Verlauf der Sterbezahlen in 2020 lässt keine höheren, sondern niedrigere Zahlen für das Jahr erwarten.

Todesfälle mit Influenza werden im Rahmen der Meldepflicht für Influenzavirus-Nachweise an das RKI übermittelt. Diese Daten sind als Grundlage für Hochrechnungen ungeeignet. Denn nicht bei allen Todesfällen wird auf Influenzaviren untersucht. Zudem wird der Tod nach einer Influenzainfektion meist durch eine anschließende bakterielle Lungenentzündung verursacht, so dass die Influenzaviren häufig nicht mehr nachweisbar sind. Die offizielle Todesursachenstatistik ist ebenfalls nicht aussagekräftig. Sie beruht auf den Angaben auf dem Totenschein, auf dem die Influenza praktisch nie als Todesursache eingetragen wird, sondern zum Beispiel die bakterielle Lungenentzündung oder eine vorbestehende Grunderkrankung wie Diabetes oder eine Herz-Kreislauferkrankung, die die Wahrscheinlichkeit eines schweren bzw. tödlichen Krankheitsverlaufs erhöht. Für die Erfassung der Anzahl der Todesfälle durch Influenza-Erkrankungen sind die Epidemiologen auf Schätz- und Modellwerte angewiesen, da einerseits keine grundsätzliche Meldepflicht für Atemwegserkrankungen besteht und zum andern bei Todesfällen Influenza-Diagnosen oftmals nicht berücksichtigt werden.

Um die Schwere und den Verlauf einer Krankheitswelle beschreiben zu können, wird die sogenannten Übersterblichkeit ermittelt. Das RKI errechnet diese, indem die Monatsdaten des Statistischen Bundesamtes zur Gesamtmortalität der Bevölkerung mit den Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza zum Verlauf der Grippewelle in Beziehung gesetzt werden. Die Zahl der mit Influenza in Zusammenhang stehenden Todesfälle wird – vereinfacht dargestellt – als die Differenz berechnet, die sich ergibt, wenn von der Zahl aller Todesfälle, die während der Influenzawelle auftreten, die Todesfallzahl abgezogen wird, die (aus historischen Daten berechnet) aufgetreten wäre, wenn es in dieser Zeit keine Influenzawelle gegeben hätte. Das Schätz-Ergebnis wird als sogenannte Übersterblichkeit bezeichnet. Die konservative Schätzung von Influenza-assoziierten Todesfällen in der Influenza-Saison 2017/2018 belief sich auf rund 25.100.

Auch bei Corona besteht eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der den Tod begründenden Erkrankung und der statistischen Einordnung. Nachdem über einen langen Zeitraum darüber gestritten wurden, ob man „mit“ oder „an“ Corona gestorben ist, hat es sich als sinnvoll erweisen, die Formulierung „im Zusammenhang mit“ Corona zu wählen.

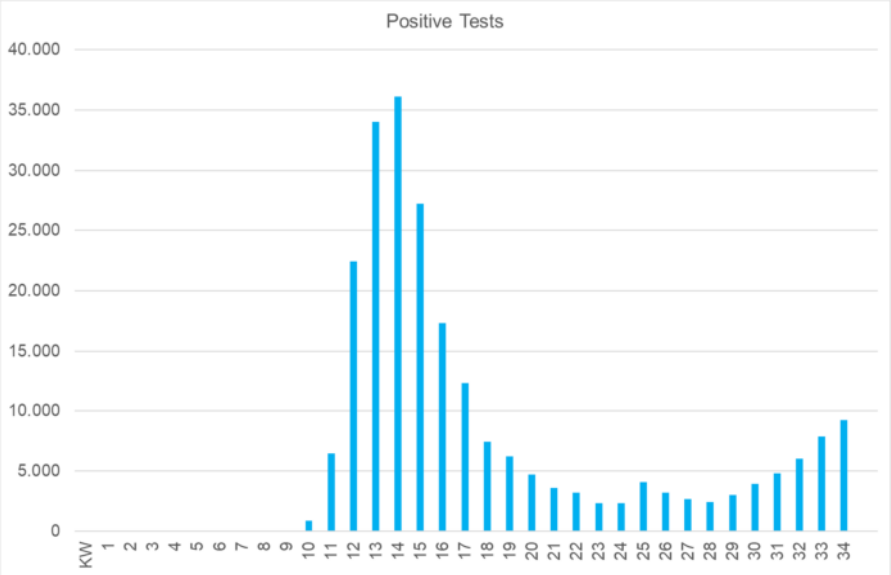
Definiert man entsprechend der oben geschilderten Schätzmethode die Übersterblichkeit als Differenz der Sterbezahlen des jeweiligen Jahres zum Durchschnitt der letzten Jahre, so ergeben sich folgende Daten für die ersten 34 Kalenderwochen: In 2018 ermittelt sich eine Übersterblichkeit von 20.789 Menschen, d.h. es gab 20.789 mehr Tote als im Durchschnitt der Jahre 2016-2019. Für 2020 ist der Wert mit -1.358 Menschen sogar negativ. Das heißt, trotz Corona und ausweislich rd. 9 Tsd. Menschen, die mit einem positivem Corona Test gestorben sind, liegt die Anzahl der Gestorbenen unter dem Durchschnitt.



Auf der Basis dieser statistisch gesicherten Daten wird das Jahr 2020 vermutlich ein Jahr mit einem durchschnittlichen Sterbeverlauf sein. Hätte man nur die üblichen Auswertungen erstellt, so würde man lediglich feststellen, dass sich die Grippewelle in 2020 zeitlich nach hinten verschoben hat und in ihrer Auswirkung eher durchschnittlich verlief.

Die sachliche Beschäftigung mit all diesen Daten führt also zu der Schlussfolgerung, dass die Krankheits- und Sterberate des Jahres 2020 sich normal oder „wie üblich“ darstellt.

Im Hinblick auf die Festlegung weiterer Maßnahmen wird von Seiten der offiziellen Stellen auf den Verlauf der Anzahl positiver Tests verwiesen. Von einem positiven Test spricht man, wenn in einer Probe durch einen sogenannten PCR-Test ein „Genschnipsel“ des Corona-Virus nachgewiesen wird. Die täglich vom RKI aktualisierten und in allen Medien veröffentlichten Daten zeigen, dass in KW 14 ein Höhepunkt mit etwa 37.000 erreicht war und nach einer Entspannung im Sommer nunmehr die Zahlen wieder steigen. Und dass alles trotz der bereits eingeleiteten Maßnahmen; eines Lockdowns und dramatischer Einschränkungen in das Leben der Menschen durch immer härtere Maßnahmen zur Durchsetzung der Corona-Schutzverordnungen. Die aktuell steigenden Werte führen zu der Vermutung, dass die bereits eingeleiteten Maßnahmen nicht ausreichen und weitere Einschränkungen notwendig sind.



Wie passen diese Zahlen zusammen mit dem Blick auf die Statistik der Gestorbenen? Und was bedeutet der Anstieg in den letzten Wochen für die Zukunft?

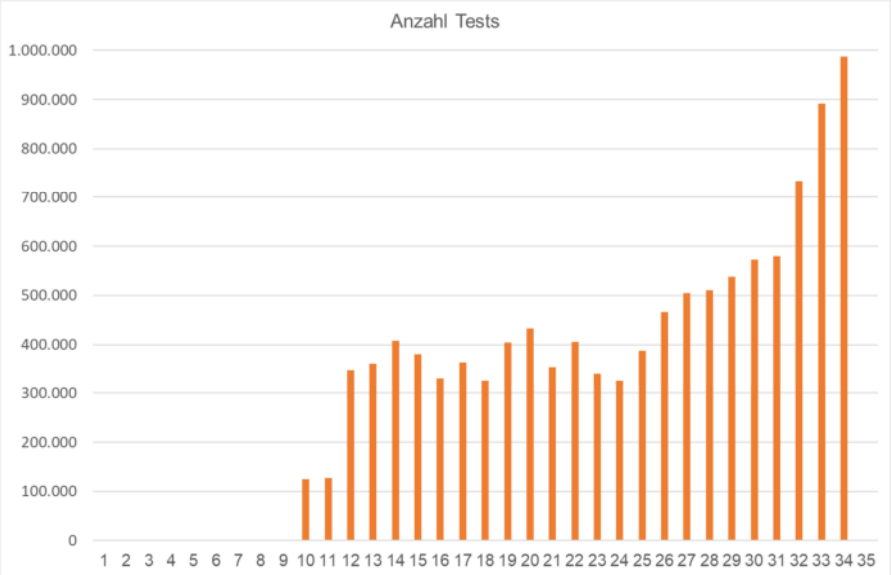
In der Bundesrepublik wurden in der 34. Kalenderwoche laut einer deutschlandweiten Laborabfrage des RKI fast 1 Mio. Labortests bezüglich des Coronavirus (SARS-CoV-2) durchgeführt. Seit Beginn der Erfassung wurden bisher rund 11 Millionen Proben (zu je etwa 40 Euro) getestet. Es haben sich 250 Labore für die RKI-Testlaborabfrage oder in einem der anderen übermittelnden Netzwerke registriert und übermitteln nach Aufruf überwiegend wöchentlich. Zusätzlich zur Anzahl durchgeführter Tests werden in der RKI-Testlaborabfrage und durch einen labormedizinischen Berufsverband Angaben zur täglichen (aktuellen) Testkapazität erfragt. Alle übermittelnden Labore machen Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 4 und 7 Arbeitstagen liegen. Daraus resultiert eine Testkapazität von aktuell rund 1,5 Mio. durchführbaren PCR-Tests je Woche zum Nachweis von SARS-CoV-2.

Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sind. Und es wird leider immer vergessen zu erwähnen, dass es sich hier erstmal nur um positive Tests handelt. Es wird damit keine Aussage getroffen über das Ausmaß der Erkrankung. Selbst Menschen, die keinerlei Auswirkungen einer Erkrankung spüren, werden erfasst. Gleichfalls werden Menschen, die an anderen Krankheiten sterben und „zufällig“ auch mit Corona infiziert sind, als Corona-Tote erfasst.

Auch die Qualität der Tests wird nicht weiter spezifiziert. Es gibt über 100 unterschiedliche PCR Tests. Dabei hat jeder Test seine spezifische Aussagekraft und Wahrscheinlichkeit einer Falschaussage. Die sogenannte Falsch-Positiv-Rate, d.h. ein positives Testergebnis, obwohl der Patient nicht an Corona erkrankt ist, schwankt in einem Bereich von etwa 0,25% bis zu 10% je nach Test. Es gibt fehlerhafte Test-Kits, es können durch Fehler in den Laboren falsche Ergebnisse entstehen. Qualität und Aussagekraft der jeweiligen PCR-Tests fließen in die Auswertungen nicht ein.

Völlig vernachlässigt wird, dass die Anzahl der positiven Testergebnisse natürlich ganz erheblich mit der Anzahl der durchgeführten Tests im Zusammenhang steht. Würde man nicht mehr testen, gäbe es keine positiven Testergebnisse mehr. Die Kurve würde auf Null sinken. Jedoch wurde die Anzahl der durchgeführten Tests in den letzten Wochen dramatisch gesteigert. Während wir in den ersten Wochen des Jahres glücklich darüber waren, dass wir 100 Tsd. Tests in der Woche durchführen konnten, haben

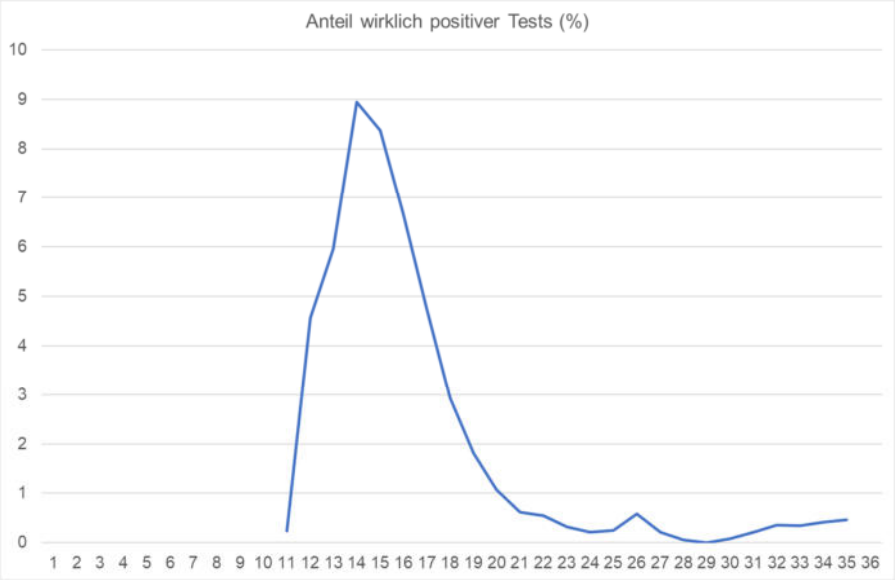
wir heute eine Testleistung von 1 Mio. Tests in der Woche erreicht. Das ist das 10-fache gegenüber den ersten Wochen. Damit ist statistisch zu erwarten, dass wir auch die zehnfache Anzahl positiver Tests erhalten! Wird die Anzahl der Tests weiter und weiter gesteigert, so erhöht sich alleine auf Grund der nicht vermeidbaren Falsch-Positiven-Rate die Anzahl der positiven Tests proportional.



Der Einfluss der Testanzahl kann mathematisch leicht herausgerechnet oder normalisiert werden, indem die Anzahl der positiven Ergebnisse durch die Anzahl der Tests geteilt wird. Damit ergibt sich eine Kennzahl von positiven Tests bezogen auf die durchgeführten Tests.

Da die Anzahl der positiven Testergebnisse durch die Falsch-Positiven-Rate künstlich in die Höhe getrieben wird, muss diese Rate abgezogen werden, um realistische Werte zu erhalten. Nimmt man 0,47% für diesen Wert an und subtrahiert die Quote der positiven Tests um diesen Wert, so ergibt sich der Verlauf, der hier bezeichneten wirklichen positiven Tests. Würde man die Falsch-Positiven-Rate noch höher ansetzen, würde die Kurve noch weiter sinken.

Erkennbar ist, dass in der Spitze der Corona-Welle etwa 9% der Tests ein positives Ergebnis gezeigt haben. Danach ist der Anteil der positiven Tests kontinuierlich gesunken bis auf 0% in KW 28. Danach bewegte er sich mit leichten Schwankungen um einen Mittelwert von etwa 0,3%. Das heißt, dass von 1.000 Tests bei maximal 3 Tests ein Gen-Schnipsel nachgewiesen wird, so dass auf eine Infektion geschlossen werden kann, wobei dadurch noch nichts über die Schwere der Symptome ausgesagt ist.



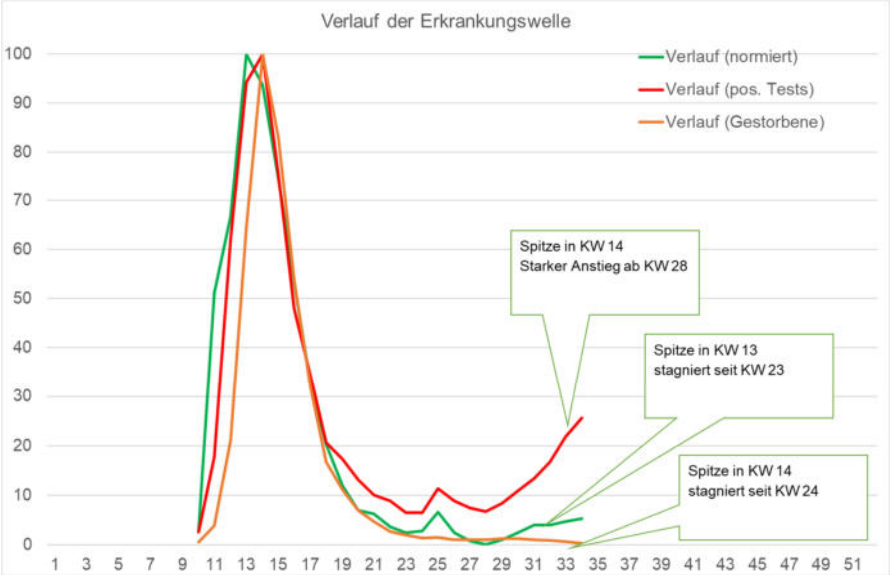
Damit ist erwiesen, dass es zumindest in KW 28 praktisch keine Erkrankten mehr gegeben hat und das sich in den letzten 12 Wochen die Anzahl der Erkrankten auf einem sehr geringen Niveau stabilisiert hat.

Um die bestmögliche Entscheidungsgrundlage zur Ableitung weiterer Maßnahmen zu bekommen, wird abschließend der gesamte Verlauf der Krankheitswelle dargestellt. Diese Darstellung erfolgt auf der Basis der zur Verfügung stehenden Daten, nämlich dem Verlauf der positiven Testergebnisse, dem korrigierten Verlauf der Testergebnisse und den Sterbezahlen der im Zusammenhang mit Corona gestorbenen Menschen. Um eine Darstellung in einer Grafik zu ermöglichen werden die Zahlen wie folgt normiert:

Bei der Darstellung des vorgeblichen Verlaufs wird die bekannte, veröffentlichte Kurve der positiven Testergebnisse lediglich normiert auf den Höchstwert, der damit zu 100% gesetzt wird. Das heißt, dass in der Woche, in der die 100% erreicht werden die Krankheitswelle ihr Maximum hatte. Kleinere Prozentwerte bedeuten dann eine geringere Höhe der Welle. Es ergibt sich die rote Kurve.

Bei der Darstellung der wirklichen Welle wird insbesondere das Hochfahren der Testanzahl berücksichtigt. Wie oben erläutert, wird auch eine Mindestanzahl von 0,47% Falsch-Positiver-Tests abgezogen. Es ergibt sich die grüne Kurve.

Bei der Darstellung der Welle auf der Basis der Sterbezahlen werden lediglich die veröffentlichten Zahlen der im Zusammenhang mit Corona Gestorbenen normiert auf den Höchstwert, der damit zu 100% gesetzt wird. Das heißt, dass in der Woche, in der die 100% erreicht werden, die Krankheitswelle gemessen an den Gestorbenen ihr Maximum hatte. Es ergibt sich die orange Kurve.



Das Ergebnis ist sofort erkennbar und in seiner Dramatik nicht zu überbieten.

Der Verlauf der Kurve der Test-Positiven zeigt einen deutlichen Anstieg ab etwa KW 28. Damit würden weitere Verschärfungen der Corona-Schutzmaßnahmen begründet werden können. Währe noch mehr getestet worden, so wäre der Anstieg noch steiler und in der Folge der herbeigetestete Handlungsdruck noch größer! Die Zusammenfassung des RKI im Bericht vom 28.8.2020 lautet: „Seit der 29. Kalenderwoche ist die kumulative COVID-19-Inzidenz der letzten 7 Tage insgesamt und in vielen Bundesländern stark angestiegen. Der Anteil an Kreisen, die keine COVID-19-Fälle übermittelt haben, ist deutlich zurückgegangen. Auch wenn die Fallzahlen in einigen Bundesländern wieder abnehmen, bleibt diese Entwicklung sehr beunruhigend…. Der Altersdurchschnitt der verstorbenen Fälle liegt bei 81 Jahren..“. Leider werden hier nur die absoluten Fallzahlen ohne Berücksichtigung der Anzahl der durchgeführten Tests berichtet. Damit ist die gegebene Einschätzung mindestens lückenhaft.

Der wirkliche Verlauf der Krankheitswelle zeigt weitgehende Stabilisierung ab KW 23 mit einer für eine Grippewelle völlig normalen Grunderkrankung von wenigen Menschen im Sommer, einer Sommergrippe und vermutlich leichtem Anstieg im Herbst. Dieser Verlauf wird bestätigt durch die Darstellung der Welle auf der Basis der Gestorbenen. Auch hier ist ab KW 24 eine Stabilisierung auf niedrigem Niveau zu verzeichnen.

Weniger offensichtlich, aber genauso erkennbar ist, dass der Abfall der Erkrankungen in Wirklichkeit noch mal 1-2 Wochen früher erfolgt ist, also noch vor dem Einleiten des Lock-Downs, vor den Ausgangsbeschränkungen und der Verordnung des Tragens einer Mund-Nase-Bedeckung.

Kommentiert [BB1]: Bitte den Sinn dieses Satzes überprüfen. Stimmt er noch?

Ein Land, das trotz erheblicher Kritik besonnen gehandelt hat, ist Schweden. Offensichtlich sind die Schweden den besseren Weg beschritten! Das Zuhause bleiben von Erkrankten wurde gefordert und gefördert! Damit hat Schweden angemessen auf die Grippewelle reagiert. Eine Grippewelle, die in diesem Jahr später einsetzte und dann vielleicht heftiger verlief, aber dafür auch wieder schneller abebbte.

Der Verlauf der Erkrankungen in Schweden stützt die These, dass die Anfang des Jahres auch in Deutschland propagierten Maßnahmen zur Handhygiene, Niesetikette und Einhaltung von Abstand insbesondere zu offensichtlich Erkrankten und älteren Menschen einen positiven Einfluss haben und ausreichend sind.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es sich bei dem Corona-Virus sicherlich um ein Virus handelt, der eine kritische oder sogar tödliche Krankheit auslösen kann. Vor diesem Hintergrund ist es geboten, die allgemeinen Hygieneregeln und Niesetikette sowie Abstandsregeln zu Menschen mit Gesundheitsrisiken zu beachten.

Für die Bevölkerung in Deutschland ist die Grippewelle 2020 gemessen an der Übersterblichkeit und am Verlauf der Erkrankungswelle einzuordnen wie jede durchschnittliche Grippe. Die Sterbezahlen in 2020 werden aller Voraussicht nach auf dem Niveau der letzten Jahre liegen. Die Übersterblichkeit von 2020 wird weit unter der des Jahres 2018 bleiben.

Sämtliche Maßnahmen zur Bekämpfung des Virus‘ kamen erst nach der natürlichen Spitze der Grippewelle und werden daher in ihrem Nutzen massiv überschätzt. Ein Anstieg der Erkrankungen oder gar eine Bedrohung der Bevölkerung ist auf der Basis der aktuellen Zahlen nicht ersichtlich.

Die Notwendigkeit von weiteren flächendeckenden Einschränkungen ist nicht erkennbar. Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass diese mit der gebotenen Umsicht abgeschafft werden können.