

Zum Lockdown

- So einfach ist es nicht!

Hintergründe zum Weihnachts-Lockdown 2020

A. Zur Begründung bzw. Kritik des aktuellen Lockdown

1.) Eine **Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften 'Leopoldina'** vom 8.12.2020 mit dem Titel "**Die Feiertage und den Jahreswechsel für einen harten Lockdown nutzen**"¹, führte unsere Regierung als wissenschaftliche Begründung für den jetzt verschärften Lockdown an.

Allerdings genügt die 4-seitige Stellungnahme offenbar nicht den wissenschaftlichen Standards und wird deshalb hart kritisiert.

Eine Grafik auf Seite 3 der Stellungnahme etwa soll belegen, dass ein harter und kurzer Lockdown wirksam sei mit dem Verweis darauf, in Irland seien die Zahlen der positiv Getesteten nach einem harten Lockdown gesunken, im Gegensatz zu Deutschland mit seinem leichten Lockdown.

Dazu schreibt Jörg P. Friedrich in der **Welt** vom 11.12.2020²:

„Da argumentiert man im Streit mit Klimawandelleugnern und Wissenschaftsfeinden seit Jahren, dass Korrelation keine Kausalität sei und dass man bei komplex vernetzten Systemen keinesfalls aus dem zeitlichen Zusammentreffen von Ereignissen auf einen kausalen Zusammenhang schließen könne – und dann wird von einer ‚wissenschaftlichen Arbeitsgruppe‘ (...) mal eben eine vermutete Kausalität aus zwei unterschiedlichen Verläufen in Irland und Deutschland abgeleitet.“

Und

"Da 'die Wissenschaft' nicht einfach sagen kann: ‚Wir haben eigentlich keine Ahnung, was hier wirklich passiert, wir können nicht erklären, warum in Sachsen die Infektionszahlen steigen und in Rheinland-Pfalz nicht‘, müssen die Bürger selbst zu Schuldigen erklärt werden."

Wie im Ärzteblatt zu lesen war, hat Prof. Michael Esfeld (Universität Lausanne und Mitglied der Leopoldina) seine Kollegen aufgefordert, die Stellungnahme umgehend zurückzuziehen, weil die Stellungnahme die Prinzipien wissenschaftlicher und ethischer Redlichkeit verletze.³

2.) Der **CoDAG-Bericht Nr. 4 des Statistik-Beratungslabors der Ludwig-Maximilian-Universität München**⁴ vom 11.12.2020 präsentiert eine von der ‚Leopoldina‘ abweichende Darstellung und zieht aus seinen Untersuchungen die drei Schlussfolgerungen:

-- Todesfälle durch COVID-19:

Adjustiert auf die Einwohnerzahl zeigt sich auch in der 2. Pandemiewelle keine ausgeprägte Übersterblichkeit:⁵

¹ https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_12_08_Stellungnahme_Corona_Feiertage_final.pdf

² <https://www.welt.de/kultur/plus222264910/Angela-Merkel-und-das-Leopoldina-Desaster.html>

³ <https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/139254>

⁴ <https://corona.stat.uni-muenchen.de/>

⁵ siehe auch **Anhang IV.** und Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung Sterbefälle 2016-2020 vom 18.12.2020
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>

"Insgesamt ist somit in der zweiten Welle der Pandemie bisher keine herausstechende Übersterblichkeit zu beobachten, bei der jungen Bevölkerung zeigt sich sogar eher eine Untersterblichkeit."
[Seite 4]

-- Problematische Entwicklung der Fallzahlen bei den Hochbetagten:

Die bisherigen Corona-Maßnahmen verfehlen notwendigen Schutz der Ältesten

"In diesem Zusammenhang ist auch kritisch zu hinterfragen, ob die neusten verschärften Einschränkungen, die primär auf die unter 85-Jährigen abzielen, zielführend sein können, um die vulnerable und hochbetagte Bevölkerung zu schützen (...)" [Seite 6]

-- Aktuelle Analysen zum Verlauf der Pandemie: Kein deutlicher Rückgang nach dem Lockdown.

Seit der 3. Oktoberwoche gibt es insgesamt einen stabilen Verlauf

"(...) Der R-Wert liegt aktuell bei einem Wert von 1, was auf konstante gemeldete Infektionszahlen hinweist. Eine weitere Reduktion der Zahlen nach dem Lockdown von 2.11. ist nicht zu erkennen (...)." [Seite 11]

B. Zur Gefährlichkeit der Corona-Epidemie

3.) Das European Center for Disease Control (ECDC) ⁶ veröffentlicht täglich die Anzahl der Covid-19-Fälle (positiv Getestete) und der Covid-19-Toten der einzelnen europäischen Länder

Zum Vergleich sind in den Anhängen beigefügt

I.) die Fallzahlen Stand **28.9.2020**, die erste "Welle" von März bis Ende Sept.2020 betreffend, darin:

EU: 3.195.947 Positive und 188.780 Tote

BRD: 285.332 Positive und 9.460 Tote

und

II.) die Fallzahlen Stand **14.12.2020**, die erste und zweite "Welle" von März bis Dez. 2020 betreffend, darin:

EU: 15.083.443 Positive und 375.147 Tote

BRD: 1.337.078 Positive und 21.975 Tote

Daraus ist ersichtlich, dass die Todeszahlen der EU in der 1. Welle (März bis Ende September: 188.780 Tote) ähnlich hoch sind wie in der 2. Welle (ab Ende September bis 14. Dezember: 186.367 Tote) - zumindest bis jetzt.

Sie werden wahrscheinlich noch etwas steigen, denn die 2. Welle befindet sich zwar bereits auf dem absteigenden Ast (Stand 14.12.2020)⁷, verläuft aber in den einzelnen Ländern zeitlich versetzt und wird sich wohl noch bis Januar 2021 hinziehen, da eine epidemische Welle in jeder Region i.d.R. etwa 3 Monate dauert.

Während die Zahl der **Todesfälle** in beiden Wellen etwa **gleich hoch** liegt, ist auffällig, dass die Zahl der positiv Getesteten in der 2. Welle etwa **fünfmal höher** ist als in der 1. Welle. Daher ist es nicht möglich, aus der Zahl der Positiven auf eine zu erwartende Zahl von Toten zu schließen.

Der Verlauf ist in den einzelnen Ländern unterschiedlich, wobei sich die Todeszahlen offenbar vor allem in den Ländern, die in der ersten Welle weniger betroffen waren, jetzt mehr als verdoppeln - sehr deutlich bspw. in Polen und Tschechien. Auch in der BRD liegt die Zahl der Todesfälle deutlich höher als bei der 1. Welle, in Schweden dagegen ist sie bisher nur um 1.634 Fälle (von 5.880 auf 7.514) gestiegen.

⁶ <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea> - Das ECDC veröffentlichte die Zahlen bis zum 14.12.2020 täglich, seitdem nur noch wöchentlich.

⁷ <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea> - Das ECDC veröffentlicht dort auch die jeweils aktuelle Kurve

Um die Gefährlichkeit der Epidemie einschätzen zu können, müssen die oben genannten Sterbefälle durch/ mit Corona immer ins Verhältnis gesetzt werden zur allgemeinen Sterblichkeit in einer Bevölkerung, um daraus ggf. eine Übersterblichkeit (= deutlich mehr Todesfälle pro Jahr als im Durchschnitt zu erwarten) zu ermitteln. In der westlichen Welt verstirbt jährlich gut 1 % der Bevölkerung (und etwas weniger werden geboren).

In der BRD bspw. sterben pro Jahr zwischen 900.000 und 940.000 Menschen.⁸ Bei einer Varianz von ca. 40.000 kann man demnach bei 24.000 Corona-Toten in der BRD nicht von einer deutlichen Übersterblichkeit sprechen. Gleiches gilt auch für die derzeit 500 bis 600 gemeldeten Corona-Toten im Verhältnis zu den etwa 2.700 Personen, die *durchschnittlich* täglich bei uns sterben, denn die an/mit Corona Gestorbenen versterben *nicht zusätzlich* zu den 2.700 ‚statistisch‘ Verstorbenen. (siehe auch CoDAG-Bericht Nr. 4).

Auch der Vergleich mit vergangenen Epidemien ist für eine Einschätzung der Gefährlichkeit notwendig. An der Infuenza verstarben bspw. bei der Epidemie 2017/2018 laut RKI in der ersten 3 Monaten des Jahres 2018 rund 25.000 Menschen.⁹

4.) Nicht nur Prof. Hendrik Streeck¹⁰ und der Vorstand der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Andreas Gassen¹¹ weisen darauf hin, dass zur Einschätzung der Gefährlichkeit der Epidemie nicht der Blick auf die "Neuinfektionen" sondern der auf die Sterbefälle das Wichtige ist. Dies vor dem Hintergrund, dass nur ca. **20 % der positiv Getesteten Krankheitssymptome** aufweisen, somit als krank gelten können und am Infektionsgeschehen teilnehmen.

Die Darstellung, dass auch gesunde Personen andere Menschen anstecken können, ist weder belegt noch aus medizinischer Sicht plausibel. Sie wirkt allerdings auf die Bevölkerung extrem verunsichernd, indem daraus die Angst entsteht, andere Personen trotz eigener Unempfänglichkeit für das Virus (bzw. eigener Immunität) anstecken zu können. Wenn eine solche Darstellung auch auf Geimpfte ausgedehnt wird - wie von Karl Lauterbach geäußert - dann wird die in Aussicht gestellte ‚Problemlösung durch die Impfung‘ völlig ad absurdum geführt.

C. Zur Krankenhausüberlastung durch die Epidemie

5.) Auslastung der Kliniken

*"Die Zahl der Neuinfektionen allein ist noch nicht aussagekräftig darüber, ob unser Gesundheitssystem mit der Pandemie umgehen kann. Entscheidend ist die Lage in den Kliniken. Um diese Informationslücke zu schließen, stellen wir die Angaben für alle **Helios Kliniken** täglich auf unserer Webseite zur Verfügung"*¹²

Am 15.12.2020 heißt es dort:

"Zurzeit ist die Lage in unseren Kliniken weitgehend unkritisch. Allerdings gibt es deutliche regionale Unterschiede."

Ersichtlich ist ersteres in der Übersicht für den 15.12.2020 [Anhang III.] wonach bei der Auslastung "Liegende Fälle insgesamt" die "gemittelte Fallzahl des Vorjahreszeitraum" seit Ende Oktober zu keiner Zeit erreicht war.

Das ist zunächst beruhigend. Es bleibt die Frage, warum nicht das staatliche Robert-Koch-Institut

⁸ <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1608075094566&code=12613#abreadcrumb>

⁹ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106375/Grippewelle-war-toedlichste-in-30-Jahren>

¹⁰ <https://www.daserste.de/information/nachrichten-wetter/ard-extra/videosextern/ard-extra-die-corona-lage-344.html>, im Video ab 12. Min

¹¹ <https://www.rnd.de/politik/ein-lockdown-ist-keine-langfristige-strategie-kassenarzt-chef-gassen-im-interview-6YIIQAJ6ENHJTCPMVVRHPPDJ5E.html>

¹² <https://www.helios-gesundheit.de/qualitaet/auslastung/>

sondern der Klinik-Konzern Helios eine solche "Transparenz-Offensive" eröffnet und seine Auslastungszahlen veröffentlicht.

6.) Klinikschließungen

„Während und trotz der Pandemie haben 13 Krankenhäuser geschlossen, und für 19 Kliniken wurde ein entsprechender Beschluss gefasst. Es geht um **3.400 Betten und 6.000 Beschäftigte** - mindestens. Und ob Kreiskrankenhaus oder Großklinik: Fast alle haben oder hatten sie Notaufnahmen, Intensivbetten, Chirurgie und innere Medizin - und haben Corona-Patienten behandelt oder den benachbarten Kliniken den Rücken freigehalten für deren Corona-Station. (...)

Während zu den nicht-medizinischen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht und Quarantäne alle zwei Wochen große Regierungs-Pressekonferenzen stattfinden, werden die fatalen Klinikschließungen still und leise vorgenommen“, schreibt die Initiative **Gemeingut in BürgerInnenhand (GiB) e.V.** in einer Pressemitteilung vom 10.12.2020 ¹³

In Deutschland schließen seit Jahren fast monatlich Krankenhäuser. Bundesregierung und Bundesländer fördern Klinikschließungen über einen Strukturfonds mit jährlich bis zu 750 Mill. €.

„Zu den Impulsgebern aktueller Schließungen gehört die Bertelsmann Stiftung, die mit einer Studie im Juli 2019 die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft empfohlen hat. Die Gutachter legten die Reduktion von 1.400 Plankrankenhäusern auf nur noch 330 Super-Kliniken nahe. (...) Profiteure werden die fünf großen privaten Klinikkonzerne sein: Fresenius, Helios, Sana, Asklepios und Rhön-Kliniken. Sie werden im Gegensatz zu öffentlichen Krankenhäusern in der Lage sein, große Zentralkliniken einzurichten. Der weiteren Privatisierung im Krankensektor wird damit Tür und Tor geöffnet.“

7.) Abbau von Intensivbetten

Auf der Internetseite [dashboard-deutschland.de](https://www.dashboard-deutschland.de) des Statistischen Bundesamtes (Destatis) ¹⁴ findet sich am 17.12.2020 zum Thema **Krankenhauskapazitäten** der Eintrag:

Neben der Zahl der intensivmedizinisch betreuten Covid-19 Patienten*innen ist es ebenfalls wichtig zu wissen, wie es um die Kapazitäten der Krankenhäuser bestellt ist. In der folgenden Grafik wird dargestellt, wie sich die Intensivbettenauslastung im Zuge der Pandemie entwickelt hat.

- Nach Angaben des DIVI-Intensivregisters waren am 16. Dezember 2020 83,21 Prozent der aktuell betreibbaren 27.081 Intensivbetten der Krankenhäuser in Deutschland belegt.
- 17,86 Prozent der Intensivbetten waren mit COVID-19-Patientinnen und Patienten belegt.

Aus den Zahlenangaben in der dortigen interaktiven Grafik „Intensivbetten“ ergibt sich allerdings, dass sich die Verknappung der freien Intensivbetten weniger aus der steigenden Zahl von Intensivpatienten, sondern vielmehr aus der Verringerung der betreibbaren Intensivbetten ergibt, denn die Anzahl der Intensivbetten sank in der Zeit vom 3.8. bis 16.12.2020 um 5.948 Betten:

Datum	belegte Betten	freie Betten	Gesamtzahl der betreibbaren Intensivbetten
3.8.2020	20.785	+ 12.244	= 33.029
5.8.2020	21.340	+ 9.048	= 30.388
2.11.2020	20.921	+ 7.893	= 28.814
6.12.2020	21.639	+ 5.539	= 27.178
16.12.2020	22.535	+ 4.546	= 27.081

¹³ <https://www.gemeingut.org/> und <https://www.gemeingut.org/klinkrettung-jetzt-aufruf-unterschreiben/>

¹⁴ <https://www.dashboard-deutschland.de/#/themen/gesundheit/gesundheit>

8.) Corona-Fälle und Corona-Verdachts-Fälle

In einer Studie der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) vom 26.11.2020 **Effekte der SARS-CoV-2 Pandemie auf die stationäre Versorgung im ersten Halbjahr 2020 - Eine Analyse der § 21 Routinedaten an 421 Kliniken.**¹⁵ wird auf Seite 2 ausgeführt:

"Im ersten Halbjahr 2020 wurden in den beteiligten Kliniken rund 2,8 Mio. Fälle behandelt was ca. 35% aller deutschen Krankenhausfälle repräsentiert. (...)

In dieser Zeit wurden 14.783 Fälle mit einer nachgewiesenen Corona-Infektion stationär behandelt. (...) Erstaunlicherweise fanden wir mit 46.919 eine viel höhere Zahl von stationären Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose einer COVID-Erkrankung, allerdings ohne Nachweis der Infektion im Labor, behandelt wurden (U07.2)." und

"Ganz offensichtlich handelte es sich bei diesen Patienten um eine andere Population als bei den nachgewiesenen COVID-Fällen." [Seite 3].

Der Hinweis, dass in den Krankenhaus-Statistiken **mehr Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen (SARI) als ‚Corona-Patienten‘** geführt wurden, als tatsächlich durch das Vorliegen eines positiven PCR-Testes bestätigt wurden, war bereits im Frühsommer im Ärzteblatt zu finden. Dort wurde am 2.6.2020 die Vorstudie des IQM e.V. veröffentlicht, die ein ähnliches Ergebnis für die Zeit bis Ende April 2020 beinhaltet:

„Im Untersuchungszeitraum wurden 16.614 Patienten mit COVID 19 behandelt, von denen bei 5.837 der Virusnachweis und bei 10.777 der klinische Verdacht auf COVID codiert war.“¹⁶

9.) Aus den vorgenannten Darstellungen kann der Schluss gezogen werden, dass, wenn unser Gesundheitssystem derzeit - wenn auch nur in Teilen - an seine Belastungsgrenzen stößt, dies nicht unbedingt der Corona-Epidemie geschuldet ist. Offenbar arbeiten die Krankenhäuser (ebenso wie die Alten- und Pflegeheime) vor allem wegen Personalmangels bereits seit Jahren an ihren Grenzen - durch Corona wird dieser Zustand nur offensichtlich.

Umso fragwürdiger ist es, dass das Corona-Krisen-Management keine einzige Maßnahme enthält, um diesen Mißstand zu beseitigen. Der derzeitige Lockdown jedenfalls, der eher eine weitere Belastung für das Gesundheitssystem und seine Mitarbeiter*innen darstellt, dürfte dafür nicht das geeignete Mittel sein. Höhere Löhne, bessere Arbeitsbedingungen und mehr Anerkennung für das medizinische Personal sowie eine Ausbildungs- und Anstellungskampagne wären wohl eine (bessere) Alternative.

¹⁵ <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/effekte-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-stationaere-versorgung-im-ersten-halbjahr-2020>

¹⁶ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214548/Effekte-von-COVID-19-Pandemie-und-Lockdown-auf-die-Versorgung-von-Krankenhauspatienten>

EU/EEA and the UK	Sum of Cases	Sum of Deaths	14-day cumulative number of COVID-19 cases per 100 000	14-day cumulative number of COVID-19 deaths per 100 000
Spain	716 481	31 232	319.9	3.2
France	538 569	31 727	235.0	1.2
United_Kingdom	434 969	41 988	99.7	0.5
Italy	309 870	35 835	36.6	0.4
Germany	285 332	9 460	30.1	0.1
Romania	122 673	4 718	98.8	2.9
Belgium	114 085	9 980	167.4	0.4
Netherlands	111 510	6 365	170.6	0.7
Sweden	90 923	5 880	42.7	0.2
Poland	87 330	2 432	34.7	0.6
Portugal	73 604	1 953	93.6	0.8
Czechia	64 597	606	266.8	1.4
Austria	43 466	787	114.4	0.3
Ireland	34 990	1 802	81.7	0.4
Denmark	26 637	649	127.8	0.3
Hungary	24 716	749	127.0	1.1
Bulgaria	20 055	796	30.5	1.1
Greece	17 444	379	39.2	0.7
Croatia	16 197	272	65.4	1.2
Norway	13 406	270	28.9	0.1
Finland	9 682	343	20.0	0.1
Slovakia	9 078	44	65.1	0.1
Luxembourg	8 357	124	189.4	0.0
Slovenia	5 350	136	79.2	0.2
Lithuania	4 385	91	37.6	0.1
Estonia	3 200	64	39.6	0.0
Malta	2 929	29	116.7	2.8
Iceland	2 623	10	128.3	0.0
Cyprus	1 696	22	19.4	0.1
Latvia	1 676	36	10.5	0.1
Liechtenstein	117	1	15.6	0.0
Total	3195947	188 780	NA	NA

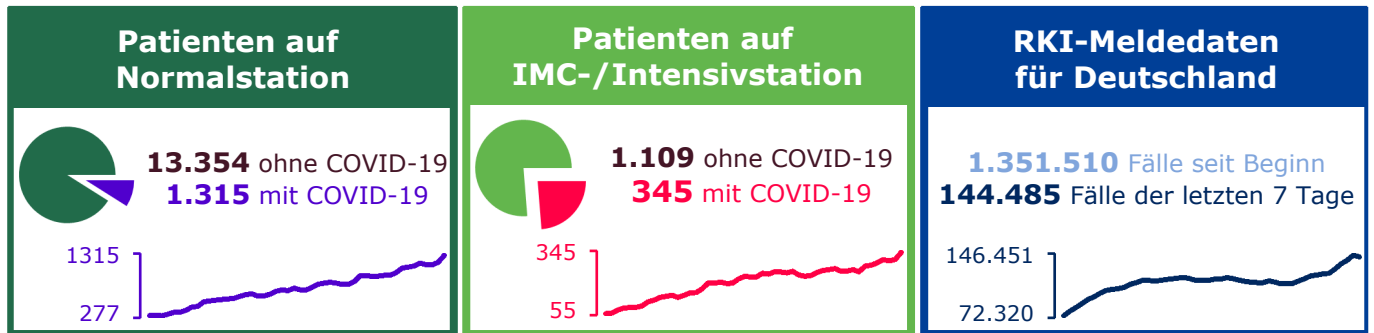
From end of August 2020, Swedish authorities are performing daily data consolidation leading to data retro-corrections. From week 38, the Swedish Public Health Agency will update COVID-19 daily data four times per week on Tuesday–Friday. Hence, the cumulative figures and related outputs include cases and deaths from the previous 14 days with available data at the time of data collection.

As of 24 August 2020, Authorities in Luxembourg report COVID-19 cases and deaths from their resident population only. Therefore, the difference with the figure from 27 August is translated into a negative value for the cases and deaths reported on 28 August 2020

EU/EEA and the UK	Sum of Cases	Sum of Deaths	14-day cumulative number of COVID-19 cases per 100 000	14-day cumulative number of COVID-19 deaths per 100 000
France	2376852	57911	236.3	8.3
United_Kingdom	1849403	64170	348.2	8.9
Italy	1843712	64520	428.3	15.9
Spain	1730575	47624	218.1	6.3
Germany	1337078	21975	341.1	6.9
Poland	1135676	22864	396.6	15.4
Netherlands	612746	10034	546.7	4.0
Belgium	608001	17951	268.2	11.4
Czechia	581079	9609	576.1	13.8
Romania	556335	13385	436.8	11.3
Portugal	348744	5559	524.9	11.0
Sweden	320098	7514	738.8	5.0
Austria	320036	4400	472.5	16.9
Hungary	283870	7130	683.0	23.6
Bulgaria	179449	5688	528.0	26.8
Croatia	175886	2640	1208.8	22.8
Slovakia	132984	1175	500.0	6.6
Greece	124534	3625	189.3	12.2
Denmark	109758	941	523.7	1.9
Slovenia	96314	1459	1006.0	25.6
Lithuania	95021	825	1205.9	11.4
Ireland	76185	2124	80.4	1.5
Luxembourg	41272	396	1189.0	14.7
Norway	40022	387	99.0	1.1
Finland	30810	453	112.0	1.1
Latvia	25675	349	453.1	7.9
Estonia	18055	149	453.1	2.8
Cyprus	15101	78	538.6	3.4
Malta	11101	166	273.3	6.7
Iceland	5557	28	49.3	0.6
Liechtenstein	1514	18	628.0	7.8
Total	15083443	375147	NA	NA

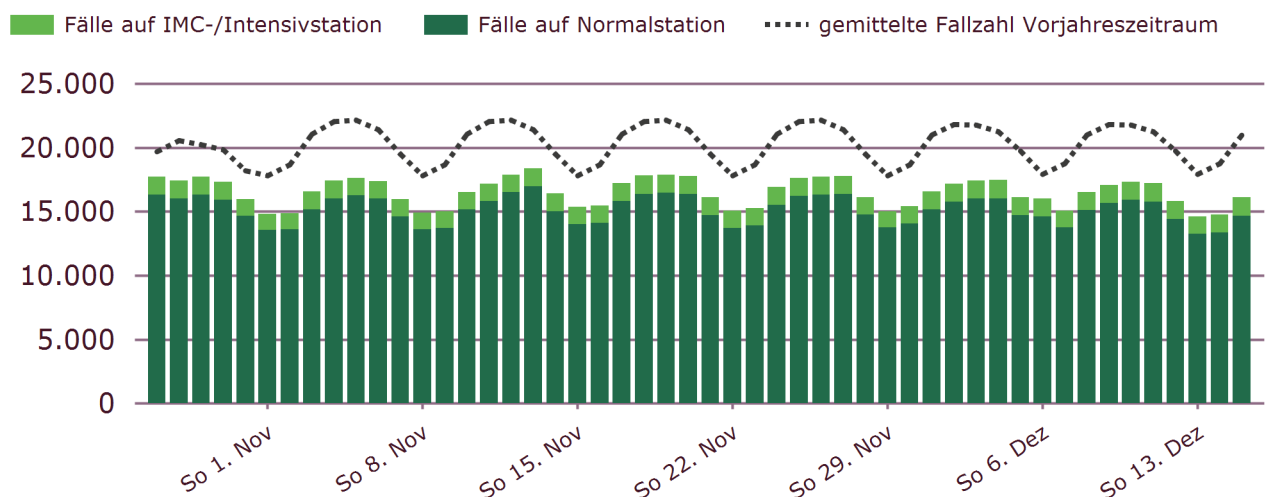
Information zu aktuellen COVID-19-Fallzahlen

Übersicht Dienstag, 15. Dezember 2020

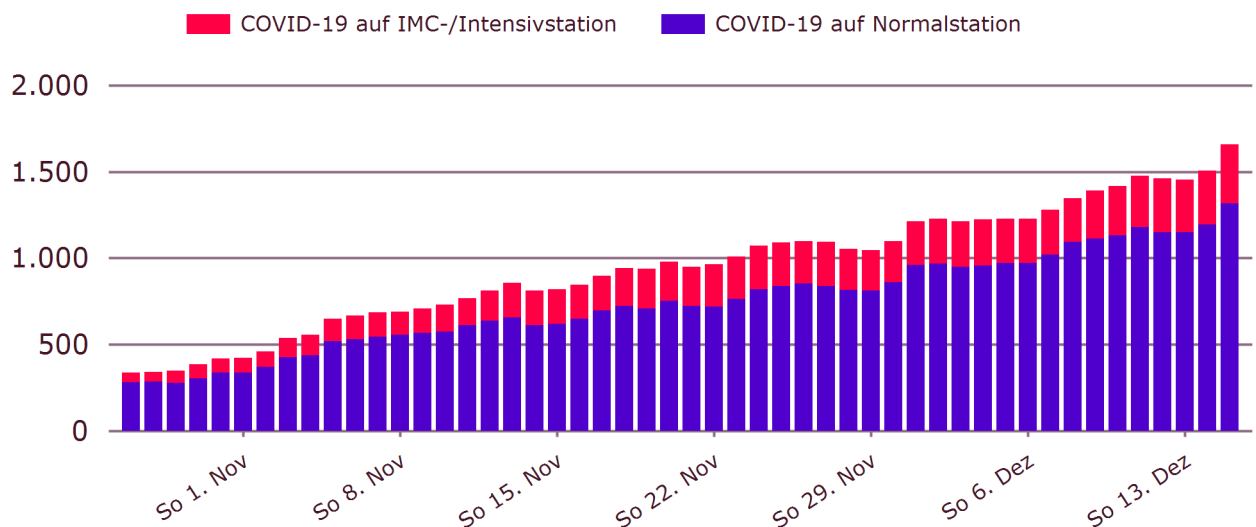


In den Mini-Liniendiagrammen sind die Fälle im zeitlichen Verlauf seit 27.10.2020 dargestellt.

Liegende Fälle gesamt

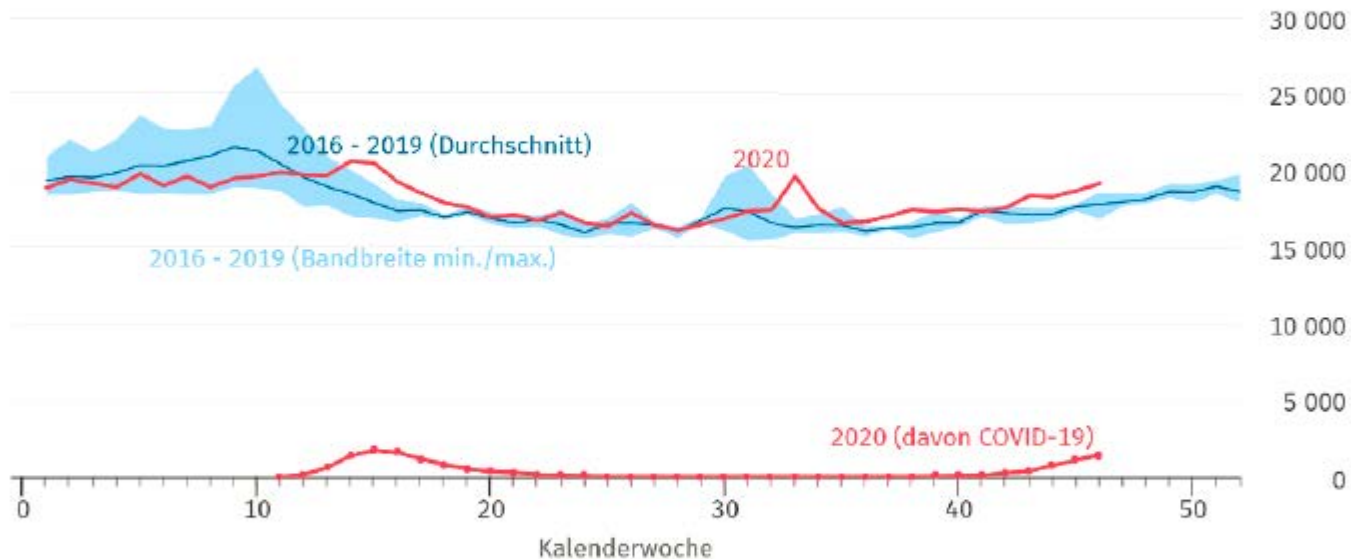


Liegende Fälle mit COVID-19



2.1.7 Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland * Aktualisiert

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland



Quellen: Sterbefallzahlen insgesamt: Statistisches Bundesamt, COVID-19-Todesfälle: Robert Koch-Institut

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020

➤ Pressemitteilung Nr. 500 vom 11. Dezember 2020:
Sterbefallzahlen in der 46. Kalenderwoche 8% über dem Durchschnitt der Vorjahre