

## Corona als Krisensymptom?

### Thesen zu Ursachen und historischen Bedingungen eines globalen Nervenzusammenbruchs

Dieser Beitrag versammelt einige Überlegungen zur Corona-Krise, die im Rahmen diverser Diskussionen in wert-enspaltungskritischen Kreisen über die Pandemie und die Wirksamkeit wie Verhältnismäßigkeit der politischen Maßnahmen, deren Begründungen und die Art und Weise ihrer Durchsetzung entwickelt wurden. Im Zentrum steht die These, dass die Pandemie und insbesondere die gesellschaftliche Reaktion darauf in den Kontext der finalen Krise des warenproduzierenden Systems und einer damit verbundenen fortschreitenden „Verwilderung“ der Gesellschaft einzuordnen sind. Diese Verwilderung beschränkt sich nicht nur auf Corona (angeblich) verharmlosende und bagatellisierende Einstellungen sowie „verschwörungstheoretische“ Tendenzen im Umfeld von Maßnahmenkritikern und sogenannten „Coronaleugnern“, wie sie auch in wert-enspaltungskritischen Kontexten primär ins Visier genommen werden<sup>1</sup>, sondern umfasst, wie wir argumentieren möchten, auch und gerade die allgemeine politische und gesamtgesellschaftliche Reaktion auf die Ausbreitung von SARS-CoV-2 und die Anstrengungen zu ihrer Bekämpfung.

Auch wenn die Faktenlage umstritten, schwer überschaubar und teilweise widersprüchlich, die Datenqualität darüber hinaus zum Teil sehr mangelhaft ist, liegt inzwischen eine Fülle an Material vor, das den Schluss nahelegt, dass zahlreiche schwerwiegende und historisch einzigartige Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung (z.B. Lockdowns) zur Bekämpfung eines für bestimmte Bevölkerungsgruppen zwar durchaus gefährlichen, epidemiologisch und mit Blick auf die gesamte Bevölkerung jedoch eher mäßig bedrohlichen Virus zur Anwendung gebracht wurden, dessen Sterblichkeit in den meisten westlichen Staaten in der Größenordnung mittelschwerer Grippewellen liegt. Gerade für den Schutz „vulnerabler Gruppen“ (vor allem alte und hochbetagte Menschen mit Vorerkrankungen) erwiesen sich die ergriffenen Maßnahmen darüber hinaus als wenig effektiv – abzulesen etwa am hohen Anteil von Pflegeheimbewohner/innen an den Corona-Toten, der in den meisten westlichen Ländern zwischen 30 und 60 Prozent liegt.<sup>2</sup> Nicht selten kamen diese gerade durch die ergriffenen Maßnahmen selbst zu Schaden (z.B. durch Einsamkeit infolge sozialer Isolation oder durch eklatante Pflegemängel, u.a. durch den quarantänebedingten Ausfall von – oftmals gesundem und arbeitsfähigem – Pflegepersonal). Diese Faktenlage steht in eklatantem Widerspruch zu den offiziell von Regierungen kolportierten Zahlen und der darauf beruhenden politischen und medialen Kommunikation. Letztere baut im Grunde seit Beginn der Pandemie das Horrorszenario einer menscheitsbedrohenden Seuche auf und instrumentalisiert die auf diese Weise geschürte und durch einen medialen Propagandaapparat zusätzlich befeuerte „Corona-Angst“<sup>3</sup> für die weitreichendsten Grundrechts- und Freiheitseinschränkungen seit dem Zweiten Weltkrieg. All dies kulminiert mittlerweile in einer globalen Impfkampagne, die

---

<sup>1</sup> H. Böttcher/L. Wissen (2021): *Zwischen Selbstbezüglichkeit und Solidarität? Corona in der Leere des Kapitalismus*, [exit-online.org](https://www.exit-online.org)

H. Böttcher (2021): *Vom Lockdown-light über Impfung zum rechtssicheren Sterben in Freiheit*.

*Beobachtungen zu Corona aus wertenspaltungskritischer Perspektive*, [exit-online.org](https://www.exit-online.org)

Siehe ebenso das Editorial der exit! 18/2021, online abrufbar unter [exit-online.org](https://www.exit-online.org)

<sup>2</sup> Comas-Herrera et al. (2020): *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*, [ltccovid.org](https://www.ltccovid.org)

<sup>3</sup> Maaz et al. (2021): *Corona – Angst. Was mit unserer Psyche geschieht*, Berlin.

in historisch beispielloser Geschwindigkeit auf den Weg gebracht wurde, und selbst die Hersteller der Impfstoffe geben zu, dass deren Wirksamkeit und potentielle Langzeitschäden unbekannt seien.<sup>4</sup> Gleichwohl nehmen die Impfkampagnen, trotz zahlreicher, teils schwerer Impfnebenwirkungen, inzwischen die Form massiver Drangsalierung von Menschen an, die eine Impfung ablehnen oder dieser skeptisch gegenüberstehen – bis hin zum Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben („Grüner Pass“)<sup>5</sup> sowie indirekten und direkten Formen des Impfwangs.<sup>6</sup>

Es stellt sich mithin die Frage, wie eine derartige Entwicklung zu erklären ist, wenn die Wahrnehmung der Bedrohungslage und die Wahl der dagegen ergriffenen Maßnahmen den Fakten und der tatsächlichen Gefährlichkeit des Coronavirus so offenkundig widersprechen. Wir möchten im Folgenden unsere These darlegen und begründen, dass auch dies – und nicht nur die in der wert-enspaltungskritischen Diskussion (zu Recht) problematisierten verschwörungsideologischen, sozialdarwinistischen und rechts-extremen Tendenzen – nur vor dem Hintergrund der weiter voranschreitenden finalen Kapitalismuskrisis sowie daraus resultierenden gesellschaftlichen Verfalls- und Verwilderungsprozessen verstanden werden kann. Umfassende und tiefgreifende Krisenprozesse, wie sie der kapitalistischen Gesellschaft in ihrem Niedergang zu attestieren sind, haben nicht nur ökonomische (Wirtschafts- und Finanzkrisen, Massenarbeitslosigkeit, Prekarisierung, kapitalistische Überakkumulation etc.) und ökologische (Klimawandel, Umweltzerstörung, Artensterben etc.), sondern auch sozialpsychologische Dimensionen. Generell tangieren solche Krisenprozesse auch historisch gewachsene Lebens-, Denk- und Sozialformen. In der Krise befinden sich also nicht nur ein abstraktes Gesellschaftsmodell oder „die Ökonomie“, sondern ganz konkrete Lebensformen, bis hinein in die Tiefenschichten moderner Subjektivität und darauf beruhender Lebens- und Identitätsewürfe – quasi die bürgerliche Subjektform schlechthin. Corona trifft somit nicht nur auf eine Gesellschaft in der Krise, sondern dabei auch auf psychisch weitgehend destabilisierte und zu irrationalen Reaktionen neigende Subjekte. Dies drückt sich z.B. in zunehmenden Abstiegs- und Zukunftsängsten vor allem in den Mittelschichten aus, verbunden mit einem rasch voranschreitenden „Extremismus der Mitte“, der sich u.a. in rassistischen und antisemitischen Verarbeitungsformen, einer unverhüllt zu Tage tretenden Lust an der Disziplinierung von realen oder imaginierten Unterschichten und, zumal in Deutschland und Österreich, in einem um sich greifenden autoritären Konformismus Ausdruck verschafft.

Im Angesicht stetig zunehmender Krisentendenzen, so könnte man die zentrale These dieses Beitrags zusammenfassen, liegen die Nerven auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen inzwischen blank. Dies begünstigt Überreaktionen und irrationale Denk- und Verhaltensweisen. Hinzu kommt, dass infolge fortschreitender Erosionsprozesse auf institutioneller Ebene und einer postmodernen Verflachung des Denkens auch bei politischen Entscheidungsträgern und wissenschaftlichen „Experten“ in hohem Maße Inkompetenz und ein sukzessiver Abbau intellektueller Kapazitäten um sich greifen, oftmals vergesellschaftet mit ganz banalen Formen der Korruption. All dies bildet eine schwer zu durchschauende und widersprüchliche Gemengelage, die bewirkte, dass ein zunächst als unverhältnismäßige Reaktion auf ein grippeähnliches Atemwegsvirus beginnendes Pandemiemanagement eine unheilvolle Eigendynamik annehmen und eine

---

<sup>4</sup> So steht es de facto in den geleakten Verträgen, die zwischen Impfstoffherstellern und Staaten abgeschlossen wurden und die Pharmafirmen von jeglicher Produkthaftung befreien („Impfstoffe: Knebelverträge sollten 10 Jahre geheim bleiben“, [infosperber.ch](https://www.infospirber.ch), 8.8.2021).

<sup>5</sup> Instruktiv zum „Grünen Pass“ vgl. A. Komlosy (2021): *Kippunkt „Grüner Pass“ – Bewegungsfreiheit am historischen Scheideweg*, [nachdenkseiten.de](https://nachdenkseiten.de)

<sup>6</sup> In Deutschland wird inzwischen eine allgemeine Impfpflicht vorbereitet, in Österreich ist eine solche sogar bereits seit 1. Februar 2022 in Kraft.

Reihe von parasitären politökonomischen sowie sozialpsychologischen Sekundärprozessen auslösen konnte – Prozesse, die heute in einer drastischen Verschärfung der Krisendynamik und deren Verwaltung durch ein zunehmend autoritär und totalitär agierendes Geflecht von Staatsapparaten, NGOs und Massenmedien kulminieren.

Der vorliegende Beitrag ist in zwei größere Abschnitte gegliedert: Im ersten Teil wird auf die Faktenlage zur Pandemie im Hinblick auf die Eigenschaften des Coronavirus und damit auch hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit der dagegen ergriffenen politischen Maßnahmen eingegangen. Wir können und werden uns hier auf einige wenige Aspekte beschränken, da es hierzu bereits sehr viel Material gibt, auf das weiterführend verwiesen werden kann.<sup>7</sup> Auch beschränken wir uns überwiegend auf die Lage in Deutschland und Österreich. Stützen werden wir uns primär auf offizielle Dokumente, etwa aus dem Robert Koch Institut (RKI), dem deutschen Gesundheitsministerium (BMG) oder von nationalen Statistikämtern.

Damit ist nicht etwa beabsichtigt, wie Herbert Böttcher kritisch gegenüber der gesellschaftlichen wie auch wert-bspaltungskritischen Corona-Debatte bemerkte, Menschenleben „in der Statistik“ und „hinter Zahlen“ verschwinden zu lassen und so Menschen „noch mehr auf Nummern [zu reduzieren] und zu Exemplaren [zu machen]“.<sup>8</sup> Eine derartige Statistik-Kritik ist zwar prinzipiell mehr als berechtigt und notwendig mit Blick auf die zweifelhafte Rolle von Zahlen und Statistik in warenproduzierenden Gesellschaften sowie die inhumane Kälte und die unbestreitbare Borniertheit modernen, quantifizierenden Denkens. Nicht zuletzt die Geschichte moderner Statistik<sup>9</sup> wie auch allgemein der mathematischen Naturwissenschaft und der mit ihr in die Welt kommenden Denkformen<sup>10</sup> in der Konstitutions- und Durchsetzungsphase des Kapitalismus machen Statistik in erster Linie zu einem Gegenstand radikaler Kritik und nicht zu einem neutralen Hilfsmittel, auf das man sich unkritisch verlassen kann. Böttchers Kritik wird aber falsch, wo mit ihr letztlich ein Tabu verhängt wird über die kritische Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Produkten und Effekten statistischer Erzeugnisse. Gerade die Corona-Pandemie verdankt ihre konkrete Realität nicht zuletzt den Zahlen, mit welchen wir seit nunmehr fast zwei Jahren tagtäglich vor allem durch die Medien konfrontiert werden: x Neuinfektionen, y Todesfälle, eine 7-Tage-Inzidenz von z, eine Mortalitätsrate von xy, eine Impfquote von yz etc. Wir können daher gar nicht anders, als uns zu Zahlen und Statistiken zu verhalten, unabhängig davon, ob wir die Pandemie für das gefährliche Geschehen halten, als das sie von Politik und Medien gezeichnet wird, oder nicht. Kritikern der öffentlich verlautbarten Corona-Zahlen pauschal vorzuwerfen, sich unkritisch gegenüber der fragwürdigen Rolle von Statistik zu verhalten, ja womöglich sogar dem modernen Zahlenfetisch aufzusitzen<sup>11</sup>, verfehlt das Problem und ist darüber hinaus unlauter, wenn man selbst zugleich die kolportierten Zahlen praktisch für bare Münze nimmt. Gerade die Pandemie liefert beeindruckendes Anschauungsmaterial für die Macht, die Zahlen und Statistiken über die moderne Menschheit haben, und vor allem für den Unfug, den man damit treiben, und die

---

<sup>7</sup> Siehe hierzu exemplarisch Felber et al. (2021): *COVID-19 ins Verhältnis setzen. Alternativen zu Lockdown und Laufenlassen*, [coronaaussoehnung.org](https://coronaaussoehnung.org)

J. Berger (2021): *Schwarzbuch Corona. Zwischenbilanz der vermeidbaren Schäden und tolerierten Opfer*, Frankfurt/Main.

<sup>8</sup> H. Böttcher/L. Wissen a.a.O.; Böttcher a.a.O., S. 1

<sup>9</sup> K.-H. Brodbeck (2017): *Die Selbstwahrnehmung der Wirtschaft. Entstehung und Wandel von Statistik und Ökonomik als Theorie für Eliten*. Working Paper Serie der Institute für Ökonomie und für Philosophie Nr. 25, Cusanus Hochschule

<sup>10</sup> C. P. Ortlieb (1998): *Bewusstlose Objektivität. Aspekte einer Kritik der mathematischen Naturwissenschaft*. *Krisis* 21/22, S. 15-51, online abrufbar unter [exit-online.org](https://exit-online.org)

<sup>11</sup> So lautete etwa sinngemäß ein Einwand von Herbert Böttcher gegen unsere Einlassungen im Rahmen der [Podiumsdiskussion am EXIT-Seminar im September 2021](#).

Katastrophen, die man damit heraufbeschwören kann. Es gibt unzählige Daten und Statistiken und in zunehmendem Maße auch wissenschaftliche Studien, die zu den öffentlich verlautbarten Corona-Zahlen und deren Einordnung in stärkstem Kontrast stehen. Sie stellen das offizielle Narrativ von Corona als einer „Jahrhundertseuche“ und den alternativlosen Modi ihrer Bekämpfung sehr in Frage. Auf einige dieser Daten wollen und müssen wir daher im Interesse einer adäquaten und möglichst realistischen Einschätzung der Pandemie im Folgenden eingehen. Auch und gerade aus der Perspektive einer kritischen Theorie führt an einer solchen Auseinandersetzung mit Zahlen und Statistiken kein Weg vorbei, wenn ein für kritische Theorie unabdingbarer realistischer Überblick über das gesellschaftliche Geschehen bei hinreichend kritischer Distanz zum gesellschaftlichen Getriebe gewährleistet sein soll.

Im zweiten Teil – und partiell auf der Grundlage der erörterten Faktenlage – werden in skizzenhafter Form und ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Erklärungsansätze für die Corona-Krise sowie ihre konkrete Verlaufsform vor dem Hintergrund der finalen Krise entwickelt. Die in zehn Unterpunkte gegliederte Analyse bezieht sich dabei ausdrücklich auch (und primär) auf die gesamtgesellschaftliche Reaktion auf die Pandemie, und nicht nur auf jene von „Coronaskeptikern“.

## **Teil 1: Auf der Suche nach dem „Killervirus“**

Wie bereits eingangs erwähnt, besteht ein wesentliches Problem, das die Einschätzung der Pandemie sowie die Diskussion darüber erheblich erschwert, in einer zum Teil sehr mangelhaften Datenlage sowie -qualität.

Dies beginnt bereits mit Blick auf die offiziellen, in sogenannten Corona-Dashboards erfassten und politisch wie medial kolportierten „Corona-Zahlen“, die bis heute zur Begründung einer „epidemischen Lage nationaler Tragweite“ und des damit verbundenen Ausnahmezustands herangezogen werden: Positive Testergebnisse, die in der Statistik als „Erkrankungen“ geführt wurden (und teilweise bis heute werden), Angaben über die Zahl von „Neuinfektionen“, die nicht zur Anzahl der durchgeführten Tests ins Verhältnis gesetzt werden, oder eine als Entscheidungsgrundlage für die Verschärfung von Maßnahmen herangezogene „7-Tage-Inzidenz“, die sich nicht nur fälschlicherweise auf positive Testergebnisse anstelle von Erkrankungen bezieht, sondern darüber hinaus die wenig aussagekräftige Zahl positiv Getesteter auf die gesamte Bevölkerung hochrechnet.

Nicht minder fragwürdig ist die Erfassung von Corona-Todesfällen, da Todesfälle auf die denkbar unpräziseste Art und Weise ermittelt werden, indem jede Person mit positivem PCR-Befund als Corona-Todesfall verbucht wird, unabhängig von der tatsächlichen Todesursache („an oder mit Corona gestorben“). Obduktionen, um die Todesursache zu klären, wurden lange verhindert, und finanzielle Anreize, die es für Krankenhäuser lukrativ machen, möglichst viele Behandlungsfälle als Corona-Patienten zu führen, haben zur Folge, dass Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen gestorben sein können, mit dem Nebenbefund „Corona“ in der Todesfall-Statistik auftauchen. Das einzige, was sich mit einiger Gewissheit sagen lässt, ist, dass die Todesfallzahlen und damit auch die Mortalitätsraten mehr oder weniger stark verzerrt sind und (zumindest in den westlichen Ländern) tendenziell eher deutlich nach unten als nach oben zu korrigieren wären.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Zu diesem Thema seien hier pars pro toto zwei amtliche Mitteilungen aus Deutschland bzw. England angeführt: Laut einer Auswertung des [Statistischen Bundesamtes vom Juli 2021](#) sind mindestens 17 Prozent der deutschen Corona-Toten des Jahres 2020 nachweislich nicht „an“, sondern lediglich „mit“ Corona, also an anderen Ursachen gestorben. „Mindestens“ deshalb, da – wie ebenfalls festgehalten wird – „die Todesursachenstatistik auf den Angaben der Ärztin/des Arztes“ beruht und daher „all jene Fälle zu

Die mangelhafte Datengrundlage wird praktisch seit Beginn der Pandemie auch von Epidemiologen und Medizinstatistikern immer wieder vehement beklagt.<sup>13</sup> Seit langem gefordert wird beispielsweise die Durchführung repräsentativer Kohortenstudien, um auf diese Weise valide Daten über das Infektions-, Krankheits- und Sterbegeschehen sowie den Immunstatus der Bevölkerung zu gewinnen. In Anbetracht der Tatsache, dass solche Studien – jedenfalls in Deutschland und Österreich – de facto bis heute nicht existieren und nach nunmehr zwei Jahren Pandemie keine nennenswerten Anstrengungen zur Verbesserung der Datenlage festzustellen sind, liegt es durchaus nahe, der Politik hier Vorsatz zu unterstellen. Es scheint schlicht kein politisches Interesse daran zu bestehen, Genaueres über das tatsächliche pandemische Geschehen zu erfahren (wohl auch deshalb, weil sich dadurch im Nachhinein die meisten Maßnahmen als unverhältnismäßig herausstellen und schwere Fehler im Pandemiemanagement offenbar würden).

Wer an validen Daten und einer möglichst realistischen Einschätzung des pandemischen Geschehens interessiert war und ist, konnte sich daher nicht auf Corona-Dashboards und politisch sowie medial kommunizierte Zahlen und Statistiken verlassen. Im Laufe der Zeit standen in wachsendem Umfang auch alternative Datenquellen zu Verfügung, die trotz der politisch verschuldeten, miserablen Corona-Datenlage eine adäquate Einschätzung der Corona-Pandemie ermöglichen. Zum Teil finden sich heute solche Daten sogar in den Berichten und Datenbanken jener Institutionen, die ansonsten zu den Hauptakteuren der offiziellen Corona-Panikpolitik gehören und zu deren Verlautbarungen diese in mitunter starkem Kontrast stehen, etwa beim RKI. Im medialen Mainstream spielen sie aber bislang keine Rolle.

Eine der wichtigsten Maßzahlen zur Einschätzung einer Epidemie bzw. Pandemie ist die Sterblichkeitsrate, also der Anteil der Personen, die infolge einer Infektion erkranken und versterben.<sup>14</sup> Im Kontext von Corona ist die Ermittlung der Sterblichkeit mit gewissen Unschärfen belastet, da die Erfassung der Todesfälle, wie bereits erwähnt, methodisch problematisch ist. Darüber hinaus besteht auch hinsichtlich der Infizierten eine mehr

---

*„nachgewiesenen“ Fällen [werden], bei denen durch die Ärztin/den Arzt eine COVID-19-Erkrankung auf der Todesbescheinigung vermerkt wurde. Ob diese Gewissheit auf Grundlage eines positiven PCR-Tests besteht, ist aus der Todesbescheinigung nicht immer ersichtlich.“* Erschwerend kommt noch hinzu, dass Totenscheine offenbar häufig fehlerhaft oder unvollständig sind, sodass es schwierig ist, „beide Gruppen [„an“ und „mit“ Corona Gestorbene] verlässlich voneinander abzugrenzen. Bei den Statistiken nach dem IfSG findet eine solche Unterscheidung nicht immer statt.“

Einer am 17. Januar 2022 vom britischen *Office for National Statistics (ONS)* auf Anfrage veröffentlichten Statistik ist zu entnehmen, dass von damals ca. 137.000 für England und Wales offiziell als Corona-Tote geführten Sterbefällen lediglich 6.183 (also 4,5 Prozent) COVID-19 als einzige (und damit zweifelsfrei bestätigte) Todesursache hatten.

<sup>13</sup> Siehe exemplarisch: J.P.A. Ioannidis (2020): A fiasco in the making? As the coronavirus pandemic takes hold, we are making decisions without reliable data, [statnews.com](https://www.statnews.com)

„Datengrundlage für Teil-Shutdown: ‚Wir sind im Bereich der Mutmaßung‘“, [zdf.de](https://www.zdf.de), 23.11.2020

„Der Störenfried. Ein Amtsarzt widerspricht Markus Söder und wird zwangsisoliert“ (Interview mit Friedrich Pürner), [nachdenkseiten.de](https://www.nachdenkseiten.de), 8.12.2020

„Corona-Management: ‚Entscheidungsträger haben sich verrannt‘“ (Interview mit Matthias Schrappe), [Telepolis](https://www.telepolis.de), 19.1.2021

„Es wurde nahezu jeder Fehler gemacht, den man machen konnte“ (Interview mit Gerd Antes), [Cicero](https://www.cicero.de), September 2021

„Deutschland in der Pandemie: ‚Die Zahlen sind dramatisch falsch‘“ (Interview mit Gerd Antes), [rp-online.de](https://www.rp-online.de), 19.1.2022

<sup>14</sup> Wir gehen hier und im Folgenden von der sogenannten Infektionssterblichkeit (IFR) aus. Diese ist zu unterscheiden von der Fallsterblichkeit (CFR), die sich auf das Verhältnis von Krankheits- und Todesfällen bezieht. In den Corona-Debatten werden diese beiden Maßzahlen oftmals fälschlicherweise miteinander vermischt oder verwechselt, was teilweise zu sehr unterschiedlichen und inkonsistenten Einschätzungen der Corona-Sterblichkeit führt.

oder weniger große Dunkelziffer. Daher wird die Corona-Sterblichkeit tendenziell überschätzt. Eine der zuverlässigsten Methoden zur Ermittlung der Infektionsrate und darauf aufbauend der Sterblichkeitsrate besteht in Seroprävalenzstudien. Dabei wird in einer repräsentativen Stichprobe das Blut der Probanden auf Antikörper untersucht und die daraus resultierende Infektionsrate auf die Bevölkerung hochgerechnet und statistisch zu den bestätigten Todesfällen in Beziehung gesetzt. Mittlerweile wird die auf diese Weise ermittelte Sterblichkeitsrate global (und für die Zeit vor Delta und Omikron) auf 0,15 Prozent geschätzt<sup>15</sup>, was der Sterberate einer leichten bis mittelschweren Grippewelle entspricht (wobei die Rate für die meisten europäischen Länder etwas höher liegt).

Jens Berger bildet in seinem *Schwarzbuch Corona*<sup>16</sup> eine Tabelle ab, die die Corona-Sterblichkeit auf Basis einer Auswertung des *Center for Global Development* vom Juni 2020, differenziert nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Vorerkrankungen darstellt:

Vorerkrankung	Sterblichkeit in Prozent (IFR)			
	Frauen		Männer	
	0	>0	0	>0
Alter				
0-9	0,00004	0,0361	0,00004	0,0397
10-19	0,00004	0,0361	0,00004	0,0397
20-29	0,0002	0,0543	0,0003	0,0963
30-39	0,0009	0,1364	0,0014	0,2100
40-49	0,0020	0,1847	0,0035	0,3057
50-59	0,0112	0,6353	0,0185	0,7865
60-69	0,0438	1,2395	0,1105	2,0008
70-79	0,1749	2,3906	0,4755	4,3483
80+	1,0913	7,1848	3,6682	20,0846

Daraus wird ersichtlich, dass für Unter-60-Jährige ohne einschlägige Vorerkrankungen die Wahrscheinlichkeit, an den Folgen einer Corona-Infektion zu versterben, praktisch gegen Null geht. Die Wahrscheinlichkeit steigt mit zunehmendem Alter und mit Vorliegen von Vorerkrankungen. Am höchsten ist sie für Hochbetagte (80+), insbesondere für Männer. Für Hochbetagte mit oftmals multiplen Vorerkrankungen erweist sich das Sterberisiko in der Tat als beträchtlich, weshalb ein besonderer Fokus der Corona-Politik auf dem gezielten Schutz solcher vulnerablen Gruppen hätte liegen müssen.<sup>17</sup>

Vergleichbare und valide Einschätzungen der Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 lagen bereits frühzeitig vor, insbesondere durch einen „Infektionscluster“ auf dem Kreuzfahrtschiff *Diamond Princess*. Dieses wurde Anfang 2020 mit ca. 3.700 Passagieren und Besatzungsmitgliedern mehrere Wochen lang vor Japan unter Quarantäne gestellt, alle Personen aber während der Quarantänephase kontinuierlich von einem an Bord gegangenen Mediziner-Team untersucht und überwacht. Dies war die erste und bis heute wohl einzige „Kohortenstudie“. Auch wenn diese nicht repräsentativ war (überdurchschnittlich in Alter, Wohlstand und medizinischer Versorgung), lässt sich bereits daraus entnehmen, wie mit dem Anlaufen von „Maßnahmen“ später die Gefährlichkeit des Virus systematisch überschätzt wurde: Ca. 80 Prozent der Personen an Bord waren zu keiner Zeit Corona-positiv, nur die Hälfte der (zeitweise) Positiven

<sup>15</sup> J. Ioannidis (2021): Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. *European Journal of Clinical Investigation* 51(5)

<sup>16</sup> J. Berger (2021): *Schwarzbuch Corona. Zwischenbilanz der vermeidbaren Schäden und tolerierten Opfer*, Frankfurt/Main, S. 18

<sup>17</sup> Siehe hierzu etwa die Thesenpapiere der Arbeitsgruppe rund um Matthias Schrappe (<https://corona-netzwerk.info>).

entwickelte jemals Symptome, kein einziger Todesfall in der Altersgruppe unter 70 wurde verzeichnet.<sup>18</sup> Aus dieser Studie stammen im Übrigen auch (teils bis heute zirkulierende) Zahlen über einen Umfang der Dunkelziffer in der Größenordnung von 1:1. Kaum thematisiert wird hingegen, dass es gegen dieses Virus schon eine vorher bestehende (Kreuz-)Immunität in der Bevölkerung gegeben haben könnte, die ausgehend von den Ergebnissen der Studie in einer Größenordnung von etwa 80 Prozent zu veranschlagen wäre. Mittlerweile wurde das Vorliegen einer Kreuzimmunität gegen SARS-CoV-2 u.a. durch Studien der Berliner Charité (bekanntlich die Wirkungsstätte des deutschen „Pandemiepapstes“ Christian Drosten) bestätigt.<sup>19</sup> De facto widerlegt sind damit die insbesondere die ersten Lockdowns (mit) legitimierenden Annahmen und Behauptungen, die Pandemie träfe auf eine immunologisch vollständig „naive“ Bevölkerung ohne jeglichen Immunschutz gegen das Virus.

Der vielleicht härteste und verlässlichste Parameter zur Einschätzung der Pandemie als gesellschaftliches Phänomen ist die sogenannte „Übersterblichkeit“. Ihre besondere Qualität besteht darin, dass sie Auskunft darüber gibt, ob in einem bestimmten Zeitraum in einem bestimmten Territorium mehr Menschen verstorben sind als statistisch zu erwarten war. Dabei ist sie auch unempfindlich gegenüber der konkreten Todesursache bzw. ob die jeweilige Todesursache korrekt erfasst wurde, woran bei Corona aufgrund der höchst unscharfen Methodik der Erhebung, wie bereits ausgeführt, erhebliche Zweifel bestehen.<sup>20</sup> Wichtig ist, dass die Daten bevölkerungsbereinigt bzw. altersstandardisiert sind, d.h. die Analyse muss Veränderungen der Bevölkerungsstruktur (insbesondere der Altersstruktur) adäquat berücksichtigen. Das ist häufig nicht der Fall – oftmals werden nur die aggregierten Todesfallzahlen mit jenen früherer Zeiträume verglichen, was irreführend sein kann. Man sollte sich auch nicht zu sehr von der grafischen Darstellung in Übersterblichkeitsanalysen blenden lassen, die zu bestimmten Perioden eines Jahres mitunter beeindruckende Ausschläge bei der Sterblichkeit anzeigen. Entscheidender ist, was über ein gesamtes Jahr gerechnet herauskommt. In Österreich, das z.B. eine höhere (Über-)Sterblichkeit hatte als Deutschland, sieht das auf der Grundlage der Daten der Statistik Austria<sup>21</sup> wie folgt aus:

---

<sup>18</sup> Russell et al. (2020): [Estimating the infection and case fatality ratio for coronavirus disease \(COVID-19\) using age-adjusted data from the outbreak on the Diamond Princess cruise ship, February 2020.](#)

*Eurosurveillance* 25(12)

<sup>19</sup> Loyal et al. (2021): [Cross-reactive CD4+ T cells enhance SARS-CoV-2 immune responses upon infection and vaccination.](#) *Science* 374(6564)

<sup>20</sup> Aus demselben Grund lässt sich übrigens aus der allfälligen Feststellung einer Übersterblichkeit auch nicht unmittelbar ableiten, dass diese ausschließlich oder primär durch Corona zustande kommt; vor allem angesichts der massiven „Kollateralschäden“ durch Lockdowns wäre ein solcher Schluss mindestens voreilig. Die USA beispielsweise verzeichnen für die beiden Pandemiejahre 2020 und 2021 eine relative Zunahme der Gesamtsterblichkeit um 18 Prozent – das ist 18-mal so viel wie in Schweden, wo die Zunahme nur rund ein Prozent beträgt. Hingegen ist der Anteil der Corona-Todesfälle an der Gesamtbevölkerung in den USA (0,27%) nicht einmal doppelt so hoch wie in Schweden (0,16%). Diese Differenz kann also unmöglich durch das Virus erklärt werden, sondern dürfte eher auf die verheerenden Effekte der Lockdown-Politik der USA auf das hiesige, ohnehin extrem unsoziale System der öffentlichen Gesundheit zurückzuführen sein („Covid officially over in Sweden!“, [sebastianrushworth.com](http://sebastianrushworth.com), 4.2.2022).

<sup>21</sup> Quelle: [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/125155.html](http://www.statistik.at/web_de/presse/125155.html)

**Tabelle 2: Altersstandardisierte Sterberaten\* nach Kalenderwochen der Jahre 2015 bis 2020**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Summe der 1. bis 50. Kalenderwoche</b>	<b>946</b>	<b>884</b>	<b>906</b>	<b>900</b>	<b>878</b>	<b>943</b>
50. Kalenderwoche	18	20	18	19	19	27
49. Kalenderwoche	18	19	19	19	18	28
48. Kalenderwoche	18	19	18	17	18	27
47. Kalenderwoche	18	18	18	18	17	27
46. Kalenderwoche	19	19	17	18	17	25
45. Kalenderwoche	18	18	17	17	17	22
44. Kalenderwoche	17	17	18	18	17	21
43. Kalenderwoche	18	18	17	17	17	20
42. Kalenderwoche	18	19	17	17	17	18
41. Kalenderwoche	17	18	18	17	18	18
40. Kalenderwoche	18	17	17	18	17	18

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Vorläufige Ergebnisse. Ohne Auslandssterbefälle. – \*) Erklärung der altersstandardisierten Sterberate siehe Box "Informationen zur Methodik".

Dabei fällt zunächst einmal auf, dass die Sterblichkeit in Österreich im Jahr 2020 in der Tat höher war als in den Vorjahren (bei 943 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner/innen), aber nicht eklatant. 2015 war die Sterblichkeit sogar geringfügig höher als 2020 (möglicherweise infolge einer Grippewelle, die im Winter 2014/15 etwas heftiger ausfiel<sup>22</sup>). Errechnet man daraus für die Jahre 2015 bis 2019 eine durchschnittliche Sterberate (rund 903 Sterbefälle pro 100.000 Ew.) und vergleicht diese mit der Sterberate 2020, ergibt sich daraus eine Übersterblichkeit von ca. 4,4 Prozent. Das ist definitiv eine Übersterblichkeit, aber auf moderatem Niveau und keineswegs außergewöhnlich.

Wie wichtig dabei eine altersstandardisierte Datenanalyse ist, sei ebenfalls am Beispiel der Übersterblichkeit Österreichs demonstriert. Die beiden folgenden Abbildungen zeigen die Sterblichkeitskurven für die Jahre 2000 bis 2020 (die Sterbefälle seit 2016 sind farblich hervorgehoben), einmal ohne und einmal mit Altersstandardisierung.<sup>23</sup>

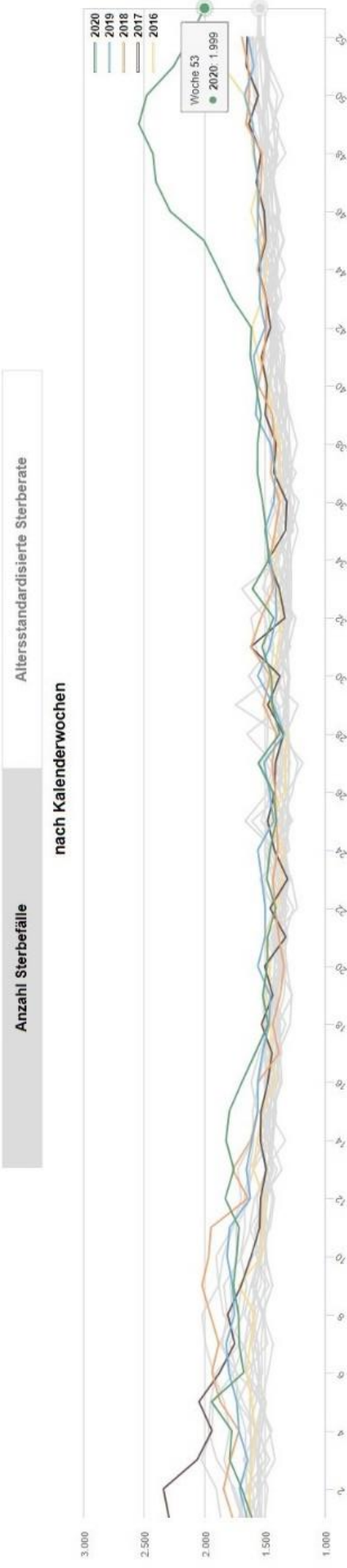
<sup>22</sup> „Zusammenfassung der Influenza-Saison 2014-2015“, [virologie.meduniwien.ac.at](http://virologie.meduniwien.ac.at)

<sup>23</sup> Quelle: Statistik Austria, <https://statistik.at/atlas/sterbefaelle>



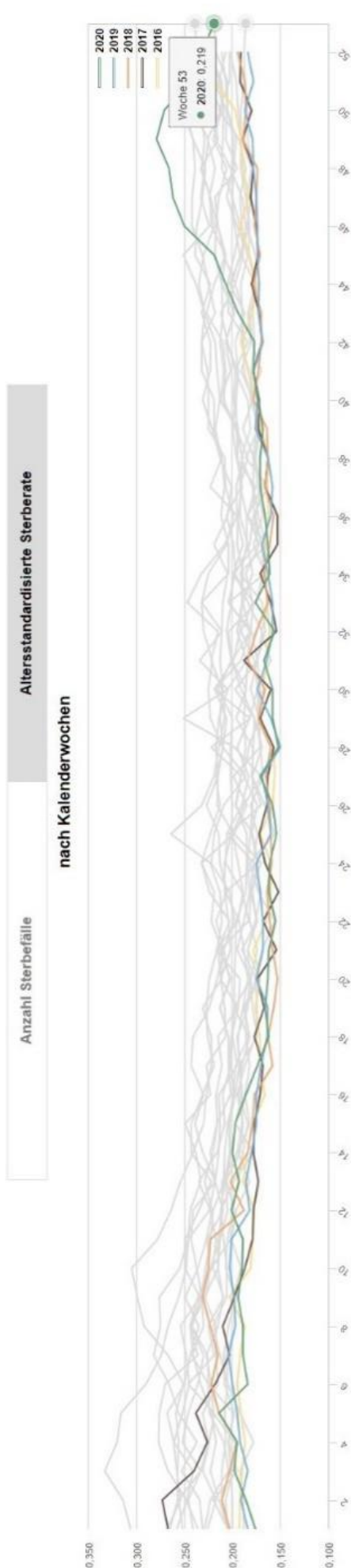
## Sterbefälle und altersstandardisierte Sterberate

Die altersstandardisierten Sterberaten basieren auf der Europäischen Standardbevölkerung 2013. Bei der Altersstandardisierung werden die rohen Sterberaten (Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung) der beobachteten Altersgruppe mit dem Anteil der Bevölkerung derselben Altersgruppe laut Europäischer Standardbevölkerung multipliziert.



## Sterbefälle und altersstandardisierte Sterberate

Die altersstandardisierten Sterberaten basieren auf der Europäischen Standardbevölkerung 2013. Bei der Altersstandardisierung werden die rohen Sterberaten (Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung) der beobachteten Altersgruppe mit dem Anteil der Bevölkerung derselben Altersgruppe laut Europäischer Standardbevölkerung multipliziert.



Die erste Grafik zeigt dabei für das Jahr 2020 eine merklich erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu allen vorhergehenden Jahren, vor allem ab Ende November. So wird im Allgemeinen auch die Übersterblichkeit in den Medien und der öffentlichen Kommunikation dargestellt. Was dabei nicht berücksichtigt wird, ist, dass die ältere und insbesondere die hochbetagte Bevölkerung seit Jahren signifikant und rasch wächst. Allein zwischen 2010 und 2020 ist in Österreich die Zahl der Hochbetagten (75+) um 27 Prozent gewachsen.<sup>24</sup> Daraus resultiert freilich auch eine wachsende Zahl an Sterbefällen, da alte und hochbetagte Menschen eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit haben. Berücksichtigt man nun diese Veränderungen in der gesellschaftlichen Altersstruktur, verändert sich das Bild entsprechend (Grafik 2). Hier wird nun erkennbar, dass die Sterblichkeit vor allem zu Jahresende 2020 zwar in der Tat erhöht war, sich aber in keiner wesentlich anderen Größenordnung bewegte als in vielen anderen Jahren davor (zuletzt z.B. im Winter 2016/17).

Für Deutschland gibt es einen interessanten Beitrag aus dem RKI über die Übersterblichkeit im Corona-Jahr 2020.<sup>25</sup> Dieser Beitrag stellt allerhand dubiose Analysen zu „verlorenen Lebensjahren“ an, beinhaltet aber auch folgenden sehr aufschlussreichen Befund:

*„Die Sensitivitätsanalyse zeigt zeitlich anschließend an die Influenzawelle 2019/2020 eine geschätzte Übersterblichkeit von Ende Februar bis Anfang April und ab Ende Oktober (...), insbesondere für 70-jährige und Ältere (...). Dazwischen stimmt die beobachtete Sterblichkeit relativ gut mit dem zu erwartenden Verlauf der Hintergrund-Sterblichkeit überein, unterbrochen von einer hitzebedingten Übersterblichkeit im August. Verglichen mit den Vorjahren verlief die Übersterblichkeit im Frühjahr etwa auf dem Niveau der Influenzawelle 2019 und war im Herbst ähnlich wie in den Influenzawellen 2017/2018 (eGrafik 6).“*



Modellierung der Hintergrundmortalität in Deutschland 2015–2020

Quelle: Destatis, Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen (33), eigene Berechnungen

<sup>24</sup> Quelle: Statistik Austria – Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002-2021 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht (eigene Berechnung)

<sup>25</sup> Rommel et al. (2021): COVID-19-Krankheitslast in Deutschland im Jahr 2020. Durch Tod und Krankheit verlorene Lebensjahre im Verlauf der Pandemie, [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de)

Im Klartext heißt das: Die Übersterblichkeit in Deutschland im Corona-Jahr 2020 liegt ungefähr auf dem Niveau einer schwereren Grippewelle. Gerade wenn man bedenkt, dass man bei Vergleichen zwischen Corona und Grippe bis heute Gefahr läuft, das Prädikat „Coronaleugner“ umgehängt zu bekommen, ist das unseres Erachtens ein sehr bemerkenswerter Befund des RKI. Zudem ist davon auszugehen, dass die Auswertung des RKI nicht altersstandardisiert ist. Dafür spricht, dass inzwischen für Deutschland Auswertungen vorliegen, die für das Jahr 2020 sogar eine leichte Untersterblichkeit errechnen – so etwa eine Studie der Universität Duisburg-Essen, die eine Untersterblichkeit von rund 2 Prozent konstatierte.<sup>26</sup>

Neben Übersterblichkeits-Analysen sind auch Daten zur Kranken- und Intensivbettenbelegung sowie Monitoringdaten bezüglich Atemwegserkrankungen, zu denen neben der Influenza u.a. auch SARS-CoV-2 gehört, aufschlussreich. Solche Daten sind deshalb relevant, weil sie die epidemiologische Lage und die daraus resultierende „Krankheitslast“, insbesondere auch deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem abbilden. Besonders letzteres war und ist ja bekanntlich während der Pandemie immer wieder Gegenstand gezielter Panikmache und das argumentative Auflager, diverse Grundrechte auszuhebeln und den Ausnahmezustand zu verlängern. Auch hierzu liegen aber Daten von ganz offizieller Stelle vor, die zum herrschenden Narrativ in erheblichem Kontrast stehen.

Bezüglich Bettenbelegung ist beispielsweise eine u.a. im *Ärzteblatt* publizierte Auswertung von Krankenhausdaten aufschlussreich, die zu dem Ergebnis kommt, dass 2020 während der Pandemie eine „historisch niedrige Bettenauslastung“ bestand.<sup>27</sup> Demnach sei 2020 die Zahl der behandelten Fälle im Vergleich zum Vorjahr um 13 Prozent gesunken (das entspricht einem Minus von mehr als zwei Millionen Behandlungsfällen). Das dürfte zum Teil natürlich auch dadurch bedingt sein, dass vor dem Hintergrund der Pandemie die eingeschüchterten Menschen das Krankenhaus weniger als sonst üblich aufgesucht haben – was zum Teil sicher nicht nur zu ihrem Schaden war (in kaum einem anderen Land wird so oft so unnötig behandelt und operiert wie in Deutschland), auf der anderen Seite aber auch massiv unter „Kollateralschäden“ zu Buche schlägt (gar nicht oder zu spät behandelte Herzinfarkte und Schlaganfälle, nicht oder zu spät erkannte und behandelte Krebserkrankungen durch den Ausfall von Vorsorgeuntersuchungen und die Verschiebung von Operationen etc.).<sup>28</sup> Trotzdem spricht das dafür, dass während der Pandemie zu keiner Zeit (außer vielleicht punktuell, wie das jedes Jahr, vor allem während der Grippezeit im Winter, vorkommt) eine Corona-bedingte Überlastung von Krankenhauskapazitäten bestand.

---

<sup>26</sup> Kowall et al. (2021): [Excess mortality due to Covid-19? A comparison of total mortality in 2020 with total mortality in 2016 to 2019 in Germany, Sweden and Spain](#), *PLoS ONE* 16

<sup>27</sup> R. Busse & U. Nimptsch (2021): COVID-19-Pandemie: Historisch niedrige Bettenauslastung, [aerzteblatt.de](#)

<sup>28</sup> „Die Kollateralschäden bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie“, [derstandard.at](#), 4.4.2020  
„Erste Studie zeigt, wie viele Patienten sich wegen Corona nicht behandeln ließen“, [focus.de](#), 14.5.2020  
„Onkologische Versorgung während der COVID-19-Pandemie: Warnung vor einer Bugwelle an zu spät diagnostizierten Krebsfällen“, [krebsgesellschaft.de](#), 23.4.2020

Am 8.4.2022 berichtete [Der Standard](#) – nicht gerade ein Zentralorgan von „Coronaleugnern“ – von einer österreichischen Studie, die zu dem Ergebnis kam, dass die Übersterblichkeit in Österreich während der Pandemie zu gerade einmal acht Prozent durch Corona-Tote zu erklären ist. Der Großteil der Übersterblichkeit komme durch andere Todesfälle zustande, die u.a. auf „Kollateralschäden“ der Corona-Politik zurückgeführt werden (Vermeidung von Arzt- und Krankenhausbesuchen aufgrund von Angst oder dem während der Pandemie herrschenden restriktiven Klima in den Krankenanstalten, Verschiebung vermeintlich nicht lebensnotwendiger Operationen etc.).

Bestätigt wird dies auch durch einen im Auftrag des BMG erstellten Bericht vom Mai 2021.<sup>29</sup> Darin wird u.a. auch darauf hingewiesen, dass die Bettenauslastung im Jahr 2020 nur bei rund 67 Prozent lag (im Vergleich zu 75 Prozent im Jahr 2019) (S. 7). Interessant in unserem Kontext ist auch der Befund, dass Coronafälle im Schnitt gerade einmal 1,3 Prozent der Krankenhausbettenbelegung ausmachten (S. 12), auf Intensivstationen rund 3,5 Prozent (S. 13). Vor allem letzteres sollte einem sehr zu denken geben, wenn man an die Katastrophenszenarien von überlaufenden Intensivstationen denkt, die vor dem Hintergrund der Pandemie immer wieder an die Wand gemalt wurden. Schwer erklärbar, wenn 96,5 Prozent aller Fälle auf Intensivstationen nichts mit Corona zu tun hatten – und da ist noch gar nicht berücksichtigt, dass die Definition als „Coronafall“ mit enorm vielen Unschärfen belastet ist. Nach den Daten der *Initiative Qualitätsmedizin (IQM)*<sup>30</sup> war beispielsweise bis Juni 2021 nur bei 58 Prozent von rund 275.000 als „Coronafälle“ codierten Krankenhauspatienten eine – an sich ohne weitere Differentialdiagnostik ja ohnehin schon fragwürdige – PCR-Bestätigung vorhanden, 42 Prozent wurden lediglich als Verdachtsdiagnose verbucht. Unbeabsichtigt an die Öffentlichkeit gelangte Daten aus dem Vereinigten Königreich zeigten, dass im Juli 2021 weniger als die Hälfte der als „Coronapatienten“ Hospitalisierten bei ihrer Aufnahme positiv auf SARS-CoV-2 getestet waren, nicht wenige sich das Virus aber wohl im Krankenhaus nachträglich „eingefangen“ haben.<sup>31</sup> Auch aus den Abrechnungsdaten der deutschen Krankenhäuser mit den Krankenkassen geht hervor, „dass der Anteil der COVID-19-Fälle mit akuten Atemwegserkrankungen an allen stationär aufgenommen COVID-19-Fällen im Winter 2020/21 zum Teil nur bei etwas mehr als der Hälfte lag und die übrigen sogenannten COVID-19-Fälle aufgrund vollkommen anderer Krankheitsbilder wie etwa Herzinfarkt, Harnwegsinfektionen oder Beinbruch in die Klinik kamen.“<sup>32</sup> Mittlerweile kann man sogar in den deutschen und österreichischen Hochburgen der medialen Corona-Hysterie nachlesen, was bis vor kurzem noch als „Verschwörungstheorie“ und „Geschwurbel“ von „Coronaleugnern“ galt, nämlich dass längst nicht jeder als „Coronafall“ geführte Patient tatsächlich wegen Corona im Krankenhaus behandelt und die Hospitalisierungsrate auf diese Weise stark verzerrt wird.<sup>33</sup> Offenkundig beginnt man bei ORF & Co. an einem Ausweg aus dem Narrativ zu basteln.

In Österreich stellt sich die Situation der Krankenhäuser während der Pandemie ganz ähnlich dar wie in Deutschland. Ende November 2021 veröffentlichte die *Statistik Austria* in einer Presseaussendung Daten zur Belastung der Krankenhäuser im Corona-Jahr 2020.<sup>34</sup> Ergebnis: 18 Prozent weniger Krankenhausaufenthalte im Vergleich zum Vorjahr. Bei Lungenentzündungen, die im Hinblick auf Corona immerhin von einiger Relevanz sind, gab es gar ein Minus von rund 30 Prozent.

Daran hat sich auch im zweiten Pandemiejahr nichts geändert. Die Gesamtauslastung der Krankenhäuser in Deutschland blieb 2021 mit einem Minus von 13,4 Prozent gegenüber 2019 noch weiter zurück als im Jahr 2020. Das ist insofern bemerkenswert, als während

---

<sup>29</sup> RWI (2021): *Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, [bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)

<sup>30</sup> <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie> (Stand: 23.8.2021)

<sup>31</sup> „Exclusive: Over half of Covid hospitalisations tested positive after admission“, [telegraph.co.uk](https://www.telegraph.co.uk), 26.7.2021

<sup>32</sup> „Abrechnungsdaten der Krankenkassen: Nur jeder zweite ‚Corona-Patient‘ wegen Corona-Verdacht im Krankenhaus“, [multipolar-magazin.de](https://www.multipolar-magazin.de), 30.10.2021

<sup>33</sup> „Infektion bei Spitalspatienten oft nur zufällig entdeckt“, [news.orf.at](https://www.news.orf.at), 25.1.2022

„Mehr als 1000 Corona-Patienten in Berlin. Warum die steigende Hospitalisierungsrate einen falschen Eindruck erweckt“, [plus.tagesspiegel.de](https://www.plus.tagesspiegel.de), 26.1.2022

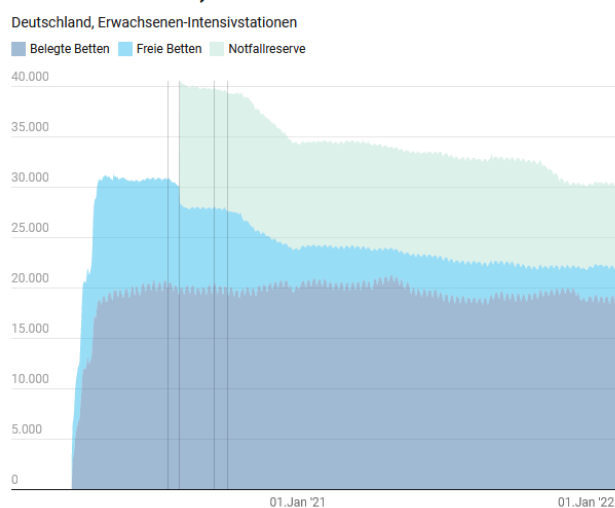
„Viele Corona-Fälle mit aber nicht wegen des Virus in Klinik“, [sueddeutsche.de](https://www.sueddeutsche.de), 14.2.2022

<sup>34</sup> [https://www.statistik.gv.at/web\\_de/presse/127142.html](https://www.statistik.gv.at/web_de/presse/127142.html)

der zweiten und dritten Welle mehr als doppelt so viele „Coronafälle“ verzeichnet wurden als 2020.<sup>35</sup>

Besonders über die Intensivbettenauslastung gibt in Deutschland das DIVI-Register Auskunft. Auch da zeigt sich nicht viel Auffälliges – die Bettenbelegung war über das ganze Jahr 2020 bis heute insgesamt relativ stabil. Das einzige, was daran auffällig ist, ist allenfalls der kontinuierliche Abbau von Intensivbettenkapazitäten (von über 30.000 im Frühjahr 2020 auf etwa 23.000 im Mai/Juni 2021, exkl. „Notfallreserve“).

#### Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)



Stand: 08.02.2022 12:25

Quelle: DIVI-Intensivregister - Daten herunterladen - Erstellt mit Datarwrapper

Gestapeltes Flächendiagramm: Die 3 Flächen zeigen jeweils die Anzahl belegter und freier, betreibbarer Intensivbetten des jeweiligen Beobachtungstages sowie die inaktive Notfallreservekapazität. Die Kapazitäten werden „aufeinander gestapelt“ und verdeutlichen die gemeldete mögliche Gesamtkapazität. Die Notfallreservekapazität (innerhalb von 7 Tagen aktivierbar) wird erst seit dem 03.08.20 erfasst und berichtet. Eine Erklärung der vier vertikalen grauen Balken, finden Sie am Ende der Seite.

Man kann im Grunde mit freiem Auge erkennen, dass die Intensivbettenauslastung über das gesamte Jahr 2020 hinweg praktisch nie über 80 Prozent gelegen hat. Nun gilt aber eine Belegung von 80 Prozent offiziell als „Idealauslastung“.<sup>36</sup> Wie Intensivstationen (außer vielleicht punktuell) überlastet sein und vor dem Zusammenbruch stehen können, wenn die Bettenbelegung größtenteils unter der „Idealauslastung“ liegt, sollte einen wundern, ist aber nur einer von vielen Widersprüchen, mit denen wir seit Beginn der Pandemie konfrontiert waren. Eine signifikante Erhöhung der Bettenauslastung ergab sich erst ab November 2020, dies allerdings nicht durch eine höhere Zahl von Intensivpatienten, sondern durch besagten Bettenabbau.<sup>37</sup> Alle Engpässe, die es seither gegeben haben mag und die in den Medien als drohender Kollaps des Gesundheitssystems perhorresziert und durch die Politik als Vorwand für die Einschränkung von

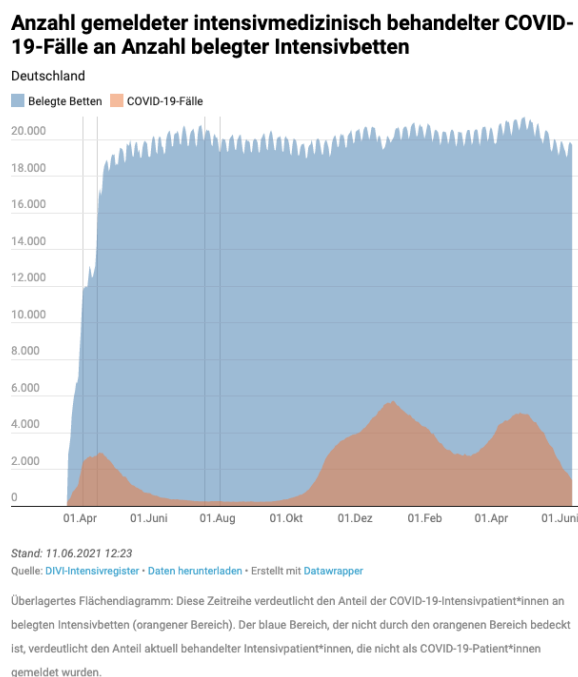
<sup>35</sup> R. Wurzbacher (2022): *Corona-Panoptikum – mit den neuesten Krankenhausdaten wirkt die Pandemie nur halb so schlimm*, [nachdenkseiten.de](https://www.nachdenkseiten.de)

<sup>36</sup> <https://www.swr.de/wissen/odyso/aexavarticle-swr-78964.html>

<sup>37</sup> Im Laufe der Zeit ist der „Betrug mit den Intensivbetten“, ausgelöst durch einen Bundesrechnungshofbericht, teilweise sogar bis in die deutschen Mainstreammedien vorgedrungen (z.B. „Zahl der Intensivbetten manipuliert? Rechnungshof-Analyse nährt bösen Verdacht“, [focus.de](https://www.focus.de), 11.6.2021). Die Geschäftstricks der „Intensivmafia“ sind mittlerweile eingehend aufgearbeitet und dargelegt in einem Ende 2021 erschienen Buch von Tom Lausen und Walter van Rossum (*Die Intensivmafia. Von den Hirten der Pandemie und ihren Profiten*, München 2021). Besagter Bundesrechnungshofbericht ist [hier](#) abrufbar.

Grundrechten benutzt wurden (und bis heute werden), waren und sind vor diesem Hintergrund hausgemacht und nicht (oder nicht primär) durch Corona bedingt.<sup>38</sup>

Die folgende Grafik zeigt auch den Anteil der Corona-Fälle an den Intensivpatienten. Hier bestätigt sich nochmals, dass Corona-Fälle auf Intensivstationen selbst in Spitzenzeiten nur einen kleinen Teil der Gesamtbettenbelegung ausmachten. Darüber hinaus fällt auch auf, dass dem Anstieg von Corona-Intensivpatienten während der einzelnen Wellen kein entsprechender Anstieg der Intensivpatienten insgesamt korrespondiert. Wahrscheinlich schlagen hier wieder die Unschärfen bei der Corona-Falldefinition zu Buche und waren zahlreiche der als Coronafälle geführten Patienten nicht oder nicht primär wegen Corona auf der Intensivstation, sondern hatten lediglich zufällig ein positives Testresultat. Bei Aufnahme ins Krankenhaus wurde ja jede/r, unabhängig vom eigentlichen Grund für den Krankenhausbesuch, obligatorisch einem Corona-Test unterzogen. Inzwischen gilt dies nur noch für „Ungeimpfte“ (d.h. Personen ohne gültiges CoV-Impfzertifikat), was im Herbst 2021, zusammen mit anderen allein auf „Ungeimpfte“ beschränkten Testpflichten – in Österreich z.B. 3G am Arbeitsplatz – in absurde und leicht durchschaubare Versuche von Politik, Medien und „Experten“ mündete, aus der herbeigetesteten höheren Inzidenz von Nicht-Geimpften eine „Pandemie der Ungeimpften“ zu konstruieren.<sup>39</sup>



Auch Monitoringdaten bezüglich Atemwegserkrankungen inkl. Corona bestätigen diese Befunde. Verantwortlich für dieses Monitoring in Deutschland ist das RKI. Wir beziehen uns im Folgenden auf einen „Influenza-Wochenbericht“ von Anfang März 2021, also quasi

<sup>38</sup> Eine nicht unwesentliche Rolle spielt hier nicht zuletzt die Praxis des hoch subventionierten Freihaltens von Betten für Corona-Patienten – mit dem Effekt, dass zahlreiche Betten leer stehen, während sie an anderer Stelle abgehen („Wohin fließt das Geld für leere Klinikbetten?“, [tagesspiegel.de](https://www.tagesspiegel.de), 23.6.2020). Nicht zu vergessen die trotz Pandemie munter voranschreitende Schließung „unrentabler“ Krankenhäuser (dazu L. Valentukeviciute 2021: Klinikschließungen als Pandemie, in: Hanloser et al. (Hg.): *Corona und linke Kritik(un)fähigkeit. Kritisch-solidarische Perspektiven „von unten“ gegen die Alternativlosigkeit „von oben“*, Neu-Ulm, S. 205-210) und der während der vergangenen zwei Jahre weiter verschärfte Pflegekräftemangel aufgrund von Kündigungen und/oder Berufswechsel eines u.a. durch teils komplett unsinnige Corona-Maßnahmen überlasteten Pflegepersonals. Letzterer wird durch die seit 15. März 2022 in Deutschland gültige „einrichtungsbezogene Impfpflicht“ gewiss nicht besser werden.

<sup>39</sup> „Experte Klimek: Es wird eine ‚Pandemie der Ungeimpften‘“, [vienna.at](https://www.vienna.at), 17.8.2021

„Testen, aufklären und impfen: Dreiklang gegen die Pandemie der Ungeimpften“, [n-tv.de](https://www.n-tv.de), 20.11.2021



vom Beginn der ausgerufenen „dritten Welle“.<sup>40</sup> Darin wird die epidemiologische Lage zu Beginn der „dritten Welle“ wie folgt beschrieben (S. 1):

*„Die ARE-Rate [ARE = akute respiratorische Erkrankung] liegt weiterhin unter den Werten der Vorsaisons auf einem extrem niedrigen Niveau. Im ambulanten Bereich (...) wurden in der 10. KW 2021 insgesamt mehr Arztbesuche wegen ARE im Vergleich zur Vorwoche registriert, die Werte befinden sich in der 10. KW weiterhin deutlich unter den Vorjahreswerten um diese Zeit. (...) Die Zahl stationär behandelte Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI-Fälle) ist seit einigen Wochen insgesamt stabil und lag in der 9. KW weiterhin auf einem ungewöhnlich niedrigen Niveau. Der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen bewegt sich seit einigen Wochen um die 50 % und lag auch in der 9. KW 2021 bei diesem Wert. (...) Die ARE-Aktivität liegt seit dem harten Lockdown Ende 2020 auf einem vorher nie erreichten, niedrigen Niveau in den Wintermonaten.“*

Mit anderen Worten: Die epidemiologische Lage war zum Berichtszeitpunkt so entspannt wie selten zuvor. Und das war sie offenbar nicht erst Anfang 2021, sondern schon im Jahr 2020, wie folgende Grafik verdeutlicht:

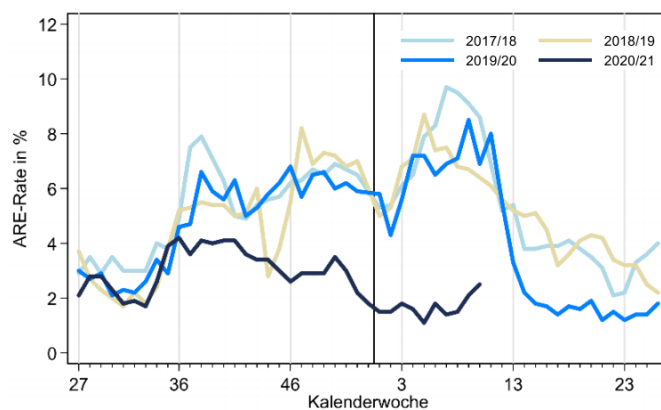


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2020/21, 10. KW 2021. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Vom RKI wird die Grafik so kommentiert: „Trotz des Anstiegs insgesamt liegt die ARE-Rate seit der 36. KW 2020 deutlich unter den Vorjahreswerten“ (S. 2). Das schlägt sich wiederum in einer Abnahme stationär behandelte Atemwegserkrankungen nieder (S. 6):

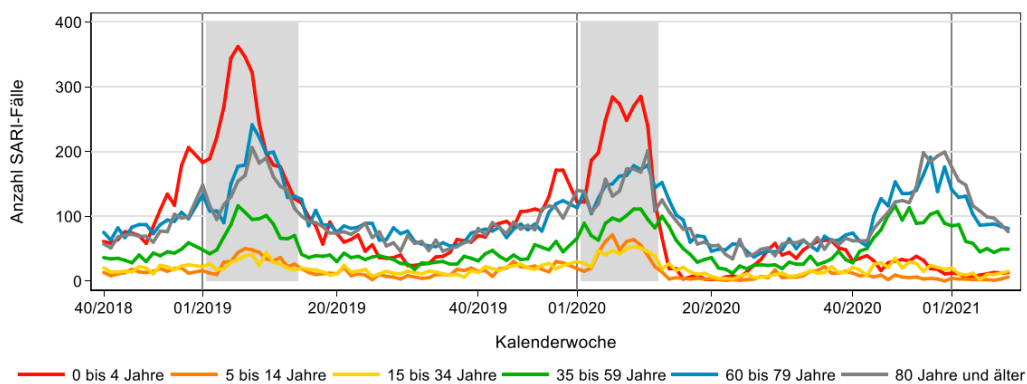


Abb. 6: Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 40. KW 2018 bis zur 9. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippeperiode ist grau hinterlegt.

<sup>40</sup> [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2021-10.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-10.pdf)

Auch hier ist also keine außergewöhnliche epidemiologische Situation erkennbar, die erklären (geschweige denn rechtfertigen) könnte, was seit März 2020 passiert.<sup>41</sup> Eine sehr interessante Tabelle bezüglich Atemwegserkrankungen mit einem Vergleich der Jahre 2019 und 2020 findet sich auch in dem bereits zitierten Bericht aus dem deutschen Gesundheitsministerium von Anfang Mai 2021:<sup>42</sup>

Tabelle 5

**Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19**

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
<b>Lungenentzündung mit COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	0	88.502	
Anteil Todesfälle	-	22,1%	
Alter Median (IQR)	-	72 (57-82)	
<b>Lungenentzündung ohne COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	310.051	233.717	-76.334 (-25%)
Anteil Todesfälle	9,4%	11,4%	
Alter Median (IQR)	75 (58-83)	76 (60-84)	
<b>Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung)* mit COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	0	117.462	
Anteil Todesfälle	-	20,1%	
Alter Median (IQR)	-	71 (56-82)	
<b>Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung)* ohne COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	665.274	464.123	-201.151 (-30%)
Anteil Todesfälle	5,7%	7,2%	
Alter Median (IQR)	67 (22-80)	68 (30-81)	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil). – \*Hauptdiagnose Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe oder Nebendiagnose Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren

Demnach haben zwischen 2019 und 2020 die nicht-Corona-bedingten Atemwegserkrankungen um 30 Prozent abgenommen, Lungenentzündungen mit anderer Ursache als Corona um 25 Prozent (also in ähnlicher Größenordnung wie in Österreich). Das könnte man unter Umständen so interpretieren, dass Corona andere Atemwegserkrankungen partiell verdrängt hat (so wie z.B. die Influenza verschwunden zu sein scheint). Wesentlich wahrscheinlicher ist aber, dass zahlreiche Fälle von Atemwegserkrankungen und Lungenentzündungen anderer Ursache als COVID-19 diagnostiziert wurden und entsprechend „umetikettiert“ in die Statistik eingegangen sind. So oder so bleibt als Befund, dass die Fälle von Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 unter den Werten von 2019 bleiben, selbst wenn man COVID- und Nicht-COVID-Fälle addiert. Zur Kenntnis zu nehmen ist jedoch auch, dass die Sterblichkeit von COVID-19-Patienten offenbar deutlich höher war – das könnte also in der Tat auf eine größere Gefährlichkeit von Corona im Vergleich zu den sonst üblichen Atemwegserkrankungen,

<sup>41</sup> Wenn man aktuelle RKI-Berichte heranzieht (hier etwa jenen der [Kalenderwoche 13/2022](#)), erkennt man, dass sich daran auch im Winter 2021/22 wenig geändert hat. Die ARE-Rate war zwar zu Beginn der Grippesaison im Herbst 2021 höher als 2020 und in etwa im Bereich früherer Jahre. Dieser Anstieg war aber vor allem auf Kinder unter 15 Jahren zurückzuführen und darüber hinaus nicht durch Corona bestimmt, sondern durch eine „*ungewöhnlich starke RSV-Zirkulation außerhalb der bisherigen typischen Zeiträume*“ (S. 1). RSV ist eine Atemwegserkrankung, die vor allem für Kleinkinder sehr gefährlich sein kann (erheblich gefährlicher als Corona). Es wird angenommen (und erscheint auch uns plausibel), dass die 2021 bereits im Spätsommer einsetzende RSV-Welle vor allem auf eine infolge der Maßnahmen und der Lockdowns geschwächte Immunabwehr der Kinder zurückzuführen war („*Erkältete Kinder: Immunabwehr fehlt Training*“, [zdf.de](#), 29.7.2021). Seit Januar 2022 ist das ARE-Geschehen freilich vor allem „*durch die Omikron-Welle mitbestimmt*“. Insgesamt ist aber die ARE-Rate laut RKI auch im Winter 2021/22 deutlich niedriger als üblich.

<sup>42</sup> RWI (2021): *Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise. Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, [bundgesundheitsministerium.de](#), S. 20



zumindest für bestimmte Bevölkerungsgruppen, vor allem für alte Menschen, hindeuten. Andererseits ist mittlerweile bekannt, dass es speziell während der „ersten Welle“ zu zahlreichen Fehlbehandlungen gekommen ist, die die Mortalität beträchtlich erhöht haben, z.B. zu häufige und zu frühzeitige künstliche Beatmungen<sup>43</sup> oder die Verabreichung kontraindizierter Medikamente zur antiviralen Behandlung.<sup>44</sup> Inzwischen ist mit der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) eine weitere bei COVID-19 angewendete Behandlungsmethode wegen ihrer auffällig hohen Mortalitätsrate in den kritischen Fokus gerückt.<sup>45</sup> Darüber hinaus ist der Altersschnitt der Corona-Patienten in der Statistik etwas höher als bei anderen Atemwegserkrankungen, zum Teil könnte die erhöhte Sterblichkeit also auch daher rühren.

Ein Einwand, der immer wieder zu hören ist, wenn auf solche Befunde hingewiesen wird, ist, dass der Rückgang bei Atemwegserkrankungen und in weiterer Folge bei der Krankenbettenauslastung vermutlich auf die Eindämmungsmaßnahmen zurückzuführen sei, weil dadurch Ansteckungen nicht nur mit Corona, sondern auch mit anderen Infektionskrankheiten verhindert oder reduziert worden seien. Das Ganze sei also als ein Beleg für die Wirksamkeit der Maßnahmen zu werten. Zum Teil mag das stimmen, weil durch weniger Sozialkontakte, Abstandhalten, Hygiene usw. es insgesamt vielleicht weniger zu Atemwegserkrankungen kommt (die ungewöhnlich starke und frühe, möglicherweise durch „Immunschuld“ infolge der Corona-Maßnahmen bewirkte RSV-Welle bei Kindern im Spätsommer und Herbst 2021 könnte auf paradoxe Weise eine gewisse Bestätigung dafür sein). Trotzdem stellt sich dann die Frage, ob und weshalb die darüber hinaus gehenden rigiden und gesellschaftlich wie gesundheitlich extrem schädlichen Lockdowns „alternativlos“ waren, zumal die Krankheitslast durch Atemwegserkrankungen insgesamt, wie gezeigt, zu keiner Zeit besorgniserregend, sondern sogar außerordentlich gering war. Ferner wäre erklärungsbedürftig, weshalb die Maßnahmen bei vielen anderen Atemwegserkrankungen wie z.B. Influenza so gut gewirkt haben sollen, nicht aber bei diesem einen Coronavirus.

Und noch viel mehr spricht dagegen, dass andere Länder, die keine so strengen Maßnahmen erlassen haben, in der Corona-Bilanz nicht schlechter dastehen als Deutschland oder Österreich. Hier sei beispielhaft auf Schweden verwiesen, das sich insbesondere deshalb für einen Vergleich anbietet, weil Schweden, anders als Deutschland und Österreich, zu keiner Zeit einen Lockdown und eine allgemeine Maskenpflicht verhängt hatte, Schulen kaum geschlossen hatte oder ähnliches.<sup>46</sup> Es müsste sich also entsprechend in den Daten niederschlagen, wenn die Maßnahmen einen so großen Unterschied machen würden. Und Fakt ist: Diese Unterschiede gibt es nicht. Dies lässt sich etwa an den Sterberaten (Corona-Tote pro Million Einwohner) während der „zweiten Welle“ im Vergleich Deutschland – Schweden illustrieren:

---

<sup>43</sup> D. Köhler & T. Voshaar (2021): Kant, Popper und die invasive Beatmung, [Cicero](#), 8.11.2021

Bei derartigen Über- und Fehlbehandlungen ist darüber hinaus zu befürchten, dass dahinter bis zu einem gewissen Grad System steckt, zumal künstliche Beatmungen für Krankenhäuser ein äußerst lukratives Geschäft darstellen („Mit künstlicher Beatmung wird richtig viel Geld gemacht“, [welt.de](#), 20.4.2020).

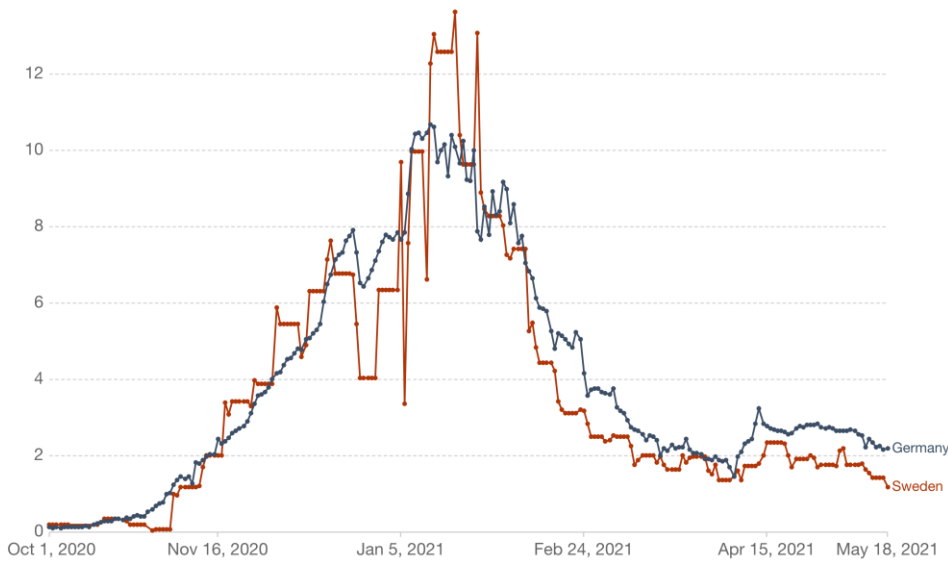
<sup>44</sup> „Covid-19-Therapieansätze: Therapeutische Zurückhaltung“, [Ärzteblatt 26/2020](#)

<sup>45</sup> Bein et al. (2022): *ECMO-Einsatz bei COVID-19: Hohe Sterblichkeit in der Klinik*, [aerzteblatt.de](#)

<sup>46</sup> Der schwedische Sonderweg ist nicht zuletzt auf das vor politischer Einflussnahme relativ geschützte Amt des „Staatsepidemiologen“ zurückzuführen. Das hat Schweden, im Unterschied zu beinahe allen anderen Staaten, vor einer umgehenden Politisierung (und damit auch Entprofessionalisierung und Instrumentalisierung) der Pandemie weitgehend bewahrt.

### Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

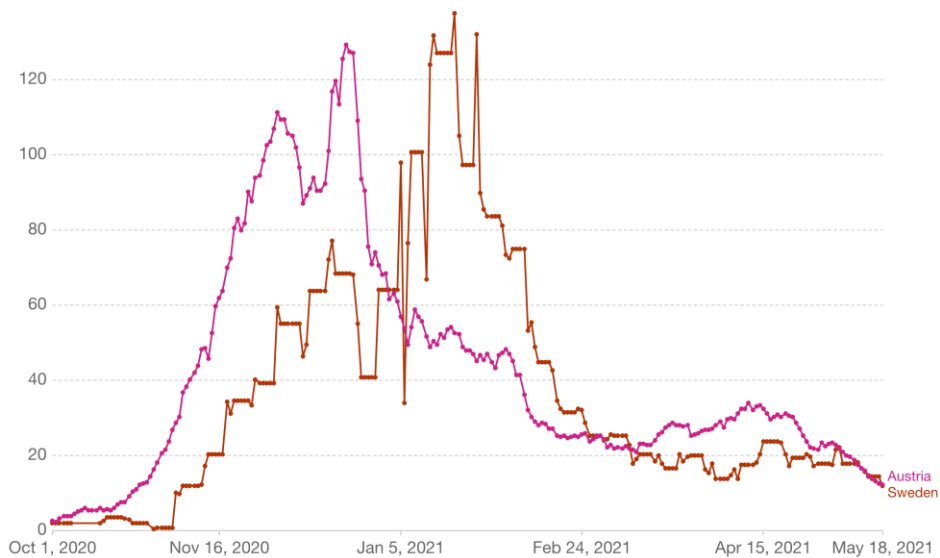
CC BY

Bis auf wenige Ausreißer sind die deutsche und die schwedische Kurve nahezu identisch, ab Februar 2021 liegt die schwedische Corona-Todesfallrate sogar praktisch durchgehend unterhalb der Corona-Sterblichkeit Deutschlands.

Ein Vergleich mit Österreich sieht nicht viel anders aus, außer dass Österreich offenbar den Peak während der „zweiten Welle“ schon früher als Schweden erreichte, ab März 2021 aber ebenfalls fast durchgehend über der Corona-Sterblichkeit Schwedens lag:

### Daily new confirmed COVID-19 deaths

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

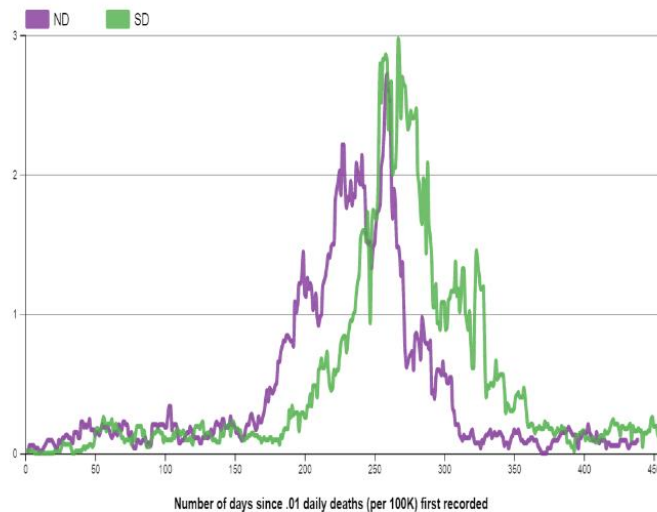
CC BY

Schweden ist nur eines von vielen Beispielen für Länder, die ohne Maßnahmen wie Lockdowns, Maskenpflicht u.Ä. ausgekommen sind und bei einem Vergleich mit strikten Lockdown-Ländern trotzdem nicht schlechter, sondern teilweise sogar wesentlich besser abschneiden. Geradezu ein Vergleichslabor bilden etwa die USA, da die einzelnen

Bundesstaaten sehr unterschiedliche Maßnahmen ergriffen haben. Instruktiv etwa ein Vergleich der Bundesstaaten North Dakota und South Dakota. North Dakota hatte Lockdown, Maskenpflicht etc., South Dakota nichts dergleichen. Gleichwohl unterscheiden sich die Corona-Todesfallraten kaum.<sup>47</sup>

#### New deaths attributed to Covid-19, reported to CDC, in ND and SD

Seven-day moving average of new deaths (per 100K), by number of days since .01 average daily deaths (per 100K) first recorded.



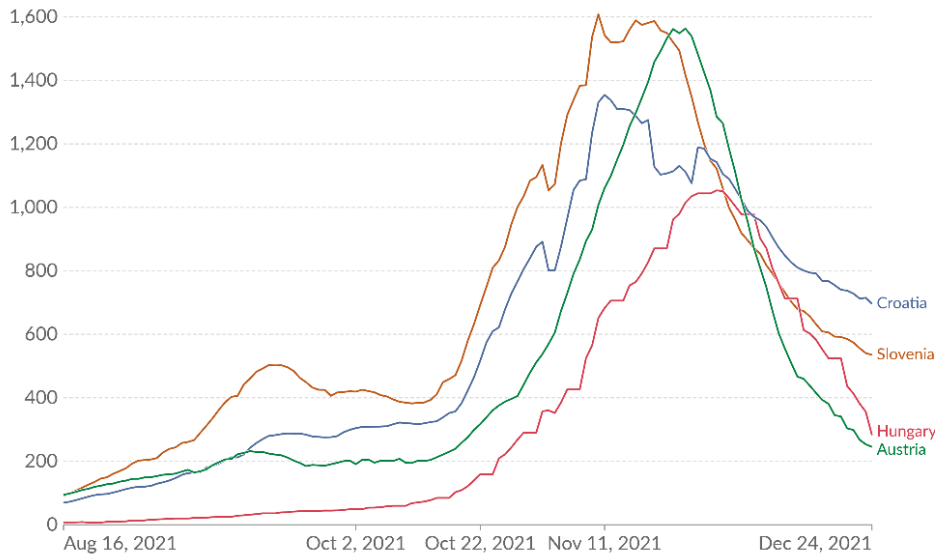
Im zweiten Jahr der Pandemie war global bereits ein merkbares Desinteresse an der Wiederholung von allzu harschen Lockdowns bzw. Kontaktbeschränkungen bemerkbar. Das mag neben der neu zur Verfügung stehenden „Wunderwaffe“ Impfung auch mit dem offenkundig miserablen Kosten-Nutzen-Verhältnis von drastischen Abriegelungsmaßnahmen zu tun haben. Staaten wie Israel oder Spanien, die zu Beginn der Pandemie besonders restriktiv vorgegangen waren, haben sich jedenfalls merkbar zurückgehalten. Nicht so jedoch Österreich, das im Spätherbst 2021 bereits den vierten mehrwöchigen landesweiten Lockdown verhängte – auch und nicht zuletzt, weil sich die Untertanen erwarteten, dass die „One Trick Ponies“ der Virusbekämpfung in Regierung und Verwaltung angesichts steigender Infektionszahlen „etwas tun“. Ein Vergleich mit den Nachbarländern Ungarn, Kroatien und Slowenien, die zeitgleich eine ähnliche Welle erlebten, aber allesamt auf diese Maßnahmen verzichteten, offenbart die Fragwürdigkeit der österreichischen Vorgehensweise<sup>48</sup>:

<sup>47</sup> Quelle: [https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#compare-trends\\_newdeathsper100k](https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#compare-trends_newdeathsper100k)

<sup>48</sup> Es sei denn man geht, wie manche Kommentatoren, davon aus, Österreich habe mit seinem höchst wirksamen Lockdown en passant auch die Nachbarländer mit „gerettet“.

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Es gibt demnach keinerlei belastbare wissenschaftliche Evidenz dafür, dass rigide Maßnahmen wie Lockdowns irgendeinen signifikanten Effekt auf das Infektionsgeschehen hatten und zu einer besseren Bewältigung der Pandemie im Vergleich zu weniger strikt vorgehenden Ländern beigetragen hätten.<sup>49</sup>

Freilich ist einschränkend festzuhalten, dass wir uns bei der Auswahl der Daten vor allem auf Deutschland und Österreich konzentriert haben. In manch anderen Ländern mag sich die Pandemiesituation mitunter anders darstellen, aber das ist meistens wahrscheinlich nicht primär einer außergewöhnlichen Gefährlichkeit des Coronavirus geschuldet, sondern hat stärker sozioökonomische Gründe (höherer Grad an Prekarisierung und Verarmung, schlechtere und/oder kaputtgesparte Gesundheitssysteme etc.).<sup>50</sup> Gerade in diesen Ländern haben rigide Maßnahmen die Lage nachweislich nicht nur nicht verbessert, sondern tendenziell auch verschlechtert. Aus Italien weiß man z.B. mittlerweile, dass dort vor allem zu Beginn der Pandemie schlimme Fehler im Pandemiemanagement und im Übrigen auch massive Fehlbehandlungen von Patienten begangen wurden.<sup>51</sup> Die USA verzeichnen für die beiden Pandemiejahre 2020 und 2021

<sup>49</sup> Die nicht nachweisbare Wirksamkeit auf das Infektions-, Krankheits- und Sterbe geschehen, dafür jedoch hohe Schädlichkeit von Lockdowns wird durch zahlreiche Studien bestätigt, z.B.: Bendavid et al. (2021): Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation*  
Hoyer et al. (2021): *Bewertung des Epidemie-Geschehens in Deutschland: Zeitliche Trends in der effektiven Reproduktionszahl*. CODAG Bericht Nr. 16, S. 12-17  
A.R. Joffe (2021): COVID-19: Rethinking the Lockdown Groupthink. *Frontiers in Public Health*  
Herby et al. (2022): A Literature Review and Meta-Analysis of the Effects of Lockdowns on COVID-19-Mortality. *Studies in Applied Economics* 200

<sup>50</sup> Wobei auch das nicht verallgemeinert werden kann: Auf Afrika starrt der Europäer immer wieder geradezu ungläubig angesichts niedriger Inzidenzen, geringer Todesfallzahlen und verschwindend geringer Impfquoten („Das Corona-Rätsel von Afrika“, [n-tv.de](https://www.n-tv.de), 22.5.2021; „Corona in Afrika: Wenig Geimpfte, aber keine Krise“, [tagesschau.de](https://www.tagesschau.de), 30.12.2021). Ein nicht unwesentlicher Grund für das „Wunder von Afrika“ wird wohl, neben den hiesigen klimatischen Bedingungen, im bedeutend geringeren Altenanteil in den afrikanischen Bevölkerungen liegen, aber auch in der geringeren Prävalenz von „Zivilisationskrankheiten“ wie Diabetes oder Adipositas, die allesamt als bedeutende „Risikofaktoren“ für schwere Corona-Verläufe bekannt sind.

<sup>51</sup> „Italienische Kliniken im Visier der Staatsanwaltschaft“, [welt.de](https://www.welt.de), 8.4.2020  
„Corona-Sammelklagen in Italien: Erst kam das Virus, dann das Vertuschen“, [spiegel.de](https://www.spiegel.de), 22.3.2021

eine massive Zunahme der Gesamtsterblichkeit um 18 Prozent, die in keinerlei Verhältnis zu den Corona-Todesfällen steht, also nicht durch das Virus erklärt werden kann, sondern sehr wahrscheinlich auf die schädlichen Effekte der Maßnahmen zurückzuführen ist.<sup>52</sup> Besonders in Entwicklungsländern, wo Fragen der „Volksgesundheit“, in Ermangelung einer ausreichenden öffentlichen Gesundheitsversorgung, aufs Engste mit allgemeinen Hygiene- und Versorgungsbedingungen verschränkt sind, kann es kaum überraschen, dass repressive Maßnahmen wie Lockdowns sich dort mitunter katastrophal ausgewirkt haben, ohne dass man dies, wie die Apologeten harter Eindämmungsmaßnahmen, pauschal unter „Pandemiefolgen“ verbuchen kann.<sup>53</sup> Dies sind in vielen Fällen schlicht und ergreifend Folgen der Maßnahmen und nicht (primär) der „Jahrhundertseuche“ Corona.

Davon abgesehen sind auch in solchen Ländern die Zusammenhänge durch eine katastrophale Corona-Datenpolitik bis zur Unkenntlichkeit verzerrt (z.B. ist im Mai 2021 Peru dazu übergegangen, jeden Todesfall mit Symptomen einer COVID-19-Erkrankung als „Corona-Todesfall“ zu definieren und hat so die Todesfallzahlen kurzerhand verdreifacht<sup>54</sup> – vermutlich gilt dort seither nahezu jede Atemwegserkrankung oder Lungenentzündung egal welcher Ursache als „Coronafall“) oder werden auf andere Weise durch die mediale Berichterstattung ins Groteske entstellt. Für Letzteres mag stellvertretend z.B. die Berichterstattung über Indien im Frühjahr 2021 stehen<sup>55</sup>: Natürlich wirken „Neuinfektionen“ in der Größenordnung von 300.000 bis 400.000 pro Tag, wie sie Indien zeitweilig verzeichnete, auf den ersten Blick beeindruckend. Allerdings ist es erforderlich, solche Zahlen in Relation zur Gesamtbevölkerung zu stellen, und das sind in Indien nun einmal fast 1,4 Milliarden. Was Corona-Todesfälle angeht, liegt Indien (wenn man sich mal auf die dubiose Zählweise einlässt) bis heute mit 372 Corona-Toten pro Million Einwohner weit hinter Deutschland (1.564) und Österreich (1.777).<sup>56</sup> Selbst wenn man annimmt, dass Corona-Todesfälle in Indien untererfasst sind und die tatsächliche Zahl um das 3-, 4- oder gar 5-fache höher zu veranschlagen wäre, käme keine signifikant höhere Sterblichkeit heraus als hierzulande. Auch hier gilt es also, die Relationen zurechtzurücken.

Ein weiterer möglicher Einwand könnte sich schließlich darauf beziehen, dass unsere Analyse der pandemischen Lage und insbesondere unsere Einschätzung der Gefährlichkeit des Coronavirus sich primär auf „harte“ Parameter wie die Sterblichkeit stützen, während wir andere Faktoren vernachlässigen, etwa die möglichen Spätfolgen von Corona-Infektionen („Long Covid“). Zu diesem Thema gäbe es einiges zu sagen, wir wollen es an dieser Stelle bei einigen wenigen Bemerkungen belassen: Ohne in irgendeiner Weise die Tatsache bestreiten zu wollen, dass COVID-Erkrankungen – wie viele andere Erkrankungen auch – in einigen Fällen mit ernstzunehmenden und mitunter langwierigen Spätfolgen und Langzeitschäden verbunden sein können (vor allem nach schweren Verläufen mit Hospitalisierung und/oder Intensivbehandlung), ist besonders im Hinblick auf die mediale und politische Behandlung des Themas nüchtern festzuhalten, dass „Long Covid“ in mancher Hinsicht eher ein Kampfbegriff als eine seriöse medizinische Diagnose zu sein scheint. Neben den tatsächlichen, ernstzunehmenden Langzeitbeschwerden werden auch ganz unspezifische Leidenszustände subsumiert, deren ursächlicher Zusammenhang mit einer COVID-Erkrankung eher fraglich ist. Dies

---

<sup>52</sup> Siehe oben Anmerkung 20

<sup>53</sup> „Der globale Süden und der große Lockdown“, [monde-diplomatique.de](https://monde-diplomatique.de), 12.11.2020

<sup>54</sup> „Peru korrigiert Corona Zahlen: Auf einmal 110.000 Tote mehr“, [faz.net](https://faz.net), 1.6.2021

<sup>55</sup> „Die indische Corona-Katastrophe“, [oe1.orf.at](https://oe1.orf.at), 5.5.2021

<sup>56</sup> <https://www.worldometers.info/coronavirus> (Stand: 8.4.2022)

kann bereits daran abgelesen werden, dass mittlerweile mehr als 200 verschiedene Symptome unter dem Label „Long Covid“ erfasst werden.<sup>57</sup>

Randomisierte oder zumindest mit Kontrollgruppen arbeitende Studien scheinen in etwa zu bestätigen, was schon längst zu vermuten war, dass nämlich viele der unter Long Covid verbuchten Beschwerden, vor allem nach leichteren Krankheitsverläufen, eher psychosomatischer Natur und Folge der fast zweijährigen politischen und medialen Angstmache sowie psychischen Belastung infolge der Lockdown-Politik sein dürften. Solche Studien zeigen beispielsweise, dass Kinder ohne bestätigte Corona-Infektion in ungefähr demselben Ausmaß über Long-Covid-Symptome klagen wie solche mit bestätigter Infektion bzw. nach überstandener Erkrankung.<sup>58</sup> Oder sie belegen, dass Personen mit bekannter oder angenommener Corona-Infektion häufiger über Long-Covid-Symptome berichten als Personen, bei denen eine Infektion unbemerkt oder unbestätigt geblieben ist und erst im Zuge der Studie durch Antikörpertests nachgewiesen wurde.<sup>59</sup> Angesichts der häufigen Symptomatik auch bei Kindern ohne bestätigte Corona-Infektion sprechen Kinderärzte inzwischen von „Long Lockdown“.<sup>60</sup> Gerade mit Blick auf Kinder, wo Long Covid die bevorzugte (und mangels unmittelbarer Gefährdung durch Corona auch einzige) Angriffsfläche für Big Pharma und die von ihr korrumpierten Politiker und „Experten“ darstellt, um besorgte Eltern zur Impfung ihrer Kinder zu motivieren<sup>61</sup>, zeigen Studien durch die Bank, dass Long Covid bei diesen ausgesprochen selten vorkommt.<sup>62</sup>

Ohne also das Leiden von Menschen unter Langzeitfolgen einer Corona-Erkrankung zu negieren oder herunterzuspielen, erscheint uns auch beim Thema „Long Covid“ und insbesondere dessen gesellschaftlicher Behandlung eine gewisse Skepsis und kritische Distanz mehr als angebracht.

---

<sup>57</sup> „Long-COVID: Mehr als 200 Symptome erfasst“, [aerztezeitung.de](http://aerztezeitung.de), 16.7.2021

<sup>58</sup> Radtke et al. (2021): *Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in school children: population-based cohort with 6-months follow-up*, [medrxiv.org](https://medrxiv.org)

<sup>59</sup> Matta et al. (2021): Association of Self-reported COVID-19 Infection and SARS-CoV-2 Serology Test Results With Persistent Physical Symptoms Among French Adults During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Internal Medicine* 182(1)

<sup>60</sup> „Experten: Long Covid und ‚Long Lockdown‘ nur schwierig zu unterscheiden“, [berliner-zeitung.de](http://berliner-zeitung.de), 13.8.2021

<sup>61</sup> Abgesehen vom zunehmend auch auf Kinder ausgeübten Impfdruck durch 2G-Regeln oder aufgrund von Mobbing durch andere, geimpfte Kinder, deren Eltern sowie Lehrer.

<sup>62</sup> „Studie: Long COVID bei Kindern und Jugendlichen eher selten“, [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de), 4.8.2021  
„Studie: Long-Covid bei Kindern ist ‚selten‘“, [berliner-zeitung.de](http://berliner-zeitung.de), 30.1.2022