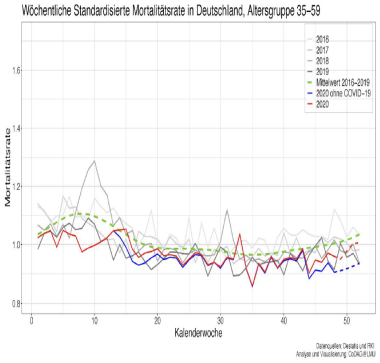

Wie wÃ¤râ??s mit einem unvoreingenommenen Blick nach Schweden?

Description

Einige neue Daten zur Ã?bersterblichkeit durch SARS-CoV 2 (Covid-19) und zur Wirksamkeit von Lockdown und nicht-pharmakologischen MaÃ?nahmen

Ich war einige Wochen abgetaucht, weil ich ein Buch fertig geschrieben habe, dessen Abgabetermin nahte. Jetzt kÃ¼mmere ich mich wieder ein bisschen um die Nachrichten rund um die Coronakrise und es ist fast wie immer: Ich komme aus dem Staunen nicht heraus, wie schnell sich die Ereignisse Ã¼berschlagen, welche wichtigen Daten in der Ã¶ffentlichen Darstellung ignoriert werden und wie bestimmte Schlaglichter geworfen werden.

Keiner ist frei von Fehlwahrnehmungen. Ich auch nicht, stelle ich immer wieder fest. Ich hatte ja zum Beispiel vermutet, dass wir nach der ersten Welle von Corona-Infektionen im MÃ¤rz 2020 ausreichend Immunschutz in der BevÃ¶lkerung haben wÃ¼rden, um eine zweite Welle gar nicht erst zu erleben. Das war klarerweise falsch. Denn jetzt haben wir eine zweite Welle, die grÃ¶Ã?er ist als die erste. Dass das nicht an zu schlechtem, zu spÃ¤ten oder zu wenig â??MaÃ?nahmenâ?? liegt, das zeigt eine neue, aktuelle Studie aus der Arbeitsgruppe von John Ioannidis.

Dessen Position wird in meiner Wahrnehmung in der hiesigen Medienlandschaft kaum transportiert, obwohl er vermutlich mehr Sachkenntnis einbringen kÃ¶nnte, als all die Wissenschaftler, die die Regierung in Sachen Lockdown beraten [1]. Eine Anfrage zeigte, es waren sechs, jawohl, nur 6 Lockdown-Berater, und keiner davon ist ein ausgewiesener Epidemiologe. Nein, Herrschaften, die mir hier widersprechen wollen: Wieler ist kein Epidemiologe. Er leitet nur als Tierarzt ein epidemiologisch wichtiges Institut; es waren also ein Tierarzt, ein Kinderarzt, ein Virologe, ein Pharmakologe und zwei Physiker. Ioannidis ist Epidemiologe in Stanford und einer der weltweit meistzitierten Autoren. Und das wird man nur durch Kompetenz.

Wirksamkeit von Lockdown-MaÃ?nahmen

Â© Prof. Harald Walach

Die Arbeitsgruppe von John Ioannidis hat sich Ã¼berlegt, wie man die Wirksamkeit der verschiedenen Lockdown-MaÃ?nahmen untersuchen kann. Das ist nicht ganz leicht, denn eine echte Kontrollgruppe, mit der man vergleichen kÃ¶nnte, gibt es nicht. Sie haben daher prominente LÃ¤nder genommen, in denen ein relativ starker Lockdown praktiziert wurde; dazu gehÃ¶ren Italien, Spanien, Frankreich, Holland, England, Italien, Deutschland, Iran und die USA. AuÃ?erdem zwei LÃ¤nder, in denen ein milder Lockdown praktiziert wurde, Schweden und SÃ¼d-Korea. Dort wurden manche Dinge verboten, in Schweden etwa GroÃ?versammlungen, andere aber nicht, z.B. blieben die GeschÃ¤fte, Restaurants und Schulen bis zur 9. Klasse offen.

Dann haben die Autoren die Zuwachsraten an Covid-19 FÃ¤llen pro Tag als Indikator verwendet, weil das die einzige Art und Weise ist, wie man â??einen Schatten des Infektionsgeschehensâ??, wie sie schreiben, sehen kann. In diese tÃ¤glichen Zuwachsraten haben sie Parameter fÃ¼r die unterschiedlichen Typen von MaÃ?nahmen hineinmodelliert, die man aus der bekannten Oxford-Datenbank extrahieren kann. Das bedeutet: Der Effekt der MaÃ?nahmen wird geschÃ¤tzt ab dem Zeitpunkt, ab dem die MaÃ?nahme in Kraft tritt â?? und zwar als VerÃ¤nderung der tÃ¤glichen Zuwachsrate. Am Schluss haben sie die VerÃ¤nderungen der Zuwachsraten unter Maximal-MaÃ?nahmen mit denen verglichen, die weniger stark waren, Schweden und SÃ¼d-Korea.

In keinem einzigen Fall zeigen die LÃ¤nder mit den stÃ¤rker restriktiven MaÃ?nahmen signifikant niedrigere Zuwachsraten an FÃ¤llen, als die LÃ¤nder mit weniger restriktiven MaÃ?nahmen. England und Spanien haben sogar, verglichen mit Schweden signifikant hÃ¶here Zuwachsraten, trotz, oder vielleicht auch wegen, der MaÃ?nahmen. Deutschland hat mit deutlich stÃ¤rkeren MaÃ?nahmen genau die gleichen Zuwachsraten wie Schweden.

â??MaÃ?nahmenâ?? verringern in dieser Analyse durchaus die Zuwachsraten insgesamt. Vor der Implementierung von MaÃ?nahmen lagen die Zuwachsraten irgendwo zwischen 23% in Spanien und 47% in Holland. Im Durchschnitt waren es 32% in den LÃ¤ndern mit den restriktiveren MaÃ?nahmen, 25% in SÃ¼d-Korea und 33% in Schweden. Der kombinierte Effekt aller MaÃ?nahmen Ã¼ber alle LÃ¤nder hinweg war signifikant in 9 von 10 LÃ¤ndern und lag zwischen einer 10%igen Reduktion in England und einer 33%igen in SÃ¼d-Korea. In Spanien spielten die MaÃ?nahmen eine eher unrÃ¼hmliche Rolle, weil sie die Situation nicht verbesserten. Hier waren die SchulschlieÃ?ungen stark mit einer Zunahme der FÃ¤lle assoziiert.

Man kann aus der Analyse auch den Effekt einzelner MaÃ?nahmen ableiten, die Ã¼brigens durchaus unterschiedlich fÃ¼r unterschiedliche LÃ¤nder sind. In Deutschland war zum Beispiel die Ausgangssperre bzw. die Isolation von Menschen zuhause ein Verschlimmerungsfaktor, wohingegen das Arbeiten von Zuhause aus, das Verbieten von privaten und Ã¶ffentlichen Versammlungen und die ReisebeschrÃ¤nkung positive Effekte hatten. Nicht hingegen die SchulschlieÃ?ungen. In Schweden hatten die SchlieÃ?ungen der hÃ¶heren Schulen und die EinschrÃ¤nkung von Treffen einen Effekt.

Man muss bedenken: Diese Daten stammen aus der Zeit von Ende Februar bis Anfang April. Das ist die Zeit, in der in den meisten LÃ¤ndern diese MaÃ?nahmen eingefÃ¼hrt wurden. Sie erfassen also den Effekt der MaÃ?nahmen fÃ¼r die erste Welle relativ gut. In Deutschland lag die durchschnittliche Zuwachsrate damals bei 32% pro Tag.

Eindeutig falsch ist also die Holzhammer Methode, die ich aus meiner Heimat Bayern kenne: â??mehr hilft mehrâ??. Tut es nicht. In den verschiedenen LÃ¤ndern sind je nach Kultur und Situation unterschiedliche MaÃ?nahmen unterschiedlich wirksam oder unwirksam, manche sogar schÃ¤dlich. Und was auf keinen Fall stimmt ist, dass man mit mehr MaÃ?nahmen besser fÃ¤hrt als die LÃ¤nder, die etwas weniger martialisch mit der Situation umgehen wie SÃ¼d-Korea oder Schweden.

Â© Prof. Harald Walach

Bei SÃ¼d-Korea muss man ohnedies aufpassen. Offenbar hat das Virus ethnische Vorlieben und gedeiht bei Ostasiaten weniger gut: Eine japanische Studie [2] zeigt an einer Kohorte von zweimal gemessenen Personen, dass die Erkrankungs- und Sterberaten um ein Vielfaches niedriger sind als in Europa oder den USA. Ich habe mit dem Autor korrespondiert: Er bestÃ¤tigte mir, dass u.a. genetische Faktoren eine Rolle spielen, die das Virus fÃ¼r Ostasiaten weniger gefÃ¤hrlich machen. Daher kann man wohl SÃ¼d-Korea (und Ã¼brigens auch China) nur bedingt als MaÃ?stab fÃ¼r deutsche VerhÃ¤ltnisse nehmen. Aber Schweden kann man fÃ¼r den Vergleich heranziehen, und da zeigen die Daten klar: Deutschland liegt, was die Zuwachsrate an FÃ¤llen angeht, gleichauf mit Schweden.

Schweden

Ich hatte schon in meinem letzten Blog darauf hingewiesen, dass die HÃ¤me der hiesigen Presse gegenÃ¼ber Schweden einer Fehlwahrnehmung geschuldet ist (freundlich ausgedrÃ¼ckt). Die Analyse einer norwegischen Gruppe hat gezeigt, dass sich die standardisierten Todesraten von Schweden und Norwegen Ã¼ber die Jahre hinweg nicht unterscheiden, obwohl Norwegen sehr restriktiv, Schweden eher liberal mit der Situation umgeht [3].

Zu Schweden ist vor Kurzem ein schÃ¶ner Gastbeitrag eines deutschen Wissenschaftlers verÃ¶ffentlicht worden. Dr. Sebastian Bauer lebt seit 10 Jahren in Schweden und arbeitet dort in der pharmazeutischen Industrie. Er rÃ¼ckt in seinem Beitrag einige Fehlwahrnehmungen zurecht und fragt â?? berechtigterweise, finde ich â?? wie es zu diesen Falschdarstellungen auch in BlÃ¤ttern der QualitÃ¤tspresse wie der FAZ kommen kann. Zum Beispiel zeigt er, dass es falsch ist zu sagen, in Schweden sei dieses Jahr ein Ausnahmejahr. Ein solches Jahr kommt des Ã?fteren vor. Die Lage in KrankenhÃ¤usern sei â??angestrengt, aber nicht auÃ?er Kontrolleâ??. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen liegt bei 84-86 Jahren bei einer mittleren Lebenserwartung von 81 Jahren fÃ¼r MÃ¤nner und 85 Jahre fÃ¼r Frauen. Offenbar ist die schwedische Strategie nicht ganz falsch, eine kontrollierte Kontaktnahme, vor allem der jÃ¼ngeren BevÃ¶lkerung, mit dem Virus zuzulassen. Dass es sehr schwer ist, die Alten und Kranken davor zu schÃ¼tzen, sehen wir derzeit Ã¼berall.

Ã?bersterblichkeit bei den Alten und in vielen BundeslÃ¤ndern

Die deutsche MortalitÃ¤tsstatistik des Bundesamtes fÃ¼r Statistik weist eindeutig eine Ã?bersterblichkeit aus, die Ã¼ber dem Durchschnitt der vorigen Jahre liegt, zumindest was die letzten Wochen von 2020 angeht, denn die Statistik ist immer nur mit 4 Wochen VerzÃ¶gerung aktuell. Ich finde, man sollte aber auch hier nie den groÃ?en Bauch in den Vergleichsdaten (2016-2019) Anfang des Jahres vergessen, der auf die schweren Grippe-Epidemien 2017/18 zurÃ¼ckgeht, in der sich auch damals schon SÃ¤rge in Krematorien gestapelt haben; nur das vergisst man leicht. Damals hatten wir eine Ã?bersterblichkeit von mehr als 25.000 Toten aufgrund der Grippe und assoziierter Erkrankungen. Diesen Bauch kann man in der Statistik des Bundesamtes sehr gut sehen. Wenn sich Anfang des Jahres 2021 die Ã?bersterblichkeit maÃ?geblich Ã¼ber diese Grenze hinaus entwickelt, dann erst haben wir die Ã?bersterblichkeit dieser Jahre erreicht.

Kommt es dazu? Das ist nicht leicht zu sagen. Dazu kann ich nur die Analysen der MÃ¼nchner Covid-19 Data Analysis Group an der Ludwigs-Maximilian-UniversitÃ¤t empfehlen. Diese hat nÃ¤mlich ein sehr kluges SchÃ¤tzverfahren implementiert, mit dem sie versucht, diese 4-wÃ¶chige VerzÃ¶gerung, die die Daten des Bundesamts fÃ¼r Statistik aufweisen, zu umgehen. Die neuesten Analysen dieser Gruppe vom 7.1.2021 findet man hier. Ich danke Herrn Prof. Kauermann fÃ¼r die Erlaubnis, diese Analysen hier wiederzugeben. Sie sind von seiner Arbeitsgruppe und nicht von mir (Abbildungen 1-3).

Â© Prof. Harald Walach

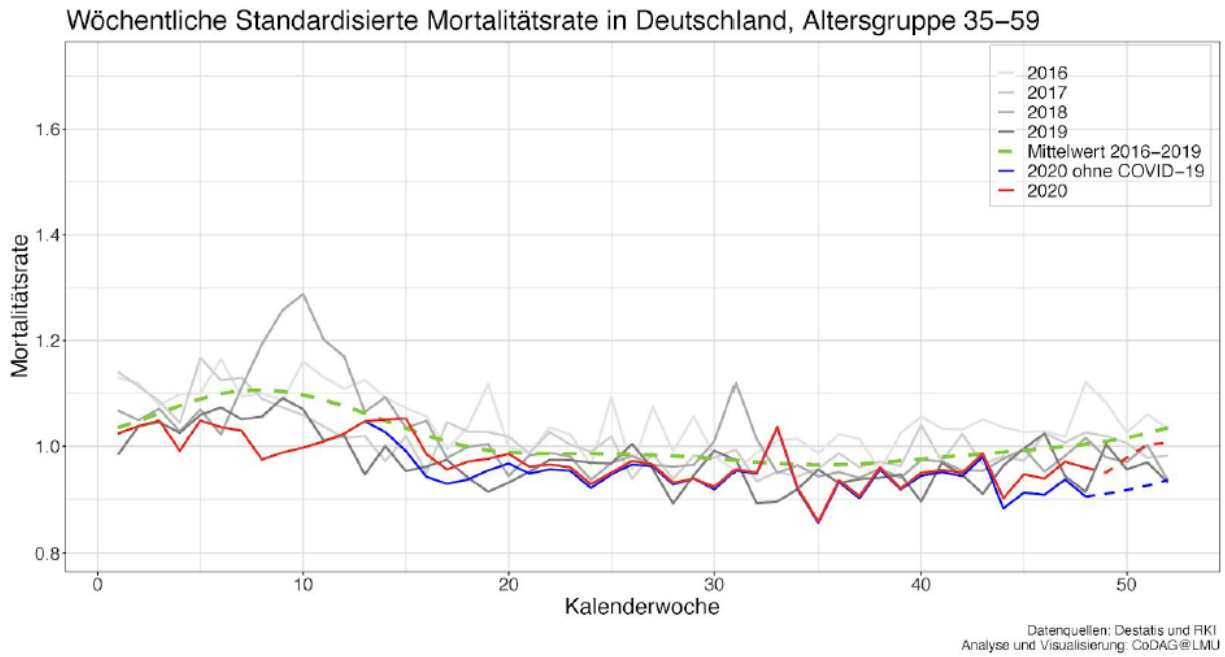

Abbildung 1 â?? Standardisierte MortalitÃ¤tsraten in Deutschland fÃ¼r die Altersgruppe von 35-59 Jahren. Die grÃ¼ne Kurve gibt den Mittelwert der Jahre 2016 bis 2019 an; die rote Kurve den Mittelwert fÃ¼r 2020 und die blaue Kurve ist der erwartete Mittelwert der MortalitÃ¤tsraten ohne Covid-19. Die Daten stammen vom Bundesamt fÃ¼r Statistik, die Aufbereitung, Analyse und Darstellung ist von der Covid-19 Data-Analysis Group der LMU MÃ¼nchen, Prof. Kauermann https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_6.pdf)

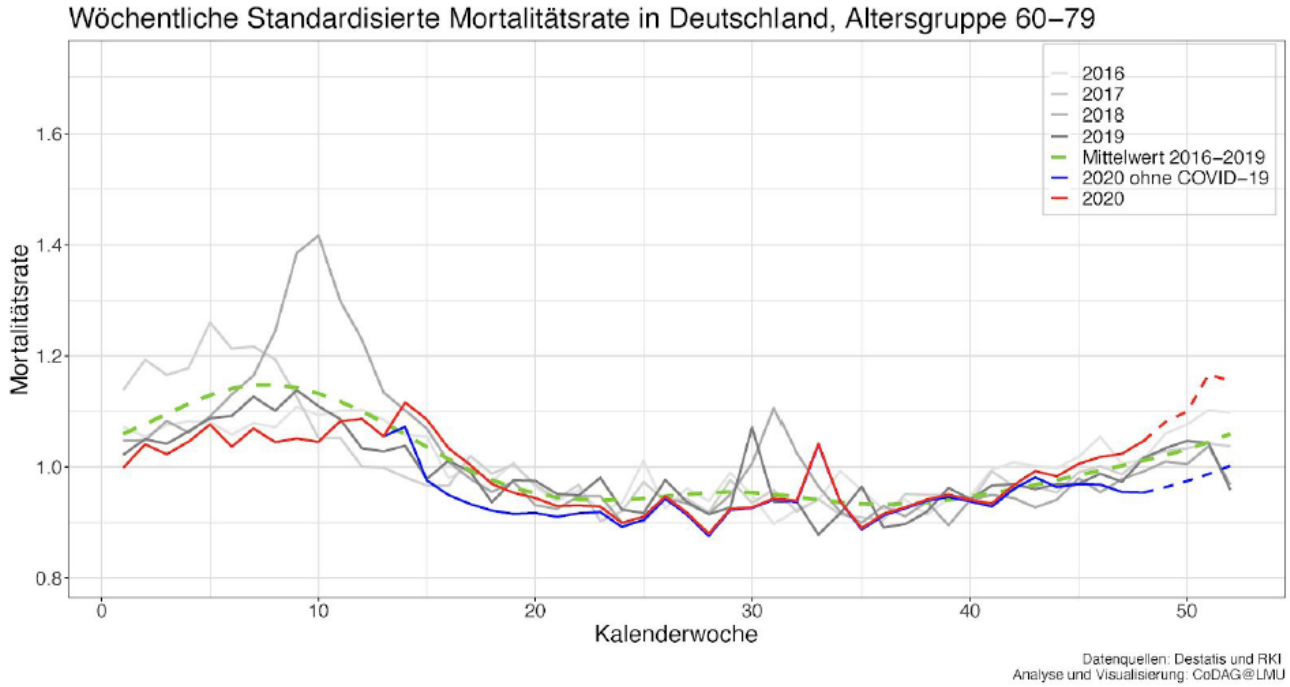

Abbildung 2 â?? Standardisierte MortalitÃ¤tsraten in Deutschland fÃ¼r die Altersgruppe der 60-79-JÃ¤hrigen. Die grÃ¼ne Kurve gibt den Mittelwert der Jahre 2016 bis 2019 an; die rote Kurve den

Â© Prof. Harald Walach

Mittelwert fÃ¼r 2020 und die blaue Kurve ist der erwartete Mittelwert der MortalitÃ¤tsraten ohne Covid-19. (Die Daten stammen vom Bundesamt fÃ¼r Statistik, die Aufbereitung, Analyse und Darstellung ist von der Covid-19 Data-Analysis Group der LMU MÃ¼nchen, Prof. Kauermann https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_6.pdf)

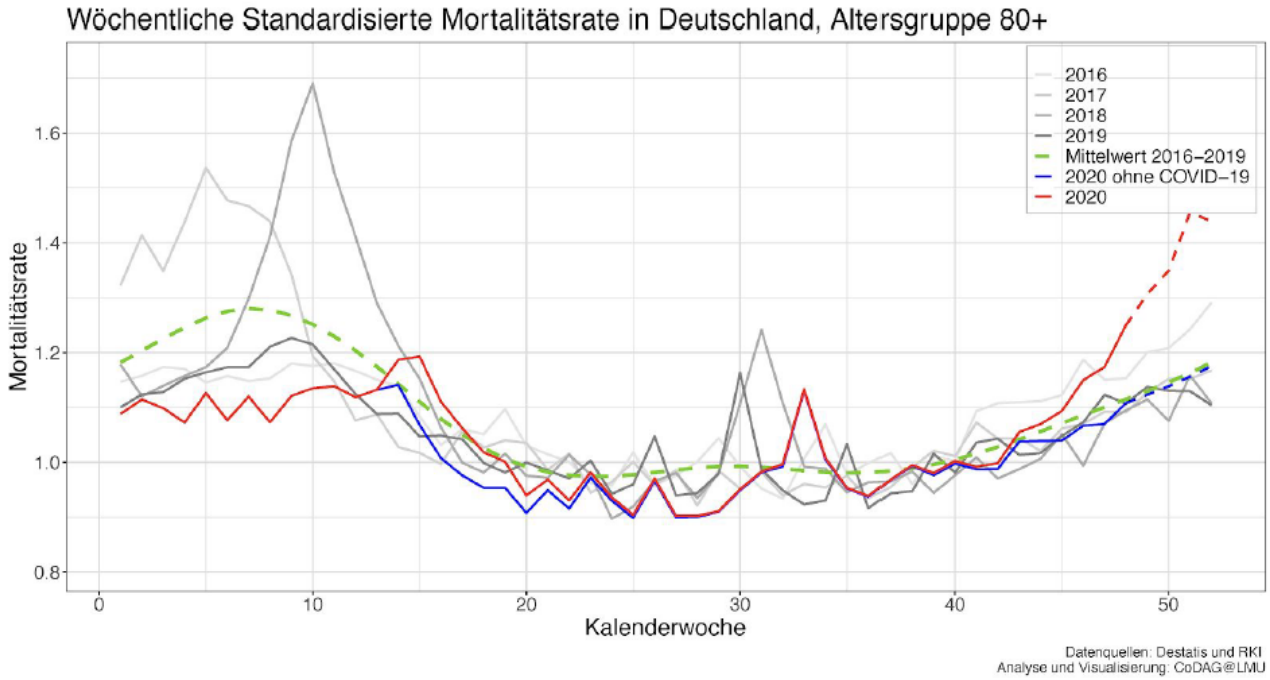

Abbildung 3 â?? Standardisierte MortalitÃ¤tsraten in Deutschland fÃ¼r die Altersgruppe der 80-JÃ¤hrigen und Ã?lteren. Die grÃ¼ne Kurve gibt den Mittelwert der Jahre 2016 bis 2019 an; die rote Kurve den Mittelwert fÃ¼r 2020 und die blaue Kurve ist der erwartete Mittelwert der MortalitÃ¤tsraten ohne Covid-19. (Die Daten stammen vom Bundesamt fÃ¼r Statistik, die Aufbereitung, Analyse und Darstellung ist von der Covid-19 Data-Analysis Group der LMU MÃ¼nchen, Prof. Kauermann https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_6.pdf)

Wenn man die erste Abbildung betrachtet, die die MortalitÃ¤tsraten der unter 59-JÃ¤hrigen wiedergibt, dann erkennt man gegen Ende des Jahres 2020 eine Untersterblichkeit, sowohl was die Gesamt-MortalitÃ¤tsrate als auch die MortalitÃ¤tsrate ohne Covid-19 bezogene TodesfÃ¤lle angeht. Beide Kurven liegen nÃ¤mlich unter dem Durchschnitt der vorherigen 4 Jahre. Sie liegen auch unter der Zahl 1. Das ist sozusagen die Null-Linie der erwarteten Sterblichkeit, auf Anzahl der BevÃ¶lkerung und TodesfÃ¤lle bezogen. Alles was Ã¼ber 1 liegt stellt eine Ã?bersterblichkeit, also mehr TodesfÃ¤lle als erwartet dar, und alles was unter 1 liegt ist eine Untersterblichkeit. Eine solche Untersterblichkeit kann man bei der jÃ¼ngeren Altersgruppe *ohne Covid-19* TodesfÃ¤lle deutlich sehen. Rechnet man die Covid-19-TodesfÃ¤lle hinzu, dann nÃ¤hert sich die erwartete Sterblichkeit und die tatsÃ¤chlich hochgerechnete einander an, aber es bleibt insgesamt eine Untersterblichkeit (nicht vergessen: auch hier sind die letzten 4 Wochen des Jahres SchÃ¤tzungen).

Anders ist es bei den beiden Ã¤lteren Gruppen (Abbildungen 2 und 3). Bei den 60-79-JÃ¤hrigen sieht man eine deutliche zu erwartende Ã?bersterblichkeit fÃ¼r das Ende des Jahres (Abbildung 2). Ohne das Corona-Virus wÃ¤re vermutlich sogar eine Untersterblichkeit zu erwarten (die blaue Kurve liegt unter der grÃ¼nen und unter

Â© Prof. Harald Walach

1), mit Covid-19 bezogenen TodesfÃ¤llen liegt die Kurve darÃ¼ber.

Noch deutlicher sieht man es an der Gruppe der Hochbetagten. Dort wÃ¤re ohne Corona-Virus eine Sterblichkeit im Rahmen der Vorjahresdurchschnitte zu erwarten, die eine leichte Ã?bersterblichkeit darstellen wÃ¼rde, weil nun mal alte Menschen Ã¶fter im Winter als im Sommer sterben. Mit dem Corona-Virus aber (die rote Kurve) geht die Sterblichkeit steil nach oben. Falls das, was dort zu sehen ist ein Knick nach unten ist, der sich im Jahr 2021 fortsetzt, was wir hoffen wollen, dann muss man und sollte man auch konstatieren: Der enorme Gipfel der Grippewelle 2018 wurde auch in dieser Altersgruppe noch nicht erreicht und wird es hoffentlich auch nicht.

Betrachten wir diese Daten â?? sine ira et studio, wie Tacitus sagte, ohne Voreingenommenheit und Leidenschaft â?? dann sehen wir, finde ich, folgendes:

a. Dass das Corona-Virus zu TodesfÃ¤llen beitrÃ¤gt ist offensichtlich.
b. Diese TodesfÃ¤lle sind vor allem in der Gruppe der sehr Betagten und Ã?lteren zu sehen.
c. Dass dieses Virus ein hÃ¶chst gefÃ¤hrlicher Killervirus ist, dessentwegen man alles andere hintanstellen muss, das ist in den Daten dagegen nicht sichtbar.

Ich wiederhole: Wir haben auch 2018, als das System am Anschlag war und die Grippekranken die KrankenhÃ¤user fluteten, nicht â??hartâ?? reagiert. Ich weiÃ?, die Covid-19-Erkrankung ist anders; sie fordert mehr Pflege, mehr KapazitÃ¤ten. Aber wir haben solche KapazitÃ¤ten. Blickt man ins Intensivregister, was sieht man? Die Anzahl der Patienten mit Covid-19, die Intensivbetten belegen, ist seit November deutlich gestiegen und liegt auf dem Gipfel, Anfang Januar bei knapp 5.700. Im Moment scheint sie wieder leicht zu sinken.

Aber interessant finde ich, dass sich dieser Gipfel bzw. dieser Zuwachs an KapazitÃ¤tsanspruch nicht nach oben fortsetzt. Denn wenn man die Gesamtzahl der belegten Betten ansieht, dann liegt diese immer zwischen 20.000 und 20.600, mit Schwankungen Ã¼bers Wochenende. Das heiÃ?t doch offenbar: das System kann diese zusÃ¤tzlichen Kranken irgendwie absorbieren, vermutlich durch zwei Prozesse: nicht notwendige Operationen, deren Patienten ansonsten nach der OP in die Intensivstationen kÃ¤men, werden verschoben und Patienten, die als Zahlpatienten momentan in Intensivbetten liegen, obwohl es eigentlich nicht nÃ¶tig wÃ¤re, werden wieder auf Normalstation verlegt.

Wenn irgendjemand in den Medien oder in der Politarena die potenziell dramatische Lage in KrankenhÃ¤usern bemÃ¼ht, dann wÃ¼rde ich sagen:

Es wÃ¤re zuerst zu fragen, warum seit August die Anzahl der freien Betten und die Notfallreserve reduziert wurde, und es wÃ¤re dann zu fragen, warum immer noch irgendwelche vermeintlichen Gesundheitspolitiker davon reden, wir hÃ¤tten in Deutschland zu viele KapazitÃ¤ten und man mÃ¼sse KrankenhÃ¤user schlieÃ?en. Aber Strukturbereinigungen vorzunehmen, BettenkapazitÃ¤ten aus Spar- oder PrivatisierungsgrÃ¼nden zu reduzieren und dann das bÃ¶se Killervirus fÃ¼r einen Notstand verantwortlich zu machen ist schwarze Politik, schwarz im Sinne von â??Ã¼belâ??.

Ich kriege immer mal wieder Zuschriften von Leuten, die sich Ã¼ber meine Blogs freuen, aber auch von Leuten, die sich Ã¤rgern. Ich nehme das sehr ernst und denke nach. Dann blicke ich wieder in die Daten, nicht â??in die Zahlenâ?? oder â??ins Fernsehenâ?? oder â??in die Zeitungâ??, nein, sondern in die Daten und sehe: Es ist schlimm, aber lange nicht so schlimm, wie man denken kÃ¶nnte, wenn man zur TÃ¼r hinaus geht oder die Zeitung aufschlÃ¤gt.

â??Ja, weil wir die MaÃ?nahmen habenâ??, heiÃ?t es dann. MÃ¶glicherweise stimmt ein Teil davon, wie die Analyse von Ben David und Kollegen zeigt. Aber die MaÃ?nahmen alleine machen es offenbar nicht aus. Sonst wÃ¼rden wir einen wesentlich drastischeren Unterschied zu Schweden sehen. Klar, dort sind die Menschen auch

Â© Prof. Harald Walach

vorsichtig. Aber dort waren keine LÃ¤den und Restaurants zu, die Kinder sind nicht mit Masken in der Schule gesessen und das Maskentragen in der Ã?ffentlichkeit war kein Zwang. Manche taten es, andere nicht. Abstand hielten viele auch, und GroÃ?veranstaltungen waren verboten. Ich wÃ¼rde sagen, das war ein maÃ?volles und vernÃ¼nftiges Vorgehen. Wir werden sehen, wie Schweden weiter durch die Krise kommt.

Die kritische Frage, die mich schon seit Beginn dieser Krise beschÃ¤ftigt, ist: KÃ¶nnen wir die ganz Alten und die sehr schwachen und Kranken schÃ¼tzen und wenn ja wie? Denn die sind es offenbar, die unseren Schutz brauchen. Anscheinend funktioniert das momentane Vorgehen nur sehr begrenzt, wie man an den Daten sieht. Und die Isolation von alten Menschen ist kein Schutz, sondern eher eine Bedrohung. Denn Alte sterben trotzdem mehr als man erwarten wÃ¼rde, in Sachsen zeigt sich das am deutlichsten.

Auch das kann man an den Analysen von Prof. Kauermanns Gruppe aus MÃ¼nchen sehen. Die Analysen wurden nÃ¤mlich auch getrennt fÃ¼r die BundeslÃ¤nder gemacht. Ich empfehle Interessierten, sich das in der Originalpublikation anzusehen, weil ich die Grafiken in ihrer OriginalauflÃ¶sung hier nicht prÃ¤sentieren kann. Daher fasse ich die Befunde in einer Tabelle zusammen (die fehlenden BundeslÃ¤nder wurden nicht ausgewertet).

Bundesland	Ã?bersterblichkeit ohne COVID 19	Ã?bersterblichkeit mit COVID 19	Ã?bersterblichkeit verglichen mit dem Grippegipfel 2018
Baden-WÃ¼rttemberg	nein	ja	nein
Bayern	nein	ja	nein
Sachsen	ja	ja	ja
ThÃ¼ringen	nein	ja	nein
Berlin	Untersterblichkeit	Unklar, vielleicht	nein
Brandenburg	ja	ja	nein
Niedersachsen	Untersterblichkeit	leicht	nein
NRW	Untersterblichkeit	ja	nein
Sachsen-Anhalt	nein	ja	nein
Schleswig-Holstein	Untersterblichkeit	Untersterblichkeit	nein

Tabelle 1 â?? Ã?bersterblichkeit seit November 2020 in einzelnen BundeslÃ¤ndern laut Analyse der Covid-19 Data Analysis Group der LMU MÃ¼nchen (https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_6.pdf); die Ã?bersterblichkeit ohne Covid-19 entspricht den blauen Kurven in den Abb. 1-3, die Ã?bersterblichkeit mit Covid-19 den roten Kurven, die Ã?bersterblichkeit verglichen mit dem Grippegipfel entspricht den Werten von 2018 in den Abb.1-3

Eine deutliche Ã?bersterblichkeit, wenn man die Corona-assoziierten TodesfÃ¤lle dazu nimmt, sieht man in allen LÃ¤ndern auÃ?er Berlin, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Dort ist sogar mit den Corona-TodesfÃ¤llen eine deutliche Untersterblichkeit zu verzeichnen.

Interessant ist allerdings folgendes: In Sachsen und Brandenburg sieht man in der Analyse eine Ã?bersterblichkeit sogar ohne Corona-TodesfÃ¤lle. Das heiÃ?t, dass hier offenbar irgendetwas anderes im Spiel sein muss. Vielleicht fÃ¼hren dort die Abstands- oder anderen MaÃ?nahmen zu TodesfÃ¤llen? Dies mÃ¼sste auf jeden

Â© Prof. Harald Walach

Fall gesondert betrachtet werden. Eine Pflegedienstleiterin aus Sachsen hat an ein Netzwerk, in dem ich bin, eine sehr bedenkliche E-Mail geschickt: Gerade in Sachsen ist der PersonalschlÃ¼ssel in Altenheimen schlechter als anderswo; dort sind mehr alte Menschen als anderswo, weil die Jungen weggezogen sind; dort sind mehr alte Menschen arm und leben zuhause. Das kÃ¶nnte gerade unter Lockdown-Bedingungen zu einer sehr gefÃ¤hrlichen Mischung werden, in der Menschen nicht nur am Virus, sondern an den FolgeschÃ¤den der MaÃ?nahmen leiden und vielleicht sogar sterben.

Das gilt es mit zu bedenken. Unsere politisch Verantwortlichen denken immer nur, scheint mir, daran wie schlimm das Virus werden kÃ¶nnte. Kaum einer denkt daran, dass durch MaÃ?nahmen die Not vieler grÃ¶Ã?er wird, weil durch die HilfsbÃ¼rokratie unkomplizierte schnelle Hilfe nur fÃ¼r die erreichbar ist, die wissen wie. Kaum einer denkt daran, dass in Ã¤rmeren Familien, die auf engem Raum wohnen, der Stress zunimmt und manchmal Gewalt die Folge ist. Ich will die vielen SekundÃ¤rprobleme jetzt gar nicht aufzÃ¤hlen. Jeder kann sie sich selber ausmalen und kennt sie.

Was ich bemerkenswert finde, ist, dass in keinem betrachteten Land auÃ?er Sachsen die standardisierte MortalitÃ¤tsrate auch nur annÃ¤hernd an die des Grippegipfels 2018 herankommt. Nirgendwo. Und es sieht, folgt man den Trajektorien der Kurven, auch nicht so aus, als wÃ¼rde das noch geschehen. Ja, die Corona-Pandemie ist schlimm. Aber sie ist, gottseidank, weniger schlimm, als sie hÃ¤tte sein kÃ¶nnen. Das heiÃ?t nicht, dass es nicht klug ist vorsichtig zu sein. Aber es heiÃ?t auch, dass es keinen Grund zur Panik gibt.

Vor allem sollten meines Erachtens die pauschalen Behandlungen aller positiven PCR-TestfÃ¤lle, auch wenn sie symptomfrei sind, als â??Corona-Krankeâ?? aufhÃ¶ren. Ich hatte schon in frÃ¼heren Blogs auf diese Problematik hingewiesen. Gerade hat eine Gruppe amerikanischer RechtsanwÃ¤lte und Wissenschaftler in einem bemerkenswerten Schreiben wieder deutlich gemacht, dass diese â??Falldefinitionâ?? Probleme bereitet. Die Autoren fordern dazu auf, eine Untersuchung anzustrengen vor allem zu der Frage, wie es dazu kommen konnte, dass auf sehr schlampiger Wissenschaft aufgebaute Strategien die Welt gleichsam hypnotisiert haben [4]. Ich werde das Schreiben vielleicht in einem nÃ¤chsten Blog noch ausfÃ¼hrlicher kommentieren.

Aber was in diesem Zusammenhang wichtig ist: Die Frage, ob asymptomatische Menschen, die zwar PCR-positiv sind, aber keine Symptome haben, andere anstecken kÃ¶nnen, beantwortet eine neuere Meta-Analyse: das ist vermutlich nicht der Fall [5]. Es gibt dazu in dieser Analyse 5 Studien. Drei Studien aus China kommen zu dem Schluss, dass asymptomatische PCR-positive Menschen ansteckend seien. Die zwei anderen zeigen keine sekundÃ¤re Infektion, die von solchen asymptomatischen Menschen ausgeht. Ich hatte bereits einmal noch eine andere Studie aus Taiwan zitiert, die ebenfalls keine Ansteckungsgefahr fand, die von asymptomatischen SARS-CoV2-positiven FÃ¤llen ausgeht [6]. Aber genau wegen dieser vermeintlichen Gefahr fÃ¼hrt man weitreichende Restriktionen ein. MÃ¶glicherweise ist das einfach falsch? Falls jemand eindeutige Belege hat, dass dies so ist, dass asymptomatische Menschen andere anstecken kÃ¶nnen, die nicht auf die drei erwÃ¤hnten chinesischen Studien verweisen, wÃ¼rde mich das sehr interessieren.

Die Analysen von Bendavid und Kollegen zeigen, dass pauschale Lockdowns und mÃ¶glichst restriktive MaÃ?nahmen keine optimale LÃ¶sung sind. Im schlimmsten Fall kÃ¶nnen sie sogar ins Gegenteil fÃ¼hren. Daher wÃ¤re mein Wunsch an die politisch Verantwortlichen: Weniger Holzhammer, mehr Sorgfalt bei der Analyse. Weniger Kriegsrhetorik, mehr differenzierter Sachverstand. Weniger â??entweder-oderâ??, mehr â??sowohl-als auchâ??. Weniger eng gefÃ¼hrte Beratung, mehr AbstÃ¼tzung des Konsens durch breitere Expertise, die endlich auch ausgewiesene Epidemiologen, Infektiologen und Mitglieder anderer Professionen umfassen sollte, ja, vielleicht sogar solche Experten, die den politischen EinschÃ¤tzungen kritisch gegenÃ¼berstehen.

Â© Prof. Harald Walach

Literatur und Quellen

1. Bendavid E, Oh C, Bhattacharya J, Ioannidis JPA. Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19. European Journal of Clinical Investigation. 2021:e13484. doi: https://doi.org/10.1111/eci.13484.
2. Hibino S, Hayashida K, Ahn AC, Hayashida Y. Dynamic Change of COVID-19 Seroprevalence among Asymptomatic Population in Tokyo during the Second Wave. medRxiv. 2020:2020.09.21.20198796. doi: https://doi.org/10.1101/2020.09.21.20198796.
3. Juul FE, Jodal HC, Barua I, Refsum E, Olsvik Ã?, Helsingen LM, et al. Mortality in Norway and Sweden before and after the Covid-19 outbreak: a cohort study. medRxiv. 2020:2020.11.11.20229708. doi: https://doi.org/10.1101/2020.11.11.20229708.
4. Senger MP, Ruding SA, Craig CG, Spalding R, Hillier R, Hoar F, et al. The Chinese Communist Partyâ??s Global Lockdown Fraud: Request for expedited federal investigation into scientific fraud in COVID-19 public health policies 2021 [cited 2021 13.1.]. Available from: https://ccpgloballockdownfraud.medium.com/the-chinese-communist-partys-global-lockdown-fraud-88e1a7286c2b#_ftnref87.
5. Yanes-Lane M, Winters N, Fregonese F, Bastos M, Perlman-Arrow S, Campbell JR, et al. Proportion of asymptomatic infection among COVID-19 positive persons and their transmission potential: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2020;15(11):e0241536. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241536.
6. Cheng H-Y, Jian S-W, Liu D-P, Ng T-C, Huang W-T, Lin H-H, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. JAMA Internal Medicine. 2020. doi: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.2020.

Date Created
14.01.2021

Â© Prof. Harald Walach