

# Verschärfte Fakten für den Unlock



Das ist aber nicht die Übersterblichkeit. Um diese zu berechnen, muss die Basiszunahme der Toten pro Jahr aufgrund der demographischen Alterung herausgerechnet werden. Aufgrund dieses Effekts sterben so lange, bis die Bevölkerungszahl oder das Durchschnittsalter in Deutschland deutlich sinken, jedes Jahr mehr Menschen. Diese zu erwartende Zunahme hat der Mathematiker Thomas Rießinger mit Hilfe eines Regressionsmodells aus den Sterbezahlen der letzten 14 Jahre [modelliert](#). Demzufolge müssten 2020 in Deutschland 957.006 Menschen sterben. Verwendet man diesen korrigierten Wert als Referenzgröße, kommt man für 2020 auf eine Übersterblichkeit von 2 Prozent, es sind etwa 19.600 Menschen mehr gestorben als laut Modell zu erwarten wären.

Was die 2 Prozent Übersterblichkeit bedeuten

Dieser Wert kann zum Teil durch COVID erklärt werden, denn die Krankheit ist bei Menschen am Ende ihres Lebens eine natürliche Todesursache, die aber die Lebenserwartung um einige Wochen verkürzen kann ([harvest effect](#)), bei wenigen Patienten auch um mehr Lebenszeit. Dieser Effekt kann die Übersterblichkeit zum Teil erklären, doch kann ein Teil der 19.600 zusätzlichen Toten auch durch ganz andere Ursachen hervorgerufen worden sein, wir kennen die Kausalzusammenhänge im komplexen System der Interaktion von Mensch und Umwelt, die letztlich bei jedem von uns eines Tages zum Ende des Lebens führt, oft nicht einmal beim Einzelnen genau, aber in der Gesamtpopulation erst recht nicht.

Sicher ist, dass wir nicht um die 1.000 COVID-Tote am Tag zu beklagen haben, wie es das RKI berichtet, denn dann müssten wir es mit einer in allen Altersgruppen viele Todesopfer fordernden schweren Epidemie zu tun haben, die die Reihenfolge der Todesursachen verändert. Seit Jahrzehnten sterben etwa 35 Prozent an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 25 Prozent an Krebs, 7,5 Prozent an Erkrankungen des Atemsystems und alle anderen an selteneren Erkrankungen.

2018 starben laut [Statistischem Bundesamt](#) etwa 20 Tausend Menschen an Pneumonie und 34 Tausend an chronischen Atemwegserkrankungen, vor allem an der Raucherkrankheit COPD. Viele dieser Patienten sterben akut an Pneumonie, doch wird dies nicht als Todesursache angegeben, da die zugrundeliegende Krankheit den Tod verursacht hat. Geht man, um eine grobe Einschätzung der RKI-Zahlen zu erhalten, davon aus, dass 2018 etwa 40 Tausend Menschen akut an Pneumonie gestorben sind, wären das 4 Prozent der Verstorbenen. Wenn man nun großzügig abschätzt, dass sich aufgrund von COVID diese Quote im Dezember vervierfacht hat, käme man auf etwa 500 COVID-Tote pro Tag (16 Prozent).

## Behördliche Uminterpretation der Todesursachen

Um auf 1.000 Tote am Tag zu kommen, müsste COVID als Todesursache Krebs überholen und etwa so bedeutsam sein wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nämlich ein Drittel aller Toten verursachen. Doch dafür müsste es auch bei Patienten unter 70, die für die Todesquoten der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebsarten relevant sind, eine hohe Letalität aufweisen. Wir wissen jedoch, dass die **Letalität** bei den über 70-Jährigen bei 1–2 Promille und bei den unter 70-Jährigen zehnmal niedriger oder noch viel niedriger liegt.

Daher kann der Anteil der COVID-Toten kaum auf 16 Prozent, geschweige denn auf 32 Prozent pro Tag gestiegen sein, denn sonst müsste es noch deutlich mehr und vor allem mehr junge Tote geben. Maximal gab es laut RKI 2020 etwa 30 Tausend COVID-Tote, wobei die vom RKI betriebene COVID-Überdiagnose in diese Zahl schon eingeflossen ist. Die Influenza-Welle 2017/2018 brachte es auf eine ähnliche hohe Zahl, 1968/69 starben über hunderttausend Westdeutsche an der Hongkong-Grippe.

Wir haben es also mit einer milden Übersterblichkeit zu tun, wie sie immer wieder auftritt, genauso wie die Untersterblichkeit, die es auch in manchen Jahren gibt. Solange wir nicht 5 oder 10 Prozent Übersterblichkeit und eine deutliche Zunahme junger Toter haben, kann von einer echten Seuche keine Rede sein. Was das RKI mit seinen Zahlen zu den täglichen Todesursachen macht, ist eine behördliche Uminterpretation der Todesursachen. Wie ist das möglich?

*Ersten* sind die SARS-CoV-Viren, die Erreger von COVID, endemisch und derzeit stark verbreitet, die **Prävalenz**, das ist die Anzahl der Kranken in einem Intervall, wird gar nicht gemessen. Sie könnte laut der Ergebnisse der Arbeitsgruppe um **Professor Matthias Schrappe** bei 5 Prozent der Bevölkerung oder auch höher liegen. Die Inzidenz (die Anzahl der Neuerkrankten in einem Intervall) wird laut Schrappe (und Epidemiologielehrbuch) gar nicht gemessen, was das RKI als "Inzidenz" angibt, ist eine wöchentliche Addition von **heuristischen** Punktprävalenzen, die nichts über das Infektionsgeschehen aussagt.

Denn zur Berechnung einer Inzidenz bräuchte man (i) die Anzahl der Personen in der untersuchten Population, (ii) eine vollständige Untersuchung der Population, (iii) eine Untersuchung der Population über den gesamten Zeitraum, für die eine Inzidenzaussage getroffen werden soll, (iv) eine bei Beginn der Untersuchung merkmalsfreie Population, (v) einen Beobachtungszeitraum, der ausreicht, um ein Neuauftreten des Merkmals ermitteln zu können (also muss der Zeitraum länger als die Inkubationszeit sein).

Die Angaben sind politische, keine wissenschaftlichen

Keines der Kriterien erfüllen die Zahlen des RKI; die echte Prävalenz des Erregers ist viel höher, die Inzidenz schlicht und ergreifend unbekannt. Die hohe Prävalenz ist – wie bei anderen Erregern grippaler Infekte – kein Problem, da 90 Prozent der Infizierten keine oder nur schwache Symptome haben und nur sehr wenige daran sterben.

Zweitens ist der verwendete PCR-Test unspezifisch und [invalide](#), ein positiver Test besagt nicht, dass der getestete Patient tatsächlich mit SARS-CoV-2x (den evolutionären Nachkommen von SARS-CoV-2) infiziert ist, und erst recht nicht, dass der Patient daran gestorben ist. Doch wird jeder positive Test unabhängig von den Symptomen und der eigentlichen Todesursache als Infektion und oft auch als Todesursache bewertet.

Die hohen Zahlen an COVID-Toten, die das RKI täglich berichtet, kommen also durch die Kombination aus hoher Prävalenz des Virus und der mangelhaften Spezifität des PCR-Tests zustande. Mindestens die Hälfte der als COVID-Tote klassifizierten Patienten haben eine andere Todesursache. Doch diese Angaben sind politische, keine wissenschaftlichen Zahlen. Das RKI betreibt eine epidemiologisch nicht haltbare Uminterpretation der Zahlen. Am RKI arbeiten erstklassige Epidemiologen und Virologen. Ihre Berichterstattung erfolgt aufgrund politischer Anweisungen.

Insgesamt haben wir es bei SARS-CoV-2x mit einem Erreger zu tun, der etwas pathogener und letaler ist als vergleichbare Erreger der Corona-Viridae. Dies gilt auch für die nun beschriebenen Mutanten, von denen es zahlreiche gibt – wie bei jedem Virus dieser Familie. Die 2020 gemessene Übersterblichkeit ist gering und betrifft fast nur alte Menschen am Ende ihres Lebens. Wir könnten sofort mit den Tests und allen Maßnahmen aufhören und würden gar nichts von SARS-CoV merken, denn nichts ist anders als in den Vorjahren, auch nicht die [Belegung der Krankenhäuser](#) (Schrappe-Bericht 6.1, p. 37f.) im Winter.

***Dr. Jochen Ziegler** ist Arzt und Biochemiker. Er arbeitet als Berater für private Anbieter des Gesundheitssystems und lebt mit seiner Familie in Hamburg.*

Der Beitrag erschien zuerst bei ACHGUT [hier](#)