



**Heilige Corona, hilf!**

**Empirischer Ländervergleich  
über Verlauf und Folgen der  
Covid-19-Pandemie**

**Dr. Kurt Traar  
Juni/Juli 2020**

Über den Verlauf der Covid-19-Pandemie 2020 sowie über die Wirksamkeit der in den einzelnen Ländern getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie liegen viele Beschreibungen und Einzelstudien vor. Was aber bisher fehlte, war eine vergleichende Länderstudie. Nur aus einer solchen synoptischen Betrachtung und Analyse kann eine glaubwürdige Evaluation der Maßnahmen und eine Abschätzung der wirtschaftlichen und sozialen Folgen vorgenommen werden.

**Tab1: Rangreihung von Covid-19-Infektionen und Todesfällen von 26 Staaten nach der Schwere ihrer Belastung (Stand: 13. 5. 2020)**

	Land	Infizierte insgesamt	Infizierte auf 100.000 EW	Todesfälle insgesamt	Todesfälle auf 100.000 EW	Einwohner in Millionen	Todesfälle / Infizierte in %
1	Belgien	53.981	469,4	8.843	76,9	11,5	16,4
2	Spanien	271.095	580,5	27.104	58,0	46,7	10,0
3	Italien	222.104	367,1	31.106	51,4	60,5	14,0
4	Großbritannien	229.705	345,9	33.186	50,0	66,4	14,4
5	Frankreich	178.060	265,8	27.074	40,4	67	15,2
6	Schweden	27.909	273,6	3.460	33,9	10,2	12,4
7	Niederlande	43.211	249,8	5.562	32,2	17,3	12,9
8	USA	1.420.421	434,1	84.353	25,8	327,2	5,9
9	Schweiz	30.413	353,6	1.870	21,7	8,6	6,1
10	Singapur	21.707	351,8	768	12,4	6,17	3,5
11	Deutschland	173.647	209,7	7.788	9,4	82,8	4,5
12	Dänemark	10.713	184,7	537	9,3	5,8	5,0
13	Iran	112.725	137,8	6.783	8,3	81,8	6,0
14	Österreich	15.997	179,7	624	7,0	8,9	3,9
15	Slowenien	1.463	69,7	103	4,9	2,1	7,0
16	Türkei	143.114	172,0	3.952	4,8	83,2	2,8
17	Ungarn	3.341	34,1	430	4,4	9,8	12,9
18	Tschechien	8.240	77,0	288	2,7	10,7	3,5
19	Kroatien	2.213	54,0	94	2,3	4,1	4,2
20	Israel	13.942	154,9	184	2,0	9	1,3
21	Russland	242.271	167,7	2.212	1,5	144,5	0,9
22	Griechenland	2.760	25,8	155	1,4	10,7	5,6
23	Südkorea	10.991	21,3	252	0,5	51,6	2,3
24	Slowakei	1.396	25,4	23	0,4	5,5	1,6
25	Australien	6.720	25,8	83	0,3	26	1,2

Für die vorliegende Länderanalyse mit dem Schwerpunkt auf Österreich wurden zehn Länder, die sich entweder aufgrund ihrer wirtschaftlichen Stärke oder ihren spezifischen Pandemieverlauf empfohlen, ausgewählt (Stand 13. 5. 2020).

#### **A. Länder mit der größten Covid-19-Belastung:**

1. Stelle: Belgien mit 76,9 Todesfällen pro 100.000 EW
3. Stelle: Italien mit 51,4 Todesfällen pro 100.000 EW
4. Stelle: Großbritannien mit 50,0 Todesfällen pro 100.000 EW
5. Stelle: Frankreich mit 40,4 Todesfällen pro 100.000 EW

## B. Länder mit mittlerer Covid-19-Belastung:

6. Stelle: Schweden mit 33,9 Todesfällen pro 100.000 EW. Mit Stand 21. Juni 2020 wurden bereits 56.043 Infizierte und 5.053 Covid-19-Todesfälle gezählt. Dies sind neuerdings auf 100.000 Todesfälle berechnet bereits 49 Todesfälle. Schweden liegt nunmehr vor Frankreich, aber immer noch hinter Großbritannien.

8. Stelle: USA mit 25,8 Todesfällen pro 100.000 EW

9. Stelle: Schweiz mit 21,7 Todesfällen pro 100.000 EW

## C. Länder mit geringer Covid-19-Belastung:

11. Stelle: Deutschland mit 9,4 Todesfällen pro 100.000 EW

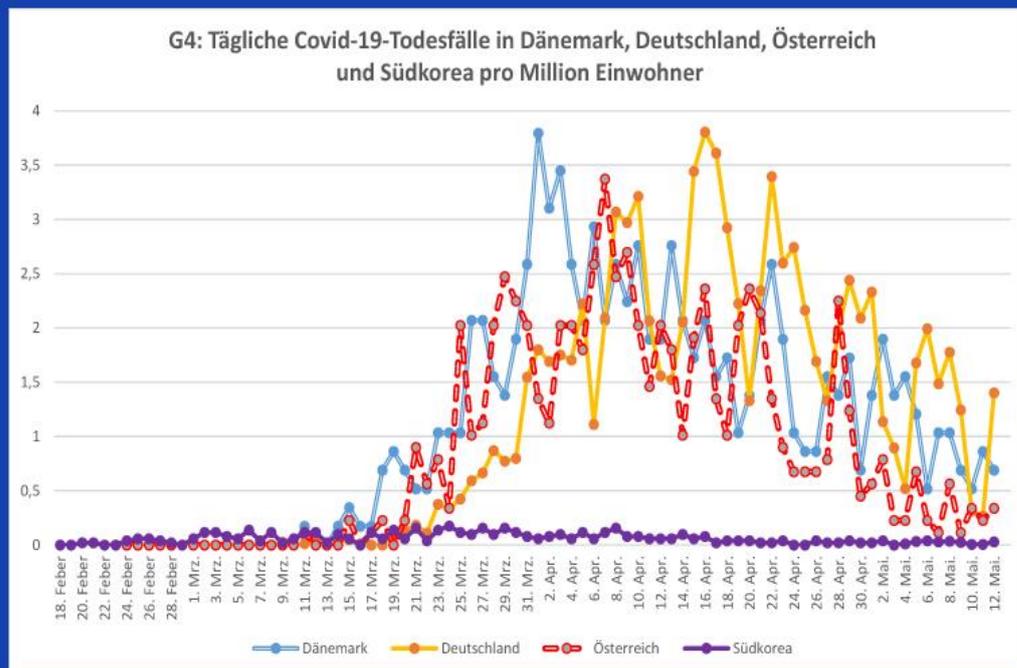
12. Stelle: Dänemark mit 9,3 Todesfällen pro 100.000 EW

14. Stelle: Österreich mit 7,0 Todesfällen pro 100.000 EW

## C. Länder mit geringer Covid-19-Belastung

<b>Covid-19-Infizierte und Todesfälle in drei ausgewählten Ländern (Stand: 13. 5. 2020)</b>						
Land	Infizierte		Todesfälle		Einwohner in Millionen	Verhältnis Todesfälle/ Infizierte in % *)
Rangreihung nach Todesfällen 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW		
11. Deutschland	173.647	209,7	7.788	9,4	82,8	4,5 %
12. Dänemark	10.713	184,7	537	9,3	5,8	5,0 %
14. Österreich	15.997	179,7	624	7,0	8,9	3,9 %

\*) Prozentueller Anteil der Covid-19-Todesfälle bezogen auf die Zahl der positiv auf den Coronavirus Getesteten. Je höher dieser Prozentsatz ist, desto höher ist die Dunkelziffer dem am Coronavirus Infizierten insgesamt.



## 14. Stelle: Österreich

Wir sind doch Corona-Weltmeister! Um diese Behauptung zu stützen, wurde erstmal ein Worst-Case-Szenario apokalyptischen Ausmaßes entworfen. Von 100.000 Toten und „Jedermann wird jemanden kennen, der an Covid-19 verstarb“ war die Rede.

Wie hanebüchen die Wenn-Dann-Prognose von 100.000 Todesfällen, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden, war, soll an einem kleinen Rechenbeispiel veranschaulicht werden:

Bei der damals bereits richtig geschätzten Infektionssterblichkeit um ein Prozent (in der Heinsberg-Studie sogar nur 0,37 %) müsste es in Österreich bei 100.000 Covid-19-Todesfällen ungefähr zehn Millionen Infizierte geben, um eine Million mehr als Österreich Einwohner hat.

Die Antworten auf acht Fragen sollen aber weisen, ob der österreichischen Bundesregierung wirklich das Prädikat eines umsichtigen und erfolgreichen Umganges mit der Viruskrise zukommt.

### (1) Hat die österreichische Bundesregierung umgehend auf die Pandemie-Gefahr reagiert?

Erste Hinweise zur Verbreitung des Coronavirus in Tirol, wiewohl man damals seine Gefährlichkeit nicht erkannte, gab es bereits am 29. Februar 2020, nachdem eine Reisegruppe aus Island bei ihrer Rückkehr aus dem Tiroler Schiort Ischgl positiv auf das Coronavirus getestet wurde.

Bereits am 4. März stuften isländische Behörden Ischgl als ein Hochrisikogebiet ein. Wien wurde informiert: Anzahl der Personen, die davon betroffen waren; Hotels, wo sie gewohnt haben etc.

Wien – unter Assistenz und mit Wortführung der Tiroler ÖVP sowie der Tiroler Fremdenverkehrswirtschaft - behauptete vielmehr, dass sich die Schifahrer nicht in Tirol, sondern auf ihren Rückweg nach Reykjavik mit im selben Flugzeug befindlichen Italien-Rückkehrern infiziert hätten.

Selbst als im nahen Italien die Pandemie bereits voll ausgebrochen war, wurden in den Tiroler Schiorten noch völlig verantwortungslos Apres-Schi-Partys gefeiert. Inzwischen gibt es aber bereits Sammelklagen gegen den Tiroler Landeshauptmann Günther Platter (ÖVP), Bürgermeister von Ischgl, Seilbahngesellschaften und Behördenvertreter.

## **(2) Ist in Tirol das österreichische Epizentrum der Coronavirus-Pandemie zu suchen?**

Mit Stand 9. April 2020 gab die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) bekannt, dass sich 625 von den 1.068 untersuchten Sars-CoV2-Infizierten oder 57 Prozent im Tiroler Schiort Ischgl angesteckt haben. Auch die Verbreitung in Island ließ sich Anfang März – wie bereits ausgeführt - maßgeblich auf Ischgl zurückführen. Von den 1.198 in Norwegen bestätigten Infektionen wurden 500 den zu dieser Zeit in Österreich urlaubenden Staatsbürgern zugeordnet. Und von 262 Infizierten in Dänemark gehen mehr als die Hälfte auf das Konto der Tiroler Schiorte. Hinzu kommen Infizierte in Schweden, England und Irland, die sich den Angaben der jeweiligen Gesundheitsämter zufolge in Ischgl oder in anderen Tiroler Schiorten infizierten.

Damit ist noch nicht die so wichtige Frage, warum eigentlich „Ischgl“, beantwortet. Ich glaube, dies ist einer speziellen Spaßkultur, „Ballermann im Schnee“, wofür dieser Schiort letztlich steht, geschuldet. Ob es dieses touristische Angebot weiterhin geben wird, kann mit Fug und Recht bezweifelt werden.

### **Wien aber schwieg dazu, wiewohl immer voll informiert!**

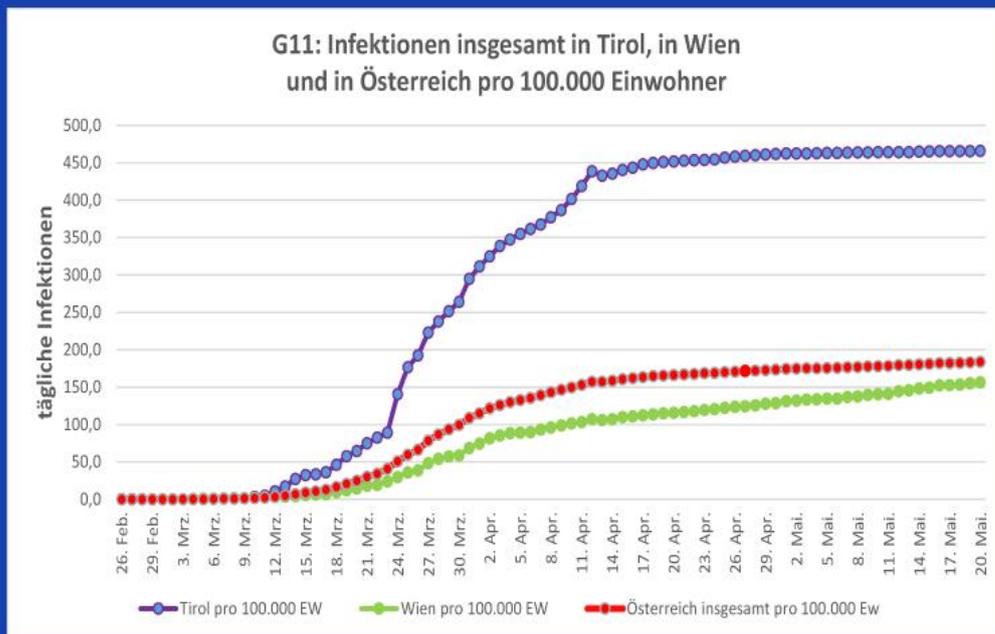
Erst mit einer ungefähr vierzehntägigen Verspätung gegenüber Island begannen die österreichischen Gesundheitsbehörden auf die Pandemie zu reagieren und starteten Testserien im größeren Stil – in Tirol wie auch in Wien gleichermaßen.

## **(3) Gab es in Österreich einen unterschiedlichen regionalen Verlauf der Infektionen?**

Breit gefächerte Tests gab es in Österreich nicht vor dem 10. März – auch nicht in Tirol.

Der unterschiedliche Verlauf der Neuinfektionen in Tirol und in Wien enthüllt aber sehr interessante Erkenntnisse.

Es muss aber vorausgeschickt werden, dass die statistischen Angaben keineswegs die Zahl der Sars-CoV2-Infektionen widerspiegeln, sondern nur jene Personen, die labordiagnostisch positiv auf Sars-CoV-2 – ohne Symptomatik – getestet wurden. Wenn aber nicht getestet wird, dann gibt es auch keine Coronavirus-Infektionen.



Für Tirol kann aber gesagt werden, dass nach Anlaufen der Testserie – zwischen 23. März und 12. April - die Zahl der Infizierten praktisch explodierte. Daraus kann man schließen, dass es eine sehr hohe Dunkelziffer an nicht entdeckten Infizierten gab.

Das Virus muss sich bereits viele Monate lang endemisch ausgebreitet haben.

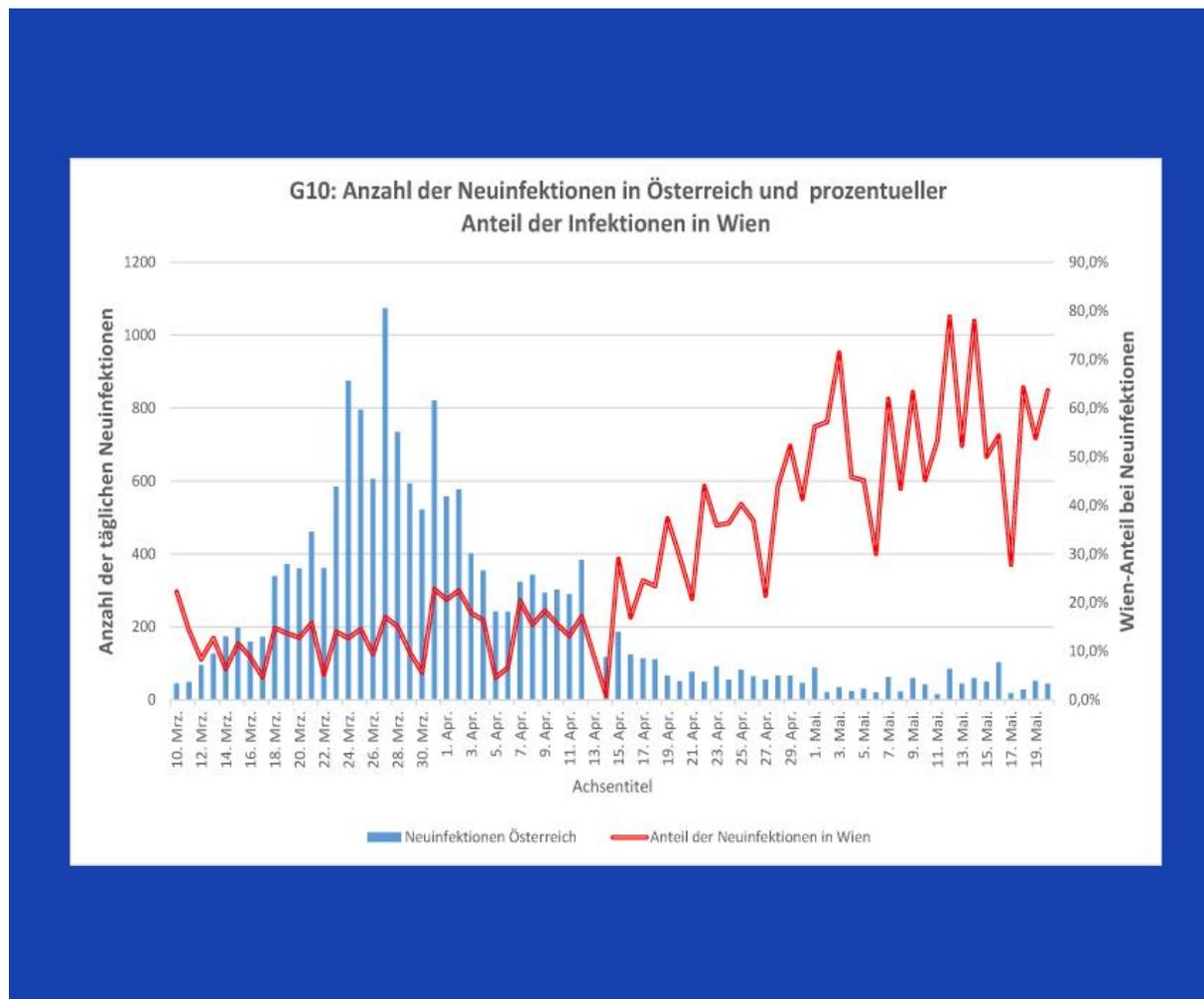
Der Infektionsverlauf in Wien verlief hingegen sehr zögerlich und nur leicht stetig ansteigend. Verglichen mit anderen Hauptstädten in Europa war Wien nie ein Hotspot. Und ist es heute ebenso nicht. Dass es in der Bundeshauptstadt nur sehr langsam zu einer Ausbreitung der Pandemie kam, ist vor allem auf die rigide Segregation der Wiener Bevölkerung mit dem hohen Migrantenanteil zurückzuführen, da die einzelnen Ethnien abgeschottet leben.

Auch der Umstand, dass die österreichischen Asylanten – anders als jene in Schweden, die vornehmlich in der Altenpflege beschäftigt sind und dadurch den Verlauf der Pandemie beschleunigten - in der Mehrzahl von der Mindestsicherung leben und deshalb dem Kontakt mit der Bevölkerung weitgehend entzogen sind, hemmte die Ausbreitung des Virus. Seine Verbreitung wurde erst Ende Mai in den Asylzentren der Stadt virulent.

In der zweiten Maihälfte entbrannte ein politischer Streit zwischen dem Innenminister (ÖVP) und der mehrheitlichen roten Stadtregierung, da es in Wien zu einer Steigerung der Infizierten kam, wiewohl sie in Rest-Österreich rückläufig war.

Betrachtet man aber die Zahl der in der Bundeshauptstadt Infizierten im Mai etwas genauer, dann sieht man, dass es sich hierbei um tägliche Neuinfektionen von 50 bis 60 Personen handelte, gegenüber 20 Personen in Restösterreich. Und dies in einer Stadt mit fast zwei Millionen Einwohnern.

Der Anteil der Sars-CoV-2-Virus-Neuinfektionen in Wien überschritt bis Mitte April dieses Jahres nie die 30-Prozent-Marke. Danach stieg ihr Anteil aber bis zu 80 Prozent der täglich Infizierten in Österreich insgesamt, wenngleich ab Mai nie mehr als 100 Personen pro Tag infiziert wurden. Nicht zu vergessen am Höhepunkt der Pandemie lag die tägliche Infektionsrate bei 1.000 Personen und mehr.



Und bezogen auf die Todesfälle gab es überhaupt keine Veränderung, da die Neu-Infizierten durchwegs junge Asylanten mit einem asymptomatischen Krankheitsverlauf waren. Die Zahl der Todesfälle erhöhte sich dadurch nicht!

Auf einem anderen Blatt steht aber, dass nicht die Alten, sondern die Jungen unter den dramatischen Folgen der Covid-19-Pandemie zu leiden haben.

Etwas überspitzt formuliert: Die Jüngeren (aber nicht Kinder) werden infiziert und die Alten müssen sterben! Den wirtschaftlichen Tod werden aber in Zukunft die Jungen erleiden müssen.

Eine Studie des deutschen Virologen Prof. Christian Drosten weist aber in eine gänzlich andere Richtung, dass nämlich Kinder gleichermaßen wie Erwachsene infektiös sind, wenngleich sie nicht an Covid-19 erkranken. Er warnte daher vor einer unbegrenzten Öffnung von Schulen und Kindergärten.

Durch eine Havard-Studie wurde bestätigt, in der Daten des deutschen Robert-Koch-Instituts zur Auswertung herangezogen wurden, dass vornehmlich die Jugend (zwischen 20 und 24 Jahren) als Hauptüberträger des Virus fungiert. Es wäre aber überzogen, dies auf ihre Partygeilheit zu reduzieren, denn viele von ihnen sind in systemrelevanten Berufen wie Krankenpflege, Handel usw. tätig, wo sie leichter, wenngleich vielfach auch asymptomatisch, infiziert werden.

#### **(4) Wie viele Menschen starben an und wie viele mit dem Sars-CoV2-Virus?**

Wer letztlich am Coronavirus verstirbt, dies vermag niemand genau zu besagen. Statistisch erfassbar sind nur jene Personen, die zuvor als bestätigter Sars-CoV2-Virus-Fall galten und demnach verstarben – unabhängig davon, ob das Virus die Todesursache war oder nicht. D.h. alle Coronavirus-Toten - mit Vorerkrankungen - sind **mit(!)** dem Virus verstorben, praktisch niemand **am(!)** Virus allein.

#### **Wie viele Personen sind nun mit dem Coronavirus verstorben? Wie hoch ist daher die Todesrate von Covid-19?**

Mit 31. März 2020 startete das SORA-Institut (ein sozialwissenschaftliches Institut in Wien) gemeinsam mit dem Roten Kreuz sowie der Medizinischen Universität Wien eine Testreihe (PCR-Tests) bei ungefähr 2.000 zufällig ausgewählten Einwohnern Österreichs. Die auch angedachten Antikörpertests, wodurch der Immunisierungsgrad der Bevölkerung gemessen werden kann, waren noch nicht einsatzfähig. Sie machen auch erst nach dem Ende einer Pandemie einen Sinn, um damit den Grad der „Herdenimmunität“ (Durchseuchungsgrad) bestimmen zu können.

Am 10. April wurden dann die Ergebnisse der Studie bekanntgegeben. Tatsächlich wurden 1.544 Personen getestet. In der dann gewichteten Stichprobe betrug der Anteil der positiv Getesteten 0,33 % mit +/- 0,14 % 99 % Konfidenzintervall. Der Hochrechnung zufolge waren zum damaligen Zeitpunkt 28.500 Personen infiziert.

**Diese empirisch ausgewiesene Zahl von ungefähr 30.000 Infizierten (durch Tests gemeldete Infizierte: 13.560) und 337 bestätigten Todesfällen zum damaligen Zeitpunkt ergibt für Österreich – und diese Ergebnisse sind durchaus auf andere Länder übertragbar - eine Todesrate von 1,2 Prozent mit +/- 0,28 % 99%-Konfidenzintervall.**

Mir ist keine andere Erhebung bekannt, die auf empirischer Basis die Berechnung der Covid-19- Sterberate zulässt. Sie ist aber deshalb so wichtig, um die sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der politischen Maßnahmen und wirtschaftlichen Folgen besser abschätzen zu können.

Wiewohl der Studienleiter der sehr verdienstvollen Heinsberg-Studie Hendrik Streeck eine solche angeregte, fehlt sie für Deutschland. Das Robert-Koch-Institut verwehrte sich mit fadenscheinigen Argumenten dagegen und setzt auf Antikörpertests, die lediglich eine überstandene Infektion anzeigen sollen.

Erste Ergebnisse sind dann Ende Sommer 2020 zu erwarten. Was ist aber von solchen Ergebnissen – mit welchen Schlussfolgerungen und Konsequenzen - zu erwarten? Durchseuchungsgrad: 5, 10 oder sogar 15 %? Und was dann?

**(5) Wie viele Menschen wurden vom Sars-CoV2-Virus infiziert? Höhe der Dunkelziffer.**

<b>Sars-CoV2-Virus-Infizierte in den untersuchten Ländern (Stand: 13. 5. 2020)</b>						
	<b>Todesfälle</b>	<b>Positiv Sars-Getestete</b>	<b>Sars-CoV2-Infizierte insgesamt</b>	<b>Einwohner in Millionen</b>	<b>Anteil der Infizierten bezogen auf die Einwohner – in %</b>	<b>Multiplikator: Dunkelziffer</b>
<b>1. Belgien</b>	8.843	53.981	736.917	11,5	6,4 %	13,7 x offiziell positiv Getestete
<b>3. Italien</b>	31.106	222.104	2.592.167	60,5	4,3 %	11,7 x
<b>4. Großbritannien</b>	33.186	229.705	2.765.500	66,4	4,2 %	12 x
<b>5. Frankreich</b>	27.074	178.060	2.256.167	67	3,4 %	12,7 x
<b>6. Schweden</b>	3.460	27.909	288.333	10,2	2,8 %	10,3 x
<b>8. USA</b>	84.353	1.420.421	7.029.417	327,2	2,2 %	4,9 x
<b>9. Schweiz</b>	1.870	30.413	155.833	8,6	1,8 %	5,1 x
<b>11. Deutschland</b>	7.788	173.647	649.000	82,8	0,8 %	3,8 x
<b>12. Dänemark</b>	537	10.713	44.750	5,8	0,8 %	4,2 x
<b>14. Österreich</b>	624	15.997	52.000	8,9	0,6 %	3,3 x

**Quelle: WHO/ John Hopkins University/ nationale Gesundheitsbehörden und eigene Berechnungen**

Die Ergebnisse der SORA-Studie bieten zudem die Möglichkeit, mithilfe der errechneten Todesrate der mit Covid-19-Verstorbenen die Zahl der insgesamt Infizierten eines Landes abzuschätzen.

Ausgangspunkt bildet die im vorigen Abschnitt für Österreich berechnete Infektionssterblichkeit von 1,2 Prozent.

Mit einer einfachen Schlussrechnung kann hiermit die Zahl der mit dem **Sars-CoV2-Virus** – Infizierten (inkl. der Dunkelziffer) berechnet werden.

1,2 % - 624 Todesfälle

100 % - x Infizierte

**= 52.000 Infizierte**

Österreich hatte am 13. 5. 2020 624 mit der Covid-19-Erkrankung Verstorbene zu beklagen. Bei einer ausgewiesenen Todesrate von 1,2 Prozent lässt sich somit die Zahl der insgesamt Infizierten mit 52.000 Personen errechnen. Dies entspräche einem Durchseuchungsgrad von 0,6 %. Von einer Herdenimmunität sind wir also noch sehr weit entfernt. Vorher überrollt uns noch Covid20, Covid21 usw..

Bei den Infektionen und Covid-19-Todesfällen ist Belgien Spitzenreiter bezogen auf 100.000 Einwohner: Trotz massiver und restriktiver Maßnahmen hatte dieses Land verglichen mit Österreich ungefähr zehn Mal so viele Infizierte wie auch Todesfälle zu beklagen.

Deutschland und Österreich sind in ihrem unbestreitbaren Erfolg in der Eindämmung der Coronakrise durchaus vergleichbar. Ähnliche Bevölkerungsstruktur und gleiches Obrigkeitsdenken, was der Befolgung der angeordneten Maßnahmen nur allzu förderlich war.

### **(6) Sind in der verlängerten Wintersaison 2019/2020 mehr oder weniger Menschen verstorben?**

Es ist immer schlimm, einen geliebten Menschen zu verlieren. Daher kann eine jegliche Diskussion zur „Über-/Untersterblichkeit“, ob mehr oder weniger Menschen als dem statistischen Durchschnitt entsprechend verstarben, als zynisch verstanden werden. Wer stirbt schon gerne rechtzeitig?

Antworten darauf zu finden, sind aber vor allem deshalb so wichtig, weil mit jeglichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie schwerwiegende soziale und wirtschaftliche Folgen für die Bevölkerung sowie Kosten verbunden sind. An normalen Tagen versterben in Österreich ungefähr 230 Menschen (statistischer Durchschnitt). Alle Covid-19-Todesfälle 2020 bisher machen somit nur drei Zusatztage aus!

Wir haben die Todesfälle in Österreich von 2013 – 2020, wie sie von der Statistik Austria täglich erfasst werden, nach den einzelnen Kalenderwochen zusammen gefasst und ausgewertet.

Es wurden sieben Zeitreihen (verlängerte Wintersaisonen) in die Analyse einbezogen: die 44. KW – 52. KW entspricht in etwa 1. Novemberwoche bis zur vierten Dezemberwoche und die 1. KW – 20. KW erste Jänner- bis zur zweiten Maiwoche.

1. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2013** und 1. KW – 20 KW **2014**
2. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2014** und 1. KW – 20 KW **2015**
3. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2015** und 1. KW – 20 KW **2016**
4. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2016** und 1. KW – 20 KW **2017**
5. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2017** und 1. KW – 20 KW **2018**
6. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2018** und 1. KW – 20 KW **2019**
7. Zeitreihe: 44.KW – 52. KW **2019** und 1. KW – 20 KW **2020**

Aus diesen sieben Zeitreihen wurde eine durchschnittliche Sterbefälle-Zeitreihe pro Kalenderwoche berechnet, die ihrerseits erlaubte, einen Vergleich mit jeder dieser sieben Zeitreihen zu ziehen, um die Zahl der „Übersterblichkeit“ bzw. „Untersterblichkeit“ abzuschätzen.

### **Über- bzw. Untersterblichkeit gegenüber dem Durchschnitt 2013 – 2020**

1. Zeitreihe Wintersaison 2013/2014: - 2.809 Personen
2. Zeitreihe Wintersaison 2014/2015 : +1.083 Personen
3. Zeitreihe Wintersaison 2015/2016 : - 2.662 Personen
4. Zeitreihe Wintersaison 2016/2017 : + 2.161 Personen
5. Zeitreihe Wintersaison 2017/2018 : + 1.129 Personen
6. Zeitreihe Wintersaison 2018/2019: + 87 Personen
7. Zeitreihe Wintersaison 2019/2020: + 1.001 Personen

**Covid-19-Tote 2020: 629 Personen**

In der Wintersaison 2014/15 ist die erste der drei Grippewellen in dem siebenjährigen Beobachtungszeitraum zu verzeichnen, die allerdings noch sehr moderat verlief.

In den beiden „Wintersaisons“ 2016/17 sowie 2017/18 verstarben in Österreich ungefähr über zweitausend Menschen mehr als es aufgrund dieses siebenjährigen Durchschnitts aller Sterbefälle in den einzelnen Kalenderwochen zu erwarten gewesen wäre.

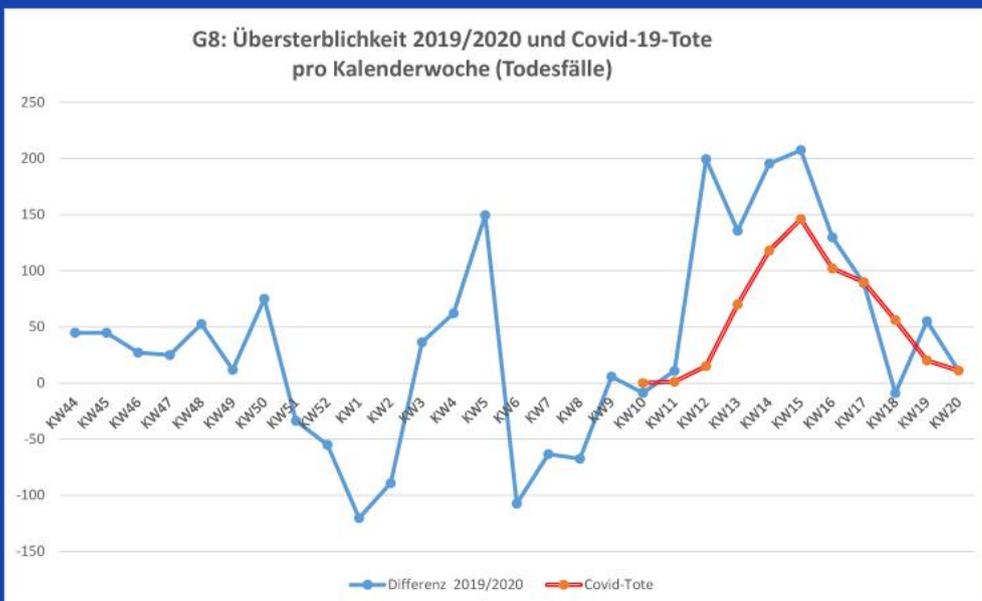
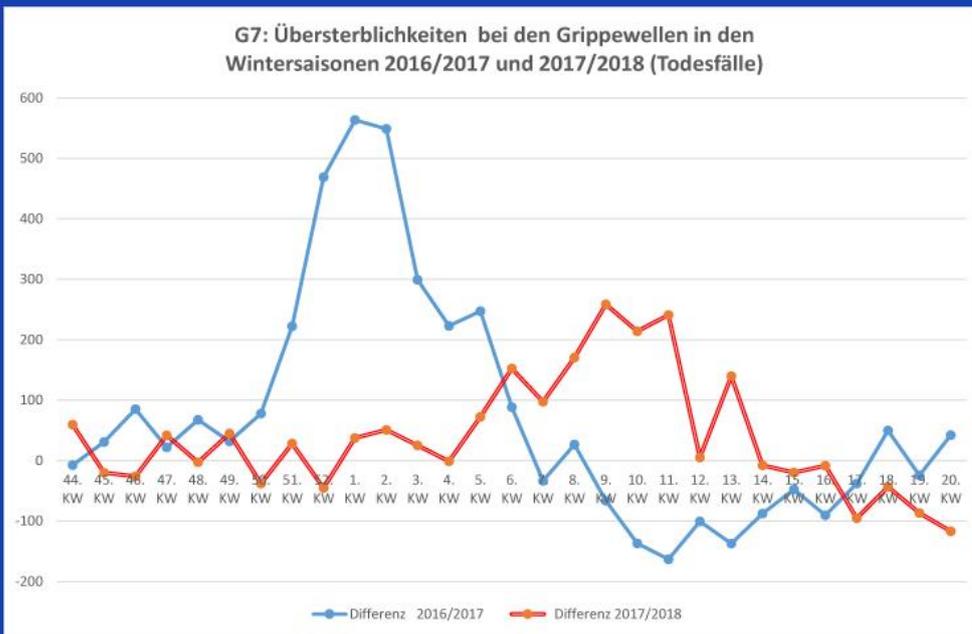
Unsere Berechnungen bezüglich massiver Übersterblichkeiten 2016/17 und 2017/18 stimmen aber nicht ganz mit der von der Agentur für Gesundheit und Ernährungswissenschaft (AGES) berechneten jährlichen Influenza-Opfer überein, was die angegebenen Zeiträume betrifft. Die AGES-Berechnungen sind nämlich um ein Jahr verschoben,

Laut Berechnungen der AGES waren in der Wintersaison 2017/2018 440.000 Personen an Influenza erkrankt und 2.800 Personen verstarben daran oder mit. Trotz der vielen Erkrankungen und Todesfälle betrug aber die Impfungsrate nicht mehr als sechs Prozent. D.h. man kann aus dieser niedrigen Impfungsrate den Schluss ziehen, dass auch die Senioren vom Impfangebot nicht Gebrauch machen.

Für die Wintersaison 2018/2019 wurden 145.000 Erkrankungen und 1.400 Tote geschätzt. Und wo blieb damals die Politik?

Ähnliche Daten wurden auch für Deutschland ausgewiesen. Das Robert-Koch-Institut schätzte, dass die Influenzawelle 2017/2018 zu über 25.000 Todesfällen führte. Nur zur Erinnerung: die Covid-19-Pandemie forderte bei unserem nördlichen Nachbarn nicht einmal 8.000 Todesfälle (Stand: 13. 5. 2020).

Für die Wintersaison 2019/2020 lässt sich unseren Auswertungen zufolge eine Übersterblichkeit von 1.000 Personen (Grippetote und etwas mehr als 600 Covid-19-Todesfälle zum Zeitpunkt KW19) herausrechnen



## **7. Wurde auch in österreichischen Krankenhäusern eine Triage – Aussonderung - von Nicht-Covid-19-Erkrankten betrieben?**

Etwas Unerhörtes begab sich Mitte Mai dieses Jahres in deutschen Landen. Ein kleiner Oberregierungsrat, namens Stephan Kohn, erlaubte sich, die deutsche Coronavirus-Containment-Politik grundsätzlich in Frage zu stellen, in dem er offiziell ein 190-seitiges Papier mit folgenden erklärenden Zeilen versehen an die Innenministerien der Länder versandte: „Durch den neuen Virus bestand vermutlich zu keinem Zeitpunkt eine über das Normalmaß hinausgehende Gefahr.“ Und er führte weiter aus: „Es werde daher dringend empfohlen, die staatlich angeordneten Schutzmaßnahmen vollständig aufzuheben.“

Die Konsequenzen folgten auf dem Fuß: Nein, keine Diskussion über seine Thesen, sondern seine unverzügliche Suspendierung. Seine Karriere ist somit sicherlich „perdu“ und sein Beamtenstatus zudem in Gefahr.

Es lohnt sich aber mit seinen Kernthesen auseinanderzusetzen. Was ist, wenn seine zentralen Aussagen zutreffen? Wenn der Shutdown auf wirtschaftlichem Gebiet durch drastische Einkommensverluste und Insolvenzen sowie auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge durch unterbliebene Operationen und Pflege für Nicht-Coronavirus-Patienten tatsächlich größere Schäden bewirkte?

Was ist, wenn das Niederfahren der Wirtschaft eine viel geringere Auswirkung auf den Pandemieverlauf hatte als von der Regierung bisher geglaubt bzw. behauptet wurde? (Siehe dazu die Länderbeschreibungen Schweden und auch Dänemark!)

Die Behauptung, ohne die drastischen Wirtschaftseinschränkungen wären die Infektionszahlen explodiert, steht auf sehr wackeligen Beinen.

Darauf verwies bereits der amerikanische Epidemologe John P. A. Ioannidis in einem Aufsatz, in dem er die Frage aufwarf, ob der Corona-Shutdown an einem bestimmten Punkt mehr schaden als nützen könnte. Vor allem, wenn man bedenkt, dass die Todesrate bei Covid-19 bei einem Prozent liegt.

Natürlich dürfen die vielen schweren Krankheitsverläufe, die aber nicht zum Tode führen, ausgeblendet werden.

Hinzu kommt, dass jede Pandemie (dahinter verbergen sich die griechischen Wörter für „das ganze Volk“) ihren natürlichen Verlauf hat – mit und ohne Maßnahmen zu ihrer Eindämmung.

Das Coronavirus zählt eigentlich – etwas despektierlich formuliert – zu den „Schnupfenviren“ und hasst daher UV-Strahlen ungemein. So hatte zum Beispiel Australien mit dem Ausbruch der Pandemie im Spätsommer auf der Südhalbkugel und bei 26 Millionen Einwohnern nur etwas mehr als 6.700 Infizierte und 83 Todesfälle zu verzeichnen, ohne dass irgendwie erkennbar die Maßnahmen der Bundesregierung eingehalten worden wären.

Der deutsche Virologe Christian Drosten spekulierte bereits Ende Mai über einen möglichen Zusammenhang zwischen den hohen Übertragungsaktivitäten des Virus in Schlachthöfen und den niedrigen Raumtemperaturen (um die 12° C), die dort vorherrschen. Er machte einen Temperatureffekt aus: Wenn es kälter wird, dann wird das Virus besser übertragen.

Die Kernpunkte des Kohn'schen Thesenpapiers – bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland:

- „Zwischen unter 5.000 bis zu 125.000 Patienten, die aufgrund von verschobenen Operationen versterben werden/ schon verstarben.“
- Weitere „Tausende Tote“ durch abgesagte Folgebehandlungen“ von Operationen („zum Beispiel Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt“), durch Selbstmorde (unter anderem durch fehlende Versorgung von „psychisch Instabilen“ während der Kontaktverbote).
- Zusätzliche Tote „durch Herzinfarkt und Schlaganfall“ bei Patienten, die sich wegen der Corona-Schließungen nicht mehr zur Vorsorge in Kliniken trauen.
- Unterversorgung der Pflegebedürftigen. Bei 3,5 Millionen Pflegebedürftigen würde eine zusätzliche Todesrate von einem Zehntel Prozent zusätzliche 3.500 Tote ausmachen.

Es empfiehlt sich, um ein Gefühl für die Größenordnungen in Österreich zu erhalten, die obigen Angaben durch Zehn zu dividieren: 500 bis zu 12.000 verschobene Operationen, Hunderte von Toten aufgrund abgesagter Folgebehandlungen usw..

Die Schwäche dieses an sich sehr verdienstvollen Papiers liegt aber augenscheinlich darin, dass seine Thesen nicht empirisch abgestützt wurden. Und seine Kritiker haben genau da angesetzt, da es keinen empirischen Beweis für die Nicht-Covid-19-Toten gäbe.

Für Österreich wurde aber der Versuch unternommen, die Übersterblichkeit von Nicht-Covid-19-Patienten für den Pandemiezeitraum 11. – 19. Kalenderwoche (vom 9. März bis zum 10. Mai 2020) zu schätzen. Diese Berechnungen könnten auch für Deutschland durchgeführt werden, um die Kohn'schen Thesen zu überprüfen.

Es wurde bereits ausgeführt, dass die „Übersterblichkeit pro Kalenderwoche“ die Differenz zwischen Anzahl der wöchentlichen Todesfälle im Beobachtungszeitraum abzüglich Anzahl der durchschnittlichen Todesfälle in den sieben Vergleichsjahren 2013 – 2020 bildet.

Der grafische Verlauf dieser Zeitreihe vom 9. März bis zum 10. Mai 2020 ist bestürzend: in den nächsten drei Kalenderwochen ab dem 9. März bis zum 29. März 2020 standen den 346 berechneten „Übersterblichkeitstoten“ nicht mehr als 86 Covid-19-Toten gegenüber. D.h. fast dreihundert Personen sind in diesen drei Wochen verstorben, weil lebenswichtige Operationen und medizinische Maßnahmen unterblieben. In weiterer Folge dürften auch die Patienten selbst – vor allem jene, die im April verstarben – ihr vorzeitiges Ableben mitverschuldet haben, da sie nicht immer rechtzeitig eine medizinische Betreuung in Anspruch nahmen.

**Für den gesamten Beobachtungszeitraum (11. Kalenderwoche – 19. Kalenderwoche) betrug die Übersterblichkeit 1.013 Tote bei 618 Covid-19-Toten.**

**Übersterblichkeit insgesamt, Covid-19-Todesfälle sowie  
Nicht-Covid-19-Todesfälle zwischen 2. März und 10. Mai 2020**

<b>Kalender- woche</b>	<b>Datum</b>	<b>Übersterblich- keit insgesamt</b>	<b>Covid- 19- Todesfälle</b>	<b>Nicht-Covid-19- Todesfälle *)</b>
<b>KW10</b>	<b>2.3. – 8.3.</b>	<b>- 9</b>	<b>0</b>	<b>- 9</b>
<b>KW11</b>	<b>9.3. – 15.3.</b>	<b>+ 11</b>	<b>1</b>	<b>+ 10</b>
<b>KW12</b>	<b>16.3. – 22.3.</b>	<b>+ 199</b>	<b>15</b>	<b>+ 184</b>
<b>KW13</b>	<b>23. 3. – 29.3.</b>	<b>+ 136</b>	<b>70</b>	<b>+ 66</b>
<b>KW14</b>	<b>30.3. – 5.4.</b>	<b>+ 195</b>	<b>118</b>	<b>+ 77</b>
<b>KW15</b>	<b>6.4. – 12.4</b>	<b>+ 207</b>	<b>146</b>	<b>+ 61</b>
<b>KW16</b>	<b>13.4. – 19.4.</b>	<b>+ 130</b>	<b>102</b>	<b>+ 28</b>
<b>KW17</b>	<b>20.4. – 26.4.</b>	<b>+ 89</b>	<b>90</b>	<b>0</b>
<b>KW18</b>	<b>27.4. – 3.5.</b>	<b>- 9</b>	<b>56</b>	<b>- 47</b>
<b>KW19</b>	<b>4.5. – 10.5.</b>	<b>+ 55</b>	<b>20</b>	<b>+ 35</b>

\*) Übersterblichkeit von Nicht-Covid-19-Todesfälle: Differenz zwischen der Zahl der Übersterblichkeiten und Covid-19-Todesfällen.

**Quellen: Statistik Austria und eigene Berechnungen**

Die dreihundert und mehr Nicht-Covid-19-Todesfälle haben aber auch ein Gesicht. Dahinter verbergen sich Schicksale.

Am 22. März dieses Jahres (12. KW) klagte eine 62-jährige Grazerin über Schwindel, Atemnot, Hörverlust, Sodbrennen und Durchfall. Die mittels Notruf herbei gerufenen Sanitäter diagnostizierten kühn eine bloße Verkühlung.

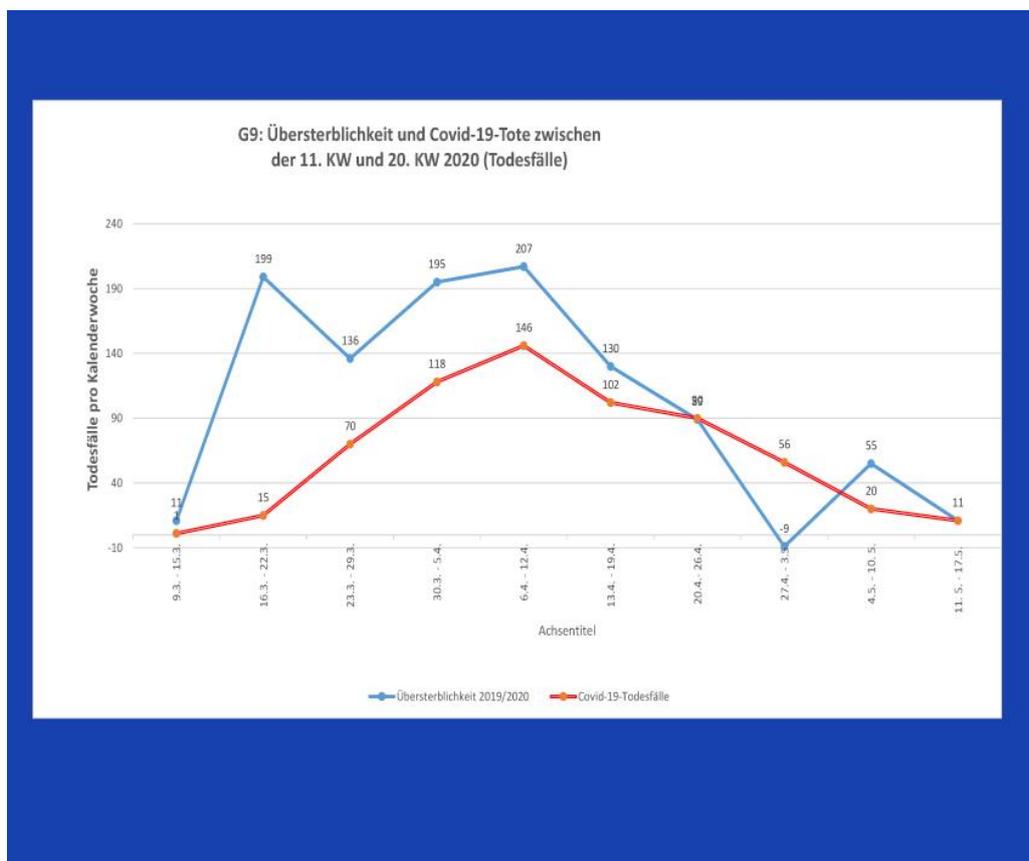
Der Bitte des Gatten, man möge seine Ehefrau ins Spital zu bringen, wurde mit dem Hinweis auf die aktuelle Corona-Situation abgelehnt.

Wenige Stunden später verschlechterte sich der Zustand von Barbara A., sie wurde nun doch noch ins Grazer LKH gebracht, sofort am Herzen notoperiert und nach zwölf Stunden war die Mutter und Ehefrau tot.

Inzwischen ermittelt die Staatsanwaltschaft Graz „wegen des Verdachts der grob fahrlässigen Tötung“.

Aber gegen wen soll ermittelt werden? Doch nicht gegen die Sanitäter? Diese sind nur die letzten Glieder einer Befehlskette.

Die Frage ist vielmehr: Wurde eine Weisung ausgegeben, die medizinischen Kapazitäten in den Krankenhäusern für Covid-19-Patienten frei zu halten und eine „Triage“ vorzunehmen?



Es ist jedenfalls dokumentiert, dass am 11. März ganze Abteilungen in Wiener Krankenhäusern leer geräumt und die Patienten auf die Straße gesetzt wurden, um Platz für den befürchteten Ansturm von Covid-19-Patienten zu schaffen, der aber letztlich ausblieb.

Apropos Weisungen bezüglich einer „Triage“: Für Frankreich existiert eine Verwaltungsvorschrift vom 19. März 2020, in der Ärzte dazu angehalten wurden, den Zugang von gebrechlichen Personen auf Intensivstationen drastisch zu reduzieren. Waren am 20. März noch 20 % der Intensivpatienten über 75 Jahre alt, so betrug ihr Anteil zwei Wochen später nur mehr sieben Prozent.

## 8. Erfolgt die Maßnahmen der österreichischen Bundesregierung zur Eindämmung der Pandemie rechtzeitig und war der monatelange „Shutdown“ angemessen?

Die richtigen Antworten auf die Fragen über Zeitpunkt zur Einleitung sowie Umfang der zu ergreifenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sind von eminenter Bedeutung, sind sie doch mit sehr hohen Kosten und nachhaltigen sozialen Folgen für Bevölkerung und Wirtschaft verbunden.

Die hierbei vorzustellende Evaluation basiert auf einem Vergleich über die Entwicklung der täglich gemeldeten Neuinfektionen von ausgewählten Ländern, die eine unterschiedliche Politik zur Eindämmung der Covid-19-Erkrankung verfolgten.

Die täglich gemeldeten Infektionen sind nämlich die einzigen empirischen Werte, die zur Steuerung der Pandemie zur Verfügung standen und auch stehen.

Auch die Netto-Reproduktionszahl basiert darauf. Sie besagt nämlich wie viele Personen eine bereits infizierte Person ihrerseits infizierte. Für zehn Personen hochgerechnet bedeutet ein Reproduktionsfaktor von 1, dass zehn Personen ihrerseits wiederum zehn Personen infizierten. Wenn also der Faktor unter 1 gehalten werden kann, ist mit einer Abnahme der Pandemie zu rechnen. Die Crux dabei ist aber, dass die gemeldeten Infektionen die einzigen empirischen Werte sind. Alles andere sind reine Schätzungen, die bei einem neuen Virus, da es an empirisch abgesicherten Erfahrungen mangelt, sehr fehlerbehaftet sind: beispielsweise Häufigkeit und Dauer der Infektion durch einen Infizierten.

So schwankt der errechnete Netto-Reproduktionsfaktor zwischen 1,4 und 5,7. So das deutsche Robert-Koch-Institut, die Heinsberg-Studie sowie unabhängige Wissenschaftler. Zwischen diesen einzelnen Schätzwerten liegen aber ganze Welten: Es ist nämlich nicht einerlei, ob zehn Personen ihrerseits wiederum 14 Personen oder sogar 57 Personen infizieren.

Masern beispielsweise weisen einen Reproduktionswert zwischen 12 und 18 auf!

Wir haben uns daher in der Analyse auf die täglich gemeldeten Infektionen konzentriert, deren Zahlen ebenso kritisch hinterfragt werden müssen.

Zum einen werden nur diejenigen Personen erfasst, die vorher positiv auf das Sars-CoV2-Virus getestet wurden. Wo aber nicht getestet wird, gibt es auch keine Neuinfektionen. Zum anderen spiegelt das Datum den Tag der Meldung und nicht jenen der Infektion wider.

Österreich hat erst relativ spät mit der Testserie begonnen - und zwar nachhaltig erst am 12. März 2020 mit 96 gemeldeten positiv auf das Coronavirus Getesteten. In Dänemark wurden bereits am 6. März 200 Personen (vornehmlich Heimkehrer von einem Schiurlaub in Tirol) positiv auf das Virus getestet.

Während sich noch bis zum 11. März Wintertouristen aus ganz Europa bei den Schifflisten und in den Apres-Schi-Bars Tirols drängelten, stapelten sich in Bergamo bereits die Särge.

Die Tiroler Schigebiete wurden erst am 12. März offiziell geschlossen. Zu diesem Zeitpunkt hatte Italien (eigentlich nur Norditalien) innerhalb von zwei Wochen bereits 1.016 Covid-19-Todesfälle (mehr als Österreich für den gesamten mehrmonatigen Zeitraum der Pandemie) zu beklagen.

Dass die Tiroler Gesundheitsbehörden viel zu spät auf den Ausbruch der Pandemie reagierten, zeugte auch die explosionsartige Zunahme der Infizierten in der zweiten Märzhälfte. So wurden in Tirol für den 31. März 2020 233 positiv auf das Coronavirus Getestete gemeldet. Bezogen auf eine Million Einwohner waren dies 335 Personen. Einer der höchsten bisher in Europa und auch in den USA gemessene Wert an täglichen Neuinfektionen in einem Land.

Es gilt festzuhalten, dass Tiroler Fremdenverkehrsgemeinden (allen voran Ischgl) neben der Lombardei (dabei vor allem Bergamo) und das Elsass (Mühlhausen nach einem Treffen Evangelikaler) das dritte europäische Epizentrum der Pandemie bildeten.

Die Lombardei strahlte nach Spanien (beispielsweise nach einem Fußballspiel im Mailänder Fußballstadion mit vielen Fans aus Valencia und Bergamo) sowie vermutlich auch in den Tessin und nach Tirol aus. Französische Pendler aus dem Elsass trugen das Virus in die nahe Schweiz (Kanton Genf). Und das Land Tirol seinerseits bediente ganz Nordeuropa.

In der Folge war es sicherlich den konsequenten Maßnahmen der Bundesregierung und einer disziplinierten obrigkeitstgläubigen Bevölkerung (in diesem Fall durchaus positiv zu verstehen) geschuldet, dass die Zahl der Neuinfektionen sehr schnell und nachhaltig nach unten gedrückt wurde. Hinzu kam, dass Tiroler Gebirgstäler leicht abzuriegeln waren. Aber das Tiroler „Coronagift“ war da bereits über halb Nordeuropa versprüht.

Ab der 15. Kalenderwoche (nach dem 6. April) nahm in Österreich die Zahl der Neuinfektionen drastisch ab. In Deutschland war ein anhaltender Rückgang der Neuinfektionen bereits ab der 13. Kalenderwoche (nach dem 23. März) zu beobachten. Aber Wien wie auch Berlin verharrten weiterhin in einer Schockstarre.

Anders agierte die verantwortungsbewusste Politik in Dänemark: ähnliche drastische Maßnahmen wie in Österreich und Deutschland und gleicher Erfolg beim Rückgang der Neuinfektionen und den wenigen Covid-19-Todesfällen. Die dänische Regierung zog aber daraus die richtigen Schlüsse und verfügte bereits Mitte April eine sukzessive Lockerung der Maßnahmen (beispielsweise Öffnung der Kindergärten und Schulen).

Dass daraufhin die Neuinfektionen wieder leicht anstiegen (der Nettofortpflanzungswert bewegte sich wiederum in Richtung 1), vermag aber nicht zu verwundern. Der selbige stieg auch in Österreich und in Deutschland, nur drei Wochen später nach der Lockerung der Maßnahmen in diesen beiden Ländern. Drei Wochen mehr an Kosten für unsere Wirtschaft (vor allem für Dienstleistungsbetriebe) und drastische soziale Folgen für die Arbeitnehmer.

Für Österreich gilt daher ein zweimaliges „Zu spät“ und eine verantwortungslose Hinnahme von hunderten Nicht-Covid-19-Sterbefällen:

- Zu spät mit den Maßnahmen (d. h. eigentlich nur im dritten europäischen Pandemie-Epizentrum Tirol, aber nicht in Wien oder anderswo) begonnen
- und zu spät diese gelockert zu haben. Nicht wie es Dänemark mit einer Lockerung nach Ostern (ab Mitte April) mit Erfolg vormachte.
- Die extreme Panikmache österreichischer Politiker, bei der man von 100.000 Covid-19-Todesfällen und mehr sprach, führte zu einer Triage (Aussonderung) in den österreichischen Krankenhäusern mit der Konsequenz von hunderten Nicht-Covid-19-Todesfällen, wiewohl die gute Ausstattung österreichischer Krankenhäuser mit u.a. Intensivbetten (33,3 Intensivbetten in Deutschland, 28,9 Intensivbetten in Österreich, aber nur 8,6 Intensivbetten in Italien pro 100.000 Einwohnern laut einer aktuellen OECD-Studie) einen Kollaps der medizinischen Betreuung in unseren Krankenhäusern zu keinem Zeitpunkt befürchten ließ.

So war bereits Ende April nur die Hälfte der Intensivbetten besetzt. Unseren Berechnungen zufolge (Siehe Frage sieben im Österreichteil) sind lediglich in den drei Wochen nach dem 9. März ungefähr dreihundert Personen verstorben, weil lebenswichtige Operationen und medizinische Maßnahmen unterblieben. Und diese müssen zu der Zahl der Covid-19-Todesfälle dazu gezählt werden.

Hinzu kommt, dass die jeweilig gewählte Strategie zur Eindämmung der Pandemie massiv die Todesrate bestimmt.

Während in den drei Ländern – Österreich, Deutschland und Dänemark – nicht mehr als zehn Personen pro 100.000 Einwohnern mit dem Coronavirus – und zwar In Österreich (sieben Personen), in Dänemark (9,3 Personen) und in Deutschland (9,4 Personen) – verstarben, bot sich in Schweden, das eine gänzlich andere Strategie (keine gesetzlichen Verordnungen, sondern lediglich Empfehlungen) verfolgte, ein gänzlich anderes Bild: vier bis fünf Mal so viele mit dem Sars-CoV2-Virus Verstorbene (33,9 bzw. 49 Personen pro 100.000 EW). Oder in absoluten Zahlen ausgedrückt: 3.460 Todesfälle (Stand 13. 5. 2020) und sogar 5.053 Todesfälle (21. 6. 2020).

Aber diese Größenordnungen an Todesfällen sind auch bei uns – in Österreich – vor allem nach einer starken Grippewelle zu beobachten.

Die Analyse des Kurvenverlaufes der Neuinfektionen in Schweden widerspiegelt die Bemühungen derer Gesundheitsbehörden, eine Herdimmunität zu erreichen. Während in anderen Ländern die Zahl der Neuinfektionen mit allen Mitteln nach unten gedrückt wurde, blieb sie in Schweden konstant hoch. Der Nettoerproduktionswert oszilliert um die Zahl 1. Vermutlich ausgerichtet auf die Kapazität der Krankenhäuser mit einer ausreichenden Anzahl von Intensivbetten.

Ein solcher sozialdarwinistische Ansatz vermag aber durchaus Verwunderung auszulösen.

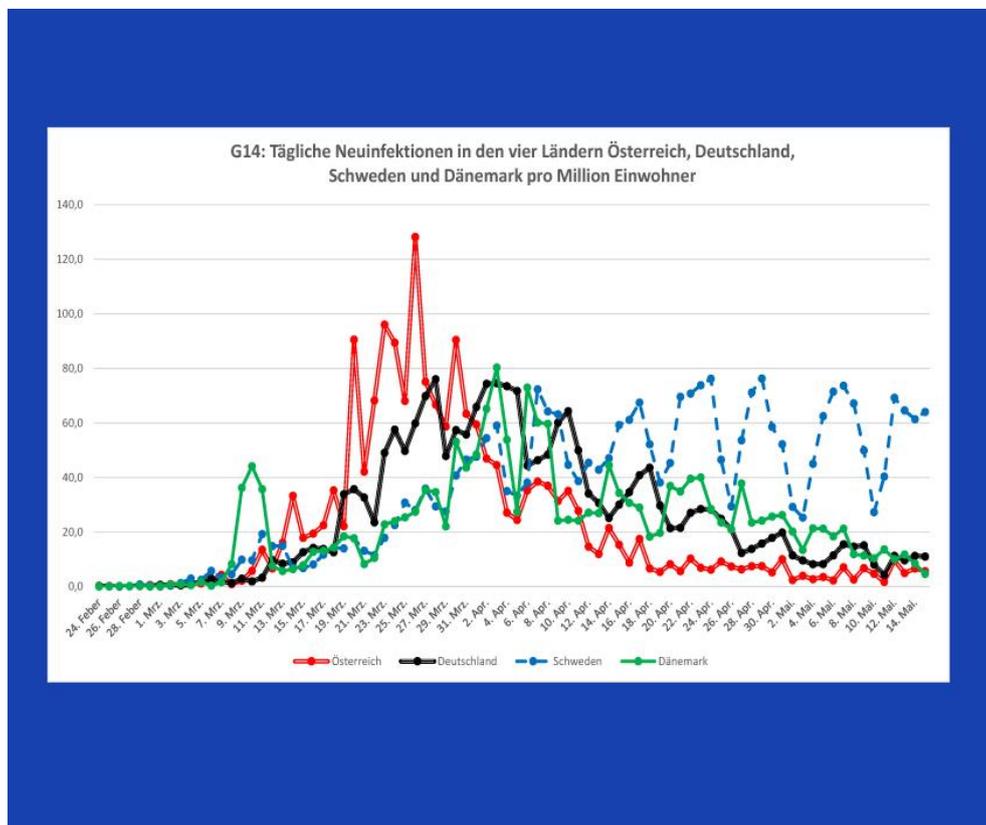
Es gilt aber zu bedenken:

(1) Es sind in europäischen Krankenhäusern nachgewiesenermaßen hunderte, ja tausende Menschen an Nicht-Covid-19-Erkrankungen verschieden, da von einer gnadenlosen Medizin durch unterbliebene Operationen und Behandlungen eine Triage (Aussonderung) betrieben wurde. Siehe dazu auch die Länderbesprechung zu Frankreich!

(2) Es ist undenkbar, dass bei einem neuerlichen Ausbruch der Pandemie wiederum für Monate das wirtschaftliche und soziale Leben eines Landes heruntergefahren wird. Konsequentes Testen, rigides „Containment“ (Eindämmung) regionaler bzw. lokaler Infektionsherde, Maskenschutz wie auch Empfehlungen und ansonsten „business as usual“ wird dann die gewählte Strategie sein. Möglicherweise gibt es dann bereits einen Impfstoff, der aber nicht angenommen werden muss (die Impfungsrate bei Grippe liegt unter zehn Prozent). Aktuelle demoskopische Erhebungen vermitteln aber eine hohe Bereitschaft der Bevölkerung (von 60 Prozent und mehr), sich gegen den Covid-19 impfen zu lassen.

(3) Schweden hat zudem auf einen wirtschaftlichen Kahlschlag in der Dienstleistungswirtschaft (vor allem Gastronomie und Handel) verzichtet und sich die vielen Arbeitslosen mit erdrückenden Kosten erspart, wiewohl die Exportwirtschaft und der Tourismus ebenfalls massiv unter den globalen Einschränkungen zu leiden haben.

(4) Daher muss abschließend die Frage erlaubt sein, warum nämlich der „schwedische“ Weg mit einem rigiden lokalen bzw. regionalen „Containment“ (Eindämmung) nicht bereits im März 2020 beschritten wurde? Zu diesem gibt es in Zukunft keine Alternative!



## 11. Stelle: Deutschland

Die ersten Covid-19-Erkrankungen in Deutschland traten bereits Ende Januar 2020 auf. Weitere Fälle folgten im Februar. Seit Ende Februar wuchs aber die Zahl der neu dokumentierten Fälle rasch an und betraf in der Folge immer mehr Bundesländer.

Einen besonderen Hotspot in Deutschland bildete die Gemeinde Gangelt im Landkreis Heinsberg/Nordrhein-Westfalen. Aus der Studie konnten mehrere wichtige Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Infektionskette fand bereits Ende Februar bei einer Karnevalsitzung ihren Ausgang. Angaben der Gesundheitsämter zufolge haben sich drei Prozent der Gemeindebewohner infiziert. Bei einer ausgewählten Stichprobe (n=600) durch das Team Hendrik Streeck von der Universität Bonn wurden aber 15,5 Prozent der Gemeindebürger positiv auf Sars-CoV-2 getestet. Die Dunkelziffer war somit fünf Mal so hoch wie die offiziell gemeldete Zahl.

Es wurde zudem eine Infektionssterblichkeit von 0,37 Prozent errechnet. Bezogen auf die damalige offizielle Infektionssterblichkeit (Todesfälle/positiv Getestete) von ungefähr vier Prozent zum damaligen Erhebungszeitpunkt ergab sich eine zehnmal höhere Dunkelziffer als die Zahl der gemeldeten Fälle.

Auf Deutschland insgesamt kamen hochgerechnet ungefähr 1,8 Millionen Infizierte. Der Virologe Alexander S. Kekule schätzte hingegen die Dunkelziffer nur vier Mal so hoch ein wie die offiziellen Ergebnisse widerspiegeln. Unsere Berechnungen stützen aber die Schätzungen von Kekule. Siehe dazu auch die Länderbeschreibung über Österreich.

Charakteristisch für diese Erkrankung ist auch ihr manchmal asymptomatischer Verlauf (keinerlei Symptome): ungefähr 20 Prozent der Infizierten. Rechnet man noch jene hinzu, die nur ein leichtes Halskratzen oder schwaches Husten haben, dann steigert sich dieser Prozentsatz auf 30 Prozent. Diese Besonderheiten erhöhen ihre Verbreitung. Daher ist es vor allem wichtig, Abstand zu halten und die Hygieneregeln einzuhalten, da die Verbreitung der Viren – wie alle Schnupfenerkrankungen bevorzugt über Tröpfchen und weniger bis nicht über Aerosole oder Schmierinfektion erfolgt. Das Team Streeck konnte zwar auf Türklinken usw. viele Coronaviren nachweisen, die aber nicht mehr infektiös waren. Von ihnen konnte keinerlei Infektionen mehr ausgehen.

Die volle Wucht entfaltete die Pandemie in den ersten Märzwochen mit einer Nettoreproduktionszahl von Drei. Auf zehn Infizierte hochgerechnet bedeutet dieser Wert, dass sich ihrerseits wiederum 30 Personen anstecken.

Es verwundert daher nicht, dass man hunderttausende Tote und den Zusammenbruch des Gesundheitssystems prognostizierte. Drastische Maßnahmen durch die Politik waren die Folge – einige Tage später als in Österreich.

Dass es nicht so gekommen ist, hierfür bot der Charité-Virologe Christian Drosten eine Erklärung an: „Wir haben deshalb so wenige Todesfälle, weil wir extrem viel Labordiagnostik machten. In Deutschland wurden pro Woche über eine halbe Million Corona-Tests durchgeführt. Und Deutschland hat auch früher als andere von der Pandemie betroffenen Ländern zu testen begonnen.“

Das lag auch daran, dass in Deutschland mehr Zeit war, die Tests vorzubereiten, bevor es die vielen Corona-Fälle gab.“ Bis zur 19. Kalenderwoche (bis zum 10. Mai 2020) wurden in Deutschland über drei Millionen Sars-CoV-2-Tests durchgeführt.

Tests senken zwar nicht die Todeszahlen, sie helfen aber bei konsequenter Verfolgung die Infektionsketten zu durchbrechen und die Dunkelziffer zu senken. Einen weiteren Grund für die relative geringe Zahl von mit dem Coronavirus Verstorbenen in Deutschland verglichen mit anderen Ländern wie Frankreich, Italien und Schweden dürfte im niedrigen Alter der Infizierten zu suchen sein: 67 % der Covid-19-Erkrankungen waren zwischen 15 und 69 Jahre alt.

Die Maßzahl – das Verhältnis der Todesfälle/Infizierte – gibt Aufschluss über die Dunkelziffer (nicht erfasste Infizierte).

Voraussetzung hierfür ist, dass der Durchseuchungsgrad bekannt ist. Daraus lässt sich dann die Todesrate berechnen. Mit der Einschränkung, dass alle mit dem Coronavirus Verstorbenen auch erfasst wurden.

Auf der Basis einer repräsentativen österreichischen Erhebung (von 2.000 zufällig ausgewählten Getesteten) mit einer errechneten Infektionssterblichkeit von 1,2 Prozent und dem Verhältnis Todesfälle/ offiziell Infizierte von 4,5 Prozent, kann die Aussage getroffen werden, dass in Deutschland die Dunkelziffer am Coronavirus Erkrankten ungefähr vier Mal so hoch sein dürfte wie die offiziellen Zahlen signalisieren: ungefähr 650.000 Personen, bei ungefähr 174.000 positiv auf Sars-Cov2-Getesteten (Stand 13. 5. 2020).

Mehr zur österreichischen Studie ist im Länderabschnitt über Österreich zu finden.

Anhand des Alters der Infizierten und der Anzahl der mit dem Coronavirus Verstorbenen lassen sich auch altersgruppenbezogene Sterblichkeitsraten berechnen.

Bei ungefähr 650.000 Infizierten (davon sind 18,9 Prozent oder 123.000 Personen über 70 Jahre alt) und 7.788 Sterbefällen (davon sind 86,1 Prozent oder 6.705 Personen älter als 70 Jahre) lässt sich für die Altersgruppe eine Sterblichkeitsrate von 1,2 Prozent ausmachen.

Nichtsdestotrotz kam in es Deutschland – anders als in Österreich - laut statistischer Untersuchungen deutscher Behörden zu keiner Übersterblichkeit (d.h. es verstarben nicht mehr Personen als statistisch zu erwarten war), sondern sogar zu einer Untersterblichkeit, wenn man die Covid-19-Pandemie mit jener der Grippewelle 2017/2018 vergleicht.

Es ist schon sehr verwunderlich, wie sich die Gesellschaft seit 1945 verändert hat: Das Nachkriegsdeutschland wurde von zwei Grippewellen heimgesucht: 1969 und zehn Jahre zuvor. Damals starben bis zu 100.000 Menschen. Die Schulen wurden zwar geschlossen. Das war es dann auch schon. Das Leben ging weiter! Die Politik und die Menschen nahmen dies als Naturereignis hin.

Zur Erinnerung: damals gab es noch keine Grippeimpfungen. Dies führt zu einer weiteren Überlegung: Jeder Mensch trägt eine unermessliche Zahl von Viren mit sich herum. Nur in einem Gramm Darminhalt tummeln sich bis zu einer Milliarde Viren.

Einer Studie aus Utah zufolge, ist jeder Erwachsene pro Jahr durchschnittlich mit bis zu sechs viralen Atemerkkrankungen konfrontiert ist. Viele davon spürt er nicht einmal! Die Viren erfüllen eine wichtige Funktion, indem sie unser Immunsystem testen und in der Folge für die Abwehr gefährlicher Viren auch stärken.

Auch die absoluten Zahlen mit den ungefähr 8.000 Covid-19-Sterbefällen sind nicht unbedingt berauschend: sie entsprechen den durchschnittlichen Sterbefällen Deutschlands von ungefähr drei Tagen. Durchschnittlich versterben in der Bundesrepublik täglich ungefähr 2.800 Personen.

Auch für Deutschland gilt, dass man nicht „am“ Coronavirus stirbt, sondern vielmehr „mit“. Das Team von Klaus Püschel, Leiter des Instituts für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, hat 95 Covid-19-Todesfälle obduziert.

Sie bestätigten, die bereits anderswo (beispielsweise wie in Italien) gemachten Befunde, dass in jedem einzelnen Fall - vielfach multiple – Vorerkrankungen vorlagen. Die Todesursache war dann ein Atemwegsinfekt – eine Lungenentzündung, eine Lungenarterienembolie oder ein Kombination davon.

Am häufigsten zeigte sich den Pathologen Vorerkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems sowie der Lunge.

Eine Studie aus Basel mit 21 Covid-19-Todesfällen präzisiert die Vorerkrankungen: arterielle Hypertonie, schwere Atherosklerose, Übergewicht und Diabetes.

Prof. Püschel resümiert. „Ich kann natürlich nicht sagen, wann ein solcher Mensch sterben wird. Aber seine Lebenserwartung war eingeschränkt.“

## **12. Stelle: Dänemark**

Dänemark und Österreich sind bezüglich der positiv auf Covid-19 getesteten Personen und der mit dem Virus Verstorbenen durchaus vergleichbar: nicht mehr Infizierte und nicht mehr Todesfälle.

Dänemark begann unverzüglich mit den Tests. Bereits am 9. März hatte Dänemark jeweils mehr als 200 Coronavirus-Infizierte positiv getestet (ein Souvenir vom Schiurlaub aus den Tiroler Bergen), währenddessen in Österreich die positiv getesteten Fälle etwas über 50 lagen: 10. März mit 45 positiv getesteten Fällen, 11. März mit 49 Fällen und der 12. März mit 96 Fällen.

Es kam zu rigorosen Schließungen von Restaurants, Einkaufszentren und Schulen, Erwerbstätige mussten auf Home Office umsatteln und es gab strikte Einschränkungen beim Besuch von Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Österreich folgte. Nach nur vier Wochen war in beiden Ländern ein deutlich anhaltender Rückgang von Neuinfektionen zu beobachten. Die Maßnahmen hatten also gegriffen.

Die Ministerpräsidentin Mette Frederiksen kündigte bereits am 6. April eine Lockerung an, da die Eindämmung der Infektionen besser funktionierte als erwartet. Deshalb – so die Ministerpräsidentin – sei es möglich, die „Wiedereröffnung“ des Landes schneller vorzunehmen.

Am 16. April 2020 gab die dänische Regierung bekannt, dass sich die politischen Parteien des Landes darauf geeinigt hätten, Friseure, Masseur, Fahrschulen und Gerichte zum Tagesgeschäft zurückkehren zu lassen. Die Öffnung von Restaurants und Cafes wurden zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erlaubt.

Spannend ist aber die Frage, ob die Lockerung der staatlichen Maßnahmen zu einem Wiederausflammen führte. Die Zeit nach der Lockerung der Maßnahmen bedingte zwar eine leichte, aber nicht nachhaltige Steigerung der Neuinfektionen. Die Pandemie nahm somit ihren natürlichen Verlauf.

Ein Vergleich mit Österreich, das ebenfalls seit Mitte April 2020 abnehmende Neuinfektionen zu verzeichnen hatte, drängt sich auf: Auch Österreich hätte bereits nach dem 15. April (d.h. sofort nach Ostern) mit der Aufhebung der Maßnahmen beginnen müssen. Wieviel soziales Leid wäre uns erspart geblieben und welcher wirtschaftlicher Schaden hätte dadurch von uns und unserem Land abgewandt werden können. Es soll nur in Erinnerung gerufen werden, dass Dänemark nur um eine Spur mehr an Covid-19-Todesfällen als Österreich in Kauf nehmen musste: 7,0 Covid-19-Todesfälle pro 100.000 Einwohnern in Österreich, aber nur 9,3 Todesfälle in Dänemark (Stand: 13. 5. 2020).

## B. Länder mit mittlerer Covid-19-Belastung

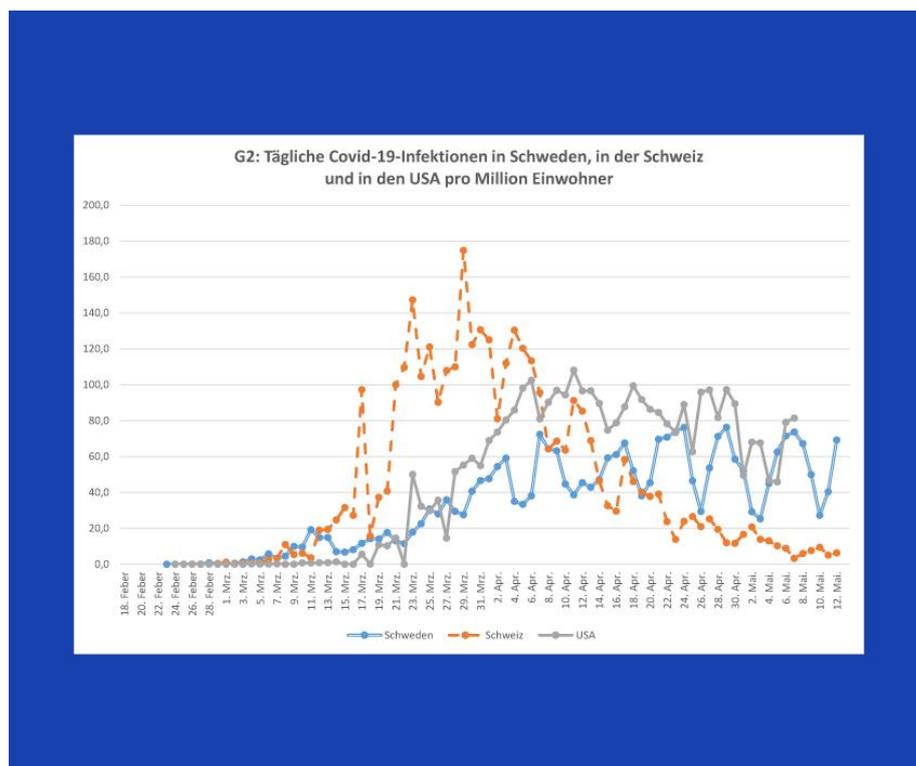
Infizierte und Todesfälle in drei ausgewählten Ländern (Stand: 13. 5. 2020)						
Land	Infizierte		Todesfälle		Einwohner in Millionen	Todesfälle/Infizierte %
Rangreihung nach Todesfällen 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW		
6. Schweden	27.909	273,6	3.460	33,9	10,2	12,4 %
8. USA	1.420.421	434,1	84.353	25,8	327,2	5,9 %
9. Schweiz	30.413	353,6	1.870	21,7	8,6	6,1 %

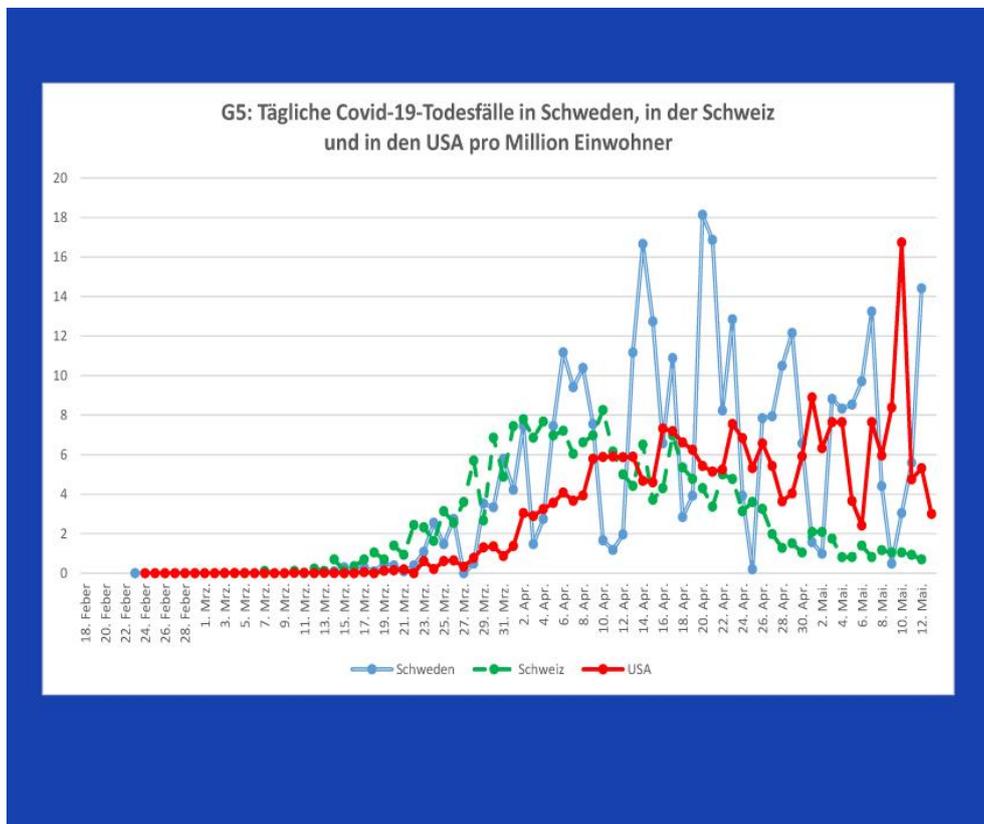
### 6. Stelle: Schweden

Schweden hat ungefähr doppelt so viele Infizierte (+ 74 Prozent) wie Österreich zu verzeichnen, aber mehr als fünf Mal so viele Todesfälle auf jeweils 100.000 Einwohner bezogen.

Mit Stand 21. Juni 2020 wurden bereits 56.043 Infizierte und 5.053 Covid-19-Todesfälle gezählt. Auf 100.000 Einwohner berechnet sind es 49 Todesfälle. Damit liegt Schweden bereits vor Frankreich, aber immer noch weit hinter Großbritannien.

Ein Ländervergleich zwischen Österreich und Schweden ist deshalb so spannend, weil das eine Land, nämlich Österreich, zu drastischen Maßnahmen zur Eindämmung mit unabsehbaren Folgen für die Wirtschaft griff, und Schweden andererseits auf einen „Shutdown“ der Wirtschaft und einer Suspendierung der demokratischen Grundrechte auf Zeit weitgehend verzichtete.





In den Kindergärten und Grundschulen herrschte ein reger Betrieb, die Gaststätten blieben offen und es wurden lediglich Empfehlungen ausgesprochen. Natürlich wurde die Wirtschaft (vor allem die Exportwirtschaft und der Flugverkehr) aufgrund ihrer globalen Vernetzung ebenfalls schwer getroffen.

Besser als anderswo erging es aber den Dienstleistungsbetrieben (Handel und Gastronomie). Schweden hatte von Anfang an die sozialen und wirtschaftlichen Folgen einer rigiden Eindämmung vor Augen.

Schweden verfolgte daher anders als Österreich ein alternatives epidemiologisches Konzept zum europäischen „Mainstream“.

Der schwedische „Staatsepidemiologe“ Anders Tegnell ging davon aus – und er hat seine Meinung nicht grundsätzlich geändert -, dass dieses neuartige Coronavirus Sars – CoV-2 in seinem Verlauf nicht aufzuhalten sei. Es geht nur darum, die Krankenhäuser nicht zu überlasten. Und er setzte auf Herdenimmunität (Durchseuchung der schwedischen Gesellschaft): „ Wir, die mit Infektionskrankheiten arbeiten, wissen ja, dass sich dieser Typ von Krankheit weiter ausbreiten wird, bis wir eine Immunität in der Bevölkerung erreicht haben. Einen anderen Weg gibt es nicht.“

Bis zum Mai 2020 sollte eine Herdenimmunität mit einem Durchseuchungsgrad von 50 – 70 Prozent erreicht sein.

Nirgendwo wurde aber nur annähernd eine Durchseuchung mit diesem geforderten Prozentwert erreicht. Erst Mitte Mai wurde in Stockholm eine Immunität bei 20 % der Bevölkerung erreicht. Dieses Ergebnis stammt von einer Testserie auf Antikörper zum Coronavirus des schwedischen Gesundheitsamtes.

Worin Tegnell aber unbedingt recht zu geben ist, dass jede Pandemie nach einer gewissen Zeit (ungefähr nach 40 Tagen) ihr natürliches Ende findet, ob mit oder ohne Maßnahmen ist ziemlich einerlei. Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Eindämmung liegt vielmehr darin, die Zahl der Infizierten und – damit verbunden - die der Todesfälle niedrig zu halten. Bezogen auf Österreich darf man zum Schluss kommen, dass man in Schweden den Tod von ungefähr 3.000 Menschen zusätzlich in Kauf nahm, um den sozialen Tod und die soziale Not hunderttausender Menschen abzuwenden.

Es gibt aber durchaus eine dunkle Seite in der schwedischen Corona-Wirklichkeit: alte Menschen und Asylanten litten überdurchschnittlich stark unter dieser Krankheit.

Und beide Gruppen infizierten sich gegenseitig. Die Senioren hoch aktiv und reiselustig kehrten von ihren Reisen auf den vom Coronavirus verseuchten Kreuzfahrtschiffen aus sonnigen Gefilden in ihre nordischen Eiswelten zurück, um dann dort zu sterben.

Asylanten in Schweden, die im Gegensatz zu Österreich nicht von der Mindestsicherung leben oder **prekär(!)** in unseren Postverteilungszentren arbeiten, sind vornehmlich in der Altenpflege tätig. In der schwedischen Altenpflege wurde aber seit den Neunzigerjahren viel gespart und privatisiert. Die Arbeit wurde dann von Migranten übernommen, die weder dafür ausgebildet waren noch die dafür erforderlichen Sprachkenntnisse hatten. Die Vorschriften wurden auch nicht befolgt. Und die Asylanten selbst wohnen und leben in sehr beengten Verhältnissen, was die Ausbreitung einer solchen Seuche ungleich begünstigte. So kam es bei den Alten in Schweden zum perfekten Sturm. Jeder zweite Covid-19-Todesfall in Stockholm kommt aus einem Alters- bzw. Pflegeheim.

## **8. Stelle: USA**

In den USA hat die Zahl der Toten in Verbindung mit dem Coronavirus die 80.000-Marke überschritten. Dies ist der höchste für ein Land absolute ausgewiesene Wert an Covid-19-Todesfällen (Stand: 13. 5. 2020). Trotzdem sind die USA nur an achter Stelle von den 25 untersuchten Ländern - nach dem Schwergewicht der Covid-19-Belastung gereiht - zu finden.

Auch für die USA gilt die 40-Tage-Regel jeglicher Pandemie. Analysiert man nämlich den zeitlichen Verlauf des Coronavirus in den einzelnen Ländern, dann lässt sich erkennen, dass die Zahl der kumulierten Infektionsfälle ab dem 40. Tag nach ihrem ersten nachhaltigen Auftreten (z. B. nach dem 100. Infektionsfall) abflacht, sich rückläufig entwickelt bzw. auf einem Plateau verharrt, um wieder in der kalten Jahreszeit seine volle Wucht zu entfalten. Die „Spanische Grippe“, die mehr Opfer als der Erste Weltkrieg forderte, verlief nach ihrem Ausbruch 1918 in mehrjährigen Wellen in der kalten Jahreszeit.

Die Erkenntnis, dass mit oder ohne Containment (Schutzmaßnahmen zur befristeten Isolation) jede Seuche nach einer bestimmten Zeit zum Erliegen kommt – vermutlich lange vor dem Erreichen eines allgemeinen Durchseuchungsgrad – und damit verbunden einem Impfschutz – war bereits im Mittelalter bekannt und fand in den Quarantäne-Maßnahmen ihren Niederschlag.

Das Wort „Quarantäne“ gelangte über den italienischen Begriff „quarantena“ wie auch über den französischen Ausdruck „quarantaine de jours“ ins Deutsche. Dahinter verbirgt sich das lateinische Wort für „Vierzig“. Pestverdächtige Schiffe mussten vierzig Tage vor der Hafeneinfahrt ankern, bevor die Mannschaft an Land ging und die Ware an Land gebracht werden durfte.

Die „Vierzig“ ist auch die heilige Zahl der Christenheit: vierzig Tage Fastenzeit oder die vierzig Tage von Jesu in der Wüste.

Das Ausklingen der Pandemie wird durch ihren unterschiedlichen Beginn bestimmt. So entfalteten sich beispielsweise die Covid-19-Metastasen in Rom, Neapel oder Sizilien mehrere Wochen zeitlich versetzt zu Norditalien. Das Gleiche dürfte auch für so große Staaten wie die USA seine Gültigkeit haben.

Aber es können auch Ausnahmen von dieser Regel ausgemacht werden:

- In Südkorea wurde bereits nach dem 15. Tag ab Infektionsbeginn ein Plateau erreicht.
- In Singapur war selbst nach fast zwei Monaten keine Abflachung der Infektionskurve zu beobachten. Der hohe chinesische Bevölkerungsanteil mit dem regen Reiseverkehr zwischen Singapur und China dürfte zum wiederholten Aufflackern der Pandemie im Stadtstaat geführt haben.
- Global gesehen steigen die Infektionszahlen weiter an. Die Pandemie hat nämlich in der Zwischenzeit auch dadurch einen neuerlichen Auftrieb erfahren, nachdem die Länder auf der Südhalbkugel in die kalte Jahreszeit kamen. Strengste „Containment“-Maßnahmen in Melbourne wie auch in Kapstadt waren die staatlichen Antworten darauf.

Die ersten gemeldeten Covid-19-Erkrankungen in den USA gab es bereits am 24. Februar, die ersten Toten erst am 17. März. Dies verschaffte dem Präsidenten der USA die Möglichkeit, die Pandemie als eine Verschwörung der demokratischen Partei hinzustellen.

Die Covid-19-Pandemie wütete nicht im gesamten Bundesgebiet der USA gleichermaßen. Für die Acht-Millionen-Stadt New York wurden am Morgen des 12. April 2020 98.715 betätigte Corona-Fälle und 6.367 Corona-Tote gezählt. Mehr als zehn Mal so viele Tote wie im ungefähr gleich großen Österreich gemessen an der Bevölkerungszahl. Fast die Hälfte der Corona-Toten kommt aus dem Bundesstaat New York: ungefähr 30.000 Personen.

Daten aus den Bundesstaaten Illinois und Michigan zeigen auch, dass Dunkelhäutige stärker betroffen sind. Laut Experten spiegelt dies die Ungleichheit bezüglich Gesundheitszustand und Zugang zur medizinischen Versorgung wider.

Die Wucht der Pandemie in den USA traf auf ein völlig desolates Gesundheitssystem, Der Gouverneur von New York Andrew Cuomo schätzte, dass sein Staat 140.000 Krankenhausbetten benötige, um die Kranken zu versorgen. Es stehen aber nur mehr 53.000 Betten zur Verfügung. Noch krasser ist die Situation bei den Intensivbetten.

So kann Texas nur 2,9 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner vorweisen, sogar Italien kommt auf 8,6 Betten. Über 30 Millionen Amerikaner sind überhaupt nicht krankenversichert und weitere 153 Millionen über ihre Firmen, wo sie aktuell beschäftigt sind.

Bei Verlust des Arbeitsplatzes stehen sie dann ohne Krankenversicherung da.

Die Durchschnittsamerikaner sind gegen Wirtschaftskrisen überhaupt nicht abgesichert. Eine Umfrage der amerikanischen Notenbank im vergangenen Jahr ergab, dass 40 Prozent der Amerikaner in einem Notfall keine 400 Dollar aufbringen können.

37 Millionen Amerikaner hatten bereits vor der Corona-Krise nicht genug Geld, um ausreichend Lebensmittel kaufen zu können. Und eine halbe Million Menschen hat überhaupt kein festes Dach über den Kopf, wodurch jegliche Corona-Containment-Maßnahmen wie z.B. Abstand zu halten völlig „ad absurdum“ geführt werden.

Wenn auch die Pandemie in einem so großen Land wie die USA noch nicht ihren natürlichen Abschluss gefunden hat, empfiehlt Präsident Trump den Gouverneuren der Gliedstaaten eine Lockerung der Maßnahmen, die allerdings unterschiedlich (föderal) gestaltet werden.

Dies war ja das Problem in den USA, dass offiziell nicht mit einer Stimme gesprochen wurde. Die Bürgermeister der Städte sagten das Eine, der Präsident und die Gouverneure das Andere. Dies führte zur Verwirrung und Konfusion der Bürger. Die unterschiedlichen Aussagen der Wissenschaftler wirkten sich auch nicht unbedingt vertrauensbildend aus: Der Immunologe und amerikanische Regierungsberater Anthony Fauci warnte bereits vor einer zu schnellen Rückkehr zur Normalität, die die Gefahr von fast 150.000 Todesfällen in sich birgt.

## 9. Stelle: Schweiz

<b>Infizierte und Todesfälle in drei ausgewählten Ländern (Stand: 13. 5. 2020)</b>						
Land	Infizierte		Todesfälle		Einwohner in Millionen	Todesfälle/Infizierte %
Rangreihung nach Todesfällen 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW		
<b>9. Schweiz</b>	30.413	353,6	1.870	21,7	8,6	6,1 %
<b>3. Italien</b>	222.104	367,1	31.106	51,4	60,5	14,0 %
<b>14. Österreich</b>	15.997	179,7	624	7,0	8,9	3,9 %

Bezogen auf die Covid-19-Pandemie nimmt die Schweiz zwischen Österreich und Italien eine Mittelstellung ein: Das Land weist ungefähr gleich viel Infizierte wie Italien und doppelt so viele wie Österreich auf – bezogen auf 100.000 Einwohner. Aber es waren nur halb so viele Todesfälle wie beim südlichen Nachbarn, aber drei Mal so viele wie beim Nachbarn im Osten zu beklagen.

Aufgeschlüsselt nach Kantonen zeigt sich, dass nicht der Tessin (Einfluss der Lombardei), sondern der Kanton Genf (Einfluss des Elsass) am stärksten vom Coronavirus erwischt wurde. Die dortige Bevölkerung ist auch sehr stark überaltert.

Die Pandemie in der Schweiz nahm vermutlich im Tessin ihren Ausgang: Am 25. Februar dieses Jahres wurde ein dort wohnhafter 70-jähriger Mann positiv auf Sars COV-2 getestet wurde. Er hatte sich in der Nähe von Mailand angesteckt.

Bereits am 5. März nahm die Schweiz in Bezug auf die vom Coronavirus belasteten Länder nach Italien einen Spitzenplatz ein.

Es wurden drastische Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie getroffen. Dies führte zu einem starken Rückgang der Infektionen. Noch schneller ging es lediglich in Südkorea mit den schnellen Tests und einem rigid überwachten Hausarrest.

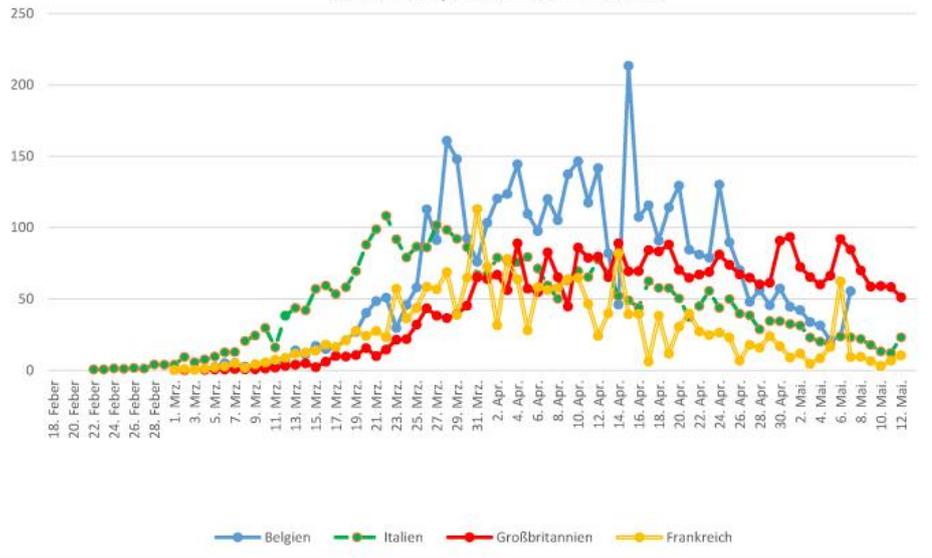
Dieser Erfolg war vor allem den frühen und häufigen Tests geschuldet. Die Schweiz hatte bis Mitte April 2020 mehr Tests als Österreich, Italien, Deutschland, USA, Frankreich und Großbritannien durchgeführt.

## A. Länder mit der größten Covid-19-Belastung

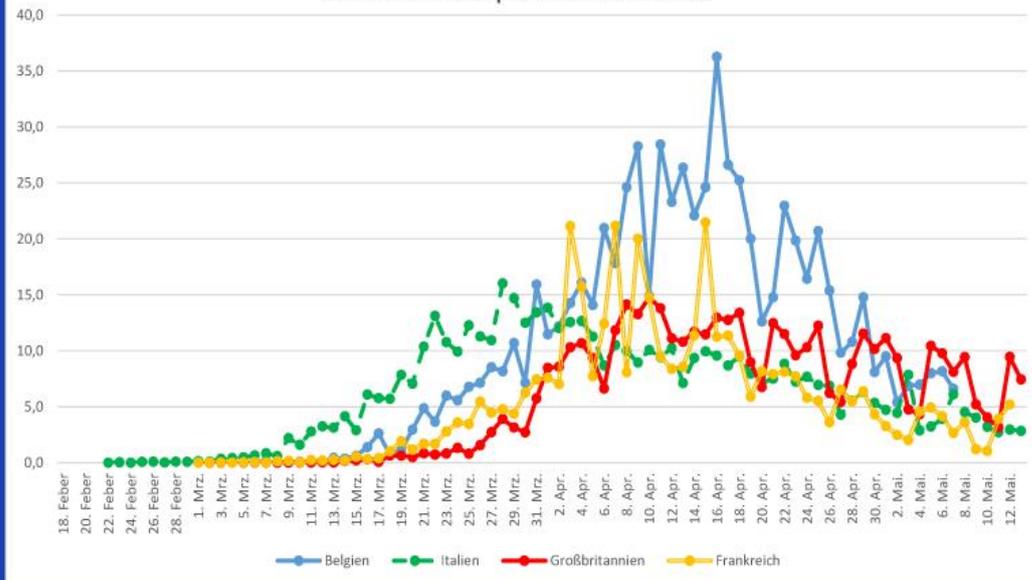
Aus dieser Gruppe wurden die vier Länder Belgien (1. Stelle auf einer Liste von 26 Staaten), Italien (3. Stelle), Großbritannien (4. Stelle) und Frankreich (5. Stelle) für eine Analyse ausgewählt und versucht, die Ursachen für die Auswüchse der Pandemie der Pandemie in diesen Ländern festzumachen.

<b>Infizierte und Todesfälle in vier ausgewählten Ländern (Stand: 13. 5. 2020)</b>						
Land	Infizierte		Todesfälle		Einwohner in Millionen	Todesfälle/Infizierte %
	insgesamt	Pro 100.000 EW	insgesamt	Pro 100.000 EW		
<b>1. Belgien</b>	53.981	469,4	8.843	76,9	11,5	16,4 %
<b>3. Italien</b>	222.104	367,1	31.106	51,4	60,5	14,0 %
<b>4. Großbritannien</b>	229.705	345,9	33.186	50,0	66,4	14,4 %
<b>5. Frankreich</b>	179.060	265,8	27.074	40,4	67,0	15,2 %

**G3: Tägliche Covid-19-Infektionen in Belgien, Italien, Großbritannien und Frankreich pro Million Einwohner**



**G6: Tägliche Covid-19-Todesfälle in Belgien, Italien, Großbritannien und in Frankreich pro Million Einwohner**



## **1. Stelle in der Länderwertung: Belgien**

Der Beginn der Covid-19-Pandemie in Belgien kann mit dem 1. März 2020 festgesetzt werden. Eine aus Nordfrankreich heimkehrende Frau hatte sich mit dem Virus infiziert. Danach folgten Schiurlauber aus Norditalien, Tirol und Frankreich.

Die Pandemie entwickelte sich rasant: 13,9 Infektionen pro 100.000 Einwohner am 13. März, 161 Infektionen am 28. März und 469 Infektionen am 13. Mai - pro 100.000 Einwohner Die Bilanz ist jedenfalls mehr als ernüchternd: mit Stand von 13. Mai 2020 wurden für dieses kleine Land mit etwas mehr als zehn Millionen Einwohnern 53.981 an dem Sars-CoV-2-Virus Infizierten und 8.843 Todesfällen mit Covid-19-Erkrankungen ausgewiesen. Mehr als zehn Mal so viele Todesfälle wie in Österreich.

Erläuternde Bemerkungen zu den Begriffen Coronavirus, Covid-19, Sars-CoV-2, deren Bedeutung nicht immer ganz klar ist.

Coronaviren sind eigentlich Schnupfenviren, die mehrere tausende Virenstämme umfassen. Sie haben, wenn man von Ausnahmen absieht, deren Harmlosigkeit sowie deren leichten Übertragbarkeit (Tröpfcheninfektion) gemeinsam.

Die WHO gab diesem neuartigen Coronavirus den Namen „Sars-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). Mit der Bezeichnung soll ausgedrückt werden, dass das Virus Symptome verursachen kann, aber nicht muss.

Die durch Sars-CoV-2 ausgelöste Atemwegserkrankung wurde „Covid-19“ (coronavirus disease 2019) genannt. Covid-19-Patienten sind demnach Menschen, die das Virus Sars-CoV-2 in sich tragen und auch Symptome zeigen.

Mit Suffix „19“ wird auch signalisiert, dass nur ein Impfschutz gegen Covid-19 entwickelt werden kann. Und dieser ist, wie die Wiedererkrankung von Covid-19-Patienten in Südkorea gezeigt hat, keineswegs sicher. Und muss dann jährlich ein Impfschutz gegen Covid-20, Covid-21 .... zusammen gestellt werden? Vermutlich wird dann neben der jährlichen Grippeimpfung auch eine solche gegen das jährliche Coronavirus empfohlen.

Hinzu kommt die Mutationsfreudigkeit des Virus. In der Datenbank des Forschungszentrums für Molekularmedizin (CeMM) in Wien wurden die Erbmaterialien aus 1.000 CoV-2-Virenproben gespeichert. Daraus ergibt sich – wenig beruhigend –, dass allein hierzulande sechs solcher Mutationen vom Sars-CoV-2 entstanden sind.

In keinem Land der Welt starben mehr Menschen mit dem Covid-19 als in Belgien – bezogen auf 100.000 Einwohnern. Eine der Gründe hierfür liegen in der föderalen Struktur des Landes: niemand fühlt sich zuständig und niemand bestimmt. Nach 15 Monaten erfolglosen Versuchen zur Regierungsbildung kam es zu einer Notregierung. Die Premierministerin Sophie Wilmes wurde für sechs Monate mit Vollmachten ausgestattet, um die Pandemie zu bewältigen.

An weiteren Gründen sind zu nennen:

(1) Reger Durchgangsverkehr nach London, Paris, Amsterdam und Köln.

(2) Die hohe Luftverschmutzung könnte eine weitere Ursache sein. Sind doch andere Hot-Spots wie die Lombardei, Madrid oder New York ebenso durch eine hohe Luftverschmutzung charakterisierbar. Und Covid-19 ist eine typische Erkrankung der Atemwege, die zu einer schweren Lungenentzündung führen kann.

(3) Der belgische Virologe Steven Van Gucht hatte vor allem – und dies mit Recht – die Alters- bzw. Pflegeheime im Visier. In einer groß angelegten Testserie in 85 Einrichtungen für Senioren zeigte sich, dass jeder fünfte Test positive Ergebnisse zeigte.

Wie stark es aber in Belgien im Gesundheitswesen im Argen liegt, dies zeigt ein einfacher Vergleich mit dem benachbarten deutschen Bundesland Nord-Rhein-Westfalen mit einer ähnlichen Bevölkerungsdichte und Luftverschmutzung, aber nur einem Bruchteil von Covid-19-Todesfällen.

### **3. Stelle: Italien**

Während die Nachbarstaaten in Europa – auch die nicht direkten Nachbarn – nicht vor dem 25. Februar mit den Tests begannen, wurde in Italien bereits Ende Jänner 2020 getestet und die ersten Covid-19-Patienten diagnostiziert.

Die ersten Todesfälle mit dem Coronavirus wurden aber erst am 22. Februar registriert. Erst danach wachte Europa auf.

Im negativen Covid-19-Ranking nimmt aber Italien nicht den Spitzenplatz ein. Davor liegen noch Belgien, Spanien und neuerdings auch Großbritannien.

Dieses Bild ändert sich aber drastisch, wenn man einzelne Regionen wie die Lombardei herausgreift. Pro 100.000 Einwohner wurden in der Lombardei mehr als doppelt so viele Infizierte und drei Mal so viele Todesfälle wie im gesamten italienischen Staatsgebiet gezählt.

Und auf Österreich sowie die Schweiz bezogen: In der Lombardei verstarben über zwanzig Mal so viele an bzw. mit Covid-19 wie in Österreich und fast acht Mal so viele wie in der Schweiz.

Die Altersstruktur der mit Covid-19-Verstorbenen enthüllt einen eindeutigen Altersbias. So ergab eine Auswertung von 14.860 Verstorbenen mit einem positiven Covid-19-Befund des „Istituto Superiore di Sanità“, dass 50,3 % (Medianwert) älter als 80 Jahre waren. Über 70 Jahre alt waren über 80 Prozent. Diese Altersverteilung wurde in anderen Ländern bestätigt.

Es ist aber trotzdem falsch, davon auszugehen, dass Covid-19 bloß eine Krankheit der Alten sei. Covid-19 in seinem schweren Verlauf trifft ausschließlich Menschen mit Vorerkrankungen. So hat eben jeder Zweite über Achtzigjährige eine oder mehrere Vorerkrankung vorzuweisen – und ungefähr ein Fünftel der Bevölkerung allgemein.

Von den 14.860 Verstorbenen wurden die Daten von 1.281 Personen näher untersucht. Ohne Vorerkrankung lediglich 1,8 %, eine Vorerkrankung 13,9 %, zwei 21,5 % und drei bzw. sogar mehr 62,9 %.

**Einen Prozentsatz gilt es, besonders hervorzuheben: Nur 1,8 Prozent der Personen sind direkt am Sars-CoV-2-Virus verschieden und nicht mit ihm.**

Bei der Analyse der Covid-19-Todesfälle bietet sich eine interessante Kennziffer an: das Verhältnis von Covid-19-Todesfällen zu dem mit dem Coronavirus-Infizierten. Je höher dieser Wert, desto höher die Dunkelziffer.

Für Österreich wurde ein Wert von 3,9 % ausgewiesen, für die Schweiz 6,1 %, für die Lombardei aber 18,2 %. Mit anderen Worten: In der Lombardei war die Dunkelziffer 15 Mal so hoch wie die die offiziellen Messergebnisse vermuten ließen.

Hierfür kann es für die Lombardei mehrere Gründe geben:

(1) Durch den eruptiven Ausbruch der Pandemie bedingt kam es in Norditalien zu einem Kollaps des Gesundheitssystems. In Italien gibt es nur 8,6 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner. In Österreich liegt dieser Wert bei 28,6 Betten pro 100.000 Einwohner.

(2) Die starke Luftverschmutzung in Norditalien, die eine der höchsten in Europa ist. Mehr Patienten als in Österreich hatten einen schweren Krankheitsverlauf.

(3) Das hohe Durchschnittsalter der Bevölkerung mit einem überdurchschnittlichen hohen Anteil an Vorerkrankungen.

(4) Missmanagement in den norditalienischen Alters- und Pflegeheimen.

(5) Eine prekäre Wohnsituation mit mehreren Generationen unter einem Dach, wodurch die Ausbreitung der Pandemie beschleunigt wurde.

All diese Punkte zeigen zwar hinlänglich auf, warum sich das Virus in der Norditalien so rasant verbreitete, aber nicht warum Italien das europäische Andockland für das Coronavirus bildete.

Das Coronavirus Sars-CoV-2 wurde erstmals **offiziell(!)** Ende des Jahres 2019 (27. Dezember) in Wuhan/China beobachtet. Zunächst von der chinesischen Regierung totgeschwiegen und danach von der WHO (World Health Organization) schön- wie auch kleingeredet. Aber was ist denn schon von einer UNO-Organisation zu erwarten, wo doch deren Chef als ehemaliger Gesundheitsminister aus einem afrikanischen Land (Äthiopien) stammt, das als Chinas Einfallstor nach Afrika gilt.

Die bereits in die Zehntausende gehenden Todesfälle in Norditalien sind natürlich kein Zufall, sondern dahinter verbirgt sich ein offenes Geheimnis. Was in der Modebranche als ein Gütesiegel „Made in Italy“ gilt, ist ein schlichtes „Made by Chinese in Italy“.

Zehntausende chinesische Staatsbürger leben und arbeiten auf engstem Raum zusammengepfercht illegal – d.h. ohne Arbeitspapiere sowie ohne Sozial- und Gesundheitsvorsorge – zum Wohle und Profit der italienischen Modeindustrie.

Wie viele der chinesischen Arbeiter in den Zentren der italienischen Textilindustrie werken, dies ist nicht bekannt - bis zu 50.000 allein in Prato, nahe Florenz gelegen. Die „Chinatown“ der kleinen Stadt gilt als die größte Europas.

Am 12. Februar wurde in China das Neujahrsfest gefeiert. Die in China Infizierten haben dann nach ihrer Rückkehr nach Italien die Coronavirus-Pandemie erst richtig befeuert.

#### **4. Stelle: Vereinigtes Königreich**

In der Zwischenzeit hat das Vereinigte Königreich – zumindest absolut gesehen – die meisten Covid-19-Todesfälle zu beklagen. Mit Stand 13. Juni 2020 liegt Großbritannien, was die Zahl der Covid-19-Todesfälle betrifft, hinter Belgien an zweiter Stelle auf unserem Covid-19-Ranking: 62,7 Todesfälle pro 100.000 Einwohner. Ungefähr acht Mal so viele wie in Österreich.

Selbst Premierminister und Thronfolger waren an Covid-19 erkrankt. Beide als Angehörige einer Risikogruppe (Fettleibigkeit sowie Alter) und der Oberschicht angehörend konnten aber auf die Vorteile einer hochspezialisierten Privatmedizin im Vereinigten Königreich vertrauen.

Die Anti-Coronavirus-Maßnahmen durch die Regierung waren aber von einem Zick-Zack-Kurs (Stichwort: Durchseuchung der Gesellschaft, um eine Herdenimmunität zu erreichen und wiederum dann drastische Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie) gekennzeichnet.

Die Pandemie als solche traf aber auf ein völlig privatisiertes Gesundheitssystem, das überhaupt kein Mitgefühl für die arbeitenden Menschen hat und auch nie haben wird. So werden in England auf 100.000 Einwohner berechnet nur 10,5 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner angeboten. Der OECD-Durchschnitt liegt aber 15,9 Intensivbetten. Dementsprechend schrecklich ist auch der Verlauf der Pandemie.

#### **5. Stelle: Frankreich**

Frankreich wurde von der weltweiten Coronavirus-Pandemie stark gebeutelt. Die davon am stärksten betroffenen Regionen waren das Elsass und die Ile-de-France.

Beide Regionen zeichnen sich durch eine starke Überalterung der Bevölkerung sowie einer hohen Luftverschmutzung aus.

Das französische Gesundheitssystem war, wenngleich es zu den teuersten der Welt zählt, total überfordert – vor allem in den regionalen Brennpunkten der Pandemie. In Frankreich kommen auf 100.000 Einwohner 16,3 Intensivbetten, in Deutschland aber 33,3 Betten pro 100.000 Einwohner.

Die Konsequenz war folglich Aussonderung, anstatt Rettung der Alten. Auf dem Höhepunkt der Pandemie wurde beinhart nach dem Alter selektiert. Man sagt dazu auch „Triage“ (Aussonderung aufgrund beschränkter medizinischer Kapazitäten) und ist ein Begriff aus der Militärmedizin. Frankreich befand sich ja laut seinem Präsidenten Macron „en guerre“. Hoffentlich gewinnen sie diesmal den Krieg.

Laut der Zeitschrift „Le canard enchainé“ existiert eine Verwaltungsvorschrift vom 19. März 2020. Darin wurden die Ärzte angehalten, den Zugang von gebrechlichen Personen auf die Intensivstationen drastisch zu reduzieren. Die statistischen Daten belegen dieses äußerst unethische Verhalten französischer Mediziner. Waren am 20. März noch 20 % der Intensivpatienten über 75 Jahre alt, so betrug ihr Anteil zwei Wochen später nur mehr sieben Prozent.

Man hat auch dafür gesorgt, dass an Covid-19 erkrankte alte Menschen aus den Altersheimen nicht mehr in die Krankenhäuser verbracht wurden. So die Anklage des französischen Mediziners Michel Parigot. Jeder dritte Covid-19-Patient ist in seinem Alters- bzw. Pflughheim verschieden: 9200 Personen der 27.400 Todesfälle (Stand: 15. Mai 2020).

Ausgangspunkt und Epizentrum der Pandemie lag aber im Elsass. Einer der „Hot Spots“ war ein Treffen der Evangelikalen vom 17. – 21. Februar 2020 in Mühlhausen, wo sich fast 2.500 Gläubige zum Gebet und zum intensiven Virenaustausch trafen. Viele Elsässer pendeln nach Innerfrankreich und in die Schweiz. Von dort breitete sich dann das Virus aus.

Das Elsass ist für unsere Betrachtung noch aus einem weiteren Grund interessant.

Dr. Schmitt leitete eine Studie am Krankenhaus Colmar, in der 2.456 Lungenuntersuchungen zwischen November 2019 und April 2020 analysiert wurden. Demnach soll es bereits am 16. November 2019 einen Corona-Fall gegeben haben. Die einzelnen Fälle wurden von erfahrenen Radiologen gegengeprüft. Zur Studie kam es, weil vermehrt atypische Grippeerkrankungen (Fieber, Husten etc.) länger als zwei bis drei Wochen aufgetreten sind. Das Virus hat sich aber bis Ende Februar nur sehr langsam ausgebreitet. Nichts deutete damals auf eine Pandemie hin.

Der erste offizielle Coronavirus Sars-CoV-2-Fall wurde von den chinesischen Behörden Ende des Jahres 2019 diagnostiziert – und zwar laut Spiegel (Nr. 20/ 9.5. 2020) am 20. Dezember 2019 bei einem Fischhändler in Wuhan. In Colmar/Frankreich traten die ersten Fälle bereits einen Monat früher auf.

Zwei Erklärungen bieten sich für diesen zeitlichen Widerspruch an:

- Die chinesischen Behörden haben den Ausbruch des Coronavirus so lange verschwiegen, so lange sich keine Pandemie daraus entwickelte.
- Die französische Studie lässt auch die Vermutung zu, dass die Pandemie bereits viel früher mit einem dem Sars-CoV2 ähnlichen Virus an mehreren Orten entstanden ist und sich von dort ausgebreitet hat.



**5 STERNE**

**für Österreich**  
österreichisch-sozial-ökologisch



**Website: <https://www.5-sterne-oesterreich.at>**

**E-Mail: [fuenf-sterne-oesterreich@hotmail.com](mailto:fuenf-sterne-oesterreich@hotmail.com)**

**Youtube-Kanal: Kurt Traar**

**Facebook: 5 Sterne fuer Oesterreich Partei**

**Verein: 5-Sterne-für-Österreich**

**Spendenkonto: 5 Sterne für Österreich**

**IBAN-Code: AT59 2011 1841 2117 6600**

**BIC-Code: GIBAATWWXXX (nur bei Überweisungen aus dem Ausland anführen)**