

Wenn die Waldgeister durch das Aufruhrgebiet tollen

Eine Kritik von zehn anti-wissenschaftlichen Prämissen
des (Anti-)Lockdown-Artikels in *trend* 11/2002¹

von [TaP](#)

„Für den Materialisten sind unsere Empfindungen Abbilder der einzigen und letzten objektiven Realität – der letzten nicht in dem Sinne, daß sie schon restlos erkannt ist, sondern in dem Sinne, daß es eine andere außer ihr nicht gibt und nicht geben kann. Dieser Standpunkt versperrt den Zutritt unwiderruflich nicht nur jeglichem [Fideismus](#), sondern auch jener Professoren[scholastik](#), die, ohne in der objektiven Realität die Quelle unserer Empfindungen zu sehen, durch geschraubte Wortkonstruktionen den Begriff des Objektiven als des Allgemeingültigen, sozial Organisierten usw. usf. ‚ableitet‘ und nicht fähig, manchmal auch nicht willens ist, **die objektive Wahrheit von der Lehre über die Waldteufel und Hausgeister zu trennen.**“

[LW 14](#), 123 – Hyperlinks und Hv. im Zitat hinzugefügt

1. Verfehlte Gleichsetzung von Virus und Krankheit

Die VerfasserInnen des [Artikels Vor einem neuen Lockdown?](#), der im Rahmen des November-Updates von „*trend*. onlinezeitung“ veröffentlicht wurde, offenbaren schon mit den ersten Wörtern ihres Textes, daß sie *nicht die geringste* Ahnung von dem Gegenstand, über den sie schreiben, haben. Sie schreiben nämlich: „Der aktuelle Corona-Virus (SARS-CoV-2, oft Covid 19 genannt)“.

Nein, „Covid 19“ ist *kein* anderer Name für das *Virus*; vielmehr:

- So wie „HIV“ (Humanes Immundefizienz-Virus) ein anderes bekanntes Virus heißt und „AIDS“ (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* = erworbenes Immunschwäche-syndrom) die von diesem ausgelöste Krankheit,
- so ist „SARS-CoV-2“ (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) ein Virus sowie „Covid-19“ (*coronavirus disease 2019*) die von diesem ausgelöste Krankheit.

2. Ignorierung der Leichtigkeit der Übertragung als Element der Gefährlichkeit eines Virus

¹ Hinsichtlich der Kritik der politischen Konsequenzen des fraglichen Artikels kann ich mich weitgehend den diesbezüglichen Ausführungen von systemcrash in *seiner Replik* auf denselben *Aufruhrgebiet*-Artikel anschließen.

Weiter heißt es in dem Artikel: „Der aktuelle Corona-Virus [...] gehört zur Gruppe der Corona-Viren, die schon lange bekannt sind und bisher eher als relativ ungefährlich eingestuft wurden. Die meisten Infizierten (ca. 80-90%) zeigen keine oder sehr schwache Symptome, die Erkrankungen verlaufen meist leicht, nur eine kleine Minderheit erkrankt schwer und muss im Krankenhaus behandelt werden.“

Es soll hier nicht diskutiert werden,

- was „schon lange bekannt“ bedeutet

und

- ob es Sinn hat, von der Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit einer ganzen ‚Virus-Gruppe‘ zu sprechen.

Entscheidend ist dagegen, daß es für die Gefährlichkeit einer Krankheit bzw. des sie auslösenden Virus *nicht bloß* darauf ankommt, ob es – relativ zur Gesamtzahl der Erkrankungsfälle – viele oder wenige tödliche (und andere schwere) Verläufe gibt. Vielmehr kommt es *auch* darauf an, ob es insgesamt viele oder wenige Erkrankungen gibt – und also auch *darauf*, auf welche Weise (auf leichte oder schwierige Weise) das auslösende Virus *übertragen* wird.

In dieser Hinsicht gibt es einen fundamentalen Unterschied zwischen Viren, die – wie HIV – vor allem durch den Austausch von Körperflüssigkeiten übertragen werden, und solchen die – wie SARS-CoV-2 – über die Atemluft übertragen werden.

- Stellen wir uns eine Krankheit mit einer Fallsterblichkeit von 50 % und 100 erkannten Fällen im Jahr vor: Das gibt dann 50 Todesfälle wegen dieser Krankheit im Jahr.
- Stellen wir uns nun eine Krankheit mit einer Fallsterblichkeit von 10 % und 10.000 erkannten Fällen im Jahr vor: Das sind dann 1.000 Todesfälle wegen dieser Krankheit im Jahr.
- Ergibt einen Unterschied von 950 Todesfällen pro Jahr.

3. Es sind durchaus nicht nur „sehr alte“ Leute und mit Vorerkrankungen ‚gefährdet‘

„Gefährlich ist Corona v.a. für sehr alte Leute und Menschen mit Vorerkrankungen bzw. schlechtem Allgemeinzustand“, so heißt es in dem Artikel der *Aufrührgebiet*-Redaktion.

Hier muß nun *sehr wohl* über eine der *vagen* Formulierungen in dem Artikel gestritten werden: Was heißt „gefährdet“? Waren und sind nur die Toten „gefährdet“? Was heißt „sehr

alt“? Über 80? Über 90? Über 100 Jahre? Sind schon diejenigen „sehr alt“, die gerade erst seit fünf Jahren Rente beziehen, oder vielleicht sogar diejenigen, die erst *in* fünf Jahren reguläre Rente beziehen werden, aber schon im Vorruhestand sind – also nicht mehr zur „Wertschöpfung“ (*Aufruhrgebiet*-Redaktion) beitragen?

a) In der BRD

- gab es bisher 194 Covid-19-Todesfälle bei Personen unter 50 Jahren

und

- 483 bei Personen von 50 bis unter 60 Jahren

sowie

- 1.270 bei Personen von 60 bis unter 70 Jahren

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-24-de.pdf?__blob=publicationFile, S. 8).

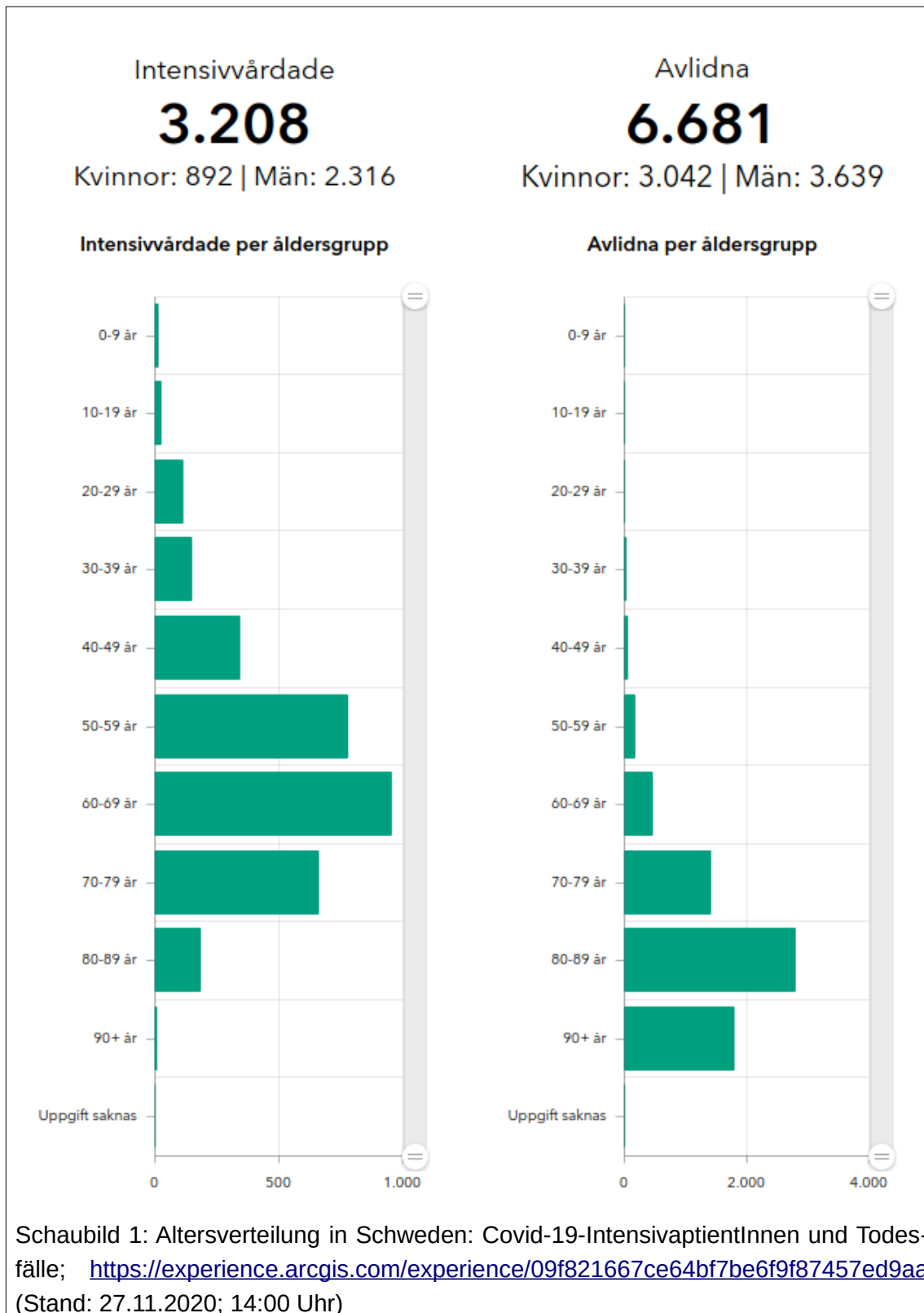
Bei insgesamt etwas unter 15.000 Covid-19-Todesfällen am 24.11.2020 (ebd., S. 1) mögen es also vielleicht tatsächlich „v.a. [...] sehr alte Leute“ gewesen sein, die gestorben sind – aber waren fast alle anderen Gestorbenen wirklich „Menschen mit Vorerkrankungen bzw. schlechtem Allgemeinzustand“?

Und selbst, wenn es so wäre: Was soll den Tod dieser Menschen – egal ob „sehr alt“ oder vorerkrankt – *rechtfertigen* – angesichts dessen, daß sich deren Tod durch frühere und energischere Infektionsschutzmaßnahmen hätte verhindern lassen? Und was sollte es gar rechtfertigen, noch *viel mehr* Todesfälle in Kauf zu nehmen, wenn *noch weniger* Infektionsschutzmaßnahmen ergriffen würden?

b) Hinzukommt: Die schweren Verläufe reduzieren sich ja *nicht* auf die tödlichen Verläufe. Für die BRD habe ich keine Zahlen zur Altersverteilung der Covid-19-Krankenhaus- bzw. speziell -Intensiv-Fälle finden können. Aber für Schweden gibt es Zahlen – und es zeigt sich ein deutlicher Unterschied:

Tabelle 1: Altersverteilung in Schweden unter denjenigen erkrankt Covid-19-Infizierten, die intensivbehandelt wurden bzw. verstarben

	0 - 9 Jahre	10 - 19 Jahre	20 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 - 69 Jahre	70 - 79 Jahre	80 - 89 Jahre	90 und älter	insg.
Todesfälle	2	1	10	20	48	174	441	1.409	2.784	1.792	6.681
in Prozent	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	2,6	6,6	21,1	41,7	26,8	100,0
	1,2					9,2		21,1	41,7	26,8	100,0
Intensiv behandelte	14	22	111	145	342	774	952	661	180	7	3.208
in Prozent	0,4	0,7	3,5	4,5	10,7	24,1	29,7	20,6	5,6	0,2	100,0
	19,8					53,8		20,6	5,6	0,2	100,0



4. Fehlerhafte Entgegensetzung von Infektion und Erkrankung

MarxistInnen wissen gemeinhin, daß das Nebensächliche die bloße Symptome, das Wichtige aber die Ursachen sind. Aber in den Aufrührgebiet-Artikel wird behauptet:

„Der Corona-Ausbruch bei Tönnies, wo 1.500 Personen positiv getestet waren, wurde von

den Medien stark beachtet. Dass aber nur etwa zwei Dutzend wirklich krank waren und niemand gestorben ist, wird tunlichst verschwiegen.“

Wenn in dieser Weise bloß auf (sicht- oder hörbare) Symptome („wirklich krank“) gestarrt wird, dann ignoriert das die *Wirkung* des Virus und des Immunsystems (es wird in den *vulgären* [Sensualismus](#)² abgeglitten): Auch wenn das Immunsystem so gut in Schuß ist, das es das – für medizinische LaiInnen – sicht- und hörbare Auftreten von *Symptomen verhindern* kann, *sind* die Infizierten aber trotzdem erkrankt.

- Vulgäre SensualistInnen sind von einer Fiebererkrankung nur überzeugt, wenn sie das Fieber durch Handauflegen (auf die Stirn) *spüren*.
- (Rationale) MaterialistInnen (das Adjektiv sollte überflüssig sein) präferieren Thermometer zum Detektieren von Fieber.
- Der Unterschied zwischen *Erkennen* und *Spüren* ist ein Element des Unterschiedes zwischen Wissenschaft und Waldgeister-Glauben.

5. Leugnung der covid-19-bedingten Übersterblichkeit

In dem *Aufruhrgebiet*-Artikel wird behauptet:

„Für das erste Halbjahr 2020 verzeichnete das Statistische Bundesamt sogar weniger Todesfälle als im Durchschnitt der letzten drei Jahre – trotz des Corona-Höhepunkts im März/ April.“

Da es die ersten beiden Covid-19-Todesfälle in der BRD überhaupt erst am 9. März gab³, ist es manipulativ, den Januar und Februar mit in den Vergleich einzubeziehen. Aussagekräftig sind allein die Wochen, in denen es im Frühjahr *viele* Covid-19-Todesfälle (und vor- ausgehend viele Infektionen) gab, und die aktuellen und insbesondere kommenden Wo-

2 = ‚wahr ist nur das, was ich *persönlich* fühle‘.

„Die Quelle unserer Kenntnisse sind nach [Mach](#) und [Avenarius](#) die Empfindungen. Sie stellen sich folglich auf den Standpunkt des Empirismus (alles Wissen stammt aus der Erfahrung) oder des Sensualismus (alles Wissen stammt aus den Empfindungen). Aber dieser Standpunkt führt zu dem Unterschied der philosophischen Grundrichtungen, Idealismus und Materialismus, beseitigt diesen Unterschied jedoch nicht, [...]. Von den Empfindungen ausgehend, kann man die Linie des Subjektivismus einschlagen, die zum [Solipsismus](#) führt [...], man kann aber auch die Linie des Objektivismus einschlagen, die zum Materialismus führt (die Empfindungen sind Abbilder der Körper, der Außenwelt). Für den ersten Standpunkt – für den [Agnostizismus](#) oder, wenn man etwas weiter geht, für den subjektiven Idealismus – kann es keine objektive Wahrheit geben. Für den zweiten Standpunkt, d. h. für den Materialismus, ist die Anerkennung der objektiven Wahrheit wesentlich“ ([LW 14](#), 120, 121 – Hyperlinks im Zitat hinzugefügt)

„Die Anhänger des antiken Skeptizismus zogen aus sensualistischen Voraussetzungen agnostizistische Schlußfolgerungen. Die Skeptiker verabsolutierten die Subjektivität der Empfindungen und verlangten, man solle sich irgendwelcher bestimmten Urteile über die Dinge enthalten; sie waren der Meinung, daß der Mensch die Grenzen seiner Empfindungen nicht zu überschreiten und nicht zu bestimmen vermöge, welche von ihnen wahr sind. Der Verzicht auf Erkenntnis, so lehrten sie, führt zur Gleichgültigkeit den Dingen gegenüber, zur Befreiung von Zweifeln und zur Erreichung eines unerschütterlichen Seelenzustandes (‚Ataraxie‘).“ (ebd., 390)

3 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.xlsx?blob=publicationFile (27.11.2020), Tabelle 2 „Fälle–Todesfälle–gesamt“, Zeile 17, Spalte E.

chen, in denen es (*nachfolgend* zu wieder gestiegenen Infektionszahlen) wieder deutlich höhere Todesfallzahlen als im Sommer gibt.

a) Übersterblichkeit im Frühjahr 2020

Sehen wir uns zuerst die aussagekräftigen Kalenderwochen 13 (23. bis 29.3.) bis 18 (27.4. bis 3.5.) im Frühjahr an:

Tabelle 2: Übersterblichkeit von der 13. bis 18. Kalenderwoche nach Altersgruppen – bundesweit

Altersgruppen	2020	Ø 2016 - 2019	Veränderung	Veränd. in Prozent
0 bis unter 60 Jahre ⁴	10.238	10.333	- 95	- 0,9 %
60 bis unter 65 Jahre	5.849	5.572	+ 278	+ 5,0 %
0 bis unter 65 Jahre	16.087	15.904	+ 183	+ 1,1 %
ab Jahre 65 Jahre	100.451	91.222	+ 9.230	+ 10,1 %
Summe	116.538	107.126	+ 9.412	+ 8,8 %

Die Übersterblichkeit in 2020 bestand dabei nicht nur gegenüber dem *Durchschnitt* der Jahre 2016 bis 2019, sondern in *jeder* der sechs fraglichen Kalenderwochen gegenüber *jedem* der vier vorausgangenen Jahre mit Ausnahme der KW 13/2018:

Tabelle 3: Übersterblichkeit von der 13. bis 18. Kalenderwoche nach Kalendergruppen – bundesweit

	KW 13	KW 14	KW 15	KW 16	KW 17	KW 18	Summe
2020	19.692	20.638	20.500	19.271	18.542	17.895	116.538
2019	18.562	18.671	17.852	18.089	17.894	17.090	108.158
2018	20.906	20.038	19.165	17.992	17.093	16.789	111.983
2017	17.731	17.028	16.901	16.637	17.634	17.129	103.060
2016	18.617	18.244	17.712	16.775	17.053	16.901	105.302
Mittelwert	18.954	18.495	17.908	17.373	17.419	16.977	107.126
Differenz	738	2.143	2593	1.898	1.124	918	9.412
Differenz in %	3,9	11,6	14,5	10,9	6,5	5,4	8,8
Covid-19-Todesfälle ⁵	600	1.368	1741	1.594	1.168	782	---

Noch deutlicher fallen die Zahlen aus, wenn sie allein für *diejenigen* Bundesländer berechnet werden, die damals (im Frühjahr) schon viele Infektions- und folglich Todesfälle hatten.⁶

4 Da der Lockdown nicht nur die Covid-19-Todesfälle-Zahlen begrenzte, sondern vermutlich auch Todesfälle wegen *anderer* Infektionskrankheiten sowie wegen Verkehrsunfällen reduzierte, gab es in den – jüngeren – Altersgruppen, in denen kaum Covid-19-Todesfälle auftraten, sogar *Untersterblichkeit*.

5 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.xlsx?__blob=publicationFile (26.11.2020), Tabelle 1 „Covid-19_Todesfälle“, Zeile 14 - 19, Spalte B.

6 Siehe dazu:

b) Übersterblichkeit im Herbst

Tabelle 5: Übersterblichkeit von der 42. bis 44. Kalenderwoche nach Altersgruppen – bundesweit

Altersgruppen	2020	Ø 2016 - 2019	Veränderung	Veränd. in Prozent
0 bis unter 60 Jahre ⁷	4.673	4.976	- 303	- 6,1
60 bis unter 65 Jahre	2.822	2.704	119	4,4
0 bis unter 65 Jahre	7.495	7.680	- 185	- 2,4
ab Jahre 65 Jahre	46.243	43.897	2.346	5,3
Summe	53.738	51.577	2.161	4,2

Tabelle 3: Übersterblichkeit von der 42. bis 44. Kalenderwoche nach Kalendergruppen – bundesweit

	KW 42	KW 43	KW 44	Summe
2020	17.486	18.222	18.030	53.738
2019	17.713	17.327	17.488	52.528
2018	16.552	16.608	16.895	50.055
2017	17.139	17.059	16.762	50.960
2016	17.599	17.586	17.580	52.765
Mittelwert	17.251	17.145	17.181	51.577
Differenz	235	1.077	849	2.161
Differenz in %	1,4	6,3	4,9	4,2
Covid-19-Todesfälle ⁸	216	363	687	---

6. Die unsubstantiierte Phrase vom ‚Schutz der Risikogruppen‘

Unsere geschätzten AufrührerInnen schreiben bei den meinerseits weniger geschätzten neoliberalen SchaumschlägerInnen ab: „Wenn es gelingt, die Risikogruppen zu schützen, ist Covid-19 ziemlich ungefährlich.“

- Enno Nowossadeck, *Sterblichkeit Älterer während der COVID-19-Pandemie in den ersten Monaten des Jahres 2020. Gab es Nord-Süd-Unterschiede?*, in: *Journal of Health Monitoring* 5/2020, 1 - 12; https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S9_2020_Sterblichkeit_Aeltere_COVID_19.pdf?__blob=publicationFile (DOI: 0.25646/7060) (wo – für die ältere Bevölkerung – zum einen die Jahre 2016 und 2020 sowie zum anderen Bayern und Baden-Württemberg einerseits und Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg andererseits verglichen werden) und
- meinen Text: *Covid-19-Pandemie nach Bundesländern* (der den Vergleich auf weitere Altersgruppen sowie weitere Bundesländer mit hoher und geringer Inzidenz ausweitet [unabhängig von der geographischen Lage] und das Jahr 2020 mit dem Durchschnitt der Jahre 2016 - 2019 [der höher liegt als die Zahlen des Jahres 2016] vergleicht). Dieser Text wird vielleicht ebenfalls – wie der vorliegende – in „trend. Onlinezeitung“ 12/2020 oder 1/2021 erscheinen.

⁷ Wiederum zeigt sich, daß Infektionsschutzmaßnahmen in der jüngeren Bevölkerung (anscheinend) Untersterblichkeit versuchen – „(anscheinend)“ deshalb, da wir nicht völlig sicher sein können, ob und welche *anderen* Faktoren für diese Untersterblichkeit eventuell ebenfalls eine Rolle spielen.

⁸ a.a.O. (FN 5), Zeile 43 - 45, Spalte B.

Erstere erklären aber genauso wenig wie zweitere, wie sie denn den Schutz der Risikogruppen erreichen wollen – wenn nicht *dadurch*, daß – bis ein Impfstoff massenhaft zur Verfügung steht – die Infektionsrate *allgemein* niedrig gehalten wird (wie es meines Erachtens richtig ist).

Immerhin sind in der BRD fast 30 Prozent der Bevölkerung 60 Jahre oder älter⁹ – und hinzukommen noch die Covid-19-relevant Vorerkrankten...

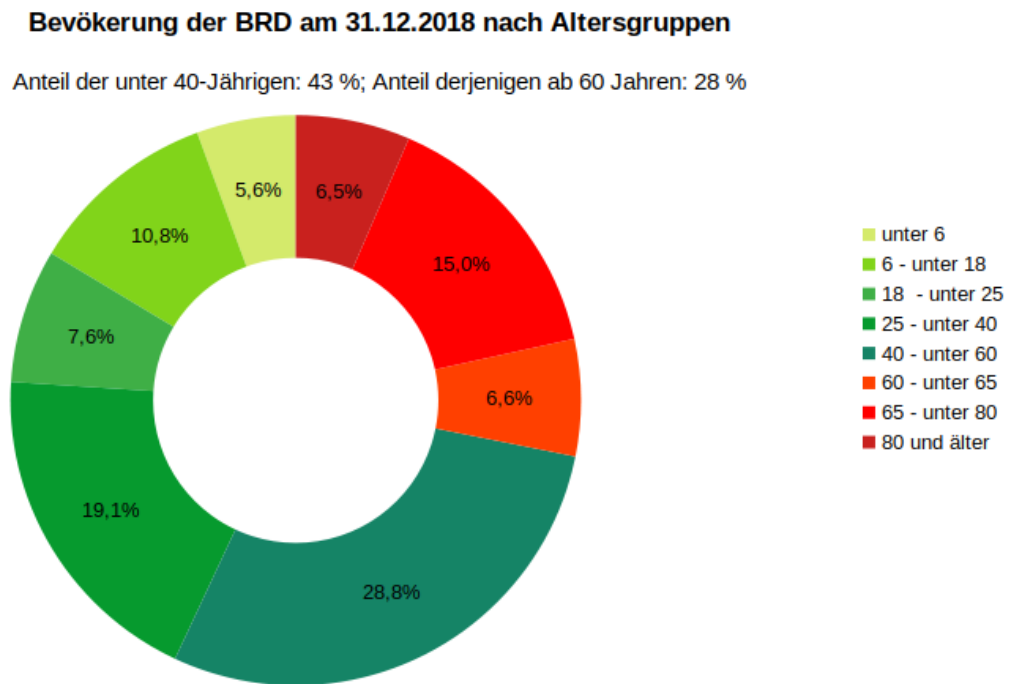


Schaubild 2: Fast 30 Prozent der Bevölkerung der BRD sind 60 Jahre oder älter (= rötliche Farbtöne in der Graphik)

7. Eine Infektionssterblichkeit von ‚lediglich‘ 0,23 % von 83.019.200 EinwohnerInnen der BRD = 190.944 (statt bisher 15.965) Covid-19-Todesfälle

Wie viele andere Waldgeist-Gläubige sind auch unsere werten AufrührerInnen bei John Ioannidis gelandet:

„In einer Metastudie der WHO wertet Prof. John Ioannidis, der meistzitierte Virologe der Welt, über 60 globale Antikörperstudien aus. Bei n-tv hieß es dazu: ‚Insgesamt errechnete Ioannidis eine durchschnittliche Infektionssterblichkeit über 51 Standorte hinweg von (...) 0,23%.“

Wie viele andere verlinken sie nicht einmal die Sekundärquelle – geschweige denn die

⁹ https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/bevoelkerungsfortschreibung-2010130187005.xlsx?__blob=publicationFile (erschienen am 13.07.2020; korrigiert am 05.11.2020); Tabelle 3.5 + eigene Berechnung.

Studie selbst. Angesichts dessen dürfte es überflüssig sein, hier die Methode der Ioannidis-Studie zu diskutieren.

1. Nehmen wir an, Methode und Ausgangsdaten – und folglich auch das Ergebnis – seien akkurat: 0,23 % von 83.019.200 EinwohnerInnen der BRD¹⁰ würde 190.944 (statt bisher 15.965¹¹) Covid-19-Todesfälle bedeuten. – Da wäre es in der Tat sehr ‚aufreuerisch‘ gewesen, der Infektionswelle seit März ihren freien Lauf zu lassen...

Gegenüber den Implikationen der Elaborate mancher AufreuerInnen sind dann sogar die Reste des fordistischen „Sozialstaates“ (hier: ‚Gesundheitsschutzstaates‘), die in der neoliberalen Ära noch übriggeblieben sind, vorzuziehen.

2. Hinzukommt: Es spricht *wenig* dafür, daß Methode und Ausgangsdaten – und folglich auch das Ergebnis – Ioannidis‘ akkurat sind:

In New York City gibt es bisher 19.574 Covid-19-Todesfälle.¹² New York City hat ca. 8,3 Millionen EinwohnerInnen.¹³

19.574 labor-bestätigte Covid-19-Todesfälle von ca. 8,3 Mio. EinwohnerInnen *ist* aber schon eine Sterberate von 0,23 %.

- Vorausgesetzt, ‚nur‘ 0,23 % der Infizierten sterben, so müssten auf die 19.574 New Yorker labor-bestätigten Covid-19-Todesfälle ca. 8,3 Mio. Infizierte kommen – müßte also die *gesamte* New Yorker Bevölkerung bereits infiziert sein... – Demgegenüber dürfte selbst die Existenz von Waldgeistern eine vergleichsweise ‚aus dem Leben gegriffene‘ Behauptung sein. ;-)

Summary

The table below compares the most recent week of key data to the weekly averages for the last four weeks.

Measure	Last 7 days	Weekly average (last 4 weeks)	Trend	Total
Percent of People Tested Who Tested Positive	See Milestones	2.89%		
Cases	9,063	7,808	Increasing	287,108
Hospitalizations	620	498	Increasing	61,129
Confirmed Deaths <i>Deaths with a positive virus test</i>	59	62	Decreasing	19,574

Updated: November 27, at 1 p.m.

Due to delays in reporting deaths, the number provided above for the last seven days may be lower than the final confirmed count.
Get the data • Created with Datawrapper

Schaubild 3: Covid-19 in New York City

- Vorausgesetzt, jede Infektion führe für längere Zeit zu Immunität – wie die „Herdenimmunitäts“-HasadeurInnen hoffen –, dürfte es also in New York auf absehbar Zeit keine neuen Infektionen mehr geben. Es *gibt* aber in New York *weiterhin* neue In-

10 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/bevoelkerungsfortschreibung-2010130187004.pdf?__blob=publicationFile, S. 4.

11 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-28-de.pdf?__blob=publicationFile, S. 1.

12 <https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page> („November 27, at 1 p.m.“) – siehe obigen *screen shot*; rote Markierungen hinzugefügt.

13 Geschätzt für den 1. Juli 2019: 8.336.817 (<https://www2.census.gov/programs-surveys/popest/tables/2010-2019/cities/totals/SUB-IP-EST2019-ANNRES-36.xlsx> [Download am 15.11.2020]).

fektionen und neue Todesfälle: Per Stand am 27. November 2020 9.063 neue Infektionsbestätigungen und 59 neue Todesfälle allein in den letzten sieben Tagen.¹⁴

- Ergo: Der Waldgeist „IFR = 0,23 %“ existiert *nicht*.

8. Medizinische Behandlungen wurden nicht wegen der Lockdowns, sondern wegen der nicht verhinderten Überlastung der Gesundheitssysteme verschoben

Außerdem behaupten unsere AufrührerInnen: „Inzwischen gibt es zahlreiche Belege dafür, dass die diversen Kollateralschäden der Lockdowns größer sind als deren (vermeintlicher) Nutzen. So steigt die Zahl der Selbstmorde wg. der Lockdown-Maßnahmen, viele medizinische Behandlungen werden verschoben oder fallen aus.“

Die vermeintlichen Belege zu nennen, haben die AutorInnen ‚selbstverständlich‘ nicht nötig. Deren [Credo](#)¹⁵ genügt. – Und, daß die medizinischen Behandlungen nicht wegen der Lockdowns verschoben wurden, sondern weil die Lockdowns *nicht rechtzeitig* kamen, um eine *Überlastung* der Gesundheitssysteme zu verhindern, fällt unseren aufrührerischen HeldenInnen ‚selbstverständlich‘ auch nicht auf.

9. Seit dem Spätsommer steigt die Zahl der Infektionsneubestätigungen schneller als die Zahl der Tests

Unsere Donald Trump-DoppelgängerInnen aus dem Ruhrgebiet schreiben:

„Die aktuelle Angst-Kampagne von Politik und Medien ist absurd und widerspricht den realen Daten. Als ‚Begründung‘ wird auf die steigende Zahl der Infizierten verwiesen. Doch diese steigt v.a. darum, weil mehr getestet wird, derzeit in Deutschland etwa 10-12 Mal so viel wie im März. In der 11. Kalenderwoche meldete das RKI 100.457 Tests pro Woche, in der 34. Woche, Mitte August, waren es bereits 987.423. Es ist logisch, dass so mehr Infizierte erkannt werden. Der nur geringe Anstieg der Zahl der Hospitalisierten und Toten etwa um den Faktor 3 bis 4 – gegenüber dem Anstieg der Tests um den Faktor 10-12! – zeigt jedoch, dass Alarmismus unangebracht ist.“

Damit verdrehen sie die Zahlen genauso, wie es Trump tut:

- Zwar wurden in der 11. Kalenderwoche in der BRD in der Tat ungefähr „100.457 Tests“ (in Wirklichkeit: 127.457) pro Woche durchgeführt und in der 34. Woche rund zehnmal soviel (genau: 1.084.446). Aber schon von der 11. zur 12. Kalenderwoche

¹⁴ a.a.O. (FN 12).

¹⁵ Vgl. auch [LW 5](#), 355 - 551(539 f.): „Das Programm des ‚Credo‘ begann verwirklicht zu werden, besonders als die ‚Handwerkerei‘ der Sozialdemokraten eine Belebung der nichtsozialdemokratischen revolutionären Richtungen zur Folge hatte.“ (*Credo* hier = ein Manifest einer russischen Ökonoministin [ebd., 374, FN *]).

gab es ungefähr eine Verdoppelung auf 348.619 – sodaß also von der Verzehnfachung nur noch eine Verfünffachung gegenüber dem Frühjahr übrigbleibt.

- Und die 34. Kalenderwoche – das war vom 17. bis 23. August. Da war die Positivquote unter den Tests (0,84 %) noch niedrig – und der Verstorbenen-Anteil unter den bestätigte Infizierten (0,29 %) ebenfalls. Beide waren *viel* niedriger als im Moment (Positivquote 47. KW: 9,4 bzw. Verstorbenen-Anteil 44. KW: 0,94 %) – und erst recht viel niedriger als der Verstorbenen-Anteil im Frühjahr.
- Seit dem Spätsommer *steigen* aber beide Raten – sowie die absoluten Zahlen der Neuninfektionsbestätigungen und der neuen Todesfälle – *schneller* als die Zahl der Tests.¹⁶

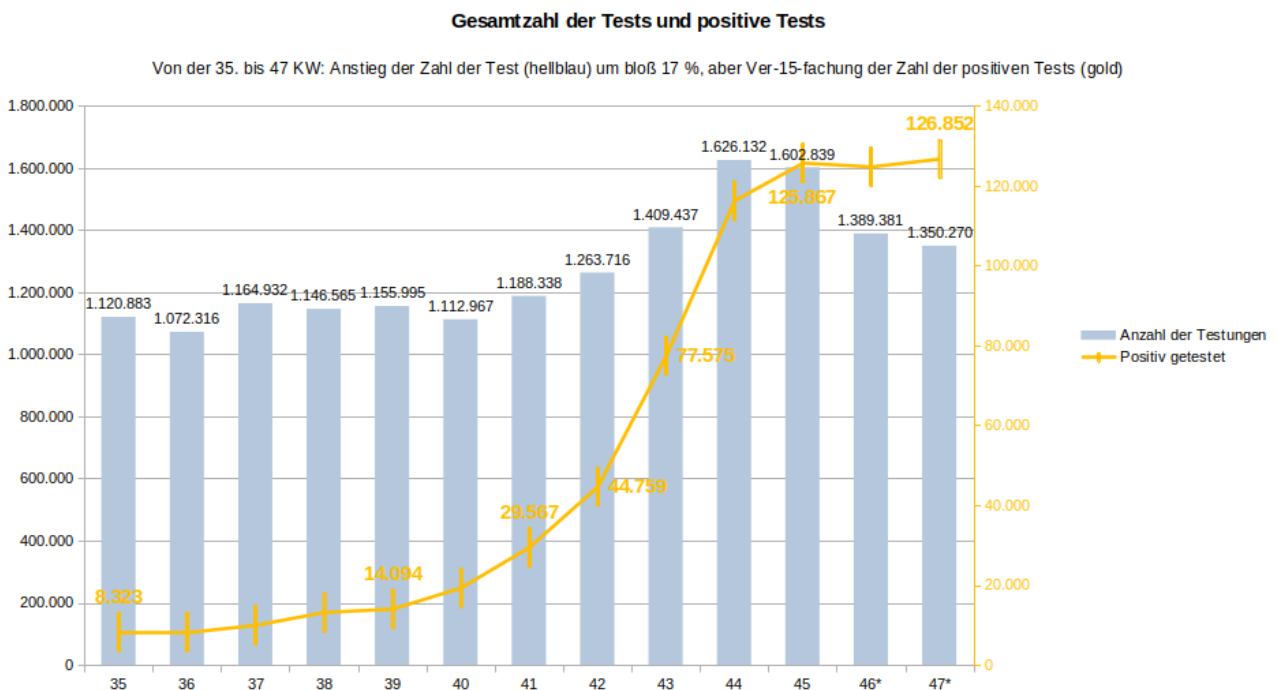


Schaubild 4: Die Gesamtzahl der Tests stieg von der 35. bis 47. Kalenderwoche bloß von 1.120.883 Tests auf 1.350.270 Tests (d.h.: um 17 Prozent); die Zahl der positiven Tests hat sich dagegen von 8.323 auf 126.852 mehr als ver-15-facht – und dies, obwohl die Zahl der Tests – aufgrund erneut geänderter Teststrategie – in den letzten beiden Wochen niedriger lag als in den drei Wochen zuvor.

16 Dazu und zu den vorstehenden Zahlen sowie nachfolgenden Graphiken: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/45_20.pdf?__blob=publicationFile, S. 45 (Testanzahl und Positivquote) und https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-24-de.pdf?__blob=publicationFile, S. 7 (Anteil der Verstorbenen an den positiv getesteten – nach Kalenderwochen).

Von der 35. bis 47. Kalenderwoche stieg die Anzahl der Todesfälle stärker als die Zahl der Tests

Rohdaten und Trendlinien

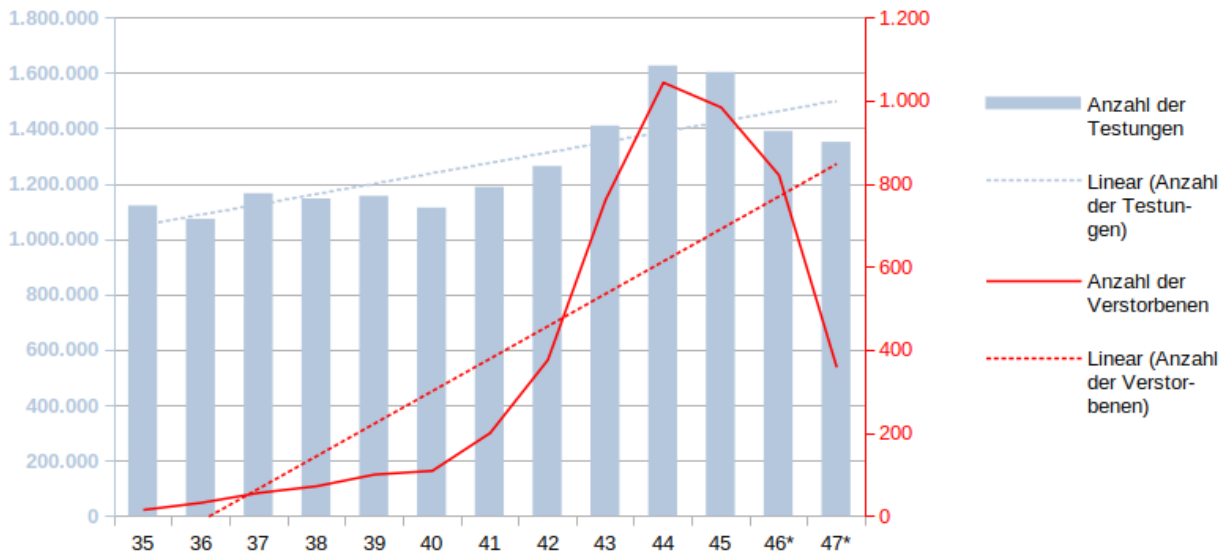


Schaubild 5: Wie schon gesagt, stieg die Zahl der Tests von der 35. bis 47. Kalenderwoche um 17 Prozent. Die Zahl der neuen Todesfälle war dagegen in der 47. KW mit 359 mehr als zwanzig mal so hoch wie in der 35. (16 Todesfälle).

Nach der 45. Kalenderwoche wurde die Anzahl der Tests reduziert; insbesondere unter den in den letzten drei Kalenderwochen positiv Getesteten ist noch mit zusätzlichen Covid-19-Todesfällen zu rechnen.

- Dies seitens prätendierter MarxistInnen zu ignorieren, verhöhnt den Anspruch des Marxismus auf Wissenschaftlichkeit¹⁷ und Materialismus. Es bedeutet in das Lager der Waldgeister-Gläubigen wegzudriften.

Und daß es in der BRD noch nicht wieder genauso viel Todesfälle wie im Frühjahr gibt, liegt – neben etwas verbesserten – Behandlungsmethoden vor allem an der (noch) veränderten *Altersverteilung* unter den bestätigten Infizierten:

Der Anteil der Menschen mit einem Alter von 70 Jahren oder mehr ist inzwischen zwar wieder höher als im Sommer (warum, wäre eine untersuchenswerte Frage¹⁸), aber noch nicht wieder so hoch wie im Frühjahr.¹⁹ Ein höherer Anteil von Alten unter den Infizierten bedeutet aber ein höheres Risiko eines tödlichen Verlaufs der Erkrankungen.

¹⁷ „Es wird namentlich die Pflicht der Führer sein, sich über alle theoretischen Fragen mehr und mehr aufzuklären, sich mehr und mehr von dem Einfluß überkommener, der alten Weltanschauung angehöriger Phrasen zu befreien und stets im Auge zu behalten, daß der Sozialismus, seitdem er eine Wissenschaft geworden, auch wie eine Wissenschaft betrieben, d.h. studiert werden will.“ (MEW 18, 512 - 517 [517])

¹⁸ Vielleicht weil die Jüngeren fast alle in Mittelmeerländer am Strand lagen und deshalb in der BRD in der Zeit keine Älteren anstecken konnten.

¹⁹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.xlsx?__blob=publicationFile (Erscheinungsdatum: 24.11.2020) + eigene Berechnung des Prozentanteils.

Anteil der Person mit einem Alter von 70 Jahren oder mehr an der Gesamtzahl der positiv Getesteten

BRD: 10. bis 47. Kalenderwoche

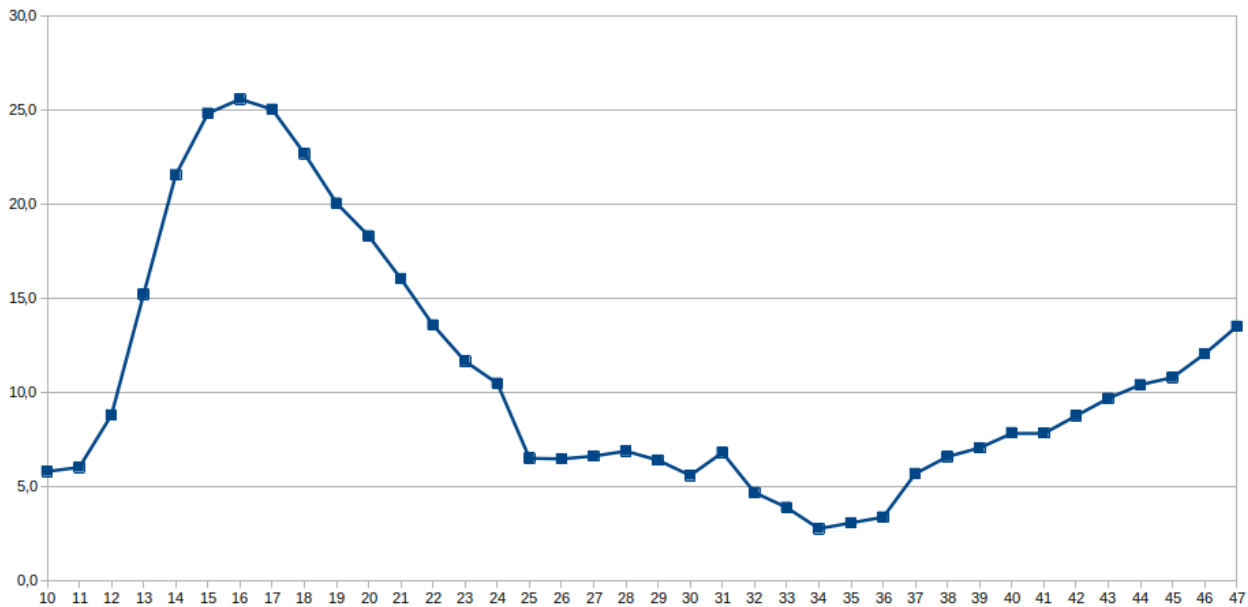


Schaubild 6: Seit dem Sommer ist der Anteil der über 70-Jährigen unter den positiv Getesteten wieder deutlich gestiegen – wenn auch (noch) nicht wieder auf den Höchststand im Frühjahr. Der niedrige Anteil dieser Altersgruppe im Sommer ist eine der Ursachen für die niedrigen Covid-19-Todesfallzahlen im Sommer.

Dabei ist zu beachten, daß sich die Altersverteilung der 45. bis 47. Kalenderwoche bei den aktuellen Todesfallzahlen noch kaum auswirkt, weil diejenigen, die positiv getestet wurden, wenn sie denn sterben, in der Regel erst mehrere Wochen nach dem jeweiligen Test sterben werden (s. Anhang).

10. Sehr wohl sind in die BRD sowohl die Zahlen der Covid-19-Infizierten als auch die der Covid-19-Todesfälle deshalb – im internationalen Vergleich – relativ niedrig, weil relativ „clever“ gehandelt wurde

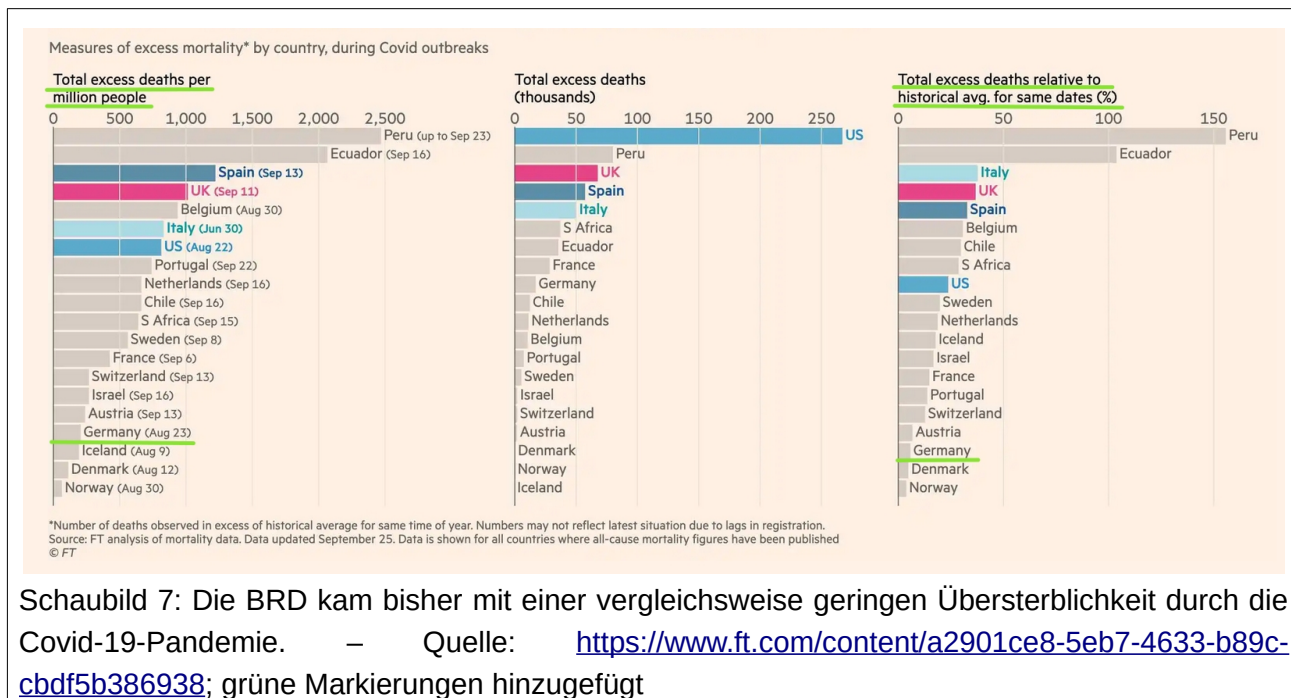
Abschließend sei eine zehnte Behauptung der *Aufruhrgebiet*-Redaktion erörtert:

„Die Merkel-Regierung stellt(e) ihr Corona-Management so dar, als gehe es von gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus und die im internationalen Vergleich relativ niedrigen Corona-Zahlen wären ihrem cleveren Agieren zu danken. Beides stimmt nicht. 1. hatte Deutschland einfach Glück, weil der Virus hier später auftauchte als z.B. in Italien. Das Abflachen der Kurve war also v.a. dem ‚natürlichen Rhythmus‘ der Infektion geschuldet, weniger dem Lockdown. Zudem: Wenn der Lockdown so wirksam war, warum gibt es dann jetzt trotzdem einen erneuten Anstieg der Fälle?!“

In der Tat tauchte das Virus hier später (oder zumindest: später *zahlreich*) auf als z.B. in Italien. Da der hiesige Lockdown aber trotzdem *nicht* (viel) später als in Italien kam, konnte

hier – und zwar insbesondere in Bundesländern, in denen die Inzidenz *unterdurchschnittlich* war – besonders *viel* bewirken.

- In den Bundesländern mit zum Lockdown-Beginn *sehr* niedrigen Infektionsraten war die Übersterblichkeit unterdurchschnittlich (s. noch einmal FN 6).
- In den *anderen* Bundesländern war sie zumindest relativ niedrig – vergleichen mit den Staaten, in denen die Lockdowns – relativ zum Grad der Verbreitung des Virus – *später* kämen.



In der Tat war die Strategie von Merkel, Söder und Scholz nicht nur – im ideell-gesamtka-pitalistischen Sinne – *clever* (der Lockdown konnte dadurch, daß er relativ früh verfügt wurde, *weniger streng ausfallen* [Graphik „Global responses to the pandemic“] und *früher gelockert* werden als in anderen Ländern), sondern auch ein – eher überraschend starkes – *revival* an Sozialstaatlichkeit. Denn eine *hardcore*-neoliberale Linie hätte auf das Massensterben von RentnerInnen mit Champus angestoßen!

Quelle für die Zahlen zur Übersterblichkeit:

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.xlsx?__blob=publicationFile (27.11.2020), Tabelle 6 (bundesweite Zahlen mit detaillierter Altersgliederung), vgl. Tabelle 12 (nach Bundesländern, aber mit bloß grober Altersgliederung)

Anhang:**Zeitlicher Abstand zwischen Test und Sterbedatum**

In den Berichten des RKI sind die Zahlen der jeweils letzten drei Kalenderwoche als „noch nicht aussagekräftig“ gekennzeichnet – also beispielsweise im Bericht vom 24. Oktober die Zahlen für die 45. bis 47. Kalenderwoche²⁰. Aber auch für die weiter zurückliegenden Wochen waren – gegenüber dem Bericht aus der Vorwoche – aufgrund hinzugekommener Todesfälle – noch kleinere Korrekturen nötig (die folgenden Zahlen beziehen sich *nicht* auf *in* der jeweilige Woche Gestorbene, sondern auf die Gestorbenen *unter* den in der jeweiligen Woche positiv Getesteten):

Tabelle 4: Aktualisierung der Todesfall-Anteile vom 17. bis 24.11. für die 39. bis 44. KW

	39. KW	40. KW	41. KW	42. KW	43. KW	44. KW
B. v. 17.11. ²¹	0,76 %	0,65 %	0,74 %	0,85 %	0,91 %	0,76 %
B. v. 24.11. ²²	0,77 %	0,69 %	0,77 %	0,90 %	1,02%	0,94 %
Veränderung	+ 0,01	+ 0,04	+ 0,03	+ 0,05	+ 0,11	+ 0,18

Für die jüngste Vergangenheit sieht der Datenstand im Moment wie folgt aus:

Tabelle 5: Aktualisierung der Todesfall-Anteil vom 17. bis 24.11. für die 44. bis 47. KW

	44. KW	45. KW	46. KW	47. KW
B. v. 17.11. ²³	0,76 %	0,52 %	0,23 %	noch keine Angabe
B. v. 24.11. ²⁴	0,94 %	0,78 %	0,64 %	0,29 %
Veränderung	+ 0,18	+ 0,26	+ 0,41	---

Für die 45. bis 47. Kalenderwoche ist noch mit einer größeren Zahl von hinzukommenden Todesfällen zu rechnen.

20 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-24-de.pdf?__blob=publicationFile.

21 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Nov_2020/2020-11-17-de.pdf?__blob=publicationFile, S. 8.

22 a.a.O. (Fußnote 13), 7.

23 a.a.O. (Fußnote 14), S. 8.

24 a.a.O. (Fußnote 13), 7.

Übersicht:

1. Verfehlte Gleichsetzung von Virus und Krankheit.....	1
2. Ignorierung der Leichtigkeit der Übertragung als Element der Gefährlichkeit eines Virus.....	1
3. Es sind durchaus nicht nur „sehr alte“ Leute und mit Vorerkrankungen ‚gefährdet‘	2
4. Fehlerhafte Entgegensetzung von Infektion und Erkrankung.....	4
5. Leugnung der covid-19-bedingten Übersterblichkeit.....	5
a) Übersterblichkeit im Frühjahr 2020.....	6
b) Übersterblichkeit im Herbst.....	7
6. Die unsubstantiierte Phrase vom ‚Schutz der Risikogruppen‘.....	7
7. Eine Infektionssterblichkeit von ‚lediglich‘ 0,23 % von 83.019.200 EinwohnerInnen der BRD = 190.944 (statt bisher 15.965) Covid-19-Todesfälle.....	8
8. Medizinische Behandlungen wurden nicht <i>wegen</i> der Lockdowns, sondern wegen der <i>nicht verhinderten</i> Überlastung der Gesundheitssysteme verschoben.....	10
9. Seit dem Spätsommer steigt die Zahl der Infektionsneubestätigungen schneller als die Zahl der Tests.....	10
10. Sehr wohl sind in die BRD sowohl die Zahlen der Covid-19-Infizierten als auch die der Covid-19-Todesfälle deshalb – im internationalen Vergleich – relativ niedrig, weil relativ „clever“ gehandelt wurde.....	13
Anhang:	
Zeitlicher Abstand zwischen Test und Sterbedatum.....	15