

## LOCKDOWN-IRRSINN 2.0: Eine zweite Welle? Nicht in Sicht!

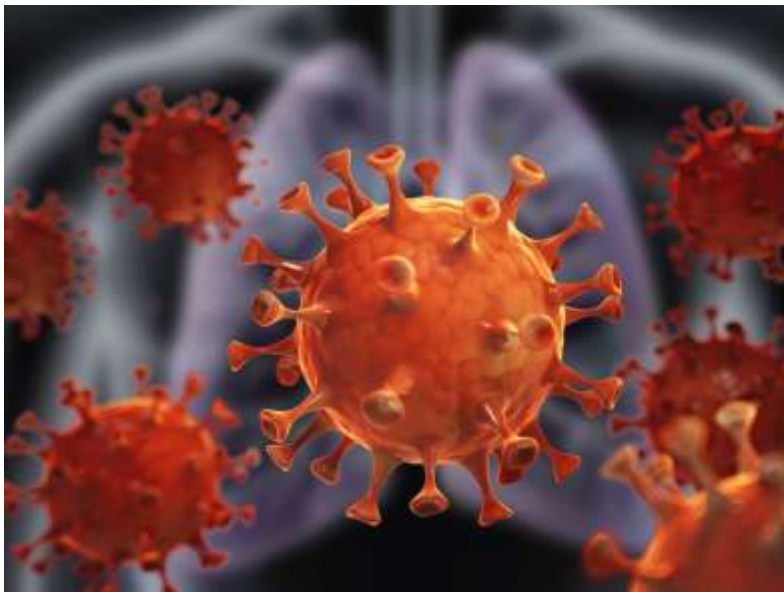
Die Schlagzeilen sind voll von düsteren Warnungen vor einer »zweiten Welle«, und in den USA nehmen Gouverneure vorschnell Verordnungen zurück, um zu versuchen, die Flut neuer Fälle einzudämmen. Aber ist das alles wahr? Müssen wir uns wirklich Sorgen machen?

### Inhaltsverzeichnis

Auf einen Blick

1. Der einzige Weg, COVID-19 zu besiegen, besteht darin, die bescheidene Herdenimmunitätsschwelle (HIS) von 10 bis 20 Prozent zu erreichen, die erforderlich ist, damit das Virus sich selbst eliminieren kann.
2. Viele von uns sind und waren bereits gegen COVID-19 immun. In New York gibt es bereits eine Herdenimmunität von 65 Prozent.
3. Je früher Politiker – und die Presse – anfangen, über die HIS zu sprechen und aufhören, über neue bestätigte Fälle zu reden, desto besser wird es uns allen gehen.
4. Nach Erreichen des Infektionshöhepunkts folgt nach etwa dem gleichen symmetrischen Muster automatisch der Abwärtstrend der abnehmenden Fallzahlen.

Warum haben Politiker eigentlich überhaupt einen Lockdown beschlossen? Sind wir uns alle einig, dass das erklärte Ziel darin bestand, »die Kurve abzuflachen«, damit unser Krankenhauswesen die Anzahl von COVID-19-Patienten bewältigen konnte, die dringend medizinisch versorgt werden mussten? Zu diesem Zeitpunkt, zumindest Anfang März, verhielten sich die Menschen vernünftig. Sie akzeptierten, dass man ein Virus nicht ausrotten kann, also waren sie damit einverstanden, das Thema genügend lange hinauszuschieben, um es bewältigen zu können. Tatsächlich haben wir genau das getan und noch so viel mehr.

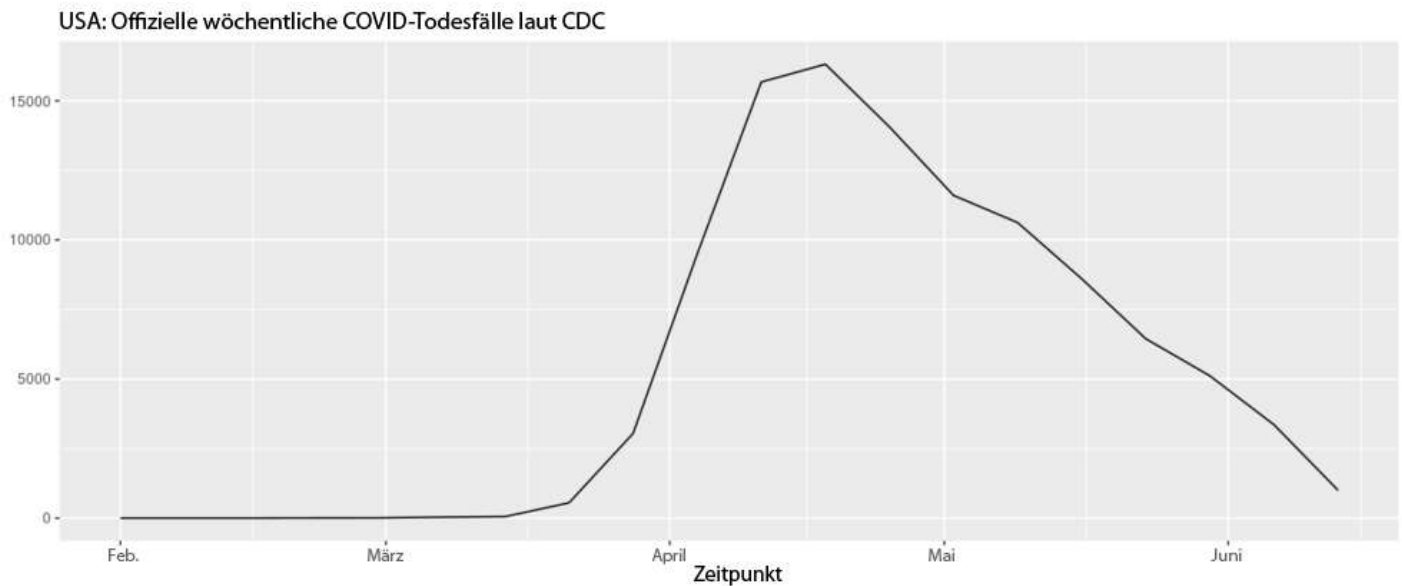


Zweite Welle? Wohl kaum, denn das COVID-19-Virus befindet sich in den letzten Zügen

[©peterschreiber.media](https://www.peterschreiber.media) – [stock.adobe.com](https://www.stock.adobe.com)

Inzwischen sind die Schlagzeilen voll von schrecklichen Warnungen vor einer »zweiten Welle«, und schießwütige Gouverneure nehmen Lockerungen wieder zurück, um zu versuchen, die Flut neuer Fälle einzudämmen. Doch ist irgendetwas davon wirklich wahr, und sollten wir uns wirklich alle Sorgen machen?

Nein, es handelt sich nicht um eine zweite Welle. Das COVID-19-Virus befindet sich in den letzten Zügen, und obwohl ich diesen Artikel mit Grafiken gefüllt habe, um alles, was ich gerade gesagt habe, zu belegen, ist das hier wirklich das einzige Diagramm, das Sie sehen müssen – nämlich die Daten der US-Seuchenschutzbehörde CDC (Centers for Disease Control and Prevention)<sup>1</sup> über die Zeit der Todesfälle durch COVID-19 hier in den USA, und die Trendlinie ist unverkennbar:<sup>2</sup>



## Schweden und die Herdenimmunität

Wenn die Virologen und nicht die Gesundheitsbehörden die Politik in Bezug auf COVID-19 vorantreiben würden, dann hätten wir jetzt alle schwedische Verhältnisse, das heißt, das Leben wäre praktisch wieder normal. Das Einzige, was unsere Lockdowns zu diesem Zeitpunkt bewirkt haben, ist, die Qual ein wenig zu verlängern und die Gouverneure dazu zu ermutigen, noch mehr nutzlose Regeln aufzustellen. Schwedens Gesundheitsministerin hat verstanden, dass die einzige Chance, COVID-19 zu besiegen, darin besteht, die schwedische Bevölkerung an die Schwelle einer Herdenimmunität gegen COVID-19 zu bringen, und genau das haben sie getan, also lassen Sie mich damit beginnen.

### Die Herdenimmunitätsschwelle (»HIS«) für COVID-19 liegt zwischen 10 bis 20 Prozent.

Diese Tatsache erhält weniger Presse als jede andere. Die meisten Menschen verstehen das Grundkonzept der Herdenimmunität und die Berechnungen dahinter. In der Anfangszeit spekulierten einige Beamte des öffentlichen Gesundheitswesens, die HIS von COVID-19 liege bei 70 Prozent. Offensichtlich besteht ein drastischer Unterschied zwischen einer HIS von 70 und einer von 10 bis 20 Prozent.

**Je niedriger die HIS ist, desto schneller brennt ein Virus aus, da es die Fähigkeit verliert, weitere Menschen zu infizieren.**

Das ist genau das, was COVID-19 überall, auch in den USA, bewirkt, weshalb die obige Todeskurve eben so aussieht, wie sie aussieht. Wissenschaftler aus Oxford, Virginia Tech und der Liverpoolscher Schule für Tropenmedizin, die erklärten alle kürzlich die HIS von COVID-19 in diesem Artikel:

»Wir durchsuchten die Literatur nach Schätzungen über individuelle Unterschiede in der Neigung zum Erwerb oder zur Übertragung von COVID-19 oder anderen Infektionskrankheiten und überlagerten die Ergebnisse als vertikale Linien in Abbildung 3. Die meisten CV-Schätzungen liegen zwischen 2 und 4, einem Bereich, in dem eine natürlich erworbene Immunität gegen SARS-CoV-2 Populationen über der Herdenimmunitätsschwelle liegen kann, sobald auch nur 10 bis 20 Prozent der Menschen immun sind.«

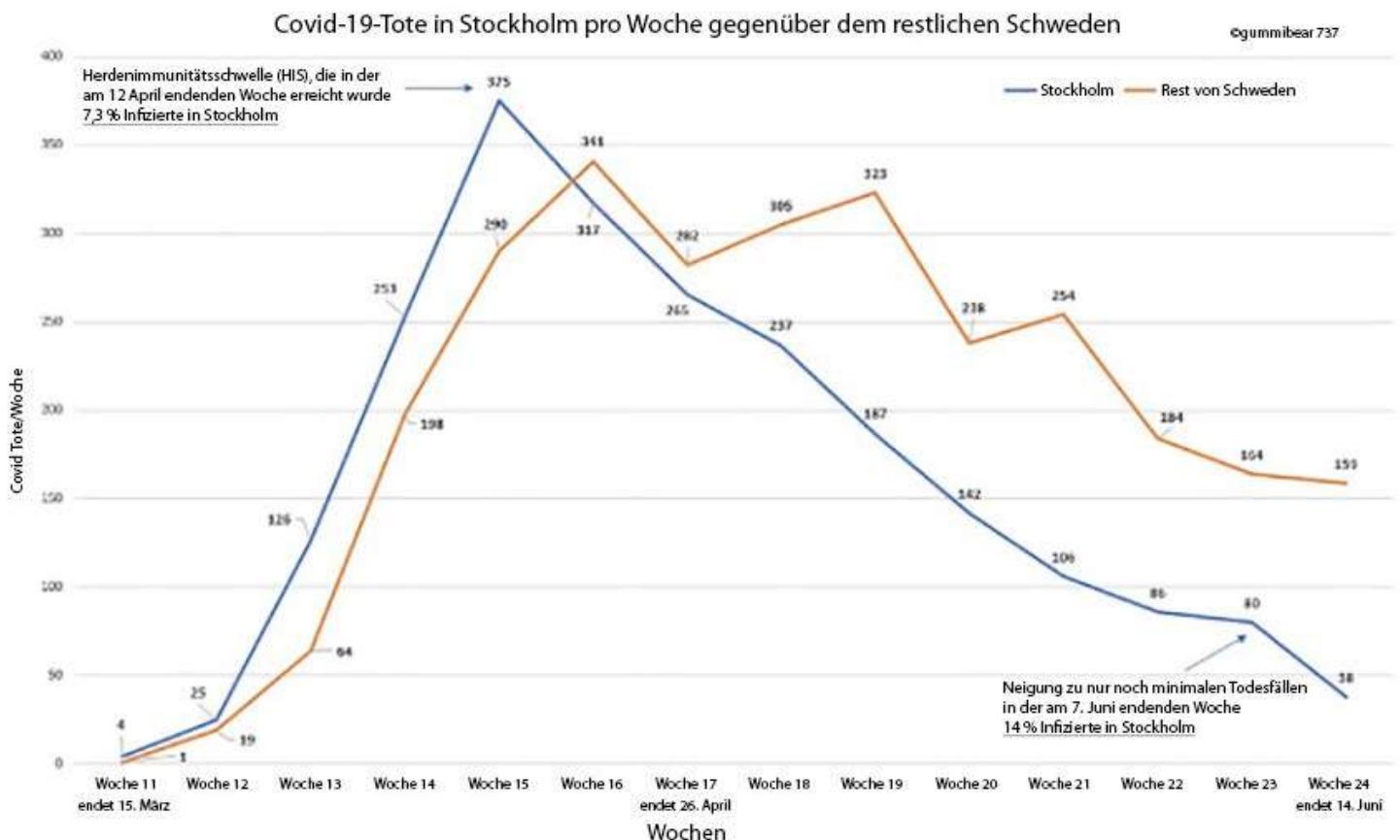
Berechnungen aus dieser Datenstudie<sup>4</sup> in Stockholm ergaben eine HIS von 17 Prozent, und wenn Sie wirklich ein Fan von Daten sind, sehen Sie sich diesen großartigen Aufsatz von Dr. Andrew Bostom, einem Professor an der Brown University, mit dem Titel »COVID-19 ›herd immunity‹ without vaccination? Teaching modern vaccine dogma old tricks« (Deutsch: COVID-19 Herdenimmunität ohne Impfung. Das moderne Impfstoffdogma mit alten Tricks lehren)<sup>5</sup> an. Ich werde seine Zusammenfassung hier zitieren, weil sie so gut ist:

»Eine natürlich erworbene<sup>6</sup> Herdenimmunität<sup>7</sup> gegen COVID-19 in Verbindung mit einem ernsthaften Schutz der gefährdeten älteren Menschen – vor allem der Bewohner von Pflegeheimen<sup>8</sup> und Einrichtungen für betreutes Wohnen<sup>9</sup> – ist eine überaus vernünftige und praktische Alternative zu dem zweifelhaften Allheilmittel<sup>10</sup> der Massenzwangsimpfung<sup>11</sup> gegen das Virus. Diese Strategie wurde in Malmö, Schweden, erfolgreich umgesetzt,<sup>12</sup> wo es nur wenige Todesfälle durch COVID-19 gab, indem die Altenpflegeheime gewissenhaft geschützt wurden, während die Schulen geöffnet blieben, die Bewohner weiterhin in Bars und Cafés tranken und die Türen von Friseuren und Fitnessstudios durchgehend offen standen«.

Eines der lautstärksten Mitglieder der Wissenschaftsgemeinde, die über die HIS von COVID-19 diskutieren, ist der Nobelpreisträger von Stanford, Dr. Michael Levitt. Bereits am 4. Mai gab er der *Stanford Daily*<sup>13</sup> dieses großartige Interview, in dem er sich für Schwedens Ansatz einsetzte, COVID-19 auf natürliche Weise in der Gemeinschaft zu verbreiten, bis man bei der HIS ankommt. Er erklärte:

»Wenn Schweden bei etwa 5.000 oder 6.000 Todesfällen stehen bleibt, wissen wir, dass die Bevölkerung Herdenimmunität erreicht hat, ohne eine Art von Lockdown durchzuführen. Mein eigenes Gefühl sagt mir, dass es wahrscheinlich wegen der Herdenimmunität aufhören wird. COVID ist ernst, es ist mindestens wie eine schwere Grippe. Aber es wird die Menschheit nicht auslöschen, wie die Leute glaubten.«

Und jetzt raten Sie mal. Genau das ist eingetreten. Heute, 7 Wochen nach seiner Vorhersage, **hat Schweden 5.280 Todesfälle** zu beklagen. In dieser Grafik sehen Sie, dass die Todesfälle in Schweden den Höchststand erreichten, als die HIS auf halbem Wege zu ihrem Höhepunkt war (etwa 7,3 Prozent), und als das Virus 14 Prozent erreichte, war es schon fast ausgelöscht. (Dickes Lob an Gummi Bear<sup>14</sup> auf Twitter, einem Wissenschaftler, der großartige Grafiken erstellt).



Wie hat Dr. Levitt vor 7 Wochen die Todeszahlen für Schweden so perfekt vorhersagen können? Weil er eine ziemlich solide Vorstellung davon hatte, wie die HIS sein würde. (Wenn Sie mehr über die HIS erfahren möchten, schauen Sie nach: [Why herd immunity to COVID-19 is reached much earlier than thought](#). (Deutsch: Warum die Herdenimmunität gegen COVID-19 viel früher als gedacht erreicht wird).<sup>15</sup> Ich LIEBE Dr. Levitt (auch als einen Stanford-Absolventen, der so stolz darauf ist, Stanford-Professor zu sein), schaue mir dieses unglaubliche Video<sup>16</sup> von gestern an, gehe auf 10:59 und höre mir diesen bemerkenswerten Mann einfach an! Ich bin begeistert von seinem brandneuen, heute veröffentlichten Aufsatz »Predicting the Trajectory of Any COVID19 Epidemic From the Best Straight Line« (Deutsch: Die Vorhersage des Verlaufs einer COVID19-Epidemie mit einer bestmöglichen geraden Linie).<sup>17</sup>

Übrigens, eine kurze Nebenbemerkung, etwas, das die Presse nicht aufgreifen wird: COVID-19 ist ein Coronavirus, und wir ALLE waren während unseres Lebens auf der Erde VIELEN Coronaviren ausgesetzt (wie bei einer Erkältung). Und jetzt raten Sie mal. Wissenschaftler haben nun den Beweis erbracht,<sup>18</sup> dass bis zu 81 Prozent von uns eine starke Immunantwort auf COVID-19 hervorbringen können, ohne jemals zuvor damit in Kontakt gekommen zu sein:

**Kreuzreaktive T-Zell-Epitope von SARS-CoV-2 zeigten bei 81 Prozent der nicht exponierten Personen bereits vorhandene T-Zell-Reaktionen, und die Bestätigung der Ähnlichkeit mit menschlichen Coronaviren bei Erkältungen lieferte eine praktische Grundlage für die postulierte heterologe Immunität.**

Dies allein schon könnte erklären, WARUM die HIS für COVID-19 so viel niedriger ist, als einige Wissenschaftler ursprünglich dachten, als die Zahl, über die gesprochen wurde, noch nahe bei 70 Prozent lag. Viele von uns waren schon immer immun! Wenn Ihnen das noch nicht genug ist: Soeben wurde eine ähnliche Studie<sup>19</sup> aus Schweden veröffentlicht,<sup>20</sup> die zeigt, dass »etwa doppelt so viele Menschen eine T-Zell-Immunität entwickelt haben wie diejenigen, bei denen wir Antikörper nachweisen können«. (Irgendwie wussten wir das doch schon von den Daten über die *Diamond Princess*, auf der nur 17 Prozent der Menschen an Bord<sup>21</sup> positiv getestet wurden, trotz des idealen Umfeldes für eine Massenausbreitung. Das bedeutet doch, dass 83 Prozent der Menschen irgendwie vor dem neuen Virus geschützt waren.)

**Kurzes Update:** Dieser Artikel<sup>22</sup> erschien einen Tag, nachdem ich meinen geschrieben hatte, und bestätigte alles, was ich gerade gesagt habe, außer dass der Autor sich bezüglich der HIS von COVID-19 irrt; sie liegt nämlich bei 10 bis 20 Prozent, nicht bei 60 Prozent, was sogar noch besser ist:

»Es liefert jedoch eine mögliche Erklärung dafür, warum die COVID-19-Epidemie an vielen Orten offenbar abgeklungen ist, nachdem sie etwa 20 Prozent der lokalen Bevölkerung infiziert hatte (dem Vorhandensein von Antikörpern nach zu urteilen). Wenn Menschen über ihre T-Zellen eine Art Immunität gegen COVID-19 entwickeln, so könnte dies bedeuten, dass ein weitaus höherer Prozentsatz der Bevölkerung COVID-19 ausgesetzt war als bisher angenommen. Wenn man Antikörper und T-Zellen zusammennimmt, ist es denkbar, dass einige Orte wie London oder New York bereits auf oder nahe der 60-prozentigen Infektionsgrenze liegen, die erforderlich ist, um eine Herdenimmunität zu erreichen.«

## Die Sterberaten im zeitlichen Verlauf

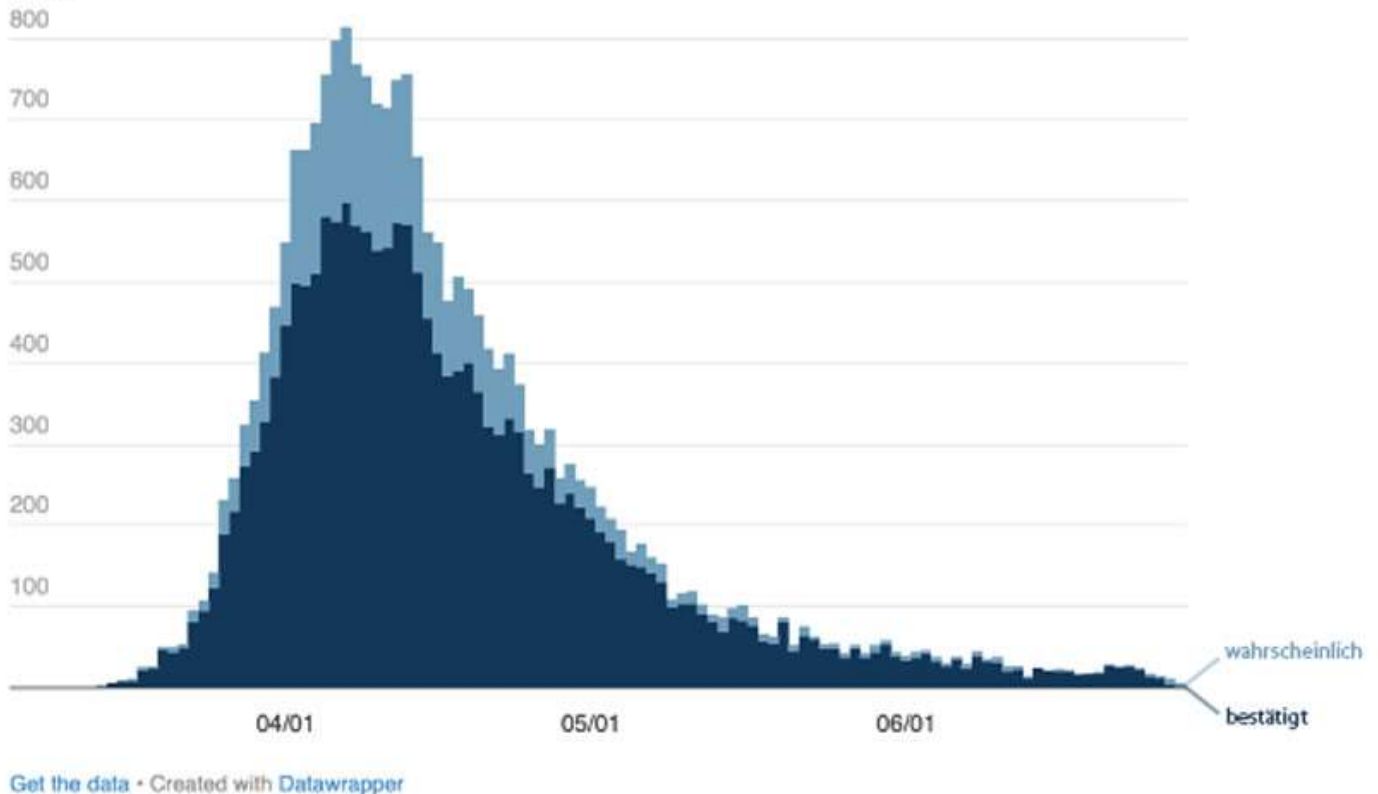
Hier in den USA haben wir unser eigenes Schweden. Es heißt New York City. In unserem Fall haben wir versehentlich ein Schweden-Szenario geschaffen und lernten unsere Lektion schnell weil New York 1.) erst so spät einen Lockdown vornahm, sodass sie die Kurve nicht flach hielten, 2.) New York City die höchste Bevölkerungsdichte der USA hat und 3.) die dortigen Gesundheitsbeamten und Gouverneure die knallharte Entscheidung trafen, COVID-positive Bewohner von Pflegeheimen zurück in ihr Pflegeheim zu schicken,<sup>23</sup> was den Tod gerade der am meisten gefährdeten Menschen beschleunigte. Wie verläuft die Kurve der Todesfälle dort heute? In diesem Fall habe ich die Grafik der Public Health Website von New York City entnommen:

# Gesamtzahl der täglich gemeldeten Todesfälle

Der erste Tod von Covid-19 in New York wurde am 11. März gemeldet

Wegen verzögerter Meldung sind die jüngeren Daten unvollständig

## Tägliche Zahlen der Covid-19-Toten in New York



Hmm ... Ist Ihnen etwas an der Grafik oder dem Gefälle aufgefallen? Der Grund, warum die Zahl der Todesfälle durch COVID-19 auf Null zurückgeht, liegt nicht etwa daran, dass Gouverneur Cuomo ein politisches Genie ist (tatsächlich hat er wahrscheinlich mehr unnötige Todesfälle verursacht als jeder andere Gouverneur mit seiner Entscheidung in Bezug auf Pflegeheime), sondern daran, dass dem Virus – wie jedem Virus in der Geschichte der Menschheit – die Menschen ausgehen, die es infizieren kann.

Das Virus hat eine HIS von 10 bis 20 Prozent, und 70 Prozent der Menschen sind wahrscheinlich von Natur aus immun. Wirte sind Mangelware! Genauso ist das mit Viren nun mal, und warten Sie ab, bis Sie sehen, wie hoch der wahrscheinliche HIS-Wert von New York heute ist.

## Die Sterblichkeitsrate bei Infektionen

In meinem ersten Blog-Eintrag Ende letzten Monats, »LOCKDOWN LUNACY: the thinking person's guide«<sup>24</sup> (Deutsch: Lockdown-Irrsinn: der Leitfaden des denkenden Menschen) habe ich ausführlich über die Infektionstodesrate gesprochen, daher werde ich hier nur eine sehr kurze Zusammenfassung geben. Dr. John Ioannidis aus Stanford veröffentlichte eine Meta-Analyse<sup>25</sup> (weil im April und Anfang Mai weltweit so viele Studien über die Infektionstödlichkeitsrate [IFR] durchgeführt wurden), in der er ZWÖLF einzelne IFR-Studien analysierte und seine Schlussfolgerung die wahrscheinliche IFR für COVID-19 darlegt:

»Die Infektionstödlichkeitsrate (IFR), also die Wahrscheinlichkeit, dass eine infizierte Person stirbt, ist eines der kritischsten und umstrittensten Merkmale der pandemischen Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19). Die erwartete Gesamtmortalitätsbelastung von COVID-19 steht in direktem Zusammenhang mit der IFR.

Darüber hinaus hängt die Rechtfertigung für verschiedene nicht-pharmakologische Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit entscheidend von der IFR ab. Einige aggressive Maßnahmen, die potenziell auch ausgeprägtere Kollateralschäden hervorrufen, können als angemessen betrachtet werden, wenn die IFR hoch ist. Umgekehrt können dieselben Eingriffe die akzeptablen Risiko-Nutzen-Schwellenwerte unterschreiten, wenn die IFR niedrig ist... Interessanterweise liefern die meisten Studien trotz ihrer Unterschiede in Design, Durchführung und Analyse IFR-Punktschätzungen, die sich innerhalb eines relativ engen Bereichs bewegen. 7 der 12 abgeleiteten IFR-Punkte liegen im Bereich von **0,07 bis 0,20** (korrigierter IFR von 0,06 bis 0,16), die den IFR-Werten der saisonalen Grippe ähneln. Drei Werte sind geringfügig höher (korrigierter IFR von 0,25 bis 0,40 in Gangel, Genf und Wuhan), und zwei sind geringfügig niedriger als dieser Bereich (korrigierter IFR von 0,02 bis 0,03 in Kobe und Oise).«

Die Daten zur IFR wurden inzwischen so oft repliziert, dass unsere eigene Seuchenschutzbehörde Centers for Disease and Control bekannt gab, dass ihre »beste Schätzung« eine IFR **unter 0,3 Prozent** ergab. In diesem Artikel<sup>26</sup> über die neuen Daten der CDC hoben sie auch hervor, wie der kaskadenartige Rückgang der IFR alle Ängste vor dem Jüngsten Tag beseitigt hat:

»Dieses Szenario der »besten Schätzung« geht auch davon aus, dass 35 Prozent der Infektionen asymptomatisch verlaufen, was bedeutet, dass die Gesamtzahl der Infektionen mehr als 50 Prozent höher ist als die Zahl der symptomatischen Fälle. Es besagt daher, dass die IFR zwischen 0,2 Prozent und 0,3 Prozent liegt. Im Gegensatz dazu gingen die Hochrechnungen der CDC vom März, die vorhersagten, dass ohne Intervention bis zu 1,7 Millionen Amerikaner an COVID-19 sterben könnten, von einer IFR von 0,8 Prozent aus. Etwa zur gleichen Zeit erstellten Forscher am Imperial College ein Worst-Case-Szenario, in dem auf der Grundlage einer IFR von 0,9 Prozent sogar 2 Millionen Amerikaner sterben könnten.«

Um so stichhaltig wie möglich zu sein, und weil die IFR ein wichtiger Teil der mathematischen Berechnungen ist, die ich jetzt anstellen werde, habe ich mich für eine einfache und vertretbare Zahl entschieden, die endgültige Zahl, die von der CDC<sup>27</sup> für die **IFR von COVID-19 festgelegt wurde: nämlich 0,26 Prozent**. (Nebenbei bemerkt: Hätten wir das vor 3 Monaten schon gewusst, wäre niemand in der Welt des öffentlichen Gesundheitswesens in Panik geraten. Es handelt sich lediglich um eine schwere Grippe, und die Raten für jüngere Menschen liegen weit unter 0,26 Prozent und für Kinder nahe Null.) Jetzt, da Sie die IFR von COVID und der wahrscheinlichen HIS verstehen, ist es viel einfacher, über die zweite Welle, die Daten und die Auswirkungen zu sprechen. Hier ist der Deal:

»Ja, bestimmte Staaten weisen bei drei Messungen eine Zunahme auf: bei durchgeführten COVID-19-Tests, positiv ausfallenden COVID-19-Tests und Krankenhausaufenthalten. Alle drei Zahlen sind zweifelhaft. Hoffentlich ist wenigstens ein Teil des Anstiegs der Fälle ECHT, denn dann werden die USA die Herdenimmunitätsschwelle (»HIS«), die durch die Lockdowns leicht verzögert wurde, früher erreichen. Nach der »Todeskurve« in den USA zu urteilen, sind wir dem Ziel sehr nahe.«

## **Bevölkerung, COVID-Todesfälle und IFR zur Bestimmung der Herdenimmunitätsschwelle »HIS«**

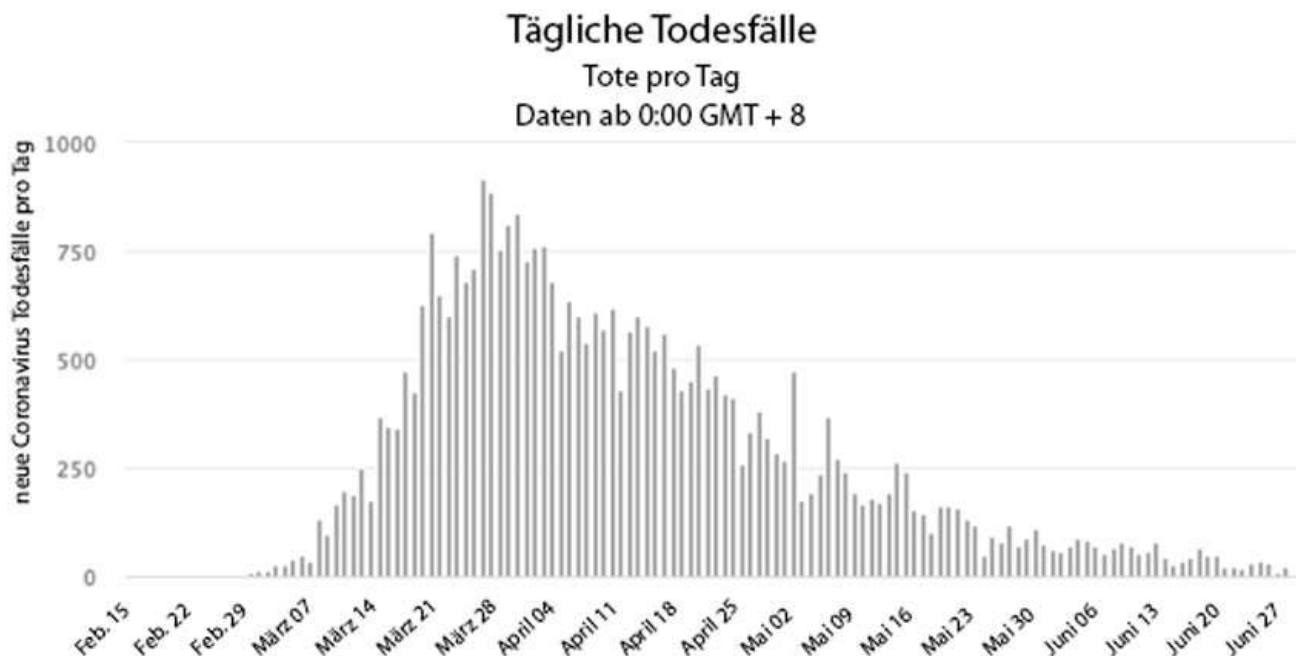
Kommen Sie, bleiben Sie dran! Diese mathematische Formel ist einfach und für die Mittelstufe geeignet. Und sie wird uns die wichtigste, wenn auch sehr grobe Zahl liefern, die wir brauchen, um diesen ganzen Unsinn der zweiten Welle zu verstehen: nämlich die ungefähre HIS, die die Bundesstaaten und die Vereinigten Staaten bereits erreicht haben. Wenn Sie wissen, wie viele Menschen in einer bestimmten Region an COVID-19 gestorben sind, können Sie schnell berechnen, wie viele Menschen in derselben Region COVID-19 hatten. Dafür müssen Sie lediglich die Todesfälle durch die IFR dividieren.

Nehmen wir New York als Beispiel. Bis heute gab es dort 31.137 Todesfälle aufgrund von COVID-19. Teilt man 31.137 durch 0,0026, so sind 11.975.969 Menschen mit COVID-19 infiziert. Teilt man diese 11 Millionen Menschen durch die 19,45 Millionen Einwohner New Yorks, so erhält man eine HIS von 0,65 Prozent. (Kommentar des Datenfreaks: Die HIS New Yorks ist eindeutig ÜBERtrieben, weil die Gesamtzahl der Todesfälle die HIS antreibt, und New York hat eine viel höhere Rate von Todesfällen in Pflegeheimen aufgrund schlechter Politik.)

**Dicker Haftungsausschluss:** Diese Berechnung ist zwar nur grob, aber die Richtung stimmt, und die Vergleiche ZWISCHEN den Staaten helfen zu erklären, was vor sich geht. Wichtig ist, dass die HIS, die erforderlich ist, um das Virus in einer Region auszulöschen, niedriger sein könnte als Schwedens Zahl von 17 Prozent, und zwar aus einer Million Gründen. Vor allem, weil man heute mehr medizinisches Wissen darüber hat, wie man eine gefährdete Person am Leben erhält, als noch vor einigen Monaten. Dennoch, schauen Sie sich einfach diese Tabelle an, die ich mit der obigen Formel erstellt habe:

Staat	Einwohner	COVID-Tote	IFR	Infizierte Einwohner	Implizierte HIS
New York	19,450,000.00	31,137.00	0.0026	11,975,769	62%
Florida	21,480,000.00	3,418.00	0.0026	1,314,615	6%
Texas	29,000,000.00	2,407.00	0.0026	925,769	3%
Arizona	7,279,000.00	1,594.00	0.0026	613,077	8%
New Jersey	8,882,000.00	14,975.00	0.0026	5,759,615	65%
U.S. gesamt	328,200,000.00	128,000.00	0.0026	49,230,769	15%

Fällt Ihnen etwas auf? New York ist GUT ÜBER die Schwelle der Herdenimmunität hinaus (ebenso wie New Jersey), die Südstaaten aus den Nachrichten befinden sich UNTER der angedeuteten HIS, während die USA insgesamt die Schwelle mit 15 Prozent fast erreicht haben. Aus diesem Grund sieht die Todeskurve der CDC (und von New York City!), mit der ich diesen Blog-Post eröffnen habe, so aus, wie sie aussieht: **Wir sind im Grunde genommen mit dem Virus durch.** Genau wie in Schweden. Und natürlich Italien:



**Kurzes Update:** Ärzte aus dem Mount Sinai Hospital haben gerade eine Studie<sup>27</sup> veröffentlicht, die eine Seroprävalenzuntersuchung einer Zufallsstichprobe von 5.000 New Yorkern zeigt. Darin heißt es: »In der Woche bis zum 19. April erreichte die Seroprävalenz in der Screening-Gruppe 19,3 Prozent.«

Wenn man diese 19,3-Prozent-Zahl nimmt und bedenkt, was wir gerade aus Schweden erfahren haben – dass nämlich die Hälfte der Menschen mit Immunität in diesem Test nicht auftauchen wird –, und dann bedenkt, wie viele Menschen seit dem 28. April noch exponiert waren, ist es völlig plausibel, dass New York **weit über 40 Prozent oder mehr Menschen** hinausgeht, was sich mehr der 65-Prozent-Zahl annähert, die meine Berechnung zeigt.

So oder so, lassen Sie es uns einfach halten: New York, und vor allem New York City, hat eine Herdenimmunitätsschwelle, die GUT ÜBER 10 bis 20 Prozent hinausgeht, was erklärt, warum ihre Todeskurve so aussieht, wie sie aussieht.

## Einzelheiten zu Florida

Während die HIS bei der Erklärung der Verlaufskurve des Virus mehr als alles andere von Bedeutung ist und uns sagt, dass die USA kurz davor sind, COVID-19 zu besiegen, wollte ich einen Staat, nämlich Florida, das der derzeitige Prügelknabe der Presse ist, genauer unter die Lupe nehmen. Auch sie haben großartige Daten vorzuweisen. Niemand scheint auf den Gouverneur, das Gesundheitsministerium oder die Krankenhäuser in Florida zu hören, die alle dasselbe zu sagen scheinen, nämlich dass im Grunde alles in Ordnung ist. Am 20. Juni erstellte das Gesundheitsministerium von Florida eine Präsentation, in der erläutert wurde, wie sich ihre Tests im Laufe der Zeit verändert haben. Sehen Sie sich diese Folie an:

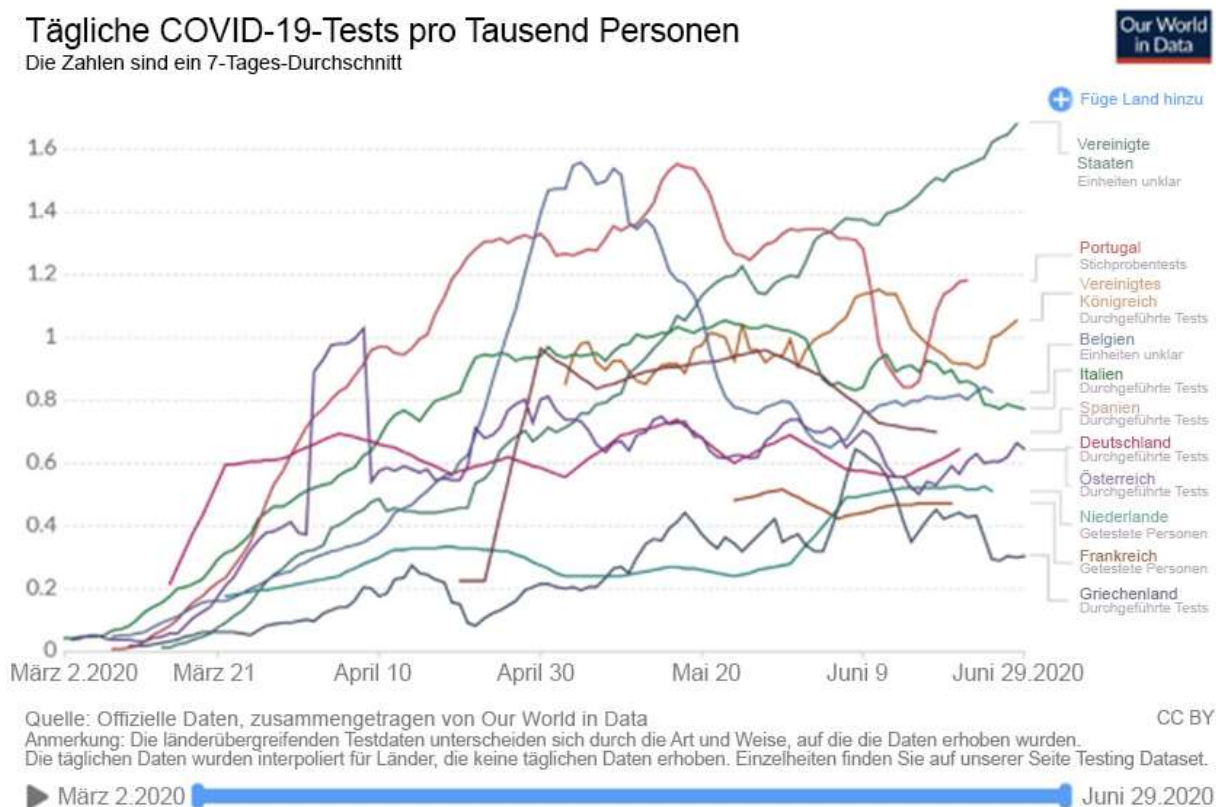
### ENTWICKLUNG DER COVID-19-TESTUNGEN IN FLORIDA:

- „ „ „ - Februar und Anfang März: Testen, falls symptomatisch oder bei Reisen nach China (oder zu anderen internationalen Orten)
- Mitte März bis Ende April: Testen, falls über 65 und symptomatisch, unabhängig vom Reiseverlauf (die Altersgrenze wurde im Verlauf des Aprils allmählich gesenkt)
- Mai: (Aufhebung des Lockdowns) Testen unabhängig von Alter und Symptomen

Als der Lockdown bundesweit aufgehoben wurde, begann man also, jeden zu testen, »unabhängig von Alter und Symptomen«. Was, glauben Sie, passierte, als das getan wurde? Offensichtlich mehr Positives. Hier also kommt meine erste Tatsache:

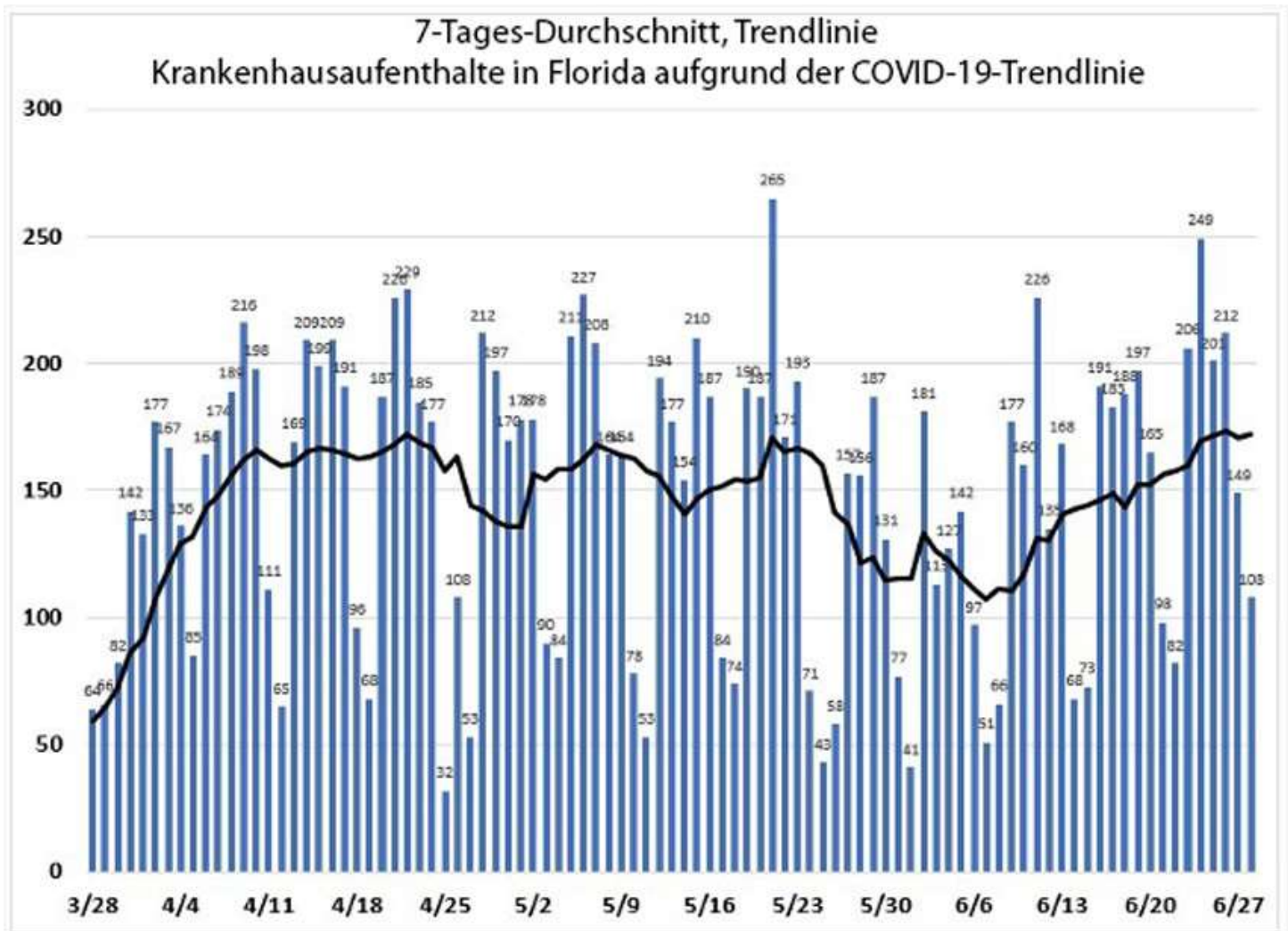
**Fakt Nr. 1: Alle Staaten der »zweiten Welle« haben ihre Tests drastisch ausgeweitet. Das allein bewirkt schon einen Anstieg der Fälle, und das ist der wichtigste Grund, den sie haben.**

Immer noch nicht überzeugt? Werfen Sie einen Blick auf dieses Schaubild, das Pro-Kopf-Tests in den USA im Vergleich zu anderen Ländern zeigt. Fällt Ihnen im Juni etwas auf? Wir führen nicht nur MEHR Tests durch als jedes andere Land, sondern unsere Testzahlen schnellten im Juni in die Höhe, genau zu dem Zeitpunkt, als all die Schlagzeilen über eine vermehrte Anzahl von Fällen herauskamen. Hmmm ...





Ganz so einfach ist das allerdings nicht. Ja, die Fallzahlen sind gestiegen, weil mehr Tests durchgeführt werden. Sie allein waren noch nie ein zuverlässiger Indikator für irgendetwas. Wohl aber Krankenhausaufenthalte. Und unerwartet gab es einen Anstieg der Krankhauseinweisungen für COVID-19, der um den 6. Juni in Florida begann, wie Sie hier sehen können:<sup>28</sup>



Der offensichtlichste Grund für den Anstieg der COVID-19-Krankenhausaufenthalte liegt darin begründet, wie sich das Krankenhaussystem entwickelte. Für elektive Operationen, die alle während des Lockdowns verschoben worden waren, kehren die Patienten in die Krankenhäuser zurück. JEDER Patient wird auf COVID-19 untersucht. Ein Patient, der sich einer Knieoperation unterzieht und positiv auf COVID-19 getestet wird, obwohl er asymptomatisch ist, wird als »mit COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert« eingestuft. Dies wurde kürzlich in einem Artikel der *New York Times* erläutert:<sup>29</sup>

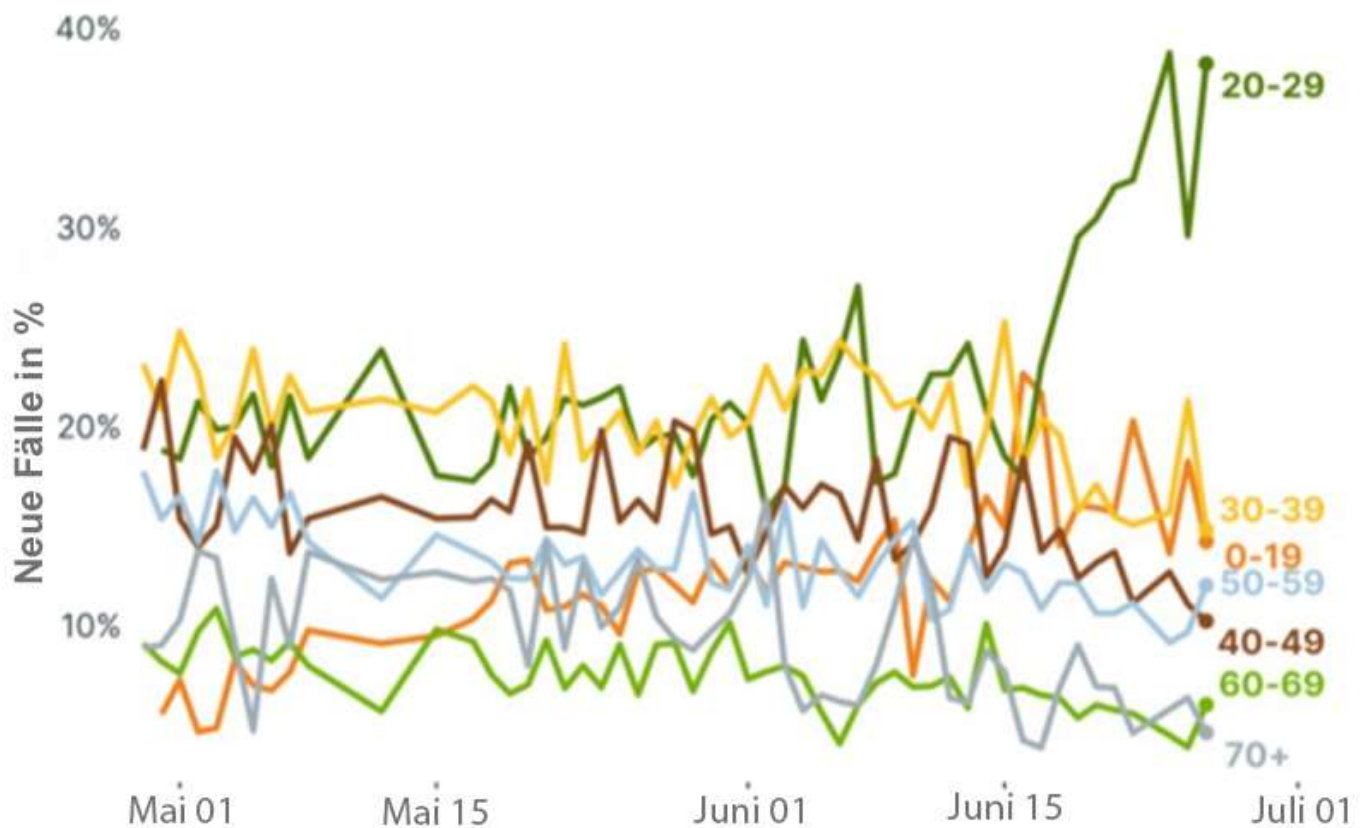
»Ein Drittel aller Patienten, die in den letzten 2 Wochen in das wichtigste öffentliche Krankenhaus der Stadt [Miami] eingeliefert wurden, nachdem sie wegen Autounfall-Verletzungen und anderen dringenden Problemen in die Notaufnahme gebracht worden waren, wurde positiv auf das Coronavirus getestet.«

**Fakt Nr. 2: Die Krankhauseinweisungen für COVID-19 sind leicht angestiegen, was darauf zurückzuführen ist, wie COVID-19-positive Patienten erfasst werden. Sie sind auch dann in der Zahl enthalten, wenn sie nicht AUFGRUND von COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert wurden.**

Dennoch ist da noch etwas anderes im Gange. Es geht nicht nur um mehr Tests und die Art und Weise, wie die Krankhauseinweisungen erfolgen. Viele Staaten haben am 1. Mai den Lockdown aufgehoben, und ihre Kurven waren wochenlang flach bis abwärts geneigt. Es hat den Anschein, als sei gegen Ende Mai/Anfang Juni in bestimmten Bundesstaaten ein Ereignis eingetreten, das sich stark ausbreitete. Es ist wirklich klar, dass etwas Einzigartiges vor sich geht, wenn man sich die Daten aus Minnesota ansieht, dem Bundesstaat, in dem George Floyd auf tragische Weise ermordet wurde und in dem die positiven Fälle nach Altersklassen unterteilt sind:

## Anteil der neuen Fälle von MN Covid-19 nach Alter

Basierend ausschließlich auf Fällen, die vom MN-Gesundheitsministerium bestätigt wurden



Quelle: Minnesota Department of Health; Grafik von David H. Montgomery/MPR News

MPRnews

Wie Sie sehen können, ist in Minnesota der Prozentsatz positiver Fälle bei Menschen im Alter von 20 bis 29 Jahren Mitte bis Ende Juni wirklich angestiegen, was bedeutet, dass die Ansteckungen wahrscheinlich Anfang Juni oder Ende Mai erfolgten. Ja, offensichtlich hat das Gedränge bei den Protesten für Rassengleichheit und soziale Gerechtigkeit – die ich persönlich begrüße – zu einem ECHTEN Anstieg der Fälle und Krankenhausaufenthalte geführt. Siehe den Artikel »Houston Protesters Begin to Fall Ill With Coronavirus After Marching for George Floyd«<sup>30</sup> (Deutsch: Die Demonstranten von Houston beginnen nach ihrem Aufmarsch für George Floyd, am Coronavirus zu erkranken). Schauen Sie sich nur das Durchschnittsalter der NEUEN Fälle in Florida für Mitte Juni an (wie früher Mitte der 60er Jahre):

### DURCHSCHNITTsalter DER NEUEN FÄLLE in 06/19 IN EINZELNEN FLORIDA COUNTIES:

Broward: 32

Duval: 29

Hillsborough: 30

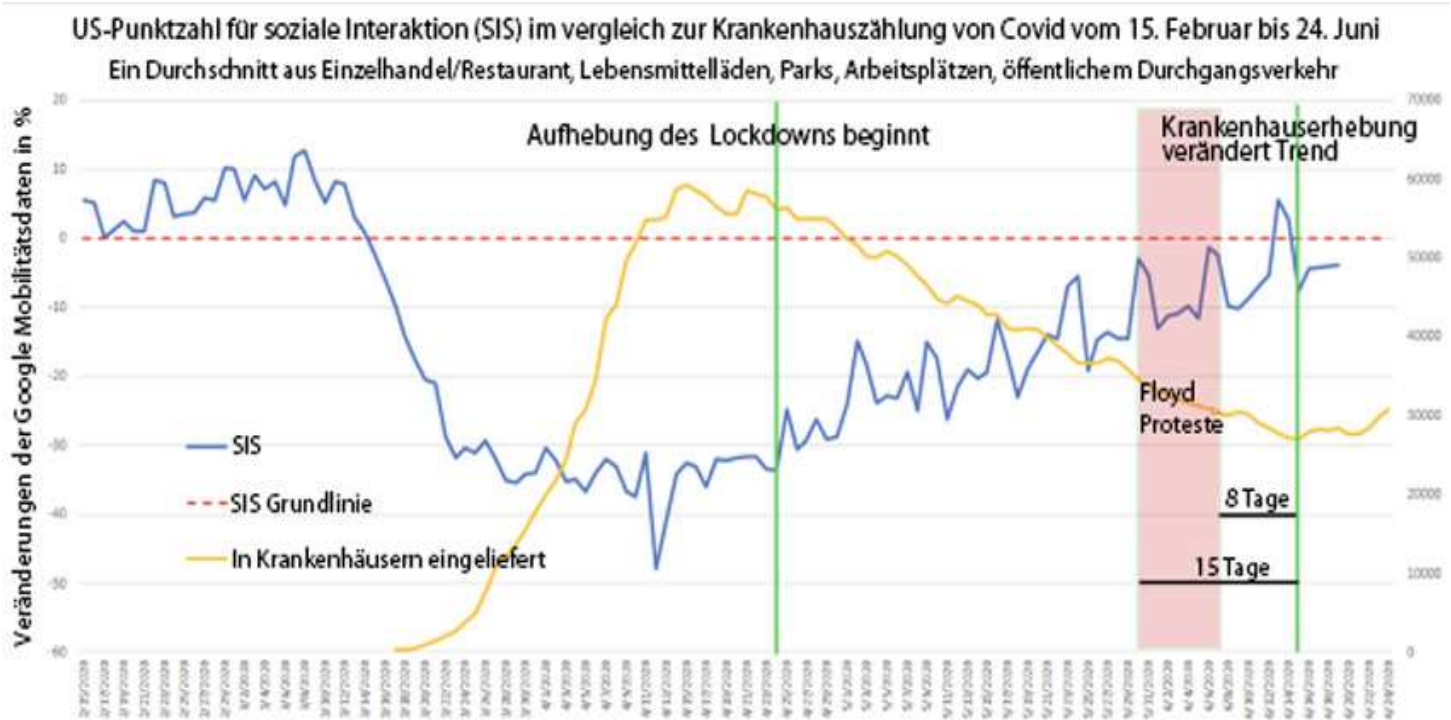
Orange: 29

Pinellas: 29

Seminole: 27

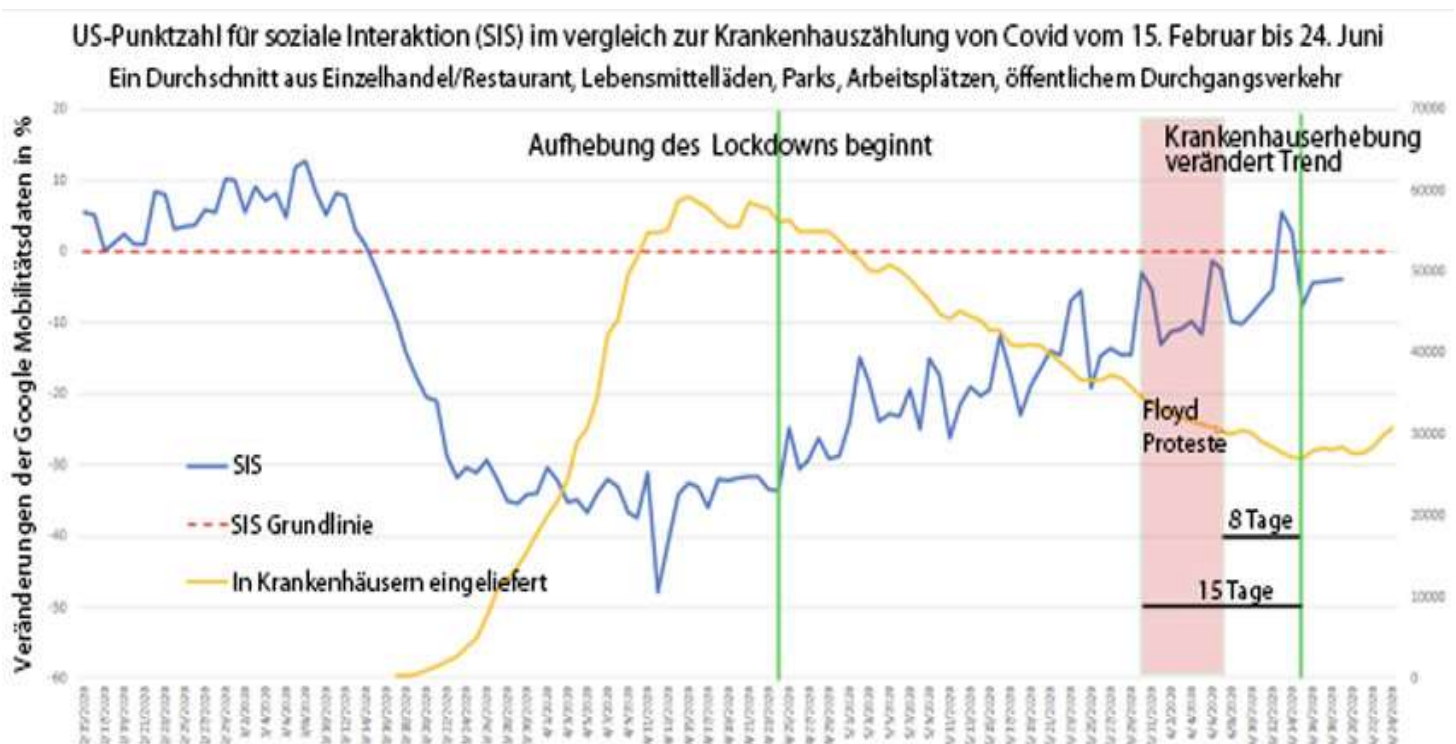
**Fakt Nr. 3: Ein ECHTER Anstieg in beiden Fällen und die Krankenhauseinweisungen passen perfekt zum Zeitpunkt der landesweiten Proteste, die viele dicht gedrängte Menschenmassen über viele Stunden und sogar Tage hinweg zusammenführten.**

Noch immer nicht überzeugt? Schauen Sie sich diese großartige Grafik<sup>31</sup> an, die das Timing der Proteste, der Lockdowns, der sozialen Mobilität und der Krankenhauseinweisungen anhand von Daten für die gesamten USA belegt. Beachten Sie, dass es eine Zeitverzögerung zwischen der Exposition und den Krankenhauseinweisungen gibt (zwischen 8 und 15 Tagen), und schauen Sie sich an, wann die gelbe Linie der Krankenhauseinweisungen ansteigt.



©Elvira – stock.adobe.com

Die gute Nachricht an all dem jedoch ist, dass es keine Auswirkungen auf die Zahl der COVID-19-Patienten auf Intensivstationen gegeben hat; das steht im Einklang mit der Tatsache, dass jüngere Patienten, wie wir wissen, weniger von COVID-19 betroffen sind. Sehen Sie sich nur diese Grafik an:

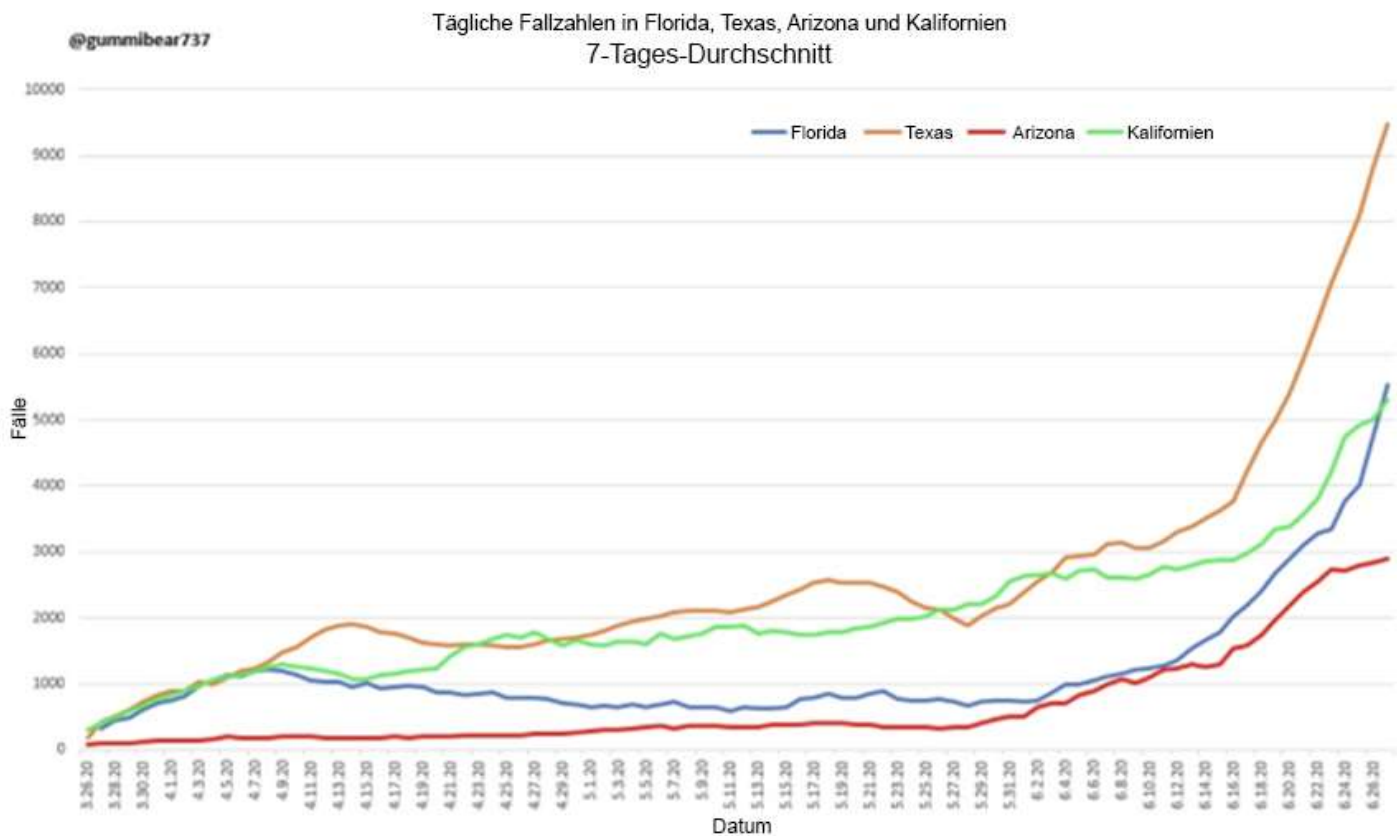


©Elvira – stock.adobe.com

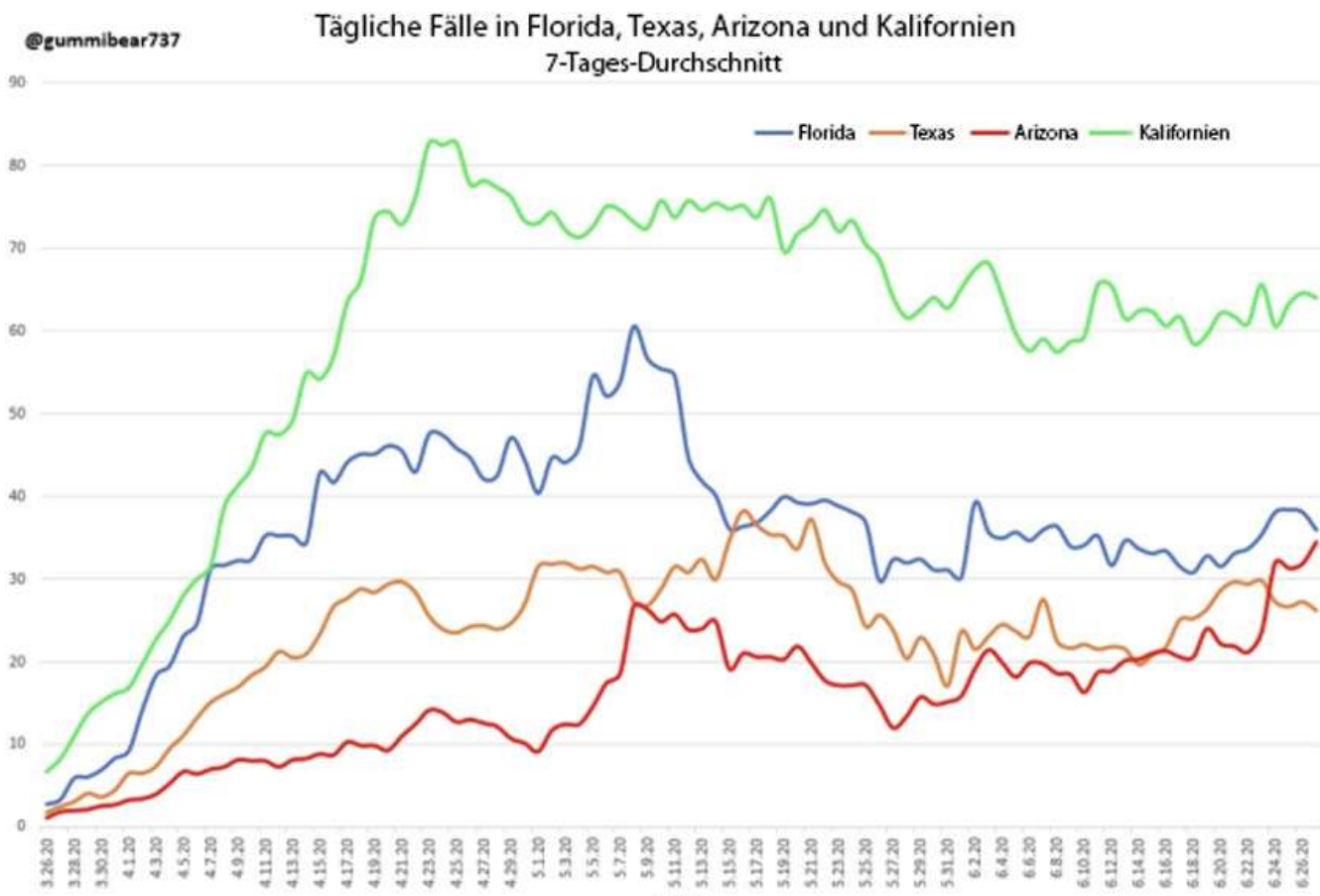
**Fakt Nr. 4: Trotz eines leichten Anstiegs der Krankenhauseinweisungen geht die Zahl der COVID-19-Patienten auf der Intensivstation weiter zurück.**

**ES SIND TODESFÄLLE, KEINE FALLZAHLEN**

Sie haben von einer Handvoll Staaten gehört, in denen die Fallzahlen zunehmen. Hier sehen Sie eine Grafik, derzufolge die Fälle tatsächlich ansteigen:

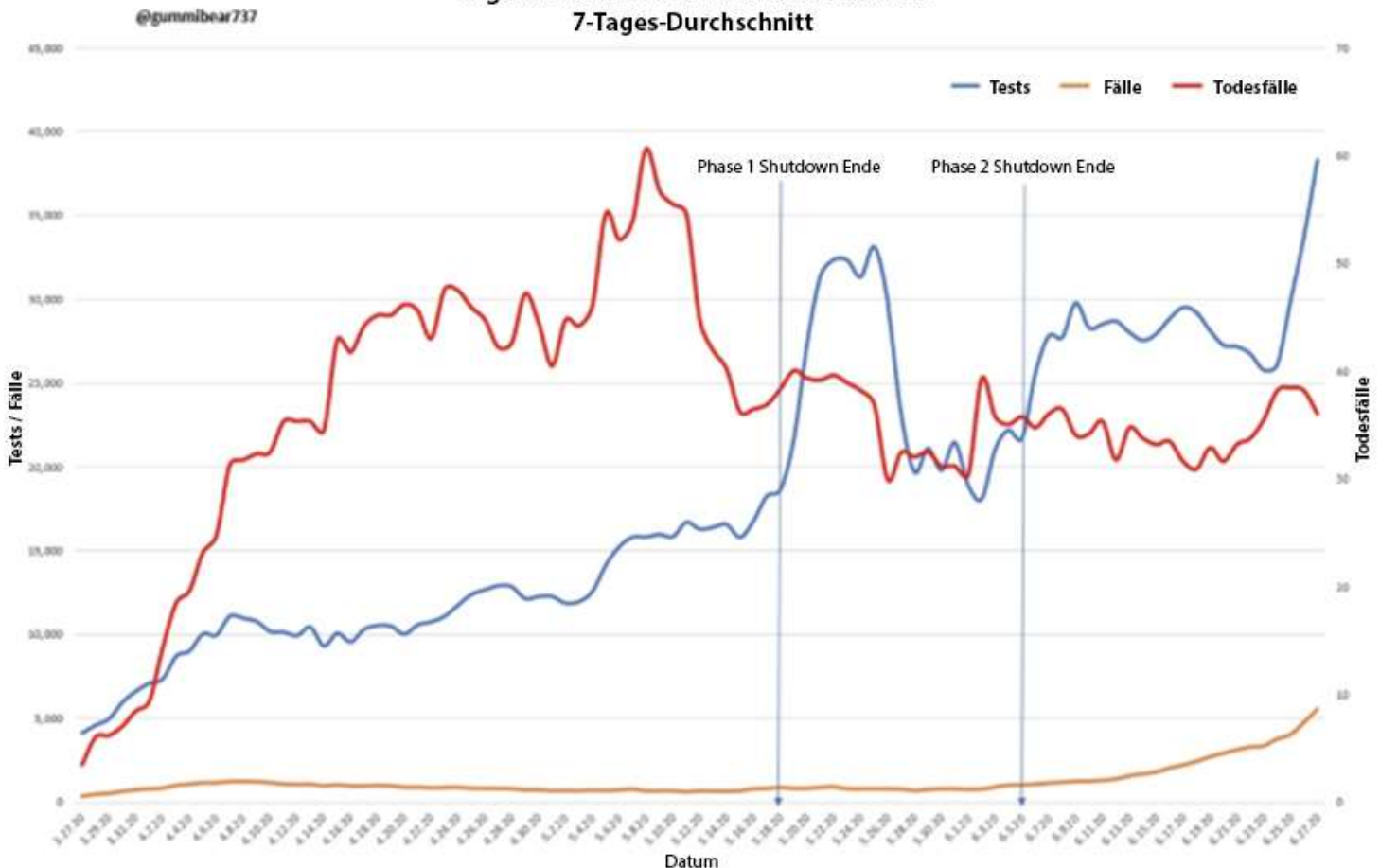


Doch was ist mit den Todesfällen in diesen Staaten? Sie scheinen in die andere Richtung zu gehen:



Und schließlich die vielleicht wichtigste Folie am Beispiel von Florida: Es gibt KEINE Übereinstimmung zwischen mehr Testungen, mehr positiven Tests und TOTEN (rote Linie in der Grafik). Die Tatsache, dass diese drei Messgrößen nicht linear sind, bedeutet, dass Florida eine niedrige und stabile Sterblichkeitsrate hat, und der jüngste Aufwärtstrend positiver Fallzahlen – der zufällig perfekt die landesweiten Proteste abpasst – hat nichts zu bedeuten:

## Tägliche Tests in Florida versus Todesfälle 7-Tages-Durchschnitt



**Fakt Nr. 5: Es gibt KEINE Übereinstimmung in Florida – dem Bundesstaat, über den in der Presse am meisten über eine zweite Welle berichtet wurde – zwischen positiven Tests und Todesfällen.**

Natürlich hätte Ihnen das jeder, der sich mit den Daten beschäftigt hat, sagen können, denn die nationalen Daten zu den COVID-19-Todesfällen ähneln, wie wir bereits besprochen haben, mehr und mehr den schwedischen. Heute liegt unsere nationale HIS bei etwa 15 Prozent, was bedeutet, dass wir fast durch sind, ganz egal, was irgendein Gouverneur tut.

Ich habe Diskussionen darüber gesehen, wie die Proteste zu einem Anstieg der Infektionen unter jüngeren Menschen geführt haben. Einige, die im Gegensatz zu dieser ziemlich offensichtlichen Realität stehen, verweisen auf New York, wo es zwar ebenfalls dicht gedrängte Massen mit Protestierenden gab, wo aber keine Zunahme der Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen war – wie ist das nun zu erklären? Inzwischen kennen Sie die Antwort:

**Die Herdenimmunitätsschwelle New Yorks liegt bereits bei 65 Prozent!**

Bemerkenswerterweise hatte Florida in der von mir angewandten Berechnung nur eine Herdenimmunitätsschwelle von 6 Prozent, es lag also weit unter der Zielvorgabe von 17 Prozent. Also, ja, sie MÜSSEN wohl noch ein paar weitere Todesfälle ertragen, bevor sie die HIS erreichen. Aber es ist sehr wahrscheinlich, dass sie 1) nicht so hoch wie 17 Prozent sein muss, weil die Infizierten viel jünger sind (wodurch die Todesrate viel niedriger ist) und dass es 2) in den nächsten Wochen passieren wird und die Politik nichts damit zu tun haben wird, ob dies eintritt oder nicht. So oder so – denn wir wissen ja, dass die nationale Zahl bei 15 Prozent liegt – ist das Virus fast verschwunden, egal, was irgendjemand sagt oder tut, und alles, was Sie tun müssen, um das zu überprüfen, ist ein Blick auf die Todeskurve der CDC zu werfen.

**Noch ein letzter Gedanke zu Florida:** Dr. John Thomas Littell ist ein Hausarzt in Florida. Ich wollte einen Auszug aus seinem Brief<sup>32</sup> an den Herausgeber der *Orlando Medical News* veröffentlichen, aber er ist so gut und so umfassend, dass ich möchte, dass Sie den ganzen Text lesen, und dann können wir die Sache abschließen:

»Mehrere Male täglich werden wir auf allen möglichen Nachrichtenkanälen mit Meldungen über die neue Anzahl von ›Fällen‹ von COVID-19 in den USA und anderswo bombardiert. Nachrichtenanalytiker benutzen diese Zahlen dann, um Kritik an denen zu rechtfertigen, die es wagen, die Empfehlungen der CDC in Bezug auf das Tragen von Masken und soziale Distanzierung abzulehnen. Es ist unerlässlich, dass alle Amerikaner – und vor allem diejenigen, die in der Ärzteschaft tätig sind – die tatsächliche Definition eines ›Falls‹ von COVID-19 verstehen, damit sie fundierte Entscheidungen darüber treffen können, wie wir unser Leben führen wollen.«

»Ältere Amerikaner erinnern sich nur zu gut an die Angst, die sie erlebten, als bei einem Familienmitglied ein ›Fall‹ von Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten (Pertussis) oder Polio diagnostiziert wurde. Während meiner Zeit als Hausarzt, darunter auch mehrere Jahre als Militärarzt, habe ich Patienten mit Windpocken, Gürtelrose, Borreliose sowie Masern, Tuberkulose, Malaria und AIDS betreut. Die von der CDC für all diese Krankheiten festgelegte ›Falldefinition‹ erfordert das Vorhandensein von Anzeichen und Symptomen dieser Krankheit. Mit anderen Worten: Jeder Fall betraf einen KRANKEN Patienten. Laborstudien können durchgeführt werden, um eine Diagnose zu ›bestätigen‹, sie sind aber nicht ausreichend, wenn keine klinischen Symptome vorliegen.«

»Nachdem ich nun das Privileg hatte, kranke Patienten mit COVID-19 sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses zu betreuen, freue ich mich, dass die Zahl dieser kranken Patienten in meiner Gemeinde fast auf Null zurückgegangen ist – während die ›Fallzahlen‹ für COVID-19 weiter ansteigen. Warum ist das so?«

»Im deutlichen Gegensatz zu Masern, Gürtelrose und anderen Infektionskrankheiten müssen für COVID-19-›Fälle‹ KEINE Symptome irgendwelcher Art vorliegen. Die Gesundheitsämter ermutigen alle und jeden dazu, sich testen zu lassen, und jeder positive Test wird als ein weiterer ›neuer‹ Fall von COVID-19 gemeldet!«

»Am 5. April 2020 hat eine kleine Anzahl staatlicher Epidemiologen (Council of State and Territorial Epidemiologists [CSTE], Technischer Nachtrag: Interim-20-ID-01) eine ›Überwachungs‹-Falldefinition für COVID-19 ausgearbeitet. Damals herrschte Unsicherheit darüber, ob völlig asymptomatische Personen COVID-19 in ausreichendem Maße übertragen können, um andere zu infizieren und Krankheiten zu verursachen. (Dieser Gedanke wurde nie bewiesen und vor kurzem sogar außer Acht gelassen – vgl. ›A Study on the Infectivity of Asymptomatic SARS-CoV-2 Carriers‹ von Ming Fao et al in *Respir Med*, Aug. 2020, online verfügbar über *PubMed*, 13. Mai 2020, sowie aktuelle Berichte der WHO selbst). Das CSTE begründete damit die unkonventionelle Falldefinition für COVID-19 und fügte hinzu: ›Das CSTE ist sich bewusst, dass in den Felduntersuchungen Auswertungen von symptomfreien Personen ohne Symptome enthalten sein werden und diese Individuen als Fälle gezählt werden müssen.«

»Daher wird jeder, der einen positiven PCR-Test (Nasenabstrich, PCR-Test auf COVID-Antigen oder Nukleinsäure) oder einen serologischen Test (Bluttest auf Antikörper – IgG und/oder IgM) vorzuweisen hat, als ›Fall‹ eingestuft werden – auch wenn keine Symptome vorliegen. Unsere Krankenhäuser sind zur Zeit voll von Hunderten von ehemaligen Pflegeheimbewohnern, die in ›COVID‹-Einheiten festsitzen, sich in ihrem üblichen guten Gesundheitszustand befinden, aber nicht in ihre früheren Pflegeheimresidenzen zurückkehren dürfen, nur weil sie im Rahmen von Massentestprogrammen in den Pflegeheimen positiv auf COVID-19 getestet wurden.«

»Das Vorhandensein eines positiven Labortests für COVID-19 bei einer Person, die nie krank war, ist eigentlich eine GUTE Nachricht für diese Person und für den Rest von uns. Der positive Test deutet darauf hin, dass wahrscheinlich eine kleine Menge an Coronaviren, der sie ausgesetzt war, bei dieser Person eine adäquate Immunantwort ausgelöst hat – und zwar auf natürliche Weise (weswegen auch kein Bedarf an einem Impfstoff gegen COVID-19 besteht).«

»Es ist auch wichtig zu verstehen, dass das Vorliegen von Labortests nicht das EINZIGE Kriterium ist, das die CDC zur Erstellung einer Diagnose von COVID-19 heranzieht. Das Vorhandensein von nur einem oder zwei grippeähnlichen Symptomen (wie Fieber, Schüttelfrost, Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit) – in Abwesenheit einer anderen nachgewiesenen Ursache (wie zum Beispiel Grippe, bakterielle Lungenentzündung) ist ERFOLGREICH, um eine COVID-19-Diagnose zu stellen –, solange der Patient auch bestimmte Kriterien der epidemiologischen Verknüpfung wie folgt erfüllt:«

»Bei einer Person mit klinisch kompatiblen Symptomen wird [ein ›Fall‹ gemeldet, wenn diese Person] in den 14 Tagen vor dem Auftreten der Symptome eine oder mehrere der folgenden Expositionen hatte: Reise oder Aufenthalt in einem Gebiet mit anhaltender, andauernder Übertragung von SARS-CoV-2; enger Kontakt (10 Minuten oder länger innerhalb einer Entfernung von 1,80 Meter) mit einer Person, bei der COVID-19 diagnostiziert wurde oder die Mitglied einer Risikokohorte ist, wie von den Gesundheitsbehörden während eines Ausbruchs definiert. Beachten Sie, dass die Definition einer ›Risikokohorte‹ ein Alter höher als 70 Jahre oder das Leben in einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung umfasst.«

»Im Wesentlichen könnte also jede Person mit einer grippeähnlichen Erkrankung (ILI) als ein ›Fall‹ von COVID-19 betrachtet werden, auch OHNE bestätigende Laboruntersuchungen. Die CDC hat sogar dazu geraten, alle Todesfälle durch Lungenentzündung oder ILI als ›COVID-bedingte‹ Todesfälle zu betrachten – es sei denn, der Arzt oder Untersucher stellt einen anderen infektiösen Erreger als Krankheitsursache fest.«

»Jetzt verstehen Sie vielleicht, warum die steigende Anzahl der Fälle und sogar der Todesfälle aufgrund von COVID-19 mit Fehlinterpretationen behaftet ist und in keiner Weise ein Maß für die TATSÄCHLICHE Morbidität und -Mortalität von COVID-19 darstellt. Meine Patienten, die auf dem Tragen von Masken, Handschuhen und sozialer Distanzierung bestehen, geben diese irreführenden Statistiken als Begründung für ihre Entscheidungen an (und natürlich, dass sie die ›CDC-Richtlinien‹ befolgen). Ich rate ihnen einfach: ›COVID-19 befindet sich NICHT in der Luft um uns herum; es befindet sich in den Atemwegen infizierter Personen und kann nur von kranken, infizierten Personen nach längerem Kontakt mit anderen auf andere übertragen werden.«

»Sie mögen sich also fragen – warum melden wir weiterhin steigende Zahlen von COVID-Fällen, als wären es schlechte Nachrichten für Amerika? Anstelle von GUTEN Nachrichten in dem Sinne, dass die Tausenden von gesunden Amerikanern, die positiv (auch als ›asymptomatisch‹ bekannt) getestet wurden, auf das Vorhandensein einer Herdenimmunität hindeuten – um sich selbst und viele von uns vor möglichen zukünftigen Angriffen durch Varianten von COVID zu schützen?«

»Warum haben wir als Gesellschaft aufgehört, unsere Kinder in Schulen und Camps und zu sportlichen Aktivitäten zu schicken? Warum haben wir aufgehört, zur Arbeit, in die Kirche und in öffentliche Parks und an Strände zu gehen? Warum haben wir darauf bestanden, dass gesunde Personen ›zu Hause bleiben‹ – anstatt die evidenzbasierte, medizinisch umsichtige Methode zu befolgen, die Kranken zu identifizieren und sie vom Rest der Bevölkerung zu isolieren? Warum raten wir nicht vielmehr den Kranken, ›zu Hause zu bleiben‹, und erlauben es dem Rest der Gesellschaft, normal zu funktionieren? Und obwohl wir in den letzten Tagen Zeuge der Zusammenkünfte von Demonstranten waren, die sich wenig Sorgen darüber machten, dass sich COVID-19 unter diesen asymptomatischen Personen ausbreitet, hoffen sicherlich viele, dass die steigenden ›Fallzahlen‹ für COVID-19 die Menschen davon abhalten werden, zu weiteren Kundgebungen zu kommen.«

»Furcht ist eine mächtige Waffe. Franklin D. Roosevelt sagte 1933 in einer berühmten Radioansprache an die Amerikaner: ›Wir haben nichts zu fürchten, außer der Furcht selbst.‹ Ich würde sagen, wir müssen diejenigen fürchten, die wollen, dass wir ängstlich und unterwürfig bleiben und bereit sind, die Grundfreiheiten ohne Rechtfertigung aufzugeben.«

\*Dr. John Thomas Littell ist ein amtlich beglaubigter Hausarzt. Nachdem er seinen MD an der George Washington University erworben hatte, diente er in der US-Armee, wo er für seine Arbeit zur Qualitätsverbesserung die Verdienstmedaille erhielt; er diente auch im National Health Service Corps in Montana. Während seiner 18 Jahre in Kissimmee, Florida, arbeitete Dr. Littell an der Fakultät der UCF School of Medicine, war Präsident der County Medical Society und Stabschef des Florida Hospital. Derzeit wohnt er mit seiner Frau Kathleen und seiner Familie in Ocala, Florida, wo er weiterhin sehr aktiv als Hausarzt tätig ist und sowohl in Kissimmee als auch in Ocala praktiziert.

Dr. Littell spricht viel mehr Themen an, als ich in diesem Beitrag zur Sprache gebracht habe, denn ich habe bereits in meinem letzten Blogbeitrag vom 30. Mai über sie geschrieben.<sup>33</sup>

**Sollte es hier nicht um die Krankenhäuser gehen?**

Der einzige jemals angeführte Grund für den Lockdown war der, dass die Krankenhäuser nicht genügend Plätze haben. Hier das, was Florida letzte Woche über ihre Krankenhäuser verlautbarte:

### DAS KRANKENHAUSWESEN IN FLORIDA

- Prozentual doppelt so viele verfügbare Betten wie vor der Pandemie
- Weit weniger COVID-19-Patienten auf der Intensivstation und an Beatmungsgeräten als im April
- Krankenhauspatienten ohne COVID werden auf COVID getestet

Und hier das, was Ärzte in Houston, Texas, letzte Woche sagten:(34)

»Die Geschäftsführer des Krankenhauses, darunter Dr. Marc Boom vom [Houston Methodist](#), Dr. David L. Callender vom [Memorial Hermann Health System](#), Dr. Doug Lawson vom [St. Luke's Health](#) und Mark A. Wallace vom [Texas Children's Hospital](#), hielten am 25. Juni eine Videokonferenz ab, aus Sorge darüber, »dass die jüngste Berichterstattung die Gemeinde in Houston unnötigerweise über die Krankenhauskapazität während dieses plötzlichen Anstiegs von COVID-19 alarmiert hat«. Die beiden wichtigsten Erkenntnisse aus der heutigen Diskussion: Das Gesundheitssystem von Houston verfügt über die notwendigen Ressourcen und Kapazitäten, um Patienten mit COVID-19 und andere Patienten zu behandeln...«

Seufz. Warum also macht die Presse aus der »zweiten Welle« eine so große Sache? Ich mache keine Politik, aber wenn ich es täte, würde ich wahrscheinlich das hier erwähnen.(35)

## Was tun die Gouverneure?

Kurz gesagt: nichts Hilfreiches. Ich denke, dieser Mann hier fasst zusammen, wie ich es empfinde:



[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=17&v=nlni1R2gX5M&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=17&v=nlni1R2gX5M&feature=emb_logo)

Aber im Ernst, einen aufgehobenen Lockdown wieder neu zu installieren, ist einfach lächerlich und führt nur dazu, eine schreckliche Vorstellung zu verschlimmern und den unvermeidlichen Prozess innerhalb jeder Region zu verzögern, eine angemessene Herdenimmunitätsschwelle zu erreichen. Wenn Sie sich wieder über Lockdowns ärgern wollen, wie ich es in meinem Artikel im Mai<sup>36</sup> getan habe, lesen Sie einfach das hier<sup>37</sup> Der Lockdown verursacht so viele Todesfälle. Hier ein Auszug:

»Wie viele Menschen im Alter von 15 Jahren oder darunter sind an COVID-19 gestorben? Vier. Die Wahrscheinlichkeit, an einem Blitzschlag zu sterben, liegt bei 1:700.000. Die Chance, in dieser Altersgruppe an COVID-19 zu sterben, liegt bei 1:3,5 Millionen. Und wir haben sie alle eingesperrt. Sogar bei den 15- bis 44-Jährigen ist die Sterblichkeitsrate sehr niedrig, und die überwiegende Mehrheit der Todesfälle betraf Menschen, die erhebliche gesundheitliche Grunderkrankungen hatten. Auch sie haben wir eingeschlossen. Wir sperrten die Bevölkerung ein, bei der das Risiko, ernsthafte Probleme durch die Krankheit zu bekommen, praktisch gleich null war, und verbreiteten sie dann ungezügelt unter der sehr anfälligen Altersgruppe. Hätten Sie einen Plan geschrieben, um aus allem einen völligen Schwachsinn zu machen, dann hätten Sie sich genau diesen Plan ausgedacht.«

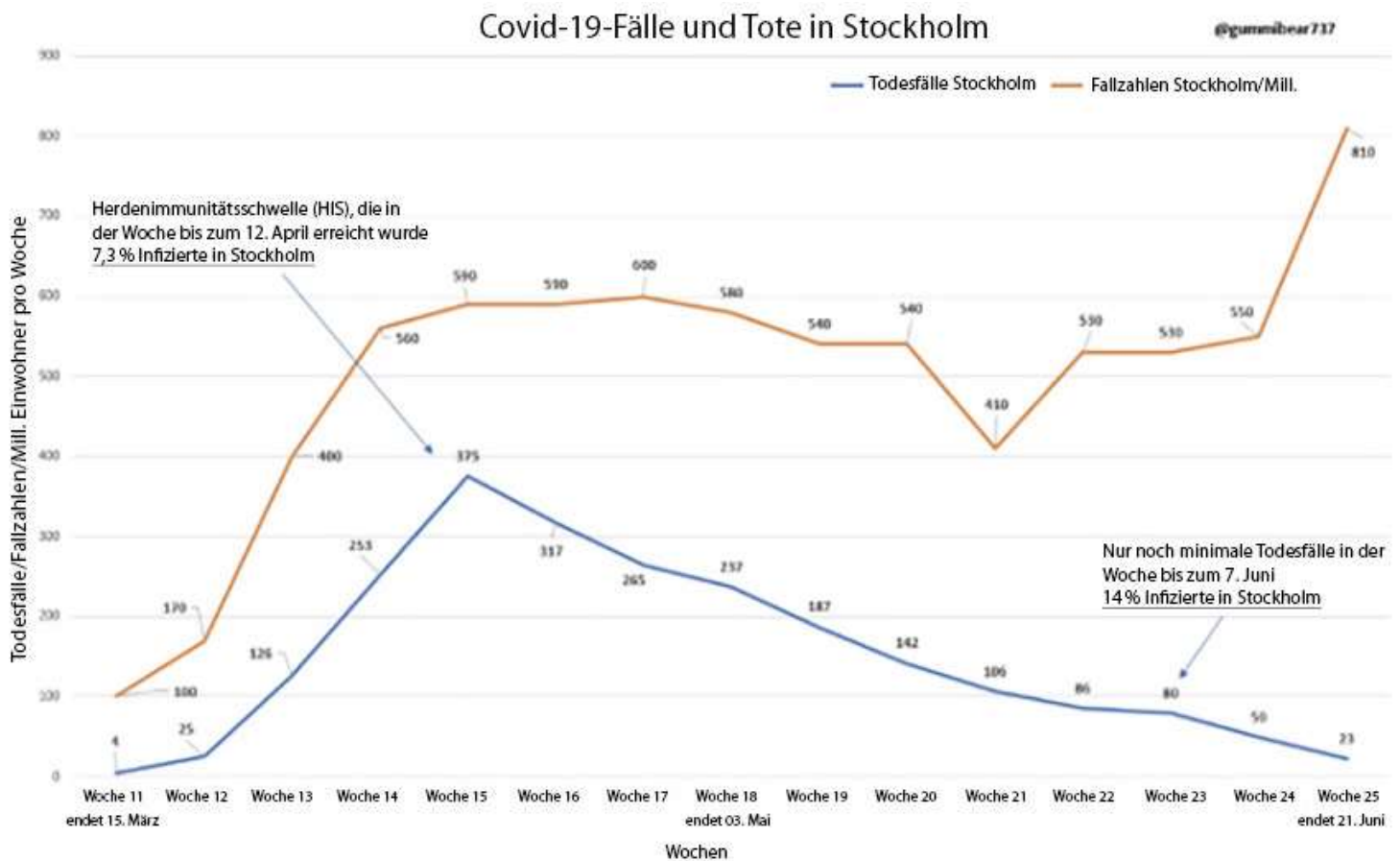


# Schlussfolgerung

Dr. Michael Levitt und Schweden haben die ganze Zeit Recht gehabt. Der einzige Weg, mit COVID-19 fertigzuwerden, besteht darin, die bescheidene Herdenimmunitätsschwelle (von 10 bis 20 Prozent) zu erreichen, die erforderlich ist, damit das Virus sich selbst auslöschen kann. Je früher Politiker – und die Presse – anfangen, über die HIS zu sprechen und aufhören, über neue bestätigte Fälle zu reden, desto besser wird es uns allen gehen. Wie dem auch sei: Es wird wahrscheinlich Wochen und nicht Monate dauern, bis die Daten über neue tägliche Todesfälle so niedrig sind, dass die Presse etwas Neues finden muss, um allen Angst zu machen. Es ist vorbei.

## Eine kurze Anmerkung

Wer diesen Artikel hier nicht mag, wird Artikel über Schweden veröffentlichen, die besagen, dass ihr Ansatz ein Fehlschlag war. Sie werden auf die jüngste Presse hinweisen, in der es hieß, Schweden habe in letzter Zeit höhere Raten von COVID-19-positiven Tests gehabt – Schweden sei stark zurückgeworfen worden.<sup>(37)</sup> Für die Hasser hier also eine Grafik, die positive Fälle in Schweden im Verhältnis zu Todesfällen aufzeigt. Es gibt einfach keinen Zusammenhang.



## Für meine wirklich engagierten Leser, die es bis hier her geschafft haben:

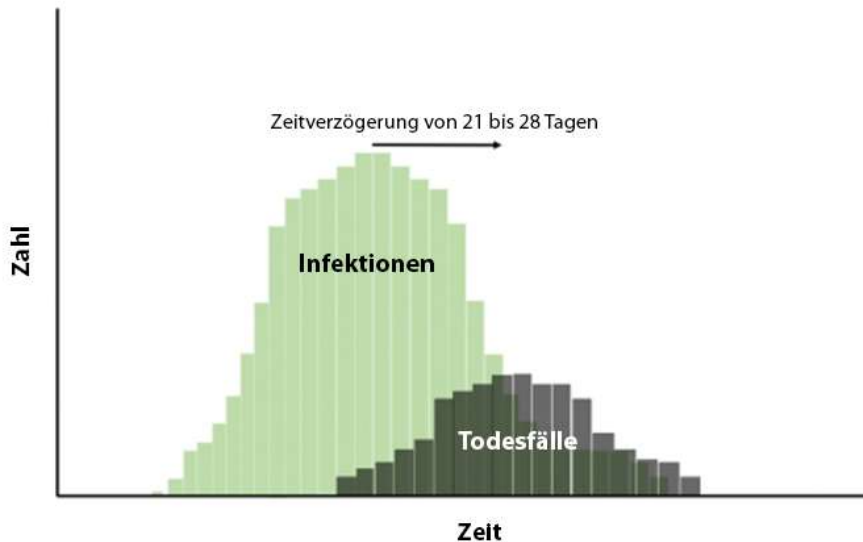
»Die Sterberate ist eine Tatsache, alles darüber hinaus ist eine Schlussfolgerung.«

*William Farr (1807-1883)*

William Farr, der Schöpfer des Farr'schen Gesetzes, wusste dies schon vor über 100 Jahren. Viren steigen und fallen ungefähr an den gleichen Steilkurven auf und ab. Der Verlauf ist absehbar – und das ist bei COVID-19 nicht anders –, weshalb es, nachdem man all diese Todesfallkurven betrachtet hat, nicht sehr schwer ist zu erklären, dass die Pandemie vorbei ist. Das Center for Evidence Based Medicine in Oxford hat eine wunderbare Erklärung für das Farr'sche Gesetz, und sie ist eine Lektüre wert.<sup>39</sup> Hier einige meiner Lieblingszitate:

»Farr zeigt uns, dass die Infektion nach Erreichen des Infektionshöhepunkts in etwa dem gleichen symmetrischen Muster auf der Abwärtsstrecke folgt.«

»Mitten in einer Pandemie ist es leicht, das Farr'sche Gesetz zu vergessen und zu denken, dass die Zahl der Infizierten einfach immer weiter steigen wird, aber das wird sie nicht. Ebenso schnell, wie Maßnahmen eingeführt wurden, um die Ausbreitung der Infektion zu verhindern, müssen wir den Punkt erkennen, an dem sich die Gesellschaft öffnen muss, und aufgrund der ›Dichte‹ auch die besonderen Maßnahmen ergreifen, die besondere Überlegungen erfordern



»Sobald der Höhepunkt der Todesfälle erreicht ist, sollten wir davon ausgehen, dass die Infektion bereits begonnen hat, in den gleichen progressiven Schritten zurückzugehen. Die Todesfallzahlen als Anzeichen für rückläufige Infektionen zu betrachten, erleichtert die Planung der nächsten Schritte zur Wiedereröffnung der Gesellschaften, die sich im Lockdown befinden.«

Ein Leser hat mir gerade diese Grafik von der CDC geschickt. Wenn Sie nicht glauben, dass das COVID-19-Virus seinen Lauf dem Farr'schen Gesetz entsprechend genommen hat, kann ich Ihnen auch nicht helfen!

► Tafel 1. Von der NCHS (National Center for Health Statistics) gemeldete Todesfälle einschließlich der Coronaviruskrankheit (COVID-19), Pneumonie und Influenza, aufgeteilt nach Geschlechts- und Altersgruppen

