



Einsperren, alle einsperren

## Description

Die Lebenserwartung ist in Deutschland gut 80 Jahre.<sup>[1]</sup> Wenn also jemand mit 85 ohne erkennbare äußere Einwirkung stirbt, dann ist das erstmal nicht „ungewöhnlich“, erstaunlich oder gar „unvergleichlich“. Für die meisten – die Angehörigen natürlich ausgenommen – ergibt sich hier kein Anlass großer Besorgnis. Menschen sterben und Menschen in hohem Alter sterben mit größerer Wahrscheinlichkeit. Tatsächlich sterben sie oft mit und an Krankheiten, die sich im Lauf der Jahre eingestellt haben. Alte Menschen sind zudem gegen Krankheiten und ihre schwereren Verläufe nicht mehr so gut geschützt wie junge Menschen oder Menschen in ihren vierzigern oder fünfziger Jahren. Natürlich kann man viel dafür tun, dass alte Menschen länger leben, z.B. dadurch, dass wir im Krankheits- oder Pflegefall gute Betreuung anbieten. Man kann vieles, man darf aber nicht alles tun.

Wenn nun in der „Corona-Pandemie“ vor allem alte Menschen stark betroffen sind, dann muss uns das nicht wundern. Hätten wir eine Situation in der Erwachsene in ihren „besten Jahren“, junge Leute oder gar Jugendliche überproportional betroffen wären, dann hätten wir vielleicht tatsächlich eine ungewöhnliche oder gar „unvergleichliche“ Situation. So aber gilt es die betroffenen Gruppen zureichend zu schützen. Wir stellen fest, dass über 80% (!!!) aller an und mit COVID-19 Gestorbenen aus Alten- und Pflegeheimen kommen – also müsste wohl unsere Anstrengung vor allem denen gelten. Wer die Unfallgefahr für Kinder senken will, muss den innerörtlichen Verkehr entsprechend zu regeln versuchen – es hilft hier kaum, wenn wir Geschwindigkeitsbeschränkungen auf Fernstraßen einführen.<sup>[2]</sup>

Die Maßnahmen zum Schutz von Pflege- und Altenheimen wurden aber erstmal zurückgestellt. Stattdessen sollte ganz grundsätzlich die Kurve der Infektionen abgeflacht werden und eine heraufbeschworene Triage (unter allen Umständen) verhindert werden.

## Schutz des Gesundheitssystems

Wir wollten unser Gesundheitssystem schützen – so hieß es am Anfang. Wirklich? War das plötzlich ernst gemeint, nach Jahren des Kranksparens? Von 1991 bis 2008 wurden in knapp 500 Standorten Kliniken dicht gemacht. Politische Entscheidung. Wer verantwortet die Toten dieser „Rationalisierung“?

1991 gab es noch 2.400 Kliniken, vor zwei Jahren noch 1.925. Mit den Kliniken auch die Betten. Was schätzen Sie? Rund 170.000 wurden dabei gestrichen.

Aber nach dem Erweckungserlebnis dieses Jahrhundertereignisses (?), dieser Pandemie mit einer Sterblichkeit von 0,2%, wurde das freilich nicht alles anders. In 2020 wurden weitere 20 Kliniken dichtgemacht: 17 seit Juni und 8 im Dezember. Das zeigt, wie dramatisch die Lage eingeschätzt wurde. [3] In Söders Bayern z.B. Parsberg, Waldsassen, Vohenstrauß und Fürth. Insgesamt – festhalten – 2.144 Betten. Das sei nicht das Problem, wenden Sie ein, weil es ja um Personal ginge? Das stimmt, aber natürlich sind auch rund 4.000 Arbeitsplätze weggefallen. Weitere Schließungen stehen bevor. So jedenfalls der Bundesrechnungshof, nach dem 190 Kliniken von Insolvenz bedroht seien. Unwirtschaftlich, weg!

Wir werden alarmiert: Überlastung der Krankenhäuser. Das ist die stetige Klage, zurecht (!), der letzten Jahre – ich lege mal ein paar Referenzen in die Fußnoten. [4] Zugleich gilt aber eine Auslastung der Intensivbetten unter 75% als unwirtschaftlich und insolvenzverdächtig. Eine Auslastung von 85 %, mindestens, muss angestrebt werden. Die haben wir nun ziemlich genau so. Das ist also kein Panik-Pandemie-Signal, sondern der gewünschte Zielwert! Und die Belegung durch sogenannte COVID-19 Patienten ist seit Anfang Januar stetig sinkend: von bundesweit irgendwas um 27% liegt der Anteil jetzt zwischen 23% und 24 %. Klingt das nach Weltuntergang?

Um kein Missverständnis aufkommen zu lassen: für das Klinik- und Pflegepersonal ist das Dauerstress und Überlast – und das noch unter den verschärften Bedingungen der Pandemie-Eindämmung (verschärfte Maskenpflicht, Schutzkleidung, Isolation und stärkere Betreuungsaufwände für Patienten unter invasiver Beatmung bei gleichzeitig geringen Überlebenschancen). Und diese aufreibende Tätigkeit wird vergleichsweise schlecht bezahlt und wurde immer als Rationalisierungspotential betrachtet.

Das alles wurde also politisch verursacht, ist seit langem bekannt und wird seit langem genau von denen ignoriert oder abgetan, die sich jetzt besorgt vor die Kameras stellen. Ich finde das abstoßend. Was hat nochmal der Gesundheitsexperte Karl Lauterbach zu den Einsparungen und Klinikschließungen gesagt? Hier ein Zitat aus 2019. [„Jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite Klinik schließen sollten.“](#) Zu teuer. Dafür nun Billionen für die Pandemie. Wie gesagt, ich hab’ mir seine Dissertation angeguckt – mich wundert nichts mehr.

Ich finde es unerträglich, wenn uns solche Leute unsere Grundrechte rauben und damit grundgesetzwidrig unsere Würde antasten und das auch noch als Heldentat verkaufen. Aber das sehen ja andere manchmal auch so: *„Was Herrn Lauterbach angeht, präferiere ich einfach, den zu ignorieren. Jetzt kann man sich darüber beschweren, dass ich mich noch mit ihm auseinandersetzen müsste, aber das würde ihn unnötig aufwerten, ehrlich gesagt. Seine Bedeutung und sein Einfluss auf tatsächliche Gesundheitspolitik ist reziprok zu seiner öffentlichen Bekanntheit. Und insofern hab’ ich nicht vor, den durch irgendeine Bemerkung zu adeln.“* Das stammt nicht von mir. Das ist die Meinung von Jens Spahn. Er äußerte das 2009 in einer [Pressekonferenz](#), in der „Gesundheitsexperte“ mit zweifelhafter Expertise [5] von einem Kollegen als der *„faulste Abgeordnete, den ich jemals kennengelernt habe“* charakterisiert wurde. Auf die Nachfrage, ob das zitiert werden dürfe, antwortet der Kollege: Ja. Also habe ich es mal zitiert.

## Bringen die Maßnahmen etwas?

Wir sollten im November noch einmal (!) eine harte Anstrengung machen – ich schenke mir jetzt den Link-Nachweis, das ist mir einfach zu blöd. Also Lockdown-light. Ergebnis: null. Was würden wir privatwirtschaftlich bei einem Risikomanager machen, der so kostspielige Maßnahmen verordnet, die dann keine Wirkung zeigen? Empfohlene Maßnahme erfolglos – also auswechseln. Das ist doch ganz „light“.

Apropos: für wen eigentlich „light“? Für die Restaurants, die Schüler, die Kinder, die Alten? Oder doch vor allem für Home Office Banker, Medienschaffende und (Ministerial-) Beamte, Rentner und Lehrer (ist jetzt Zufall, dass ich sie in einem Atemzug nenne und sie sind ja auch Beamte) und andere öffentlich bedienstete Verwaltungsangestellte, die sich im Wechseldienst in ihren Einzelbüros vor Publikumsverkehr verschanzen. Kurzarbeit ohne Kurzarbeitergeld, sondern natürlich schon bei vollen Bezügen. Da ist dann der Lockdown vergleichsweise „light“ – jedenfalls wenn man keine kleine oder schulpflichtige Kinder hat. Alles andere funktioniert ja noch. Und die Selbständigen, na gut, die sind ja selbständig.

Hilft ja nichts – im Dezember wird der Lockdown mal etwas weniger „light“. Wir müssen nochmal ... damit wir Weihnachten feiern können – auch hier erspare ich uns die Verlinkung. Gleiches Ergebnis: null. Was sagen wir jetzt? Super Risikomanagement, bitte weitermachen? Tatsächlich sagen „wir“ das – jedenfalls unsere medialen Qualitätssprecher. Müssen wir den Risikomanagern jetzt nicht die Toten anrechnen – so wie sie es bei den Toten machen wollten, die auf Grund von Grundrechtsausübung entstehen sollten, dann aber nicht nachweisbar waren? Die in den Alten- und Pflegeheimen sind nachweisbar. Söder also verantwortlich für den Anstieg der Todeszahlen in Bayern, weil seine Maßnahmen nichts gebracht haben? Aber wir sind ja noch nicht am Ende. Jetzt geht's einfach weiter und weiter und weiter ...

## Schwedische Katastrophe

Es ist ja alternativlos. Das sieht man ja an Schweden. Fünfmal so viele Tote auf 1 Million Einwohner! Unverantwortlich. Die scheinen keine Epidemiologen zu haben – oder nur Pseudo-Wissenschaftler, jedenfalls keine richtigen Experten. Was bei uns über jeden wissenschaftlichen Zweifel erhaben ist und nur von verwirrten Verschwörungsideologen und „Corona-Leugner“ in Frage gestellt wird, das hat in Schweden auch noch Professorenstatus und politische Beratungsfunktion. Tegnell, wenn wir das schon hören, da wird uns doch ganz drostig und brinkmännisch.

Wenn's um Schweden geht, wird dann oft Norwegen herangezogen. Seht ihr, Norwegen gut, Schweden schlecht. Und vergleicht auch Deutschland sich mit Norwegen? Nö, da ist ja alles ganz anders. Fjorde und so. Und keine Maskenpflicht und keine Ausgangssperren und kein Lockdown. Das machen wir nicht! Wie geht denn so was überhaupt? Schweden ist verrückt, nun Norwegen auch – nur wohl mit ein bisschen mehr Glück? Wollen wir uns jetzt auch noch Finnland angucken? Oder Dänemark? Nee, nee, wir machen dicht ...



Aber schon ein einfacher Blick auf Schweden und die

anderen europäischen Länder zeigt, dass da irgendwas nicht ganz stimmen kann. Wer sind die europäischen Länder mit den meisten [Todeszahlen](#)? Belgien (2)<sup>[6]</sup> führt weltweit an, dann kommt auf der Weltrangliste Slovenien (3) und Italien (4), auf Platz 7 kommt dann das verängstigte Vereinigte Königreich und auf Platz 11 die USA, dann Spanien (16) und Frankreich (20) und schließlich auf Platz 21 Schweden und die Schweiz auf 24. Wenn wir uns nun diese Länder und ihre Maßnahmen angucken, dann stehen Belgien, Italien, Spanien, Frankreich alles Länder mit absurd „harten“ Lockdown Maßnahmen vor Schweden! Aber es geht gar nicht darum, ob Schweden etwas mehr oder etwas weniger Tote hat. Es geht um die Effektivität der Maßnahmen. Vergleichen wir sie einfach mal mit Deutschland? Na, Belgien, Italien, Spanien und Frankreich müssten doch viel besser dran sein, oder nicht? Sind sie aber nicht!?

Und noch ein letzter Blick auf Schweden: dort hat sich die Todeszahl pro 1 Million Einwohner von Anfang Oktober bis Mitte Januar fast verdoppelt (von 573 auf 1012). Spricht das gegen Schweden? Nun ja. In Deutschland hat sie sich fast verfünffacht (von 114 auf 561) – hier allerdings mit Maskenpflicht, Lockdown light, erweitertem Lockdown, Ausgangsperre und verschärfter Kontaktsperre usw. usf. Sieht so eine gute Strategie aus?

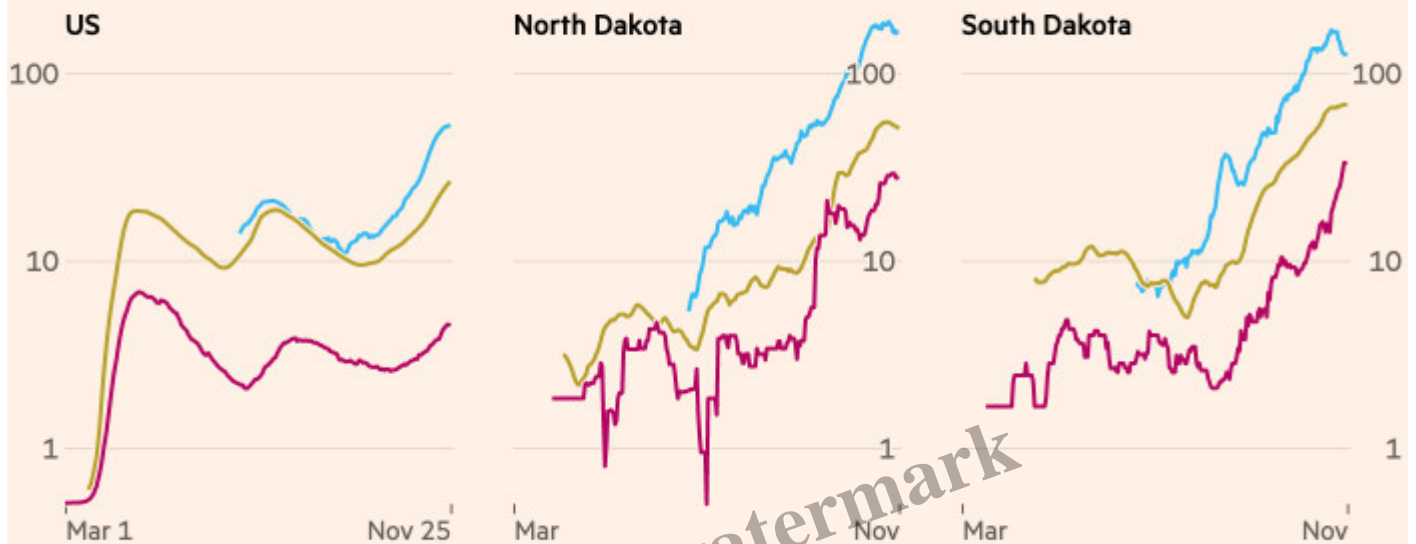
Ein noch eindrucksvolleres Beispiel zeigen North Dakota und South Dakota. Sie gehören zu den am

stärksten betroffenen Staaten der USA. Beide zeigen ähnlich verlaufende Wellen.

## Outbreaks are growing again in many parts of US, with numbers climbing especially high in Dakotas

Key Covid-19 metrics by state. All figures are per 100k people except deaths, which are per million

Cases — Hospital patients — Deaths —



Source: Covid Tracing Project

FT graphic: John Burn-Murdoch / @jburnmurdoch

© FT

Aber: North Dakota ist zu (Maskenpflicht, Lockdown etc), South Dakota ist offen (keine Maskenpflicht, kein Lockdown). Zufall? Hmm. Wenn in der deutschen Presse auf N&S Dakota hingewiesen wird, dann um Panik zu schüren: seht, was in den USA alles falsch läuft. Den Unterschied beider will offenbar niemand bemerken.

## Aber was weiß ich schon? – Hören wir auf Experten

Was wir jetzt sehen ist, dass Lockdown Maßnahmen nichts, na ja, sagen wir nicht das Gewünschte und jedenfalls nicht genug bringen. Studie gefällig? Nicht von irgendwem: John Ioannidis ist einer der meist zitierten und referenzierten Wissenschaftler der Welt, ein ausgewiesener Experte. Jetzt hat er in einer Studie zu *Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects On the Spread of COVID-19* die Wirkung von nicht-pharmazeutischen Massnahmen (NPI) untersucht und dabei weniger restriktive (lrNPI) von restriktiveren Maßnahmen (mrNPI) unterschieden. Er kommt im Abstract zu folgendem Ergebnis: *“Conclusions: While small benefits cannot be excluded, we do not find significant benefits on case growth of more restrictive NPIs. Similar reductions in case growth may be achievable with less restrictive interventions.”*<sup>[7]</sup>

Das klingt schlimm genug. Wird aber durch ein Ergebnis der Studie getoppt, das es nicht ins Abstract geschafft hat, aber auf Seite 11 nachzulesen ist:

*„Empirical data for the characteristics of fatalities in the later wave before mrNPIs were adopted as compared with the first wave (when mrNPIs had been used) shows that the proportion of COVID-19 deaths that occurred in nursing homes was often higher under mrNPIs rather than under less restrictive measures. This further suggest that restrictive measures do not clearly achieve protection of*

*vulnerable populations. Some evidence also suggests that sometimes under more restrictive measures, infections may be more frequent in settings where vulnerable populations reside relative to the general population.“*

Ist unsere Politik des Englischen mächtig? Weiß sie, dass es jenseits der sechs Berater, von denen sie sich in die Grundrechts-widrigen Maßnahmen führen ließ, noch weitere Expertise gibt, auf die man hören sollte, wenn die Grundrechte betroffen sind und ein Teil der Gesellschaft in den Ruin getrieben wird?

## Ganz nebenbei – die Zahlen geben das alles gar nicht her

Was sagen uns die offiziellen Zahlen von 16. Januar: 0,37% der Deutschen sind aktuell „irgendwie“ gesundheitlich von Corona Betroffen – als PCR-positiv Getesteter oder Erkrankter und **99,63%** sind gesundheitlich (!) von Corona **nicht betroffen** – aber natürlich durch die verheerenden Maßnahmen. In Bayern sind die Zahlen etwas schlechter, aber wirklich nur etwas: 0,38% sind betroffen, 99,62% gesundheitlich nicht. Und das ist mit klitzekleinen Variationen schon die ganze Zeit so. Was sagt uns das? Das der Wahnsinn ausgerufen ist?!

Und wie gut diese RKI-Zahlen wirklich sind, bleibt dahingestellt. Positiv getestet heißt nicht infektiös. Das wird inzwischen auch von den „Experten“ eingeräumt. PCR Tests sind nicht zur Diagnose tauglich, sie werden weiterhin weitgehend ohne Hinweis auf die Anzahl der Zyklen, die die Probe durchläuft gezählt und damit nicht aussagefähig (alles was über 25 ist, kann nicht mehr als infektiös gelten). [8] Auch darüber hatte ich im August [schon einmal berichtet](#), jetzt scheint's bei den Qualitätsmedien angekommen zu sein. [Olfert Landt](#), der mit Drosten die maßgebliche Veröffentlichung zu den SARS-CoV-2 PCR-Test im Januar 2020 (!) herausgegeben hat, sagt nun selbst, dass von einer Infektiosität über 25 nicht gesprochen werden kann. Der PCR-Test und insbesondere die Arbeit von Drosten & Co ist inzwischen heftig in die internationale [Kritik](#) geraten. [9]

## So zählt man richtig



[Pixabay](#)

Zu den Merkwürdigkeiten der Zahlen seien zwei Beispiele genannt, die uns kopfschüttelnd zurücklassen. Das erste spielt in Kitzingen. Auf der [Seite des Landratsamts Kitzingen](#) ist am 14. Januar folgendes zu lesen: „*Nach einem Sturz ist eine 86-jährige Frau mit einem positiven Corona Test in der Klinik Kitzinger Land verstorben. Die Frau ist Bewohnerin der Seniorenresidenz Phönix in Dettelbach und dort der 20. Todesfall im Zusammenhang mit Corona sowie der 42. Todesfall im Landkreis Kitzingen.*

“ Kein Einzelfall. So ist das halt.

Das zweite Beispiel führt in die fränkische Metropole, aber eigentlich zum RKI, denn die sind die Hüter der Zahlen. In Nürnberg liegt der Inzidenzwert seit zwei Tagen nun deutlich über 200. Ursache? Ein Softwarefehler!?! Man könnte sich das gar nicht ausdenken.<sup>[10]</sup> Die Zahlen der letzten Tage wurden nicht übertragen und werden nun aufaddiert. Der aktuelle Inzidenzwert ist also Nachmeldungen zu verdanken, die auf Fehler zurückzuführen sind. Das findet sich auch beim RKI im großen Stil; dort finden sich täglich Nachmeldungen, die bis ins Frühjahr 2020 zurückreichen. Damit will ich nicht in Abrede stellen, dass alle Beteiligten sich alle erdenkliche Mühe geben – Nachmeldungen kommen vor und sie sollen auch nicht unter den Tisch fallen. Aber: sie geben ein falsches Bild, wenn wir sie einfach so auf den aktuellen Tageswert aufaddieren. Auch das mag noch nicht so schlimm sein. Wenn damit aber darüber entschieden wird, ob wir uns frei bewegen dürfen, Läden, Schulen und Kindergärten schließen müssen, dann ist das ein Skandal. Es wird damit offen eingeräumt, dass die Grundlage für die politischen Entscheidungen nicht stimmen.

## Und die Übersterblichkeit?!

Tatsächlich ist das mit der Übersterblichkeit gar nicht so einfach. Zum Beweis des schwedischen Versagens hat man z.B. in den „Qualitätsmedien“ auf die Todeszahlen hingewiesen. Sie lägen so hoch wie seit 150 Jahren nicht mehr. Absolut stimmt das. Bei Anwachsen der Gesamtbevölkerung ist das auch ziemlich trivial. 51.000 Tote bei 4 Millionen Einwohnern oder bei aktuell 10 Millionen sind ein großer, gemeiner Unterschied. Der Vergleich ist haarsträubend.

Aber jenseits dieser simplen Irreführungen ist die Sache ziemlich kompliziert. Wenn sich innerhalb der Jahre die Altersstruktur verändert, also z.B. die Bevölkerung Jahr für Jahr älter wird, dann ist auch mit einer Zunahme der Todesfälle zu rechnen. Ich kann das alles nicht beurteilen. Deshalb verlass ich mich mal auf die LMU-München. Von dort [veröffentlicht der Lehrstuhl für Statistik](#) am 11. Dezember 2020 folgendes:

1. *Todesfälle durch COVID-19 – Adjustiert auf die Einwohnerzahl zeigt sich keine ausgeprägte Übersterblichkeit [...]*
2. *Problematische Entwicklung der Fallzahlen bei den Hochbetagten – Die bisherigen Corona-Maßnahmen verfehlen notwendigen Schutz der Ältesten [...]*
3. *Aktuelle Analysen zum Verlauf der Pandemie: Kein deutlicher Rückgang nach dem Lockdown. Seit der 3. Oktoberwoche gibt es insgesamt einen stabilen Verlauf [...]*

Die [Frankfurter Zahlen](#) scheinen (wie die FAZ berichtet) in die gleiche Richtung zu gehen.

## Keine Obduktionen

Noch immer gilt übrigens, dass kaum obduziert wird. Dort wo es getan wird, findet man nur sehr sehr wenig „Covid-19 Tote“.<sup>[11]</sup> Aber das interessiert niemanden und das scheint man einfach nicht wissen/hören zu wollen. PCR-Test positiv und man ist COVID-19 Toter (siehe die 86jährige aus Dettelbach). Das gilt freilich nicht bei „Impftoten“. Treten Todesfälle nach Impfungen auf, werden – zurecht (!) – Obduktionen gefordert: man dürfe, so heißt es nun, nicht einfach durch die Korrelation Impfung/Todesfall auf eine Verursachung schließen. Bei PCR-Testung muss man das natürlich schon!?

## Es wäre noch so viel anzuführen

Es wäre noch so viel anzuführen. Wir könnten vom Unsinn sprechen, dass die Familie mit zwei Kindern die Oma zwar nicht besuchen darf (Besuchsbeschränkung auf eine haushaltsfremde Person), aber die Oma die Familie schon. Das [RKI](#) zwar das Tragen von FFP2-Masken nicht für sinnvoll hält und auf die Empfehlungen des *Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte* und der *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* verweist, wir aber ab heute FFP2-Masken tragen müssen, beim Einkaufen und beim Fahren mit den Öffis. (Warum eigentlich müssen die Mitarbeiter von Lebensmittelmärkten keine tragen? Weil sie's auf Dauer gar nicht dürften!)

## Moral – nichts als Moral

Aber lassen wir das. Es wird alles nichts nützen. Und es ist nur die Nachfrage eines Laien, der glaubt etwas nicht recht verstanden zu haben, weil ihm doch so viel widersprüchlich klingt.

Am Ende geht es um die moralische Frage, ob es richtig ist so zu handeln. Hätten die Skeptiker völlig unrecht und könnten schließlich alle Zweifel ausgeräumt werden, bliebe dennoch die moralische Frage, ob die Maßnahmen berechtigt sind. Meine (!) Antwort ist: nein. Andere geben eine andere Antwort und haben auch dafür ihre Gründe. Nicht alle Philosophen sind sich einig. Auch nicht alle Kantianer.

Man darf Menschenleben nicht gegeneinander aufrechnen. Das gilt absolut. Die Würde des Menschen ist unantastbar oder es gibt sie gar nicht. Das scheint aber nicht mehr zu interessieren. Sie sehen mich ratlos.

[1] Siehe dazu auch: <https://www.rhetorik-forum-nuernberg.de/soridalitaet/>

[2] Und ich würde auch Zweifel haben, dass wir „verhältnismäßig“ vorgehen, wenn wir im innerörtlich Privatfahrzeuge generell verbieten wollten, die nicht mit Bremssystemen ausgestattet sind, die durch KI automatisiert sind. Könnten die Betroffenen dann mit dem Hinweis beruhigt werden, dass schon im nächsten Jahr mit ausreichend Erweiterungssystemen für PKWs ab Baujahr 2018 zu rechnen sei und die Aufrüstung steuerlich auch gefördert werden würde?

[3] Alles [hier](#) nachzulesen.

[4] 2015: <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/notaufnahmen-sind-wegen-grippewelle-ueberlaufen-13454864.html> und <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/2015-02/grippewelle-krankenhaeuser-ueberlastet/>



Und 2017: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72938/Grippewelle-sorgt-fuer-ueberlastete-Kliniken> und <https://www.welt.de/regionales/bayern/article161869919/Kliniken-schliessen-wegen-Ueberlastung-ihre-Notaufnahmen.html> und <https://www.tagesspiegel.de/wissen/saisonale-influenza-grippewelle-trifft-usa-haerter-als-europa/20912844.html>

Und 2018: <https://www.ruhrnachrichten.de/dortmund/intensivstationen-meldeten-nichts-geht-mehr-1269870.html>

[5] Siehe dazu [meinen hämischen Beitrag](#) vom August.

[6] San Marino führt mit 65 Tote die Liste an, hat aber nur 33.000 Einwohner mit einer starken Altenheim-Struktur – und davon war ja oben bereits die Rede.

[7] Die ganze Studie findet sich hier: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/eci.13484>

[8] Es gibt eben Kinder und Frauenärzte, Zahn- und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und es gibt „Labor-Ärzte“ und die sind für Viren zuständig und nicht für tatsächlich infizierte Kranke.

[9] Die Veröffentlichung steht jetzt tatsächlich international unter Druck. In der Veröffentlichung, die das ganze Test-Szenario ausgelöst hat, wird m.W. von 45 Wiederholungen gesprochen! Also völlig unbrauchbar für die Feststellung einer Infektion. Man wird sehen, wie die Anfechtungen ausgehen.

[10] <https://www.nordbayern.de/region/nuernberg/panne-um-corona-zahlen-in-nurnberg-kritik-von-der-fdp-1.10746102>

[11] Auch der Neue, der Nachfolger von Klaus Püschel in Hamburg findet einfach nichts: <https://www.shz.de/regionales/hamburg/rechtsmediziner-ondruschka-hamburger-corona-tote-meist-ueber-80-jahre-alt-id30669072.html>.

## Category

1. Ethik

## Date Created

2021/01/18

## Author

highnrich