

Feministischer Zusammenschluss gegen den Corona-Lockdown: Corona-Krise oder Care-Notstand?

Wir fordern die Kritikfähigkeit zurück!

Wer gegenwärtig die staatlichen Zwangsmaßnahmen anzweifelt oder gar kritisiert, wird – auch und gerade in gesellschaftskritischen Kreisen – sofort der mangelnden Solidarität bezichtigt und beschuldigt, die für die Eindämmung der Pandemie lebensnotwendige Disziplin in der Bevölkerung zu untergraben. Angesichts der Toten in Italien steht jeder Einwand, ja selbst jede Frage, sofort mit dem Rücken zur Wand: „Du siehst doch, wie viele Menschen sterben!“ Dabei wissen wir, dass es keine Bilder gibt, die für sich selbst sprechen. Mit unseren Fragen bezweifeln wir nicht die Toten, sondern wir sagen, dass die Gründe dafür nicht evident, das heißt, in den Bildern selbst enthalten sind.

Wir verstehen uns als Teil der internationalen feministischen Streikbewegung, und wir melden uns zu Wort, weil wir das Gefühl nicht loswerden, dass der von der feministischen Bewegung seit Jahren skandalisierte Care-Notstand entnannt und unter dem Label einer Corona-Krise in etwas anderes verwandelt wird. Was die Spitäler an ihre Grenze bringt, ist nicht das Coronavirus, sondern das neoliberalen Finanzierungsmodell und der jahrelange Sparzwang, der es Einrichtungen wie Spitäler und Pflegeheimen nicht mehr erlaubt, auf einen sprunghaften Anstieg von Kranken, wie er sich auch während starken Grippeepidemien ereignen kann, adäquat zu reagieren.¹

Wir fordern seit Jahren, dass Care-Dienstleistungen nicht als Kostenfaktor dargestellt werden, weil sie die Grundlage jeder Gesellschaft bilden. Wir fordern seit Jahren, endlich zur Kenntnis zu nehmen, dass der Care-Sektor strukturell massiv unterfinanziert ist und dass nicht die Wirtschaft diesen subventioniert, sondern dass umgekehrt die Care-Arbeiter_innen mit ihrer schlecht oder gar nicht bezahlten Care-Arbeit den Rest der Wirtschaft subventionieren. Wir fordern seit Jahren ein Ende der unsinnigen Restrukturierungen im Care-Sektor, die versuchen, Care-Dienstleistungen wie eine Autoproduktion zu reorganisieren. Wir fordern das Ende des Todsparens von Krankenhäusern, Schulen, Pflegeheimen und Kitas – statt einer in ihrer Wirkung höchst zweifelhaften Maßregelung der Bevölkerung, die sämtliche demokratischen Grundrechte mit Füssen tritt. Wir fordern das Ende einer öffentlichen Berichterstattung, die keinen Raum mehr für divergierende Meinungen lässt und die Bevölkerung in Angst und Panik versetzt.

Wir sind zutiefst beunruhigt, in welcher Windeseile das kritische Denken aus der Öffentlichkeit verschwunden ist und wir sind bestürzt darüber, wie rasch wir uns diese haben nehmen lassen. Es gibt keine Öffentlichkeit mehr, wenn alle Plätze geschlossen und Versammlungen untersagt sind. In atemberaubendem Tempo haben wir die Haltung übernommen, dass wir jetzt alle eins sind und jede Infragestellung der Maßnahmen weitere Tote verursacht, für die wir die Verantwortung tragen. Wir scheinen vergessen zu haben, dass wir auch eine Verantwortung tragen, wenn wir nicht nachfragen.

¹ Vgl. dazu auch: <https://monde-diplomatique.de/artikel/!5672009>

Es gibt mittlerweile zahlreiche Stellungnahmen von Virolog_innen, Ärzt_innen und anderen Fachpersonen, die nicht in den offiziellen Konsens einstimmen und die Zweckmäßigkeit der gegenwärtigen Maßnahmen in Frage stellen. Wir verstehen nicht, warum diese Gegenstimmen und Kritiken von den Behörden und Entscheidungsträger_innen, aber auch von den öffentlichen Medien systematisch ausgespart, ja totgeschwiegen werden. Wir fordern alle Regierungen und die Öffentlichkeit auf, sich dieser Kritik zu stellen!

Da sich die meisten Menschen heute offenbar vorwiegend an den offiziellen Verlautbarungen orientieren, halten wir es für zentral, die wichtigsten Argumentationsstränge dieser Kritiken zusammenzufassen und einige der wichtigsten Quellen anzugeben, damit wir uns als Staatsbürgerinnen wieder ein eigenes Bild machen können. Es ist uns unverständlich, warum wir ausgerechnet in dieser äußerst ernsten Lage behaupten, dies zu tun sei einem Laien nicht möglich.

Uns macht misstrauisch, dass diese kritischen Stimmen sowohl in der offiziellen Berichterstattung wie offenbar auch in den Prozessen der Meinungsbildung der politischen Entscheidungsträger_innen fehlen. Es kann nicht sein, dass in einer Demokratie bei solch gravierenden und einschneidenden staatlichen Maßnahmen die politischen Entscheidungsträger_innen sich nicht umfassend, das heißt, plural informieren.²

Wir handeln, weil wir befürchten, in eine totalitäre Situation zu geraten. Und dies bezieht sich nicht nur auf die jetzige Situation, denn die aktuell getroffenen Entscheide haben auch Auswirkungen auf die Nach-Corona-Zeit.

Eine manipulative Berichterstattung: Was besagen die uns täglich vorgesetzten Zahlen?

Das Robert Koch-Institut, das in Deutschland regelmäßig über die neuesten Entwicklungen informiert, hält seine Pressekonferenzen vor einem blauen Hintergrund, auf dem geschrieben steht: „Evidenzen erzeugen, Wissen teilen – Gesundheit schützen“.³ Was anderes besagt dies, als dass die Evidenzen offenbar nicht vorliegen, sondern erst erzeugt werden müssen? Genau dies tut die öffentliche Berichterstattung, indem sie uns täglich mit Zahlen und Schaubildern von Kurven versorgt, die etwas Schlimmes darstellen sollen. Da wir diese Zahlen nicht einordnen können, weil uns die Vergleichsgrößen fehlen, sind sie nicht nur wenig aussagekräftig, sondern auch hochmanipulativ.

1) Vergleichsgrößen resp. Bezugsgrößen

Wie können wir beurteilen, ob 200 Tote pro Tag viel oder wenig sind? Damit eine solche Angabe irgendeinen Sinn hat, müsste sie in ein Verhältnis gesetzt werden, beispielsweise zur durchschnittlichen Sterblichkeit pro Tag oder zur Anzahl Toter pro Tag in derselben Jahreszeit eines Vorjahres. Auch das Aufaddieren der bisherigen auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Personen, die verstorben sind (vgl. Punkt 2), ist wenig sinnvoll, wenn diese Zahl nicht in ein Verhältnis gesetzt wird, beispielsweise zur Anzahl der an Grippe Verstorbenen

² Auf diesen Standpunkt stellt sich auch das *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19*: https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/thesenpapier_endfassung_200405.pdf, S. 8.

³ <https://www.youtube.com/watch?v=GiAAxSBzB4M>

eines anderen Jahres oder zur durchschnittlichen Anzahl Toter im selben saisonalen Zeitraum eines anderen Jahres (= Bandbreite der statistisch zu erwartenden Todesfälle).⁴ Ansonsten bleibt völlig unklar, ob es sich bei den in den Medien als „Corona-Tote“ Aufgelisteten um einen Teil der normalen Sterblichkeit handelt oder tatsächlich um ein außerordentliches Phänomen. Diese Argumentation findet sich auch in einem Beitrag auf BBC vom 1. April:

<https://www.bbc.com/news/health-51979654>

Dabei lägen diese Vergleichszahlen durchaus vor: So sterben beispielsweise in der Schweiz jährlich ca. 1000 bis 2500 Menschen an der Grippe, je nach Heftigkeit der Grippewelle.⁵

Bisher (Stand 9. April) sind in der Schweiz 700-900 auf SARS -CoV-2 positiv getestete Personen verstorben (Angaben divergieren je nach Quelle).

Im Winterhalbjahr sterben in der Schweiz täglich ca. 200 Menschen (alle Todesursachen). Im März dieses Jahres starben an einem Tag bisher maximal 54 auf SARS -CoV-2 positiv getestete Personen.⁶ Hierbei ist zu bedenken, dass wir bisher in der Schweiz eine besonders milde Grippeaison hatten. Um zu wissen, ob es sich bei den mit Covid-19 in Zusammenhang gebrachten Todesfällen um ein außergewöhnliches Phänomen handelt oder nicht, müsste man zumindest wissen, ob es neben diesen so bezeichneten Corona-Toten zusätzlich weitere Grippetote gibt oder nicht. Sind die Corona-Toten Teil der jährlich zu erwartenden Grippetoten, oder haben wir insgesamt tatsächlich mehr an einer schweren Atemwegserkrankung verstorbene Personen als in anderen Jahren? Diese Frage ist für eine Einschätzung der Lage absolut zentral.

Diese Frage drängt sich insbesondere deshalb auf, weil wir bisher bezüglich der sogenannten Übersterblichkeit⁷, aufgrund von der jährlich die Anzahl der an Grippe Verstorbenen geschätzt wird, in allen Ländern, außer in Italien, Spanien, England und Holland, immer noch unter den Spitzenwerten der Grippewellen der letzten fünf Jahren liegen. Das heißt, die Anzahl der diesjährigen Toten, die in Zusammenhang mit Covid-19 gebracht werden, ebenso wie die gesamte Übersterblichkeit, liegt sowohl von der absoluten Zahl wie insbesondere von der Anzahl Verstorbener pro Woche unter der in den besonders starken Grippeepidemien vergangener Jahre verzeichneten Anzahl der Toten. So starben in Deutschland in der Grippewelle 2017/18 rund 25'000 Menschen. Italien hatte 2016/17 eine besonders starke Grippewelle mit ebenfalls ca. 25'000 Grippetoten.⁸ Bisher sind in Italien 17'669 mit Covid-19 in Zusammenhang gebrachte Todesfälle verzeichnet (zu Italien vgl. weiter unten), in Deutschland 2'280 (Stand 9. April).

⁴ Diese Bandbreite der wöchentlich zu erwartenden Todesfälle wird in der Schweiz vom Bundesamt für Statistik dargestellt: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html>. Die täglich auf SARS -CoV-2 positiv getesteten Verstorbenen finden sich auf: <https://covid-19-schweiz.bagapps.ch/de-2.html>.

⁵ Die Anzahl der an Grippe Verstorbenen wird aufgrund der sog. Übersterblichkeit geschätzt. Vgl. dazu <https://interaktiv.tagesanzeiger.ch/2020/uebersterblichkeit-wegen-coronavirus/>; <https://www.infosperber.ch/Artikel/Gesundheit/Am-Ende-kann-man-Corona--nicht-von-Grippe-Toten unterscheiden.html>.

⁶ <https://covid-19-schweiz.bagapps.ch/de-2.html>

⁷ Das sind diejenigen Todesfälle, die über die o.g. Bandbreite der saisonal durchschnittlich zu erwartenden Todesfälle hinausgehen.

⁸ Zu Italien: <https://www.praxiskollektiv.de/aktuelles-zu-covid-19/> unter *Situation in Italien*; zu Deutschland <https://www.infosperber.ch/Artikel/Gesundheit/Am-Ende-kann-man-Corona--nicht-von-Grippe-Toten unterscheiden.html>. Diese Angaben finden sich in zahlreichen Publikationen, so auch im Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/19, S. 47. Hier finden sich diese Daten zurückreichend bis 2001/02.

Das Berliner *Praxiskollektiv Reiche 121* hält in seiner Stellungnahme fest:
<https://www.praxiskollektiv.de/aktuelles-zu-covid-19/>

„Eine wichtige Frage ist also: sind die gezählten Toten, die Covid19 positiv getestet wurden, ein normaler Teil der Toten, die im Durchschnitt und eventuell saisonal verstärkt zu verzeichnen sind? Es wäre dann durchaus denkbar, dass sich zwar zweifellos ein neuer Virus in der Bevölkerung exponentiell ausgetragen hat, jedoch ohne relevant die Gesamtsterblichkeit zu beeinflussen. In diesem Fall wären die getroffenen Massnahmen völlig sinnlos und würden, statt präventiv zu wirken, enormen Schaden in vielen Bereichen unseres Lebens anrichten. Diese Frage wird selten diskutiert.“

Über die Übersterblichkeit in Europa gibt die eigens für die Grippeüberwachung eingerichtete Statistik *Euromomo* Auskunft, die sind Länder einzeln aufführt:
https://www.euromomo.eu/outputs/zscore_country_total.html

Das *Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin* schreibt in seiner Stellungnahme *COVID-19: Wo ist die Evidenz?*
<https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/covid-19-wo-ist-die-evidenz>

„Aus der Perspektive der EbM bleiben jedoch all diese Zahlen nur eingeschränkt verwertbar, wenn die Gesamt mortalität der Bevölkerung, die Gesamtkrankheitslast durch Influenza-like-Infections sowie deren CFR's (Case Fatality Rate) als Bezugsgröße fehlen.“

„Die mediale Berichterstattung berücksichtigt () in keiner Weise die von uns geforderten Kriterien einer evidenzbasierten Risikokommunikation. (...) Die Darstellung von Rohdaten ohne Bezug zu anderen Todesursachen führt zur Überschätzung des Risikos.“

Das *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19*, das von einem interdisziplinären Team aus Pflege, Medizin und Recht verfasst wurde hält fest:
https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/thesenpapier_endfassung_200405.pdf

„Die zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten (gemeldete Infektionen, Letalität) sind nicht hinreichend, die Ausbreitung und das Ausbreitungsmuster der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie zu beschreiben, und können daher nur eingeschränkt zur Absicherung weitreichender Entscheidungen dienen.“ (S. 4)

2) Sterben mit oder am Virus SARS-CoV-2?

Kritiker_innen sehen das Hauptproblem in der Einschätzung der Gefährlichkeit des neuen Virus SARS-CoV-2 darin, dass gegenwärtig nicht unterschieden wird, ob eine Person mit oder am Virus stirbt.⁹ So hat das Robert Koch-Institut jüngst bestätigt, dass es alle Verstorbenen,

⁹ Eine gute Zusammenstellung von Stellungnahmen zu diesem Problem von ganz unterschiedlicher Seite findet sich auf der vom *Praxiskollektiv Reiche 121* Berlin aufgeschalteten Informationsplattform zu Covid-19:
<https://www.praxiskollektiv.de/aktuelles-zu-covid-19/>

die mit SARS-CoV-2 infiziert waren, als Covid-19-Todesfälle registriert.¹⁰ Dies entspricht nicht den Richtlinien der WHO, die bei der Angabe der Todesursache die Nennung der Grunderkrankung verlangt. So hält auch das Netzwerk EbM fest: „Zu einer Überschätzung der CFR (Case fatality rate) kommt es auch, wenn bei Verstorbenen eine Infektion mit SARS-CoV-2 zwar nachgewiesen wird, diese jedoch nicht den Tod herbeigeführt hat.“¹¹

Diese Praxis ist insbesondere auch für Italien relevant: 99% der mit SARS-CoV-2 infizierten Verstorbenen littten an einer bis drei schweren Vorerkrankungen, die auch in sich zum Tode führen können.¹² Allerdings müsste hier sehr viel genauer erhoben werden, welche von diesen Vorerkrankungen an sich tödlich sind bzw. es im einzelnen Fall waren und welche nicht. Zu Italien fehlen uns solche Angaben.¹³

Dass die Letalität (= Sterblichkeit im Verhältnis zu den Infizierten) von Covid-19 nicht aufgrund der Anzahl der positiv Getesteten errechnet werden kann, da die Dunkelziffer der Infizierten aufgrund der oftmals mild verlaufenden Symptome hoch ist und kaum angegeben werden kann, ist mittlerweile auch in der offiziellen Berichterstattung zu lesen. Das *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19* hält dazu fest: „Die Zahlen zur Sterblichkeit (Case Fatality Rate) überschätzen derzeit das Problem und können nicht valide interpretiert werden. (...) Es ist derzeit nicht bekannt, auf wie viel infizierte Personen die Zahl der gestorbenen Patienten zu beziehen ist.“ (S. 5)

So ist denn auch die Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 in Fachkreisen umstritten: *The New England Journal of Medicine* 382; 13 (March 26, 2020) vermutet aufgrund einer Studie aus Wuhan (Li Q, Guan X, Wu P), dass die *Case fatality rate* (Letalität) von Covid-19 nicht signifikant höher liegt als bei einer Grippe. Zu einem ähnlichen Schluss kommt eine als Vorabdruck vorliegende Studie aus Frankreich, die für das *International Journal of Antimicrobial Agents* verfasst wurde (Yanis Roussel et al.): Sie vergleicht die Letalität von SARS-CoV-2 mit derjenigen der bisher bekannten Coronaviren in den OECD Ländern und kommt zum Schluss, dass SARS-CoV-2 sich von der Letalität her vermutlich nicht markant von anderen Coronaviren unterscheidet.¹⁴

Die für diese Frage aufschlussreichste Studie ist die derzeit unter dem Virologen Hendrik Streeck durchgeführte Studie im Kreis Heinsberg, der stark von der Epidemie betroffen war. Da hier in einer repräsentativen Stichprobe 1000 Bürger_innen untersucht wurden, können genaue Angaben über die tatsächliche Anzahl der Infizierten und damit über die Letalität gemacht werden. Diese beträgt 0,37% und liegt damit fünf Mal tiefer als vom Robert Koch-

¹⁰ „Bei uns gilt als Corona-Todesfall jemand, bei dem eine Coronavirus-Infektion nachgewiesen wurde“, sagt der Präsident des RKI am 20 März auf die Frage einer Journalistin:

<https://www.youtube.com/watch?v=tI5SnAirYLw&feature=youtu.be&t=985>

¹¹ <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/covid-19-wo-ist-die-evidenz>

¹² <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-18/99-of-those-who-died-from-virus-had-other-illness-italy-says>

Quelle: ISS Italy National Health Institute, March 17 sample

¹³ An dieser Stelle habe wir zunächst auf die Studie von Prof. Dr. Püschel, Pathologe und Direktor des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Eppendorf, hingewiesen. Wir haben Püschel wegen seiner gesellschaftspolitischen Einstellung und frauenfeindlichen Tätigkeiten als Pathologe wieder entfernt. Seine Obduktionsergebnisse halten wir aber durchaus für bemerkenswert: <https://www.zdf.de/gesellschaft/markus-lanz/markus-lanz-vom-9-april-2020-100.html>

¹⁴ Editorial zur Studie von Li et al.: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM2002387> und Studie aus Frankreich: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972>

Institut bisher angenommen. Diese Zahl ist absolut relevant, denn die bisherigen Lockdown-Massnahmen wurden vor allem auch mit der hohen Letalität von Covid-19 begründet. Zum Vergleich: Die Letalität von Influenzaviren wird normalerweise mit 0,1% angegeben.

<https://www.zdf.de/gesellschaft/markus-lanz/markus-lanz-vom-9-april-2020-100.html>

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Letalität auch von anderen Faktoren abhängig ist, insbesondere von der Qualität des Gesundheitssystems im jeweiligen Land (weitere Gründe siehe unter dem Abschnitt zu Italien). So macht Jean-Dominique Michel, Sozialanthropologe und Public Health Experte aus Genf, in einem Blogbeitrag darauf aufmerksam, dass die Zahl der in Zusammenhang mit Covid-19 Verstorbenen in den einzelnen Ländern auffällig mit dem Abbau von Betten auf Intensivstationen der letzten 20 Jahre korreliert: Italien, Frankreich und die Schweiz sind sowohl bei der Anzahl Sterbefälle wie beim Abbau von Intensivbetten über die letzten 20 Jahre führend.¹⁵ Italien und Spanien wurden nach der Finanzkrise 2008 gezwungen, drastische Einschnitte im Gesundheitswesen durchzuführen, was vor allem bedeutete, noch mehr Spitalbetten abzubauen:

https://www.woz.ch/2016/europa-in-der-krise/bonds-statt-folterwerkzeuge?fbclid=IwAR1-E1GgMr6-JfLzR_ZlhMM66jbA6w6cLqmVu9k1yN4202_XK2tvgOt6N5E

Dieser Abbau ist auch ein Effekt der Einführung von DRG (Fallpauschalen), wie ein Artikel im *Freitag* plausibel darlegt: Der Kern der deutschen Krankenhausmisere:

<https://www.freitag.de/autoren/der-freitag/der-kern-der-deutschen-krankenhausmisere>.

DRG als Modus der Krankenhausfinanzierung erlauben es einem Krankenhaus nicht, ungenutzte Betten zu haben, da grundsätzlich nur noch erbrachte Leistungen vergütet werden. Dieser Finanzierungsmodus schliesst also Vorkehrungen für eine mögliche Epidemie zum Vornherein aus.

3) Anzahl der Neuinfektionen: Die Fraglichkeit der „Kurve“

Grundsätzlich ist in Frage zu stellen, ob das Schaubild der Neuinfizierten, das gegenwärtig die Welt in Atem hält und das ein angeblich exponentielles Wachstum zeigt, wissenschaftlich haltbar ist. Denn es ist unklar, ob der Anstieg einen realen Anstieg von Neuinfizierten darstellt oder lediglich eine erhöhte Testtätigkeit (die zwangsläufig mehr positiv Getestete ausweist).¹⁶ Da in allen Ländern zunächst ein akuter Mangel an verfügbaren Test bestand, der nun nach und nach aufgehoben wird, weitet sich die Testtätigkeit laufend aus. So macht der am Universitätsspital Zürich tätige Biophysiker Felix Scholkmann anhand von Schaubildern, die er auf Twitter veröffentlicht,¹⁷ darauf aufmerksam, dass der Anstieg der Anzahl positiv Getesteter strikt mit der Steigerung der Anzahl Tests korreliert oder anders formuliert: Im Verhältnis zur Anzahl der Tests bleibt die Anzahl positiv Getesteter konstant. Streng genommen können wir über den Anstieg der Neuinfektionen keine Aussage machen, weil wir nicht wissen, wie groß deren Zahl zu Beginn der Messungen war, als noch keine genügende Testkapazität vorhanden war. Wir fordern deshalb, dass offen gelegt wird, dass diese „Kurve“ der Neuinfizierungen auf unklaren Daten basiert und deshalb irreführend ist.

¹⁵ <http://jdmichel.blog.tdg.ch/archive/2020/03/18/covid-19-fin-de-partie-305096.html>

¹⁶ Vgl. dazu *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19*, S. 5/10f. Eine sehr gute Kritik an der offiziellen Desinformationspolitik mit fraglichen Schaubildern findet sich für die Schweiz auf der medienkritischen Plattform Infosperber: <https://www.infosperber.ch/Artikel/Gesundheit/Corona-Statt-zu-informieren-fuhren-Behorden-eine-PR-Kampagne>

¹⁷ <https://twitter.com/FScholkmann/status/1246122535793680386>

Im *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19* steht dazu, wiederum für Deutschland:

„Die Zahl der täglich beim RKI gemeldeten Fälle wird in hohem Maße durch die Testverfügbarkeit und Anwendungshäufigkeit beeinflusst. (...) Unter Berücksichtigung dieser anlassbezogenen Teststrategie ist es nicht sinnvoll, von einer sog. Verdopplungszeit zu sprechen und von dieser Maßzahl weitreichende Entscheidungen abhängig zu machen.“ (S. 10)

Wenn der Lockdown dazu dienen soll, diese Kurve „abzuflachen“, wie es in der offizielle Sprachregelung heißt, so stellen sich hier zahlreiche Fragen, vor allem die, aufgrund von welchen Berechnungen die Prognosen gemacht werden, die uns alle in Angst und Schrecken versetzen und uns diesen Lockdown so willig akzeptieren lassen.

Um eine Aussage über die tatsächliche Ausbreitungsgeschwindigkeit machen zu können, müsste die Bevölkerung einer begrenzten Region in regelmäßigen Abständen vollständig getestet werden. Dies wäre durchaus möglich und machbar. Es geschieht aber nicht, und wir fragen uns warum.

4. Quellen

Die genannten Punkte sind lediglich einige zentrale Aspekte, die wir den Argumenten folgender Virolog_innen, Ärzt_innen, Wissenschaftler_innen, Pflegefachpersonen und Kollektiven entnommen haben:

- *Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19* vom 5. April. Autoren: Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Universität Köln / Hedwig François-Kettler, Pflegemanagerin, Berlin / Dr. med. Matthias Gruhl, Arzt Hambur/Bremen / Franz Knieps, Jurist Berlin / Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Universität Köln / Prof Dr. rer.nat. Gerd Glaeske, Universität Bremen.
https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/thesenpapier_endfassung_200405.pdf
- *Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.v.*
<https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/covid-19-wo-ist-die-evidenz>
- *ÄrztInnenkollektiv: Praxiskollektiv Reiche 121 e.G., Berlin*
<https://www.praxiskollektiv.de/aktuelles-zu-covid-19/>
mit
Aufruf: Gegen das Diktat der Angst:
<https://www.praxiskollektiv.de/aufruf-gegen-die-angst/>
- Prof. John P.A. Ioannidis von der Universität Standford, einer der weltweit führenden Spezialisten auf dem Gebiet der Klinischen Epidemiologie, warnt am 17. März in der Zeitschrift *STAT Reports*, dass die derzeit getroffenen Maßnahmen eines Lockdown nicht auf verlässlichen Daten basieren, die diese als sinnvoll erscheinen lassen. Der Lockdown selbst verursache mehr Schaden als das Virus.
<https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>

In einem Interview führt er seine Überlegungen weiter aus:

<https://www.youtube.com/watch?v=d6MZY-2fcBw>

- Prof. Dr. Hendrik Streeck, Direktor des Institutes für Virologie und HIV-Forschung an der Universität Bonn. Er kritisiert die mangelnde Datenlage, die kaum eine Grundlage für zu treffende Massnahmen liefern kann. In der von ihm mitgeleiteten Studie im Kreis Heinsberg (Deutschland) stellt sein Team eine Letalität von Covid-19 von 0,37% fest. Das ist eine wesentlich tiefere Letalität, als bisher angenommen.

<https://www.zdf.de/gesellschaft/markus-lanz/markus-lanz-vom-9-april-2020-100.html> und

<https://www.youtube.com/watch?v=VP7La2bkOMo>

Im Folgenden sind einige der sich im Netz äußernden Virolog_innen genannt, die der offiziellen Berichterstattung über die Gefährlichkeit von Covid-19 widersprechen und davor warnen, dass die nun getroffenen staatlichen Maßnahmen sich nicht oder gar negativ auf die weitere Entwicklung der Pandemie auswirken (Gefahr einer noch stärkeren zweiten Welle) und der Gesundheit der Bevölkerung schaden.

- Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, emeritiert an der Universität Mainz und einer der bedeutendsten Virologen Deutschlands, hat in einem offenen Brief an Frau Merkel dargelegt, dass die Datenlage die gegenwärtigen Maßnahmen eines Lockdown nicht rechtfertigt. Er stellt in erster Linie Fragen zur Erhebung der Daten, die bekanntgegeben werden und welche Daten aus seiner Sicht für eine Einschätzung der Lage notwendig wären.
<https://www.youtube.com/watch?v=UxaAgqBtn7A>
- Prof. Dr. Ilaria Capua, italienische Virologin, ehem. WHO-Forscherin und Leiterin des Zentrums *One Health* der Universität von Florida, plädiert für einen vorsichtigen Umgang mit den bisher erhobenen Daten. Insbesondere könne die Situation in Norditalien nicht verallgemeinert werden, sondern bedürfe der genauen Klärung der dortigen Situation:
<https://www.youtube.com/watch?v=1evnGCzuCwQ> und
<https://www.youtube.com/watch?v=z9WsX3hdCyU>
- Prof. Dr. Karin Mölling, Virologin, emeritiert an der Universität Zürich, warnt vor einer Darstellung von SARS-CoV-2 als „Killervirus“.
https://www.radioeins.de/programm/sendungen/die_profis/archivierte_sendungen/beitraege/corona-virus-kein-killervirus.html?fbclid=IwAR3FE6OPqMWkD-r65hGRsxMYcu70oVPO_Goqt144FjefrzgdbSbCL6zVwAc
- Der Immunologe und Toxikologe Prof. Dr. Stefan Hockertz hält in einem Radiobeitrag fest, dass Covid-19 die gleiche Gefährlichkeit hat wie Influenza und dass die Angst davor und die ergriffenen Maßnahmen viel gefährlicher seien.
<https://www.youtube.com/watch?v=7wfb-BOBWmo> und:
<https://corona.rs2.de/blog/interview/das-virus-macht-uns-nicht-krank/>
- Dr. Carsten Scheller, Prof. für Virologie an der Universität Würzburg, vergleicht [in seinem Podcast](#) Covid-19 von der Gefährlichkeit her mit einem Influenzavirus. Hier gibt er in einer Stellungnahme Antworten auf die Frage eines Journalisten:
<https://www.youtube.com/watch?v=w-uub0urNfw>

- Prof. Dr. Pietro Vernazza, Chefarzt der Infektiologie und seit 1985 beim Kantonsspital St. Gallen tätig, kommt aufgrund der oben erwähnten Studie aus Wuhan (Li Q. et al.) zum Schluss, dass die Epidemie in ihrer Gefährlichkeit stark überschätzt wird.
<https://infekt.ch/2020/03/neues-verstaendnis-der-covid-19-epidemie/>
- Dr. Wolfgang Wodarg¹⁸, Lungenfacharzt und Gesundheitswissenschaftler, Mitglied der SPD und langjähriger Bundestagsabgeordneter, war einer der ersten Ärzte, der sich öffentlich gegen die staatlichen Lockdown-Maßnahmen aussprach und vor einer Panik warnte.
<https://www.wodarg.com/> und in einem Interview:
<https://soundcloud.com/radiomuenchen/covid-19-test-testet-alle-corona-viren-dr-wolfgang-wodarg>
- Des Weiteren möchten wir auf den Sonderweg hinweisen, den Schweden momentan begeht. Laut *Euromomo* ist bis zur Woche 14¹⁹ in Schweden sogar ein kleiner Rückgang der insgesamt geringen Gesamtsterblichkeit zu verzeichnen, obwohl Schweden bisher auf einen Lockdown verzichtet hat. Schweden strebt an, dass ausgehend von den Kindern eine Herdenimmunität in der Bevölkerung entsteht und schützt nur die Personengruppen, für die eine Covid-19 Erkrankung tödlich sein kann. Mit zeitlichem Abstand wäre ein Vergleich der unterschiedlichen staatlichen Massnahmen und der daraus resultierenden (gesundheitlichen) Folgen erstrebenswert.

Wir sind keine Naturwissenschaftlerinnen oder Virologen und wir arbeiten unter großem Zeitdruck. Von daher kann es sein, dass sich in diesem Abschnitt Fehler in unsere Angaben eingeschlichen haben. Wir haben versucht, sorgfältig zu recherchieren, aber das schließt Fehler nicht aus.

¹⁸ Wolfgang Wodarg wurde sowohl in den Social Medias wie in den öffentlichen Medien aufs heftigste angegriffen, ohne dass auf argumentativer Ebene auf seine Kritik eingegangen wird. Wir geben hier die Stellungnahme des *Praxiskollektivs Reiche 121* wieder:

Eine abweichende Meinung zur prognostizierten Gefahr vertritt auch der SPD-Gesundheitspolitiker und ehemalige Amtsarzt Wolfgang Wodarg. Auf seiner Homepage bemüht er sich, epidemiologische Zusammenhänge zu erklären und einzuordnen.

Wolfgang Wodarg wird derzeit in einigen sozialen Medien als Verschwörungstheoretiker diffamiert und verleumdet. Der Vorwurf lautet, er habe auch Medien, die Verschwörungstheorien verbreiten bzw. Kontakte zu Rechten haben, Interviews gegeben, bzw. werde von diesen zitiert. Wir kennen Wolfgang Wodarg als progressiven Sozialdemokraten, der als Humanist und Arzt frei von wirtschaftlichen Interessenkonflikten mit nüchternen Analysen und Untersuchungen versucht, ethisch und aufklärerisch die Interessen von Patient*innen zu vertreten. Seine Entscheidung, auch umstrittenen Medien Interviews zu geben, kann kritisiert werden, ihm deshalb eine Nähe zu rechten Verschwörungstheoretikern zu unterstellen ist abwegig.

Derzeit läuft eine Kampagne unter Beteiligung von Leitmedien wie Tagesspiegel, Welt und Spiegel, die versucht, mit allen Mitteln Wodarg zu diskreditieren. Sämtliche "Faktenchecks" dieser Medien bestätigen die grundsätzliche Richtigkeit seiner Feststellungen, unterstellen ihm dann aber zusätzlich andere Aussagen und führen dagegen durchweg lediglich Annahmen an, die zur Diskussion vielleicht taugen, zur Widerlegung wahrlich nicht. Der Konjunktiv, also die Möglichkeitsform, ist bei der Gegenargumentation in der Regel der durchgehende Modus.

¹⁹ https://www.euromomo.eu/outputs/zscore_country_total.html Vgl. Zu Schweden auch:
<https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/03/coronavirus-swedish-experiment-could-prove-britain-wrong/>

Die Lage in Italien

Wir fordern eine differenzierte Untersuchung der Gründe für die grossen regionalen Unterschiede, nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb von Ländern.

Für die besondere Lage in Norditalien werden u.a. folgende Gründe geltend gemacht:

- Norditalien hat eine ähnlich hohe Luftverschmutzung wie Wuhan und die höchste Luftverschmutzung in Europa
- die Bevölkerung in Italien ist im Durchschnitt wesentlich älter als sonst in Europa
- in Norditalien gab es zwei grosse Umweltkatastrophen: der Asbest-Skandal und Seveso. Beide Katastrophen führten zu Lungenerkrankungen mit vielen Toten und wohl auch zu Langzeitwirkungen
- in Italien gibt es eine hohe Resistenz gegen Antibiotika in der Bevölkerung
- im europäischen Vergleich hat Italien die höchste Anzahl von Krankenhauskeimen
- rückblickend scheint auch eine zu rasche Intubation aus Angst vor Ansteckung stattgefunden zu haben.

Des Weiteren verweisen wir auf die sehr gute Zusammenstellung der Gründe, die in Italien zu dieser humanitären Katastrophe beigetragen haben, die das *Praxiskollektiv Reiche 121* zur Verfügung stellt:

<https://www.praxiskollektiv.de/aktuelles-zu-covid-19/> Abschnitt: „Situation in Italien - Apokalypse, trauriger Normalzustand in Kombination mit Massenpanik oder regionale Besonderheit?“. Dort findet sich auch ein ausführliches PDF.

Worum geht es bei diesen Maßnahmen?

„Für die europäischen Demokratien muss (...) der nicht verhandelbare Grundsatz gelten, dass die demokratische Gesellschaftsform nicht gegen Gesundheit ausgespielt werden darf.“

Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-COV-2/Covid-19, S. 25

Wir haben Verständnis dafür, dass die Staaten aufgrund einer nicht-einschätzbaren Gefahr sich zunächst zu raschem Handeln veranlasst sahen. Was wir jedoch nicht verstehen, ist, warum nach dieser ersten Reaktion nicht auch diejenigen Stimmen angehört werden, welche Zweifel an der Zweckmäßigkeit der getroffenen Lockdown-Maßnahmen äußern und auch die virologische Gefahr anders einschätzen.

Da aufgrund der jetzigen Strategien kein Ende der Maßnahmen in Sicht ist (auch nach einer Lockerung können diese jederzeit wieder eingeführt werden, wenn es weitere Wellen von Covid-19-Erkrankungen geben sollte), fürchten wir eine Verfestigung von Maßnahmen, die unter normalen Umständen für eine Demokratie absolut undenkbar wären, auf unabsehbare Zeit.

Wir sind mit Hannah Arendt besorgt darüber, dass die gegenwärtigen Maßnahmen zu einer gesamtgesellschaftlichen Destabilisierung führen. Aus der Geschichte wissen wir, dass solche Zustände dazu verwendet werden können, Maßnahmen bis hin zu totalitären Einschränkungen von grundlegenden bürgerlichen Rechten zu rechtfertigen.

Deshalb fragen wir:

- Warum werden in Forschung und Anwendung nicht vorrangig Immunitätstests vorangetrieben? Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum immune Menschen zuhause eingeschlossen bleiben sollen und man Immunitätstests nicht in großem Stil durchführt.
- Warum werden wichtige Schutzbestimmungen für das Spitalpersonal präventiv aufgehoben, obwohl das geltende Gesetz bereits sehr lange Arbeitszeiten vorsieht? Für die Schweiz:
<https://vpod.ch/brennpunkte/coronavirus/petition-fuer-das-gesundheitspersonal/>
<https://www.woz.ch/-a763>
- Unsere Hauptfrage aber ist: Werden die Lockdown-Maßnahmen nicht mehr Todesopfer fordern als Covid-19?

Wir fordern deshalb:

- eine Statistik über die auf die Maßnahmen zurückgehenden Suizide, über die Gewalt an Kindern von überforderten Eltern, über die Gewalt an Frauen und insbesondere auch über die mögliche Zunahme von Femiziden unter den Lockdown-Maßnahmen.
- eine Statistik darüber, wie viele Personen in Folge der Maßnahmen hungern, weil sie keinen Job mit Lohnfortzahlungen haben, sondern im informellen Bereich arbeiten, von Schwarzarbeit leben oder sonst wie prekarisiert sind.
- Untersuchungen über die Verschärfungen der bereits jetzt vorhandenen sozialen Ungleichheiten, infolge Entlassungen, Arbeitslosigkeit etc.

Insbesondere finden wir es inakzeptabel, dass durch die gegenwärtigen Maßnahmen, die Schließung aller Grenzen und den Rückzug der Länder auf ihre ‚eigene‘ Nation die Situation der Flüchtlinge in der Ägäis und in den Lagern vor den Toren Europas nochmals massiv verschlechtert wird. Wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, dass diese Toten nicht gleich viel zählen wie die Toten in Europa. Daher fordern wir, dass auch über diese Toten ebenso prominent berichtet wird wie über die Pandemie.

Ansonsten können wir uns des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich bei diesen Maßnahmen nicht um den Schutz einer größtmöglichen Zahl von Menschen handelt, sondern um etwas anderes, das wir bisher nicht verstehen.

Ein Angriff auf die Errungenschaften der Frauenbewegung

Mit dem Lockdown werden sämtliche Erkenntnisse und Errungenschaften der Frauenbewegung der letzten 50 Jahre an die Wand gefahren. Es ist absurd anzunehmen, es sei möglich, gleichzeitig im Homeoffice zu arbeiten und daneben die Kinder zu betreuen. Zudem fordert das Homeschooling die Eltern weit über die normale Betreuungsarbeit hinaus.

Wir verstehen nicht, warum Erziehungsverantwortliche mit dem Lockdown nicht freigestellt wurden. Wir fordern, dass die Gewerkschaften sich dieser Thematik annehmen und zu einem Streik für all diejenigen aufrufen, denen Homeoffice und Kinderbetreuung in Einem zugemutet wird.

Des Weiteren befürchten wir, dass diese Maßnahmen dazu verwendet werden:

- auf lange Sicht die Arbeitsrechte des Pflege- und Gesundheitspersonals zu untergraben und dieses in einen permanenten Ausnahmezustand zu versetzen
- eine breite Bevölkerungsschicht (Kleinbetriebe, Selbstständigerwerbende, Entlassene etc.) in eine Verschuldung und damit in eine Abhängigkeit zu treiben, die diese von sich aus nie eingehen würden
- die Digitalisierung der Bildung in einem Ausmaß voranzutreiben, die unter normalen Bedingungen niemals akzeptiert würde.

Initiative

Dieser Aufruf wurde verfasst vom Kollektiv:

Feministischer Zusammenschluss gegen Denkblockaden – Corona-Krise oder Care-Notstand?

Iana, Migrantin und in der Bildung tätig, Zürich

Katja, Lektorin und Feministin, Zürich

Lydia Elmer, Berufsfachschullehrerin, Zürich

Nora de Baan, Künstlerin und Feministin, Zürich

Patrizia, Wen-Do Trainerin und antikapitalistische Feministin, Zürich

Susanne, Pflegefachfrau und antikapitalistische Feministin, Zürich

Tove Soiland, Feministische Theoretikerin und Marxistin, Zürich

Erstunterzeichnerinnen:

Barbara Duden, Historikerin, Berlin; Kirsten Vogeler, Physikerin, Berlin; Iris Vollenweider, Selbständige Projekt- und Immobilienentwicklerin, Feministin, Zürich; Anna Hartmann, Sozialwissenschaftlerin, Berlin und Wuppertal; Angelika Grubner, Psychotherapeutin, Diplomierte Sozialarbeiterin, Studentin, Feministin, Wien und Pitten; Alexandra Grubner, AHS-Lehrerin und Feministin, Wien; Johanna Grubner, Soziologin und Feministin, Linz; Barbara Grubner, Sozialwissenschaftlerin und Feministin, Wien; Bernadette Grubner, Literaturwissenschaftlerin und Feministin, Berlin.