

<https://www.infobae.com/coronavirus/2020/03/28/para-un-prestigioso-cientifico-argentino-el-coronavirus-no-merece-que-el-planeta-este-en-un-estado-de-parate-total/>

# Para un prestigioso científico argentino, “el coronavirus no merece que el planeta esté en un estado de parate total”

Pablo Goldschmidt, un reconocido virólogo, habló con Infobae desde Mónaco - donde vive y transcurre su cuarentena francesa- y lanzó polémicas definiciones sobre el número de casos y la idoneidad de la OMS, la oscura razón de tantos muertos en Lombardía, Italia, y culpó por los decesos, más que al virus, a los deficientes sistemas de salud

Como alguien que nada contra la corriente, el doctor Paul Goldschmidt (nacido en nuestro país hace 65 años -los cumplió hace dos días-, que vive hace 40 en Francia), lleva desde hace años una lucha contra el pánico a los virus. Su libro “La gente y los microbios”, donde explica la psicosis que generaron la gripe H1N1 y el SARS, así lo atestigua.

Ahora, este virólogo jubilado del Ministerio de Salud de Francia, que pasa sus días en su departamento de Mónaco, **la emprende contra los cálculos que la Organización Mundial de la Salud hizo sobre los alcances del coronavirus COVID-19, que ya contagió a 595953 personas y mató a 27333 (690 y 17 respectivamente en la Argentina)** aunque Goldschmidt lo relativizará.

“Estamos todos encerrados. Hay drones en Niza que le hacen multas a la gente desde el aire. Mire donde llegó este control. Hay que leer a Hannah Arendt, mirar cómo fueron los orígenes del totalitarismo. Cuando alguien le mete miedo al pueblo, hace lo que quiere con él...”, sostiene. Y si se le hace notar que por su edad

está en el grupo de riesgo, lo asumirá: "Pero claro... todos estamos en riesgo. Pero hay gente de 80 que está fantástica".

**-¿Por qué sostiene que hay una paranoia injustificada con el coronavirus?**

-Mire, este tipo de enfermedades no merecen que el planeta esté en un estado de parate total, salvo que haya predicciones que sean realistas.



El staff médico del hospital San Raffaele de Milán trata a un paciente con COVID-19. REUTERS/Flavio Lo Scalzo

**-¿Y no las hay?**

-En el Imperial College de Londres, que tiene un servicio muy bueno de epidemiología y de predicciones matemáticas, hay un profesor, (Neil) Ferguson, que hizo el modelo de las curvas que se achatan, o no, en epidemiología. Y que fue tomado para todas las decisiones políticas gubernamentales por consejo de la Organización Mundial de la Salud, sin discutir ni poner en tela de juicio las ecuaciones. Yo desde el principio empecé a analizar esto y vi que había algo raro. A mi eso no me cerraba. **Anteanoche, este señor Ferguson dijo que la proyección que hicieron debía ser masivamente disminuida -tal la palabra que usó en inglés- con respecto a las cifras de muertes.**

**-¿Que significa?**

-Que, por ejemplo, para los Estados Unidos él proyectó con su modelo -que todo el mundo está utilizando en este momento sin siquiera cuestionarlo-, 2.200.000 fallecimientos; y 500 mil en el Reino Unido si no se tomaban las medidas de achatar la curva y todo lo que significaba eso. Ahora dice que no, que las predicciones no parecen ser exactas. Lo mismo que sucedió con el H1N1. Predijeron muchísimas menos muertes ahora, siempre que se mantengan las medidas de cierre como las que tomaron los gobiernos. Las estimaciones son mucho más bajas.

### **-Pero por el bloqueo...**

-Dice que el bloqueo las va a mantener. Pero el bloqueo para achatar la curva se hizo en función de los primeros cálculos, que daban un coeficiente de transmisibilidad y mortalidad mayor. Pero ahora dice que ya no es como le daba antes, que está en el orden del 3 o 2,5, dentro de los valores de la gripe. Y dijo el miércoles que, por las estimaciones que revisó y las medidas de cierre adoptadas por el gobierno británico, los hospitales van a atender a la gente infectada y **morirán más o menos 20 mil personas por el virus... o por la excitación que van a provocar otras dolencias asociadas al virus.**

### **-¿Qué tipo de dolencias?**

-Infartos, accidentes cerebro vasculares... **Porque usted va al hospital y si muere por un infarto, dirán que murió por el virus. El problema es que ahora se mezcla todo. Una persona que llegue por una tentativa de suicidio y que se tomó un remedio por estar resfriada, murió por el virus.** Alguien con un ACV mal manejado, si está resfriado, murió por el virus, no por el accidente cerebro vascular. El dice que hay que corregir la cifras porque solo se está considerando eso. Por supuesto, en Oxford hay otro epidemiólogo que dice estar sorprendido porque se haya aceptado de manera tan incondicional por parte de las organizaciones internacionales el modelo de Imperial College. Ellos están haciendo otro tipo de modelo predictivo y dicen que este virus se ha propagado de una manera invisible y descontrolada por lo menos un mes antes de lo que cualquiera hubiera sospechado, y si se empieza a hacer test a la población probablemente la mitad haya sido infectada, y que entonces la mortalidad es mucho más baja y el riesgo también. Si eso es verdad, uno de cada mil infectados sería el que enferme y necesitaría hospitalización, porque el 86 por ciento no tiene síntomas serios. Esto apareció ayer en Inglaterra.

Terapia intensiva en el hospital San Raffaele de Milán, Italy.  
REUTERS/Flavio Lo Scalzo

### **-¿Qué cambia esto para el sistema sanitario?**

-De cada 100 personas que van a consultar, 86 por ciento padecen síndrome gripal. El médico, en ese caso, le va a hacer un análisis de sangre y le pedirá cuatro parámetros, que el laboratorio le puede hacer en media hora o una hora. Ahí se puede saber si la persona

tiene o no una infección viral. No le va a decir si tiene coronavirus. Tiene un virus. Influenza, adeno, cualquier otro. Pero se necesitan laboratorios que puedan hacer dímeros, proteínas C reactivas, recuento globular... Si los dímeros positivos dan altos, alguna lastimadura tendrá en el pulmón. Y se hacen enzimas hepáticas y se pide un ionograma para ver como esta el potasio. Si dan, la persona tiene un virus, sea corona o no. Si esas cosas no están alteradas, lo mandan a la casa y le dan tratamiento de gripe.

¿Entiende? **Hasta aquí no hace falta pánico, y hablamos del 85 por ciento de la gente. Pasó en Corea, China, y en todo el mundo.**

**-¿Qué sucede con el 15 por ciento que sí da infección viral?**

-Puede ser grave. La única manera de saberlo es hacer un test PCR, que no es accesible en todas las ciudades, provincias o laboratorios. El costo de cada test es de 30 o 40 dólares y se necesita personal muy bien formado y materiales. Yo justamente estuve en la Argentina en diciembre, y dí una charla sobre cómo desarrollar test de biología molecular casero y que no sea caro. Pero para desarrollarlos hay que esperar por lo menos dos meses. Hay que comprar los de Corea, porque los chinos en este momento tienen un problema bastante serio, mucha gente no los quiere comprar más. Pero inclusive comprando el mejor test de Corea hay un 20 por ciento de falsos negativos.

**-¿Y si el resultado es coronavirus COVID-19?**

-Si tiene una infección viral, y dice **tengo fiebre (más de 38,5 durante dos días), estoy cansado, tosiendo, siento que me falta el aire y además, por una razón muy rara, pierde el gusto y el olfato, la única salida es una resonancia o una tomografía de pulmón.** No hay otra. Una radiografía no siempre da buenos resultados. Si el radiólogo dice que hay infección compatible con neumonía por coronavirus, esa persona tiene que ser internada en terapia intensiva, pero eso es para un máximo del cinco por ciento de las personas. Ahora, si no tiene resonadores o tomógrafos, ¿qué hace? No se sabe, y ahí empiezan los problemas.

**-¿No hay solución en ese caso?**

-Lo que hacen los coreanos, y ahora los franceses se atribuyen la paternidad, es dar un antibiótico, como puede ser la amoxicilina con clavulánico y la hidroxiclороquina.



Un investigador del Instituto de Biología de la Universidad Federal de Río de Janeiro trabaja para desarrollar un método de detección del COVID-19. REUTERS/Lucas Landau

### -¿Sirve la hidroxicloroquina?

-Es lo único que se puede dar ahora. No hay pruebas contundentes, pero es mejor que nada. Se trata como una neumonía. **La diferencia con la neumonía clásica es que, esta vez, se le agrega la hidroxicloroquina, pero solamente si el médico le hace un electrocardiograma y mide el potasio del paciente. Porque cambia la conductividad cardíaca, y al cabo de tres pastillas los electrocardiogramas traen sorpresas. No se le puede dar a cualquier persona.** Por eso en Francia hubo una negociación entre Salud Pública y el profesor de Marsella que tomó los procedimientos de Corea (Didier Raoult) y dijeron que eran para todo el mundo... pero no. **Es para quienes tienen un médico que los sigue, porque si tienen un trastorno del ritmo cardíaco, si baja el potasio, puede ser peor el remedio que la enfermedad.** Pero en definitiva, estamos hablando de que a esa gente hay que internarla. Y acá viene la gran pregunta.

### -¿Cuál es?

-Que tiene que estar en un servicio de terapia intensiva con gente formada. ¿Hay gente formada en todos los países y ciudades para terapia intensiva? ¿Hay suficiente gente que sepa meter un laringoscopio para intubar a los pacientes? ¿Hay enfermeros y médicos a quienes el Estado se hizo responsables de formarlos para hacer frente a eso? **La respuesta es “no”.** Y tampoco hay suficientes máquinas. En Alemania hay seis veces más respiradores que en Italia. Y diez veces menos muertos por la misma patología. En Europa hay 80 mil camas de terapia con personal formado, un promedio de 12 cada 100 mil habitantes; en los Estados Unidos hay 28 cada 100 mil; en Alemania, 29; en Portugal, 4,2; en España, 10,3, pero el problema es que allí el 78 por ciento de quienes atienden esas camas está entrenado para

terapia médico quirúrgica y unidad coronaria, gente que sabe manejar infartos y acv, pero el Estado no formó neumonólogos para hacerse cargo de este tipo de crisis. Entonces, ¿hasta dónde es solamente el virus responsable?

**-¿E Italia, el país donde dicen que se hizo todo mal?**

-El problema de Italia es mucho más serio y necesita un análisis aparte. Allí la mortalidad es muy alta, y la gente está cantando el himno, pero no sabe que desde hace 25 años cierran camas y no crean cargos de médicos. Y mucho menos, médicos de terapia intensiva que trabajen en los hospitales. Lo que esto habla es que no es sólo el virus. Hay 75 mil personas diagnosticadas y 7400 muertos, el 9 por ciento de muertos. Algo significa.

**-¿Cómo ve al sistema de salud argentino?**

-No lo podría decir. El sistema argentino es complicado. Hay hospitales estatales, privados, municipales, de sindicatos. **Cuando estuve el año pasado, en el Hospital Fernández todo funcionaba, pero al Clínicas no puede ir porque no andaba el ascensor.** Y en cuanto a los profesionales, no se en este momento cómo está la neumonología. Hay buenas individualidades, gente brillante, pero en lo general, no se.

**-Usted dice que no hay que tener paranoia, y está bien. Pero si en China tuvieron que crear hospitales de la nada, esto es distinto a una gripe común, algo pasa...**

-Mire. Cualquier persona que tose va a terapia intensiva. El año pasado, en los Estados Unidos hubo 460 mil personas con neumonía, en terapia. Este año no se si va a haber 100 mil. La cosa no es así. La gente corre al hospital por cualquier cosa. Y los enfermeros y médicos no fueron formados, porque hasta hace tres meses no importaba. A los pacientes les ponen máscaras de oxígeno, y sobre 100 ancianos, en un geriátrico del sur de Roma murieron 11 en una mañana. ¿Los mató el virus? Quizás estaban con el corona. Pero, ¿qué hubiera pasado si los atendían correctamente? ¡No tenían ni procedimientos! En China, al principio la mortalidad era del 9 por ciento, y ahora están en el uno. En Italia están en el 9, pero está bajando porque están aprendiendo a trabajar. Que están aprendiendo significa que no los formaron, que no había infraestructura. Está el sentido patriótico, la gente sale a la ventana, pero los médicos no son héroes, son trabajadores que va

a poner el lomo pero no están formados. Los ponen frente a situaciones dramáticas, y muchos no saben lo que deben hacer. Los procedimientos no estaban escritos. Recién ahora la cosa se sabe. Por eso yo pregunto ¿es el virus sólo el responsable de estas muertes? Dicen que se acumulan los cadáveres, pero en España, ayer, mostraron que el año pasado hubo la misma cantidad de muertos.

**-¿Pero muertos por qué causa?**

-Por infartos o neumonías. Ahora resultan todos por COVID-19. Pero el año pasado no se ponían a sacarles muestras nasales a todos los muertos.

**-¿Usted quiere decir que lo que llaman muertes por COVID-19 no son por esa causa?**

-Por ahí son por COVID-19, pero por ahí había también el año pasado por otros virus respiratorios. **Seguro que hubo, porque la influenza mató a muchísima gente en España e Italia. Pero morían de neumonía, sin ponerles etiquetas.** Ahora bien. Ya analizamos la falta de respiradores, de formación, personal, médicos y enfermeras, que en Italia gritan todos los días porque no abren cargos en hospitales públicos. Prácticamente no había servicios de terapia en las ciudades chicas. Hasta ahí uno razona, pero empujando el razonamiento al máximo, yo me pongo a mirar las causas de muerte en Lombardía, donde murió más gente. Y lo que le voy a comentar no lo publicó nadie.

**-¿Qué vió?**

-En Italia, en Lombardía, es donde más mueren por mesotelioma. Todas las fábricas de fibrocemento que usaban amianto estaban ahí. Hasta 1992, que lo prohibieron, estaba en techos y aislante de fábricas. Las paredes tenían amianto, que larga cristalcitos que llegan al pulmón, que luego puede cicatrizar, o no. **El mesotelioma es el cáncer de pulmón producido por asbestosis o amianto. En las autopsias que se hicieron en Lombardía en los últimos diez años, el 85 por ciento eran por exposición laboral.** Tumores malignos con localización pulmonar y peritoneal. Y hasta el 92 nadie prohibió el uso. Lombardía tiene diez millones de habitantes, es el lugar que tiene más empleados en la industria del amianto, el lugar del mundo con más asbestosis. Pero además, el amianto se pega a la ropa, a las fibras. La ropa de alta costura del

norte de Italia las hacen señoras costureras. Puede creer que entre el 2000 y el 2012 hubo 4442 mesoteliomas malignos (2850 en hombres y 1592 en mujeres), cáncer de pulmón invasivo por exposición al amianto. Y crece más. Este año hubo 3,6 por ciento más que en años anteriores en hombres y 3,3 en mujeres mayores de 65 años. Y hasta el 2030 habrá 20 mil más.

**-¿Qué relación existe con el coronavirus?**

-Que en esa región, castigada por falta de medios, el cierre de camas, falta de aparatos de respiración, se encuentra **la gente mayor, con pulmones con cáncer o lastimaduras crónicas, que hace que una infección viral se transforme en una infección mortal. Un pulmón agredido por una fibra mineral, tendrá una reacción distinta a un pulmón sano.** Y no es casualidad que muera más gente donde están las fábricas de amianto.

**-Pero el COVID-19 mata más que la gripe común...**

-Todas las infecciones virales pueden ser mortales. La diferencia es que con esta se armó pánico y con las otras no. El año pasado murió mucha gente de gripe y nadie cerró el planeta. Entonces, ¿qué pasa ahora?

**-Se lo pregunto a usted, ¿qué pasa?**

-No se...

**-Pero qué percibe, ¿una conspiración?**

-No, eso se detecta enseguida. El año pasado hubo 36 millones de personas con gripe en los Estados Unidos. Fueron internadas 370 mil y 22 mil se murieron. ¿Queda claro? Y nadie cerró ningún aeropuerto. En Francia hay 33 mil casos, pero cuando murieron 23 mil viejitos en los geriátricos por una ola de calor el país tampoco se cerró. Hay algo muy raro aquí.



Pablo Goldschmidt

**-Por eso insisto, ¿qué ve usted?**



**-Un error grave de los peritos de la OMS, lo que denuncié desde un principio.** ¿Sabe qué quiere decir pandemia? No significa enfermedad grave o severa. Quiere decir que muchos países tienen una enfermedad. **¡Todos los años hay pandemia de resfrío, y nadie cierra nada!** ¿No hay que relativizar todo esto?

**-Pero el COVID-19 es muy contagioso, doctor...**

-Sí, como el resfrío, que es como muere la gente en los geriátricos. Antes no los contaban, ahora sí. Hubo más de medio millón de casos de neumonía en el mundo el año pasado. Hay un millón de personas que se pueden agarrar meningitis en África, y se transmite por la saliva, y los aviones van y vienen. Y a nadie le importa nada. Hay 135 mil personas que van a andar con tuberculosis en América Latina, y nadie hace escándalo. A mí, cuando algo hace mucho ruido como con el corona... **Se está teatralizando mucho.** Desde el primer día dije que las cuentas no daban, como cuando apareció la gripe H1N1.

**-¿Y qué haría usted?**

-No soy una autoridad para decir que haría, pero veo que falta formación y materiales. Entonces, primero, formaría al personal para lo que viene. En tres semanas, cuando vean las señas de la enfermedad, ellos van a ser los que inciten las nuevas medidas. Mire lo que pasa en Alemania. La mortalidad es diez veces más baja porque hay especialistas en neumonología y terapia intensiva pulmonar. Bueno, hagamos cursos en la Argentina, y en todo el mundo. A los médicos no los pueden largar improvisadamente frente a una persona que no puede respirar. **Cuando esa gente se forme, las cifras van a demostrar que ese cinco por ciento de casos graves va a poder ser atendido en los hospitales.** Y que lo demás se va a caer por su propio peso.

**-¿Hay que parar la cuarentena?**

-Cuando el sistema esté en condiciones, con personal formado, equipos, medicamentos e infraestructura, sí, no tiene ningún sentido. **Como está ahora la situación, no se puede decir nada sobre la cuarentena porque no se sabe cuánta gente va a estar infectada** y si las camas de terapia intensiva y el personal alcanzarán para el 5 por ciento de ellos. La medida no es por el virus, sino por el riesgo de no poder hacerse cargo de la gente que está en situación crítica. No sé si está mal, porque no hay cifras

objetivas. A lo sumo, está bien que hayan parado porque les forzó la mano la OMS, y una vez que se larga la cuarentena no se puede parar. Pero habría que comparar con las cifras de muertes del año pasado. El pánico es absurdo. Hay 690 positivos...¿a cuantos se les hizo el test? ¿A 30 millones o a mil? **Fallecieron 17, yo quiero ver cuantos murieron en geriátricos o en su casa de neumonía por neumococo o hemofilus, que hay muchísima en la Argentina, el año pasado.**

**-¿Cómo evalúa lo que está haciendo el gobierno, entonces?**

-Dicho lo anterior, a mi me parece que el gobierno actúa muy bien y con mucha cautela. Pero la autoridad internacional les empuja la mano con las cifras de mortalidad que ponen los peritos de la OMS, que hacen cuentas matemáticas. Pero no es mala fe, sino incompetencia. No hay nadie detrás. Pero insisto, **en la Argentina están haciendo las cosas bien y con seriedad.** Ginés me parece muy bueno. Y Carla Vizzotti es una mujer que sabe lo que hace, es muy competente, conoce, estudia. Cuando usted está con personas que son estudiosas, que no son panfletarias, que son serias, le dan confianza. Charlé con ella y me impresionó. Nunca vi en la Salud Pública ese nivel de formación. Hacen las cosas lo mejor que se pueden hacer con el presupuesto del que disponen.

**-Pero no piensa lo mismo de la Organización Mundial de la Salud.**

-Para nada.

**Seguí leyendo:**

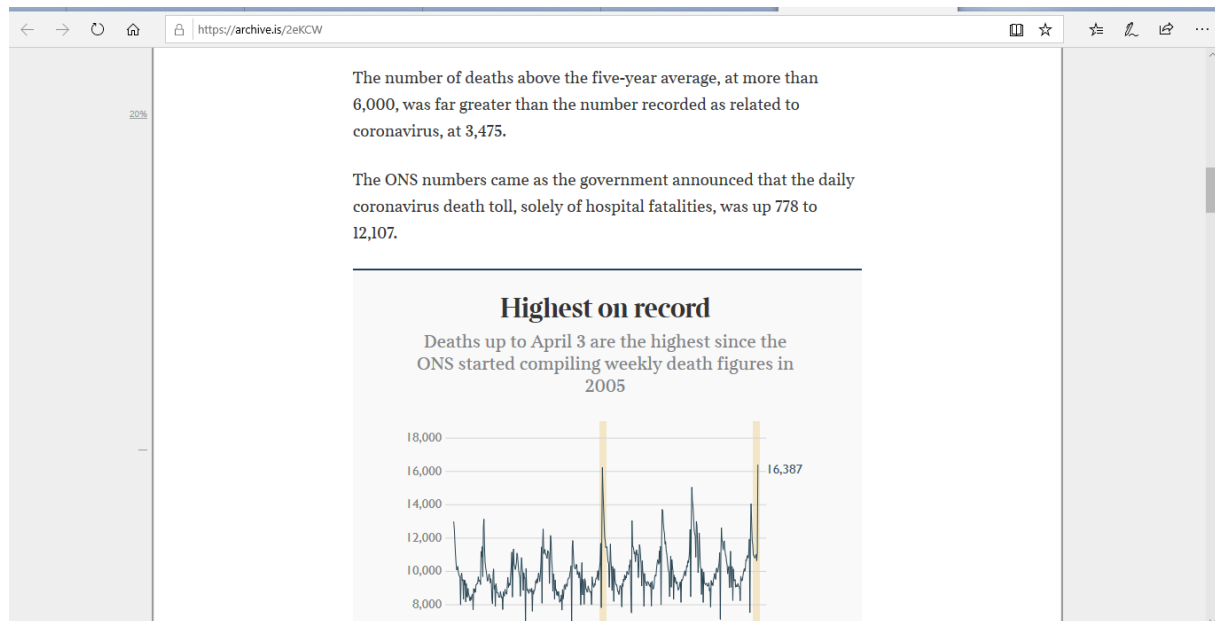
Confirmaron que hay 17 muertos por coronavirus en Argentina y el total de casos asciende a 690

Nuevo récord del coronavirus en Italia: 969 muertos en las últimas 24 horas

“Brasil no puede parar”: Jair Bolsonaro promueve una campaña contra la cuarentena por el coronavirus

La cantidad de casos positivos de coronavirus en Estados Unidos superó los 100.000 y ya hay más de 1.500 muertos

<https://archive.is/2eKCW#selection-775.0-775.146>



<http://pflegeethik-initiative.de/2020/04/15/corona-krise-falsche-prioritaeten-gesetzt-und-ethische-prinzipien-verletzt/>

### **Falsche Prioritäten gesetzt und ethische Prinzipien verletzt**

Mit Verweis auf Corona erscheint jeder Verstoß gegen bisher geltendes Recht, Anstand und Kultur gerechtfertigt. So wird die zwangsfürsorgliche Maßnahme der Besuchsverbote gegenüber pflegebedürftigen, kranken und sterbenden Menschen begründet mit dem Argument: „Es geht um Leben und Tod.“

Eine ganze Nation lässt sich bereitwillig fast sämtlicher Rechte berauben, im Glauben etwas Gutes für die Alten und Pflegebedürftigen zu tun. Soviel Nächstenliebe hat das Land noch nicht erlebt, sollte man meinen. Endlich bekommen auch die Pflegenden die Aufmerksamkeit, um die bisher vergeblich gebettelt wurde. Was bei oberflächlicher Betrachtung nur zum Besten geschieht, edel und toll klingt, stellt sich bei näherer Betrachtung als „pauschalisierte Herzlosigkeit“ heraus, schreibt der Jurist und Journalist Heribert Prantl in der Osterausgabe der Süddeutschen. Corona stellt alles bisher gewesene und geglaubte auf den Kopf und bringt einen auf verrückte Gedanken, erklärt Prantl:

*„In meinem Falle betrifft es die Eltern. Ich habe sie geliebt. Aber ich bin jetzt froh, dass sie schon tot sind, gestorben vor der Corona-Krise. Die Vorstellung, die Mutter im Altenheim nicht besuchen zu dürfen, die Vorstellung, dass sie verzweifelt wartet und in der Einsamkeit an Einsamkeit verstirbt – die bloße Vorstellung treibt mich um. Ich hätte bei Gericht eine einstweilige Verfügung beantragt, um eine Umarmung zu erwirken. Ich hätte am Rechtsstaat gezweifelt, wenn er diese elementare Geste der Menschlichkeit verweigert hätte.“*

Genau in dieser Lage befinden sich derzeit zigtausende Töchter, Söhne, Ehepartner, Enkel, Schwestern oder Brüder, denen der Zugang zu einem geliebten Angehörigen, in Pflegeheime und Krankenhäusern, ja sogar in Hospizen, verweigert wird. Einstweilige Verfügungen sind zwecklos. Alle bisherigen Versuche wurden abgewiesen, weil sich die angerufenen Gerichte, ohne Wenn und Aber, ohne Erbarmen, als Vollstecker der staatlichen Besuchsverordnungen sehen. Durch diese Besuchsverbote werden hunderttausende wehrlose Menschen ihrer elementaren Menschenrechte beraubt.

*„Von meinem schwer kranken Vater habe ich mich vor vielen Jahren auf der Palliativstation eines Krankenhauses verabschieden dürfen. Ich durfte jeder Zeit zu ihm, konnte an seinem Bett sitzen, und sagen was ich noch sagen wollte, auch wenn ich nicht wusste ob er es noch hört. Freunde von mir haben soeben auf einen solchen Abschied verzichten müssen. Sie durften ihren Vater nicht mehr besuchen. Von allen Bitternissen der Corona-Krise gehört diese pauschalisierte Herzlosigkeit aus Gesundheitsgründen zu den bittersten.“ Heribert Prantl*

Unter Tränen und in großer Verzweiflung wenden sich Angehörige an die Pflegeethik Initiative, oft, nachdem sie bereits bei allen zuständigen Stellen mit immer den gleichen Erklärungen und großem Bedauern hingewiesen wurde, dass man da leider jetzt wegen Corona nichts machen könne. Gestern rief erneut eine Angehörige an, die anfangs noch positiv berichten konnte, dass das Personal ihrer Mutter (die nach Schlaganfall nicht mehr sprechen kann) den Hörer hinhalte. Das sei dann jedoch immer schwieriger geworden. Sie habe jetzt Tablets besorgt, eines für die Mutter – damit man sich wenigstens einmal am Tag oder alle zwei Tage kurz sehen kann. Die Heimleitung und das Personal lehten die Unterstützung der Mutter bei der Bedienung jedoch ab. „An wen kann ich mich noch wenden? Ich halte das bald nicht mehr aus. Mama ist doch vollkommen hilflos. Vielleicht lässt man sie jetzt einfach nur im Bett liegen. Logopädie, Physiotherapie oder sonst eine Beschäftigung finden ja auch nicht mehr statt.“ Auf mein Angebot, mit der Heimleitung zu reden, entgegnete sie: „Lieber nicht, ich habe große Angst, dass man sich dann noch weniger um meine Mama kümmert, wenn ich mich offiziell beschwere. ... Gibt es denn keine Instanz in diesem Land, die da etwas machen kann?“ Meine Antwort: „Wir haben tatsächlich momentan eine Situation, da hilft allenfalls beten.“ Die Wahrung der Rechte von Heimbewohnern war schon vor Corona selten gewährleistet, jetzt sind diese dem oft völlig überforderten Personal vollkommen ausgeliefert. Kontrollen finden nicht statt. „Die werden ruhig gestellt, was das Zeug hält“, befürchtet ein Betreuer. Aktuell musste er sich mit einem Facharzt anlegen, der einem seiner Betreuten per Telefon, 2 x täglich und bei Bedarf 40mg Pipamperon (Neuroleptikum zur Unterdrückung von Emotionen = Ruhigstellung) verordnet hatte. Weder wurde er als Betreuer gefragt, noch der Patient. Die Pflegedienstleiterin hatte das telefonisch mit dem Arzt geregelt.

Diese Besuchsverbote sind nicht nur unmenschlich, sie wären bei Einführung und Einhaltung eines sinnvollen Hygienkonzeptes auch unnötig. Begründet werden diese Verbote, mit der Minimierung der Ansteckungsquellen durch Angehörige, sowie der nicht ausreichend vorhandenen Schutzkleidung für's Personal. Damit die Schutzkleidung fürs Personal reicht, falls es zu der exorbitanten Zunahme an Corona-Fällen kommt, müssen alle Angehörige draußen bleiben.

**Statt willkürlicher Verbote – sinnvolle Hygiene-Konzepte**

Aktuell häufen sich die Meldungen von Covid-19 Fällen in Altenheimen. Über 400 Heime in NRW sind schon betroffen. In einem Heim in St. Augustin, wurde vergangenen Donnerstag der Notstand ausgerufen, nachdem 37 Bewohner positiv getestet worden waren und sämtlich Pflegekräfte – als Kontaktpersonen – in Quarantäne geschickt wurden. Das gesamte Pflegepersonal wurde also, dem Seuchengesetz gehorchend, komplett nach Hause geschickt, obwohl kein Ersatzpersonal gefunden werden konnte. Was macht man in so einer Situation mit den rund 100 pflegebedürftigen, alten Menschen? **Ein Krisenstab entschied**, die positiv getesteten Bewohner in Krankenhäuser zu verbringen (diese stehen ja mehr oder weniger leer) und die übrigen vorerst von für den Katastrophenschutz ausgebildeten Personen (Nicht-Pflegekräften) versorgen zu lassen.

Da es nur eine Frage der Zeit ist, bis in jedem Heim das Virus Einzug gehalten hat und angesichts der inzwischen stark relativierten Gefahrenlage, müssen die Maßstäbe zwingend überdacht und in ein praktikables, gesundes Verhältnis gesetzt werden. Man kann ja hier nicht einfach die Tür absperren und die Bewohner sich selbst überlassen. Es macht auch keinen Sinn, die Bewohner jeweils in Krankenhäuser zu verlegen. Denn dort ist die Gefahr nicht wesentlich geringer.

Wenn kein Personal da ist, das Ersatzweise einspringt, bleibt im Grunde gar nichts anderes übrig, als die Quarantäne für alle nicht erkrankten Pflegekräfte aufzuheben. Nur die Pflegekräfte, die Krankheitssymptome haben, bleiben zu Hause und alle anderen gehen zur Arbeit. So wurde das in den Vorjahren bei Grippe-Epidemien schließlich auch gehandhabt. Wer in der Pflege arbeitet, kommt unwillkürlich mit zahlreichen Krankheitserregern in Berührung.

Meine Empfehlung zur Sicherstellung einer menschlich und fachlich ausreichenden Betreuung, die zugleich das Verbreitungsrisiko begrenzt:

***Arbeiten nach dem Bezugspflegeprinzip unter Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen. Kleine Gruppen von Bewohnern werden von einem festen Team von Mitarbeitern, Angehörigen und Ehrenamtlichen betreut, einschließlich Nachtdienst.***

*Angehörige werden vor Ort nötiger denn je gebraucht. Von diesen geht außerdem ein viel geringeres Ansteckungsrisiko aus, als von Mitarbeitern die von einem zum anderen gehen.*

Heime, die nur einer Nachtwache für das ganze Haus, mehrere Etagen oder rund 50 Bewohner, wie es bundesweit üblich ist, einsetzen, können leicht binnen einer Nacht das Virus im ganzen Haus streuen. Wenn diese Nachtwache beispielsweise mit Covid-19 infiziert ist, kann sie in einer Nacht 50 Bewohner infizieren. Und diese 50 Bewohner können binnen weniger Tage sämtliches Personal infizieren. Wie im Beitrag: **Ausstieg aus dem Corona-Dilemma** näher ausgeführt, werden Infektionen in stationären Einrichtungen fast immer, durch das Personal in Umlauf gebracht. Vor allem durch Pflegekräfte und Reinigungs- bzw. Haushaltskräfte. Erst dann kommen Ärzte und andere Mitarbeiter. Also durch die Personen, die Kontakt mit den Ausscheidungen haben und von einem Bewohner bzw. Zimmer zum anderen gehen. Angehörige und Ehrenamtliche sind hier nicht das Problem. Diese auszuschließen verschärft die Notlage.

**Appell an die politischen Verantwortungsträger:**

**Heben Sie die Besuchsverbote auf!** Diese sind unmenschlich und unnötig! Eine Begrenzung der Besucherzahl pro Patient/Bewohner würde reichen. Hygieneregeln, die jeder Besucher beachten sollte, können diesem ausgehändigt werden, verbunden mit dem Hinweis, dass bei Zuwiderhandlung Besuche untersagt werden können. Ferner haben sich klare Hygiene-Anweisungen für Pflegekräfte, Reinigungsdienst etc. bewährt.

Prinzip: **So wenig (Material) Aufwand wie möglich – so viel wie nötig.**

**Wichtig sind Schulungen**, in denen die Infektionswege aufgezeigt werden: Mitarbeiter und Angehörige müssen verstehen, wann es z.B. Sinn macht eine Atemmaske zu tragen, wann ein Mundschutz reicht und wann es besser wäre auf beides zu verzichten. Wie an anderen Stellen beschrieben, bieten Mundschutz und Handschuhe oft einen eher trügerischen Schutz. Erklärt werden muss, bei welchen Arbeiten die Hände gewaschen und oder desinfiziert werden sollten, welche Kittel für welche Arbeit getragen werden, wann sie gewechselt werden u.a.m. Also ganz praktische Dinge. Ein durchdachtes Hygienekonzept, an das sich alle halten, ist der beste Schutz den man bieten kann.

Selbstverständlich sollten alle aus dieser Krise lernen, ausreichend Schutzkleidung zu bevorraten. Denn die nächste Grippe-Welle bzw. Virus-Pandemie kommt bestimmt.

*Mehrfach wird sich keine Nation leisten können, wegen einer Pandemie die gesamte Volksgesundheit aufs Spiel zu setzen, wie wir es gegenwärtig erleben!*

## **Welcher Zweck steckt hinter den Eingriffen in die bürgerlichen Grundrechte ?**

Ursprünglich bestand der Zweck der drastischen Maßnahmen darin, die Infektionsrate an Covid-19 so gering zu halten, damit die Intensivbetten ausreichen, um zu jeder Zeit alle schwer erkrankten behandeln zu können. Als Maßstab wurde die Sterblichkeitsrate aus den am stärksten betroffenen Ländern genommen. Im Februar wurde vorgerechnet, dass unsere Krankenhäuser bei einem vergleichbaren Anstieg der Infektionen, bereits ab Mitte März die Zahl der Schwerstkranken ebenfalls nicht mehr bewältigen können. Um das zu verhindern, wurden in einem Eilverfahren Gesetze erlassen, die die sozialen Kontakte auf ein Minimum reduzieren. Gegenüber der am stärksten gefährdeten Gruppe, den Kranken-, Hilfe-, und Pflegebedürftigen in Einrichtungen, sah sich der Staat zu zusätzlichen Schutzmaßnahmen verpflichtet.

Der Zweck war und ist bis heute, nicht die Gesundheit an sich, auch nicht das Verhindern von Sterben an sich, sondern die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung von Corona-Patienten auf den Intensivstationen. Wochenlang ging es hauptsächlich um die Kapazitäten an Beatmungsgeräten, Schutzkleidung und Personal. Seitdem wurden alle anderen Behandlungen und der normale Klinikbetrieb soweit heruntergefahren, dass vermutlich gut die Hälfte der Krankenhausbetten leer stehen, Personal reduziert wird, bis hin zur Kurzarbeit und Kündigung. Von den rund 28.000 Intensivpflegeplätzen die es vor Corona bereits gab, stehen derzeit etwa 15.000 leer. Außerdem stünden im Notfalle noch weitere 12.000 zur Verfügung. (Das DIVI-Intensivregister und das Gesundheitsministerium weisen unterschiedliche Zahlen aus.) Die Frage, wie viele Intensivpatienten wie lange versorgt werden können, kann nur mit einer Prognose beantwortet werden, die mehrere unsichere Faktoren enthält. Drohszenario ist bis jetzt die „Italienische Situation“ ohne die Hintergründe und Unterschiede zu deutschen

Verhältnissen zu nennen. So liegt die Zahl der Intensivbetten pro 100.00 Einwohner in Deutschland bei 33,9 (Zahl aus 2017), in Italien bei 8,6 (Zahl aus 2020).

### **Der Zweck wird umdefiniert, ohne die Beschränkungen zu lockern.**

Zu Beginn hieß es, die Verdoppelungszahl der Infektionen müsse bei mindestens 14 Tagen liegen. Mittlerweile liegt die Verdoppelungszahl bei 22 Tagen. Dies wird aber in den Medien kaum erwähnt oder wenn, mit der Begründung abgetan, die Zahl sei jetzt nicht mehr aussagekräftig. In der gesamten Zeit (auch bei geringer Verdoppelungszahl) kamen die Krankenhäuser klar und es gab nicht annähernd den prognostizierten Ansturm von Patienten. Dennoch transportieren Medien und Politik die Einschätzungen jener Berater, die am liebsten am Lockdown, Besuchsverboten und anderem festhalten würden, bis ein Impfstoff gefunden wurde. Aktuell hören die Landeslenker auf Leute von der Leopoldina. Und diese raten zu sehr behutsamen Lockerungsmaßnahmen, ohne dies jedoch fachlich wirklich begründen zu können. Nicht eine Empfehlung dieser Akademiker beruht auf dem Nachweis ihrer Nützlichkeit. Außerdem werden wichtige Faktoren zur Beurteilung der tatsächlichen Gefahrenlage nicht einbezogen. Mit stoischer Ignoranz werden ferner die Stimmen derjenigen Wissenschaftler und Ärzte ausgeklammert, die in den Maßnahmen die größere Gefährlichkeit sehen.

*Immer noch wird vor der Gefahr gewarnt, mit den Lockerungen eine neue Welle loszutreten, bei der die Infektionszahlen nach oben schnellen, so dass unsere Intensivstationen dann doch noch überlastet würden. **Das wird jedoch nicht passieren. Erstens, weil wir hier in Deutschland bisher insgesamt vergleichsweise gesunde Lebensverhältnisse haben. Zweitens, weil es viele besonnene Ärzte und Pflegekräfte gibt, die davon abraten, jeden alten Menschen mit Lungenentzündung auf Intensivstation behandeln zu lassen.***

Die der Bevölkerung vorgeführten Szenarien, ja die gesamte Zahlenstatistik beruht auf der Annahme, dass ein bestimmter Prozentsatz der Erkrankten am Ende auf einer Intensivstation liegen wird und beatmet werden muss. Dabei wird nicht bedacht, dass bei den überwiegend betroffenen, alten und kranke Menschen, allenfalls eine palliative Behandlung angezeigt wäre. Die Vorstellung, dass Menschen, die mehr tot als lebendig, oft jahrelang dahin siechen, auf Intensivstationen vor dem Versterben an einer Pneumonie gerettet werden sollen, ist doch völlig absurd und auch aus ethischer Sicht nicht vertretbar. Inzwischen häufen sich sogar Meldungen, in denen Intensivmediziner auf die **Gefahren der Beatmung** hinweisen. Ältere Menschen, die eine Beatmung ablehnten, hatten in einer Klinik bessere Überlebenschancen als diejenigen, die beatmet wurden. Siehe auch diesen **Bericht in der WELT**. Nur jeder 3. Patient überlebt die Beatmung, stellte auch das Ärzteblatt in seiner Ausgabe 15.04. heraus. Von denjenigen, die die Beatmung überleben, tragen die meisten bleibende Schäden davon, erklärt der **Palliativmediziner Dr. Thöns**.

### **Palliativ- statt Intensivbehandlung**

Wie im Beitrag: **Nicht Leben und nicht Sterben dürfen** näher ausgeführt, gehen die Berater der Politiker von Szenarien und Zahlen aus, die völlig unberücksichtigt lassen, dass Menschen im Alter immer und ausnahmslos an irgendetwas versterben. Schon vor Corona starben jeden Tag in deutschen Heimen rund 900 alte, pflegebedürftige Menschen, ohne nochmals kurz vorher ins Krankenhaus verbracht zu werden, siehe



auch [Sterbezahlen in Pflegeheimen](#). Tatsächlich wäre bei diesen, falls überhaupt, eher palliative Behandlung angezeigt. Zum Glück sind wohl die meisten Hausärzte besonnen und erfahren genug, um festzustellen, wann die Medizin mit ihrem Latein am Ende ist. Erfahrene Ärzte, wie auch Angehörige die ein Familienmitglied über längere Zeit begleiten, sehen wo die Reise hingeht. Sie wollen dem Betreffenden dann auch weitere Qualen ersparen. Angesichts des hohen Risikos durch und während der Beatmung zu versterben, sollte dieses qualvolle Sterben eigentlich überhaupt niemandem zugemutet werden, der dies nicht ausdrücklich wünscht und der außerdem gute Chancen hat, diese an sich belastende Therapie zu überleben.

Hören Sie im Deutschlandradio, [wie der bekannte Palliativmediziner, Dr. Matthias Thöns die Situation beurteilt](#).

Bereits Anfang April konnte man an den Kurven ersehen, dass es in Deutschland nicht ansatzweise die vorhergesagten Behandlungszahlen geben wird. **Wer soll die leerstehenden Intensivbetten denn füllen, wenn nicht die sterbenden, alten Menschen, denen wir doch alle einen friedlichen Tod und ein würdiges Ende, im Beisein ihrer Lieben wünschen?**

Ein ehemaliger Intensivpfleger, der jetzt ambulant als Palliativpfleger arbeitet, erklärt eindrucksvoll, wie er das Sterben auf Intensivstation erlebt hat:

*“ ....Wenn ich an Situationen auf Intensivstation denke. .... Man hat nicht die Hand des Patienten gehalten, man hat auf den Monitor geschaut, bis die Nulllinie kam, um die Geräte rasch auszuschalten, damit der Alarm nicht so laut war.“ (Die Mitpatienten nicht hören, dass nebenan, gerade jemand verstorben ist). Sven Goldbach in der nachstehenden Panorama-Sendung:*

[Im Sterben sind alle gleich](#)

## Politik im Rechtfertigungsmodus

Nachdem der ursprüngliche Zweck längst übererfüllt ist, gilt nun die Devise: Das Risiko einer erneuten Ansteckungswelle zu verhindern. Tatsächlich hat es nicht einmal eine erste nennenswerte Welle gegeben. Es ist unredlich, wie der Bevölkerung – wider besseren Wissens – immer noch die Zahl der seit der Aufzeichnung erfassten und aufsummierten Corona-Tote (3.500 – Stand 15.04.20) präsentiert wird, als seien alle diese Menschen an der Infektion mit Covid-19 gestorben. Selbst wenn dem so wäre, fällt diese Zahl, setzt man sie ins Verhältnis zu den Grippe-Toten der vergangenen Jahre und zur allgemeinen Sterberate in Deutschland, erstaunlich gering aus. Alleine im März 2018 verstarben an einem einzigen Tag rund 3.800 Menschen, darunter 2.300 über 80 jährige, siehe Beitrag: [Sterbezahlen in Pflegeheimen](#).

Wie Rechtsmediziner inzwischen festgestellt haben, sind die meisten an ihren Vorerkrankungen verstorben. So konnte der Rechtsmediziner Prof. Püschel in keinem Falle einen direkten Zusammenhang mit der Todesursache herstellen. Alle 50 vermeintlich Corona-Toten, waren an etwas anderem gestorben.

Auch der Virologe Prof. Streeck, der die meisten Corona-Infizierten in der Region Heinsberg untersucht und als erster zu dieser Infektion Grundlagenforschung betrieben hat, bestätigt, dass die tatsächliche Sterblichkeitsrate um das 5 bis 10 fache niedriger ist, als bei den bisherigen Annahmen zu Grunde gelegt.



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

Im Ergebnis stellen beide Professoren in der o.g. Markus Lanz Sendung heraus, dass wir es bei Corona keinesfalls mit einem gefährlichen Killervirus zu tun haben. Die Gefährlichkeit von Covid-19 entspricht also nicht annähernd dem, was seit Wochen in allen Nachrichten vermittelt wird. Es dauerte jedoch keine zwei Tage, da wurde Prof. Streeck bereits öffentlich gerügt, dafür, wie er es wagen konnte, Ergebnisse einer noch nicht ganz abgeschlossenen Studie vorweg zu nehmen, und so den Menschen falsche Hoffnungen zu machen. Somit kann sich dieser Virologe jetzt wohl auch einreihen in die Gruppe derjenigen, die von Anfang an erklärt hatten, dass dieses Coronavirus, weniger gefährlich ist, als die Sars-Viren und Influenza-Viren der Vergangenheit. Wer jedoch wagt, Covid-19 als vergleichsweise harmlos darzustellen, hat sich als Ratgeber und Teilnehmer am weiteren Diskurs disqualifiziert. Ein Eingeständnis, die Lage falsch beurteilt zu haben, können sich die führenden Stimmen im Land nicht leisten. Schließlich haben sie den Menschen mit ihren Maßnahmen nicht nur viel zugemutet, sie haben ungezählte Bürger in ihrer Existenz gefährdet. Die Folgeschäden dieser Politik werden sich kaum jemals in Zahlen ausdrücken und wohl auch nicht mit Geld ausgleichen lassen.

Prof. Christian Schubert hält die Kontaktsperren für „Ein brutales Sozialexperiment mit unbekanntem Ausgang“

Einer der ersten, der vor überzogenen Maßnahmen gewarnt hat, ist der Lungenarzt und Gesundheitspolitiker Dr. Wolfgang Wodarg. Ich kenne Dr. Wodarg seit vielen Jahren und bin Mitglied in der von ihm geleiteten Arbeitsgruppe *Gesundheitswesen*, bei Transparency International Deutschland e.V. Dr. Wodarg wird nicht nur wegen seines profunden Wissens in nahezu allen Themen und zu allen Entwicklungen im Gesundheitswesen geschätzt, sondern auch wegen seiner ruhigen, sachlichen, menschlichen und bescheidenen Art. Er ist alles andere als ein Wichtigtuer und Aufschneider und er ist auch kein Verschwörungstheoretiker. Mir ist in Deutschland niemand bekannt, der annähernd so gut und breit gefächert über die Strukturen und Akteure im Gesundheitswesen informiert ist, einschließlich Zahlen, Fakten und Namen die er im Gedächtnis gespeichert hat. Die gesamte Arbeitsgruppe (rd.20 Mitglieder) bei Transparency hat sich (von 2 Personen abgesehen) hinter Dr. Wodarg gestellt, nachdem der Vorstand meinte sich von ihm distanzieren zu müssen, nachdem er in den Medien öffentlich denunziert worden war. Dr. Wodarg weist hier in seinem jüngsten Ostervideo auf einen wichtigen Punkt hin, der bisher noch keinerlei Beachtung fand. Er gibt zu bedenken, dass an den schweren Verläufen, möglicherweise auch andere Viren beteiligt sind, was jedoch nicht festgestellt werde, weil nur auf Corona getestet wird.

**Nach allem was wir bisher zu Corona wissen, gibt es nicht einen einzigen plausiblen Grund, den Infektionsschutz weiterhin höher zu bewerten, als die Grundrechte der Bürger.**

Für eine sofortige Aufhebung der Besuchsbeschränkungen sprechen folgende Punkte:

1. *Das Gebot der Menschlichkeit.* Jeder Mensch muss das Recht haben, einem kranken oder gar sterbenden Angehörigen beizustehen und sich von diesem zu

verabschieden. Einem Kranken/Sterbenden, sowie dessen nächsten Angehörigen diese so wichtige Nähe zu verwehren, ist unmenschlich. Im Übrigen handelt es sich bei den Sterbenden und Kranken in Einrichtungen ja mehrheitlich nicht um infektiöse Kranke. Hier müssen Besucher also auch nicht mit Mundschutz u.a. auftreten.

2. *Von Angehörigen geht die geringste Infektionsgefahr aus:* Infektionen in Einrichtungen werden in erster Linie durch das Personal verbreitet: Pflegepersonal, Reinigungskräfte bzw. hauswirtschaftlicher Dienst, sowie Ärzte und Therapeuten, die mehrere Bewohner in der Einrichtung behandeln. Je mehr und je näher der Kontakt zum Patienten/Bewohner, desto größer die Gefahr einer Verbreitung der Infektion. Wer als Besucher nur seinen Angehörigen besucht und sich mit diesem hauptsächlich in dessen Zimmer aufhält oder mit ihm nach draußen fährt, stellt eine viel geringere Gefahr dar, wie die Hauswirtschaftskraft, die Keime über die Hände, einen Wischlappen oder anderes von Zimmer zu Zimmer tragen kann. Es gibt keinen Beleg, keinen Nachweis, der ein generelles Besuchsverbot aus Gründen des Infektionsschutzes rechtfertigen würde. In jedem Fall haben Einrichtungen dafür Sorge zu tragen, dass Besucher mit wichtigen Hygieneregeln vertraut gemacht werden und falls erforderlich, Schutzkleidung erhalten. Bei einem durchdachten Hygienekonzept, muss keineswegs jeder ständig mit Mundschutz oder anderem herumlaufen.
3. *Krankenhausaufenthalten werden vermieden*, auch wenn hierdurch vielleicht Lebensrettung möglich wäre. Tatsächlich dürfte die jetzige Regelung mit dem totalen Besuchsverbot, viele Kranke veranlassen, selbst mit Herzinfarkt oder Schlaganfall lieber zu Hause zu bleiben, als zu riskieren alleine gelassen in einem Krankenhaus liegen und womöglich sterben zu müssen. In einem mir bekannten Falle, hat der Notarzt der Tochter erklärt, es stünde schlecht um den Vater. Wenn sie ihn jetzt mit dem Rettungshubschrauber in die Klinik brächten, dann würde sie ihn vermutlich nicht wiedersehen. Daraufhin entschied die Tochter, dass er zu Hause bleibt und dort im Kreise seiner Familie sterben darf.

Noch findet eine Mehrheit die verhängten „Maßnahmen richtig und wichtig, jedoch wächst der Unmut und auch die Stimmen, die das völlig anders sehen. Spätestens, wenn alle Bürger\*innen, die durch die staatlichen Maßnahmen großen Schaden erlitten haben, das Ausmaß erkennen, dürften sich viele Politiker wünschen, sie hätten mehr auf die gehört, die in den Maßnahmen und der Panik die größere Gefahr sehen.

---

### 13.04.2020: **Deutsche Ärzt\*innen fordern von Politik und Wissenschaft einen verantwortlichen Umgang mit der Corona-Krise**

Unter anderem erklären sie:

#### **Schutz geht auch anders!**

*Die **Schließung von Schulen und Betrieben** sollte **unter Auflagen** von Hygienemaßnahmen **umgehend aufgehoben werden**. Durch breit angelegte Programme – sichergestellt durch hausärztliche Praxen, durch wiederkehrende betriebsärztliche Kontrollen durch konsequente Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen – können regionale Maßnahmen der physischen Distanzierung rasch erneut implementiert werden, wenn ein regionales Wiederaufflammen der Epidemie erkennbar wird. **Der generelle Shut-Down ist** in Anbetracht der vorliegenden Gesamtsituation jedenfalls **nicht mehr zu rechtfertigen**.*

Epidemiologe Prof. Wittkowski spricht über [Sinn und Unsinn des Lockdown](#)

Neue RKI-Zahlen widersprechen Kanzlerin Merkel, erklärt der Finanzwissenschaftler, [Prof. Dr. Stefan Homburg in diesem Interview](#)

Rechtsmediziner Prof. Püschel fordert neuen Fokus auf Corona: [Zeit der Virologen ist vorbei](#)

Der Palliativmediziner Prof. Borasio – bestätigt in diesem [lesenswerten Interview im CICERO](#), dass die Genesungschancen von Covid-19 infizierten Heimbewohnern größer ist, wenn diese nicht in die Klinik kommen, sondern in ihrer vertrauten Umgebung behandelt und gepflegt werden. „Von denen die im Kanton in die Klinik kamen, hat keiner überlebt.“

Siehe auch dieser Beitrag vom 22.04.: [Zu Tode therapiert?](#)

Auch dieses fachlich fundierte Thesenpapier angesehener Gesundheitsexperten wurde nicht einbezogen. Alles was nicht ins Drohszenarium dieser Pandemie passt, wird ignoriert: [Gesundheitsexperten zerlegen Covid-19 Strategie der Regierung](#)

Sehr zu empfehlen die Seite Swiss-Propaganda-Research: „Von Fachleuten präsentierte, vollständig referenzierte [Fakten zu Covid-19](#), die unseren Lesern eine realistische Risikobeurteilung ermöglichen sollen.“ Denn: „**Die einzige Art, gegen die Pest zu kämpfen, ist die Ehrlichkeit.**“ (Albert Camus, 1947)

---

Nachtrag 26.04.2020:

Aktuell können Sie gleich mehrere Petitionen unterzeichnen, in denen die Aufhebung der Besuchsverbote gefordert wird:

Petition der BIVA – [Besuchesrecht im Pflegeheim trotz Corona](#)

Nicole Stern, eine betroffene Angehörige, die sich auch an die Pflegeethik-Initiative gewandt hat, hat mit dieser [Petition einen Hilferuf gestartet](#).

Immer wieder werden uns die Särge und Zahlen von Corona-Toten aus Italien vorgehalten. Jemand der sich auskennt und genauer recherchiert hat, findet dafür [diese Erklärungen](#)

04.05.2020: Was die Heinsberg-Studie zeigt- ntv – [Interview mit Prof. Streeck](#)



131

<https://www.mopo.de/hamburg/uke-infektiologe-fordert-es-muessen-sich-mehr-menschen-mit-corona-infizieren-36483636?originalReferrer=&originalReferrer=>

## UKE-Infektiologe fordert Es müssen sich mehr Menschen mit Corona infizieren

**Kitas und Schulen sollen möglichst bald wieder geöffnet werden, damit Kinder und ihre Eltern durch eine Ansteckung mit dem Coronavirus immun werden können. Das fordert der UKE-Infektiologe Dr. Ansgar Lohse in der „Bild“-Zeitung. Die Fortdauer der strikten Maßnahmen würde zu einer Wirtschaftskrise führen, die ebenfalls Menschenleben kostet, so der Mediziner.**

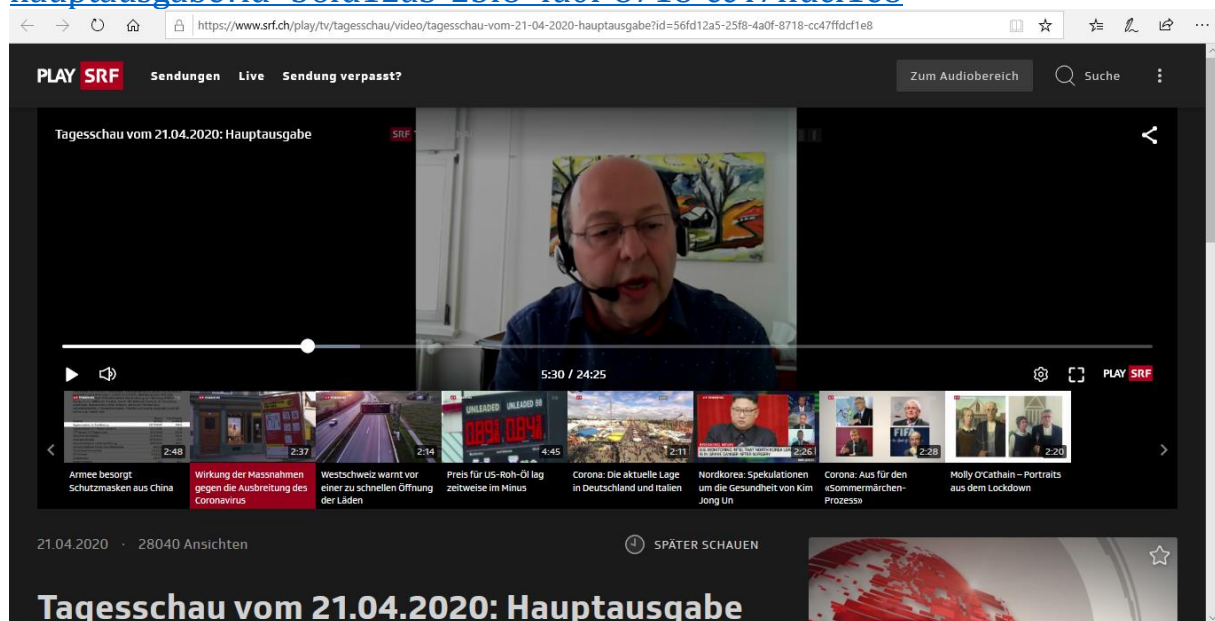
„Die Betreuung von psychisch Kranken ist schwieriger geworden, die Familiensituation in engen Räumen birgt extremes Konfliktpotenzial und eine Wirtschaftskrise wirkt sich direkt auf die Sterblichkeit aus“, so Lohse in der „Bild“. „Sowohl Kinder als auch die allermeisten von ihren jungen Eltern gehören nicht zur Risikogruppe. Je schneller diese Gruppe eine Infektion durchmacht, umso besser. Kitas und Schulen sollten deshalb bald wieder öffnen.“

# Coronavirus: UKE-Arzt fürchtet Tote durch Wirtschaftskrise

Der Mediziner sieht das Herunterfahren des gesamten öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens kritisch: „Viele Menschen werden leiden und sterben, weil andere Krankenhausbetten reduziert werden, weil soziale und ärztliche Dienste nicht mehr funktionieren, weil Menschen vereinsamt und andere zusammengepfercht leben müssen, weil Karrieren und Existenzen gefährdet werden.« Der UKE-Infektiologe fordert, dass über Alternativen nachgedacht werden müsse, auch über die sogenannte „Herdenimmunität“. Da es frühestens Ende 2020 einen Impfstoff gegen Corona geben wird, sei nur die kontrollierte Ansteckung von Nicht-Risikogruppen für dieses Ziel geeignet. (ste)

132

<https://www.srf.ch/play/tv/tagesschau/video/tagesschau-vom-21-04-2020-hauptausgabe?id=56fd12a5-25f8-4a0f-8718-cc47ffdcf1e8>



133

<https://infekt.ch/2020/04/sind-wir-tatsaechlich-im-blindflug/>

## Sind wir tatsächlich im Blindflug?

An der Pressekonferenz vom 16.4.20 hatte Bundesrat Berset mehrmals den Begriff „Blindflug“ verwendet. Wir würden nicht genau wissen, wo wir stehen und wir müssten noch gut beobachten, wie es um den Stand der Epidemie stehe.

### **Methoden sind verfügbar**

So ganz ohne Instrumente ist unser Flugzeug aber nicht unterwegs. Wir hatten es bereits im [letzten Artikel](#) kurz erwähnt: Eine epidemiologische Arbeit der ETH Zürich aus der Gruppe von Tanja Stadler hat eine spannende Arbeit zur sich verändernden Ausbreitung von Covid-19 in der Schweiz präsentiert. Im Grunde genommen können die Epidemiologen durch die Analysen der laufenden Daten mit einer ganz kurzen Verzögerung sehr genau abschätzen, was die Präventionsmassnahmen tatsächlich bewirken.

### **Die Reproduktionsrate**

Eine zentrale Grösse zur Beschreibung einer Infektionskrankheit ist die Reproduktionsrate. Es ist im Grunde die Anzahl der Personen, die von einer Person angesteckt werden. Natürlich ist dieser Wert abhängig von vielen Faktoren und es ergibt sich ein Durchschnittswert (die sog. „basale“ Reproduktionsrate,  $R^0$ ) der für Covid-19 in der Grössenordnung von 2.5-3.5 liegt. Wenn es uns nun gelingt, die Reproduktionsrate auf Werte um 1 (oder sogar darunter) zu senken, dann kann sich die Epidemie nicht mehr weiter ausdehnen. Nun hat das Team von Tanja Stadler während der laufenden Covid-19 Epidemie anfangs März die effektive Reproduktionsrate für jeden Tag abgeschätzt. Damit sind diese Spezialisten in der Lage, mit wenigen Tagen Verzögerung einen Verlauf der Epidemie zu beobachten, ein wahrer Instrumentenflug der Epidemiologen.

### **Wirkung früher als vermutet**

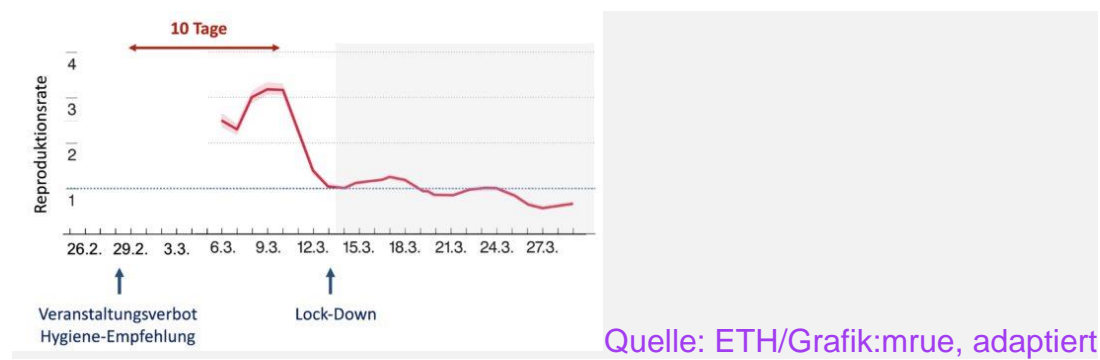
Die Resultate waren sehr überraschend: Denn die Autoren fanden, dass Reproduktionsrate bereits **vor**

Beschluss des Lockdowns am 13.3.20 auf praktisch eins fiel. In der untenstehenden Abbildung zeigt sich (rot) die Reproduktionsrate in der Grössenordnung von 2.5-3.0. Dargestellt die Werte ab dem 6. März und dann der deutliche Abfall ab dem 9. März. Zum Zeitpunkt, als der Bundesrat den Lockdown verkündete (13.3.) war somit die Reproduktionsrate schon praktisch auf 1, das heisst, wir hatten bereits den gewünschten Zustand einer gestoppten Ausbreitung.

Interessant ist der Zeitverlauf zurück: Am 28. Februar hat der Bundesrat – unter dem Eindruck der Ereignisse in Italien – das Verbot erlassen und eine sehr aktive Kommunikation mit sehr gut verständlichen, umsetzbaren und wirksamen



Hygieneempfehlungen lanciert. Dass diese Massnahmen wirksam waren, zeigt nun die Analyse der Gruppe von Stadler: Denn wie in der Abbildung gezeigt, dauerte es gerade mal 10 Tage, bis die Massnahmen Wirkung zeigten. Diese 10 Tage, das ist exakt die Zeit welche auch Stadler im Modell vorausgesagt hatte: Zunächst einmal dauert es im Durchschnitt 5 Tage, bis eine heute infizierte Person selbst krank wird und ansteckend wird. Und dann dauert es noch einmal – so die Annahmen im Modell – im Durchschnitt 5 Tage, bis eine Person mit einer Infektion diagnostiziert wird. Über diese Annahmen kann man jetzt noch diskutieren, doch im Grossen und Ganzen ist es klar, dass eine Veränderung des Verhaltens zu einer verzögerten Wirkung führt. Und die hier beobachtete Verzögerung ist plausibel. Sie zeigt auf jeden Fall, dass sich die Epidemie **VOR** dem Lockdown schon deutlich verändert hat.

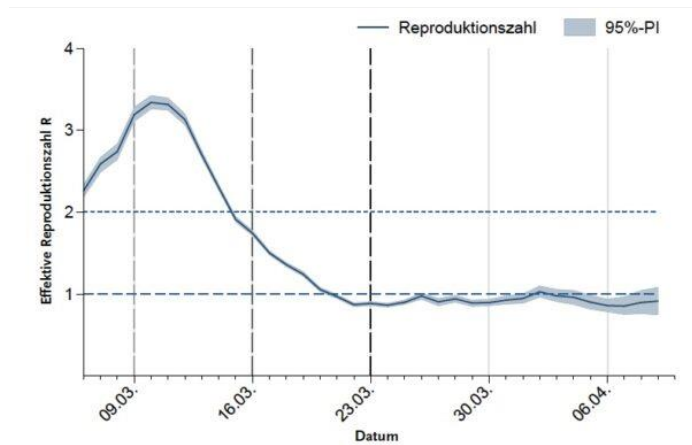


### Auch die Autoren waren überrascht

Die Autoren schienen fast selbst etwas überrascht über die Resultate: Denn bei der Diskussion der Resultate in der Arbeit selbst und in den Medien haben sie die Brisanz dieser Resultate sehr zurückhaltend interpretiert. Als Wissenschaftler will man Schlussfolgerungen sorgfältig formulieren, es können sich immer Fehler einschleichen. Daher ist es gut verständlich, dass man solche doch wesentlichen Resultate zurückhaltend interpretieren will bis auch andere Daten diese Resultate bestätigen.

### Robert-Koch findet fast identisches Resultat

Nun haben Epidemiologen des Robert Koch Instituts (dem „Deutschen BAG“) praktisch eine identische Analyse präsentiert. Sie haben ihre Annahmen für die Inkubationszeiten und die Zeit bis zur Diagnosestellung etwas kürzer angesetzt. Doch das Resultat blieb dasselbe, wie sich in der Abbildung deutlich zeigt:



Quelle: RKI

In Deutschland gab es zwei wichtige Zeitpunkte: Am 9. März das Verbot von Grossveranstaltungen (>1000 Personen) und dann am 23. März der Lockdown mit umfangreichem Kontaktverbot. Und auch in dieser Analyse vom RKI zeigt sich, dass es in Deutschland, wie schon in der Schweiz, nicht die Lockdown-Massnahmen waren, welche zur wirksamen Hemmung der Ausbreitung von Covid-19 führten.

### Einfache Massnahmen genügen

Diese Resultate enthalten Zündstoff: Offenbar zeigen nun diese beiden Arbeiten mehr oder weniger identisch: Die einfachen Massnahmen, Verzicht auf Grossveranstaltungen und die Einführung von Hygienemassnahmen sind hoch wirksam. Die Bevölkerung ist in der Lage, diese Empfehlungen gut umzusetzen und die Massnahmen können die Epidemie fast zum Stoppen bringen. Auf jeden Fall sind die Massnahmen ausreichend, unser Gesundheitssystem so zu schonen, dass die Spitäler nicht überlastet werden.

Wir bleiben dran: Im nächsten Blog möchte ich überlegen, welche Konsequenzen diese Erkenntnisse nun für unsere Präventionsstrategie haben könnten. Auf jeden Fall zeigen mir diese epidemiologischen Arbeiten: Wir sind nicht im Blindflug – Wir haben ausgezeichnete Instrumente um die Epidemie fast „real-time“ zu beobachten.

134

<https://infekt.ch/2020/04/covid-fuehrt-das-sommerwetter-zur-entspannung/>

## Covid – Führt das Sommerwetter zur Entspannung?

Das kennen wir alle. Unsere alljährlichen Infektionen der Atemwege besuchen uns gerne in den trockenen Wintermonaten. Aufgrund dieser bekannten Saisonalität wird immer wieder postuliert, dass auch die Covid-19 Erkrankungen in den Sommermonaten



rückläufig sein dürften. Bisher fanden wir zu dieser Frage eigentlich nur wissenschaftliche Arbeiten, welche gegen einen solchen saisonalen Effekt auf die Entwicklung einer Pandemie sprechen.

### **Neue Studie eher ernüchternd**

Nun hat eine Gruppe aus Princeton, USA, ([Baker et al. April 2020](#)) den Effekt der unterschiedlichen Feuchtigkeitsphasen während der Sommer- und Wintersaison modelliert. Dabei haben die Autoren unsere Kenntnis zur Klima-Abhängigkeit von anderen Coronavirus-Infektionen benutzt und den Effekt der Luftfeuchtigkeit auf die Ausbreitung der Infektionen studiert.

Wir wissen, dass die Luftfeuchtigkeit ein wesentlicher „Treiber“ der Übertragung von Atemwegsinfektionen ist. Im Winter, wenn die Luft deutlich weniger Feuchtigkeit aufnehmen kann, werden respiratorische Viren viel mehr übertragen. Nun haben die Autoren aber in diesem Modell auch noch den Effekt einer Teilimmunität der Bevölkerung mit berücksichtigt.

### **Fehlende Immunität übersteuert den Sommereffekt**

Neu in diesem Modell ist, dass die Autoren nun aber nicht nur die Luftfeuchtigkeit berücksichtigt haben. Sie haben auch das Ausmass einer Teilimmunität der Bevölkerung berücksichtigt. Dabei zeigt sich, dass gemäss diesen Modellberechnungen der Effekt der fehlenden Immunität in der Bevölkerung viel stärker ins Gewicht fällt als ein möglicher Effekt der feuchten Sommermonate.

Auch wenn dies nur eine Modellberechnung darstellt. Ich denke es ist klug, wenn wir nicht von einem „Sommereffekt“ ausgehen und wirklich damit rechnen, dass eine wesentliche Veränderung der Saisonalität von Covid-19 erst mit einer Veränderung der Immunitätslage zustande kommt.