

## Wie sehr bestimmt Corona das Sterbegeschehen?

### Description

Das statistische Bundesamt hat kürzlich die Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen der Jahre 2020/2021 vorgestellt. [Sie basiert auf Daten bis Ende Oktober 2021.](#)

Demnach stieg ab Mitte Oktober 2020 die Differenz der Sterbefallzahlen zum mittleren Wert der Vorjahre (Median der Jahre 2016 bis 2019) deutlich an. Im Dezember lag die Zahl der Gestorbenen 32% darüber. Im Januar 2021 kamen die Sterbefallzahlen noch 25% über dem mittleren Wert der vier Vorjahre (Median jetzt der Jahre 2017 bis 2020) herein, im Februar und im März lagen sie darunter. Im April, Mai und Juni gab es eine signifikante Übersterblichkeit. Die fällt für Juni zumindest zum Teil mit einer Hitzewelle zusammen. Der Juli sah die Sterbefallzahlen noch etwas über dem mittleren Wert, im August waren sie unauffällig. September und Oktober zeigten mit +10%, bzw. +9% erneut eine deutliche Übersterblichkeit. Dabei, so das Amt, erklären die gemeldeten COVID-19-Todesfallzahlen nur einen kleinen Teil dieser Entwicklung.

Das Amt weist darauf hin, dass in der Grippesaison Saison 2020/2021 (von Anfang Oktober bis Mitte Mai) die Aktivität von Atemwegserkrankungen wie etwa der Influenza äußerst niedrig war ([oder war vielleicht alles COVID-10, was zuvor unter Influenza durchging?](#)). Dies führt sonst zu einem Anstieg der Sterbefälle in den Wintermonaten. Da dieser Grippeeffekt in der Saison 2020/2021 nahezu ausgefallen ist, sind die gesamten Sterbefallzahlen trotz COVID-19 Mitte Februar 2021 unter den mittleren Wert der Vorjahre gefallen. Das Abflachen der Grippewellen in den Vorjahren ab März wird als Grund dafür angegeben, dass die Sterbefallzahlen im April und Mai wieder über dem mittleren Wert der Vorjahre lagen.

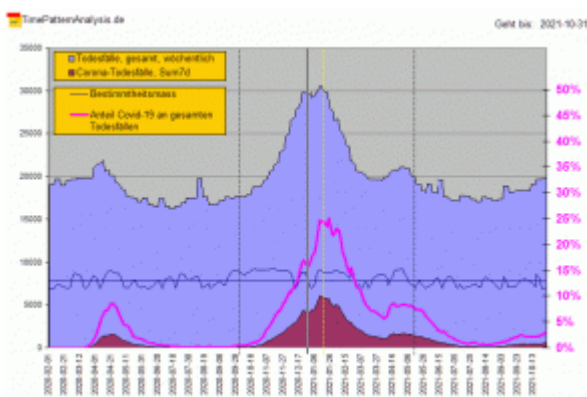
Per Juli hat das statistische Bundesamt die Auswertung umgestellt. Davor wurde der Mittelwert der Vorjahre als Vergleichskriterium herangezogen, um Über-, bzw. Untersterblichkeit zu beurteilen. Das führt bei Zeitreihen in einem klaren Aufwärtstrend (wie das in Deutschland bei den Sterbefallzahlen der Fall ist) zu einem zu niedrigen Vergleichswert. Oder anders ausgedrückt, man kommt dann eher zu dem Schluss, dass eine Übersterblichkeit vorliegt.

Seit Juli 2021 wird für den Vergleich mit der Sterblichkeit der Vorjahre der Median anstatt des arithmetischen Mittels verwendet. Der Vergleichsmaßstab liegt jetzt also mittig zwischen dem zweithöchsten und dem dritthöchsten Wert aus den vier Vorjahren. Zur Begründung wird angegeben, dass der Median gegenüber dem arithmetischen Mittel weniger anfällig gegenüber Ausreißern ist. Die zweite Corona-Welle ab Oktober 2020 würde das Durchschnittsniveau ansonsten so weit anheben, dass als Vergleichsmaßstab ein überhöhter Wert herangezogen wird, also dann eher keine Übersterblichkeit

vorläge.

Die Argumentation ist zwar nachvollziehbar, aber auch bei Verwendung des Median kommt es unter bestimmten Bedingungen zu einem zu niedrigen Vergleichswert und damit zu einer vermeintlichen Übersterblichkeit. Was natürlich besser in das verordnete Narrativ hineinpasst. Ich werde darauf noch in einem weiteren Beitrag eingehen.

Ich habe mir die Entwicklung seit Februar 2020 bis Ende Oktober 2021 angesehen. Das Ergebnis zeigt der folgende Chart. Dabei wird die Gesamtzahl der wöchentlich gemeldeten Zahl der Todesfälle verglichen mit der gleitenden sieben-Tages-Summe der Todesfälle, die im Zusammenhang mit COVID-19 gesehen werden („an“ oder „mit“). Die vertikalen gestrichelten Linien grenzen die Grippesaison ein, die vertikale gelbe Linie trennt zwei Auswertungsperioden voneinander. Ich habe sie auf den 21. Januar 2021 gesetzt, das ist die Mitte der KW 3/2021 und gleichzeitig das lokale Maximum der „Corona“-Todesfälle wie auch das der Sterbefälle insgesamt. Zudem spielte zu diesem Zeitpunkt die „Impfung“ gegen COVID-19 noch keine wesentliche Rolle.



Inwieweit kann die Zeitreihe der gesamten Todesfälle durch die Zeitreihe der COVID-19-Todesfälle erklärt werden? Hierzu habe ich den Verlauf des statistischen Bestimmtheitsmasses herangezogen (Anmerkung: Das Bestimmtheitsmass wird gerne zur Begutachtung von Interpolationen eingesetzt; Korrelation geht mit Einschränkungen auch). Die blaue Linie im unteren Drittel des Charts zeigt diesen über eine gleitende 30-Tage-Spanne. Der Wert kommt für den Zeitraum vom 1. Februar 2020 bis zum 21. Januar 2021 auf 0,47, im anschließenden Zeitraum bis Ende Oktober 2021 wird 0,37 erreicht. Im ersten Zeitraum liegt er über der Schwelle für die gesamte, von Februar 2020 bis Oktober 2021 reichende Zeitspanne (waagerechte Referenzlinie: Mittelwert, resp. Median), im zweiten Zeitraum liegt er darunter. (Anmerkung: Die Ergebnisse ändern sich nicht wesentlich, wenn man die beiden Zeiträume am Jahreswechsel trennt.)

Das Sterbe geschehen kann also in 2021 weniger mit dem Corona-Thema erklärt werden als in der davor liegenden Phase. Das gilt insbesondere für die Zeit ab Mitte Mai 2021 (Bestimmtheitsmass meistens unter Referenzlinie). Ab Ende September 2020 bis Mitte Januar 2021 und darüber hinaus bis Ende Februar 2021 hingegen war der Zusammenhang zwischen COVID-Todesfällen und der gesamten Sterblichkeit noch ausgeprägt (Bestimmtheitsmass meistens über Referenzlinie).

Über alles gesehen ist der Zusammenhang aber nur mäßig eng – kein Wunder, versterben doch z.B. von 100 hospitalisierten COVID-19-Patienten in etwa genauso viel wie von 100 hospitalisierten Patienten mit einer ambulant erworbenen Pneumonie gleichen Alters (siehe [hier!](#)). Mit anderen Worten: COVID-19 spielt insgesamt keine herausragende Rolle beim Sterbe geschehen. Dies ergibt sich auch aus einer anderen Auswertung des statistischen Bundesamtes – siehe "[Corona-Tote – darf es nicht ein wenig mehr sein?](#)".

Da die „Impfung“ im ersten Quartal allmählich Fahrt aufnahm und ab April auch Jüngere den Segen dieser Aktion genießen konnten, liegt der Verdacht nahe, dass Nebenwirkungen dieser Veranstaltung eine Rolle

beim Sterbegeschehen spielen. Es ist bekannt, dass insbesondere jüngere Männer nach der „Impfung“ nicht selten mit Herzproblemen zu tun haben. Der Chef der Pathologie in Heidelberg, Prof Schirmacher, hat zudem im Mai festgestellt, dass in 30% der Todesfälle im Zeitbereich von 14 Tagen nach der „Impfung“ diese eine ursächliche Rolle gespielt hat (siehe [hier!](#)).

Möglicherweise wird der Zusammenhang zwischen COVID-19 und dem gesamten Sterbegeschehen daher von einer anderen Seite her wieder prägnanter, nämlich von Seiten der Geimpften mit „Impfdurchbrüchen“ (früher hieß das mal „Impfversagen“). Die aktuellen Zahlen des RKI ([Wochenbericht vom 11.11.21](#)) bestätigen den [Trend der vorangegangenen Wochen](#):

Situationsbericht des RKI vom		07.10.21	14.10.21	21.10.21	28.10.21	04.11.21	11.11.21
Alter	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil	Anteil
<b>Wahrscheinliche Impfdurchbrüche bei symptomatischen COVID-19-Fällen</b>							
60+	52,6%	55,4%	57,0%	58,9%	60,5%	60,9%	
18-59	28,4%	31,6%	34,7%	37,5%	39,7%	41,6%	
12-17	2,2%	2,6%	3,1%	3,6%	4,2%	4,8%	
Gesamt:	27,9%	30,8%	33,7%	36,8%	39,1%	41,0%	
<b>Wahrscheinliche Impfdurchbrüche bei hospitalisierten COVID-19-Fällen</b>							
60+	36,8%	39,6%	42,1%	43,7%	44,9%	45,1%	
18-59	13,3%	15,3%	17,4%	18,8%	20,9%	22,7%	
12-17	2,7%	4,0%	3,1%	2,9%	3,4%	3,4%	
Gesamt:	23,4%	26,5%	29,6%	32,2%	34,4%	35,8%	
<b>Wahrscheinliche Impfdurchbrüche bei COVID-19-Fällen auf Intensivstation</b>							
60+	24,1%	28,8%	29,9%	33,4%	34,5%	36,0%	
18-59	7,7%	10,1%	12,0%	12,0%	12,9%	12,9%	
12-17	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Gesamt:	16,5%	16,0%	22,0%	24,9%	26,5%	28,1%	
<b>Anteil wahrscheinliche Impfdurchbrüche an verstorbenen COVID-19-Fällen</b>							
60+	33,0%				43,0%	41,7%	
18-59	1,9%				13,0%	18,5%	
12-17	0,0%				0,0%	0,0%	
Gesamt:	29,6%				41,1%	40,3%	

Mittlerweile verschärft sich der Trend bei der Altersgruppe der 18- bis 59-jährigen. Seit dem Lagebericht des RKI vom 7. Oktober hat deren Anteil an symptomatischen Covid-Fällen um 46,5% zugenommen. Bei der Hospitalisierung beträgt der Zuwachs fast 71%, bei den intensivmedizinisch betreuten Fällen liegt er bei 67,5%. Bei den Sterbefällen, die mit Covid-Fällen in Verbindung gebracht werden, hat sich der Anteil der Geimpften in der Altersgruppe 18 bis 59 verachtfacht – allerdings auf niedrigem Niveau. Generell ist auch jetzt wieder zu sagen, dass das Bild dadurch erheblich verzerrt wird, dass Geimpfte nicht oder nur wenig getestet werden. Daher dürfte insbesondere beim symptomatischen Szenario der Anteil der Geimpften in der Realität deutlich höher sein. Und ein gewisser Teil davon landet dann mit Verzögerung im Krankenhaus, auf der Intensivstation oder, noch schlimmer, auf dem Friedhof.

In den Niederlanden bestätigen Ärzte, dass die Intensivstationen mittlerweile von den Geimpften belegt sind. Und Harvey Risch warnt (h/t [Peter F. Meyer](#)): „Die Ungeimpften sollten eigentlich mehr Angst vor den Geimpften haben.“ Risch ist Professor für Epidemiologie in der Abteilung für Epidemiologie und öffentliche Gesundheit an der Yale School of Public Health und der Yale School of Medicine. Außerdem ist er Autor von mehr als 350, von Experten begutachteten Originalveröffentlichungen in der medizinischen Fachliteratur, die mehr als 44.000 Mal in anderen wissenschaftlichen Publikationen zitiert wurden. Er wiederholte kürzlich, was er schon seit 2020 sagt: „Mehr als 90 Studien haben gezeigt, dass die natürliche Immunität stark oder stärker ist als Impfstoffe.“ Zudem schätzt er, dass ein sehr hoher Prozentsatz der COVID-19-Toten durch inadäquate Behandlung zu Tode kam. 80% oder mehr hätten durch eine frühzeitige Behandlung (etwa mit Hydroxychloroquin, Ivermectin und anderen Medikamenten – siehe auch [hier!](#)) gerettet werden können, so Risch.

### Nachtrag:

(13.11.21) "Eigentlich" sollte die Inzidenz ja keine entscheidende Rolle mehr spielen. Aber sie eignet sich gerade wieder so gut zur Panikmache. Der Verlauf der wöchentlichen Hospitalisierungsrate, im folgenden Chart mit dunkelblauen Punkten markiert, zeigt folgendes: Am 20.12.20 war in Deutschland ein Hochpunkt bei 152 pro eine Million Einwohner erreicht worden. Der nächste Hochpunkt lag am 25.4.21 bei 96. Zu beiden Zeitpunkten hatte es keine Überlastung des Gesundheitswesens gegeben – dies hatte z.B. auch der Bundesrechnungshof bestätigt (siehe etwa [hier!](#)). Beim jüngsten Wert vom 31.10.21 mit 45 kann dann davon erst recht keine Rede sein – es sei, denn, die Kapazitäten sind mittlerweile drastisch reduziert worden. Dann gehören die dafür Verantwortlichen vom Hof gejagt (siehe auch [hier!](#)).

