

Prof. Dr. Stefan Hockertz
Ölbergweg 58 · 79283 Bollschweil

Fon. 07633 9883993
Mobil. 0171 4327181
Prof.Hockertz@itox.de

Prof. Dr.Dr. Harald Walach
Schönwalder Str. 17 · 13347 Berlin

Fon 030 467 97 436
hwalach@gmail.com
<https://harald-walach.de>

Herrn Staatsekretär
Prof. Dr. Günter Krings
- persönlich -
Bundesministerium des Inneren
Alt Moabit 140
10557 Berlin

8.5.2020

Sehr geehrter Herr Prof. Krings,

(Dieses Schreiben geht persönlich an Sie und einige wenige andere Staatssekretäre. Wir werden den Inhalt erst veröffentlichen, wenn wir innerhalb von 10 Tagen keine Antwort erhalten.)

Die Covid19-Pandemie hat zweifelsohne für alle Länder eine besondere Herausforderung dargestellt, vor allem deshalb, weil der Erreger nicht bekannt und seine Infektiosität schlecht einschätzbar war. Die Handlungspläne der Exekutive waren vor allem von dem Bericht zur Risikoanalyse Pandemie aus dem Jahre 2013 ¹ und den Vorhersage-Modellen des RKI geprägt ², die sich an das Modell von Ferguson vom Imperial College anlehnten ³. Solche Modelle müssen immer Annahmen machen und kamen unter den gegebenen Annahmen zu der Einschätzung, dass, wenn kein Erkrankter isoliert würde, je nach Immunitätslage der Bevölkerung zwischen 380.000 und 200.000 Todesfälle zu erwarten seien. Diese würden nur unter strikten Quarantäne-Auflagen und der Isolation vieler Erkrankter unter 100.000 fallen. Die Anzahl der Intensivbetten, die benötigt würden, wurde, falls niemand isoliert würde, im besten Fall auf ca. 70.000 geschätzt und im schlimmsten Fall auf 130.000. Nur unter der Bedingung, dass 10-60% aller Betroffenen isoliert werden können würde die Anzahl der benötigten Intensivbetten im beherrschbaren Bereich zwischen 20.000 und 40.000 insgesamt liegen. Diese Daten und Extrapolationen waren offenkundig die Grundlage für die breitgefächerte Kampagne der sozialen Selbstisolation bis zu Versammlungsverboten, Schließung der Kindergärten und breiter Reduktion des Wirtschafts- und Soziallebens.

Wir sind sehr besorgt, dass das weitere Festhalten an diesen Maßnahmen zu großen Schäden führen wird. Denn es zeigt sich bei genauerer Analyse, dass die Modelle von falschen Voraussetzungen ausgegangen sind. Dies hat nun dazu geführt, dass die Bevölkerung durch die breit angelegte Medienkampagne verunsichert ist, die Wirtschaft geschädigt wird und die Freiheitsrechte unnötig eingeschränkt werden. Durch den sich bildenden Widerstand in der Bevölkerung erhöht sich das Grundrauschen vor allem rechts, aber auch links der Mitte, die Unruhe wächst und es ist schwer, den Menschen Maßnahmen weiter zu vermitteln, die offenkundig unsinnig und daher leicht verschwörungstheoretisch misszuverstehen sind.

Denn die Fakten weisen darauf hin, dass die Covid-19-Maßnahmen, je länger sie dauern, einem Fehlalarm geschuldet sind.

Die Fakten zeigen:

1. Das CoV2-Virus, das für die Covid19-Krankheit verantwortlich ist, ist weit weniger infektiös, als es von den in der Öffentlichkeit agierenden Virologen und Fachleuten anfangs eingeschätzt wurde. Während das RKI-Modell² und das Imperial-College Modell³ davon ausgehen, dass ohne weitere Maßnahmen etwa 70% der Bevölkerung infiziert und von den Infizierten *alle* erkranken, wissen wir heute:
 - Die Infektionsraten schwanken zwischen 5%⁴ und 14%⁵ bzw. 15% – letzteres aus der noch unveröffentlichten Populationsbasierten Studie von Prof. Streeck aus Gangelst; dies ist, verglichen mit der normalen saisonalen Grippe sogar eine niedrigere Infektionsrate, bei der eine Meta-Analyse eine 21%ige Infektionsrate gefunden hat.⁶ Daher ist die Annahme einer 100%igen Infektiosität, die den RKI-Modellen zugrunde liegt, eklatant falsch und muss korrigiert werden.
 - Die dokumentierten Infektionsraten werden außerdem mit einem Test bestimmt, der keine ausreichende Validität aufweist⁷.
 - Offensichtlich wird der Organismus in einer großen Zahl der Fälle dank unserer unspezifischen antiviralen Immunität sehr gut mit der Infektion fertig. Das zeigen die relativ niedrigen klinischen und symptomatischen Erkrankungsraten von 48% der als infiziert Diagnostizierten in einer älteren Kohorte⁵ bzw. von 22% in China⁸.
2. Das Virus geht sehr rasch durch eine Population. Es kann eingedämmt werden, wenn, wie in Süd-Korea oder Taiwan, die Maßnahmen zur Quarantäne und Kontaktverfolgung sowie Testung entsprechend früh und umfassend durchgeführt werden, bzw. sich Infektionen auf wenige Herde beschränken, gerät aber sehr rasch außer Kontrolle.⁹ Wenn man die Entwicklung in China betrachtet sieht man:
 - Die Ausbreitung in Wuhan konnte über die Zeit des chinesischen Frühlingsfestes völlig ungestört geschehen.^{10,11}
 - Als die Infektionsraten nach oben schnellten und die Lokalregierung am 23.1. den Flughafen in Wuhan schloß, sowie die Bevölkerung in Quarantäne schickte, war die Infektionsspitze bereits erreicht. Die Schließung des Flughafens verzögerte die Verbreitung des Virus in andere Regionen von China um 2.8 Tage und hatte keinen Einfluss auf die Ausbreitung nach Europa.^{11,12}
 - Diese Maßnahmen erfolgten, *nachdem* die Reduktion der Reproduktionszahl des Virus unter 1 gefallen war. Dies ist ersichtlich, wenn man die Verzögerung der Meldung von Fällen und Erkrankungen, die in die Statistik eingehen, berücksichtigt. Diese Verzögerung beträgt nämlich 14 Tage und um diese Zeit muss der Zeitpunkt des Abfalls rückdatiert werden. Der Abfall der Reproduktionsrate unter 1 fiel auf den 6. Februar.¹⁰ Rechnet man vom 6. Februar 14 Tage zurück, dann ist man genau am 23. Januar, am Tag der Schließung des Flughafens.¹³
 - Dass die Meldungsverzögerung zu statistischen Artefakten führt, hat mittlerweile auch das RKI gesehen und seine Berechnungen angepasst.¹⁴ Daher müssen alle Maßnahmen und die Dynamik der Epidemie in ihrer zeitlichen Einordnung mindestens 2 Wochen früher gesehen werden. Deswegen beruhen die momentanen Einschätzungen der Wirksamkeit von nicht-pharmakologischen Eindämmungsmaßnahmen auf statistischen Artefakten.¹⁵
 - Das Virus zieht sich also nach einer gewissen Zeit, die relativ robust auf 7-8 Wochen nach Auftauchen der ersten Fälle in allen Ländern geschätzt werden kann,¹⁶ von selbst zurück. Dieser Rückzug ist unabhängig von den angewandten Lock-Down Maßnahmen eines Landes und folgt in etwa der gleichen Dynamik in Ländern wie Estland, Israel oder Österreich, die ihr Land komplett abriegelten oder Schweden, das relativ liberal mit der Situation umging.¹⁷ Für Deutschland liegt daher der Umkehrpunkt, an dem

sich die Infektion von selber zurückzog am 15. März, 8 Tage bevor die Politik einen Lockdown am 23. März beschloss.¹⁷

3. Die Anzahl der Todesfälle, die auf Covid-19 zurückgeführt werden, blieb weit unter den extrapolierten 100.000 bis 200.000 Fällen zurück. Sie liegt derzeit bei etwa 6.700 Fällen in Deutschland. Dies sollte man auf dem Hintergrund betrachten, dass in Deutschland pro Jahr

- etwa 10.000 tödliche Haushaltsunfälle geschehen
- etwa 3.500 tödliche Autounfälle passieren
- in Deutschland im Jahre 2017 (letztes öffentlich verfügbares Datum) 9.235 Personen durch Suizid ums Leben kamen (<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>)
- die Übersterblichkeit bei einer schwereren saisonalen Grippe-Epidemie zwischen 20.000 und 25.000 Personen beträgt (<https://edoc.rki.de/handle/176904/6253>). John Ioannidis aus Stanford, einer der weltweit renommiertesten Epidemiologen, schätzt, dass durch Grippe um 100 mal mehr Menschen sterben als an diesem Virus.¹⁸ Man sollte sich auch vor Augen führen, dass das RKI derzeit aktiv davon abrät, durch Obduktion festzustellen, ob ein Verstorbener, bei dem CoV2 nachgewiesen wurde, tatsächlich auf die Todesursache zu untersuchen, was tendenziell zu einer Überschätzung der Fallzahl führt.
- Die hohe Sterblichkeit von Covid-19 Patienten vor allem in Italien und Spanien und die breite mediale Aufmerksamkeit, die diesen Zahlen gewidmet wurde hat dazu geführt, dass die Gefährlichkeit der Infektion weit überschätzt wurde und andere Faktoren, die für die Übersterblichkeit verantwortlich sein könnten – das höhere Durchschnittsalter der Bevölkerung, Multimorbidität, höhere Raucherquote bei Älteren, strukturelle und hygienische Probleme in Krankenhäusern und Einrichtungen, Luftverschmutzungen, soziale Faktoren – nicht mehr diskutiert wurden.
- Das durchschnittliche Alter der mit Covid19 verstorbenen Patienten liegt in vielen Fällen sogar über der mittleren Lebenserwartung für ein Land. Während in Italien z.B. 23% der Bevölkerung über 65 ist, waren es in einer italienischen Kohortenstudie über 88% der verstorbenen Covid-19 Patienten, die über 65 waren.¹⁹
- Andere Risiken für die mögliche Anfälligkeit, die vor allem den Wirt betreffen, wie etwa Übergewichtigkeit und die damit einhergehende Immunschwäche, werden praktisch nie diskutiert.

Die Überstilisierung dieses Erregers als „Killer-Virus“, die früh von den Medien verbreitet wurde, ist daher sachlich falsch und durch nichts zu rechtfertigen. Der Eindruck entsteht durch inkompetenten Umgang mit Zahlen, falsche Vergleiche und unverantwortliche Auswahl von Fakten. Dies soll nicht den Eindruck erwecken, als wollten wir die Probleme der Menschen, die an dieser Krankheit versterben verharmlosen. Es gibt ohne Frage schwere Verläufe, die klinisch schwerer sind als bei anderen Infektionskrankheiten.²⁰ Aber der alleinige Fokus auf solche Verläufe verzerrt das Bild und trübt die Gesamtschau.

Auf diesem Hintergrund müssen die gegenwärtigen Maßnahmen eingeschätzt und bewertet werden. Nicht nur der Infektionsschutz ist zentral. Dieser ist mittlerweile sogar obsolet, weil der Erreger sich kaum mehr regt. Wir müssen die wirtschaftlichen, psychischen, politischen und sozialen Folgen in Rechnung stellen und diese mit dem potenziellen Schaden durch die Infektion vergleichen.

Zu möglichen Folgen gehören die Folgen für die Wirtschaft. Bei einer Shutdown-Dauer von zwei Monaten erreichen die Kosten je nach Szenario zwischen 255 und 495 Mrd. Euro und

reduzieren die Jahreswachstumsrate des BIP zwischen 7,2 und 11,2 Prozentpunkten; bei drei Monaten erreichen sie bereits 354 bis 729 Mrd. Euro (10,0 bis 20,6 Prozentpunkte Wachstumsverlust). Am Arbeitsmarkt könnten bis zu 1,8 Mio. sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze (1,35 Mio. Vollzeitäquivalente) abgebaut werden und mehr als 6 Mio. Arbeitnehmer von Kurzarbeit betroffen sein. Die öffentlichen Haushalte werden ohne Berücksichtigung der umfangreichen geplanten Bürgschaften und Kredite um bis zu 200 Mrd. Euro belastet. Von besonderer Relevanz für politische Entscheidungen ist die Frage, welche Kosten eine Verlängerung des Shutdown verursacht. Hier zeigt sich, dass eine einzige Woche Verlängerung zusätzliche Kosten in Höhe von 25 bis 57 Mrd. Euro und damit einen Rückgang des BIP-Wachstums von 0,7 bis 1,6 Prozentpunkte verursacht.²¹ Angesichts dieser Kosten ist es besonders dringlich, Strategien zu entwickeln, um die Wiederaufnahme der Wirtschaftstätigkeit mit dem Eindämmen der Corona-Epidemie vereinbar zu machen.

Durch die Schäden für die Wirtschaft steigt die Arbeitslosenzahl. Wir wissen aus früheren Studien, dass wirtschaftliche Einbrüche, etwa der von 2008, die Arbeitslosigkeit ansteigen lässt. Ein Anstieg der Arbeitslosigkeit aber führt zu einem Anstieg der Selbstmordrate. Ein dreiprozentiger Anstieg der Arbeitslosigkeit von 3% auf 6% führt zu einem 6.1%igen Anstieg des Selbstmordrisikos. Die Anzahl der Todesfälle, die auf Suizid zurückzuführen sind, stiegen weltweit im Jahr 2009 nach der Wirtschaftskrise auf 3,03 Fälle bei 100.000 Personen.²² Bedenkt man, dass die standardisierte Todesfallrate durch Covid19 in der Bundesrepublik derzeit 8,1 Fälle auf 100.000 Personen beträgt (Daten eigene Berechnung aufgrund der Zahlen des European Centers for Disease Prevention and Control; siehe <https://harald-walach.de/2020/05/06/die-welle-ist-vorbei/>), dann ist bei einem erheblichen Anstieg der Arbeitslosigkeit mit einem deutlich spürbaren Anstieg der Selbstmordrate zu rechnen. Kawohl und Nordt gehen aufgrund ihres Modells von einem Anstieg der weltweiten Suizidrate um etwa 9.500 Fälle aus.²³ Selbst wenn nur ein kleiner Teil dieser Suizide auf Deutschland fallen wird, muss man bedenken, dass hinter jedem erfolgten Suizid etwa 20 Versuche stehen, die alle mit gehörigen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind, ganz abgesehen vom menschlichen Leid, das sie auslöst.

Die Schäden die bei Kindern und Jugendlichen durch die soziale Distanzierung, aber auch durch mangelnde Möglichkeit sozialer Interaktion in der Schule und in der Freizeit sowie mangelnde Unterrichtsqualität entstehen, sind nur schwer finanziell zu beziffern. Das gleiche gilt für die wachsende Zunahme der Angststörungen, die bereits zu beobachten ist (Prof. Thomas Loew, Psychosomatik Regensburg, persönliche Mitteilung).

Schließlich sorgen wir uns noch um den Frieden im Land. Wie man schon als Laie leicht beobachten kann, nimmt die Zahl und die Verbissenheit rechtsradikaler und anderer Verschwörungstheorien rasch zu, vielleicht exponentieller als das Virus. Während das Virus sich zurückbildet, bleiben diese Ideen lange in den Köpfen der Menschen. Wir sorgen uns um den Zusammenhalt des Landes und um das Vertrauen der Menschen in die Exekutive.

Die derzeitige Rhetorik, man müsse Maßnahmen in Kraft halten bis ein Impfstoff entwickelt ist, entbehrt jeder wissenschaftlichen Grundlage. Sie entstammt den bereits erwähnten Szenarien des RKI, welches diese Vermutung von Ferguson übernommen hat. Zum einen ist nicht zu erwarten, dass ein sicherer und wirksamer Impfstoff rasch entwickelt wird. Die Impfstoffforschung an einem SARS-1 Impfstoff hat ergeben, dass alle bekannten SARS-1 Impfstoffe zwar Immunität erzeugen, aber auch schwere Lungeninfiltrationen.²⁴ Die Durchimpfung von Alters- und Pflegeheimen gegen Grippe war mit der Infektionsrate in 60 Studien völlig unkorreliert⁶.

Wir halten es daher für politisch unverantwortlich, wenn mit diesem Hoffnungsnarrativ einschränkende Maßnahmen weiter aufrechterhalten werden sollen.

Vielmehr erscheint uns in der Zusammenschau folgendes Resümee vernünftig:

1. Das CoV2-Virus ist wesentlich weniger gefährlich als zunächst vermutet; es ist weniger infektiös und wir werden mit ihm aufgrund unserer angeborenen unspezifischen Immunität im Normalfall gut fertig.
2. Diese Information ist an die Bürger zu kommunizieren und muss zur Basis weiterer Entscheidungen gemacht werden.
3. Die Einschränkung von Bewegungs-, Reise- und anderen Freiheiten sowie der Wirtschaft sind zum jetzigen Zeitpunkt kontraproduktiv und waren es schon seit Anfang April. Sie sind daher aufzuheben.

Wenn die Regierung die Rechtfertigung für ihre Maßnahmen nicht dezidiert darlegen kann, wären sie aufzuheben. Deshalb verlangen wir Antworten auf folgende 5 Fragen:

- 1) Welche konkreten Szenarien lagen am 13.03.20 vor, und aus welchen wissenschaftlich nachweisbaren Gründen hat sich die Regierung für Kontaktbeschränkungen und gegen die Herstellung der Herdenimmunität entschieden?
- 2) Was waren/sind die wissenschaftlich nachweisbaren Gründe (Publikationen und Daten), wegen der die Regierung in der Covid-19-Pandemie eine Bedrohung für die Bevölkerung sieht, obwohl sich die Sterblichkeit nicht wesentlich von den alltäglichen Todesfällen unterscheidet und sie sogar wesentlich niedriger ist als im Januar/Februar 2017, März/April 2018 und Juli/August 2018, als die Regierung keinerlei Aktivität gezeigt hat.
- 3) Mit welchen wissenschaftlich nachweisbaren Gründen rechtfertigt die Regierung die hohen wirtschaftlichen Schäden und die zusätzlichen Sterbefälle, die aus ihren Maßnahmen resultieren, vor allem unter Berücksichtigung der geringen geretteten Lebenszeit.
- 4) Was sind die wissenschaftlich nachweisbaren Gründe für die Schließung von Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Hochschule, wenn die Erkrankung doch an jungen Menschen spurlos vorbeigeht und eine natürliche Immunität möglichst vieler Menschen eher hilfreich im Kampf gegen noch wenig bekannte Erreger ist?
- 5) Mit welcher wissenschaftlich nachweisbaren Risikobewertung wurden die maßgeblichen Einschränkungen der Grundrechte der deutschen Bevölkerung begründet?

Wir halten eine angstreduzierende, wissenschaftsbasierte, vernünftige und maßvolle Reaktion aller politisch Verantwortlichen für besonders wichtig in dieser Situation. Auch das öffentliche Eingestehen von Überreaktionen aufgrund mangelnder Datenlage wäre aus unserer Sicht ein kluger Schritt. Wir stehen gerne für weitere Beratungen persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

The image shows two handwritten signatures. The first signature on the left is in blue ink and appears to read 'Dr. S. Hockertz'. The second signature on the right is in black ink and is more stylized, likely belonging to Prof. Dr. Dr. phil. Harald Walach.

Prof. Dr.med. Stefan Hockertz

Prof. Dr.Dr.phil. Harald Walach

Literatur

1. Deutsche Bundesregierung. *Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz*. Berlin: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode;2013.
2. an der Heiden M, Buchholz U. *Modellierung von Beispielszenarien der SARS-CoV-2-Epidemie 2020 in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut;2020.
3. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, et al. *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*. London: Imperial College;2020.
4. Cheng H-Y, Jian S-W, Liu D-P, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Internal Medicine*. 2020.
5. Russell TW, Hellewell J, Jarvis CI, et al. Estimating the infection and case fatality ratio for COVID-19 using age-adjusted data from the outbreak on the Diamond Princess cruise ship. *Eurosurveillance*. 2020;25(12):pii=2000256.
6. Rainwater-Lovett K, Chun K, Lessler J. Influenza outbreak control practices and the effectiveness of interventions in long-term care facilities: a systematic review. *Influenza Other Respir Viruses*. 2014;8(1):74-82.
7. Klement R, Bandyopadhyay PS. The epistemology of the SARS-CoV-2 test. <http://philsci-archive.pitt.edu/17048/>. 2020.
8. Day M. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. *BMJ*. 2020;369:m1375.
9. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *The Lancet Global Health*. 2020;8(4):e488-e496.
10. Pan A, Liu L, Wang C, et al. Association of Public Health Interventions With the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;online first.

11. Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*. 2020:eaba9757.
12. Tian H, Liu Y, Li Y, et al. An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. *Science*. 2020:eabb6105.
13. Walach H, Hockertz S. Wuhan Covid19 Data – More Questions Than Answers. *Toxicology*. 2020;in print.
14. An der Heiden M, Hamouda O. Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting. *Epidemiologisches Bulletin*. 2020;17:10-15.
15. Kuhbandner C. Von der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der Corona-Maßnahmen. *Scilogs* 2020; <https://scilogs.spektrum.de/menschen-bilder/von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-begrueundung-der-corona-massnahmen/>. Accessed 27.4., 2020.
16. Ben-Israel I. The end of exponential growth: The decline in the spread of the coronavirus. 2020; <https://www.timesofisrael.com/the-end-of-exponential-growth-the-decline-in-the-spread-of-coronavirus/>. Accessed 22nd April, 2020.
17. Homburg S. Effectiveness of Corona Lockdowns: Evidence for a Number of Countries. *The Economist's Voice*. 2020;in print.
18. Ioannidis JPA. Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures. *European Journal of Clinical Investigation*. 2020;n/a(n/a):e13222.
19. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020.
20. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574-1581.
21. Dorn F, Fuest C, Göttert M, et al. Die volkswirtschaftlichen Kosten des Corona-Shutdown für Deutschland: Eine Szenarienrechnung. *ifo Schnelldienst*. 2020;73(4).
22. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-2011. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):239-245.
23. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):389-390.
24. Tseng C-T, Sbrana E, Iwata-Yoshikawa N, et al. Immunization with SARS Coronavirus Vaccines Leads to Pulmonary Immunopathology on Challenge with the SARS Virus. *PLOS ONE*. 2012;7(4):e35421.