

# CORONA IN DER SCHWEIZ

Plädoyer für eine evidenzbasierte  
Pandemie-Politik

Konstantin Beck & Werner Widmer

---

## Impressum

ISBN 978-3-033-08275-5

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Konstantin Beck und Werner Widmer

Satz: gammaprint ag, Luzern

Der folgende Inhalt wird interessierten Leserinnen und Lesern unter  
[www.corona-in-der-schweiz.ch](http://www.corona-in-der-schweiz.ch)  
als PDF oder E-Book zur Verfügung gestellt.

Für Kommentare und oder Fragen verwenden Sie bitte die E-Mail-Adresse  
[corona@in-der.ch](mailto:corona@in-der.ch).

---

## Inhalt

<b>IMPRESSUM.....</b>	<b>2</b>
<b>VORWORT.....</b>	<b>5</b>
<b>1 IRRITATIONEN.....</b>	<b>9</b>
1.1 Politik und Wissenschaft.....	11
1.2 Bundesrat, Parlament und Volk.....	14
1.3 Eigenverantwortung.....	17
1.4 Freiheit.....	21
1.5 Gesundheit.....	23
1.6 Subsidiarität und Föderalismus.....	24
1.7 Fehlende Verhältnismässigkeit.....	25
1.8 Solidarität .....	28
1.9 Die Endlichkeit des individuellen Lebens .....	30
<b>2 SKIZZE EINER IDEALEN PANDEMIE-POLITIK.....</b>	<b>35</b>
2.1 Vorbereitungsphase.....	35
2.2 Startphase der Pandemie.....	38
2.3 Verlauf der Pandemie.....	40
2.4 Ende der Pandemie.....	40
<b>3 SOLL-IST-VERGLEICH DER SCHWEIZER</b>	
<b>PANDEMIEPOLITIK.....</b>	<b>43</b>
3.1 Vorbereitungsphase.....	43
3.2 Startphase der Pandemie.....	48
3.3 Verlauf der Pandemie.....	52
3.4 Das Ende der Pandemie.....	54
<b>4 FEHLENDE PANDEMIE-DEFINITION IM GESETZ.....</b>	<b>59</b>
<b>5 WIE GEFÄHRLICH IST COVID-19?.....</b>	<b>65</b>
5.1 Was ist zurzeit über die Corona-Todesfälle bekannt? .....	65
5.2 Die COVID-19 Todesfälle im Gesamtzusammenhang .....	69
5.3 Messprobleme bei der Berechnung der Mortalitätsrate.....	72
5.4 Weiss die internationale Forschung mehr?.....	73
5.5 Es fehlte die politische Zielgrösse.....	76
<b>6 ASTRONOMISCH FALSCH PROGNOSTIZIERT.....</b>	<b>79</b>

<b>7</b>	<b>STAND DAS GESUNDHEITSWESEN VOR DEM KOLLAPS?</b>	<b>87</b>
7.1	Die Auswirkungen auf den Spitalbereich	90
7.2	Auswirkungen auf die Bewohner in Pflegeheimen	91
<b>8</b>	<b>VERZERRUNG STATT STATISTISCHER EVIDENZ</b>	<b>95</b>
8.1	Was ist Framing?	95
8.2	Trick 1: Summen statt Tagesdaten	96
8.3	Trick 2: Corona-Todesfälle isoliert betrachtet	97
8.4	Wir basteln uns eine zweite Welle	100
8.5	Kein exponentielles Wachstum – Framing für Fortgeschrittene	104
8.6	Maximales Framing	108
8.7	Wie sollen Statistiken gelesen werden?	109
<b>9</b>	<b>KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE DES LOCKDOWNS</b>	<b>111</b>
9.1	Was kostet der Lockdown?	111
9.2	Wie viele Menschenleben konnten gerettet werden?	114
<b>10</b>	<b>AKTUALISIERUNGEN</b>	<b>121</b>
<b>11</b>	<b>ANHANG</b>	<b>131</b>
	Zu den Autoren	132

## Vorwort

Wir schrieben dieses Buch als Ökonomen, die seit Jahrzehnten im Schweizer Gesundheitswesen tätig sind. Aus dem beruflichen Alltag kennen wir einige Institutionen, die in dieser Krise zentral waren: Das Spital, das Pflegeheim, die Krankenversicherung und den universitären Forschungs-Betrieb. Dazu kommen jahrelange, enge Kontakte zum BAG.

Wir sind es gewohnt, das Gesundheitswesen als System zu verstehen (wie das Juristen auch machen), Gruppenverhalten mit mathematisch-statistischen Modellen zu beschreiben (wie das Epidemiologen auch tun), die angewandte statistische Methodik zu hinterfragen (was leider – wie wir sehen werden – viel zu selten gemacht wird) und den Wert wissenschaftlicher Erkenntnis einzuordnen (wobei vor allem die scharfe Trennung zwischen aufgebauchtem Zufallsbefund und relevanter, datengestützter Erkenntnis zunehmend an Bedeutung gewinnt). Dazu kommt eine langjährige Erfahrung mit Parlament und Gesundheitspolitik im Allgemeinen.

Wenn wir mit statistischen Zahlen, Durchschnittswerten und makroökonomischen Kennzahlen aus dem Gesundheitswesen argumentieren, sind wir uns bewusst, dass hinter diesen Zahlen individuelle Krankheitserlebnisse, tragische Erfahrungen und persönliches Leid stehen.

Wie alle anderen wurden wir im Frühling 2020 von der Coronakrise zunächst überrumpelt und haben nach und nach zu verstehen versucht, was abläuft. Was macht die Politik? Wie reagiert die Bevölkerung? Was verändert sich? Welche Veränderungen lösten sich mit der Zeit wieder auf und was bleibt verändert?

Mit etwas zeitlichem Abstand zum Lockdown-Entscheid im März 2020 versuchen wir in diesem Buch, mit gesundem Menschenverstand die Krise zu reflektieren. Neben den eigenen Erfahrungen stützen wir uns beim Schreiben auf Zeitungsmeldungen, die Medienmitteilungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), auf im Netz abrufbare wissenschaftliche Studien, bei denen die Hektik beim Erstellen anzumerken war, auf unzählige YouTube Videos – sowohl auf permanent verfügbare, als auch auf gelöschte – und auf statistische Daten aus amtlichen oder halbamtlichen Datenbanken, die uns bis Anfang November vorlagen. Dabei verwenden wir folgende zeitliche Gliederung:

- Erste Welle: Ende Februar bis zum 3. Juni (Wochen 9–23)
- Zwischenphase: 4. Juni bis 2. Oktober (Wochen 24–40)
- Zweite Welle: Ab 3. Oktober (ab Woche 41)

Uns geht es bei der Verarbeitung der Coronakrise darum, Leserinnen und Leser zu eigenen Überlegungen zur Krise anzuregen. Dazu versuchen wir im Rückblick möglichst vieles festzuhalten, das uns im weiteren Leben mit Corona oder in einem nächsten (Virus-) Fall helfen könnte, die Krise mit weniger finanziellem Aufwand und weniger immateriellem Schaden zu bewältigen als 2020 – als Einzelne und als Gesellschaft.

Aus Gesprächen mit verschiedenen Leuten haben wir den Eindruck, dass viele den Überblick verloren haben und nicht mehr wissen, wem sie glauben sollen. Sie ahnen, dass die präsentierten Prognosen und Statistiken schräg sind, aber können es selber nicht fassen. Ferner geht es uns auch darum, zur Verlängerung der Corona-Pandemie-Massnahmen kritisch Stellung zu nehmen.

Wenn das Buch den Leserinnen und Lesern verständliche und plausible Erklärungen bietet und Übersicht schafft, wenn es hilft, ihre Kompetenzen zur Orientierung in unsicheren Zeiten zu stärken und sie dadurch ermutigt werden, Eigenverantwortung wahrzunehmen, hat es seinen Zweck mehr als erfüllt.

Wir danken Nicolas Koch für seine Hilfe bei der Informationssammlung und -verarbeitung und für viele gute Anregungen, sowie Christian Schmid und Lukas Kauer für wichtige Diskussionen und zahlreiche Hinweise zu Methodik und Literatur. Zu erwähnen sind auch viele erhellende Skype-Diskussionen mit der Corona Arbeitsgruppe eines grossen Schweizer Krankenversicherers. Zu danken ist zudem John Bertko und Randy Ellis für detaillierte Einblicke ins US-amerikanische System sowie Shuli Brammli für Auskünfte zur israelischen Gesundheitspolitik während der zweiten Corona-Welle. Hilfreiche Hinweise zur medizinischen Literatur verdanken wir Marcel Tanner, Mitglied der Swiss National COVID-19 Science Task Force. Weiter verarbeiteten wir kritische Inputs von Hansjörg Blöchliger, Leo Boos, Barbara Brühwiler, Christian Köpe, Hansjörg Lehmann, Matthias Maurer, Markus Moser, Eliane Pfister-Lipp, Stefan Spycher, Harry Telser, Orsola Vettori, Andreas Weber und Maurus Zeier. Zudem geht ein grosses Dankeschön an Regula Hauser und Dominique Naegele für das Lektorat und an Carmen Stöckli und Tobias Beck für das Layout.

Es versteht sich von selbst, dass sämtliche Aussagen und verbleibenden Fehler dieses Buches in der alleinigen Verantwortung der Autoren liegen.

Kommentare und Fragen zum Buch erreichen uns per Mail an:  
corona@in-der.ch, Homepage: corona\_in\_der\_schweiz.ch

November 2020  
Konstantin Beck, Werner Widmer

## 1 Irritationen

In diesem ersten Kapitel versuchen wir, eine wohlwollende, konstruktive Fundamentalkritik an der Pandemiapolitik der Behörden zu formulieren. «Wohlwollend», weil es unsachlich wäre, das Verhalten des Bundesrates im März 2020 auf dem Wissensstand vom Herbst 2020 rückblickend anzugreifen. «Konstruktiv», weil wir dazu beitragen wollen, dass er – und mit ihm die ganze Bevölkerung – es bei der nächsten Pandemie besser machen kann. «Fundamental» ist unsere Kritik, weil sie von Werten, die in der Bundesverfassung verankert sind, und von Selbstverständlichkeiten im Zusammenleben in diesem Land ausgeht. Wir haben den irritierenden Eindruck, dass die Pandemiapolitik in der Coronakrise am Fundament der Schweiz gekratzt hat. Wir haben den Eindruck, dass die Werte und Selbstverständlichkeiten der Schweiz im März 2020 aufgrund der Bilder aus Italien verdrängt wurden, vergleichbar einem «Schönwetter»-Programm, das abgesagt wird, weil die Wetterprognose einen Sturm ankündigt. Unserer Kritik soll dazu beitragen, dass diese für die Schweiz charakteristischen Werte künftig auch in Zeiten grosser Unsicherheit, in Krisenzeiten, als Stärken wahrgenommen und als Ressourcen genutzt werden.

Die Schweiz wurde in der Coronakrise verändert. Es gibt darunter sicher auch Veränderungen, bei denen es sich lohnen könnte, sie beizubehalten. Die Krise hat aber auch Aspekte unserer Gesellschaft ans Tageslicht gebracht, die wir in dieser Deutlichkeit nicht vermuteten, mit denen wir uns in Zukunft aber abfinden müssen. In diesem Buch geht es vor allem um Veränderungen und Erfahrungen, die uns irritierten und die unseres Erachtens nicht wiederholt werden müssten.

Bevor wir den Blick auf Kratzer am Fundament der Schweiz richten, stellen wir fest, dass sich in der Coronakrise etwas kaum verändert hat, nämlich der physische Gesundheitszustand der Bevölkerung. Er ist – abgesehen von Einzelfällen, in denen COVID-19 zu einer anhaltenden gesundheitlichen Verschlechterung geführt hat<sup>1</sup> – immer noch der gleiche wie vor der Krise. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt ist nach der Krise möglicherweise sogar noch besser, denn unterdessen sind mehr Menschen – wie viele, wissen wir nicht – immun gegen das Virus. Und, was verblüfft, die Zahl der Todesfälle liegt 2020 unter der Zahl des Vorjahres.<sup>2</sup> Zum unveränderten

1 In Abschnitt 3.2 wird die Zahl der COVID-19-Patienten geschätzt, welche die Ansteckung nur mit ernsthaften Beeinträchtigungen überlebt haben.

2 Die Todesfälle betragen im Jahr 2020 bis und mit Woche 38 48752 Fälle, das sind 535 weniger als 2019, 222 weniger als 2018 und 1487 weniger als 2015.

physischen Gesundheitszustand der Bevölkerung haben sicher auch die Massnahmen des Bundesrates beigetragen.

Der allgemeine Tenor lautet etwa so: Der Bundesrat hat die Schweiz erfolgreich durch die Coronakrise geführt. Das ist nachvollziehbar, wenn man den tatsächlich nicht beeinträchtigten physischen Gesundheitszustand der Bevölkerung als alleinigen Massstab nimmt. Diese Sichtweise greift uns zu kurz. Eine breitere Evaluation schaut zusätzlich den Aufwand an, der in Kauf genommen wurde. Hätte der physische Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht auch mit weniger finanziellem Aufwand und weniger Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Gesundheitszustandes und mit nicht so grossen Kollateralschäden (unbeabsichtigte Nebenwirkungen in Wirtschaft, Bildung, Kultur, in Sport und kirchlichem Leben) geschützt werden können? Damit kommen wir auf Veränderungen, für uns irritierende Erfahrungen zu sprechen, welche die Pandemiepolitik in verschiedenen Aspekten des Lebens in der Schweiz verursacht hat:

- Das Zusammenspiel von Politik und Wissenschaft nahm seltsame Formen an.
- Im Auftritt des Bundesrates und in den von ihm angeordneten Massnahmen vermissen wir Werte wie Freiheit, Eigenverantwortung oder Verhältnismässigkeit.
- Bilder und Schilderungen von Einzelfällen sowie Korrelationen dominierten als Entscheidungsgrundlagen vor Statistiken und robusten Kausalitäten.
- In der Pandemiepolitik stört uns ein implizites Misstrauen der Behörden gegenüber den Menschen im Land und die noch nie dagewesene staatliche Überwachung des individuellen Verhaltens von unbescholtenen Bürgerinnen und Bürgern.
- Das Verständnis von Gesundheit wurde reduziert auf die Verhinderung einer bestimmten Form des Todes.

Ursachen der Irritation sind nicht das Virus oder die Bilder aus Italien im März 2020, sondern die Art und Weise, wie die Behörden und die Gesellschaft darauf reagiert haben. Und das ist eigentlich schon die erste – aus unserer Sicht problematische – Neuerung: Entgegen ihrer Tradition hat sich die Schweiz unter Umgehung des gewohnten politischen Prozesses verändert. Warum sollte auf diesem Weg etwas Besseres herauskommen, als im Rahmen demokratischer Prozesse? Uns erfreut das Resultat jedenfalls nicht. Die Pandemiepolitik und ihre Umsetzung brachten problematische Einstellungen und Verhaltensweisen der Behörden zum Ausdruck und halfen ihnen zu offiziellem Status, den sie vorher nicht hatten. Wir hoffen, dass es der «normative Kraft des Faktischen» nicht gelingt, die geringere Bedeutung

der vernachlässigten Werte zu festigen und an ihrer Stelle nicht mehrheitsfähige Verhaltensweisen nachhaltig salonfähig zu machen. Die in der Krise zu beobachtenden Veränderungen passen nicht zur Schweiz, in der wir uns wohl fühlten oder auf die wir sogar stolz waren.

Im Folgenden gehen wir auf Veränderungen in acht Themenbereichen ein, die aus unserer Sicht problematisch sind:

- Politik und Wissenschaft
- Bundesrat, Parlament und Volk
- Eigenverantwortung
- Freiheit
- Gesundheit
- Subsidiarität und Föderalismus
- Fehlende Verhältnismässigkeit
- Die Endlichkeit des individuellen Lebens

### 1.1 Politik und Wissenschaft

Das Coronavirus war im Februar und März 2020 nicht nur für die Politik, sondern auch für die Wissenschaft Neuland. Epidemiologen entwickelten erste Prognosemodelle. Unter Virologen bestand aufgrund der geringen klinischen Bedeutung der meisten bisherigen Coronaviren vor der Krise kaum Interesse, sich mit dem «neuen Coronavirus» zu befassen. Die Immunologen konnten nur wenig über die unterschiedlichen Reaktionen der Menschen auf das Coronavirus sagen. In den Spitälern gab es keine Intensivmediziner mit Erfahrung in der klinischen Behandlung von COVID-19-Patienten und noch keine Patienten, die an oder mit Corona verstorbenen waren, an denen Pathologen eine Autopsie hätten vornehmen können. Es gab anfangs März 2020 kaum gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlagen für politische Entscheidungen.

Zudem eignen sich wissenschaftliche Erkenntnisse grundsätzlich nur bedingt als Grundlagen für politische Entscheidungen, denn Politik und Wissenschaft sind zwei Welten:

Der wissenschaftliche Fortschritt besteht darin, dass vorläufige Erkenntnisse durch neue Erkenntnisse falsifiziert werden. Was gestern gültig war, wird heute durch neueres Wissen abgelöst. Wissenschaftler wissen, dass das, was sie heute wissen, schon morgen durch eine neue Studie überholt werden kann. Wissenschaft wird – leicht spöttisch, aber nicht unzutreffend – auch als «der aktuelle Stand des Irrtums» beschrieben.

Wenn ein Wissenschaftler seine Aussagen zu einem Thema ändert, kann es Ausdruck von neuen Erkenntnissen, also von Fortschritt sein. Ein Politiker hingegen kann nicht immer wieder sagen, er habe neue Erkenntnisse, und deshalb seine Meinung geändert. Er würde das Vertrauen seiner Wähler verlieren und als Wendehals abgewählt werden. In der Politik geht es darum, heute Entscheidungen zu treffen, die sich in der Zukunft auswirken. Ob es gute Entscheidungen sind, wird man erst später an ihren Wirkungen beurteilen können.

Politik tut gut daran, sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen, unter der Bedingung, dass diese in der Wissenschaftswelt seit einiger Zeit weitgehend geteilt werden oder günstigenfalls sogar unbestritten sind. Wenn sich die Wissenschaft aber mit einem neuen Problem befasst, wie dem Coronavirus, gibt es zunächst kein breit abgestütztes Wissen. Innerhalb weniger Wochen wurden weltweit unzählige Forschungsprojekte gestartet. Die Hektik der Krise wirkte sich auf den Wissenschaftsbetrieb aus. Üblicherweise durchlaufen seriöse wissenschaftliche Studien einen geregelten Begutachtungsprozess, bevor sie und ihre Resultate veröffentlicht werden. Das kann Monate dauern. Während der Krise publizierten weltweit Zehntausende Forscher wissenschaftliche Untersuchungen zum Coronavirus im Netz, ohne diesen Prozess durchlaufen zu haben. Allein schon die Zunahme der Schreibfehler in den Publikationen ist ein deutlicher Hinweis darauf, wie rasch gearbeitet wurde. Es stellt sich die Frage, warum ein nicht begutachtetes Studienergebnis, auf das sich kein Arzt in der klinischen Praxis stützen darf, ausgerechnet als Grundlage für Massnahmen geeignet sein soll, die Millionen von Menschen betreffen könnten. Die Überflutung mit ständig neuen Studienberichten war für die Politiker keine Entscheidungshilfe. Ein politischer Entscheid kann nicht alleine aufgrund eines Forschungsergebnisses gefällt werden, dem schon in wenigen Wochen droht, falsifiziert zu werden. Fazit: Je neuer ein Gesundheitsproblem ist, desto weniger eignet sich die medizinische Wissenschaft als Grundlage für die Politik.

Politiker in Regierungen müssen Generalisten sein, die alle Lebensbereiche der gesamten Bevölkerung im Auge haben: Wissenschaft, Kultur, Bildung, Forschung, Wirtschaft, Mobilität, Sport, Sicherheit, Gesundheit, Religion, Infrastruktur etc. Wissenschaftler dagegen sind Spezialisten, Experten in ihrer (Sub-)Disziplin. Die oben erwähnten fünf medizinischen Fachrichtungen – Epidemiologie, Virologie, Immunologie, Intensivmedizin, Pathologie – weisen auf die Spezialisierung in der medizinischen Wissenschaft hin.<sup>3</sup> Ein Spezialist kennt seinen Teilbereich sehr gut, ist sich aber in der Regel bewusst, dass es gescheiter ist, wenn er sich nicht zu anderen Teilbereichen äussert. Zu

Beginn der Krise, im Februar, März, aber auch im späteren Verlauf haben sich einzelne Wissenschaftler weit über ihr Spezialgebiet hinaus öffentlich verlauten lassen. Statt die Behörden mit Expertenwissen aus ihrem Teilbereich der Wissenschaft zu bedienen, haben sie gerade auch noch gesagt, welche Schlussfolgerungen die Behörden daraus zu ziehen hätten, welche Massnahmen unbedingt erforderlich wären. Und diese «wissenschaftlich gestützte» Schlussfolgerung liessen sie gleichzeitig auch noch von Medien und Twitter verbreiten. Ganz abgesehen davon, dass ein professioneller Berater seine Empfehlung nur dem Auftraggeber und nicht auch noch der Öffentlichkeit bekanntgibt, wirkt es seltsam, wenn Epidemiologen Bundesrat spielen wollen.

In dieser Intensität war das besserwisserische Verhalten von medizinischen (Teilbereichs-)Spezialisten in der Öffentlichkeit ungewohnt neu, für die Medien ein gefundenes Fressen, für die Behörden aber problematisch. Der monodisziplinäre öffentliche Druck macht es schwierig, breiter (von vielen verschiedenen Disziplinen) abgestützte und damit bessere Entscheidungen zu treffen. So schloss zum Beispiel der Berner Epidemiologe Christian Althaus in der NZZ vom 25. Februar 2020 nicht aus, dass im schlimmsten Fall 30 000 Menschen in der Schweiz am Virus sterben könnten. Die Antwort von Althaus auf die Journalistenfrage war zwar wissenschaftlich nicht falsch, wurde aber von vielen Nicht-Wissenschaftlern wie eine Prognose verstanden. Seine Aussage, die Schweiz stehe wegen des Coronavirus vor der «grössten gesundheitlichen Notlage ihrer jüngeren Geschichte hat Angst gemacht, den Bundesrat unter Druck gesetzt und dazu beigetragen, in der Bevölkerung den Boden für die Akzeptanz von massiven Massnahmen vorzubereiten. Allerdings entpuppt sich seine Prognose der «grössten gesundheitlichen Notlage» im Vergleich mit der Grippe von 2015 als übertrieben. Sie forderte mehr Todesopfer als das Coronavirus – praktisch unbemerkt von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Deshalb gab es 2015 glücklicherweise auch keinen Kollateralschaden der Gesundheitspolitik. Althaus hat aber, wie andere Epidemiologen auch, Teile der Bevölkerung in Panik versetzt und so indirekt zum grössten wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einbruch in der jüngeren Schweizergeschichte beigetragen. Im Nachhinein zeigt sich, dass die Gefährlichkeit des Coronavirus (im Sinne der Häufigkeit schwerer Erkrankungen und Todesfälle) massiv überschätzt wurde.<sup>4</sup>

Der Wissenstand im Februar, März 2020 war gering. Uns irritierte, dass die Politik in dieser Situation der Unsicherheit vom worst case gemäss Epidemiologen ausging. War es unvermeidlich, den eh schon verängstigten Teil

<sup>3</sup> Insgesamt gibt es in der Schweiz 45 Facharzt-Titel und 37 Schwerpunkte in Teilfachgebieten.

<sup>4</sup> In den Kapiteln 5 und 6 gehen wir detailliert auf prognostizierte und tatsächliche COVID-19-Todesfallzahlen ein.



der Bevölkerung in seinen Befürchtungen zu bestätigen? Für die Zukunft wünschen wir uns eine Pandemiepolitik, die mehr ist als angewandte Epidemiologie auf dem aktuellen Stand des Irrtums.

## 1.2 Bundesrat, Parlament und Volk

Das Schweizer Volk hat grundsätzlich ein grosses Vertrauen in den Bundesrat. In der Coronakrise erlebten wir allerdings einen Bundesrat, wie wir ihn nicht gewohnt waren. In der Hauptausgabe der Tagesschau vom 16. März, am Tag als der Bundesrat den Notstand ausrief, sagte Bundesrat Alain Berset:

«Der Bundesrat hat gestern die Wirkungen der Massnahmen analysiert, die er am Freitag getroffen hat. Und wir müssen feststellen, dass sie nicht einheitlich umgesetzt und nicht genügend eingehalten werden. Wir rufen die Bevölkerung auf, wir rufen alle Generationen auf, in allen Regionen des Landes, die Entscheide des Bundesrates zu befolgen.»

Und die Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga fasste zusammen:

«Damit haben wir in der ganzen Schweiz einheitliche Regeln, klare und verständliche und einheitliche Massnahmen, das braucht die Bevölkerung jetzt. Und der Bundesrat sagt es ganz deutlich: Wir brauchen jetzt auch die Bevölkerung, die sich an diese Massnahmen hält. Und zwar die ganze Bevölkerung, jeder und jede Einzelne von uns.»

An dieser Medienkonferenz des Bundesrates am 16. März 2020 hat die Bevölkerung zum ersten Mal einen Bundesrat gehört, der zu viert auftritt und der Bevölkerung massive Einschränkungen der Freiheit verordnet und dies mit der Begründung «Das ist es, was die Bevölkerung braucht». Einen solchen Befehlston der Regierung sind wir in der Schweiz nicht gewohnt. Trotzdem wurde der Führungsanspruch des Bundesrates in dieser Situation von weiten Teilen der Bevölkerung begrüsst oder zumindest akzeptiert.

Es widerspricht allerdings dem eidgenössischen Selbstverständnis, wenn der Bundesrat dem Volk sagt, was es braucht. Der Souverän ist das Volk, nicht die Regierung. Im Unterschied zu allen anderen Ländern ist es bei uns das Volk, das der Regierung sagt, was sie zu tun hat. Die Bevölkerung ist sich gewohnt, in Sachfragen politisch zu entscheiden. In keinem anderen Land hat das Volk so viel Macht gegenüber der Regierung. Und kein anderes Land hat eine so wenig ausgeprägte Regierungsspitze wie die Schweiz. Wir haben keinen Ministerpräsidenten. Der Bundespräsident ist nur *Primus inter pares*, nicht Regierungschef, und das auch nur für ein Jahr. In der Krise kam ein anderes

Selbstverständnis zum Vorschein. Die aktuelle Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga sagte «La population attend de sa présidente qu'elle sache rester calme face à une crise»<sup>5</sup>, «Die Bevölkerung erwartet von ihrer Präsidentin...». Die Verfassung der Eidgenossenschaft kennt keine Präsidentin und keinen Präsidenten der Bevölkerung.

Die höchste Schweizerin ist die Nationalratspräsidentin, nicht die Bundespräsidentin. Allerdings hat sich das Parlament im März 2020 selbst aufgegeben – ohne den Bundesrat mit dem Krisenmanagement zu beauftragen und mit ausserordentlichen Entscheidungskompetenzen zu ermächtigen. Ein europaweit einmaliger Vorgang. Es schien irgendwie froh zu sein, alles dem Bundesrat zu überlassen. «Die Waadtländer Nationalratspräsidentin Isabelle Moret, eine Freisinnige, freute sich öffentlich darüber, dass sich mit dem Sozialdemokraten (Alain Berset, Anm. d. V.) ein Kapitän auf dem Schiff' befinde.» (Antonio Fumagalli in der NZZ vom 23.05.2020). Moret hat ein eigenartiges Verständnis der Rolle der Nationalratspräsidentin. Das Parlament hat sich entmachten lassen. Das wäre nicht nötig gewesen und es folgte auch nicht irgendeinem Notrecht-Artikel der Verfassung. Aber wer seine Macht nicht in die Hand nimmt, dem wird sie in der Krise weggenommen. Irgendwie passt dazu, dass das Parlament einige Wochen später dem Bundesrat de facto Decharge erteilte, ohne dass die Krise schon beendet war und ohne dass das notwendig oder zwingend war. Die Parlamentarier profilierten sich unter dem Titel Corona viel lieber als Subventionsverteiler. Es gab keine Grundsatzdebatte zu Kompetenz und Verhältnismässigkeit in der Wankdorf Arena, wohin das Parlament wegen den Coronaregeln auswich. Das Bundesparlament bewies damit mangelhafte Führungskompetenz.

Wie auch immer. Angesichts der Bilder aus Italien kam der Bundesrat zur Einsicht, es drohe der Schweiz eine Krise, und er hat die Führung des Krisenmanagements übernommen. Insgesamt wurden die Massnahmen des Bundesrates von weiten Kreisen der Bevölkerung gutgeheissen. Sie sahen, dass der Bundesrat ungefähr das Gleiche tat wie ausländische Regierungen auch.

In der Coronakrise sprachen die Schweizer Medien spätestens nach dem Lockdown mit praktisch einer Stimme und unterstützten den Bundesrat. Auch die Kantonsregierungen, die politischen Parteien und die Wirtschaftsverbände standen hinter den vom Bundesrat angeordneten Massnahmen. Die grosse Ausnahme in der Deutschschweiz war die Weltwoche, in der auch kritische Stimmen wiederholt zur Sprache kamen, während die anderen grossen Zeitungen kritische Beiträge nur auf Sparflamme veröffentlichten. Ökonomen und andere, die schon im März oder April die Verhältnismässigkeit einzelner Massnahmen in Frage stellten, waren selten.

5 In: Le Temps, 27.7.2020



Irritiert sahen wir, wie die Bevölkerung sich gegenüber den Behörden in eine unkritische Befehlsempfängerin verwandelte. Weshalb versetzt sich die Schweizer Bevölkerung in der Krise gegenüber Bundesrat und Kantonsregierungen in die gleiche Abhängigkeit, wie sie im Ausland schon im Normalfall üblich ist? Wenn sie dem Bundesrat schon in normalen Zeiten wenig Macht zubilligt, weshalb sollte er dann in einer Krise in der Lage sein, mit mehr Macht gut umzugehen?

«Wenn die Hütte brennt, kritisiert man die Feuerwehr nicht» schrieb Daniel Gerny in der NZZ vom 24.04.2020. Diese offensichtlich weit verbreitete Haltung führt dazu, dass Wissenschaftler, die mit ihren Resultaten deutlich vom Mainstream der Meinungen abwichen, einen schweren Stand hatten.<sup>6</sup> Sie fanden sich plötzlich im riesigen Feld der unvermeidbaren Scharlatane und Verschwörungstheoretiker<sup>7</sup> wieder und ihre Ergebnisse wurden von zahlreichen Massenmedien verschwiegen oder mit Faktenchecks, die selber auf dünner Faktenlage basierten, an den Pranger gestellt. Das unkritische Zusammenstehen zu Beginn der Krise ist nachvollziehbar. Dass aber in der Berichterstattung von SRF und grossen Tageszeitungen auch Monate nach dem Beginn nur wenig Öffnung im Sinne von Meinungsvielfalt zu sehen war, irritiert uns. Nach wie vor werden kritische Stimmen zur Verhältnismässigkeit der Massnahmen demontiert. In Deutschland war es in der populären Talk Show von Markus Lanz möglich, dass sich der Virologe Hendrick Streeck mit abweichenden Meinungen immer wieder zu Wort melden konnte. In der

Schweiz, die eine nachweisbar freiere Medienlandschaft hatte, gab es das nicht.

Vielleicht hängt unsere Irritation auch damit zusammen, dass wir Deutschschweizer sind, während die Pandemiapolitik von Romands geprägt wurde. In der Westschweiz und im Tessin wurden die Massnahmen des Bundesrates noch weniger kritisch aufgenommen als in der Deutschschweiz. Im Tessin wurde eher kritisiert, dass die Massnahmen nicht schon früher angeordnet worden waren. «Das Vertrauen in die Autoritäten ist in der Westschweiz ausgeprägter, insbesondere bei medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen. (...) Als der Waadtländer Staatsrat Philippe Leuba (fdp) zu Beginn der Krise auf die finanziellen Konsequenzen des Lockdowns aufmerksam machte und dabei die gesundheitlichen Risiken herunterspielte, wurde er umgehend von seinen Regierungskollegen zurückgepfiffen. Der Zufall will es, dass die beiden Dossiers, die in der Krise am meisten im Fokus stehen, in den Händen der beiden Westschweizer Bundesräte sind: die Gesundheit bei Alain Berset, die Wirtschaft bei Guy Parmelin. Vor dem Hintergrund, dass die Romands die gesundheitlichen Risiken dieser Krise tendenziell höher gewichteten als die wirtschaftlichen Folgen – mehr jedenfalls als die Deutschschweizer –, erstaunt die Glorifizierung Bersetts nicht weiter. (...)» (Antonio Fumagalli in der NZZ vom 23.05.2020).

Die unterschiedliche Reaktion in den drei Landesteilen könnte auch von den unterschiedlichen Informationskanälen beeinflusst gewesen sein: Die Tessiner wussten dank RAI genauer, was in Norditalien nicht klappte, die Welschen hörten Macrons Aufruf zum Krieg gegen Corona, während die Deutschschweizer den moderateren Ton in ARD<sup>8</sup> und ZDF wahrnahmen.

### 1.3 Eigenverantwortung

Wir haben den Eindruck, dass die Eigenverantwortung im Rahmen der Pandemiapolitik nicht als Ressource genutzt wurde, sondern dass eigenverantwortliches Handeln mit Verhaltensvorschriften und Kontrollen eingeeengt und gestutzt wurde. Wir waren irritiert, dass der Bundesrat dem Volk nicht mehr Eigenverantwortung zugemutet hat. Bevor wir näher darauf eingehen, wollen wir daran erinnern, dass Eigenverantwortung für die Schweiz ein zentraler Wert ist oder zumindest bis zur Krise war.

8 Ein Paradebeispiel ist das ARD extra vom 06.10.2020, welches weitgehend deckungsgleiche Einschätzungen wie die in diesem Buch geäusserten wiedergibt ([https://youtu.be/pn8zQ7qY\\_fY](https://youtu.be/pn8zQ7qY_fY)).

6 Auch in diesem Buch kommen Namen zur Sprache, die es bis jetzt kaum bis ins SRF geschafft haben. Das Auswahlkriterium war das Folgende: Entweder war uns der betreffende Forscher bereits vor Corona bekannt und seine Stellungnahmen zu anderen Themen hatten uns damals schon überzeugt, oder es war uns möglich, die Argumentation mathematisch-statistisch zu überprüfen, oder aber die Quellen, auf denen die Argumentation aufbaute, waren überprüfbar und die Argumentation plausibel. Die Grundlagen unserer Argumente sind öffentliche Statistiken, Verlautbarungen und öffentlich publizierte wissenschaftliche oder politische Statements. Ob die von uns gezogenen Schlüsse die wahren Schlüsse sind, wissen wir auch nicht. Sie scheinen uns aber die plausibelsten.

7 Im Gegensatz zu Verschwörungstheoretikern gehen wir davon aus, dass die meisten Menschen von guten Absichten geleitet sind. Sie werden aber neben ihren moralischen Überzeugungen auch von Gewinn- und Machtanreizen geleitet und verfügen dabei nur über beschränktes Wissen und beschränkte Fähigkeiten, ihren Willen durchzusetzen. Das alles zusammen hat zur Folge, dass auch die besten Absichten sich zum Schaden anderer auswirken können. Das jedoch nicht wegen einer verwerflichen Gesinnung, sondern wegen der urmenschlichen Eigenschaft, sich zu irren. Wie die Wissenschaftler wollen auch Verschwörungstheoretiker die komplexe Welt mit vereinfachten Modellen erklären. Im Unterschied zu seriösen Wissenschaftlern interpretieren sie Korrelation zwischen zwei Ereignissen unmittelbar und zwingend als Ursache und Wirkung und sehen finstere Kräfte am Werk, die böse Absichten verfolgen und damit den Schaden dritter in Kauf nehmen, wenn nicht sogar bezwecken. Für die Laien wurde es schwierig bis unmöglich, hier den Durchblick zu behalten und den verkannten Weizen von der zu Recht aussortierten Spreu zu trennen. War die Löschung eines YouTube-Videos ein Hinweis, dass diesem Absender nicht zu trauen ist, oder zeigte es im Gegenteil, dass er eine unbequeme Wahrheit zur Sprache gebracht hatte?

In der Bundesverfassung, Artikel 6, steht unter dem Titel «Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung»:

«Jede Person nimmt Verantwortung für sich selber wahr und trägt nach ihren Kräften zur Bewältigung der Aufgaben in Staat und Gesellschaft bei.»

In diesem Satz geht es um zwei Verantwortungen: die Eigenverantwortung für sich selbst und die Verantwortung für andere in Staat und Gesellschaft. Die Verantwortung für andere zu übernehmen ist einfacher, je näher die anderen sind: Kinder, Eltern, Geschwister. Wenn es um weniger nahestehende oder gar unbekannte Menschen geht, fällt es uns schwerer, diese Verantwortung mit zu berücksichtigen. Es ist deshalb – gerade in einer Pandemie – wichtig, sich bewusst zu werden, dass unser Handeln nicht nur uns und unsere Nächsten beeinflussen kann, sondern die ganze Gesellschaft.

Wie sonst in keinem anderen Land haben die Bürgerinnen und Bürger in der Schweiz die Freiheit und die Verantwortung, bei politischen Entscheidungen mitzuwirken. Die (Mit-) Verantwortung des Einzelnen ist charakteristisch für die Schweiz.

Es fällt auf, dass der Begriff Eigenverantwortung bis am 19. Juni in keiner Medienmitteilung des Bundesrates oder des BAG vorgekommen ist. Im Gegenteil: Differenzierte Massnahmen, die der Bevölkerung bei der Umsetzung von Massnahmen individuellen Spielraum und damit selbstverantwortliches Entscheiden zugemutet hätten, liess der Bundesrat vermissen. Er behauptete zu wissen, was die Bevölkerung braucht, und forderte sie beschwörend auf, ihm zu folgen. Bundesrat Berset meint zwar, mit dem Verzicht auf eine allgemeine Ausgangssperre sei der Eigenverantwortung der Bevölkerung schon Rechnung getragen worden: «Wir haben immer Massnahmen getroffen, die mit der DNA des Landes übereinstimmen, indem wir uns auf die Eigenverantwortung der Bürger und auf ihre Solidarität gegenüber der Gemeinschaft gestützt haben. Es war nie Option, die Leute zuhause einzusperren, obwohl gewisse Wissenschaftler es verlangten.» (Le Temps, 23.05.2020, Ü.d.V.) Der Satz trifft so nicht zu. Zutreffend ist, dass es nie eine Option war, alle Leute zuhause einzusperren, wie das bspw. in Frankreich und Italien der Fall war. Es gab aber sehr wohl Pflege- und Altersheimbewohner oder Bewohner von Behindertenheimen, die eine lange, traumatische Zeit der Einkerkierung erlebten, teils über den Lockdown hinaus. Erst in der Medienmitteilung vom 19. Juni, in der er die Aufhebung der meisten Massnahmen auf den 22. Juni bekannt gab, steht: «Der Bundesrat setzt weiterhin stark auf eigenverantwortliches Handeln». Statt «weiterhin» wäre es vermutlich treffender «neuerdings» zu sagen, denn von Eigenverantwortung steht in den früheren Medienmitteilung des Bundesrates und des BAG tatsächlich nichts.

Auf legale Weise kann der Einzelne Eigenverantwortung nur wahrnehmen, wenn ihm die Pandemiepolitik einen Entscheidungsspielraum zugesteht und ihm vertraut, dass er mit seiner Freiheit verantwortungsvoll umgeht. Eine solche Haltung des Bundesrates und der kantonalen Behörden gegenüber den Menschen in der Schweiz haben wir vermisst. Wenn man anderen Freiheiten zugesteht, nimmt man das Risiko in Kauf, dass sie sich anders entscheiden, als man selber entscheiden würde, und man muss damit rechnen, dass sich nicht alle gleich entscheiden werden. Die Pandemiepolitik und die Massnahmen des Bundesrates liessen den Einzelnen keinen Entscheidungsspielraum für eigenverantwortliches Handeln. Es entstand vielmehr der Eindruck, der Bundesrat verstehe unter Eigenverantwortung, dass die Einzelnen von sich aus das tun sollen, was er ihnen sonst vorschreiben würde. Diese Art von Eigenverantwortungen muten auch Regierungen undemokratischer Länder ihren Bürgern zu.

Damit würde «Eigenverantwortung» aber als Etikette für «Gehorsam» missbraucht. Statt von Eigenverantwortung war und ist die Pandemiepolitik von Alternativlosigkeit und einer Null-Risiko-Mentalität geprägt. Beispiel: Positiv getestete Personen wurden für 10 Tage in die Isolation verbannt. Sie mussten 10 Tage lang im gleichen Zimmer bleiben. Die in der gleichen Wohnung lebenden Menschen wurden ebenfalls unter Hausarrest gesetzt. Sie durften 10 Tage lang die Wohnung nicht verlassen. Das galt auch für Personen, die negativ getestet waren und keinerlei Symptome vorwiesen. Sind sich die Behörden und die Hunderten von Tracern, die sie zur Überwachung eingesetzt haben, eigentlich bewusst, was es heisst, 10 Tage lang das eigene Zimmer nicht zu verlassen? Gefangene in der Schweiz dürfen sich jeden Tag mindestens eine Stunde an der frischen Luft bewegen. Aber, um «die Verbreitung des Coronavirus einzudämmen», wurden Zehntausende von mündigen und Einwohner unter Androhung einer Geldbusse von bis zu 10 000 Franken für 10 Tage unter Hausarrest gestellt oder in die Isolation verbannt und von Mitarbeitenden der kantonalen Gesundheitsdirektion telefonisch kontrolliert. Vertrauen zu den Bürgerinnen und Bürger sieht anders aus. Die allermeisten Partner von angesteckten Personen wären durchaus in der Lage, auch ausserhalb der eigenen Wohnung niemanden zu gefährden: Zwei Meter Abstand zu wahren und die Hygieneempfehlungen zu befolgen. Wegen einigen Rasern zweifelt man ja auch nicht an der Vernunft aller andern Autofahrer und verbietet ihnen, die Strassen zu nutzen.

Neben der Quarantäne gab es weitere Massnahmen, bei denen der Bevölkerung mehr Eigenverantwortung und Entscheidungsspielraum hätte gewährt werden können:

Viele Eltern hätten von sich aus, wenn ihnen Eigenverantwortung zugestanden worden wäre, auf Homeschooling verzichtet und ihre Kinder weiterhin in die Schule geschickt.

In den Pflegeheimen hätten es einige Bewohnerinnen und Bewohner eigenverantwortlich vorgezogen, weiterhin Besuche zu erhalten und im Freien zu spazieren, durchaus im Bewusstsein, das sie damit eine Ansteckung mit dem Coronavirus und möglicherweise einen früheren Tod riskierten. Ein reiner Fokus auf die Eigenverantwortung greift allerdings zu kurz, weil man auch andere gefährden kann, wenn man in der Pandemie seine Freiheit auf diese Weise gebraucht. Die nationale Ethikkommission hat diese Crux in ihrer Stellungnahme so formuliert:

«Wer das Eigenrisiko eingeht, sich zu infizieren, nimmt damit in aller Regel auch das Risiko in Kauf, andere zu infizieren, zumal während der Inkubationszeit.»

Nichtsdestotrotz muss man die Bewohner deshalb nicht einsperren. Es sind ja Schutzkonzepte möglich, die Besuche und Ausgang erlauben. Und wieso sollen die Besucher mehr Risiko für die «Einschleppung» des Virus ins Heim darstellen, als die Mitarbeitenden?

Wir belassen es im Folgenden nicht damit, die Eigenverantwortung als abstraktes Konzept im Raum stehen zu lassen. Die Auswirkung eigenverantwortlichen Handelns lässt sich auch konkret quantifizieren. Die ETH Zürich berechnete einen markanten Rückgang in der Ansteckungsrate, bevor der Lockdown erlassen worden ist. Die ETH Lausanne weist eine freiwillige Einschränkung der Mobilität mit Mobilnetz-Daten nach, ebenfalls bereits vor dem Lockdown. Und wir zeigen beim Vergleich der Infektionsraten von der ersten Welle zur Zwischenphase (von Juni bis anfangs Oktober) eine Reduktion der Mortalität um bis zu 80 Prozent auf Grund selbstverantwortlichem Verhalten (vgl. Abschnitt 5.1). Die Ressource Eigenverantwortung ist somit mehr als eine Worthülse.

Wenn wir Eigenverantwortung nicht nur als «Schönwetter»-Wert, sondern auch in einer Krise als Ressource achten und nutzen wollen, müssen wir als Gesellschaft bereit sein, mehr Risiko zu wagen, um damit der Eigenverantwortung und der für sie unerlässlichen individuellen Freiheit mehr Raum zu geben. Die Frage lautet: Wie weit ist die Gesellschaft bereit, den Einzelnen Eigenverantwortung zu gewähren oder sie von ihnen sogar zu fordern, im Bewusstsein, dass sie damit auch Risiken eingeht?

## 1.4 Freiheit

Freiheit ist der wichtigste Wert der Schweiz. Ihre herausragende Bedeutung kommt schon in der Präambel der Bundesverfassung zum Ausdruck, wo Freiheit als einziger Wert zweimal erwähnt wird.

Die Soziologin und Anthropologin Eva Illouz<sup>9</sup> schreibt zur weltweiten Coronakrise: «Fünf Milliarden Menschen oder mehr auf der ganzen Welt hörten auf, mobil zu sein, wie gewohnt zu arbeiten und ihr Sozialleben zu pflegen. Milliarden verzichteten breitwillig auf die grundlegendsten Aspekte ihrer Freiheit, obwohl es Regierungen und Experten noch an zentralen Informationen mangelte.»<sup>10</sup>

Der Bundesrat gab der Gesundheit und der Sicherheit mehr Gewicht als der Freiheit und in der Tat gab der grösste Teil der Bevölkerung der Sicherheit und der Gesundheit mehrheitlich ebenfalls mehr Gewicht als der Freiheit. Weite Kreise der Bevölkerung nahmen die massive Einschränkung der Freiheit (Bewegungsfreiheit, Versammlungsfreiheit), die Mobilisierung der Armee, die Schliessung der Schulen, der Läden etc. weitgehend diskussionslos zur Kenntnis. «Der Mensch gewichtet kurzfristig Sicherheit höher als Freiheit, wenn er in Panik ist. (...) Aber nach kurzem meldet sich doch das Freiheitsbedürfnis zurück», sagt der Schriftsteller Daniel Kehlmann.<sup>11</sup>

Diese allgemein verständnisvolle Reaktion auf die angeordneten freiheitsbeschränkenden Massnahmen zu sehen, erstaunte nicht nur uns, sondern auch andere Zeitgenossen, für welche die Freiheit der höchste Wert der Schweiz darstellt. Ihnen stiess sauer auf, dass der Alltag in der Schweiz von oben herab direktiv und ohne Diskussion in eine bestimmte Richtung verändert wurde. Margit Osterloh:<sup>12</sup> «Der Bundesrat darf die Bevölkerung nicht mit einer Rhetorik der Alternativlosigkeit einlullen. Vielmehr sollte man das Mitdenken anregen.»<sup>13</sup> Stattdessen wurde in der Schweiz, wie in ganz Europa, ausser in Schweden, ein Lockdown verordnet, «ein aus China importiertes autoritäres Modell».<sup>14</sup> Statt Nachahmung hätten wir uns mehr unabhängiges Vorgehen erwünscht, Massnahmen, welche auf die spezifisch politischen und kulturellen Voraussetzungen der Schweiz abgestimmt gewesen wären.

9 Eva Illouz ist Professorin für Soziologie und Anthropologie an der Hebräischen Universität Jerusalem und an der École des hautes études en science sociales in Paris.

10 Die Zeit vom 18.06.2020

11 NZZ vom 06.10.2020

12 Margit Osterloh ist em. Professorin der Universität Zürich, ständige Gastprofessorin an der Universität Basel und Forschungsdirektorin von Crema.

13 NZZ vom 09.05.2020

14 René Scheu in der NZZ vom 06.10.2020

Mit den angeordneten Massnahmen hat der Bundesrat massiv in die individuelle Freiheit eingegriffen. In der Präambel der Bundesverfassung heisst es. «Frei ist nur, wer seine Freiheit gebraucht». Im bundesrätlichen Krisenmanagement spielt dieser Wert keine Rolle, wird nicht genutzt. Erstaunlich am Wording des Bundesrates ist der fehlende Hinweis, dass er sich bewusst ist, wie sehr er diesen Grundwert unseres Landes anritzt. Das Wort Freiheit findet sich in den Medienmitteilungen des Bundesrates und des BAG nirgends. Erst Monate nach dem Lockdown konnte man lesen, dass Bundesrätin Keller-Suter zu Beginn der Lockdown-Medienkonferenz vom 16. März zu sich selber sagte: «Karin, du bist doch nicht Bundesrätin geworden, um das Land zu schliessen, um die Leute ihrer Freiheit zu berauben!» (Le Temps, 13.06.2020, Ü.d.V.)

Interessanterweise waren es in den Medien vor allem ältere Menschen, welche die einseitige Ausrichtung der Pandemie-Massnahmen auf die Vermeidung von Todesfällen und die damit verbundene Einschränkung der Freiheit in Frage stellten. Stellvertretend für sie einige Auszüge aus einem NZZ-Beitrag des pensionierten Berner Medizinprofessors Urs Scherrer:<sup>15</sup>

«Da tritt ein neues Virus auf, mässig gefährlich, keine Pest. Experten malen den Teufel an die Wand, die ratlose Regierung verfällt in Panik und erklärt den Notstand. Das Volk kuscht, die Freiheit ist bloss noch eine Erinnerung, das Land steht still, das Volksvermögen wird hochwassernd die Aare hinuntergespült. Der Staat verfällt in einen inkohärenten Aktivismus. So mutiere ich auf Geheiss der Regierung von einem einigermaßen intakten Forschungsgruppenleiter zu einem vulnerablen, potenziell einzusperrenden Greis, der mittels milliardenschwerer Massnahmen geschützt werden soll. Nur: Will ich das? Eine intensivmedizinische Behandlung endet in meinem Alter nach wochenlangem Siechtum in mehr als der Hälfte der Fälle letal – und bei den wenigen Überlebenden ist sie mit Folgen wie Demenz oder therapieresistenten Depressionen verbunden.»

Die oben zitierte Eva Illouz kommt zum Schluss, «dass nur eine Verbindung aus starker Demokratie und starkem Wohlfahrtsstaat in der Lage sein wird, Katastrophen so zu bewältigen, dass Freiheit, wirtschaftliches Überleben und Gesundheit in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.»<sup>16</sup>

Beide Voraussetzungen sind in der Schweiz vorhanden, eine starke Demokratie und ein starker Sozialstaat. Der Sozialstaat wurde mit den Folgen des Lockdowns gefordert wie noch nie. In der Zwischenzeit bis zum nächsten Virus sollten wir die demokratischen Möglichkeiten nutzen, unsere demokratischen Institutionen Pandemie-tauglich und das Pandemiekonzept demokratisch zu machen. Damit wir uns nicht an einen autoritären Auftritt des Bundesrates gewöhnen müssen.

## 1.5 Gesundheit

In der Medienkonferenz vom 13. März betonte die Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga, dass es bei den Massnahmen des Bundesrates ausschliesslich «um den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung» gehe. Der Gesundheitsminister Alain Berset argumentiert ähnlich: «Das aktuelle Gleichgewicht ist zerbrechlich und unser prioritäres Ziel ist die öffentliche Gesundheit.» (Le Temps, 09.04.2020, Ü.d.V.)

Doch, was ist Gesundheit? Viele Menschen betrachten die Gesundheit als das höchste Gut und die Schweizer Bevölkerung gibt pro Jahr mehr als 80 Milliarden Franken, einen Achtel ihres Einkommens, für das Gesundheitswesen aus. Für rund zwei Drittel dieser Ausgaben ist die Finanzierung gesetzlich vorgeschrieben, über Krankenkassenprämien und Steuern. Interessanterweise besteht aber kein Konsens darüber, was wir unter Gesundheit verstehen.

Der Bundesrat implizierte ein enges Verständnis von Gesundheit. Auch das hat irritiert. Seine Massnahmen zielten im Wesentlichen auf die Vermeidung von COVID-19-Todesfällen. Andere Aspekte von Gesundheit hat er weitgehend diesem Ziel geopfert. Man kann von der Gesundheitsdefinition der WHO aus dem Jahre 1946 halten, was man will. Aber die Kosten und Nebenwirkungen der bundesrätlichen Massnahmen wären weniger krass herausgekommen, wenn er diese Definition vor Augen gehabt hätte: «Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.» Cynthia Fleury, Philosophie-Professorin im ältesten Spital von Paris, formuliert es so: «Man muss sich bewusst sein, dass das Leben keine rein biologische Angelegenheit ist. Es gibt auch ein soziales Leben, ein wirtschaftliches Leben und ich befürchte, dass die Strategie, die dem biologischen und dem körperlichen Leben den absoluten Vorrang eingeräumt hat, auf den anderen Lebensebenen noch sehr viel zerstörerische Auswirkungen haben wird.» (NZZ 25.05.2020) Mit dem Lockdown nahm der Bundesrat in Kauf, das geistige und soziale Wohlbefinden der Bevölkerung massiv einzuschränken. Der durch die gesundheitspolitischen Massnahmen gegen das Virus verursachte gesundheitliche Kollateralschaden

<sup>15</sup> Urs Scherrer, ist Medizinprofessor, wirkte bis zu seiner Pensionierung im Universitätsspital Lausanne und ist heute Forschungsgruppenleiter im «Departement for BioMedical Research» an der Universität Bern. Der zitierte Beitrag stammt aus der NZZ vom 10.05.2020.

<sup>16</sup> Die Zeit vom 18.06.2020

könnte am Ende grösser sein, als der Schaden, den die Massnahmen verhindert haben. Bildung, Kultur, das Familienleben, soziale Anlässe und nicht zuletzt die persönliche Zusammenarbeit in der Wirtschaft wurden im Lockdown buchstäblich zusammengestaucht und auf tiefem Niveau eingeschlossen.

Interessanterweise hat der WHO-Regionaldirektor für Europa, Hans Henri Kluge, schon mit der Bekanntgabe der Einstufung von COVID-19 als Pandemie am 12. März empfohlen: «Es gibt keinen allgemein gültigen Ansatz für die gesamte Europäische Region. Die Beschreibung der Situation als eine Pandemie macht es erforderlich, dass die Länder ihre Anstrengungen forcieren und ein geeignetes Gleichgewicht zwischen dem Schutz der Gesundheit, der Verhinderung eines ökonomischen und sozialen Bruchs und der Achtung der Menschenrechte herstellen.»

## 1.6 Subsidiarität und Föderalismus

In der Bundesverfassung heisst es in Artikel 5:

«Bei der Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben ist der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten.»

Subsidiarität bedeutet, dass eine Entscheidungskompetenz auf der untersten Hierarchiestufe angesiedelt werden soll, auf der vernünftigerweise entschieden werden kann: Was der Kanton entscheiden kann, soll nicht der Bund entscheiden, was die Gemeinde entscheiden kann, nicht der Kanton. Was in der Familie entschieden werden kann, soll nicht die Gemeinde entscheiden, und was der Einzelne entscheiden kann, soll er selber entscheiden. Eigenverantwortung kann so als Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips verstanden werden.

Das Epidemiegesetz gibt dem Bundesrat die Möglichkeit, alle politischen Ebenen unter ihm zu umgehen, Kantone und Gemeinden. Die nächste Ebene ist die Familie. Der Bundesrat hat sie insofern respektiert, als dass er kein social distancing für Personen anordnete, die im gleichen Haushalt wohnen. Aber er hat mit dem Zwang zur Isolation von positiv getesteten Personen und mit dem Zwang zur Quarantäne für Personen, die ihnen nahegekommen sind, massiv in die persönliche Freiheit eingegriffen.

One size fits all. Der Bundesrat ordnete «einheitliche Regeln (...) für das ganze Land» an. Subsidiarität und Föderalismus schienen ihm nicht krisentaugliche Werte zu sein. Differenzierte Massnahmen, die den Kantonen spezifische Massnahmen und damit selbstverantwortliches Entscheiden zugemutet hätten, liess der Bundesrat vermissen.

Erst in der Medienmitteilung vom 19. Juni, in welcher der Bundesrat die Massnahmen weitgehend aufhob, klingt ein anderer Ton an: «Im Gegensatz zur ersten Welle soll die Hauptverantwortung bei einem Wiederanstieg der COVID-19-Fälle bei den Kantonen liegen. Kantone, die eine Zunahme der Fallzahlen feststellen, sollen diese mit geeigneten Massnahmen bewältigen.»

Es entspricht jedoch nicht dem Schweizer Staatsverständnis, dass die oberste Ebene selbständig den Föderalismus nach ihrem Gusto einschränken und wieder einführen darf.

## 1.7 Fehlende Verhältnismässigkeit

Intuitiv erschienen uns die vom Bundesrat angeordneten Massnahmen schon im März unverhältnismässig. Was steht dahinter? Auch in einer Krise gilt es, die Verhältnismässigkeit zu wahren. Dabei geht es um das Verhältnis zwischen einem Schadensrisiko und dem Aufwand zur Reduktion des Risikos.

Ein Risiko wird definiert als Produkt aus der Wahrscheinlichkeit, dass ein Schadenereignis eintritt, multipliziert mit dem Ausmass des Schadens.

*Risiko = Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens × Höhe des Schadens*

Das Risiko ist gross, wenn ein grosser Schaden mit hoher Wahrscheinlichkeit eintritt.

Für die Überprüfung der Verhältnismässigkeit der Corona-Massnahmen gehen wir davon aus, dass die Massnahmen finanzielle und immaterielle Kosten in noch nie dagewesener Höhe verursacht haben. So verursachte der Lockdown innert drei Monaten mehr Nebenwirkungskosten in Form von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Umsatzeinbrüche etc. (die psychischen und sozialen Auswirkungen nicht mitgerechnet) als in einem normalen Quartal für sämtliche Gesundheitsausgaben aller Einwohner der Schweiz ausgegeben werden (vgl. dazu Kapitel 9). Um verhältnismässig zu sein, müsste COVID-19 demnach gefährlicher und schlimmer sein als alle Krankheiten, die wir bisher kennen und behandeln, zusammen. Ist es das?

Was waren die relevanten Risiken und wie hoch waren sie? Mit den Corona-Massnahmen verfolgte der Bundesrat gemäss Medienmitteilung des BAG vom 13. März 2020 zwei Ziele:

- ältere Personen und Personen mit Vorerkrankungen schützen,
- eine Überlastung der Spitäler verhindern.

Es ging erstens also um das Risiko einer schweren Erkrankung oder des Todes



älterer Menschen und von Personen mit Vorerkrankungen und zweitens um das Risiko, dass die Spitäler durch eine grosse Zahl von Corona-Patienten überlastet würden, nicht alle behandeln könnten und auch keinen Platz mehr hätten für andere Patienten.

Zum Risiko einer schweren Erkrankung älterer Menschen und von Personen mit Vorerkrankungen: Die Schadenshöhe setzt sich zusammen aus der Stärke der durchlebten Erkrankung (von der leichten Form bis zur schwerwiegenden Erkrankung mit anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen) und die im Fall des tödlichen Ausgangs verlorene Anzahl Lebensjahre.

In Abschnitt 3.2 schätzen wir die Anzahl der dank den Massnahmen verhinderten schweren Erkrankungen, in Abschnitt 9.2 die Summe der geretteten Lebensjahre. Wenn man ihnen die Kosten des Lockdowns gegenüberstellt, kommt man auf Frankenbeträge pro gerettetes Lebensjahr, die weit grösser sind als alles, was bisher, zum Beispiel bei Medikamentenpreisen, bewilligt wurde. Der Bundesrat hat mit seinen Lockdown-Entscheiden – im Vergleich zu bisher üblichen Grössenordnungen – unverhältnismässig hohe Kosten ausgelöst. Wollte man dem Gleichbehandlungsgebot nachkommen, müssten die Krankenversicherer ab diesem Jahr bei sämtlichen Chemotherapien etc. rund drei- bis sechsmal mehr Geld ausgeben, als bisher. Ist das der Wunsch? Und wäre das überhaupt finanzierbar?

Nicht nur der finanzielle Aufwand, sondern auch der durch die Massnahmen verursachte immaterielle Schaden ist im Vergleich zum bewirkten gesundheitlichen Nutzen extrem hoch.

Denken wir zum Beispiel an Entwicklungsdefizite bei Babys, die mit einer Welt voller Masken konfrontiert sind, das einsame Sterben von Tausenden (ohne Virus) in Spital und Pflegeheim, das Bildungsdefizit von Schülern und Studenten.

Zum Risiko einer Überlastung der Spitäler: Die Wahrscheinlichkeit, dass die Spitäler vor lauter COVID-19-Patienten keine Kapazitäten mehr für andere dringliche Spitalbehandlungen gehabt hätten, war (zumindest für die Deutschschweiz) klein.

In den Schweizer Akutspitälern stehen 24 000 Betten. Die durchschnittliche Belegung liegt bei 83 Prozent. Im Schnitt sind also 4250 Betten leer. Bei grösserem Bedarf könnten die Spitäler nicht dringende Operationen absagen und damit innert weniger Tage noch weitere 10 000 Betten frei machen. Die Schweiz hat deutlich mehr Spitalbetten pro 100 000 Einwohner als Italien. Das hätte man berücksichtigen können, bevor man, geschockt von den Bildern aus Italien, Massnahmen zum Schutz der Spitäler verordnet.

In der Zwischenphase (von Juni bis anfangs Oktober) ist die Zahl der spitalbedürftigen COVID-19-Patienten, was die Spitalkapazität angeht, noch viel weniger kritisch.

Fazit: Unabhängig von der allfälligen Schadenshöhe ist das Risiko eines Kollapses der Spitäler sehr klein, weil die Eintretenswahrscheinlichkeit sehr gering ist. Der extreme Aufwand für die Massnahmen, die mit diesem Risiko begründet werden, erweist sich als unverhältnismässig hoch.

Im Zusammenhang mit der Verhältnismässigkeit irritiert uns, dass drei Fragen offensichtlich nicht ernsthaft geprüft wurden:

1. Könnten die angestrebten Wirkungen nicht auch mit weniger massiven Massnahmen, mit weniger Kosten, erreicht werden?
2. Wie gefährlich ist das Virus überhaupt?
3. Wer definiert eigentlich die verbindliche Risikoeinschätzung?

Ab Sommer 2020 war die Wahrscheinlichkeit, dass jemand an COVID-19 stärker erkrankt als an einer der üblichen Krankheiten, noch kleiner als vorher.

Der durchschnittliche von Corona verursachte Schaden bei Personen ohne Vorerkrankungen liegt nahe bei null. Aber auch bei Personen mit Vorerkrankungen verursacht Corona nur vereinzelt eine schwere Erkrankung. Die Sterblichkeit der positiv getesteten Personen dürfte seit den ersten Sommermonaten geringer sein als bei der Grippe 2015! (Vgl. Abb. 5.2). Corona erweist sich je länger desto mehr nicht als generelles Killervirus. Und im Alter zwischen 0 und 29 Jahren gibt es in der Schweiz keinen einzigen COVID-19 bedingten Todesfall (vgl. Tab. 5.1). COVID-19 ist für die grosse Mehrheit der Bevölkerung keine ernsthafte gesundheitliche Bedrohung und weder von der Häufigkeit noch von der Gefährlichkeit eine Bedrohung für die innere Sicherheit der Schweiz.

Während das Krankheits- und Mortalitätsrisiko von COVID-19 statistisch nachweisbar gesunken ist oder nie so hoch war, wie anfänglich befürchtet, sind andere Risiken gestiegen. Es ist inzwischen viel wahrscheinlicher, in Quarantäne versetzt zu werden, als selber zu erkranken. Hat der Lockdown das Land mit einem Schlag verändert, breitet sich die Quarantäne schleichend aus. Wer weiss beispielsweise, dass die Zahl der sich in Quarantäne befindlichen Personen vom 3. Juni bis zum 14. Oktober von 279 auf 31 007 angestiegen ist. Das entspricht ungefähr der Einwohnerzahl Emmens.

Bereits während des Lockdowns bestand die betriebliche Herausforderung nicht primär darin, eine dahinsiechende Belegschaft möglichst gut ersetzen

zu können. Dafür war der Krankheitsverlauf bei den Werktätigen in der Regel zu mild und zu selten. Hingegen konnte ein einziger, positiv getesteter Mitarbeiter eine Abteilung oder einen Kleinbetrieb lahmlegen. Nicht wegen des Virus, sondern wegen der Quarantäne-Politik. Darauf mussten die Unternehmen mit der geographischen Aufteilung von Produktions-Standorten reagieren. Eine Überforderung für KMUs.

Das führt weiter zum dritten Punkt: «Gefährlichkeit» ist auch eine Frage der Einschätzung. Aber wer definiert, was zu gefährlich und was tragbar ist? Und werden die aktuell sehr vorsichtig gesetzten Standards auch zukünftig bei jeder Virus-Mutation Gültigkeit haben?

Verhältnismässigkeit ist nicht nur im Umgang mit Risiken ein zentrales Kriterium, sondern auch bei der Güterabwägung in Ethik und Recht. Sie kommt immer da ins Spiel, wo grundsätzlich Ideale, Werte oder Güter abgewogen werden müssen. Aus der Medizinethik kennen wir die Güterabwägung zwischen der Autonomie (der Patienten) und der Fürsorge (des Personals). Analog gilt es in der Pandemiepolitik, eine Güterabwägung zu machen zwischen der Freiheit (des Einzelnen) und der Sicherheit (der Anderen).

## 1.8 Solidarität

In keinem anderen Lebensbereich spielt Solidarität eine so grosse Rolle wie bei der Gesundheit. Es stört uns nicht, dass sich nicht alle täglich einen teuren Wein, ein Auto der oberen Preisklasse oder Ferien in der Karibik leisten können. Wir wissen von Menschen in unserer Nachbarschaft oder kennen Mitarbeitende in der gleichen Unternehmung, in der auch wir arbeiten, die kaum teuren Wein trinken, kein Auto besitzen und ihre Ferien zuhause verbringen müssen. Wenn es um Krankheit und Gesundheit geht, tolerieren wir solche Unterschiede nicht. Wir wollen nicht zuschauen, wie jemand Schmerzen leidet, ohne zu helfen oder dafür zu sorgen, dass geholfen wird. Das Mitgefühl mit leidenden Menschen ist in der Natur des Menschen angelegt und hat sich im Verlauf der Evolution als grundlegendes Element für das Überleben der Menschheit erwiesen.

Im Schweizer Gesundheitswesen zeigt sich die Solidarität im Obligatorium der Krankenversicherung. Allen Einwohnern wird der Zugang zu den Leistungen der modernen Medizin und Pflege gewährleistet. Vereinfacht gesagt, müssen sie – abgesehen von den eigenen Prämien – die Leistungen nur bis zum Erreichen der Franchise und des maximalen Selbstbehalts selber bezahlen. Ab 1000 Franken, bzw. 3200 Franken pro Jahr finanziert die Allgemeinheit über die Krankenkassenprämien und über Steuern alle vom Einzelnen bezogenen

Leistungen. Über die Höhe der Franchise kann man streiten, aber die Franchise zeigt doch, dass die gesellschaftliche Solidarität eine gewisse finanzielle Eigenverantwortung fordert, bevor sie zum Zug kommt.

In einer pluralistischen Gesellschaft, in der die meisten Menschen nicht in jeder Hinsicht zu den Schwächsten, Ärmsten und Unmündigsten gehören, sondern in gewisser Hinsicht auch zu denen, denen es vergleichsweise gut geht, sind die meisten von uns sowohl Empfänger von Solidarität als auch Geber. Wir profitieren alle von der Solidarität der andern, aber für die allermeisten gilt auch, dass sie solidarisch sein könnten oder sollten mit Menschen, denen es physisch, psychisch oder sozial schlechter geht. In einer pluralistischen Gesellschaft ist Solidarität keine Einbahnstrasse.

Unsere Solidarität im Gesundheitswesen ist im Wesentlichen eine finanzielle Solidarität. In der Coronakrise kam auch eine andere Solidarität ins Spiel, eine Solidarität im Verhalten: Gesunde Menschen wollten etwas dazu beitragen, dass sich das Virus nicht verbreitet und andere Menschen mit Vorerkrankungen nicht angesteckt werden. Zuhause bleiben als Ausdruck der Solidarität. Verzicht auf Freiheit aus Solidarität. Solidarisch eine Maske tragen.

Das Virus trifft die einen stärker, die anderen schwächer. Neun Prozent (seit Juni lediglich vier Prozent) der positiv getesteten Personen müssen ins Spital. Aber ist das eine Katastrophe, die ausser finanzieller Solidarität auch solidarischen Verzicht auf die Öffnung von Geschäften, von Bildung vor Ort, Kulturveranstaltungen, Arbeit am Arbeitsplatz, Besuche im Pflegeheim erfordert?

Gemäss liberalem Verständnis soll der Staat zum Schutz einer vulnerablen Gruppe intervenieren, wenn diese Menschen Opfer des unvorsichtigen Verhaltens ihrer Mitmenschen werden. D.h., die Freiheit des Einzelnen hört auch für eine freiheitsliebende Philosophie dort auf, wo sie den Mitmenschen zu schädigen beginnt. Wenn Menschen das Virus ungeniert verbreiten, bringen sie damit die Vulnerablen in Gefahr. Dieses Verhalten der Infizierten führt – in der Sprache der Ökonomen – zu einem negativen externen Effekt auf die Gruppe der Vulnerablen. Hier endet meistens die ökonomische Analyse. Sie übersieht, dass der medizinisch-technische Fortschritt gepaart mit einer solidarischen Krankenversicherung die Zahl der Vulnerablen ansteigen liess. Es ist paradox, aber der medizinische Fortschritt hat den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung vermindert: Viele Menschen können heute mit (chronischen) Krankheiten leben, an denen man früher verstorben ist. Mit der so geschaffenen Zunahme an Vulnerablen steigt nun auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Virus auftreten wird, das eine bestimmte Gruppe dieser Vulnerablen stark bedroht. Wenn nun aber die Vulnerablen auf Grund dieser Bedrohung eine massive Einschränkung der Freiheitsrechte der nicht



Bedrohten einfordern, dann haben die Vulnerablen ebenfalls einen negativen externen Effekt auf die übrige Bevölkerung. Dadurch entstehen zwei entgegengesetzte externe Effekte: Die medizinische Bedrohung der Vulnerablen durch die Unvorsichtigen und die Einschränkung der Gesunden durch die präventionsbedingten Zwangsmassnahmen zum Schutze der Vulnerablen.

Wir behaupten nicht, dass wir die optimale Lösung für den Fall dieser entgegengesetzten Bedrohung kennen. Aber wir glauben, dass das eine wichtige Frage ist, die zu debattieren und deren Lösung auszuhandeln wäre. Einseitiges Einfordern von Solidarität, wie es oft vom Bundesrat zu vernehmen war, wird der Komplexität der Situation nicht gerecht. Sobald nämlich die Vulnerablen gut informiert und fähig sind, ihre Bedrohung mindestens teilweise selbstverantwortlich zu reduzieren, können im Gegenzug auch Zwangsmassnahmen gelockert werden. Es sind also durchaus Lösungen vorstellbar, durch die beide Gruppen, Vulnerable wie Resistente, bessergestellt werden, als in einem allgemeinen Lockdown.

Der Lockdown setzte mit Schulschliessungen und Einschränkung der Bewegungs- und Wirtschaftsfreiheit jedes Einzelnen allzu einseitig auf den Schutz der Vulnerablen und liess ein Abwägen zwischen den Ansprüchen beider Gruppen, zum Beispiel den Anspruch auf gute Schulausbildung der Kinder, vermissen.

### 1.9 Die Endlichkeit des individuellen Lebens

Ein Faktor, der während der ganzen Krise kaum in der öffentlichen Diskussion auftauchte und doch das ganze Geschehen mehr als alles andere beeinflusste, hat mit der Endlichkeit des Menschen zu tun. Der Philosoph Ludwig Hasler (75-jährig) sagt im Magazin 17/2020 der NZZ am Sonntag: «Ich denke, ein Grossteil der Gesellschaft, auch der Bundesrat, hat eine panische Angst vor dem Sterben. Es darf nicht gestorben werden, ohne dass man alles zur Verhinderung gemacht hat.»

Wir waren irritiert, dass die Politik den Steilpass von Hasler nicht aufgenommen, sondern die Endlichkeit des Lebens praktisch verdrängt hat. Der enorme Aufwand für die massiven Massnahmen des Lockdowns ist nur nachvollziehbar, wenn man Todesfälle um jeden Preis vermeiden will, so nach dem Motto: «Wenn auch nur ein Leben gerettet werden kann, ist es jede Mühe wert!»

Die Vermeidung des Todes um jeden Preis mag heroisch klingen, ist aber als gesundheitspolitisches Ziel ungeeignet. Der französisch Philosoph André

Comte-Sponville nennt es sogar «un projet parfaitement absurde»<sup>17</sup>. Auch das gesündeste Leben endet mit dem Tod. Selbst wenn alle gesellschaftlichen Ressourcen eingesetzt würden für die Vermeidung des Todes, könnte er nicht vermieden werden. Alle anderen gesellschaftlichen Anliegen müssten vernachlässigt werden und würden verkümmern. Wenn wir alle Ressourcen, alle Mittel ausschliesslich dafür einsetzen würden, Todesfälle zu verhindern, dann bliebe ja nichts mehr zum Leben. Ist es das Schicksal der heutigen Gesellschaften, den Tod nicht akzeptieren zu können, und sich gerade deshalb das Leben zu vermiesen?

Selbstverständlich ist jeder Todesfall mit Trauer verbunden. Aber nicht jeder Todesfall ist eine Katastrophe. In jungen Jahren aus dem Leben gerissen zu werden, ist tragischer als ein Tod im hohen Alter.

Das Coronavirus ist in Einzelfällen gefährlich, aber es könnte noch weit gefährlicher sein, wenn es für junge Menschen im gleichen Ausmass oder sogar noch häufiger tödlich wäre wie für hochbetagte Personen mit Vorerkrankungen. Dies war bei der Spanischen Grippe (1918–1920) der Fall. Damals starben vor allem 20- bis 40-jährige Personen, insgesamt 20 bis 50 Millionen Menschen, bei einer Weltbevölkerung von 1,8 Milliarden.<sup>18</sup>

Das Coronavirus ist im Vergleich nicht besonders gefährlich, aber es wird von vielen als etwas Unheimliches gesehen: Schon ein bis zwei Tage bevor eine angesteckte Person Symptome zeigt, kann sie andere Menschen anstecken. Wir wissen nie mit Sicherheit, ob wir kürzlich angesteckt worden sind und deshalb andere anstecken und im Extremfall ihren Tod verursachen könnten. Und bei allen anderen, die die Krankheit noch nicht durchmachten, wissen wir nie mit Sicherheit, ob sie kürzlich angesteckt worden sind, und deshalb auch uns anstecken könnten, was eventuell sogar unseren Tod herbeiführen könnte. Hinter der Angst, angesteckt zu werden, und hinter der Befürchtung, jemanden anzustecken, steckt die Angst vor dem Tod. Auf diese Weise hat das Virus – unabhängig von seiner tatsächlichen Gefährlichkeit – das Potenzial, den Menschen Angst zu machen vor anderen Menschen. Das beeinträchtigt das Zusammenleben in der Gesellschaft.

Das Bild und Verständnis des Todes als Feind des Menschen ist in der Medizin tief verankert.<sup>19</sup> Gerade in einer Pandemiesituation, wie wir sie erlebt haben, ist es für viele Ärztinnen, für Epidemiologen und Politikerinnen das oberste

<sup>17</sup> In: Le Temps, 17.04.2020

<sup>18</sup> WHO (hrsg.) Pandemic Influenza Risk Management. World Health Organization, Genf 2017, S. 26

<sup>19</sup> Heinz Rügger, Das eigene Sterben. Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2006, S. 42–54

Ziel, Todesfälle zu vermeiden, jeden Tod, ohne Frage nach dem Alter, koste es, was es wolle. Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung dürfte das auch so gesehen haben, zumindest beim Blick auf die ersten Katastrophenbilder aus Norditalien.

Ein Mitglied der Swiss National COVID-19 Science Task Force sagte, «jeder COVID-19-Tote sei einer zu viel». Konsequenterweise müsste diese Behauptung für alle Todesursachen gelten, also z.B. Krebs, Herz-Kreislauf. Das zeigt, wie in der Pandemie argumentativ verkürzt und eingeengt wird. In der Medizin gehört es zum state of the art, dass dem Patienten mehr als nur «das nackte Leben» geboten werden soll, was eben tatsächlich rein das Leben meint, ohne Bezug zur Lebensqualität. Auch ein gutes Sterben ist ein Teil von Gesundheit (Palliative Care). Während die medizinethische Debatte jahrelang dafür plädiert hat, dass man irgendwann auch sterben darf, ist das jetzt auf einmal hinfällig.

Nun ist aber im Leben nichts so sicher, wie die Tatsache, dass jede Person einmal sterben wird. Individuell können wir das verdrängen, bis der Tod uns einholt. Wir können uns aber auch mit der individuellen Endlichkeit befassen und überlegen, was sie für die Zeit des Lebens bedeutet.

Damit steht die Frage im Raum, der viele Menschen lieber ausweichen: Was darf die Verhinderung eines Todesfalls kosten pro Lebensjahr, was wird damit gewonnen? Diese Frage stellt sich nicht nur im Gesundheitswesen, sondern z.B. auch bei der Planung von Lawinenverbauungen oder Verkehrsinfrastruktur. Dabei geht es nicht um die Frage, wieviel Wert ein Menschenleben hat. Das Menschenleben hat unendlich viel Wert. Es geht aber um die Frage, wie die beschränkten Mittel am besten eingesetzt werden, um möglichst viele Leben zu retten. Sollen mehr Lawinenverbauungen oder mehr Spitäler gebaut werden? Und es geht ausserdem um die Frage der Nebenwirkungen: Wenn man jeden Lawinentod verhindern möchte, müssten ganze Berge verbaut werden. Der Tourismus würde beeinträchtigt. Das Leben als Einzelner und als Gesellschaft ist immer mit Restrisiken behaftet. Es gibt kein Leben in absoluter Sicherheit. Todsicher ist eben nur der Tod.

## 2 Skizze einer idealen Pandemie-Politik

Um den Lockdown der Schweiz beurteilen zu können, braucht es eine Vorstellung davon, wie eine ideale Pandemie-Politik ausgesehen hätte. Dabei versteht es sich von selbst, dass es leicht ist, am Schreibtisch, ohne Zeitdruck, mit dem Wissen von heute und ohne die drückende Last der Verantwortung auf den Schultern eine ideale Lösung zu entwickeln. Ganz anders war die Situation für den Bundesrat, als er Mitte März über den Lockdown entscheiden musste. Und kein vernünftiger Mensch kritisierte ihn seither für diesen Initialentscheid.

Dennoch ist es legitim und vernünftig, sich zu überlegen, welche Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Behörden und der Gesellschaft in Zukunft robuste Entscheidungshilfen in die Hand zu geben. Genau solche Entscheidungshilfen für vier verschiedene Phasen der Krise sollen hier beschrieben werden.

### 2.1 Vorbereitungsphase

Die erfolgreiche Krisenbewältigung beginnt vor der Krise. Je mehr Vorbereitungsarbeiten präventiv durchgeführt werden, desto grösser wird der Handlungsspielraum im Moment, in dem die Krise den Entscheidungsdruck ansteigen und die verfügbare Zeit schrumpfen lässt.

**Lagerhaltung:** Eine ausreichende Lagerhaltung an medizinischen Gütern trägt offensichtlich zur erfolgreichen Krisenbewältigung bei. Lagerhaltung setzt den politischen Willen, diese anzuordnen und ausreichend zu finanzieren, voraus. Dabei bleibt immer ein Restrisiko, dass nämlich genau die Güter, die für eine nächste Pandemie entscheidend sein könnten, bei der präventiven Lagerhaltung nicht ausreichend berücksichtigt worden sind.

**Kenntnis der Kapazitäten im Gesundheitswesen:** Das Gesundheitswesen hat im Normalfall mit Krankheiten zu tun, die nicht ansteckend sind, sowie mit chronischen und Zivilisationskrankheiten, die sich als Folge unseres Lebensstils ergeben. Patientinnen und Patienten mit ansteckenden Krankheiten sind in der Minderzahl. Ansteckende Krankheiten, wie zum Beispiel die Pest, welche früher die Menschheit bedrohten, sind ausgerottet. Gegen andere ansteckende Krankheiten, wie z.B. Masern oder Grippen, kann man sich impfen und für HIV-positive Menschen wurden wirksame Medikamente entwickelt.

Der Kern einer Pandemie ist eine schwere, ansteckende Krankheit, die sich über Länder verbreitet. Eine Pandemie stellt ganz andere Anforderungen an

das Gesundheitswesen als der normale Alltag. Hausärzte, Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen müssen ihre betrieblichen Prozesse anpassen.

Eine ideale Pandemie-Politik muss wissen, wie das Gesundheitswesen im Normalfall funktioniert und muss die vorhandenen Kapazitäten kennen, um entscheiden zu können, welche zusätzlichen Massnahmen es braucht. Eine gute Übersicht über die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, ihre Kapazitäten und geographische Verteilung erlaubt differenzierte regionale Massnahmen.

Kenntnis des Verhaltens der Bevölkerung: Auch für die Bevölkerung ist ein Virus, gegen das sie sich nicht impfen kann und gegen das es keine Therapie, keine wirksamen Medikamente gibt, etwas ganz anderes als die üblichen Krankheiten und Unfälle. Für eine ideale Pandemie-Politik sind darum auch Kenntnisse über das regional unterschiedliche Verhalten der Bevölkerung im Krankheits- und Krisenfall wichtig: Welcher Anteil geht direkt in die Notfallstation eines Spitals, welcher Anteil geht gewohntermassen zuerst zum Hausarzt? Schliesslich muss den Entscheidungsgremien bekannt sein, wie viele Menschen in einem Pflegeheim leben oder zuhause von der Spitex betreut werden.

Gesetzliche Grundlagen: Damit der Bundesrat oder die Kantonsregierungen handeln können, braucht es eine gesetzliche Grundlage. Weil in einer Notlage auch unpopuläre Entscheide gefällt werden müssen, und die Zeit oft knapp ist, ist Notrecht vorzusehen. Das Einholen demokratischer Mehrheitsentscheide ist beim unmittelbaren Ausbruch einer Pandemie nicht praktikabel, im späteren Verlauf allerdings schon. Die Dauer des Notrechts sollte sich daher an der Schwere der Notlage orientieren.

Sicherstellung der Finanzierung: Eine funktionsfähige, allgemeine Krankenversicherung garantiert, dass die medizinische Versorgung für die ganze Bevölkerung finanziell zugänglich ist. Im Falle einer Pandemie muss rasch klar sein, wer die plötzlich steigenden Behandlungskosten finanziert. Niemand darf aus finanziellen Gründen davon abgehalten werden, sich testen zu lassen oder im Falle schwerer Symptome das Spital aufzusuchen. Voraussetzung dafür, dass dieses Finanzierungsversprechen auch eingehalten werden kann, sind ausreichend finanzierte Versicherer. Gerade bei einem exponentiellen Anstieg an Behandlungen und Kosten braucht es Versicherer, die auf ausreichende Reserven zurückgreifen können.

International vernetzte, medizinische Forschung: Präventiv kann auch sichergestellt werden, dass im Krisenfall ausreichend Fachleute vorhanden sind, die

die internationale Forschung rund um die auftretende Pandemie kompetent verfolgen und entsprechend die Regierung optimal beraten können.

Funktionsfähiges Informationssystem: Der Bund muss über ein Informationssystem verfügen, mit dem er sich rasch und effizient einen Überblick über die epidemiologische Lage im Land verschaffen kann. Regionale Stichproben müssen Informationen über die Rate der nicht-Infizierten, der Infizierten aber nicht erkrankten, der mit milden Symptomen Erkrankten, der schwer Erkrankten und der Todesfälle ermöglichen. Diese Informationen müssen nicht nur quantitativ sein, sondern auch Alter und Vorerkrankungen beinhalten. Das Informationssystem muss auf die wichtigsten medizinischen Datenlieferanten zurückgreifen können und kann ohne grossen Aufwand periodisch beübt werden.

Unterstützende Gremien: Bereits vor dem Auftreten einer Pandemie können Gremien bezeichnet werden, die den Bundesrat von Beginn der Pandemie an unterstützen. Die Gremien sollten bei einer Pandemie vom ersten Tag an als eingespielte Teams funktionieren. Damit der Bundesrat bei einer Pandemie keinen Blindflug machen muss, braucht er zwei Arten von unterstützenden Gremien:

Ein medizinisch-wissenschaftliches Gremium soll gewährleisten, dass dem Bundesrat relevante und aktuelle Daten über die Entwicklung der Pandemie zur Verfügung stehen (siehe: Abschnitt «Informationssystem»). In diesem Gremium sollten Epidemiologen, Virologen, Immunologen, Intensivmediziner, Pathologen und Statistiker mitwirken.

Ein zweites unterstützendes Gremium soll dem Bundesrat verlässliche Informationen liefern über Wirkungen, Nebenwirkungen und Kosten allfälliger Massnahmen. In diesem Gremium braucht es Experten, welche die Wirkungen, die unerwünschten Nebenwirkungen und die Kosten der einzelnen Massnahmen kompetent abschätzen können: Verhaltensökonominnen, Psychiaterinnen, Psychologen, Seelsorgerinnen, Heimärzte, Hausärztinnen, Kinderärzte, Philosophinnen, Soziologen, Kenner des Gesundheitswesens, des Bildungswesens und der verschiedenen Wirtschaftsbranchen etc..

Der Zweck beider Gremien ist es, dem Bundesrat Instrumente zu geben, die ihm einen sicheren Blindflug ermöglichen. Die Entscheidungen, welche Massnahmen aufgrund der gelieferten Informationen angeordnet werden, sind politische Entscheidungen. Dafür zuständig ist der Bundesrat. Dessen sollten sich die Mitglieder der unterstützenden Gremien bewusst sein. Es ist nicht ihre Aufgabe, selber auch noch ein wenig Bundesrat zu spielen. Sie sollten

sich deshalb in der Öffentlichkeit bewusst nicht wertend zu einzelnen Massnahmen äussern.

Für beide Gremien gilt eine wichtige Anforderung, die Zeltner<sup>20</sup> folgendermassen formulierte: «Es ist ein allgemein anerkannter Grundsatz des Krisenmanagements, dass die Bewältigung einer Krise leichter gelingt, wenn die in der Krisenbewältigung geforderten Instanzen sich aus der Zusammenarbeit im Alltag kennen und vertrauen. Jeder Stabwechsel von der Führung im Alltag zu einer Führung in einer Krisensituation führt zu Reibungsverlusten und sollte idealerweise vermieden werden. Die föderale Struktur der Schweiz und die vorgesehenen Eskalationsstufen (besondere und ausserordentliche Lage) erlauben es allerdings nicht, diesem Grundsatz stets nachzuleben. Damit bleibt einzig die Möglichkeit, die Schwächen, die sich daraus ergeben, zu minimisieren. Eine Möglichkeit ist, sich im Rahmen von Übungen näher zu kommen; eine andere, im Rahmen des Alltagsgeschäfts Raum und Möglichkeiten zur gegenseitigen Zusammenarbeit und Vertrauensbildung zu schaffen und auszubauen» (Zeltner, S. 15).

## 2.2 Startphase der Pandemie

Auch wenn jede Pandemie andersartig sein wird, und typischerweise ein Überraschungsmoment mit sich bringt, gibt es fünf grundsätzliche Punkte, die entscheidungsrelevant sein sollten. Beziffert werden können diese Grössen bei Ausbruch der Pandemie jedoch nur in der besten aller vorstellbaren Situationen. Typischerweise sind die Informationen bei Beginn einer Krise eher diffus. Wo genaue Informationen fehlen, ist auf Schätzungen zurückzugreifen, die ab der dritten Phase laufend aktualisiert und präzisiert werden müssen.

**Gefährlichkeit:** Die Regierung muss von Beginn weg eine klare Vorstellung davon haben, was sie unter einer gefährlichen Pandemie versteht. Die Gefährlichkeit einer Pandemie hängt davon ab, wie ansteckend das Virus ist, wie schwer die Angesteckten erkranken, inwiefern schwere chronische Leiden verursacht werden, wie viele der Erkrankten sterben und wie gross die Lebenserwartung der Verstorbenen vor der Ansteckung war.

Beispiele:

- Eine Grippe, die viele Personen erfasst, aber nur zu einer leichten Erkrankung führt, ist weniger gefährlich als ein Virus, mit dem nur eine sehr kleine Zahl von Menschen infiziert werden, von denen aber alle sterben.
- Ein Virus, das bei Jungen und Alten gleichermassen zum Tod führt, ist gefährlicher als ein Virus, dem ausschliesslich Hochbetagte zum Opfer fallen.

Dabei ist sinnvollerweise auf die erwartete Anzahl verlorener Lebensjahre pro Einwohner abzustellen. Je nach Art der Pandemie kann auch eine hohe Anzahl chronifizierter Leiden pro Einwohner verbunden mit einer massiven Einbusse an Lebensqualität als Folge der Pandemie zum Massstab genommen werden. Wenn diese Indikatoren deutlich höher ausfallen als bei den bisher bekannten und regelmässig wiederkehrenden Grippe-Epidemien, ist von einer gefährlichen Pandemie auszugehen.

**Vulnerable Gruppe:** Die Regierung muss so rasch wie möglich die vulnerablen Gruppen definieren, um ihre Massnahmen spezifisch ausrichten zu können.

**Erwarteter Verlauf der Pandemie:** Ebenfalls ist es wichtig, so rasch wie möglich eine Vorstellung über mögliche Entwicklungen der Pandemie im Zeitablauf zu gewinnen, wie sie zu erwarten sind, falls die Regierung keine Massnahmen ergreift. Der worst case ist zu definieren, ebenso die Wahrscheinlichkeit, dass er eintritt. Diese ist erfahrungsgemäss klein. Deshalb sollen auch die am ehesten zu erwartende Entwicklung und ihre Eintretenswahrscheinlichkeit definiert werden, wenn keine Massnahmen ergriffen werden. Daraus ergeben sich, bei Kenntnis der Kapazitäten Schlussfolgerungen zu möglichen Überlastungen des Systems oder Engpässen in der Versorgung.

**Kosten pro gerettetes Lebensjahr:** Die Kosten pro gerettetes Lebensjahr und vermiedener schwerer Krankheit sollten als Richtschnur dienen. Dazu braucht die Regierung eine (vor Ausbruch der Pandemie festgelegte) Vorstellung darüber, wie gross diese Kosten sein dürfen.

**Lockdown-Massnahmen und ihre Wirkungen:** Die Regierung muss nicht nur die alternativen Massnahmen kennen, die zur Überwindung der Pandemie ergriffen werden können, sondern auch eine realitätsnahe Vorstellung davon haben, welche Kostenfolgen und Nebenwirkungen sie damit auslöst. Dabei sind die gesamten finanziellen Kosten, die immateriellen Schäden von Individuen und Gesellschaft, insbesondere die psychischen Belastungen und die Folgen der Aufhebung politischer Freiheitsrechte einzukalkulieren.

<sup>20</sup> Thomas Zeltner [ehemaliger Direktor des BAG]: Zukünftiger Bedarf im Bereich koordinierter Sanitätsdienst. Gutachten von Prof. Dr. Thomas Zeltner zuhanden des Vorstehers des VBS. Bern, den 18. Dezember 2018.

### 2.3 Verlauf der Pandemie

Da kaum je davon auszugehen ist, dass alle im Abschnitt 2.2 genannten Punkte zu Beginn einer Pandemie bekannt sein werden, ist ein Effort zu erbringen, um die anfänglich groben und verzerrten Schätzungen dieser Grössen laufend zu präzisieren, und damit die Pandemiopolitik optimal steuern zu können. Es lassen sich drei Schritte ausmachen:

**Entscheiden auf Grund aktuell verfügbarer Informationen:** Die Entscheide sind stets bezogen auf die aktuell verfügbaren Informationen zu fällen. Dazu gehören natürlich auch prognostische Vorstellungen der unmittelbaren Zukunft. Die Entscheidung sollte dem Konzept des «best estimate» folgen, d.h., dem Entscheid sollte die beste und plausibelste Lageeinschätzung zu Grunde liegen, nicht zwingend immer der worst case. Und nur, wenn sich die Informationen ändern, sollte die Entscheidung (nötigenfalls) revidiert werden.

Notrechtlich verordnete Massnahmen müssen so früh wie möglich beendet werden. Dies gilt insbesondere für Massnahmen, die statistisch keine genügend starke Wirkung zeigen. Zeigt sich ein statisch relevanter Rückgang der Pandemie (weniger Hospitalisationen, weniger Todesfälle), sind grundsätzlich alle Massnahmen in Frage zu stellen. (siehe Abschnitt 2.4)

**Information an die Bevölkerung:** Gestützt auf die besten verfügbaren Schätzungen der entscheidenden Grössen (gemäss Abschnitt 2.2) muss die Bevölkerung regelmässig informiert werden, so dass sie die Legitimität der getroffenen Massnahmen nachvollziehen kann.

**Massnahmen zur Optimierung der Entscheidungsgrundlagen:** Weil die Datenlage zu Beginn jeder Pandemie mit grosser Wahrscheinlichkeit verzerrt und unvollständig sein dürfte, sind sofort Massnahmen zu ergreifen, um die Entscheidungsgrundlagen zu verbessern.

Werden diese drei Schritte (Best Estimate Entscheide – Information der Bevölkerung – Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen) in Form einer Rückkoppelung repetitiv durchgeführt, steigt nicht nur die Sicherheit der Entscheidenden, sondern auch das Vertrauen der Bevölkerung in die Vorgaben der Regierung. Das setzt allerdings voraus, dass die Entscheide für die Bevölkerung nachvollziehbar begründet werden.

### 2.4 Ende der Pandemie

Das Pandemieregime kann aus vier völlig unterschiedlichen Gründen gelockert und aufgehoben werden:

Weil die Infektionshäufigkeit zurückgeht: Die Pandemie ist damit überwunden. Das ist der Idealfall.

Weil die Gefährlichkeit der Pandemie abnimmt. Das kann wiederum vier Gründe haben:

- Die periodische Neuschätzung der statistischen Grössen könnte zeigen, dass die Gefährlichkeit der Pandemie überschätzt worden ist.
- Das Virus könnte sich durch Mutation selber entschärft haben.
- Der medizinische Fortschritt könnte es erlauben, die Virus-Erkrankung erfolgreicher zu behandeln und schwere Krankheitsverläufe zu reduzieren.
- Die Bevölkerung könnte eine natürliche Immunität gegen das Virus entwickelt haben.

Weil erkannt wird, dass die wirtschaftlichen oder nicht materiellen Folgekosten zu hoch sind. Das ist die fatalste der drei Varianten, lässt sich aber nicht ausschliessen.

Weil sich die Pandemie-Massnahmen als wirkungslos erweisen. Auch dieses Ergebnis ist sehr betrüblich, kann aber ebenfalls nicht ausgeschlossen werden.

### 3 Soll-Ist-Vergleich der Schweizer Pandemiepolitik

Wie hat sich nun aber die Schweiz im Vergleich zur eben beschriebenen idealen Pandemiepolitik verhalten? Das Kapitel vergleicht die Vorgaben mit den tatsächlich getroffenen Entscheiden und angeordneten Massnahmen.

#### 3.1 Vorbereitungsphase

**Lagerhaltung:** Obwohl das Risiko einer Pandemie bekannt war, hat es die Politik in den letzten Jahren verpasst, eine ausreichende Pandemievorsorge umzusetzen. Es fehlte z.B. an Material, Tests, funktionierender Datenerfassung etc. Dabei ist Pandemievorsorge als Aufgabe die vermutlich am wenigsten umstrittene Zuständigkeit der Gesundheitspolitik. Bereits im November 2018 hatte Thomas Zeltner die Vorbereitung der Kantone auf eine Pandemie als ungenügend eingestuft. Er schreibt: «Es ist unbestritten, dass die Kantone einzeln und im Verbund die primäre Verantwortung zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung (...) in besonderen und ausserordentlichen Lagen haben. Sie müssten diesem Sachverhalt, zum Beispiel bei der Erstellung der kantonalen Spitalplanungen, Rechnung tragen und personelle und strukturelle Reservekapazitäten für Notlagen miteinplanen. Ein Blick in die kantonalen Spitalplanungsunterlagen zeigt allerdings, dass dies heute nicht ausreichend der Fall ist» (Zeltner, S.13)<sup>21</sup>. Für die Schweiz rechnete er mit einer fehlenden Kapazität an Spitalbetten von 4250 Betten, was etwa einem Manko von 11% entspricht und in der Zwischenzeit nicht behoben worden ist.<sup>22</sup>

Es ist durchaus möglich, dass die kritische Einschätzung in diesem Bericht dazu beigetragen hat, dass der Bundesrat Mitte März die Spitalkapazität als kritische Grösse eingestuft hat und den Lockdown mit der Begründung erliess, dass die Kurve der Neuinfektionen flach gehalten werden müsse, um die Überlastung der Spitäler zu vermeiden. Zurzeit von Zeltners Bericht war die Bereitschaft von Politik und Bevölkerung allerdings eher gering, in Vorsorgekapazitäten zu investieren. Knapp werdende medizinische Güter waren schlicht nicht vorstellbar. Die unheimliche, kollektive Erfahrung der urplötzlich geschlossenen Grenzen hat der Bevölkerung vor Augen geführt, wohin

21 Thomas Zeltner [ehemaliger Direktor des BAG]: Zukünftiger Bedarf im Bereich koordinierter Sanitätsdienst. Gutachten von Prof. Dr. Thomas Zeltner zuhanden des Vorstehers des VBS. Bern, den 18. Dezember 2018.

22 Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass der ordentliche Bettenbedarf (ausserhalb einer Pandemie) laufend abnimmt, erstens infolge der Verlagerung von stationär zu ambulant, und zweitens, weil die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der verbleibenden stationären Fälle sinkt.



fahrlässige Lagerhaltung führen kann. Somit ist in Zukunft wahrscheinlich von einer ausreichenden politischen Akzeptanz zur Schaffung ausreichender Notfallkapazitäten auszugehen.

Kenntnis der Kapazitäten im Gesundheitswesen: Was hätte man bei Ausbruch der Krise wissen können? Es war vor Ausbruch der Pandemie bekannt, dass das Schweizer Gesundheitswesen im internationalen Vergleich über ein herausragendes Angebot sowohl in personeller als auch in infrastruktureller Hinsicht verfügt. Pro 10 000 Einwohner hat es 9,5 Hausärzte, 37,5 Spitalbetten. In den Intensivstationen der Spitäler gibt es 1300 Betten für schwersterkrankte Patientinnen und Patienten. Pro Jahr werden 1,4 Mio. Patientinnen und Patienten in den Spitälern stationär behandelt. Im Durchschnitt treten in der Schweiz jeden Tag 3800 stationäre Patienten in ein Spital ein. Auf 10 000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren gibt es 633 Pflegeheimplätze. Insgesamt leben 90 000 Personen in einem Pflegeheim und 312 000 werden zuhause von der Spitex gepflegt.

In der Schweiz verzeichnen wir pro Jahr 68 000 Todesfälle, im Durchschnitt jeden Tag 186, davon 11% im Alter von 40 bis 64 Jahren, 25% im Alter von 65 bis 79 Jahren und 62% im Alter von 80 und mehr Jahren. 37% der Todesfälle geschehen in einem Spital, 44% in einem Pflegeheim.

Es war also vor Ausbruch der Pandemie bekannt, dass die infrastrukturellen Voraussetzungen der Schweiz sehr gut waren und sich wesentlich von denjenigen in Italien unterscheiden. Diese Vorteile der Schweiz gegenüber Italien wurden zu wenig beachtet, was unnötige Kosten verursachte. Wir kommen in Kapitel 7 darauf zurück. Allerdings trübte der pessimistische Bericht Zeltner das Bild, und die horrenden Prognosen der Epidemiologen machten dem Bundesrat die Entscheidungsfindung auch nicht einfacher.

Kenntnis des Verhaltens der Bevölkerung: In der Schweiz geht mehr als die Hälfte der Bevölkerung im Falle einer Krankheit zuerst zum Hausarzt. Nur eine Minderheit sucht direkt die Notfallstation eines Spitals auf, was das Spitalsystem entlastet. Auch das war ein bekannter Unterschied zu Italien. Darüber hinaus gab es jedoch keine Erfahrungswerte aus der jüngsten Vergangenheit, wie diszipliniert sich die Bevölkerung im Rahmen einer ausserordentlichen Lage verhalten würde. Das blieb eine Unbekannte in der Anfangsphase der Krise.

Gesetzliche Grundlagen: Diese waren in Form des noch jungen Pandemie-Gesetzes aus dem Jahr 2013 gegeben (vgl. Anhang). Trotz oder gerade wegen des noch sehr jungen Pandemie-Gesetzes, entzündete sich eine juristische Kritik am Lockdown, auf die wir in Kapitel 4 genauer eingehen werden. Dabei

entfachte sich die Diskussion nicht am Mangel an gesetzlichen Grundlagen, sondern eher an der Auslegung dieser Gesetzestexte.

Funktionsfähige Finanzierung: Das (vielgeschmähte) Schweizer Krankenversicherungswesen ist eine institutionelle Vorkehrung, die der Krise gerecht wurde und ihr auch viel von ihrem Schrecken nehmen konnte. Typischerweise wurde diese wichtige soziale Sicherung in den Medien kaum thematisiert, da sie von vielen als völlig selbstverständlich angesehen wird. Weil die Grundversicherung obligatorisch ist, gilt die vom Versicherungsschutz generierte finanzielle Absicherung für alle Einwohner der Schweiz, bspw. auch für Asylsuchende.

Die Hauptlast der Kosten tragen dabei die Versicherer, gefolgt von den Kantonen. Zwar übernahm der Bund ab dem 25. Juni 2020 die Deckung der Test-Kosten. Aber diese Massnahme kam spät, erst nach Abflauen der ersten Welle. Sie wäre auch nicht notwendig gewesen, denn aufgrund ihrer Reserve-Situation hätten die Versicherer die eher geringen Testkosten auch weiterhin finanzieren können. Auch psychologisch ist diese verspätete Massnahme ohne Wirkung. Denn während des Lockdowns waren es die Versicherer, die das Risiko trugen, und ihren Versicherten die Kosten umgehend rückerstatteten. Versicherten, die möglicherweise mit Stellenverlust oder hohen Einkommensausfällen zu kämpfen hatten. Auch bei den IV-Leistungen fiel den Empfängern auf, dass die Auszahlungsrückstände während des Lockdowns rasch minimiert worden sind.

Die Institution der obligatorischen Krankenversicherung ermöglicht es dem Bundesrat auch, ad hoc Unterstützungs-Zahlungen an die Bevölkerung zu veranlassen, weil er über das KV-System über den notwendigen, eingespielten und lückenlosen Transmissionsriemen verfügt. Andere Staaten, z.B. die USA, beschlossen pro Kopf Ausschüttungen an alle Einwohner, wussten dann aber nicht genau, wie sie das effektiv und lückenlos abwickeln sollten. Nicht nur in diesem Punkt schneidet die Schweiz wesentlich besser ab als beispielsweise die USA, wo sich die Pandemie nicht zuletzt deswegen viel rascher ausbreiten konnte, weil die Tests teuer und die Krankenversicherungsdeckung lückenhaft waren. Zusätzlich wirkte sich der Anstieg der amerikanischen Arbeitslosenzahlen verheerend aus, weil die Arbeitnehmer beim Verlust der Arbeitsstelle gleichzeitig ihren Krankenversicherungsschutz verlieren. So schätzte John Bertko<sup>23</sup> Anfang Juli die Zahl der Menschen in Kalifornien, die sowohl Arbeitsplatz als auch Krankenversicherung verloren haben, auf

23 John Bertko, Chief Actuary und Director of Research von Covered California (dem affordable care act state health insurance exchange Kaliforniens, einer von Obama geschaffenen Institution zur Vermittlung von Grundversicherungsdeckungen).

zirka 3 Mio. Personen, von denen sich schätzungsweise 20 bis 25% freiwillig krankenversichern werden, während die Mehrheit der Arbeitslosen (!) das Krankheitsrisiko selber trägt. Für Covered California, einer Plattform für freiwillige Grundversicherungen, bedeutet das einen Zustrom von ca. 300 000 bis 500 000 neuen Versicherten, was den bisherigen Bestand schlagartig um etwa einen Drittel erhöhen wird. Wie für einen so grossen Zustrom an Versicherten so kurzfristig die notwendigen Reserven aufgebaut werden können, bleibt dabei ein Rätsel.

Auch die Versicherungsdeckung für Asylsuchende und zum Teil auch für Sans Papiers, wie sie die Schweiz kennt, erweist sich als hilfreiche Massnahme, weiss man doch von New York, dass gerade auch die illegal anwesenden Personen, die sich auf Grund ihres prekären Status weder testen noch präventiv behandeln lassen konnten, zur raschen Verbreitung der Krankheit beitrugen und die höchsten Sterblichkeitsraten aufwiesen (Reiss/Bhakdi, S.44).

Alle diese institutionellen Vorkehrungen nützen nichts, wenn die Versicherer nicht über ausreichende Reserven verfügen. Andere Staaten kennen einen viel weitergehenden Sozialversicherungsschutz, aber marode finanzierte Versicherungen, so dass der Schutz im Fall einer teuren Pandemie zur Farce wird. Diese Voraussetzung erfüllten die privaten Krankenversicherer, auch wenn dazu gesagt werden muss, dass der finanzielle Stresstest für die Krankenversicherungsbranche eher bescheiden ausfiel. Dennoch kann auf Grund der Reservestatistiken gesagt werden, dass die Branche auch eine wesentlich kostspieligere Pandemie bewältigt hätte.

Schwieriger stand es um den staatlichen Versicherer, die Arbeitslosenversicherung (ALV). Hier rächte sich das politische Versäumnis einer Sanierung in den guten Jahren, so dass sich der Bund gezwungen sah, mit grossen Hilfskrediten einzuspringen und die ALV mit Krediten zu refinanzieren, was zu einer weiteren Dämpfung der Konjunktur führen könnte. Umso unverständlicher ist in dieser Situation der Ruf Pierre-Yves Maillards<sup>24</sup>, die Reserven der Krankenversicherer abzubauen und unter die Bevölkerung zu verteilen. Es ist schwer verständlich, dass gerade die Institution geschwächt werden soll, die sich in Zeiten von Corona ausgezeichnet bewährt hat.

**International vernetzte, medizinische Forschung:** Auch dieser wichtige Punkt zur Eindämmung einer Pandemie kann als «erfüllt» abgehakt werden. Dank moderner Kommunikationsmittel und dem Zwang vieler Forscher, sich im Rahmen der Lehre wegen des Lockdowns mit neusten webbasierten Kommunikations-Tools vertraut zu machen, blieb der internationale Wissensaustausch

tausch rege. Zudem produziert der Forschungsstandort Schweiz nach wie vor ausreichend viele Fachleute, die in der Lage sind, den internationalen Erkenntnisgewinn abzugreifen und der Politik zu kommunizieren. Allerdings war der Stand der Forschung in Bezug auf das Coronavirus uneinheitlich, widersprüchlich und verwirrend.

**Funktionsfähiges Informationssystem:** Dieser wichtige Punkt kann nur als «nicht erfüllt» eingestuft werden. Ein Meldesystem zwischen Spitälern und BAG das auf einer Fax-Kommunikation aufbaut, ist beim besten Willen nicht mehr zeitgemäss. Entsprechend brach es denn auch mit der Zeit zusammen. Das Fax mag für den Fall eines Zusammenbruchs des Internets als redundantes Sicherheitssystem seine Berechtigung haben. Aber als primärer Vermittler der Information hat das Fax-Gerät ebenso ausgedient wie der Kassettenrekorder zum Speichern von Musik.

Die Schweiz hatte Glück, dass mit zunehmendem Rückstand des BAG ein Medizinstudent aus eigener Initiative in die Lücke sprang und die Website corona-data.ch aufbaute, auf der er sich mit den statistischen Ämtern der Kantone verbinden konnte. Auch internationale Seiten, wie die der Johns-Hopkins-Universität<sup>25</sup> oder worldometer<sup>26</sup> wechselten und publizierten bald einmal nur noch die Schweizer Daten von Corona-Data. Deutlicher kann nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass die amtliche Lösung inakzeptabel ist.

Mit dem Wegfall eines verlässlichen Informationssystems sind die Führungsstäbe erheblich geschwächt. Aber das Fax war nicht das einzige Problem in der Informationsbeschaffung. Zu Beginn der Krise wäre es, angesichts der grossen Kollateralschäden des Lockdowns, ein dringendes Erfordernis gewesen, die Gefährlichkeit des Virus präzise abzuschätzen. Obwohl die Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Zürich in auffälliger Einmütigkeit den Bundesrat aufforderte, rasch systematische Tests durchzuführen, um die zentralen Steuergrössen präzise schätzen zu können, kam er diesem Wunsch nicht nach. Dass man das nicht tat, führte dazu, dass der Bundesrat immer wieder entschuldigend auf seine Blindflugsituation verweisen konnte. Aber unter einem Blindflug versteht man weder das willentliche Ausschalten der Navigationsgeräte, noch das Unterlassen einer technisch möglichen, besseren Justierung. Doch das schien gar nicht wirklich zu interessieren.

**Unterstützende Gremien:** Im Verlauf der Coronakrise kamen auf Bundesebene verschiedene Expertengremien zum Einsatz. Zuerst waren es schon

<sup>25</sup> [www.coronavirus.jhu.edu/region/switzerland](http://www.coronavirus.jhu.edu/region/switzerland)

<sup>26</sup> Worldometer ist eine Website, welche tagesaktuelle Daten zu verschiedenen Themen publiziert, auch zu Corona ([www.worldometers.info/coronavirus/](http://www.worldometers.info/coronavirus/)).

<sup>24</sup> Pierre-Yves Maillard, alt Regierungsrat Kanton VD und Präsident des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes.

bestehende Gremien, später wurden speziell für die Coronakrise neue Gremien geschaffen (womit Zeltner's Grundsatz des Krisenmanagements schon bald einmal verletzt wurde). Auch der Wunsch nach Interdisziplinarität blieb unerfüllt. Medial grössere Beachtung fand das vom Bund am 31.03.2020 eingesetzte wissenschaftliche Beratungsgremium, die «Swiss National COVID-19 Science Task Force»<sup>27</sup>. Sie umfasste sechs Personen mit medizinisch-naturwissenschaftlichem oder IT-technischem Hintergrund. Sozialwissenschaften waren hier kein Thema, aber auch medizinische Spezialgebiete wie Palliative Care oder Psychologie fehlten. Der Task Force angeschlossen waren zehn Expertengruppen. Auch da sind die Sozialwissenschaften (in der Gruppe «Ökonomie» und zumindest als Teilgebiet neben den rechtlichen Aspekten in der Gruppe «Ethics, legal, social») untervertreten. Die Theologie und Psychologie sind überhaupt nicht erkennbar vorhanden (allenfalls als Teil der Ethik-Untergruppe), ebenso wenig die Verhaltensökonomie und die Soziologie, während sich acht Arbeitsgruppen mit medizinisch-technischen Fragen beschäftigen. Die einseitige Zusammensetzung der Task Force lässt vermuten, dass es vor allem darum ging, die in der Öffentlichkeit lautesten Wissenschaftler einzubinden.

Die Krisenorganisation überzeugt also weder hinsichtlich der von Zeltner geforderten Konstanz noch der fachlichen Diversität. Vielleicht würde ja ein Vorschlag von Prof. Frey das Problem entschärfen: Dieser forderte einen vom Volk gewählten, unabhängiger Krisenrat, der als Gegengewicht zur Regierung, wenn sie Notrecht anwendet, dafür sorgt, dass Alternativen geprüft werden und dass die Exekutive kontrolliert wird.<sup>28</sup>

### 3.2 Startphase der Pandemie

**Gefährlichkeit:** Von Beginn weg wurden vier mögliche gefährliche Konsequenzen der Krankheit statisch erhoben: Die Hospitalisation, der Aufenthalt in einer Intensivstation, die künstliche Beatmung und die Mortalität. Die

publizierten Statistiken waren jedoch insofern unvollständig, als dass nicht klar war, wer von den Hospitalisierten und Intubierten verstorben war.

Der Umgang mit diesen Statistiken war jedoch problematisch: Statistische Werte wurden immer wieder durch Hinweise auf Einzelfälle verdrängt. Aussagen über Einzelfälle («Corona-Infektionen können auch bei jungen Menschen, 20- bis 50-jährigen Personen, zum Tod führen» oder «Unsere Intensivstation ist voll belegt») sind keine robusten Begründungen für Lock-down-Massnahmen<sup>29</sup>).

Rund um die Mortalitätsstatistik entzündete sich eine heftige Kontroverse, auf die wir in Kapitel 5 genauer eingehen werden

Mit der Zeit stellte sich heraus, dass es bei denen, die die Krankheit überstehen, zu schwerer, langanhaltender Beeinträchtigung ihrer Gesundheit kommen kann. Diese Gruppe wird immer wieder zur Legitimation weiterer COVID-19-Massnahmen herangezogen, obwohl ihre statistische Relevanz nach wie vor nebulös ist. In den Zeitungen finden sich lange Berichte über Einzelfälle. Für eine Pandemiepolitik, die den Staat als Ganzes im Auge hat, ist jedoch – wie oben angesprochen – die Häufigkeit der schweren Verläufe relevant. Diese Häufigkeit ist aus Einzelfallbetrachtungen nicht ableitbar.

Es ist erstaunlich, dass dieses zweitgrösste Risiko (neben dem Todesfallrisiko) immer noch nicht statistisch publiziert wird. Während das Todesfallrisiko von Beginn weg statistisch erfasst wurde, blieb das zweite grössere Risiko, die schwere, anhaltende Erkrankung bei jüngeren Patienten bis jetzt unbeziffert. Aus den Daten des BAG und der Homepage Corona-Data lässt sich die Anzahl einigermassen abschätzen.

Tabelle 3.1 zeigt links die Anzahl Personen, welche jung (also unter 60 Jahre alt) sind, künstlich beatmet worden sind und diese Behandlung überlebt haben. Das dürfte die Personengruppe sein, aus der heraus sich die Patienten mit schweren und langwierigen Verläufen rekrutieren. Es zeigt sich, dass das in sieben Monaten 91 Personen sind (von denen wahrscheinlich nur ein Teil einen anhaltend schweren Verlauf aufweisen). Zudem hat diese Zahl von der ersten Welle zur Zwischenphase sehr stark von 74 auf 17 abgenommen (–77%).

<sup>29</sup> Tatsächlich verstarben zwischen 20 und 50 bis zum 2. Oktober 2020 neun Personen, davon sieben in der ersten Welle und zwei in den vier Monaten seit dem 3. Juni. Und an keinem Tag waren die Intensivstationen in der Schweiz insgesamt zu 80 Prozent belegt. (BAG Daten)

<sup>27</sup> Das Gremium setzte sich zusammen aus dem Advisory Panel und den Expertengruppen. Zum Advisory Panel zählten: Matthias Egger (Leitung), Epidemiologe; Martin Ackermann, Mikrobiologe; Annette Oxenius, Immunologin; Volker Thiel, Coronavirus-Experte; Marcel Tanner, Public Health; Edouard Bugnion, Computer-Wissenschaftler; Claire-Anna Siegrist, Pädiaterin; das sind sechs Personen mit medizinisch-naturwissenschaftlichem Hintergrund.

Die Expertengruppen waren: Clinical care (Manuel Battegay), Data and modelling (Sebastian Bonhoeffer), Diagnostics and testing (Didier Trono), Digital epidemiology (Marcel Salathé), Economy (Monika Büttler), Ethics, legal, social (Samia Hurst), Exchange platform (Roman Stocker), Infection Prevention and Control (SarahTschudin Sutter), Public Health (Marcel Tanner), Immunology (Daniel Speiser).

<sup>28</sup> Prof. Dr. Bruno S. Frey, meistzitiert Schweizer Ökonom mit langjähriger Lehrtätigkeit an der Universität Zürich, in der NZZ vom 25.05.2020

**Tabelle 3.1: Anzahl möglicher Fälle mit langfristig schwerwiegendem Verlauf**

Altersklasse	Anzahl Personen, welche künstliche Beatmung überlebt haben			Anzahl Personen, welche Intensivstation überlebt haben		
	1. Welle	Zwischenphase	Summe	1. Welle	Zwischenphase	Summe
0–9	2	1	3	4	2	6
10–19	4	1	5	6	3	9
20–29	12	5	17	19	10	29
30–39	10	3	13	19	8	27
40–49	24	5	29	40	12	52
50–59	22	2	24	56	13	69
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>17</b>	<b>91</b>	<b>144</b>	<b>48</b>	<b>192</b>

**Quellen:** Eigene Berechnungen basierend auf BAG Statistik und Corona-Data (03.10.2020), wobei unter Zwischenphase die Zeit zwischen dem 3. Juni und 3. Oktober 2020 verstanden wird. (Es muss betont werden, dass das sich hier um eine approximative Berechnung und nicht um direkt erhobene Daten handelt!)

Rechts sehen wir eine andere, mögliche Definition der Personen mit möglicherweise langwierigem Krankheitsverlauf. Hier betrachten wir diejenigen, welche unter 60 Jahren alt sind und einen Aufenthalt auf der Intensivstation überlebt haben. Das ergibt 192 Personen in knapp sieben Monaten, auf die das zutrifft. Und auch hier sinkt die Anzahl von der ersten Welle zur Zwischenphase, diesmal um 66%<sup>30</sup>.

Auch wenn diese Krankheit für jeden einzelnen Betroffenen eine schreckliche Qual darstellt, so ist die Anzahl Betroffener dennoch relativ gering. 6,4 Mio. Einwohner sind zwischen 0 und 59 Jahre alt. Angenommen 10% dieser Menschen habe sich schweizweit infiziert, so ergibt das ein Risiko für einen schweren Verlauf während der Zwischenphase von weniger als 3 bis 8 Schwererkrankten auf 100 000 Infizierte.

30 Die Berechnung beschränkt sich auf unter 60-Jährige, weil die Mortalität ab 60 höher ist, als die Anzahl Hospitalisationen und Beatmungen, so dass eine zuverlässige Abschätzung mit den vorhandenen Daten nicht möglich ist.

So schwerwiegend ein solcher Verlauf für die betroffene Person ist, für die Gesellschaft ist das Risiko nicht sehr hoch.

**Vulnerable Gruppe:** Beim Coronavirus war bald einmal bekannt, dass es bei Kindern und Jugendlichen kaum zu Ansteckungen kommt und wenn, dass sie meistens nicht schwer erkranken (das ganz im Gegensatz zur Spanischen Grippe von 1918, bei der die 18- bis 40-Jährigen am stärksten betroffen waren<sup>31</sup>). Bis Ende September taucht in der Altersgruppe von 0 bis 29 keine einzige an COVID-19 verstorbene Person in der Todesfall-Statistik des Bundes auf<sup>32</sup>. Es war bekannt, dass das Virus praktisch nur bei Menschen mit Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen zum Tod führen kann. «Ausser der Schädigung der Lunge haben die Autopsien im Universitätsspital Genf, wie in anderen Zentren auch, bestätigt, dass praktisch alle verstorbenen COVID-19-Patienten Vorerkrankungen hatten.»<sup>33</sup> Vorerkrankungen können auch unabhängig von COVID-19 zum Tod führen, aber in der Statistik werden Todesfälle von Personen, die positiv auf das Virus getestet worden sind, als Corona-Todesfälle ausgewiesen.

Allgemein haben wir mit höherem Alter mehr chronische Erkrankungen und haben auch schon mehr Krankheiten überstanden als junge Erwachsene. Die Zahl der Vorerkrankungen korreliert mit dem Alter. Das Alter für sich allein ist jedoch kein Risikofaktor.<sup>34</sup>

**Erwarteter Verlauf der Pandemie:** Die Regierung sollte sich vor Ausbruch einer Pandemie ein Bild von der Zuverlässigkeit ihrer wissenschaftlichen Prognostikern machen. Von vielen Epidemiologen war bekannt, dass sie bereits in der Vergangenheit deutlich überschüssende Prognosen abgegeben hatten (vgl. Kapitel 6). Eine kritische Einordnung der Vorhersagen wäre dann besser möglich. Die Erarbeitung anderer Szenarien als dem worst case fehlte.

31 Raymond Kohli, Die Spanische Grippe 1918, Hrsg. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2018.

32 Es gibt zwar ein Baby, das positiv auf Corona getestet worden ist und vom Sprecher des BAG, Stefan Kuster, am 29.05.20 als erstes Kind, das Opfer von Corona wurde, medial präsentiert worden ist – und damit auch den Weg in die Corona-Statistik fand. SRF berichtete allerdings im Anschluss, das Kind habe gemäss der behandelnden Ärztin neben COVID-19 eine schwere Hirnhautentzündung gehabt, und sei daran gestorben. Hirnhautentzündungen gehören nicht zu den durch COVID-19 ausgelösten Erkrankungen (<https://www.srf.ch/news/regional/aargau-solothurn/verwirrung-um-todesursache-trauriges-ereignis-aargauer-baby-stirbt-nach-corona-infektion>).

33 Johannes Lobrinus, Leiter klinische Pathologie, Universitätsspital Genf, in: La Liberté, 18.05.2020, Ü.d.V.

34 Nicht wenige ältere Menschen störte es, dass Daniel Koch sie im Radio aufgrund des Alters als «Risikopatienten» bezeichnete. Entweder ist jemand ein Patient, also vom Virus angesteckt und zeigt Symptome oder er ist eine Person mit einem Risiko, Patient zu werden. Aber aus allen älteren Menschen gleich Patienten zu machen, ist doppelt falsch und verärgert Betroffene oder macht ihnen unnötig Angst.

Und als worst case für die Schweiz hat der Bundesrat, ohne weitere Überlegungen anzustellen, einfach die erschreckenden Nachrichten aus Norditalien angenommen.<sup>35</sup>

**Kosten pro gerettetes Lebensjahr:** Viele Menschen stufen eine solche Sichtweise als geradezu menschenverachtend ein. Sie verwechseln dabei aber zwei Dinge. Mit der Bestimmung der Kosten pro gerettetes Lebensjahr äussert sich eine Gesellschaft nicht dazu, wieviel ein Menschenleben wert sei. Das ist eine metaphysische Frage, die sich nicht in Franken und Rappen ausdrücken lässt. Sie überlegt sich lediglich, wie viele Mittel sie zur Rettung eines an COVID-19 Erkrankten einsetzen kann. Nur eine Gesellschaft, die über unbeschränkte Mittel verfügt, kann auf jegliche Kosten-Nutzen-Analyse verzichten.

**Zudem ist das Konzept:** «Jeder Corona-Tote ist ein Toter zu viel», nicht besonders hilfreich. Das zeigt die pointierte Gegenfrage, wieviel Tote die Vermeidung eines COVID-19-Todesfalls denn kosten dürfe. Das Abwägen-müssen zwischen Nutzen und Schaden ist unpopulär, schmerzlich und mühsam. Aber das Negieren ökonomischer Sachzwänge trägt nichts zur Optimierung einer Pandemiepolitik bei.

**Lockdown-Massnahmen und ihre Wirkungen:** Die umfassende Beurteilung des Lockdowns sprengt den Rahmen dieses Buches aus zwei Gründen. Einerseits ist es noch zu früh, um die mittel- und langfristigen Auswirkungen feststellen zu können, andererseits war der Lockdown ein so totaler Einschnitt im Leben von 8,6 Millionen Menschen, dass seine Folgen wahrscheinlich nie vollständig erhoben werden können. Was sich allerdings schon bald als Erkenntnis weit verbreitet hat ist das Folgende: Ein zweiter Lockdown dieses Ausmasses kann sich die Schweiz wohl kaum mehr leisten.

### 3.3 Verlauf der Pandemie

Entscheiden auf Grund aktuell verfügbarer Informationen: Ein Beispiel dafür, dass die Entscheide nicht immer auf die besten verfügbaren Informationen abgestützt waren, ist die häufige Bezugnahme auf die Entwicklung eines Impfstoffes.

Die Entwicklung eines COVID-19-Impfstoffes ist zu unsicher, als dass eine Pandemie-Politik darauf fussen sollte. Es ist unsicher, ob ein Impfstoff überhaupt entwickelt werden kann. Bis jetzt gibt es kaum Impfungen gegen bisher bekannte Corona-Viren (vgl. auch Reiss und Bhakdi, S.13). Es ist unklar, wieviel Zeit eine solche Entwicklung in Anspruch nehmen wird, und wie viele Risiken mit dem Impfstoff selber verbunden sein werden.<sup>36</sup> Eine best estimate Politik geht vom Fehlen eines Impfstoffes aus und ändert ihre Entscheidungen erst, wenn begründete Hoffnung auf einen medizinischen Durchbruch in dieser Frage besteht.

Information an die Bevölkerung: Neben der Regierung waren es vor allem die Medien und Social Media Plattformen, welche unablässig Informationen zur Entwicklung von Corona lieferten. Die dabei von gewissen professionellen, teils staatlich finanzierten Medien angewandten statistischen Tricks, waren teilweise so irreführend, dass dem Thema ein eigenes Kapitel, Kapitel 8, gewidmet ist.

Massnahmen zur Optimierung der Entscheidungsgrundlagen: Obwohl die Pandemie schon länger dauert und zweistellige Milliardenbeträge verschlingt, sind immer noch grundlegende Fragen offen: Wie gefährlich ist die Krankheit bezogen auf Mortalitätsraten und schwere Krankheitsverläufe? Gibt es eine Kreuz-Immunität und wie verbreitet ist sie in der Bevölkerung vorhanden? Im Gegensatz zu vielem anderen, was in den Medien diskutiert und gefordert wird, sind das lösbare Fragen. Es braucht einzig den politischen Willen der Exekutive, diese Fragen mit hoher Priorität anzugehen.

Es ist erstaunlich, dass das BAG und die kantonalen Gesundheitsdirektionen auch im Herbst 2020 ihre Massnahmen immer noch mit der Entwicklung der Zahl der positiven Tests begründeten, und nicht bereit waren, zu akzeptieren, dass die Gefährlichkeit des Virus (schwere Erkrankungen und Todesfälle) in der Zwischenzeit sehr gering war.

In den anschliessenden Kapiteln vertiefen wir eine Reihe der bisher angesprochenen Punkte. Wir fragen uns in Kapitel 4, ob eine gesetzliche Definition der Pandemie vorliegt (was nicht der Fall zu sein scheint) und wir werfen in Kapitel 5 einen genaueren Blick auf die Sterberate. Dem Thema der schon fast systematisch falschen Prognosen widmen wir Kapitel 6. Kapitel 7 geht der Frage nach, wie sich der Lockdown auf Spitäler und Pflegeheime ausgewirkt hat. Am frappantesten ist und bleibt jedoch die geradezu miss-

35 Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga: «Erinnern Sie sich an die erschreckenden Nachrichten aus Norditalien? Das war Ende Februar. Wir wussten damals, dass wir schnell und entschlossen handeln müssen, um ähnliche Szenarien in der Schweiz zu vermeiden. Es wäre verantwortungslos gewesen, wenn wir zuerst theoretische Überlegungen oder Berechnungen angestellt hätten.» (NZZ vom 18.04.2020).

36 Der Sonderweg Schwedens in der Coronakrise kann damit erklärt werden, dass Schweden bei der Schweinegrippe eine rigorose Impfkampagne durchführte, die als Nebenwirkung bei hunderten von Kindern und Jugendlichen zu unheilbarer Narkolepsie (Schlafsucht) führte (Carsten Schmiester, Deutschlandfunk, 29.07.2020).

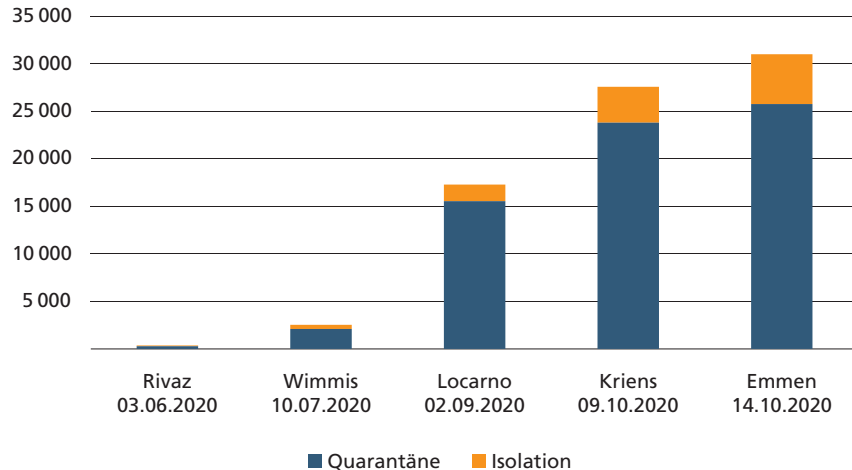


bräuchliche Verwendung von Corona-Statistiken. Wir illustrieren in Kapitel 8 häufig verwendete Tricks, vermitteln aber auch einen Sieben-Punkte-Plan zur Diagnose irreführender Statistiken. In Kapitel 9 schliessen wir das Thema mit einem Blick auf bisher aufgelaufene Kosten und Nutzen der Schweizer Pandemie-Politik.

### 3.4 Das Ende der Pandemie

Was die Gefährlichkeit des Virus anbetrifft, wurde das Ende der Pandemie von der Politik verpasst. Während der Zwischenphase (ab Juni bis Ende September 2020) war die Hospitalisierungsrate minimal und die Sterblichkeit noch geringer. Aufgrund der Entwicklung der Zahl der positiven getesteten Personen wurden Zehntausende, ohne dass sie selber positiv getestet wurden noch Symptome zeigten, zu einer zehntägigen Quarantäne verurteilt. Gleichzeitig vermuteten immer mehr Wissenschaftler, dass in der Bevölkerung eine gewisse Immunität gegen das Virus vorliegen müsse und zwar aufgrund früherer ähnlicher Erkrankungen. De facto wurden also Gesunde vor nicht-Kranken geschützt.

**Abbildung 3.1: Anzahl in Quarantäne oder Isolation befindliche Personen**

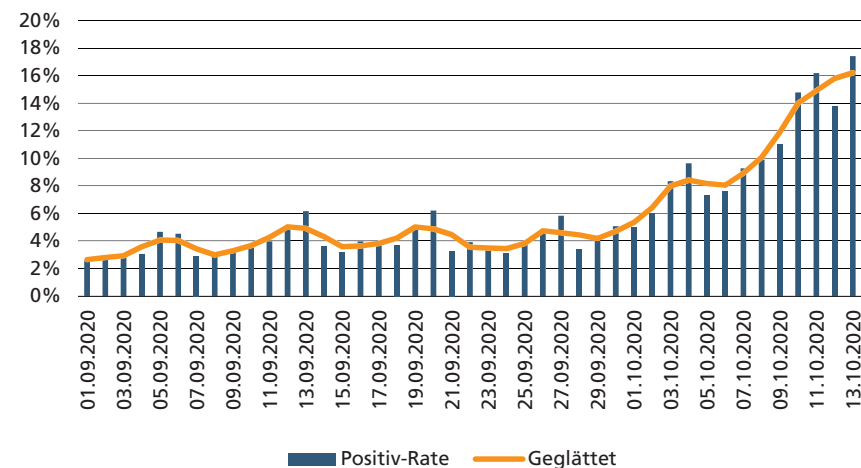


(BAG Daten vom 03.06., 10.07., 02.09., 09.10. und 14.10.2020)

Die Abbildung 3.1 zeigt den exponentiellen Anstieg in der Zahl der in Quarantäne befindlichen Personen. Entsprechend der Zahl am 3. Juni der kleinen Gemeinde Rivaz und zwei Monate später der Gemeinde Wimmis, stieg die

Zahl in September und Oktober massiv an und erreichte bereits die Dimension von mittelgrossen Städten wie Locarno, Kriens und jüngst Emmen (31 000 Einwohner, nur 22 Schweizer Städte sind noch grösser).

**Abbildung 3.2: Anteil positiver Tests aller durchgeführten Tests**



(Glättung mit 3-Tage-Durchschnitt; BAG Daten vom 01.09. bis 13.10.2020)

Die Zahl der in Quarantäne befindlichen Personen folgt ziemlich gut dem Anteil positiver Tests. (Allerdings müssen auch Einreisende aus dem Ausland in Quarantäne, die nicht getestet werden.) Vom 1. bis 29. September verläuft die Kurve in Abb. 3.2 zwar in Wellen aber einigermaßen waagrecht, Ende September gibt es einen deutlichen Knick und seitdem steigt die Rate deutlich an.

Die aktuell publizierten Kurven (z.B. NZZ Frontseite vom 13.10.2020) sehen alarmierend aus und zeigen ein Allzeitmaximum. Diese Darstellungen nutzen aber (einmal mehr möchte man sagen) den Umstand, dass im Oktober wesentlich mehr Tests pro Tag durchgeführt wurden als in März und April. Bildet man eine Rangliste der Positiv-Raten pro Tag, dann belegt der 13. Oktober den Platz 13 und der zehnte Oktober den Platz 20 (von 233 Plätzen). Dennoch ist festzuhalten, dass der Anstieg in der Rate der positiven Tests markant ist. Das bedeutet aber auch, dass die Quarantäne-Politik, die jetzt in verschiedenen Kantonen an ihre Limite stösst, diese Entwicklung nicht verhindern konnte.

Für Prof. Vernazza<sup>37</sup> ist dieser aktuelle Anstieg der Fallzahlen eine direkte Folge der heutigen Strategie. «Mit dem «Containment», der Strategie des Einschliessens, will man die weitere Ausbreitung des Virus stoppen. (...) Diese Strategie war beispielsweise erfolgreich bei Sars oder Ebola. Dennoch müssen wir nun auch europaweit erkennen, dass die Strategie längerfristig kaum aufrechtzuerhalten ist. Das Ziel des Einschliessens wird unrealistisch. Das Virus ist in allen Ländern verbreitet. Von Stoppen kann keine Rede mehr sein. Mit den Wintermonaten werden die Zahlen weiter ansteigen.

Haben wir also versagt? Nein. Im Gegensatz zu Sars und Ebola wird COVID-19 in rund der Hälfte der Fälle von symptomlosen Personen übertragen. Es ist deshalb an der Zeit, einen Strategiewechsel zu prüfen. Denn der Aufwand für die Containment-Strategie wächst ins Unermessliche. Allein die Testungen würden uns in sechs Monaten über eine Milliarde Franken kosten. Die Quarantäne-Massnahmen werden Arbeitsausfälle im Gegenwert von mehreren Milliarden Franken verursachen. Sie sind nicht wirtschaftlich und – schlimmer noch – sie sind nicht wirksam. Von allen Reiserückkehrern in der Quarantäne bleiben über 99 Prozent ohne Erkrankung. Ein Ressourcenverschleiss.»

Vernazza schlägt eine Strategie der Abschwächung («Mitigation») vor. Das heisst, es soll nicht mehr jede Infektion verhindert werden, nur die Häufigkeit der Infektionen wäre zu reduzieren (was in unseren Augen den Zielen des Bundesrats vom 13. März entspricht. Ein Ziel war ja, die Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern). «Das ist durchaus möglich. Wenn wir kranke Personen zu Hause isolieren für die Zeit, in der sie Symptome zeigen, dann können wir rund die Hälfte aller Infektionen verhindern» (ebenda).

Doch je mehr das bis anhin angenommene Wissen über das Virus zusammenbröckelte, desto mehr intensivierte die Politik, in dieser Phase auch die kantonalen Gesundheitsdirektionen, die begonnenen Massnahmen: Quarantäne für Einreisende aus anderen Ländern und für Personen, die in Kontakt mit positiv Getesteten waren. Die gleichen Epidemiologen, deren lautstarkes öffentliches Auftreten im Februar und März wesentlich zum Lockdown beigetragen hatten, forcierten in der Zwischenphase das contact tracing, die staatliche Überwachung des einzelnen Bürgers. Der Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, Lukas Engelberger, meinte zum nicht perfekt verlaufenden contact tracing: «Die Schweiz hat keine Tradition als Überwachungsstaat». Das Ganze müsse zuerst aufgebaut werden.<sup>38</sup> Warum greift

die Politik nicht zu Massnahmen, die mit der Schweizer Tradition kompatibel und verhältnismässig sind?

37 Prof. Pietro Vernazza, Chefarzt Infektiologie am Kantonsspital St.Gallen, in der Luzerner Zeitung vom 10.10.2020.

38 Meldung der sda auf <https://www.nau.ch/news/schweiz/dgk-prasident-weitere-kantone-folgen-wohl-bald-mit-maskenpflicht-65799732>



## 4 Fehlende Pandemie-Definition im Gesetz

Einschränkungen der Grundrechte müssen gemäss Bundesverfassung verhältnismässig sein (BV Art. 36, Abs. 3). Gemäss BV, Art. 185, kann der Bundesrat «Verordnungen und Verfügungen erlassen, um eingetretenen oder unmittelbar drohenden schweren Störungen der öffentlichen Ordnung oder der inneren oder äusseren Sicherheit zu begegnen. Solche Verordnungen sind zu befristen.»

Hat der Bundesrat am 16. März, als er die Situation als ausserordentliche Lage einstufte und den Lockdown anordnete, eine «unmittelbar drohende schwere Störung der inneren Sicherheit» gesehen?

Das Epidemie-Gesetz (Art 7)<sup>39</sup> gibt dem Bundesrat die Kompetenz, „wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen“ anzuordnen. Es fehlt die Bedingung, dass eine «unmittelbare schwere Störung der inneren Sicherheit» vorliegen muss. Was eine ausserordentliche Lage ist, wird auch nicht festgehalten.

In Art. 6 des Epidemie-Gesetzes wird nur die weniger drastische besondere Lage definiert. Eine besondere Lage liegt vor, wenn die ordentlichen Vollzugsorgane nicht in der Lage sind, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen und gleichzeitig eine erhöhte Gefahr der Ansteckung und Ausbreitung besteht; oder wenn eine besonders schwere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft zu befürchten sind.

Das Epidemie-Gesetz sieht also die Gefährdung der Wirtschaft durch eine sich pandemisch ausbreitende Krankheit als Grund für die Ausrufung der besonderen, bzw. ausserordentlichen Lage vor. Im Fall des Corona-Lockdowns spielte sich die Logik jedoch gerade umgekehrt ab. Die Ausrufung der ausserordentlichen Lage und die damit verbundenen Lockdown-Massnahmen führten erst zur Gefährdung der Wirtschaft, die ohne Lockdown wesentlich weniger gefährdet gewesen wäre.

Des Weiteren verweist Art. 6 als Voraussetzung auch auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche feststellen kann, dass eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite besteht und durch diese in der Schweiz eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit droht. Dabei würde man ver-

<sup>39</sup> Der Wortlaut dieses Artikels findet sich im Anhang.

muten, die WHO stütze sich auf eine Pandemie-Definition ab. Eine solche war auch gegeben und umfasste drei Punkte:

1. Das Virus muss neu sein, so dass die Bevölkerung keinerlei Immunität aufweist.
2. Der Erreger muss sich rasch von Land zu Land ausbreiten.
3. Es muss weltweit mit einer grossen Anzahl Todesfälle gerechnet werden.<sup>40</sup>

Allerdings wurde die dritte, wesentliche Bedingung 2009 aus dieser Definition gestrichen<sup>41</sup>, so dass die WHO heute auch bei leichten Krankheiten den Pandemie-Status ausrufen kann, was dann bei der eher harmlosen Schweinegrippe auch der Fall war (Reiss/Bhakdi, 2020, 120ff)<sup>42</sup>. Der Alarm der WHO bedingt demnach noch nicht zwingend, dass eine wirklich schwere Krankheit mit hoher Todesfallrate im Anzug sein muss. Damit ermöglicht das Epidemie-Gesetz dem Bundesrat, sich selbst ausserordentliche Macht zu verleihen, wenn die WHO «festgestellt hat, dass eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite besteht und durch diese in der Schweiz eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit droht.» Man muss diesen Bedingungssatz (Art. 6, Ziff. 1b) genau lesen: Es steht kein Komma nach «besteht» und deshalb ist es nicht etwa der Bundesrat, der eine Bedrohung der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit in der Schweiz festzustellen hat, sondern die WHO! Kurz: Die WHO kann dem Bundesrat die Möglichkeit geben, die Grundrechte der Schweizer vorübergehend einzuschränken, und sie tut das auf Grund einer Pandemiedefinition, welche die Gefährlichkeit des Virus für Leib und Leben nicht voraussetzt!

Ist die ausserordentliche Lage einmal ausgerufen, so kann der Bundesrat nach Anhörung der Kantone Massnahmen gegenüber einzelnen Personen (bspw. Quarantäne) oder gegenüber der Bevölkerung (bspw. Versammlungsbeschränkungen) ergreifen, Ärztinnen und Ärzte zur Mitwirkung beim Kampf gegen die übertragbare Krankheit verpflichten und Impfungen für obligatorisch erklären. Einzig diese letzte Kompetenz, das mögliche Impf-Obligato-

rium, war Gegenstand der Debatte anlässlich der Referendumsabstimmung zum Epidemie-Gesetz im Jahr 2013.

Die Möglichkeit, dass der Bundesrat auf Grund dieses Artikels den nationalen Lockdown erlassen könnte, verbunden mit der Einschränkung direktdemokratischer Rechte und der Suspendierung des Parlamentsbetriebs, hätte aufgrund der Formulierung «Massnahmen gegenüber der Bevölkerung» kaum jemand vermutet. Andreas Kley beurteilt das Verhalten des Parlaments im europäischen Vergleich kritisch:

«Die aufkommende Angst vor der Pandemie veranlasste die Bundesversammlung, die laufende Frühjahrsession am 15. März überstürzt abzubrechen. Dadurch drängte das Parlament ohne förmlichen Beschluss den Bundesrat in eine Rolle, die ihm die Verfassung nicht gibt. So erhielt der Bundesrat zwar keine staatsrechtliche, wohl aber eine politische Rückendeckung. Diese Entwicklung führte dazu, dass Bundesrat und Bundesverwaltung von nun an den verfassungsrechtlichen und formellen Argumenten ein geringeres Gewicht beimessen. (...) Der Bundesrat interpretierte eine Notrechtsnorm in die Verfassung, die nicht darin enthalten ist.»<sup>43</sup>

Der Bundesrat beanspruchte, nachdem er am 16. März mit der «ausserordentlichen Lage» den Notstand ausgerufen hatte, Notrecht. In der Bundesverfassung gibt es aber kein Notrecht. So verordnete der Bundesrat die Pandemie-Massnahmen, die massiven Eingriffe in die Rechte der Bevölkerung, ohne verfassungsmässige Grundlage. Mit politischer Billigung des Parlaments verliess die Regierung die geltende Rechts- und Verfassungsordnung.

Andreas Kley weist darauf hin, dass diese exekutive Selbstermächtigung in Europa einzigartig war. In Deutschland und Grossbritannien, aber auch im Kanton Zürich, hat sich das Parlament selber in die Lage versetzt, auch unter eingeschränkten Möglichkeiten funktionsfähig zu bleiben. So hat der Deutsche Bundestag das Quorum von 50 auf 25 Prozent herabgesetzt. Das Parlament sollte arbeitsfähig sein, selbst wenn zahlreiche Abgeordnete krank werden oder wegen der Hygienevorschriften den Sitzungen fernbleiben müssen. So tagten in der Folge der Bundestag, das britische Unterhaus und weitere Parlamente mit reduzierter Besetzung und blieben der Regierung gegenüber handlungsfähig.

Die Abdankung des Parlaments aus «Angst vor der Pandemie» und die exekutive Selbstermächtigung des Bundesrates und der Verwaltung (insbesondere des Bundesamtes für Gesundheit) passen nicht zur Tradition der Schweiz.

43 Andreas Kley, Rechtsprofessor an der Universität Zürich, in der NZZ vom 18.03.2020.

40 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127275/>

41 Der Wortlaut lautete bis zum 4. Mai 2009: «An influenza pandemic occurs, when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity resulting in epidemics worldwide with enormous numbers of death and illness.» Gestrichen wurde ab dem 5. Mai: «with enormous numbers of death and illness» Nach Dr. Wodarg, Pneumologe, Amtsarzt und Bundestagsabgeordneter (<https://www.youtube.com/watch?v=cWdF7Q3266I>, 14.07.2020)

42 Reiss, Karina & Sucharit Bhakdi. 2020. Corona Fehlalarm. Zahlen, Daten und Hintergründe. Goldegg, Berlin. – Prof. Dr. med. Bhakdi ist Mikrobiologe & Infektionsepidemiologe und war Leiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie & Hygiene der Johannes-Gutenberg Universität, Mainz. Frau Prof. Dr. rer. nat. Karina Reiss ist spezialisiert auf Biochemie, Infektionen, Zellbiologie & Medizin, und forscht am Quincke-Forschungszentrum der Christian-Albrechts-Universität, Kiel.

Andreas Kley: «(Damit) ist ein erster Anfang gesetzt, der in der politischen Ideengeschichte von allen Denkern der Freiheit und der Demokratie als wenig ratsam betrachtet wird. (...) Es ist einer Erwähnung wert, dass die Schweiz mit ihrer direkten Demokratie ausgerechnet den gefährlichsten Weg eingeschlagen hat. Vielleicht wählt sie die Versuchung, weil sie sich das leisten kann – oder aber sie hat zu wenig darüber nachgedacht.»

Der Bundesrat war sich am 16. März bewusst, dass er sich mit dem Erlass von Notrecht auf ein problematisches Parkett begibt. Alain Berset sagte: „Wenn es die gewohnten Gegenmächte nicht mehr gibt, achten wir umso mehr auf die Verhältnismässigkeit unserer Massnahmen, im Bewusstsein, dass wir sie für die kürzest mögliche Dauer anordnen.“ (Le Temps, 23.05.2020, Ü.d.V.) Weil der Bundesrat dabei selber entscheidet, was «die kürzest mögliche Dauer» ist, kann von einem Ersatz der ausgeschalteten Gegenmächte kaum die Rede sein.

Fazit: Wenn die WHO eine schwere gesundheitliche Notlage ausruft, muss das nicht zwingend mit einer grossen Anzahl schwer Kranker und Sterbender einhergehen. Die entsprechende Passage wurde in der Pandemie-Definition der WHO erstaunlicherweise gestrichen. Der Ruf der WHO bewirkt, dass in der Schweiz (mehr oder weniger unmittelbar) die besondere Lage gilt. In der besonderen Lage kann der Bundesrat Massnahmen erlassen, die die Freiheitsrechte massiv einschränken. Er kann zudem in eigener Kompetenz die nächste Stufe, die ausserordentliche Lage, ausrufen. Diese ganze Kaskade zeichnet sich dadurch aus, dass die Definitionen unscharf sind und die Machtkonzentration hoch ist. Zwar schreibt die Bundesverfassung Verhältnismässigkeit vor. Es ist in dieser Situation aber einzig der Bundesrat, der die Verhältnismässigkeit seiner Entscheide abschliessend zu beurteilen hat.

## 5 Wie gefährlich ist COVID-19?

Die Mortalitätsrate, d.h. die Frage, wie viele der infizierten Menschen an einem Virus sterben, ist zusammen mit der Verbreitungsgeschwindigkeit der wichtigste Indikator für die Gefährlichkeit einer Pandemie. Diese epidemiologische Frage hätte in der Krise im Vordergrund stehen müssen, wurde für die Schweiz aber nie richtig beantwortet.

### 5.1 Was ist zurzeit über die Corona-Todesfälle bekannt?

Wir wissen heute recht gut, welche Menschen in der Schweiz am Virus gestorben sind, wie alt sie waren, welches Geschlecht sie hatten und in welchem Kanton sie wohnten. Die 1784 COVID-19-Todesfälle (Stand 03.10.2020 gemäss BAG) verteilten sich folgendermassen auf die Altersgruppen:

**Tabelle 5.1: Verteilung der Todesfälle auf die Altersgruppen (BAG Statistik)**

Alter	Todesfälle 1. Welle (bis 03.06.2020)		Todesfälle Zwischenphase (04.06–03.10.2020)		Rückgang
80 +	1153	69%	77	62%	–93%
70–79	336	20%	22	18%	–93%
60–69	124	7%	15	12%	–88%
50–59	37	2%	8	6%	–78%
40–49	4	< 1%	2	2%	–50%
30–39	5	< 1%	0	0%	–100%
20–29	0	0%	0	0%	0%
10–19	0	0%	0	0%	0%
0–9	0	0%	0	0%	0%
<b>Total</b>	<b>1659</b>	<b>100%</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>	<b>–93%</b>

Quelle: BAG-Statistik (Das COVID-19 positive Baby, das mit schwerer Hirnhautentzündung verstarb, wurde weggelassen; vgl. dazu Abschnitt 3.2, Vulnerable Gruppe).

Obwohl schon früh bekannt war, dass sich die Todesfälle auf die hohen Altersgruppen konzentrieren, wurde das Ausmass der Konzentration anfänglich unterschätzt. So prognostizierte Neherlab<sup>44</sup> am 14. März 2020 nur 45% der Todesfälle ab 80 Jahren und entsprechend mehr in den jüngeren Gruppen. In Wirklichkeit fallen je nach Welle/Zwischenphase 60% bis 70% der Todesfälle in die Gruppe 80 und älter.

Unterhalb von 50 Jahren spielt COVID-19, was die Sterblichkeit angeht, eine marginale Rolle. In der ersten Welle verstarben hier neun Personen in der Zwischenphase (bis zum 2. Oktober) gerade einmal zwei. Unterhalb von 40 Jahren gab es seit 4 Monaten keinen einzigen Todesfall und ein (echtes) Corona Opfer unter 30 Jahren gab es noch gar keines. Wer Schulkinder und Studierende vor Ansteckungen schützt, macht das bar jeder statistischen Evidenz.

Während der Zwischenphase verstarben in vier Monaten signifikant weniger Erkrankte als während den drei Monaten der ersten Welle. Der Rückgang liegt (gemäss Tab. 5.1) bei den älteren Jahrgängen zwischen 93% und 78%, bei den 40-Jährigen sinkt die Anzahl von vier auf zwei, bei den 30-Jährigen verschwinden sie vollständig.

Nun, und das wird in epidemiologischen Modellen oft unterschätzt, sind die Erkrankungen kein zufälliges Schicksal, das die einen trifft und die anderen nicht. Ökonomen würden erwarten, dass sich die verschiedenen Jahrgänge ihrem Risiko entsprechend verhalten werden. Gruppen mit hohem Risiko verhalten sich vorsichtiger als solche mit tiefem oder gar keinem Risiko. Genau dieses Bild zeigt die Analyse der Infektionen beim Vergleich der ersten Welle mit der Zwischenphase. Bis zum Alter 39 nehmen die Infektionen zu, ab 40 Jahren nehmen sie ab und zwar umso deutlicher, je älter und gefährdeter eine Person ist. Dasselbe Muster ist bei den jungen Jahren zu erkennen mit Ausnahme der Kleinkinder, die nicht selber über ihr Infektionsrisiko entscheiden können.

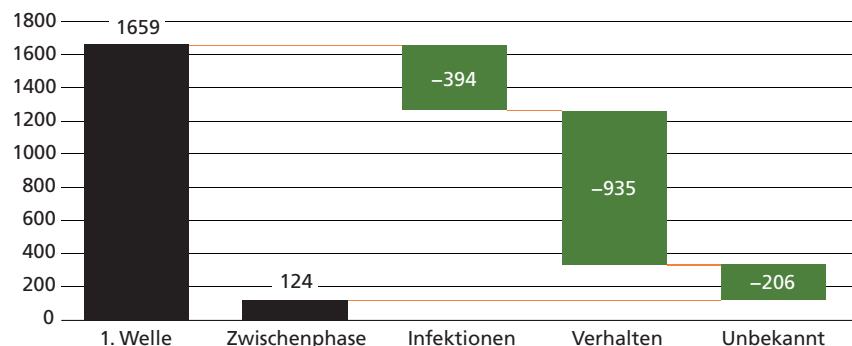
**Tabelle 5.2: Verteilung der Infektionen auf die Altersgruppen (BAG Statistik)**

Alter	Infektionen Erste Welle	Infektionen Zwischenphase	Veränderung in %
0–9	170	325	+91%
10–19	894	2361	+64%
20–29	3872	6526	+69%
30–39	4153	4665	+12%
40–49	4830	3485	–28%
50–59	6255	3139	–50%
60–69	3676	1693	–54%
70–79	2904	724	–75%
80+	4086	578	–86%
<b>Total</b>	<b>30 840</b>	<b>23 496</b>	<b>–24%</b>

In der ersten Welle verstarben 1659 Personen an oder mit COVID-19 (vgl. Tab 5.1). Grundsätzlich würde man für die Zwischenphase, die vier Monate dauerte, mehr Todesfälle erwarten als in der ersten, die nur drei Monate dauerte. In Tat und Wahrheit haben sich während der Zwischenphase (gemäss Tabelle 5.2) lediglich dreiviertel so viele Personen infiziert, wie in der ersten. Demnach müssten es auch dreiviertel der Todesfälle, also 1265 sein. Tatsächlich sind es nur 124. Wie ist das möglich? Abbildung 5.1 zeigt, dass 394 Todesfälle wegfallen, wegen der (bereits angesprochenen) Reduktion in der Infektionshäufigkeit. Der grösste Rückgang, 935 vermiedene Todesfälle, kann allein auf die Verhaltensänderung der Menschen zurückgeführt werden. Wenn sich Personen mit hohem Risiko weniger infizieren und die übrigen häufiger, dann sinkt auch die erwartete Anzahl Todesfälle. Selbstverantwortung ist somit kein leeres Wort und wo es um Leben und Tod geht, ist der Anreiz für vorsichtiges Verhalten auch ausreichend gross. Die dritte Reduktion, 209 vermiedene Todesfälle, muss andere Gründe haben. Vorstellbar sind zum Beispiel eine bessere medizinische Behandlung oder die Mutation des Virus in eine weniger aggressive Form.

<sup>44</sup> Neherlab ist eine Forschungsgruppe von Prof. Dr. Richard Neher, Biozentrum Universität Basel; Quelle <https://neherlab.org/covid19/>

**Abbildung 5.1: Entwicklung der Todesfälle von der ersten Welle zur Zwischenphase; schwarz die Anzahl Todesfälle in erster Welle und Zwischenphase, grün die Gründe für den Rückgang**



(BAG, Daten vom 3.6.20 und 3.10.20 und eigene Berechnungen).

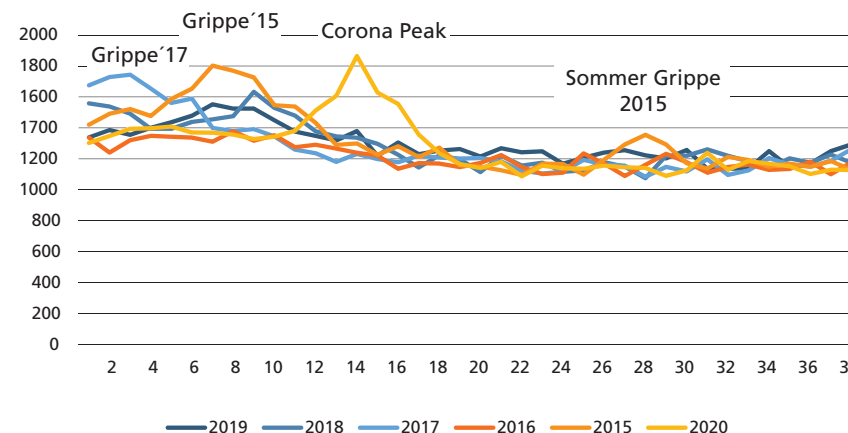
Wenden wir uns wieder den Mortalitätsraten zu, also dem Verhältnis Verstorbener zu Infizierten. Diese Rate ist von der ersten Welle zur Zwischenphase gesunken. Es kann dagegen eingewendet werden, dass die Anzahl Infizierter während der Zwischenphase vollständiger erfasst worden ist. D.h. die Mortalitätsraten wären demnach während der Zwischenphase gar nicht gesunken, sondern lediglich exakter gemessen worden. Dennoch bleibt die optimistische Schlussfolgerung gültig, denn die echte Mortalität ist diejenige der Zwischenphase, während der statistisch zuverlässiger gemessen worden ist. Die erschreckenden Resultate der ersten Welle wären dann nichts als verzerrte Messresultate aufgrund der viel weniger häufigen Tests. Dagegen lässt sich einwenden, die Reduktion der Todesfälle sei ja gerade der Effekt des Lockdowns. Nun fällt aber die Zwischenphase in eine Zeit mit gelockerten Lockdown-Regeln, während die strengen Regeln in die Periode mit hoher Mortalität fallen. Das vielbemühte Präventionsparadoxon<sup>45</sup> verheddert sich hier in Widersprüche.

<sup>45</sup> Das Präventionsparadoxon besagt Folgendes: Es bahnt sich eine schlimme Pandemie an. Der Staat ergreift präventive Massnahmen und infolgedessen kommt niemand zu Schaden. Der Staat hat also erfolgreich Prävention betrieben. Nun murren die Bevölkerung, die Massnahmen seien unnötig gewesen, es sei ja niemand gestorben. D.h. die schlimme Pandemie sieht aus wie eine harmlose Pandemie; gerade, weil die Prävention erfolgreich war. Das Paradox unterstreicht die Bedeutung der Mortalitätsrate (im Gegensatz zur absoluten Zahl der Gestorbenen). Sie zeigt die Gefährlichkeit der Krankheit losgelöst von allen Präventionsanstrengungen. An SARS verstarben insgesamt nur 774 Personen (scheinbar harmlos) aber von den Infizierten verstarben 10 Prozent (also doch sehr gefährlich; etwa 50 bis 100-mal gefährlicher als COVID-19).

## 5.2 Die COVID-19 Todesfälle im Gesamtzusammenhang

Die Anzahl Todesfälle allein sagt noch nicht viel aus. Es fehlt die Einbettung in den Gesamtzusammenhang. Die wöchentlichen Todesfälle des Bundesamts für Statistik (BfS) ergänzen hier das Bild.

**Abbildung 5.2: Todesfälle pro Woche, ganze Schweiz, alle Jahrgänge**



(Bundesamt für Statistik, Datenabzug 03.10.2020).

Für die ersten 38 Wochen, also bis zum 20. September 2020 gilt folgendes. Es gibt einen klar erkennbaren Corona Peak, der sich rasch wieder abbaut (gelbe Linie). Die Grippe von 2015 fällt jedoch massiver aus und hatte im Sommer eine erkennbare zweite Spitze (orange Linie). Und auch 2017 ist ein starker Grippe-Ausschlag zu verzeichnen (hellblaue Linie). Ansonsten ist das Jahr 2020 eher durchschnittlich. Vergleicht man die Jahre 2015 bis 2020 so fallen 7 wöchentliche Minima ins Jahr 2020, was die Summe aller Todesfälle angeht, belegt es den drittletzten Platz. Und auf die Spitze am 2. April 2020 folgten bald einmal Wochen mit unterdurchschnittlicher Sterblichkeit.

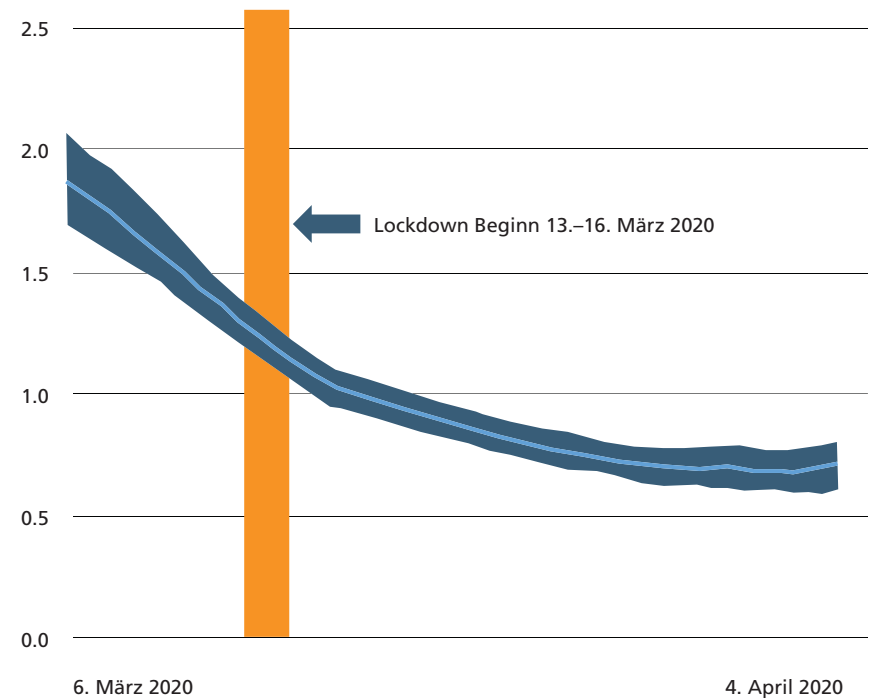
Natürlich ist in diesem Zusammenhang das Präventionsargument berechtigt. Die eher unnatürliche Spitze am 2. April macht deutlich, dass sich das Verhalten der Menschen verändert hat. Sie nahmen die Pandemie wahr und wurden entsprechend vorsichtiger. Wäre das auch ohne Lockdown und nur auf Grund der geradezu pandemischen Berichterstattung in den Medien eingetreten? Die Antwort darauf liefert möglicherweise die sogenannte Reproduktionszahl R. Sie gibt an, wie viele gesunde Personen durch eine erkrankte Person im Durchschnitt angesteckt werden. Wenn die infizierten Personen durchschnittlich eine andere Person anstecken, genau eine, nicht mehr und nicht weniger,

dann ist die Reproduktionszahl 1. Die Zahl der Infizierten bleibt über die Zeit konstant. Wenn sie im Durchschnitt mehr als eine andere Person anstecken, dann liegt die Reproduktionszahl über 1. Die Menge der Infizierten nimmt zu. Es kommt zu einer Epidemie. Wenn die Infizierten durchschnittlich weniger als eine andere Person anstecken, dann liegt die Reproduktionszahl unter 1 und die Menge der Infizierten nimmt ab. Die Epidemie läuft aus.

Die Reproduktionszahl hängt von drei Faktoren ab: Während wie vielen Tagen eine infizierte Person ansteckend ist. Wie viele Kontakte eine angesteckte Person mit nicht angesteckten Personen pro Tag hat und wie gross die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein solcher Kontakt zu einer Ansteckung führt. Angenommen, es gelingt mit unserem Verhalten die Zahl der Kontakte zu halbieren und auch die Wahrscheinlichkeit zu halbieren, dass ein Kontakt ansteckend wirkt, dann sinkt die Reproduktionszahl.

Die Reproduktionszahl für die Schweiz berechnet Tanja Stalder<sup>46</sup>, wobei diese Zahl immer wieder Anlass zu Kontroversen gab.<sup>47</sup> Abb. 5.3 gibt die Resultate Stalders vom 27. April wieder. Aus der Grafik ist ersichtlich, dass der R-Wert bereits vor den Lockdown-Massnahmen im Sinken begriffen war und kurz nach dem Lockdown die kritische Grenze von 1 unterschritten hatte. Angesichts dieses Verlaufs wurde die Kritik laut, dass der Lockdown unnötig gewesen sei, weil der R-Wert so oder so gesunken wäre.

Abbildung 5.3: Reproduktionszahl der Schweiz



(Tanja Stalder, ETH Zürich aus: NZZ 27.04.2020)

«Dafür verantwortlich sind vermutlich Verhaltensänderungen der Menschen, die sich im täglichen Leben schon vor dem Lockdown zu etablieren begannen, vor allem die physische Distanzierung und die bessere Händehygiene.» (Andreas Hirstein, NZZ a.S. 03.05.2020) Dann wäre es wiederum die Eigenverantwortung der Menschen, die zum Sinken der Ansteckungen geführt hat. Dass das durchaus möglich ist, zeigt auch Abb. 5.1, wo vier Fünftel des Rückgangs der Mortalität auf selbstverantwortliches Handeln zurückgeführt werden kann.

Damit kämen wir zum Messproblem der Mortalitätsrate.

<sup>46</sup> Prof. Dr. Tanja Stalder, Professorin für Computational Evolution an der ETH Zürich.

<sup>47</sup> Vergl. Wyler und Perermann, in NZZ vom 06.07.2020



### 5.3 Messprobleme bei der Berechnung der Mortalitätsrate

Sieben Monate nach Beginn der Pandemie in der Schweiz weiss man immer noch nichts Genaues über die Mortalitätsrate. Das hat eine Reihe offensichtlicher Gründe. Unter der Mortalitätsrate verstehen wir Folgendes:

$$\text{Todesfallrate der Infizierten} = \frac{(\text{Anzahl an COVID-19 Verstorbener})}{(\text{Anzahl mit COVID-19 Infizierter})}$$

Beide Werte in diesem Bruch wurden jedoch leider systematisch falsch erhoben.

**Fehler 1:** Die Sterberate wird zu hoch, wenn unter der «Anzahl an COVID-19 Verstorbenen» nicht nur Personen mitgezählt werden, die an COVID-19 gestorben sind, sondern auch noch solche, die lediglich zusammen mit COVID-19 gestorben sind.

**Fehler 2:** Die Sterberate wird ebenfalls zu hoch, wenn unter der «Anzahl mit COVID-19 Infizierter» nur Personen erfasst werden, die starke Symptome haben. Somit fehlen diejenigen Personen in dieser Statistik, die kaum Symptome hatten. Dadurch wird die Anzahl Infizierter zu klein.

Es war schon früh klar, dass der zweite Fehler relevant sein dürfte: Mitte April zeigte eine Studie in vier Pflegezentren der Stadt Zürich, dass ein grosser Teil der angesteckten älteren Menschen keine Symptome von COVID-19 aufwiesen: In zwei Pflegeheimen gab es unter den Bewohnerinnen und Bewohnern einige an COVID-19-Erkrankte. Als in diesen Häusern alle Bewohner getestet wurden, war das Resultat bei rund der Hälfte der Bewohner positiv, von denen interessanterweise aber 40 Prozent keine Symptome aufwiesen. In den beiden anderen Pflegezentren, in denen es keine COVID-19-Erkrankten hatte, waren alle Tests negativ. (Tages Anzeiger, 14.04.2020)

Diese Studie zeigt (zusammen mit vielen anderen), dass viele Infizierte keine Symptome zeigen. Für eine brauchbare Berechnung der Sterberate müssten alle Personen einer repräsentativen Stichprobe von z.B. 5000 oder 10000 Personen getestet werden. Das war anfänglich nicht möglich, weil die Tests kompliziert und die Chemikalien knapp waren. Gegen Ende der ersten Welle bestand dieses Problem aber nicht mehr.

Daneben gab es aber auch noch eine weitere Kritik an den statistischen Zahlen. Es wurde verschiedentlich ein dritter Fehler ins Feld geführt (u.a. im Tages Anzeiger vom 07.09.2020):

**Fehler 3:** Die Sterberate wird zu niedrig, wenn nicht alle an COVID-19 Verstorbenen als infizierte erkannt werden, so dass die «Anzahl mit COVID-19 Verstorbenen» zu gering ausfällt.

Führen die ersten zwei Fehler zu einer Überschätzung der Mortalitätsrate, so führt Fehler drei zum Gegenteil, einer Unterschätzung. Somit ist überhaupt nicht mehr klar, wie die gemessenen Fallzahlsterblichkeit interpretiert werden soll, als zu gering oder als zu gross.

### 5.4 Weiss die internationale Forschung mehr?

Aber auch international war die Datenlage dürrig. So beklagt sich Prof. Ioannidis: «Drei Monate nach dem Beginn des Ausbruchs fehlen in den meisten Ländern, auch in den USA, die Möglichkeiten, eine große Zahl von Menschen zu testen und kein Land hat verlässliche Daten über die Prävalenz des Virus in einer repräsentativen Stichprobe der gesamten Gesellschaft. Dieses Evidenz-Fiasko schafft eine enorme Unsicherheit bezüglich des Risikos, an COVID-19 zu sterben. Veröffentlichte Fallsterblichkeits-Raten, wie die offizielle 3,4%-Rate der WHO verursachen Angst und Schrecken – und sind bedeutungslos.»<sup>48</sup> Bedeutungslos deshalb, weil auch die WHO-Zahl auf der oben beschriebenen Verzerrung beruht.

Immerhin wies eine französische Studie schon früh darauf hin, dass SARS-CoV-2 im Vergleich mit vier älteren Coronaviren nicht zu einer höheren Sterblichkeitsrate führt<sup>49</sup>. Die Sterberaten der fünf verschiedenen Virentypen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Der Beachtungsgrad dieser frühen Studie unterschied sich allerdings auch nicht signifikant von dem anderer, ähnlicher Studien: Sie fanden in den Publikumsmedien lange Zeit wenig Beachtung.

48 John P.A. Ioannidis, Professor für Medizin, Epidemiologie und öffentliche Gesundheit, für biomedizinische Wissenschaft und Statistik an der Stanford University sowie Co-Direktor des Stanford Meta-Research Innovation Center – er zählt zu den am häufigsten zitierten medizinischen Fachleuten.

49 [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920300972).

**Tabelle 5.3: Todesfall-Rate diverser Studien mit wissenschaftlich korrekter Methodik**

Forscher	Beschrieb	Todesfall-Rate
Guan et al. <sup>I</sup>	1099 COVID-19 Patienten mit weitem Spektrum an Vorerkrankungen und Schweregrad	1,4%
Ioannidis <sup>II</sup>	Vollerhebung, Kreuzfahrtschiff Diamond Princess, Durchschnittsalter 71 Jahre	1,0%
Ioannidis <sup>II</sup>	Übertrag der Sterberate von Diamond Princess auf die Altersstruktur der USA	0,05–1,0%
Ioannidis <sup>III</sup>	Übersichtsstudie über 12 Untersuchungen	0,02–0,4%
Battacharya <sup>IV</sup>	Analyse von Antikörpern auf Basis einer Zufallsstichprobe	0,1–0,2%
Streeck <sup>III</sup>	Heinsberg Studie, Vollerhebung	0,24–0,26% (max. 0,36%)
Reiss/Bhakdi <sup>III</sup>	Plausibilisierungs-Rechnung	0,1–0,2%

**Quellen:** I Fauci A.S., H. Clifford Lane & R.R. Redfield, *COVID-19 – Navigating the Uncharted*, *N Engl J Med* 382;13, 1268–1269; II Ioannidis, *Corona – an evidence fiasco*, <https://profiles.stanford.edu/john-ioannidis> (23.4.2020); III Reiss/Bhakdi S.33f; IV Jay Bhattacharya: *The Fight against COVID-19: An Update*, (18.4.20); <https://www.youtube.com/watch?v=k7v2F3usNVA>

Betrachtet man diese bisher publizierten Studien, die auf differenzierten statistischen Ansätzen basieren (vgl. Tabelle 5.2), so lässt sich ein systematischer Rückgang der anfänglich zu hoch geschätzten Raten feststellen. Ab der dritten Zeile liegen alle Werte unter einem Prozent. Die Kreuzfahrtschiff-Analyse von Ioannidis liegt mit einem Prozent nur deswegen so hoch, weil Passagiere eines Kreuzfahrtschiffs in der Regel eher ältere Semester sind. Bei der Übertragung auf die US-Bevölkerung berücksichtigt Ioannidis zudem den sehr grossen Schätzfehler. Ohne diese statistische Unsicherheit käme Ioannidis auf eine Sterberate der US-Bevölkerung zwischen 0,025% und 0,6%. Speziell sind auch die Resultate von Streeck, der 0,24–0,26% angibt und 0,36% nur als absolute Obergrenze betrachtet, in den Medien jedoch auffällig oft nur mit dem Maximalwert zitiert wird.

Auch Fauci<sup>50</sup> schätzt die Todesfallrate auf «considerably less than 1%» und das, wegen der grossen, unbekannten Anzahl Symptomloser.

Im Gegensatz zu diesem abnehmenden Trend in der internationalen Literatur äussert sich Prof. Drosten<sup>51</sup>, der Berater der Deutschen Bundesregierung. Sprach er am 13. Februar im Deutschland Funk von 0,1–0,5%, so wird er am 13. März mit einer Schätzung von 0,3–0,7% zitiert und legt am 30.03.2020 einen Wert von 0,8% vor.<sup>52</sup> Grosses Aufsehen erregte die jüngste Publikation von Ioannidis<sup>53</sup>, welche den tiefen Wert der Sterblichkeit einmal mehr bestätigte. Gestützt auf 61 wissenschaftliche und 8 staatliche Untersuchungen mit zusammen 82 Schätzergebnissen kommt er zum Schluss, dass im Mittel mit 0,27% Todesfällen zu rechnen ist. Die von Ioannidis zitierten Studien zu Genf und Zürich schneiden dabei jedoch ein wenig schlechter ab mit Todesfallraten von 0,45% und 0,51%.<sup>54</sup>

Aber was bedeutet nun 0,1 oder 1,0%? Wie hoch ist die Sterblichkeit bei einer normalen Grippe? Reiss und Bhakdi (S. 32) beziffern das Sterberisiko einer normalen Influenza mit 0,1–0,2%. Fauci nennt 0,1%. Schwere Grippe hingegen, die bis jetzt mit einem Schulterzucken zur Kenntnis genommen worden sind, weisen höhere Werte auf, unklar ist, wie hohe Werte.

Eine interessante Argumentation liefern Reiss und Bhakdi (S. 32). Basierend auf den Statistiken des Robert Koch Instituts (RKI) berechnen sie für die

50 Prof. Antony Fauci ist Immunologe, erwarb sich internationales Renommee mit Beiträgen zur AIDS-Forschung und amtierte als Corona-Berater des US-Präsidenten.

51 Prof. Christian Drosten ist Virologe, seit 2017 Lehrstuhlinhaber und Institutsdirektor an der Charité in Berlin. Er dürfte aktuell der populärste und politisch einflussreichste Deutsche Virologe sein.

52 [https://www.deutschlandfunk.de/virologe-zum-coronavirus-geringe-sterblichkeit.694de.html?dram:article\\_id=470165](https://www.deutschlandfunk.de/virologe-zum-coronavirus-geringe-sterblichkeit.694de.html?dram:article_id=470165)  
[https://www.focus.de/gesundheits/news/pandemie-virologe-klaert-ueber-neuartiges-virus-auf-immunitaet-sterblichkeit-dauer\\_id\\_11723764.html](https://www.focus.de/gesundheits/news/pandemie-virologe-klaert-ueber-neuartiges-virus-auf-immunitaet-sterblichkeit-dauer_id_11723764.html)  
<https://www.tagesspiegel.de/wissen/virologie-christian-drosten-ueber-das-coronavirus-wir-werden-in-deutschland-einen-anstieg-der-fallsterblichkeit-sehen/25696836.html>

53 P.A. Ioannidis, 14.10.2020. Infection fatality rate from COVID-19 inferred from seroprevalence data. Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892

54 Einigermassen erstaunlich war der Kommentar zu dieser Studie im Schweizer Radio. Christian von Burg (Wissenschaftsredaktor SRF) äussert sich sofort sehr skeptisch zu den überraschend tiefen Werten von Ioannidis, obwohl diese weder neu noch überraschend sind. Von Burg verweist auf die Mehrheit der Forscher, welche Raten von 0,5% bis 1,0% angeben. Es ist allerdings einigermassen schwierig hier Gegenmehrheiten ins Feld führen zu wollen, wenn der Wert von Ioannidis der Median aller statistisch belastbaren Studien darstellt. D.h. 50% aller Studien liegen sogar unterhalb von 0,27%. Um dem tiefen Wert die beruhigende Wirkung zu nehmen, verweist von Burg sogleich auf die 15% Sterberate der 85-Jährigen. Wem ist aber bewusst, dass diese Zahl nur 7 Prozentpunkte über der natürlichen Sterberate liegt? Und auch wenn von Burg einräumt: «Umgekehrt sind die Todesfälle bei den jungen Erwachsenen und den Kindern dann wiederum selten», ist auch das eine vernebelnde Formulierung. Denn «selten» bedeutet in diesem konkreten Fall «unendlich selten». Es starb bislang in der Schweiz kein einziges Kind und kein einziger Jugendlicher an COVID-19. (Aus: <https://www.srf.ch/audio/wissenschaftsmagazin/asteroid-bennu-trifft-auf-amerikanischen-staubsauger?id=11861482>).

Epidemie in Deutschland von 2017/18 eine Sterblichkeitsrate von 8%. Dabei weist diese Zahl alle oben lang und breit besprochenen Verzerrungen auf und dürfte zu hoch sein. Das RKI publiziert ungeachtet der methodischen Kritik, die nun seit Monaten auf die Virologen herunter prasselt, für die Corona-Pandemie am 5. Mai eine Sterberate von 4%.<sup>55</sup> Auch diese Zahl ist viel zu hoch. Interessant ist aber der Vergleich der beiden Werte. Wenn der Fehler in beiden Berechnungen des RKI ähnlich ist, dann hat die Pandemie von 2017/18 eine doppelt so hohe Sterblichkeit zur Folge wie Corona heute. Wir stellen fest: Wir hatten Corona bereits einmal vor drei Jahren, aber keiner hat es gemerkt.

Ist dem wirklich so? Eine wichtige Rolle in diesem Zusammenhang spielt die Immunität der Bevölkerung.<sup>56</sup> Ist es möglich, dass Teile der Bevölkerung auch auf Grund früherer Grippe-Infektionen immun gegen COVID-19 sind? Sowohl Pietro Vernazza<sup>57</sup> als auch Beda Stadler<sup>58</sup> hatten bereits im April respektive Juni diese Möglichkeit in den Raum gestellt. Ihnen widersprachen die Mitglieder der COVID-19-Task Force des Bundes am 16. September dezidiert. Es gäbe keine Hinweise, dass eine einstige Ansteckung mit einem gewöhnlichen «Schnupfen-Coronavirus» das Risiko einer Infektion mit Sars-Cov-2 senke. Eine Aussage die zur Peinlichkeit verkam, weil tags darauf Peter Doshi im British Medical Journal das genaue Gegenteil verkündete und sich dabei auf zahlreiche Studien und eine verdichtete Evidenz abstützen konnte (23.09.2020, Medinside).

Auch das ein weiterer, starker Beleg dafür, dass die Mortalitätsrate nicht so hoch ausfällt, wie anfänglich befürchtet.

### 5.5 Es fehlte die politische Zielgrösse

Man kann dem Bundesrat keinen Vorwurf machen, dass er die Mortalität von COVID-19 nicht richtig eingeschätzt hat, als er im März den Lockdown anordnete, wenn wir uns noch einmal die damalige Situation vergegenwärtigen.

Da waren die Todesfallstatistiken aus China, die in kurzer Zeit nach oben schnellten, was aber nicht zuletzt mit dem vollständigen Versagen der chi-

nesischen Behörden zu Beginn der Pandemie zu tun hatte. Anstelle des Virus verfolgte man dort akribisch die Übermittler der schlechten Nachricht, bis sich beides, die Nachricht wie das Virus nicht mehr aufhalten liessen und das Gesundheitswesen, schlecht informiert, der Welle an Erkrankten nicht mehr Herr werden konnte (NZZ 08.06.2020). Effekt dieser typischen Polizeistaat-Mentalität war nicht zuletzt die weltweite Verbreitung einer lokal aktiven und von den Ärzten früh erkannten Seuche, die (möglicherweise) innerhalb von China hätte eingedämmt werden können. Stattdessen zählen wir heute weltweit hunderttausende von Toten. Und auch die Bilder und Nachrichten aus Italien vermittelten den Eindruck einer unbeherrschbaren Seuche. Hätte man sie allerdings mit den Bildern aus Italien von 2015 verglichen, es hätte wahrscheinlich ähnlich ausgesehen.

Unmittelbar nach dem Lockdown hätte man die Frage der Mortalität (wie von der wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich in einem offenen Brief an den Bundesrat empfohlen) rasch und statistisch sauber klären können. Doch das tat der Bundesrat nicht.

Ist es so, dass der Bundesrat gar keine Vorstellung hatte, welche Opferzahl er akzeptieren würde? Die Kosten der Massnahmen müssen in einem vernünftigen Verhältnis zu den verhinderten Todesfällen, den geretteten Lebensjahren und den vermiedenen Langzeitfolgen stehen. Hat der Bundesrat eine solche Güterabwägung gar nie vorgenommen?<sup>59</sup>

Die Definition, was eine gefährliche Pandemie sein soll, wurde an die WHO ausgelagert. Und diese wiederum strich den Aspekt der Gefährlichkeit am 5. Mai 2009 explizit aus ihrer Pandemie-Definition. Das ist das eigentlich Gefährliche an Corona.

55 [www.de.euronews.com/2020/05/05/coronavirus-in-deutschland-sterberate-steigt-rki-erwartet-zweite-welle](http://www.de.euronews.com/2020/05/05/coronavirus-in-deutschland-sterberate-steigt-rki-erwartet-zweite-welle)

56 Und wir erinnern uns: Das einzige verbliebene, harte Kriterium in der WHO-Pandemie-Definition ist das Fehlen einer Immunität in der Bevölkerung. Kippt diese Annahme, dann war COVID-19 gar keine Pandemie im Sinne der WHO-Kriterien.

57 Prof. Dr. Pietro Vernazza, Chefarzt Infektiologie am Kantonsspital St. Gallen

58 Prof. Dr. Beda Stadler, ehemaliger Direktor des Instituts für Immunologie in Bern

59 Bundesrat Berset äussert sich dazu in der NZZ vom 30.10.2020: «Im März gab es den Konflikt, ob die Gesundheit oder die Wirtschaft stärker zu gewichten sei. Inzwischen hat man gemerkt, dass dies kein Gegensatz ist. Es gibt ein Optimum, bei dem man das Beste macht für Gesundheit und Wirtschaft. Danach richten wir unsere Massnahmen aus.» [Gemeint sind die Verschärfungen vom 28.10.2020].

## 6 Astronomisch falsche Prognosen?

Um eine Pandemie bewältigen zu können, sind Prognosen des Verlaufs von entscheidender Bedeutung. Rückblickend muss ernüchtert festgehalten werden, dass gute Prognosen Mangelware waren. Dabei ist zu unterscheiden: Es gab Prognosen, die als solche bezeichnet wurden. Es gab auch quantitative Angaben, die von Wissenschaftlern nicht als Prognose formuliert wurden, die aber von Laien als Prognose verstanden wurden. Die meisten erwiesen sich als zu hoch, zu dramatisch. Eine Auswahl zur Illustration:

**Prognose vom 4. März:** Die Zürcher Spitaldirektoren werden zu einem Treffen in der Gesundheitsdirektion einberufen: «Die Lage ist ernst, der Ansturm wird in ca. zwei Wochen erwartet».

**Wirklichkeit:** Der Ansturm blieb bis heute aus.

**Prognose vom 27. März:** Raza Abhari (ETH Zürich) erwartete gestützt auf ein machine-learning-Modell etwas über 700 Todesfälle bis zum 18. April (Weltwoche 04.04.2020).

**Wirklichkeit:** Das BAG weist für den 18. April 1300 Todesfälle aus. Die Prognose überschätzt sich zwar auch um rund 85% aber sie gehört zu den ganz wenigen, die die Auswirkung der Pandemie unterschätzten.

**Prognose vom 7. April:** «Es gebe Berechnungen, die davon ausgehen, dass wir den Peak der Bettenbelegung auf der Intensivstation erst Mitte Mai erreichen werden. Das sagte Peter Steiger, stellvertretender Direktor des Instituts für Intensivmedizin am Zürcher Universitätsspital an einer Medienkonferenz am 7. April.» (NZZ 08.04.2020)

**Wirklichkeit:** Zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Prognose lag der Peak der Bettenbelegung bereits 11 Tage zurück.

**Prognose vom 14. April:** Bis am 10. April sind in der Schweiz laut corona-data.ch<sup>60</sup> 982 Menschen an der Folge des Coronavirus gestorben «Ich befürchte, dass wir bis Ende April noch einmal so viele Todesfälle zu beklagen haben werden.» (Burcu Tepekule, Forscherin am Unispital Zürich, in Basellandschaftliche Zeitung 14.04.2020)

**Wirklichkeit:** Ende April lagen die Todesfälle um 169 Fälle unter dem prognostizierten Wert, 1964 Todesfälle wies corona-data erst am 24. Juni, also 8 Wochen später aus.

<sup>60</sup> Siehe Abschnitt 5.1

**Prognose vom 19. April:** «Schweden zählt inzwischen mehr als 1500 Corona-Todesfälle. (...) Bis zum 1. Juli könnten sie auf fast 100 000 Tote steigen, falls die gegenwärtige schwedische Politik beibehalten wird. Diese fast unglaublich erscheinende Zahl sagen Epidemiologen aus Stockholm und Uppsala voraus, die den zukünftigen Verlauf der Epidemie in einer aufwändigen Modellrechnung vorausberechnet haben.» (NZZ a.S. 19.04.2020)

**Wirklichkeit:** Gemäss worldometer betrug die Zahl der Verstorbenen in Schweden am 1. Juli 5477, d.h. die Prognose liegt um den Faktor 18 zu hoch.

Es ist aber nicht so, dass mit voranschreitender Pandemie die Prognosegenauigkeit zugenommen hätte. Auch für die Sommermonate wurden geradezu abenteuerliche Todesfallzahlen vorausgesagt.

**Prognose vom 15. Mai:** Balabadaoui und Mohr<sup>61</sup> erwarten, gestützt auf ein kompliziertes, nicht lineares Prognosemodell wegen der Lockerungen für die Schweiz bis September 7000 Todesfälle.

**Wirklichkeit:** Gemäss BAG betrug die Zahl der Verstorbenen am 30. September 1784 und lag damit 75% tiefer. Der Fehler ist jedoch noch grösser: Seit dem 13. Mai verstarben in der Schweiz 131 Personen und nicht die erwarteten, zusätzlichen 5347. Der Prognosefehler beträgt demnach 98%.

**Prognose vom 7. Juni:** Auch Worldometer liess im Juni aufhorchen, publizierte diese Homepage doch einen Anstieg auf 3399 Todesfälle bis zum 4. August. Bezogen auf die BAG Daten bedeutet das: Mehr als eine Verdoppelung in kürzester Zeit.

**Wirklichkeit:** Diese Prognose lag um 99% über dem wahren Wert.

Erstaunlicherweise gibt es in der Gilde der Epidemiologen Vertreter, denen ganze Serien horrender Fehlprognosen nichts anhaben können. So schenkte man Prof. Neil Ferguson<sup>62</sup> international grosse Beachtung, als er für England mehr als 500 000 und für die USA 2,2 Mio. COVID-19-Todesfälle prognostizierte. Schliesslich hatte er bereits beim Rinderwahn (BSE) 136 000, für die Vogelgrippe 200 Mio. und im Fall der Schweinegrippe 65 000 Todesfälle prognostiziert, wobei alle drei Pandemien weltweit jeweils einige hundert Tote gefordert haben (nach Reiss/Bhakdi, 55). Der Immunologe Beda Stadler meint

dazu: «Ich habe noch nie einen Wissenschaftszweig gesehen, der sich selbst derart ins Abseits manövriert hat. Ich habe auch nie verstanden, weshalb Epidemiologen derart interessiert sind an der Anzahl Todesfälle anstatt daran, wie viele Leben zu retten wären.» Es wäre ja schön, wenn der wissenschaftliche Wettbewerb diese Prognostiker in die Bedeutungslosigkeit abdrängen würde. Das Aufstehmännchen Ferguson macht allerdings vor, dass dem (bis jetzt) nicht so ist.

Das Bild, das die Wissenschaft in den Medien von sich vermittelte, hat das Vertrauen der Bevölkerung in die Wissenschaft nicht wirklich gefördert. Warum überschossen nun aber die Epidemiologen mit ihren Prognosen regelmässig? Die verwendeten Modelle basieren auf nicht linearen Funktionen. Solche Funktionen haben die problematische Eigenschaft, dass kleinste Fehler in den Ausgangsgrössen exponentiell anwachsen können.

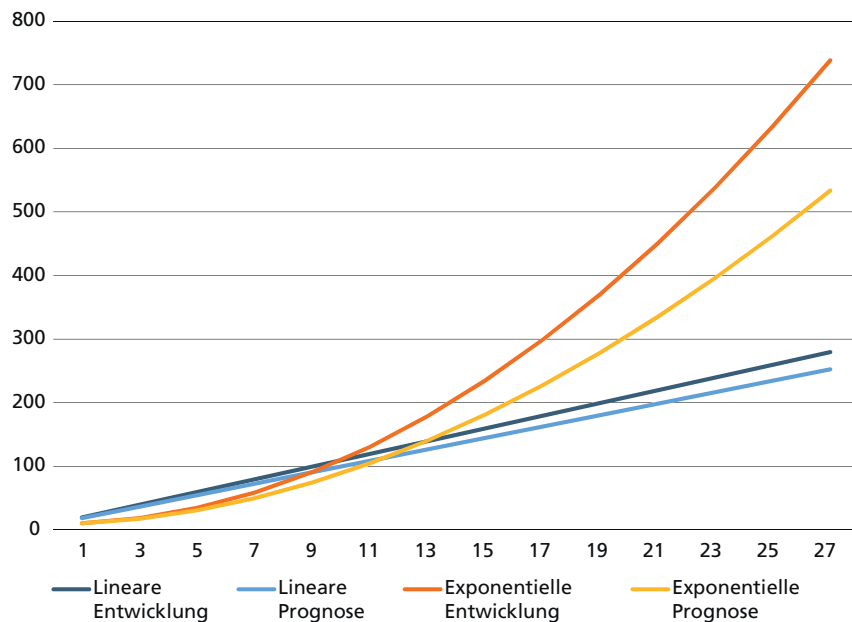
Wir wollen im Folgenden den Unterschied zwischen sogenannten linearen und nicht linearen Prognosemodellen skizzieren. Die Abbildung 6.1 zeigt eine **dunkelblaue** Gerade, die mit einem Prognosemodell (der **hellblauen** Linie) über einen Zeitraum von 27 Tagen prognostiziert werden soll. Dabei wurde ins Prognosemodell bei einem der Parameter absichtlich ein Fehler von 10% eingebaut. Die Auswirkung ist die, dass die **hellblaue** prognostizierte Gerade stets unterhalb der **dunkelblauen** verläuft. Der Fehler beträgt am ersten und am 27. Tag 10%.

Nun sei eine **orange**, exponentiell verlaufende Kurve zu prognostizieren. Sie beginnt im gleichen Punkt wie die **blauen Geraden**. Auch ins exponentielle Prognosemodell wurde ein Fehler von 10% eingebaut, so dass die **gelbe** prognostizierte Kurve immer unterhalb der **orange** zu liegen kommt. Obwohl Startpunkt und Fehler in beiden Fällen identisch sind, wirkt sich der Fehler ganz anders aus. Am ersten Tag beträgt er 0%, steigt dann aber bis zum 27. Tag auf 28%. Der Fehler ist also 2,8-mal grösser. Und weil die **orange** Kurve höhere Werte erreicht als die **blaue** ist auch der absolute Fehler sehr verschieden: 27 Einheiten (z.B. Anzahl Todesfälle) sind es im **hellblauen/dunkelblauen** Fall aber 205 Todesfälle im **orange/gelben** Fall. Der absolute Fehler ist sogar 7,5-mal grösser. Wir sehen, kleine Fehler in einem nicht linearen Modell wirken sich viel stärker aus, als in einem linearen Prognosemodell. Oder anders ausgedrückt: Prognosen bei exponentiellem Wachstumsverhalten sind mit grösster Zurückhaltung zu verwenden.

61 Balabadaoui und Mohr. Age-stratified model of the COVID-19 epidemic to analyze the impact of relaxing lockdown measures: nowcasting and forecasting of Switzerland. medRxiv preprint (13.05.2020)

62 Prof. Neil Ferguson Epidemiologe am Imperial College in London und Vize Dekan der School of Public Health. Auf seiner Homepage steht: «My research aims to improve understanding of the epidemiological factors and population processes shaping infectious disease spread in human and animal populations.» Wenn man «to aim» mit «sich abmühen» oder «sich (angestrengt aber letztlich fruchtlos) bemühen» übersetzt, trifft der Satz ins Schwarze.

Abbildung 6.1: Lineare und exponentielle Prognosen; fiktives Zahlenbeispiel



Diese Schlussfolgerung ist nichts Neues und jedem Konstrukteur mathematischer Modelle bekannt. Trotzdem scheinen die Epidemiologen und Virologen überdurchschnittliches Vertrauen in ihre Modellkonstruktionen zu haben (was nicht für deren mathematische Affinität spricht).

Das zweite Problem liegt und lag in der Annahme, dass praktisch niemand in der Bevölkerung immun sei. Der Harvard Ökonom Stock rechnete das epidemiologische Standardmodell<sup>63</sup> zweimal durch, einmal unter der Annahme, dass 30% der Bevölkerung sogenannte symptomfreie Verläufe von COVID-19 hätten und einmal mit 86% Symptomlosen.<sup>64</sup> Es zeigte sich, dass die Spitalkapazität (im Modell) im ersten Fall an ihre Grenzen kam, im zweiten Fall aber ausreichend war. Das Wissen über den Anteil Immuner erweist sich als entscheidend.

Genau das dürfte der Fehler beim Lockdown Entscheid des Bundesrats gewesen sein. Nicht nur, dass er die existierenden Spitalkapazitäten der Schweiz zu pessimistisch eingeschätzt hat. Er wurde von den Epidemiologen auch

schlecht beraten. Diese hatten zu wenig berücksichtigt, dass der Anteil immuner Personen (oder der Angesteckten ohne Symptome) in Wirklichkeit sehr gross ist und darum die Spitalbelastung viel geringer ausfallen wird.<sup>65</sup> Und da zu Beginn einer Pandemie die Parameter wie Ansteckungsrate, Anteil Immuner, Anteil Infizierter etc. praktisch alle unbekannt sind, ist umso mehr Vorsicht bei der Verwendung der epidemiologischen Modelle angebracht.

Erst seit dem 12. Juni 2020 weiss man übrigens, auf Grund einer grossflächigen Analyse im Kanton VD, dass der Anteil der Symptomlosen mit 92% wesentlich grösser ist, als vorher vermutet. Nur einer von 12,6 Infizierten entwickelte Symptome.<sup>66</sup>

Bei aller Unterschiedlichkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse zeichnete sich doch bald ab, dass die Reproduktionsrate  $R$  schon früh zu sinken begann, und dass die Sterblichkeit deutlich geringer ist, als anfänglich erwartet. Spätestens Mitte April hätte sich der Bundesrat nicht mehr an den bedrohlichsten Szenarien orientieren müssen. Indem er das nicht tat, ging er weniger politische Risiken ein, hielt an seinen Massnahmen fest und nahm extrem hohe Kosten in Kauf.

Fassen wir zusammen: Sehr viele wissenschaftliche Prognosen erwiesen sich als komplett falsch. Eine solche Häufung extrem pessimistischer Prognosen kann kein Zufall sein. Aber wie kommt so etwas zu Stande? Wir sehen vier Gründe:

**Technische Gründe:** Pandemien müssen mit nicht linearen Modellen beschrieben werden. Nicht lineare Modelle liefern selten robuste Ergebnisse. Das bedeutet, ihre Ergebnisse wären mit Vorsicht zu interpretieren.

**Fehlende Sanktionen:** Ein in der Industrie tätiger Statistiker, dessen Prognosen so hohe Fehler aufweisen, ist seinen Job irgendwann los. Das macht ihn vorsichtiger und (im Durchschnitt) zuverlässiger. Die Universitäten dagegen kennen keinen vergleichbaren Rechtfertigungsmechanismus. Fehlprognosen können still und heimlich schubladisiert werden. Das Ansehen der Epidemiologen scheint auf alle Fälle immun gegen Fehlprognosen zu sein.<sup>67</sup>

65 Eine ausführliche Herleitung des Modells von Stock ist zu finden in: K. Beck, Vorlesung Ökonomie und Corona vom 29.04.2020, <https://youtu.be/quDu3ezYfwY>

66 Stringhini et al. 2020: Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. Lancet. 2020 Aug 1;396(10247):313–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31304-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31304-0) PMID:32534626

67 Die Reputation des Aufstehmännchens Neil Ferguson kam erst dann ins Wanken, als bekannt wurde, dass er sich selber nicht an die Lockdown-Regeln hielt.

63 W. O. Kermack & A.G. McKendrick. 1927. A Contribution to the Mathematical Theory of Epidemics. Proceedings of the Royal Society of London, Series A, Vol. 115, Issue 772 (Aug. 1, 1927), 700–721.

64 James H. Stock, Ökonomie-Professor an der Harvard Universität, Cambridge Massachusetts.



**Gewinn in der akademischen Community:** Unter Akademikern bekommt man Punkte, wenn man seine Prognose gut publizieren kann und wenn die Methodik, die zur Prognose führt, eindrücklich ist, oder dem state of the art des Fachgebiets entspricht. Ob die Prognose zutrifft ist hingegen selten Gegenstand der akademischen Bewertung.

**Der Filter der Medien:** Die Vertreter der bedrohlichsten Prognosen waren die lautesten und ihre Botschaften wurden – fatalerweise – von den staatlichen und sozialen Medien marktschreierisch verbreitet. Die harmloseren Voraussagen erhielten weniger Beachtung.

Das alles setzte die Regierung zusätzlich unter Druck. Der Bundesrat versuchte nun, die lautesten Kritiker in seine Expertengruppen zu integrieren, aber sind die Lautesten auch die Besten? Sogar der Schweizer Nationalfonds bezweifelt das.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Alexandra Bröhm, Plötzlich auf Dauersendung (im Fokus: Lehren aus der Pandemie); Horizonte Nr. 126, Sept. 2020, 16–19.

## 7 Stand das Gesundheitswesen vor dem Kollaps?

Eines der beiden Ziele des Lockdowns war, die Spitäler vor dem Zusammenbruch zu bewahren. Aber war das eine realistische Befürchtung?

Am 25. Februar nahm Bundesrat Alain Berset an einem Treffen europäischer Gesundheitsminister in Rom teil. Sie standen alle vor der Herausforderung, die COVID-19-Pandemie in ihrem Land einzudämmen. Alain Berset: «Ich habe (an diesem Tag) schnell begriffen, dass die Situation nicht mehr unter Kontrolle war in Italien.» (Le Temps 23.05.2020, Ü.d.V.).

Mitte April sagte die Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga: «Erinnern Sie sich an die erschreckenden Nachrichten aus Norditalien? Das war Ende Februar. Wir wussten damals, dass wir schnell und entschlossen handeln müssen, um ähnliche Szenarien in der Schweiz zu vermeiden. Es wäre verantwortungslos gewesen, wenn wir zuerst theoretische Überlegungen oder Berechnungen angestellt hätten.» (NZZ vom 18.04.2020).

Die Ursache der Bedrohung war in allen Ländern die gleiche: das neue Coronavirus. Die Bedrohung traf aber auf unterschiedlichste nationale Voraussetzungen. Hätte der Bundesrat nicht Zeit gehabt, die spezifischen Voraussetzungen der Schweiz in seine Überlegungen miteinzubeziehen? Stattdessen liess er sich von den Bildern aus Italien beeindrucken und übertrug die italienische Problematik mehr oder weniger unbesehen auf die Schweiz.<sup>69</sup> Er hätte die demografischen Unterschiede zwischen den beiden Ländern, die unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und vor allem die unterschiedliche Infrastruktur im Gesundheitswesen beachten können und sollen.

Mit anderen Worten: Hätte Italien die gleiche Altersstruktur wie die Schweiz und ein vergleichbares Gesundheitswesen, wäre es dort nicht zu den katastrophalen Auswirkungen des Coronavirus gekommen. Und der Bundesrat wäre kaum auf die Idee gekommen, die Schweizer Spitäler vor dem Ansturm von COVID-19-Patienten schützen zu müssen.

<sup>69</sup> Der Bundesrat stand im Austausch mit anderen Regierungen und hat – insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens – weitgehend das Gleiche beschlossen, wie die anderen europäischen Regierungen auch. Caspar Hirschi, Geschichtsprofessor an der Universität St. Gallen, meint: «Wir verstehen den bisherigen Verlauf der Coronakrise besser, wenn wir den Nachahmungszwang und nicht die Experten in den Mittelpunkt stellen. Der Zeitdruck ist das eine. Das andere ist der Rechtfertigungsdruck, der umso grösser wird, je eigenständiger man handelt.» (NZZ vom 02.05.2020)

Unter Berücksichtigung der Voraussetzungen in der Schweiz hätte Bundesrat Alain Berset am 16. März zum Beispiel sagen können:

«Wir sehen die erschreckenden Bilder aus Norditalien, wo die Spitäler von Patienten überrannt werden und Ärzte entscheiden müssen, wer ein Bett in der Intensivstation erhält und künstlich beatmet werden kann. In der Schweiz wird es nicht dazu kommen, weil wir über ein anderes Gesundheitswesen verfügen. Vier Punkte unterscheiden uns wesentlich von Italien:

1. Bei uns geht die Mehrheit der Menschen, die ein Gesundheitsproblem haben, zuerst zum Hausarzt und nicht direkt ins Spital. In Italien gehen die meisten in die Notfallstation im Spital. Wer noch nicht angesteckt war, wurde es spätestens in der überfüllten Wartezone des Spitals. In der Schweiz wird es keinen solchen Ansturm auf die Spitäler geben wie in Italien.
2. Wir haben pro 100 000 Einwohner viel mehr Spitalbetten als Italien, nämlich 375, in Italien sind es nur 275. In der Schweiz werden die Spitäler Platz haben für die Virus-Patienten, die tatsächlich ein Spitalbett benötigen. Die Spitäler werden geplante Operationen bei Bedarf, d.h. wenn tatsächlich viele Corona-Patienten kommen, absagen.
3. Das Virus ist vor allem für schon anderweitig erkrankte Menschen sehr gefährlich. Viele von ihnen gehören zu den älteren Menschen. In Italien beträgt der Anteil der Personen, die 65 Jahre oder älter sind, 22.4 Prozent, in der Schweiz sind es 18.0 Prozent. In der Schweiz sind anteilmässig weniger Personen stark gefährdet.
4. In Italien hat es nur 173 Pflegeheimbetten pro 10 000 Einwohner, die 65 und mehr Jahre alt sind. In der Schweiz haben wir 633 Pflegeheimplätze, also drei- bis viermal mehr. In Italien werden die alten, mehrfach erkrankten Menschen in vielen Fällen von ihren Familien versorgt. Dabei kommt es zu Ansteckungen der gefährdeten älteren Personen. Bei uns wohnen 90 000 betagte Menschen in Pflegeheimen. Die Mehrheit von ihnen hat mehrere chronische Erkrankungen. Sie sind die Personen mit dem grössten Risiko, eine Ansteckung nicht zu überleben. Deshalb gilt es, die Pflegeheime vor dem Virus zu schützen, u.a. mit regelmässigen Tests des Personals.»

Stattdessen entschied der Bundesrat, als wäre er in Italien, und verbot den Spitälern ab sofort, nicht dringlich angezeigte Eingriffe vorzunehmen. Er entschied das, ohne Rücksprache bei den Kantonen.<sup>70</sup> Tausende von geplanten Operationen wurden abgesagt. Während sechs Wochen standen in der Schweiz schätzungsweise 8000 von insgesamt 24 000 Spitalbetten leer.

Auch die Betten in den Intensivstationen waren zu keinem Zeitpunkt nur annähernd voll belegt. Die Schweiz zählt 1300 Intensivbetten. Im März wurde diese Bettenzahl auf 1500 erhöht. Am meisten COVID-19-Patienten hatte es in den Intensivstationen Ende März: Gerade 558 Patienten! Zusammen mit noch etwa 230 anderen Patienten belegten sie etwas mehr als die Hälfte der vorhandenen Intensivbetten, 560 Betten standen leer. (NZZ a.S. 10.05.2020) Auch hier muss eine realistische Pandemie-Politik die Statistik für das ganze Land im Auge behalten. Aussagen einzelner Chefärzte («Unsere Intensivstation war voll besetzt») mögen zutreffen und für die Lokalmedien interessant sein, haben aber für eine seriöse nationale Pandemie-Politik nur anekdotischen Wert.

Noch nie konnte das Spitalpersonal so problemlos Überstunden abbauen. Einzelne Spitäler meldeten sogar Kurzarbeit an. Selbst auf dem Höhepunkt der Krise waren im Tessin Ende März noch einige Spitalbetten frei (NZZ 16.05.2020). Hätte es in den Spitälern im Tessin oder später in den Kantonen Waadt und Genf mehr Patienten als Spitalbetten gehabt, hätten diese in die Deutschschweiz gefahren und geflogen werden können, wo sie von den Spitälern noch so gerne aufgenommen worden wären. Völlig kontraproduktiv war in diesem Zusammenhang die Politik im Kanton Waadt, wo Corona-Patienten aus dem Spital ins Pflegeheim verlegt wurden, obwohl sie noch ansteckend waren, um Spitalbetten für die erwartete Welle von COVID-19-Patienten frei zu machen. Das dürfte mit ein Grund dafür sein, dass die Waadt mit einem Anteil von 9% an der Schweizer Bevölkerung 21% der Schweizer COVID-19 Todesfälle aufweist.

Wie die Realität gezeigt hat, können die Spitäler durch die Absage von geplanten nicht dringenden Eingriffen, innert Tagen rund 8000 Betten frei machen. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 10 Tagen pro COVID-19-Patient sind das in zwei Monaten genügend Spitalbetten für 48 000 spitalbedürftige Virus-Patienten (60 Tage: 10 Tage x 8000 Betten). Das hätte auch gereicht, wenn die extremsten Prognosen eingetroffen wären. Wobei zu beachten ist, dass einige Pflegeheimbewohner mit Symptomen von COVID-19 bewusst nicht in ein Spital eingewiesen werden wollten.

Der Schutz der Spitäler vor zu vielen Virus-Patienten war für verschiedene Kenner der Spitalszene von Anfang an kein plausibler Grund für den Lockdown.

Der Lockdown war eigentlich zum Schutz vor einer Überlastung der Spitäler gedacht. Schon bald zeigte sich, dass der Lockdown selbst die medizinische

<sup>70</sup> Lukas Engelberger, Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz, in der NZZ vom 16.04.2020.

Versorgung einschränkte. Wie wirkte sich diese Pandemie-Massnahme auf (potenzielle) Spitalpatienten und Pflegeheimbewohnerinnen aus?

### 7.1 Die Auswirkungen auf den Spitalbereich

Die Aussage des Bundesrates, die Spitäler müssten davor bewahrt werden, von Corona-Patienten überlaufen zu werden, hatte eine negative Nebenwirkung: In der Bevölkerung entstand die Vorstellung, die Spitäler seien bis an den Rand mit Corona-Patienten gefüllt. Es ist nachvollziehbar, dass Kranke oder verunfallte Personen, die normalerweise eine Spital-Notfallstation aufgesucht hätten, deshalb Angst hatten, im Spital von den angekündigten Massen von Corona-Patienten angesteckt zu werden, und es vorzogen, mit ihrem Leiden zuhause zu bleiben. Es gab Spitäler, deren Notfallstation während Wochen von nur halb so vielen Patienten aufgesucht wurde, als sonst. Es ist anzunehmen, dass vor allem Bagatellfälle ausblieben. Aber vermutlich verzichteten auch Personen mit ernsthaften Beschwerden auf einen Besuch in der Notfallstation oder beim Hausarzt. Der Bundesrat verursachte ungewollt eine medizinische Unterversorgung im Land. Gemäss einer Umfrage des WIG<sup>71</sup> sanken zu Beginn des Lockdowns die Behandlungen bei Augen- und Zahnärzten um 80 % und mehr, bei Spitäler und Physiotherapeuten um 60% und mehr. Auch nach der Lockerung in der Woche vom 11. bis 17. Mai wurden weiterhin ca. 20% der medizinischen Behandlungen nicht beansprucht. Nicht-beanspruchte Behandlungen waren zu 67% geplante Termine, zu 31% ungeplante Termine und zu 3% Notfälle.

Schliesslich beschloss der Bundesrat, dass bis zu 8000 Armeeangehörige hätten aufgeboden werden können. In der Tagesschau vom 16. März sagte die Verteidigungsministerin Viola Amherd:

«Eine Mobilmachung der Armee in diesem Ausmass hat es seit dem zweiten Weltkrieg nicht mehr gegeben. Der Bundesrat ist sich der Signalwirkung dieses Entscheides bewusst. Er ist aber nötig, damit wir keine Zeit verlieren, um den erkrankten Personen zu helfen.»

Für die Armee mag diese Mobilmachung eine willkommene Übungsgelegenheit gewesen sein. Von einzelnen Ausnahmen abgesehen, war der Einsatz der Armee allerdings eher überflüssig. Viele Soldaten waren unterbeschäftigt.

Zumindest in der Deutschschweiz war kaum ein Spital ernsthaft auf die Hilfe der Armee angewiesen. Es gab sogar Armeeeinsätze in Spitälern, die Kurzarbeit angemeldet hatten! Gleiches war von Seiten der Zivilschützer zu vernehmen.

Mit der Mobilmachung der Armee signalisierte der Bundesrat, dass er alles in seiner Macht Stehende tut, um die Situation in den Griff zu bekommen. Oder sollte es die Signalwirkung des Armeeinsatzes sein, der Bevölkerung plausibel zu machen, dass die innere Sicherheit der Schweiz ernsthaft bedroht sei?

### 7.2 Auswirkungen auf die Bewohner in Pflegeheimen

Das zweite Ziel des Lockdowns war der Schutz der vulnerablen Bevölkerung. Die vulnerable Bevölkerung sind die Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ein gewisses Risiko haben, eine Ansteckung mit dem Coronavirus nicht zu überleben. Ein grosser Teil der vulnerablen Bevölkerung lebt in einem Pflegeheim, rund 90 000 betagte Menschen. 44% der jährlich 68 000 Todesfälle in der Schweiz erfolgen in einem Pflegeheim. Somit sterben jedes Jahr rund 30 000 Bewohnerinnen und Bewohner in einem Pflegeheim. Für die zwei Monate des Lockdowns – von Mitte März bis Mitte Mai – gibt das rund 5000 Todesfälle in Pflegeheimen, ohne Corona. Die meisten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind sich bewusst, dass sie in der letzten Phase ihres Lebens stehen. Sie erleben immer wieder, dass jemand neben ihnen stirbt. Etwas mehr als jeder zweite Todesfall mit oder an COVID-19 in der Schweiz geschah in einem Pflegeheim. Also gab es während den beiden Lockdown-Monaten neben den üblichen 5000 Todesfällen in den Pflegeheimen zusätzlich noch knapp 1000 Corona-Todesfälle.

«Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat Pflegeinstitutionen während des Lockdowns angewiesen, ein beidseitiges Besuchsverbot zu erlassen. Dies bedeutet sowohl, dass Besuche in den Abteilungen verboten sind, wie auch, dass es Bewohnern untersagt ist, das Gebäude zu verlassen, um ihre Angehörigen draussen zu treffen. (...) Die Leiterinnen und Leiter wurden zudem angewiesen, dieses beidseitige Besuchsverbot in die Hausordnung aufzunehmen und mit einer Vertragsauflösung bzw. einer Betreuungsaufkündigung durch die Institution zu drohen, sollten sich Bewohner oder ihre Angehörigen nicht an die Weisungen halten.»<sup>72</sup>

Die Bewohnerinnen und Bewohner mussten während zwei Monaten auf Besuche ihrer Kinder, Enkel und Freunde verzichten. Viele dieser Schwächsten

71 Seit Ende März regelmässig durchgeführte Panelbefragung zur Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch die Schweizer Bevölkerung, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) & Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.

72 Andrea Grünenfelder, in NZZ vom 19.05.2020

und Kränksten waren nicht in der Lage, elektronische Kommunikationsmittel zu nutzen. Menschen mit Demenz erkannten nach dem Lockdown ihre Angehörigen nicht mehr, weil die Demenz sich verstärkt hatte. Der zwischenmenschliche Kontakt war auf Begegnungen mit dem Personal des Heims beschränkt. Umso mehr hatte das Personal in den Heimen zu tun, galt es doch, die ausbleibenden familiären Kontakte und die ebenfalls verbotenen Einsätze von Freiwilligen so gut wie möglich zu kompensieren.

Schweizweit führte das Besuchsverbot dazu, dass 5000 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner ohne Kontakt zu ihren Angehörigen sterben mussten, und das, um sie vor dem Virus zu schützen! Im Licht des nicht seltenen Falls einer 95-jährigen Bewohnerin, die regelmässig fragt, wann sie endlich sterben dürfe, erscheint das Besuchsverbot geradezu als zynische Massnahme. Zum Glück haben einige Pflegeheimleiterinnen einem oder mehreren Kindern der Sterbenden den Zutritt erlaubt.

Nicht nur die 5000, die ohne und die 1000, die mit oder an dem Virus verstorben sind, sondern auch die übrigen 84 000 betagten Menschen in den Pflegeheimen wurden während zwei Monaten unter Hausarrest gestellt. Die Stadt Winterthur hat etwas weniger Einwohner. Es ist unvorstellbar, dass eine ganze Stadt wie Winterthur während zwei Monaten unter Hausarrest gestellt würde. Mit den vulnerabelsten Menschen in der letzten Lebensphase wurde das gemacht – um sie vor einer Ansteckung zu schützen(!). Ihre Lebensqualität und die Lebensqualität ihrer Angehörigen wurden, gelinde gesagt, beeinträchtigt, nicht vom Virus, sondern durch eine Gesundheitspolitik, die den Tod als Teil des Lebens verdrängt.

Nikola Biller-Andorno<sup>73</sup> fragt mit Recht: «Schützen wir die Risikogruppe wirklich am besten, wenn unser einziges Ziel darin besteht, ihr Leben maximal zu verlängern? Was haben wir davon, wenn die Leute zwar nicht erkranken, sie aber keine Freude mehr am Leben haben, weil ihnen der Austausch mit Angehörigen fehlt?» Diese Frage soll nicht paternalistisch beantwortet werden, sondern von den Betroffenen selber. «Wir müssen wissen, was ihnen wichtig ist.» (NZZ 27.05.2020)

Über das Pflegeheim hinaus gilt: Gerade in Krisen suchen Menschen Nähe zu anderen Menschen. Zwei Meter Abstand und «Bleibt zuhause!» fordern Distanz zwischen Menschen. Diese Massnahmen sind zur Einschränkung der Epidemie angezeigt, aber sie nehmen den Menschen gleichzeitig etwas, das sie zur individuellen Bewältigung der Pandemie brauchen.

---

73 Nikola Biller-Andorno ist Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte an der Universität Zürich

## 8 Verzerrung statt statistischer Evidenz

Zu Beginn einer Pandemie ist der Überblick wohl das erste, was verloren geht. Das ist normal, ja geradezu fester Bestandteil einer solchen Krise. Auch tadelt niemand den Bundesrat dafür, dass er in der Startphase die Entscheide im Blindflug treffen musste, eine Formulierung, die Berset selber ins Spiel brachte. Die Kritik setzt erst im Lauf der Zeit ein, als der Bundesrat immer noch von Blindflug sprach, wo es doch inzwischen möglich gewesen wäre, einige Navigationsgeräte einzurichten und zu kalibrieren. Man wurde den Eindruck nicht los, das Motto laute: «Die falsche Zahl zur falschen Zeit.»

Schon die Statistik, also der Rückspiegel, befriedigte nicht. Die vom BAG veröffentlichten Zahlen waren nicht tagesaktuell. Und sie zeigten nicht das ganze Bild. Weil anfänglich nur Personen mit Symptomen getestet wurden nicht aber die ohne Symptome, war nicht ersichtlich, wie viele tatsächlich infiziert waren. Dementsprechend wurde die Sterberate viel zu hoch ausgewiesen. Das führte dazu, dass die Gefährlichkeit des Coronavirus überschätzt wurde. Und das führte weiter dazu, dass viele Massnahmen im Nachhinein unverhältnismässig erscheinen. Ungenaue Daten führen in die Irre.

Betrachtete man die unzähligen (aber trotzdem auffällig monotonen) Diagramme in den Medien und den amtlichen Verlautbarungen, fragte man sich je länger je mehr, ob hinter den Darstellungen nur Unvermögen oder nicht doch Absicht stecke. Neudeutsch spricht man von Framing. Denn, dass Statistiken manipuliert werden, ist so alt wie die Statistik.<sup>74</sup> Im Folgenden wenden wir uns im Schnelldurchgang den wichtigsten Methoden der Verzerrung von Corona-Daten zu.

### 8.1 Was ist Framing?

Was ist Framing? Vor Jahren zirkulierte ein Witz über einen Wettlauf zwischen Ronald Reagan und Michail Gorbatschow. Reagan gewann – und was schrieb die Prawda? Sie lobte Gorbatschows ehrenhaften zweiten Platz und spottete über Reagan, der es nur auf die zweitletzte Position der Rangliste geschafft hatte. Das ist Framing.

Die Übersetzung von Frame lautet «Bilderrahmen» oder «Einzelbild». Indem die Wirklichkeit durch einen Rahmen eingegrenzt wird, lässt sie sich mani-

<sup>74</sup> Ein amüsanter (und preisgekrönter) Überblick liefert Walter Krämer, 2015, So lügt man mit Statistik, Campus/Frankfurt.



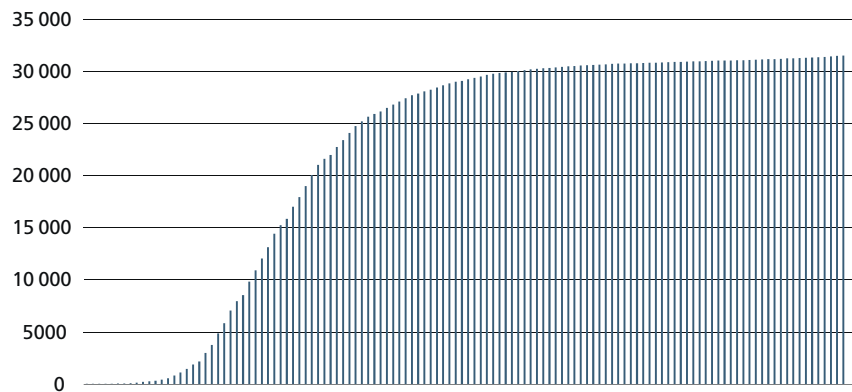
pulieren. Das Beispiel der Prawda ist dabei Framing für Fortgeschrittene, da hier so getan wird, als würden zwei verschiedene Einzelbilder gezeigt, nämlich einmal der Kopf und einmal das Ende der Rangliste, in Wirklichkeit aber zweimal dasselbe beschrieben wurde. Genau solches Framing verfolgte uns während dieses Lockdowns auf Schritt und Tritt.

Wir präsentieren hier die prominentesten Tricks, schliessen das Kapitel aber mit einer Liste von Tipps zum Anti-Framing.

## 8.2 Trick 1: Summen statt Tagesdaten

Es beginnt damit, dass uns oft aufsummierte Werte und nicht Tagesdaten vermittelt wurden. Abb. 8.1 zeigt die Summe aller in der Schweiz nachgewiesener Infektionen mit Corona. Sie beginnt bei Null und steigt auf 31 500 an. Es dominiert das Bild einer stetig ansteigenden Bergflanke mit erdrückenden Ausmassen. Denn auch an den Tagen, an denen kein einziger Infizierter zur Gruppe der bereits Gezählten dazu kommt, erscheint im Bild ein wuchtiger zusätzlicher Balken.

**Abbildung 8.1: Aufsummierte Anzahl infizierter Personen in der Schweiz (1. Welle)**



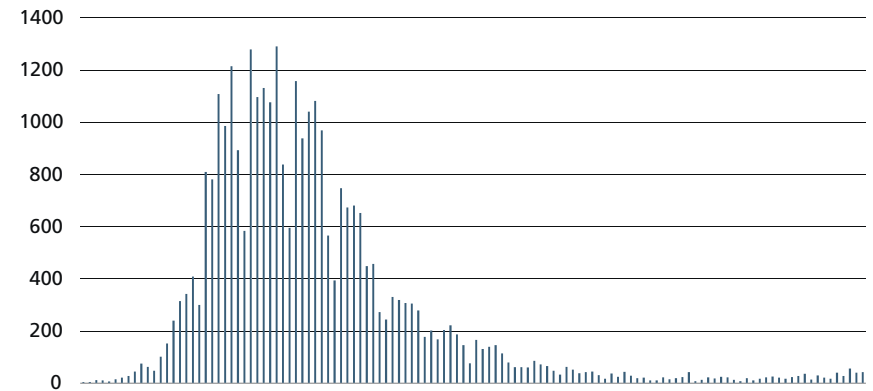
(BAG Daten, 26.02. – 26.06.2020)

Der optische Trick wird noch deutlicher, wenn wir uns bewusst machen, was wir sehen. Wir sehen nicht die Summe von 31 503 Fällen. Das entspricht nur der Höhe des allerletzten Balkens. Links davon steht ein Balken von 31 461 Fällen usw. Die Fläche der Balken entspricht der Summe aller Summen, 2 714 414.

Mit dieser Zahl kann niemand etwas anfangen. Sie ist völlig bedeutungslos, entfaltet aber dennoch ihre optisch deprimierende Wirkung.<sup>75</sup>

Was wäre die korrekte Darstellung? Ganz einfach: die Fälle pro Tag. In Abb. 8.2 zeigt sich die berühmte erste Welle, von der alle sprechen. Sie ist 24-mal kleiner, als die kumulierte Kurve, erreicht ihren Höhepunkt bereits am 27.03. und fällt von da an stetig ab oder dümpelt auf kleinen Werten weiter. Wenn wir hier die Balken zusammenzählen ergibt sich ein ebenfalls aussagekräftiger Wert: Die Summe aller in der Schweiz infizierter, nämlich 31 503.

**Abbildung 8.2: Anzahl infizierter Personen in der Schweiz pro Tag (1. Welle)**



(BAG Daten, 26.02.–26.06.2020)

Was diese Darstellung an Beruhigung und Zuversicht ausstrahlt, fehlt in Abb. 8.1. Dort werden die Verstorbenen am 27. Februar in jedem einzelnen Balken wieder und wieder repliziert. Sinnfrei aber Angst einflössend. Und noch heute ist Abb. 5.4 die auf Worldometer zuerst präsentierte Grafik zu jedem einzelnen Land.

## 8.3 Trick 2: Corona-Todesfälle isoliert betrachtet

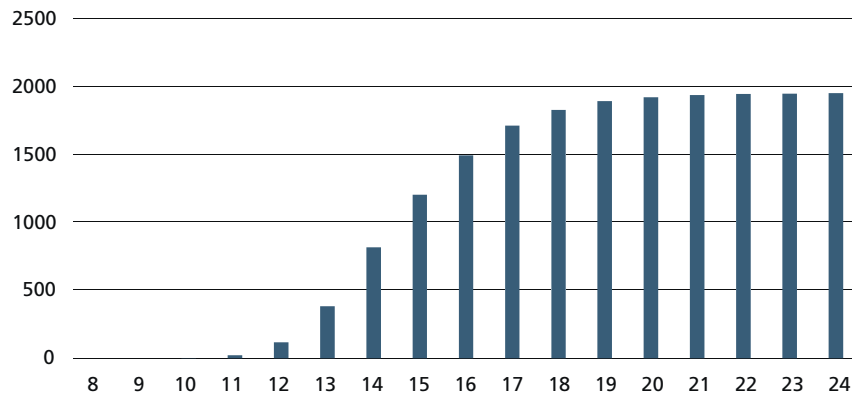
Auch kumulierte Werte lassen sich mehr oder weniger erdrückend darstellen. Betrachten wir dazu die Anzahl in der Schweiz an (oder mit) COVID19 verstorbenen Personen. Wir wählen die aufsummierte Darstellung der Todesfälle

<sup>75</sup> Wer es genau wissen will: Die Zahl 2 714 414 entspricht der Summe aller Tage während denen die statistisch erfassten Infizierten Einwohner statistisch erfasst waren. Sagten wir es doch: Eine Zahl, die niemanden interessiert.

pro Woche und erkennen in Abb. 8.3 das bereits vertraute Bild der furcht-einflössenden Bergflanke.

Es gab eine Phase, während der uns diese Zahl täglich bei jeder Nachrichten-sendung eingepaukt wurde. Seit Juli hat nun in den Nachrichten die tägliche Anzahl Neuinfizierter die Todesfälle verdrängt. Auch das ist Framing. Die Todesfälle geben in diesem Monat nichts mehr her. Also wechselt man ganz einfach auf eine andere Masszahl. Mehr dazu weiter unten. Kommen wir zuerst noch einmal auf die kumulierten Todesfälle zurück, denn auch für Corona-Verstorbene gibt es einen Kontext (genauso wie den anscheinend so ehrenvollen «zweiten Platz» Gorbatschows, der im richtigen Kontext nichts anderes als der «letzte Platz» war).

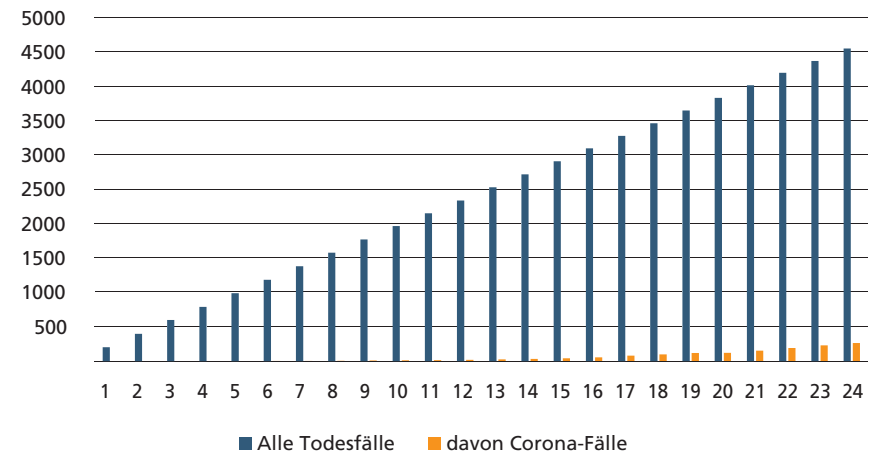
**Abbildung 8.3: Aufsummierte Anzahl Corona-Todesfälle pro Woche (1. Welle)**



(BAG Daten, 17.02.–14.06.2020)

Wird der naheliegende Kontext dargestellt, nämlich die übrigen Todesfälle der Schweiz, dann verlieren die COVID-19 Todesfälle viel von ihrer Bedrohlichkeit. Man muss nun schon genau hinschauen, um sie in Abb. 8.4 am Fusse der grossen Balken nicht zu übersehen.

**Abbildung 8.4: Aufsummierte Anzahl Todesfälle in der Schweiz pro Woche verglichen mit der Anzahl an Corona-Todesfällen**



(BfS & BAG Daten bis 14.06.2020)

Es drängt sich jedoch noch ein anderer Vergleich auf, der kaum je publiziert wurde. Der Vergleich mit anderen, von Grippewellen betroffenen Jahren. Weiter oben, in Kapitel 5.2, Abb. 5.2, zeigen wir den Corona-Peak flankiert vom Grippe-Massiv 2017 und 2015 und dem kleinen Ausbruch der Sommer-Grippe 2015. Auch das keine aufsummierten Zahlen, sondern Werte pro Woche!

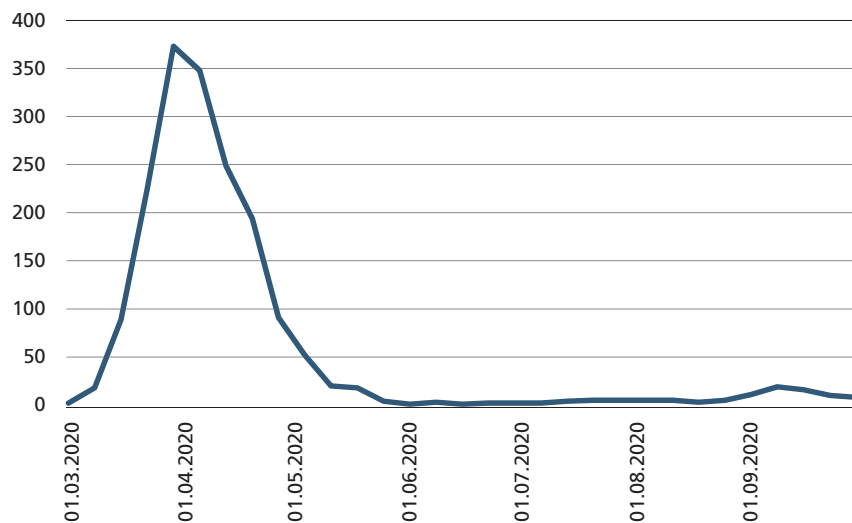
Auch da verliert das Corona-Jahr seine Besonderheit. Es zeigt einen spitzen Berg, während im Jahr 2015 überdurchschnittlich viele Menschen während eines längeren Zeitraums gestorben sind. Niemand hat 2015 von einer «besonderen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit» gesprochen. In jenem Jahr entsprach der Grippe-Impfstoff nicht dem Grippe-Virus. Die Zahl der Todesfälle im Alter von 60 und mehr Jahren lag um 3627 (+6.3%) höher als im Vorjahr und sank im folgenden Jahr um 2394 (-3.9%). Kaum jemand hat das bemerkt.

## 8.4 Wir basteln uns eine zweite Welle

Mit dem Aufkommen der zweiten Welle, oder dem, was man als solche ausgab, feierte das Framing wieder fröhliche Urstände. In den anderen Kapiteln des Buches bezeichnen wir die Zeit von Juni bis Oktober als «Zwischenphase». In diesem Kapitel wollen wir nun aber anders vorgehen und uns aus der Zwischenphase eine möglichst eindrückliche «zweite Welle» basteln, wobei wir immer mit denselben statistischen Daten arbeiten, der Anzahl Todesfälle, der Anzahl Infizierter und der Anzahl Tests (jeweils pro Woche).

Zuerst geht es darum, die «für unsere Zwecke» geeignete Zahl heranzuziehen. Naheliegender wäre es, die gefährlichste Zahl, die Anzahl Todesfälle pro Woche, zu verwenden:

Abbildung 8.5: Todesfälle pro Woche

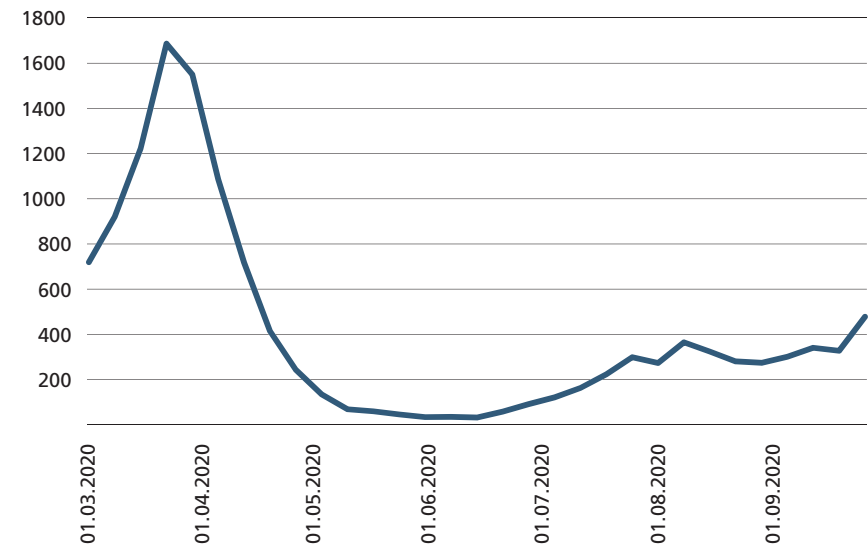


(BAG Daten vom 01.03. bis 03.10.2020)

So eindrücklich die erste Welle, umso mickriger ist die «zweite», um die es uns ja geht. Die Spitze, die gerade noch auszumachen ist, geht auf einen lokalen, begrenzten Ausbruch in einem Freiburger Pflegeheim zurück.

Ersetzen wir daher die Anzahl Todesfälle durch die Anzahl Infizierter, wie es Radio und Fernsehen auch gemacht haben. Seit Juni verkünden sie nicht mehr die täglichen Todesfälle, sondern die Anzahl Infizierter.

Abbildung 8.6: Infizierte pro 10000 Tests pro Woche

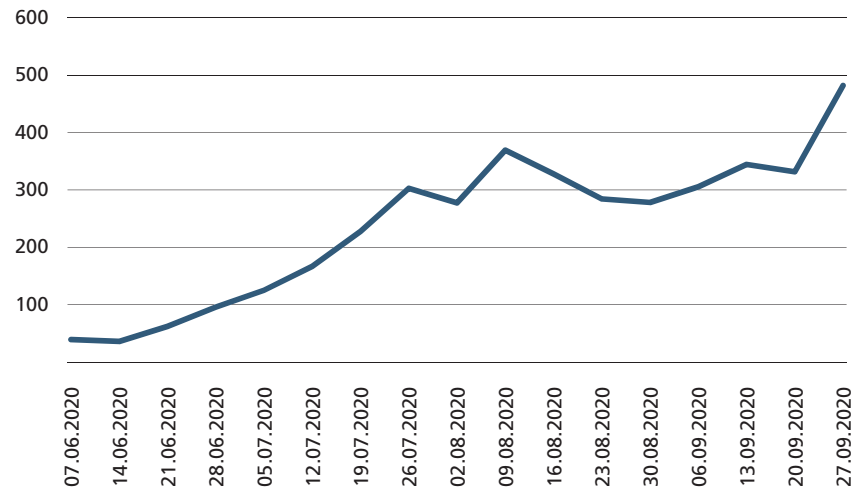


(BAG Daten vom 01.03. bis 03.10.2020)

Es hat sich herumgesprochen: Wo mehr getestet wird, da gibt es mehr Infizierte. Deshalb bereinigen wir diese Verzerrung und präsentieren die Infizierten pro 10 000 Tests. Das ergibt immerhin einen Anstieg in der zweiten Jahreshälfte, der aber immer noch vom Anstieg im Lockdown vom Frühling klar in den Schatten gestellt wird.

Das lässt sich einfach beheben, und zwar mit Framing im eigentlichen Sinne des Wortes. Wir beschränken uns auf einen Bildausschnitt und schneiden die erste Welle weg.

Abbildung 8.7: Infizierte pro 10 000 Tests und Woche

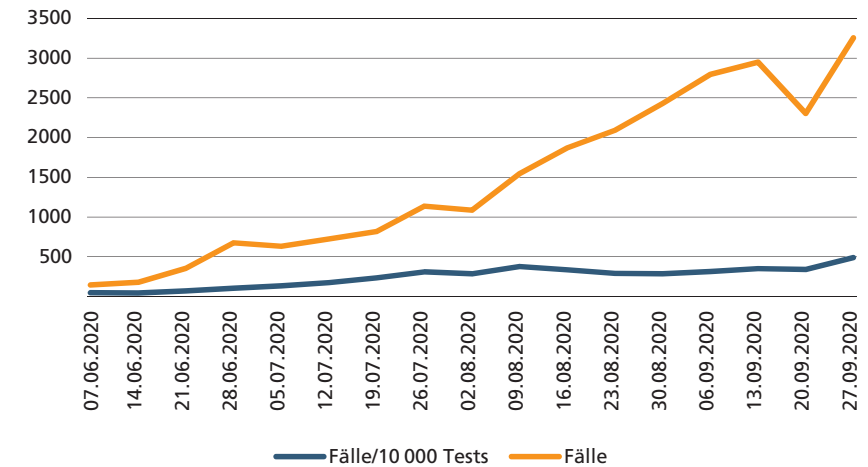


(BAG Daten vom 07.06. bis 03.10.2020)

Das ist nun keine maliziöse Erfindung der Autoren. Auf der Homepage «COVID-19 Information» wurde haargenau das gemacht. Nun steigen die (verbleibenden!) Infektionszahlen in wildem Galopp von links nach rechts an. Das Maximum hat sich nun zum 3. Oktober verschoben.

Natürlich steigen die Infizierten mit steigender Anzahl Tests. Aber die Infizierten pro 10 000 Tests ist eine künstliche Zahl. Warum nicht die ursprünglichen Daten verwenden, zumal sie viel beeindruckender aussehen?

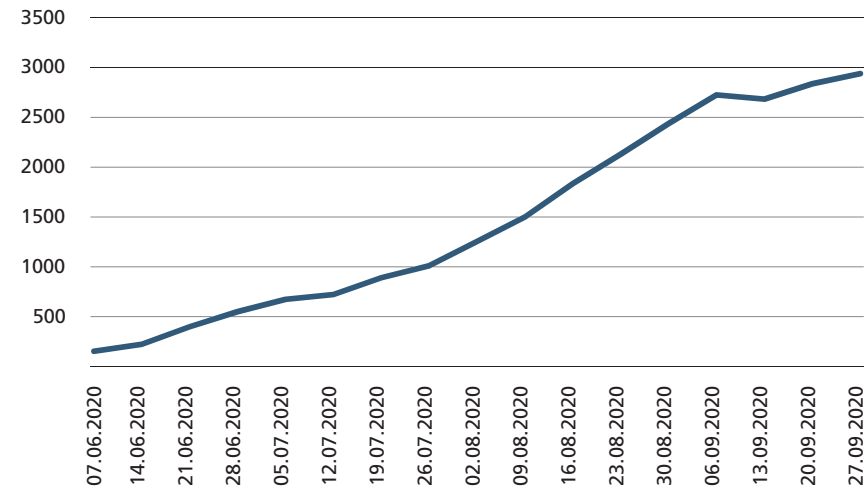
Abbildung 8.8: Infizierte pro 10 000 Tests und absolut pro Woche



(BAG Daten vom 07.06. bis 03.10.2020)

Wir sehen: Schon erklimmen die Daten den Gipfel von 3247 Infizierten. Was stört, ist dieser Einbruch in der Woche zuvor. Aber auch der lässt sich mit einem gleitenden Durchschnitt beheben.

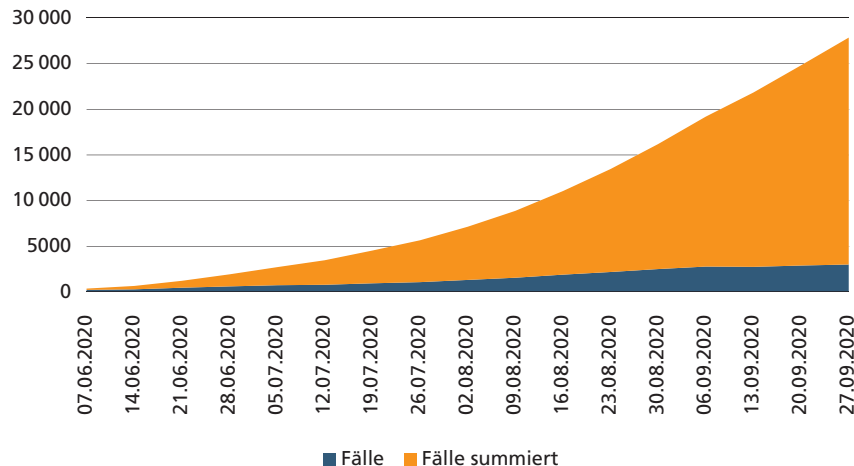
Abbildung 8.9: Anzahl Infizierte pro Woche (geglättet)



(BAG Daten vom 07.06. bis 03.10.2020)

So, nun steigt unsere «zweite Welle» nahezu gleichmässig an, wenn auch nicht exponentiell und auch nicht auf sehr hohe Werte. Was lässt sich da noch machen? Uns bleiben noch (mindestens) zwei Tricks: Die Umstellung auf kumulierte Werte und das Ausmalen der Fläche unter den Kurven.

**Abbildung 8.10: Anzahl Infizierte**



(kumulierte BAG Daten vom 07.06. bis 03.10.2020)

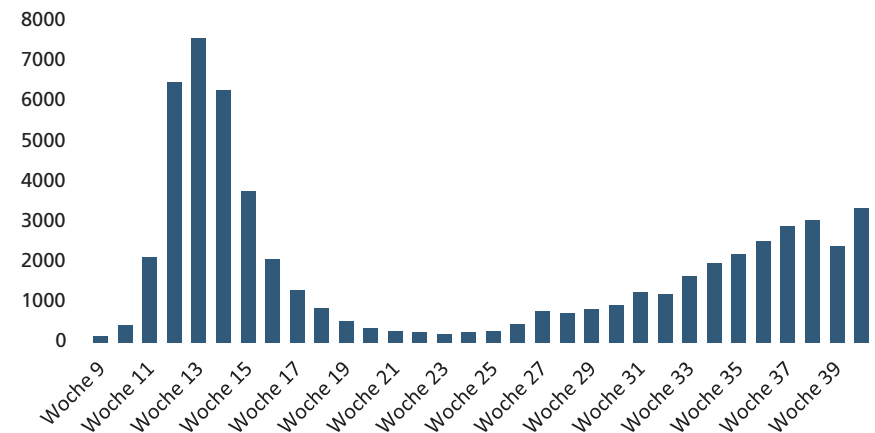
Nun sieht die Sache doch viel überzeugender aus. Die Werte steigen nun unaufhaltsam und gleichmässig auf schwindelerregende 25 000 Infizierte und die bedrückend grosse Fläche (die wiederum nichts Sinnvolles aussagt) verleiht der ganzen Szenerie die bedrohliche Note.

Wenn Abbildung 8.10. mit 8.5 verglichen wird, würde man nicht glauben, dass beide Darstellungen dieselbe «zweite Welle» beschreiben.

### 8.5 Kein exponentielles Wachstum – Framing für Fortgeschrittene

Zu Beginn der Coronakrise beherrschte ein Thema alle Kanäle: Das unheimliche exponentielle Wachstum. Waren es Ende Februar noch 45 Infizierte, so waren es eine Woche darauf bereits 320, dann 2017 und schliesslich 6372. Mit 7477 war dann der Höchststand erreicht (vgl. Abb. 8.11). Nun hat diese Zahlenreihe einen Haken. Wer sucht, der findet. Wer mehr testet, der wird auch mehr Infizierte finden. Innert vier Woche stieg die Anzahl durchgeführter Tests um das 34-Fache. Kein Wunder, stieg die Anzahl Infizierter so stark an.

**Abbildung 8.11: Anzahl Infizierte pro Woche**



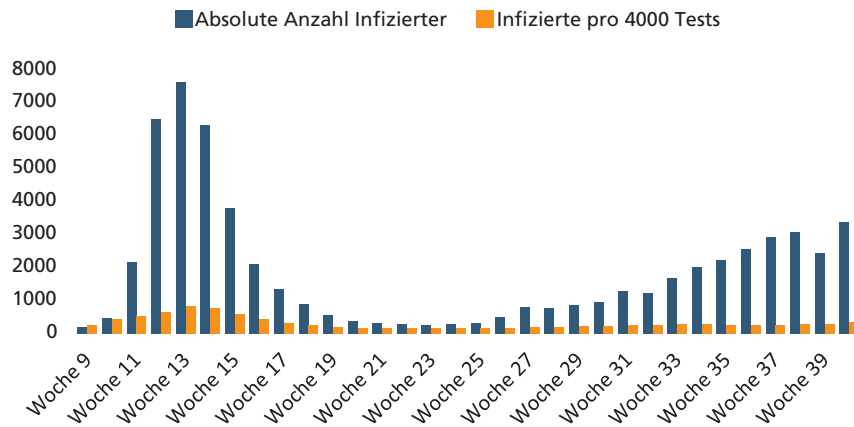
(BAG Daten vom 23.02. bis 03.10.2020)

Ähnliches gilt für die Zwischenphase. Auch hier hinkt der direkte Vergleich. Was in der ersten Welle in sieben Wochen an Tests eingesetzt wurde, wird Ende September in drei Wochen verbraucht. Wir sagen nicht, dass das richtig oder falsch sei. Wir sagen nur, dass das die Anzahl Infektionen mitbeeinflusst.

Wenn nun dieser Anstieg in der Testhäufigkeit korrigiert wird und unterstellt wird, in allen Wochen werde gleich oft getestet wie in der zehnten, ergibt das ein völlig anderes Bild (Abb. 8.12). Plötzlich verliert die Anzahl Infizierter ihre Bedrohlichkeit und dümpelt irgendwo am unteren Rand der Grafik vor sich her.<sup>76</sup> Also alles halb so schlimm? – Nein, nur «Gegen-Framing» vom Feinsten.

<sup>76</sup> Dasselbe weisen Reiss und Bhakdi (S. 63) für Deutschland nach, wobei auch ihrer Grafik derselbe Vorwurf des «Gegen-Framings» gemacht werden kann, den wir im Folgenden diskutieren.

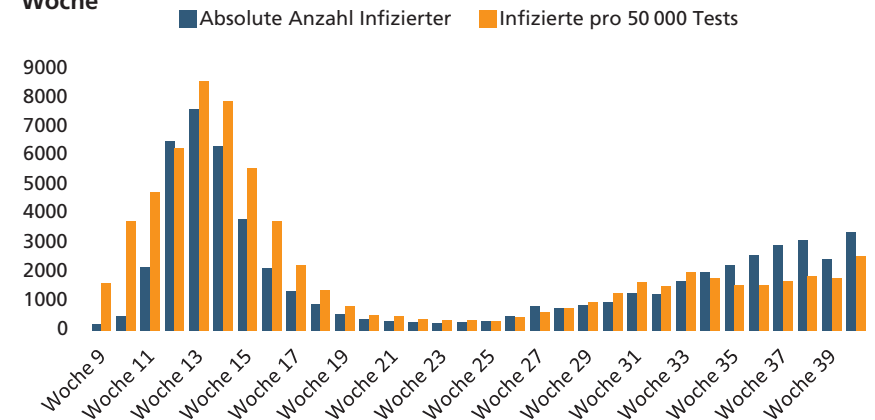
**Abbildung 8.12: Anzahl Infizierte absolut und bezogen auf 4000 Tests pro Woche**



(eigene Berechnung mit BAG Daten vom 23.02. bis 03.10.2020)

Was spielt sich hier ab? – Die orange Balkenreihe bezieht sich auf 4000 Tests pro Woche, das entspricht der sehr niedrigen Testhäufigkeit in Woche 10. Es ist nur dieser Bezugspunkt, der die Balken geradezu verzerrt. Aber, und das ist das manipulative an der Darstellung, genauso gut lassen sich die Balken zu Riesen aufblasen (die sie nicht sind). Wenn wir als Bezugsgrösse die 50 000 Tests der Woche 29 verwenden, sieht die Sache ganz anders aus. Abbildung 8.13 suggeriert, der Peak der ersten Welle sei sogar unterschätzt worden.<sup>77</sup>

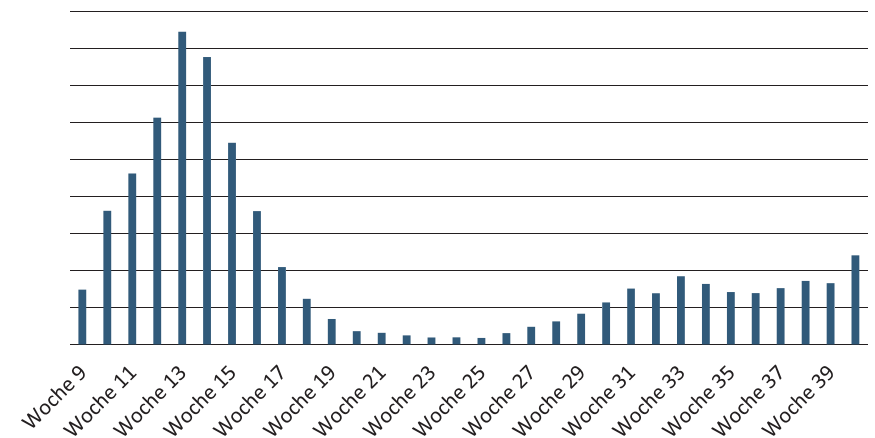
**Abbildung 8.13: Anzahl Infizierte absolut und bezogen auf 50 000 Tests pro Woche**



(eigene Berechnung mit BAG Daten vom 23.02. bis 03.10.2020)

Der Unterschied zwischen Abb. 8.12 und 8.13 entsteht lediglich durch eine Verschiebung der Bezugsgrösse. Die Bezugsgrösse ist aber grundsätzlich bedeutungslos. Entscheidend sind die Infektionsraten, d.h., die Anteile der Infizierten an den pro Woche getesteten Personen.

**Abbildung 8.14: Infektionsraten pro Woche**



(eigene Berechnung mit BAG Daten vom 23.02. bis 03.10.2020)

Nun können wir 8.11 und 8.14 vergleichen. 8.11 ist die korrekte Grafik, wenn man wissen will, wie viele Infizierte zu welchem Zeitpunkt den Behörden

<sup>77</sup> Wir danken PD Dr. Christian Schmid, Leiter CSS Institut (Luzern), für diesen kritischen Hinweis.



bekannt waren. Die «Wahrnehmung» der Pandemie stieg in den Wochen 9 bis 12 «exponentiell» an.

Die Pandemie tat das aber nie. Abb. 8.14 zeigt den Verlauf der Ansteckung, und dieser verlief linear, also geradlinig von Woche 3 bis Woche 13. Und auch in den Wochen 25 bis 33 liegt ein gleichmässiger Anstieg zu Grunde und keine explosionsartige Entwicklung.<sup>78</sup>

Und auch die Zwischenphase steht in anderem Licht da. Sie endet bereits in Woche 36, worauf unmittelbar eine dritte Welle einsetzt. Und das (lokale) Maximum in Woche 40 liegt tatsächlich 72% und nicht scheinbar 57% unter dem Peak der ersten Welle. (Denn für diesen Vergleich ist wiederum Abb. 8.14 die richtige.)

## 8.6 Maximales Framing

Maximales Framing ist dann gegeben, wenn der Rahmen (eben «the frame») alles verbirgt und nur noch den Blick auf einen einzigen Datensatz pro Tag freilässt.

Auf der Homepage des BAG ist jeweils nur die aktuelle Anzahl an Personen in Quarantäne zu finden. Möglich, dass man mit dem Herunterladen riesiger gezippter Dateien irgendwann noch weitere Angaben finden könnte, aber wir sprechen ja hier vom «Schaufenster» und vom «Fensterrahmen». Die uns verfügbaren Daten sind die im Laufe der Monate zufällig notierten Werte.

Wer die explosionsartige Entwicklung im vorangegangenen Abschnitt vermisst hat, würde sie hier bei den Quarantänen finden (vgl. Abbildung 3.1). Waren es im Juni einige hundert Personen in Quarantäne, so sind es im Oktober einige Zehntausend.

Wie wir verschiedentlich gezeigt haben, sind die schweren medizinischen Konsequenzen von COVID-19 in der Zwischenphase massiv zurückgegangen. Einschränkung droht den Jungen in diesem Land hauptsächlich von den Quarantänenvorschriften. Die Kosten sowohl individuell als auch für die Wirtschaft sind immens. Die aktuellen 31 000 Personen in 10tägigem Hausarrest entsprechen 310 000 Tagen. Das entspricht einem Äquivalent von 1550 Jahresstellen (abzüglich Homeoffice; Tendenz stark steigend).

In der Woche vom 06.10. bis zum 12.10. kamen auf jeden Todesfall 15 300 Quarantäne-Tage. Es versteht sich von selbst, dass das BAG um diesen «Lock-down light» wenig Aufhebens macht.

## 8.7 Wie sollen Statistiken gelesen werden?

Wie sollen nun aber Statistiken zu Corona (aber auch sonst) gelesen werden? Hilfreich dürften die folgenden sieben kritischen Fragen sein:

1. Wird mir eine Zahl isoliert präsentiert oder wird sie in einem sinnvollen Kontext vermittelt?
2. Wird die Zahl nur aufaddiert gezeigt und wenn ja, ist das überhaupt sinnvoll?
3. Wird mir die Zahl eingeschränkt auf einen bestimmten Zeitraum gezeigt und wäre das davor oder danach auch relevant?
4. Sehe ich sogar nur einen einzigen Zeitpunkt und warum?
5. Kann die gezeigte Zahl tatsächlich das belegen, was im Artikel oder Video diskutiert wird?
6. Fehlt es ganz grundsätzlich an Zahlen und wird nur von «es gibt», «es kommt vor», «es ist nicht auszuschliessen, dass» gesprochen? Und könnte das nicht auch ein Indiz dafür sein, dass das besprochene Problem selten und irrelevant ist?
7. Und bei Prozent-Zahlen: Ist mir bewusst, was die 100%-Basis ist? Und ist es bei mehreren Prozent-Zahlen immer auch dieselbe Basis?

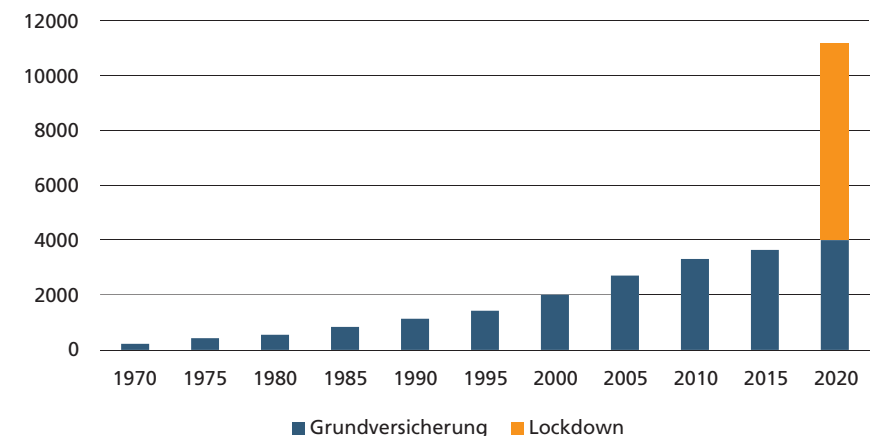
<sup>78</sup> Mit dieser Feststellung befinden wir uns in guter Gesellschaft mit dem Nobelpreisträger Prof. Michael Levitt von Stanford.

## 9 Kosten-Nutzen-Analyse des Lockdowns

Es ist in letzter Zeit so viel von Milliardenbeträgen die Rede, dass viele die Relationen verloren haben. Der Lockdown war in vielerlei Hinsicht ein völlig aussergewöhnliches Ereignis, auch in finanzieller. Ein erster Eindruck vermittelt Abb. 9.1. Hier setzen wir die Lockdown-Kosten pro Kopf in Bezug zu den Kosten der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung. Diese ist immer wieder im Gespräch, weil ihre Prämien Jahr für Jahr steigen und dieser Anstieg als belastend empfunden wird.

Abb. 9.1 zeigt nun, dass der Kostenanstieg 2020, dominiert von den Lockdown-Kosten, alle bisherigen Kostenanstiege bis 1970 zurück (ja sogar bis 1915) in den Schatten stellt. Einen solchen Kostensprung gab es in der jüngeren Schweizergeschichte noch nie.

**Abbildung 9.1: Kosten der Krankenpflegegrundversicherung plus die Lockdown Kosten pro Kopf**



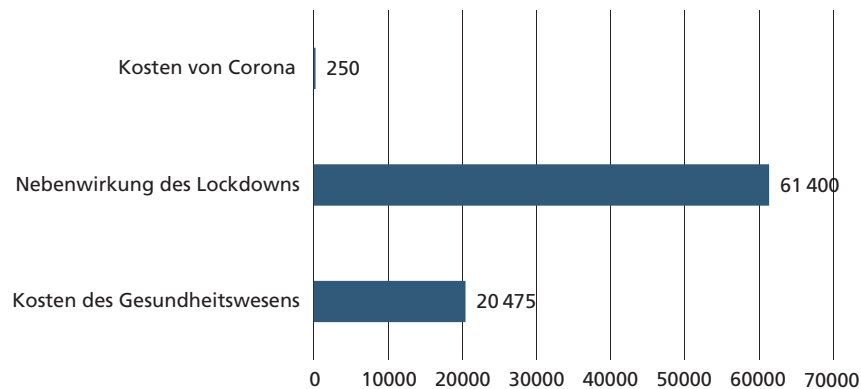
(Quelle: Beck, Risiko Krankenversicherung, 2013; OKP Statistik & eigene Berechnungen gemäss Text)

### 9.1 Was kostet der Lockdown?

Eigentlich würde man zuerst fragen: Was kostete uns Corona? Zu den direkten Kosten zählen wir die Behandlungskosten (im Spital) und die Kosten der Tests. Erstere lassen sich einer Berechnung des BAG und der Krankenversicherer

vom 25. Juni 2020 entnehmen,<sup>79</sup> die Kosten der Tests multipliziert mit der vom BAG publizierten Anzahl ergibt den zweiten Kostenblock.<sup>80</sup> Beides zusammen ergibt rund 250 Millionen Franken in drei Monaten, wobei die Tests mit 53% mehr als die Hälfte ausmachen.

**Abbildung 9.2: Kosten der ersten Welle in Mio. Franken**



(Quellenangaben im Text, alle Werte für das Lockdown-Quartal 2020.)

250 Millionen für sich allein genommen, sind viel Geld. Im Vergleich zu den Kosten der Lockdown-Nebenwirkungen, den 61,4 Milliarden, schrumpft ihre Bedeutung auf 4 Promille und die Nebenwirkungen machen 99.6 % aus. Wäre der Lockdown ein Medikament, es würde wohl kaum amtlich zugelassen.

Die Kosten der Nebenwirkungen umfassen die zusätzliche Verschuldung des Bundes von etwas über 20 Mia. Franken (Schöchli, NZZ, 25.06.20). Darin macht die Unterstützung der Arbeitslosenversicherung den Löwenanteil aus. Weitere Corona-bedingte Ertragsreduktionen, zum Beispiel die der AHV, der SBB, der Postautobetriebe etc. werden wahrscheinlich noch dazu kommen. Ferner gibt es gemäss SECO im ersten und zweiten Quartal einen Einbruch des Bruttoinlandsprodukts um 21,4 Milliarden.<sup>81</sup>

Dabei unterschätzt das BIP die Kosten, denn alle dringend notwendigen Ersatzinvestitionen, z.B. die Ausrüstung einer Belegschaft mit Laptop und Kommunikationssoftware für das Home-Office, gehen als Steigerung des BIP in die BIP-Quartalsrechnung ein. Wir schätzten darum diesen Zusatzaufwand, den Firmen und Private tragen mussten, sowie die vielen schwer quantifizierbaren immateriellen Kosten (das einsame Sterben in Abwesenheit der Nächsten, der signifikant gesenkte Schulerfolg für schwache Schüler etc.) auf 20 Mia. Franken und erhalten damit ein Total von 61,4 Mia. Franken.

Vergleicht man die Gesamt-Kosten von Corona, 61 650 000 000 Franken, mit den Kosten des gesamten Gesundheitswesens während dreier Monate, also 20 475 000 000 Fr.<sup>82</sup> dann sieht man, dass die Behandlung und Vermeidung sämtlicher Krankheiten in der Schweiz, also jedes Spitalbett, jeder Besuch in der Arztpraxis, jedes Medikament, jede Physio-Stunde, jeder Besuch der Spitex etc. etc., all das zusammen dreimal weniger gekostet hat, als die Bekämpfung dieser einen Krankheit COVID-19.

Und auch wem die 61,7 Mia. zu hoch erscheinen mögen, der muss zur Kenntnis nehmen, dass bereits die Zusatzverschuldung des Bundes für sich allein genommen das Ausmass der normalen Gesundheitskosten verdoppelt hat. Das heisst, die staatlichen Massnahmen rund um Corona haben zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zwischen 100% und 300% geführt, wobei die meisten Zusatzkosten gar nicht im Gesundheitswesen selber angefallen sind. So etwas ist absolut beispiellos in der Schweizer Geschichte.

Der Lockdown hat zu einem Einbruch der Wirtschaft geführt. Wir berücksichtigten das in der Reduktion des BIP. Aber nur ein Teil des Einbruchs der Schweizer Wirtschaft geht auf das Konto der bundesrätlichen Entscheidungen. Ein vielleicht sogar noch grösserer Teil ist das Resultat des Lockdowns in anderen Ländern, durch den der Import in die Schweiz, der Export aus der Schweiz und der Tourismus in die Schweiz beeinträchtigt wurden. Deshalb wäre die Schweizer Wirtschaft auch ohne bundesrätliche Massnahmen eingebrochen. Umgekehrt hat die Schweiz mit ihrem Lockdown auch anderen Ländern wirtschaftlichen Schaden verursacht. «Zum ersten Mal in der Geschichte gibt es eine von Regierungen absichtlich ausgelöste weltweite Rezession» (Margit Osterloh).<sup>83</sup>

<sup>79</sup> BAG, Kostenschätzung ambulante und stationäre Mehrkosten aufgrund Covid-19, Bern, 25.06.2020.

<sup>80</sup> Ein Test kostete bis zum 29.4. Fr. 200 ab diesem Datum noch Fr. 100. Dazu kommen durchschnittliche Behandlungskosten von Fr. 100, wenn der Test negativ ausfällt, oder Fr. 300, wenn er positiv ausfällt.

<sup>81</sup> Wir berechnen dazu eine Regression basierend auf den Quartals-Zahlen des BIP und den Zeitraum von 2009 bis 2019. Den so gewonnenen Trend verlängern wir ins erste und zweite Quartal 2020. Die Differenz zwischen extrapoliertem BIP und tatsächlichem BIP ergibt den Einbruch von 21,4 Mia. (SECO Statistik bis 2.8Quartal 2020).

<sup>82</sup> Die Zahl bezieht sich auf das Jahr 2018 (BAG Statistik). Der Vergleich in Abb. 9.2 bezieht sich also auf alle Gesundheitskosten und nicht nur auf die der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung wie in Abb. 9.1.

<sup>83</sup> Margit Osterloh, ehemalige Betriebsökonomieprofessorin an der Universität Zürich, in der NZZ vom 09.05.2020

Am schnellsten reagierte der Arbeitsmarkt und machte damit deutlich, dass wirtschaftliche Folgekosten nicht irgendwelche abstrakten Effekte sind, die nur «Banker und Bonzen» interessieren, sondern sehr viele von uns ganz unmittelbar betreffen können. Laut SECO<sup>84</sup> lag die Zahl der Arbeitslosen im Mai 2020 um 54 628 Personen höher als im Mai des Vorjahres. Das entspricht einem Anstieg von 54%. Stark betroffen waren die jungen Arbeitnehmer, ihr Anstieg lag bei 77%. Das Ganze ist noch harmlos im Vergleich zu den Zahlen über die Kurzarbeit. Diese erreichte im März einen Höchststand von 782 436 Personen, was einem Anstieg um unglaubliche 19,329% entspricht. 97 400 Betriebe waren betroffen und 3,7 Millionen Arbeitsstunden mussten durch die Arbeitslosenversicherung aufgefangen werden.

Erstmals wurden (auf Grund einer kurzfristigen Änderung der Rechtslage) auch Lehrlinge in die Kurzarbeit entlassen. Was der pädagogische Effekt dieser Zwangsferien war, kann nur vermutet werden. Aber auch diese Zahlen, so hoch sie sind, zeigen nur einen Teil der Krise. Unzählige saisonale Mitarbeiter im Tourismus wurden gar nicht erst angestellt, unzählige, für den europäischen Markt produzierende Näherinnen in Bangladesch kurzfristig und ohne soziale Absicherung entlassen. Das ganze Ausmass des wirtschaftlichen Einbruchs kann nur geschätzt werden.

Insgesamt ist der «Preis», den die Gesellschaft für die in vielen Fällen geringfügige Lebensverlängerung von mehrfach erkrankten und mit COVID-19 verstorbenen Personen bezahlt, beisspiellos hoch. Die Bevölkerung wird die finanziellen (aber auch die sozialen, emotionalen und medizinischen) Folgen des Lockdowns in den kommenden Jahren, eventuell Jahrzehnten spüren. Ioannidis fasst die Situation, den internationalen Kampf gegen Corona, mit folgenden Worten zusammen: Es ist, wie «wenn ein Elefant von einer Hauskatze angegriffen würde. Genervt und weil er der Katze ausweichen will, springt der Elefant versehentlich von der Klippe und stirbt.»<sup>85</sup>

## 9.2 Wie viele Menschenleben konnten gerettet werden?

Bringt man das Gespräch auf die immensen Kosten des Lockdowns, so wird einem oft entgegengehalten, dass damit auch viele Menschenleben gerettet worden sind, so dass der Aufwand mehr als gerechtfertigt sei. Mit dem Verweis auf den unendlich hohen Wert jedes einzelnen Lebens könnten sogar noch höhere Lockdown-Kosten gerechtfertigt werden.

Das Argument hat allerdings einen Haken. Die Menschen sterben ja nicht nur an Corona. Und wenn sich alle anderen Todkranken, immerhin 17 000 in einem Vierteljahr, mit einem Bruchteil der 21 Mia. begnügen müssen, dann stellt sich die Frage, wie viele Todesfälle im Vergleich zu COVID-19 vermieden werden müssen, damit eine Gleichbehandlung aller Schwerkranken garantiert wird. Zudem geht es hier ja auch nicht um den Wert des Lebens (der im metaphysischen Sinn unendlich sein mag), sondern um die faire und gleiche Zuteilung von Gesundheitsressourcen auf ähnlich bedürftige Menschen. Das ist etwas ganz Anderes.

Dass die Sicht des unendlich wertvollen Lebens ein wenig unterkomplex ist, zeigt sich auch dann, wenn die Heilung der Einen die unmittelbare Schädigung der Anderen zur Folge hat. Der Lockdown lässt die Arbeitslosigkeit anschwellen. Dabei ist bekannt, «wenn die Wirtschaft abgewürgt wird, gehen auch Gesundheit und Lebenserwartung deutlich zurück».<sup>86</sup> Wenn eine Episode der Arbeitslosigkeit für den Durchschnitts-Menschen einen lebensverkürzenden Effekt hat, dann wird diese Fragestellung realistischer, aber auch komplizierter.

Dabei hat sich in der Literatur durchgesetzt, nicht nur auf die Anzahl vermiedener Todesfälle abzustellen, sondern vielmehr auf die Anzahl gewonnener Lebensjahre (und die Lebensqualität). D.h., dem Überleben älterer Personen werden weniger Ressourcen zur Verfügung gestellt als beispielsweise Kindern. Ist das unfair? Ökonomen können sich dabei auf drei Erkenntnisse berufen:

- Es zeigt sich in den Daten der Schweizer Krankenversicherung, dass Mediziner bei älteren Sterbenden weniger Aufwand zur Lebensrettung betreiben, als bei jüngeren.<sup>87</sup>
- Fragt man die Bevölkerung nach ihrer Zahlungsbereitschaft für lebensverlängernde Massnahmen, wie das im Rahmen eines Nationalfondsprojekts (NFP 67) gemacht worden ist,<sup>88</sup> dann folgt daraus die höchste Zahlungsbereitschaft für Kinder und die geringste für Senioren ab 70 Jahren.
- Empfinden das die Senioren selber als unfair? Auch das wurde abgefragt und kann verneint werden. Es zeigte sich nämlich, dass die Senioren für sich selber deutlich geringere Unterstützung zur Lebens-

<sup>86</sup> Prof. Dr. Bruno S. Frey in: Weltwoche Nr. 17. 20

<sup>87</sup> Beck/Käser, 2003, Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv-statistische Analyse, in: Managed Care, Nr. 2/24–26. Der Befund von Beck und Käser dürfte wohl so zu verstehen sein, dass sich die Ärzteschaft an der Erfolgswahrscheinlichkeit einer medizinischen Massnahme orientiert, und diese mit zunehmendem Alter im Durchschnitt sinkt.

<sup>88</sup> Beck, von Wyl, Telser, Fischer. 2016. Kosten und Nutzen von medizinischen Behandlungen am Lebensende – Schlussbericht SNF 67.

<sup>84</sup> SECO, Die Lage auf dem Arbeitsmarkt – Mai 2020, Pressedokumentation Bern, 09.06.2020.

<sup>85</sup> <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/>

verlängerung erwarteten, als ihnen von den jüngeren Erwachsenen zugebilligt worden wäre.

Man kann das nun als unfaires Verhalten brandmarken oder als natürliche Bevorzugung derer, die die Zukunft noch vor sich haben (Frauen und Kinder zuerst!). Tatsache ist, dass eine völlige Gleichbehandlung Todkranker, unabhängig ihrer potentiellen Lebenserwartung, weder der gelebten Realität noch der Erwartung, sowohl der Jungen als auch der Senioren selbst, entspricht.

Es gilt also, die folgenden vier Fragen zu beantworten:

1. Wie viele Personen wären voraussichtlich an COVID-19 verstorben, wenn die Schweizer Regierung keinerlei Massnahmen ergriffen hätte?<sup>89</sup>
2. Wie viele Lebensjahre wären in diesem Fall verloren gegangen?
3. Wieviel Geld hat die Regierung mit der Verordnung des Lockdowns pro gerettetes Lebensjahr ausgegeben?
4. Wieviel bezahlte die Schweiz bisher für ein zusätzliches Lebensjahr?

Wie viele Personen konnten gerettet werden? Das Fachmagazin «Nature» publizierte eine Studie von englischen Forschern, die für die Schweiz 52 000 durch den Lockdown verhinderte Sterbefälle berechnete (Tages Anzeiger 15.06.20), der Basler Ökonom Stefan Felder schätzte Ende März, dass es ohne Massnahmen zu 50 000 Sterbefällen gekommen wäre und dass die Verstorbenen im Durchschnitt noch 3 Jahre gelebt hätten (NZZ a.S. vom 29.03.2020). Die Forschergruppe neherlab erwartete, gestützt auf Zahlen aus China und Italien am 14. März 54 000 Todesfällen für die Schweiz.<sup>90</sup>

Die Prognose von 50 000 bis 54 000 Todesfällen scheint uns bei heutigem Wissenstand deutlich zu hoch. Wir stützen unsere eigene Kalkulation auf folgende Grössen und Annahmen ab:

- Auf die Anzahl Einwohner der Schweiz.<sup>91</sup>
- Auf die Mortalität pro Alter und Geschlecht.<sup>92</sup>

- Auf die Annahme, dass sich bei 66% Infizierten eine Herdenimmunität einstellt.<sup>93</sup>
- Auf die Lebenserwartung der jeweiligen Altersgruppe.<sup>94</sup>
- Auf eine Reduktion der Restlebenserwartung für schwer kranke Personen.<sup>95</sup>
- Auf eine wissenschaftlich erhobene Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für Lebensverlängerung.

Der letzte Punkt bezieht sich auf die bereits zitierte Studie von Beck, von Wyl, Telser und Fischer. Diese vier Forscher erhoben mit einer komplizierten Methodik die Zahlungsbereitschaft für lebensverlängernde Behandlungen. Im Fall von schwer kranken Personen mit Krebsdiagnose betrug diese Zahlungsbereitschaft 110 000 Fr. pro gewonnenes Lebensjahr für Erwachsene bis 69 Jahren, respektive 55 000 Fr. für Senioren ab 70. Diese Werte flossen in unsere Berechnung ein.

Es ist dabei wichtig hervorzuheben, dass in dieser Untersuchung nicht nach den Zahlungen gefragt wurde, die jemand für sich selber in Anspruch nehmen möchte, sondern auch nach der Zahlungsbereitschaft für Zahlungen an Dritte im Rahmen einer sozialen Krankenversicherung. Die Werte 110 000 und 55 000 entsprechen einer Art durchschnittlicher «Solidaritätsbereitschaft» der befragten Personen.

Dazu kommen noch zwei unterschiedliche Annahmen zum Ansteckungsverhalten. Einmal nehmen wir an, die Betroffenen liessen jede Vorsicht missen, so dass sich jede Altersgruppe gleich häufig anstecke (verantwortungsloses Verhalten). Im zweiten Fall nehmen wir an, dass sich Personen mit hoher Sterbewahrscheinlichkeit vorsichtiger verhalten, als solche mit geringer Sterbewahrscheinlichkeit (eigenverantwortliches Verhalten). Dabei stützen wir uns auf unsere Beobachtungen (vgl. Tab. 5.2.) und bilden dieses reale Verhalten eins zu eins in unserer Berechnung ab. Tabelle 9.1 zeigt die Resultate.

89 Falls das Spitalsystem zusammengebrochen wäre, kämen noch weitere Todesfälle, nämlich nicht behandelte Notfälle dazu. Das allerdings gewichtet mit der Wahrscheinlichkeit, dass dieses Maximalszenario auch wirklich eingetreten wäre.

90 <https://neherlab.org/covid19/> (vgl. auch Tabelle 5.1)

91 Dabei stützen wir uns auf die amtlichen Zahlen des BfS für 2018 und die Risikoausgleichsstatistik vom 10.10.2019.

92 Wir berechnen die Mortalität pro Alter und Geschlecht wie sie den BAG Daten für den Zeitraum vom 03.06. bis 03.10.20 entnommen werden können (vgl. Abb. 5.1). Wir ziehen diese Mortalitätszahlen vor, weil die Mortalitätsraten während der ersten Welle durch das mangelhafte Testen deutlich zu hoch ausfallen.

93 Das entspricht einem in der Literatur oft anzutreffenden Wert, der zudem der Mitte des von Barreiro für COVID-19 angegebenen Intervalls für den Schwellenwert der Herdenimmunität von 50% bis 83% entspricht (Randolph H.E. Barreiro (19. Mai 2020). Herd Immunity: Understanding COVID-19. In: Immunity, 52(5), 737–741).

94 BfS 2017, Sterbetafeln für die Schweiz 2008–2013, NE

95 Wir unterstellen, dass eine über 80-Jährige Person mit mehreren Vorerkrankungen nicht mehr 9.1 Jahre, sondern 1.8 Jahre leben dürfte. Für die 70-Jährigen reduzieren wir die Restlebenserwartung um 70%, für die 60-Jährigen um 60% etc.

**Tabelle 9.1: Anzahl durch den Lockdown gerettete Leben und Lebensjahre**

Verhalten	Erwartete Todesfälle	Vermiedene Todesfälle	Gerettete Lebensjahre	Bewertung (in Milliarden)
Verantwortungsloses Verhalten	39 000	37 340	130 140	10,1
Eigenverantwortliches Verhalten	25 660	24 000	98 761	8,4

**Verantwortungsloses Verhalten:** Wenn die Bevölkerung jegliche Eigenverantwortung vermissen liesse und sich jede Altersgruppe genau gleich häufig anstecken liesse, dann wären 39 000 Todesfälle zu erwarten. Da während des Lockdowns 1660 Personen trotzdem an (oder mit) Corona verstorben sind, sind es nur 37 340 tatsächlich vermiedene Todesfälle. Diese hätten zusammen noch 130 000 Jahre gelebt. Bewertet mit der oben hergeleiteten Zahlungsbereitschaft ergibt das 10,1 Milliarden Franken.

Das heisst, der Schweizer Bevölkerung wäre es (nach den bis 2019 gültigen Massstäben) gut 10 Milliarden Franken wert gewesen, eine so grosse Anzahl Todesfälle respektive Lebensjahre zu retten. Dieser Wert ist zwar gross aber immer noch sechsmal kleiner als die tatsächlichen Lockdown-Kosten von 61,6 Milliarden. Dazu kommt, dass das spontane Verhalten der Bevölkerung eigenverantwortlicher und vernünftiger ist, als wir es in unserer ersten Berechnung berücksichtigt haben. Sobald die Leute vorsichtig reagieren (wie das auch aus den Daten des BAG herausgelesen werden kann), dann führt bereits diese Verhaltensänderung zu einer Reduktion der Sterbefälle.

**Eigenverantwortliches Verhalten:** Die Tatsache, dass sich gefährdete Personen auch vorsichtiger verhalten, genügt bereits, dass sich die Anzahl der zu erwartenden Todesfälle von 39 000 auf 25 660 reduziert. Das entspricht einer Abnahme um ein Drittel. Vermieden wurden in diesem realistischeren Szenario 24 000 Todesfälle und 98 800 verlorene Lebensjahre. Die Zahlungsbereitschaft sinkt auf 8,4 Milliarden.

Somit liegt die Zahlungsbereitschaft noch weiter von den Kosten des Lockdowns entfernt. Wir erhalten Ausgaben von 625 000 Franken pro gewonnenes Lebensjahr, was (wiederum) weit von dem entfernt ist, was in der Branche bis jetzt kalkulatorisch eingesetzt worden ist. So wurden im Schweizer Gesundheitswesen bei der Aushandlung von Medikamentenpreisen bisher maximale Kosten pro gewonnenes Lebensjahr von 100 000 bis 200 000 Franken diskutiert.

Es gibt eine Annahme, die einen starken Einfluss auf das Schlussergebnis hat und nicht auf gute, empirische Literatur abgestützt werden konnte: Es ist die Frage, um wieviel sich die Lebenserwartung bei mehrfach erkrankten Personen verkürzt. Um den Einfluss dieser Annahme zu prüfen, kalkulierten wir das Szenario Eigenverantwortlich unter der (eher unrealistischen) Annahme, dass sich eine Mehrfacherkrankung überhaupt nicht verkürzend auf die Restlebenszeit auswirke. In diesem Fall resultiert eine Zahlungsbereitschaft von 23,5 Milliarden Franken. Auch dieser Wert, der ja sicher zu gross ist, liegt etwa zwei Drittel unter den Kosten des Lockdowns.

In keinem Fall erreicht die Zahlungsbereitschaft die erwarteten Kosten des Lockdowns von 61,6 Mia. Fr. Ja, nicht einmal die Neuverschuldung des Bundes von etwa 21 Mia. könnten mit den Werten in Tabelle 9.1 legitimiert werden. Die Massnahmen gegen COVID-19 haben die Zahlungsbereitschaft der Schweizer Bevölkerung deutlich übertroffen.

Positiv muss allerdings auch vermerkt werden, dass am Ende der ersten Welle 24 000 von 25 660 vom Tod bedrohte Personen verschont werden konnten. Diese Erfolgsquote von 94 Prozent ist immerhin sehr hoch.

Wenn wir uns auf das grosse Bild konzentrieren, bleibt der Eindruck, dass der Bundesrat, ohne «zuerst theoretische Überlegungen oder Berechnungen angestellt»<sup>96</sup> zu haben, mit dem Lockdown-Beschluss den bisherigen finanziellen gesundheitspolitischen Rahmen geradezu pulverisierte. Ob er dies aus «panischer Angst vor dem Tod» (Ludwig Hasler)<sup>97</sup>, unter internationalem «Nachahmungszwang» (Caspar Hirschi)<sup>98</sup> oder aus anderen Gründen tat, ändert nichts an unserer Irritation.

96 Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga in NZZ 18.04.2020

97 Magazin NZZ am Sonntag, 17/2020

98 Caspar Hirschi, Geschichtsprofessor an der Universität St. Gallen, in der NZZ vom 02.05.2020



## 10 Aktualisierungen

Dieses Buch kommt zum Abschluss. Die Pandemie geht weiter. Wie lange noch? Bis ein Impfstoff vorliegt – im nächsten Jahr, später? Oder endet die Verbreitung des Virus wie bei der Sars-Pandemie 2002/2003, ohne dass wir genau wissen warum? Folgt auf die zweite Welle die dritte usw.? Wie wollen wir darauf reagieren? Auch, wer im Frühjahr 2020 angesichts der Überrumpelung mit dem Coronavirus die angeordneten Massnahmen akzeptierte, wird Zweifel haben, dass sie auf die Länge aufrechterhalten werden können. Wir brauchen definitiv kreativere Lösungen: Spezifische, evidenz-basierte Massnahmen und Massnahmen, welche den Werten der Schweiz entsprechen.

Es ist jetzt Anfang November 2020. In den vorangehenden Kapiteln befassten wir uns schwergewichtig mit dem Beginn der Pandemie, mit dem Lockdown von Mitte März bis Mai und der Zwischenphase vom Juni bis September, die wenig Covid-19 bedingte Spitaleintritte und Todesfälle aufwies. Ab etwa dem 3. Oktober setzte eine zweite Welle ein. Die Anzahl der Covid-19-Tests stieg auf über 38 000 pro Tag<sup>99</sup> an und von diesen waren gegen 10 000 positiv. Wie sich das Virus verbreitet, ist nach wie vor unklar. Epidemiologen und die Medien übertreffen sich wie gewohnt mit Katastrophen-Prognosen. An der Bundespressekonferenz vom 27.10.2020 wurde bei kontinuierlichem Wachstum eine Überlastung der Intensivstationen für den 6.11.2020 vorausgesagt. Tatsächlich waren die Intensivstationen an diesem Tag nur zu 77 Prozent ausgelastet. Heute haben die Spitäler insgesamt noch viele freie Betten, aber die Prognose einer Überlastung für den 10. oder 17. November folgen auf dem Fuss.<sup>100</sup> Sogar Daniel Koch<sup>101</sup> kritisiert die Swiss National Covid-19 Science Task Force für ihre andauernden alarmistischen Prognosen. «In einer Krisensituation muss man vorsichtig sein mit Prognosen. Sie sind häufig falsch.»<sup>102</sup>

Der Bundesrat gab am 28. Oktober neue Massnahmen für das ganze Land bekannt. Ohne Evidenz, welche Art von Veranstaltungen die Verbreitung des Virus mehr begünstigt als zum Beispiel eine maskierte Tramfahrt, hat er alle Veranstaltungen mit mehr als 50 Personen verboten.<sup>103</sup> Einzelne Kantone gehen noch weiter. Das Zusammenspiel von Politik und Wissenschaft<sup>104</sup> trägt nicht zur Beruhigung der Bevölkerung bei. Die Kantonsregierungen machen

99 Am 30.10.2020

100 Tagesschau Hauptausgabe vom 06.11.2020

101 Mister Corona, ehemaliger Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten des BAG.

102 Luzerner Zeitung, 07.11.2020. In diesem Interview stützt Koch den Kurs des Bundesrats.

103 Das Opernhaus Zürich meldet am 29.10.2020, dass es den Spielbetrieb einstellen muss, obwohl ihm keine Infektion mit dem Sars-CoV-2-Virus im Zuschauerraum bekannt ist.

104 Siehe Kapitel 1.1

den Anschein, sie stünden in einem Wettbewerb, wer die schärfsten Massnahmen verordnet. Eine besondere Art des Föderalismus<sup>105</sup>.

Wir sehen die Situation weniger dramatisch.

Es ist offensichtlich: Das Virus verbreitet sich zurzeit so rasch wie noch gar nie. Immunologen sagen uns im privaten Gespräch, dass das Virus in eine hochansteckende Form mutiert sei. Und schon verkündet die Tagesschausprecherin am 2. November, es gäbe 21 926 neue Corona-Fälle.<sup>106</sup> Wir müssen zugeben, auch wir brauchten einen Moment, um diese neue Variante der statistischen Verzerrung zu durchschauen. Auffällig war, dass diese Hiobsbotschaften, die immer montags eintrafen, in den Daten des BAG nicht auffindbar waren.<sup>107</sup> Nun stauen sich jeweils die Infektions-Meldungen im BAG für Freitag, Samstag und Sonntag, so dass montags die geballte Ladung mehrerer Tage verkündet werden kann. Wirklich informativ sind diese 21 926 überhaupt nicht. Aber sie passen bestens in die Dramaturgie dieser Pandemie.

Was stimmt nun aber? Es trifft diskussionslos zu, dass in beiden Wochen 44 und 45 bei einer von vier getesteten Personen das Resultat positiv ist. So hoch war der Anteil positiver Tests noch nie. Es stimmt auch, dass die absolute Anzahl Fälle, 128 000 in 27 Tagen, alles Bisherige in den Schatten stellt. Lockdown und Zwischenphase kamen während sieben Monaten nur auf 54 000 positiv Getestete. Das bedeutet aber auch, dass das ganze Kontakt-Tracing der Sommermonate, alle Quarantänen und Isolationen sowie die stetig zunehmende Maskenpflicht und die vorübergehende Schliessung von Hochschulen im September offensichtlich diesen Ausbruch nicht verhindern konnten. Davon spricht niemand.

Wäre diese zweite Welle so gefährlich, wie die Frühlingswelle, das Gesundheitswesen wäre gestern bereits zusammengebrochen. Das tat es aber nicht. Warum nicht? Das Virus ist extrem ansteckend, aber wesentlich weniger gefährlich:

Es sind immer noch die nicht gefährdeten Jahrgänge, die sich infizieren. 62% der Infizierten waren jünger als 50 Jahre alt. Von Ihnen starb bisher eine Person, das ist einer von 100 000.

Bei den Senioren ist die Ansteckungsquote geringer als im Frühling und die Sterberate der über 80-Jährigen Infizierten sank von 28% auf etwa 9%.<sup>108</sup>

<sup>105</sup> Siehe Kapitel 1.6

<sup>106</sup> Tagesschau SRF, Mittagsausgabe vom 02.11.2020.

<sup>107</sup> Maximale Anzahl Infektionen pro Tag gemäss BAG: 10 029 Fälle am 27.10.2020 (wobei darin auch Doppelzählungen enthalten sind).

<sup>108</sup> Die aktuelle Sterberate beträgt gemäss BAG Daten sogar lediglich 4,7%, die unvollständige Datenlage lässt allerdings einen Anstieg dieses Werts erwarten.

Auch die schweren Fälle werden seltener. Der Anteil der Spitaleinweisungen erreicht mit 1,8% der Infizierten den tiefsten Stand in der monatelangen Geschichte dieser Pandemie. Am 31. Oktober 2020 wurden dreimal weniger Covid-19-Patienten beatmet, obwohl es zurzeit vier- bis fünfmal mehr Infizierte hat als im Frühling im gleichen Zeitraum. Gemäss Statistik des BAG wurden in der letzten Oktoberwoche pro Tag durchschnittlich 189 Patienten hospitalisiert und 34 Todesfälle von Patienten mit Covid-19 gemeldet. Zum Vergleich: Ohne Covid-19 treten jeden Tag 3800 stationäre Patienten in ein Schweizer Spital ein und jeden Tag sterben 180 Personen im Land.

Der Anteil der hospitalisierten Covid-19-Patienten, die auf eine Intensivstation verlegt werden, ist geringer als im Frühjahr. Die Mediziner sind jetzt zurückhaltender mit Intubationen (künstliche Beatmung). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Covid-19-Patienten ist kürzer als im Frühjahr. Deshalb kann die Zahl der Hospitalisationen im Herbst nicht einfach mit derjenigen im Frühjahr verglichen werden. Wäre die Herbstwelle so gefährlich wie die Frühlingswelle, es wäre bereits mit 15 000 Spital-eintritten und 2400 zusätzlichen Todesfällen zu rechnen.<sup>109</sup> Im Vergleich zur Frühlingswelle «fehlen» also 12 200 Spitaleintritte und 2000 Todesfälle. Das ist erheblich. Ausserdem beanspruchen nicht alle stationären Covid-19-Patienten ein Spitalbett zulasten von nicht-Covid-19-Patienten, denn ein Teil von ihnen wäre in diesen Tagen auch ohne Covid-19, nämlich aufgrund ihrer Vorerkrankungen, ins Spital gebracht worden. Sie belegen jetzt das gleiche Bett, aber mit der (Neben-)Diagnose Covid-19.

Und was nach wie vor gilt: Die allermeisten Todesfälle von Covid-19-Patienten betreffen Menschen im hohen Alter mit Vorerkrankungen. In der Schweiz betreffen alle Todesfälle (an oder mit Covid-19) auch Ende Oktober noch immer zu 74% Personen im Alter von mehr als 80 Jahren. Es ist aber sicher bemerkenswert, dass bereits bei einem 73-Jährigen Mann das natürliche Sterberisiko höher ist, als das Risiko an Covid-19 zu sterben, wenn er infiziert ist.

Wer die Situation weniger dramatisch sieht als die Epidemiologen, die Medien und die Politik, kommt zwangsläufig zum Schluss, dass die Massnahmen nach wie vor unverhältnismässig sind.

Im Unterschied zur ersten Welle spricht der Bundesrat jetzt weniger häufig vom Schutz der vulnerablen Bevölkerung. Die – vorwiegend älteren – Menschen mit Vorerkrankungen und einem entsprechend höheren Risiko haben aus der ersten Welle gelernt und ihr Verhalten angepasst. Sie ge-

<sup>109</sup> Hochrechnung aufgrund einer Korrelation von Infektionen, Spitaleintritten und Todesfällen während der ersten Welle.

hen jetzt individuell vermehrt nur noch Risiken ein, die sie sich selbst gegenüber verantworten können. Die Pflegeheime haben Schutzkonzepte umgesetzt. Umgekehrt haben viele Jüngere in der ersten Welle gelernt, dass Covid-19 kein Killervirus ist und für sie in der Regel keine gefährliche Krankheit darstellt. Im Unterschied zum Frühjahr zeigt eine Auswertung der mittels Smartphone-App erfassten Mobilitätsdaten im Oktober nur eine leichte Abnahme der Mobilität der Bevölkerung.<sup>110</sup> Diese «Abstimmung mit den Füßen» macht deutlich: Die Freiheit ist vielen der nicht vulnerablen Menschen mehr Wert, als die Sicherheit, nicht angesteckt zu werden. Viele meiden Restaurantbesuche, Kontakte im Büro und bevorzugen online-meetings, nicht weil sie vor einer Ansteckung Angst hätten, sondern um das hohe Quarantäne Risiko zu meiden.<sup>111</sup> Viele wollen das Risiko einer Isolation nicht in Kauf nehmen und verzichten deshalb auf einen Test, sogar wenn sie eindeutige Symptome aufweisen. Jüngere fühlen sich von den freiheitseinschränkenden Massnahmen mehr bedroht als vom Virus. Kann das Verhalten der vulnerablen Bevölkerung einerseits und der jüngeren Bevölkerung andererseits in dem Sinne verstanden werden, dass die Bevölkerung das Subsidiaritätsprinzip<sup>112</sup> anwendet und Eigenverantwortung<sup>113</sup> übernimmt? Eigenverantwortung mit Bezug auf die eigenen Präferenzen, die von den Präferenzen der Epidemiologen und der Politiker abweichen können. Im Vergleich zur ersten Welle mutierte mindestens ein Teil der Bevölkerung von unkritischen Befehlsempfängern<sup>114</sup> zu eigenverantwortlichen Subjekten.

– Wir wiederholen: Eine Pandemiepolitik für die Schweiz muss sich der Herausforderung stellen, die Freiheit als höchsten Wert zu respektieren und sie nicht als Hindernis einzuschränken, sondern als Ressource zu verstehen. Denn «ohne Freiheit ist alles nichts.»<sup>115</sup>

Bleibt die Frage nach der Verantwortung für andere, also welches Risiko ein solches eigenverantwortliches Verhalten für die Mitmenschen bedeutet. Ein von den Empfehlungen der Task Force abweichendes individuelles Verhalten ist nicht einfach asozial oder unsolidarisch. Was ist die Legitimation der Task Force, der Bevölkerung implizit ein eindimensionales Gesundheitsverständnis (gesund = nicht sterben)<sup>116</sup> vorzuschreiben? Warum sollte die Bevölkerung eine Strategie umsetzen, bei der in den allermeisten Fällen gesunde Personen vor nicht-infizierten Personen geschützt werden? Vor einem Virus, das bei

den allermeisten Infizierten keine Symptome bewirkt oder zu einer möglicherweise langwierigen, aber nicht dramatischen Erkrankung führt?

Die Frage nach der Verantwortung für andere muss auch in umgekehrter Richtung gestellt werden: Wie viel Solidarität dürfen risikoscheue Menschen von den anderen erwarten? Selbstverständlich gilt es zu respektieren, dass einzelne Menschen grosse Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus haben. Und es ist sinnlos, jemandem der Angst hat zu sagen, er brauche keine Angst zu haben. Aber deshalb muss z.B. jemand, der im Tram vergessen hat, die Maske aufzusetzen, von anderen Fahrgästen nicht wie ein Schwerverbrecher angestarrt werden. Wenn wir die Schweiz von heute mit den Augen von 2019 betrachten, entsteht der Eindruck, dass weitherum eine Koalition der Vorsichtigen und Bedenkenträger die Macht übernommen hat. Wenn dieser Eindruck zur allgemeinen Norm wird, wird die Gesellschaft gelähmt, das Leben erstickt. Dann machen wir vor lauter Angst vor dem individuellen Tod kollektiven Suizid.

– Die Pandemiepolitik muss allfällige Auswirkungen auf gesellschaftliche Dimensionen ausserhalb des physischen Gesundheitszustandes ernsthaft prüfen. Dazu braucht es andere als epidemiologische Kompetenzen.

Der Bundesrat argumentiert jetzt – auch im Unterschied zur ersten Welle – vermehrt mit Bezug auf die Wirtschaft: Wenn es einen zweiten Lockdown brauchen würde, wäre das für die Wirtschaft schlimmer als die angeordneten Massnahmen, mit denen ein zweiter Lockdown verhindert werden soll. Ein zweiter Lockdown wäre unseres Erachtens nicht nur unverhältnismässig, sondern zerstörerisch. Er würde die eh schon vielfältig geschwächte Gesellschaft nachhaltig schädigen. Dazu kommt, dass der Erfolg eines weiteren Lockdowns fraglich ist. Gelingt es nicht, einen effektiven Impfstoff zu entwickeln, dann ist nach dem Lockdown nur vor dem Lockdown. Es wird empfohlen, die rigorose Teststrategie Südkoreas, Islands oder Neuseelands zu kopieren. Dabei wird völlig ausgeblendet, dass die Schweiz keine Insel ist, die nur per Schiff oder Flugzeug erreichbar ist. Abertausende pendeln täglich über die Schweizergrenze. Eine Schliessung der Grenze würde als erstes die Gesundheitsversorgung in den Grenzkantonen lahmlegen.

Weiterhin verfolgt der Bundesrat das auch im Frühjahr bereits genannte Ziel, einen Kollaps der Spitäler zu verhindern. Er sagt: Mehr positive Testresultate führen zu mehr Hospitalisationen und damit zu überfüllten Spitälern, die dann nicht alle Covid-19-Patienten, sondern auch andere Patienten nicht mehr aufnehmen können. Hier stellt sich eine grundsätzliche Frage: Wir gingen immer davon aus, dass das Gesundheitswesen für die Bevölkerung da ist, und jetzt soll umgekehrt die Bevölkerung grösste Einschränkungen im

<sup>110</sup> NZZ 28.10.2020

<sup>111</sup> Am 02.11.2020 befanden sich 82 700 Personen unter Hausarrest.

<sup>112</sup> Siehe Kapitel 1.6

<sup>113</sup> Siehe Kapitel 1.3

<sup>114</sup> Siehe Kapitel 1.2

<sup>115</sup> Literaturnobelpreisträger Mario Vargas Llosa, NZZ vom 02.11.2020.

<sup>116</sup> Siehe Kapitel 1.5

Alltag akzeptieren, um das Gesundheitswesen zu schützen – nicht irgendein Gesundheitswesen, sondern das zweitteuerste der Welt!

– Das Gesundheitswesen insgesamt und die Spitäler im Besonderen müssen ernsthaft prüfen, was sie dazu beitragen könnten, dass sich die Frage eines Kollapses nicht stellt. Einen Schritt in diese Richtung machten die Spitaldirektorinnen und -direktoren im Kanton Zürich im Oktober. Sie informieren sich täglich zweimal gegenseitig auf einer gemeinsamen Plattform über die Zahl der Covid-19-Patienten in ihren Häusern und regeln eine allfällige Umverteilung (proportional zur Bettenzahl des einzelnen Spitals) selber, statt wie ihre Kollegen in anderen Kantonen die Politik zu bemühen. Eine Möglichkeit, bei vollen Spitälern zusätzliche Patienten trotzdem gut medizinisch zu behandeln und zu pflegen, könnte das Konzept Hospital@Home<sup>117</sup> darstellen. Zusätzliche Spitalbauten braucht es dazu nicht.

Wir werden wohl oder übel noch eine Zeit lang mit dem Virus leben müssen. Das Virus können wir nicht ändern. Das Virus änderte sich selbst: Haben vor allem Viren den Lockdown überlebt, die besonders ansteckend waren, und hatten wir es im Herbst mit einem ansteckenderen Virus zu tun als im Frühjahr? Ansteckender heisst aber nicht, gefährlicher für die infizierte Person. «Mit dem Virus leben» ist wörtlich zu nehmen, d.h. mit Unsicherheiten und dem Risiko einer Ansteckung zu leben, soziale Kontakte zu pflegen und sich nicht in der Abschottung vom Leben auszuschliessen. Das Virus können wir nicht ändern. Was wir ändern könnten, sind unsere individuellen Beziehungen zu Covid-19. Von ihnen hängen letztlich die Massnahmen ab, welche der Bundesrat und die Kantonsregierungen als erforderlich und umsetzbar erachten. Wenn die ganze Bevölkerung sagt, sie fürchte sich sehr vor einer Ansteckung, dann fühlt sich der Bundesrat zu massivsten Massnahmen veranlasst. Wenn die ganze Bevölkerung sagt, sie fürchte sich nicht vor einer Ansteckung und sei sich bewusst, dass das in seltenen Einzelfällen einen vorzeitigen Tod bedeuten könnte, dann kann der Bundesrat alle Massnahmen aufheben. Die Einstellung der Bevölkerung zum Coronavirus ist nicht einfach schwarz-weiss, sondern zeigt unzählige Schattierungen. Eine grosse Bedeutung kommt dabei den Medien zu. Ihre Tendenz zu negativen Botschaften, die z.B. in der Formulierung der Titel der Zeitungsartikel zum Ausdruck kommt, fördert die Angst der Bevölkerung.

117 Hospital@ Home wird z.B. im Rahmen des National Health Service in Schottland seit einigen Jahren angeboten: Patienten mit bestimmten medizinischen Diagnosen werden nach der Untersuchung auf der Notfallstation statt in ein Spitalzimmer wieder nach Hause gebracht und dort täglich von einer Pflegefachperson des Spitals, bei Bedarf auch von einer Ärztin zuhause besucht. Die medizinisch relevanten Parameter werden vom Spital aus elektronisch rund um die Uhr kontrolliert. Hospital@Home wird insbesondere von älteren Patienten geschätzt, weil sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Im Falle einer Pandemie könnten Angehörige, die eh in der Quarantäne zuhause bleiben müssen, einen Teil der Betreuung und Pflege übernehmen.

In diesem Buch haben wir versucht, mit statistisch begründeten Aussagen zu argumentieren. Sie zeigen das «grosse Bild» im Unterschied zu (dramatischen) Einzelfällen, die als Anekdoten interessant, als Grundlage für eine Pandemiepolitik jedoch verheerend sind. Bleiben wir bei den Facts:

In der Schweiz gibt es pro Jahr 1,4 Millionen Spitaleintritte von stationären Patienten oder pro Tag 3800. Da stellen 200 Corona-bedingte Spitaleintritte an einem Tag für das Schweizer Spitalwesen kein unlösbares Problem dar.

Auch die Zahl der Covid-19-Patienten, die ein Bett auf einer Intensivstation benötigen – ungefähr jeder siebte hospitalisierte Covid-19-Patient – ist für die Spitäler keine Herausforderung, die sie zum Kollaps bringt. Es gibt 1100 Plätze in Intensivstationen in der Schweiz. 50 Covid-19-Patienten können pro Tag aufgenommen werden. Auch wenn sie durchschnittlich zehn Tage dort liegen blieben, würden mehr als die Hälfte der IPS-Plätze für andere Patienten zur Verfügung stehen.

In der Schweiz sterben im Durchschnitt jede Woche 1300 Personen. Die einmalige maximale Zahl von 430 Todesfällen von Covid-19-Patienten in der Woche vom 1. bis 7. November, mehrheitlich in hohem Alter und mit anderen (chronischen) Erkrankungen, ist in jedem Einzelfall mit Leid verbunden, stellt aber keine nationale Katastrophe dar.

Wenn es bei der hohen Infektionsrate von 10000 pro Tag bleibt, und weiterhin die Hospitalisationsrate 2 Prozent beträgt, treten pro Tag 200 Covid-19-Patienten in ein Spital ein. Erfahrungsgemäss wird jeder siebte stationäre Covid-19-Patient auf die Intensivstation verlegt, d.h. rund 29 Patienten pro Tag. Angenommen sie bleiben zehn Tage auf der Intensivstation, werden nach zehn Tagen  $10 \times 29 = 290$  Covid-19-Patienten auf einer Intensivstation liegen. Zum Vergleich: Es gibt 1100 Betten auf Intensivstationen. Sie waren vor der Pandemie im Durchschnitt zu 70 Prozent besetzt.

Die Zahl der positiven Testresultate ist für sich allein genommen kein Problem. Eine Ansteckung mit dem Virus ist nur gefährlich, wenn sie zu einer schweren Erkrankung mit bleibenden Schädigungen oder zum vorzeitigen Tod führt. Die politisch verordneten Massnahmen müssen verhältnismässig sein zur Zahl der Hospitalisationen und der Todesfälle. Nach dem Ende der ersten Welle hat die Bevölkerung ihr Verhalten der individuellen Risikobereitschaft angepasst. Dies sollte der Politik genug Anlass sein, von zusätzlichen Massnahmen abzu-sehen und die bestehenden Massnahmen aufzuheben. Der gesundheitliche Schaden, der Covid-19 dem Land insgesamt verursacht, ist schlicht zu gering, als dass er die massiven Einschränkungen oder gar einen zweiten Lockdown

auch nur annähernd rechtfertigt. Es fehlt die Verhältnismässigkeit<sup>118</sup>. Die Pandemiepolitik muss ihre Alternativlosigkeit aufgeben und Spielraum für vielfältigen individuellen Umgang mit dem Virus öffnen. Eigenverantwortung ohne Freiheit geht nicht.

– Der Bundesrat und die Kantonsregierungen könnten die aktuellen Massnahmen reduzieren. Unseres Erachtens sollten sie das tun, schnell und deutlich.

Schliesslich bleibt die Erkenntnis, dass eine Gesellschaft, welche die Sterblichkeit des Menschen nicht mehr akzeptiert<sup>119</sup>, daran selber zu Grund gehen wird. Die Verhinderung des Todes um jeden Preis ist der ideologische Kern der Coronakrise, der grössten gesundheitspolitischen Krise, welche die Schweiz je erlebt hat. Abgesehen vom physischen Gesundheitszustand der Bevölkerung, der heute immer noch gleich ist wie 2019, beeinträchtigen die verordneten Massnahmen viele Lebensbereiche massiv und zerstören laufend materielle und immaterielle Werte unserer Gesellschaft. Vorwiegend zulasten der jüngeren Generationen.

---

<sup>118</sup> Siehe Kapitel 1.7

<sup>119</sup> Siehe Kapitel 1.8

## 11 Anhang

Epidemie-Gesetz Art. 6 und 7

### Art 6 Besondere Lage

- 1 Eine besondere Lage liegt vor, wenn:
  - a. die ordentlichen Vollzugsorgane nicht in der Lage sind, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, und eine der folgenden Gefahren besteht:
    1. Eine erhöhte Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahr,
    2. Eine besondere Gefährdung der öffentlichen Gesundheit,
    3. Schwerwiegende Auswirkungen auf die Wirtschaft oder auf andere Lebensbereiche;
  - b. die Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgestellt hat, dass eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite besteht und durch diese in der Schweiz eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit droht.
- 2 Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone folgende Massnahmen anordnen:
  - a. Massnahmen gegenüber einzelnen Personen;
  - b. Massnahmen gegenüber der Bevölkerung;
  - c. Ärztinnen, Ärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichten, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken;
  - d. Impfungen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, bei besonders exponierten Personen und bei Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch erklären.
- 3 Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) koordiniert die Massnahmen des Bundes.

### Art. 7 Ausserordentliche Lage

Wenn es eine ausserordentliche Lage erfordert, kann der Bundesrat für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen.



### Zu den Autoren

**Konstantin Beck**, 1962, Prof. Dr. oec. publ., habilitierte an der Universität Zürich, betätigte sich 20 Jahre als Versicherungsmathematiker und verantwortlicher Aktuar und leitete von 2007 bis 2020 das CSS-Institut für empirische Gesundheitsökonomie in Luzern. Seine Forschung löste mehrere Reformen in der Sozialen Krankenversicherung der Schweiz aus. Sein Lehrbuch zur Sozialversicherung und seine politisch/satirische Schrift «Sackgasse Einheitskasse» erreichten hohe Auflagen, letzteres mit Übersetzungen ins Italienische und Französische. In der Lehre tätig ist er an den Universitäten Luzern, Basel, Lugano und Lausanne, sowie an diversen Fachhochschulen.

**Werner Widmer**, 1953, Dr. rer. pol., war bis zu seiner Pensionierung Direktor der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule. Er gehörte jahrelang dem Stiftungsrat der Schweizerischen Patientenorganisation, dem Verwaltungsrat der Rehabilitationsklinik Adelheid (Unterägeri), dem Verwaltungsrat des See-Spitals (Horgen) sowie dem Vorstand von Curaviva Schweiz an und war Präsident des Verwaltungsrates des Kantonsspitals Baselland. Werner Widmer war Direktor in vier Spitälern, darunter im Universitätsspital Zürich. Heute ist er Präsident der Krebsliga Zürich, gehört dem Verwaltungsrat des Careum Bildungszentrum an und hat einen Lehrauftrag (Spitalmanagement) an der Universität Luzern.

Ab Ende Februar 2020 stieg in Italien die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit dem Coronavirus rasant an. Um eine solche Katastrophe in der Schweiz zu vermeiden, beschloss der Bundesrat den Lockdown: Zwischen März und Mai kamen das gesellschaftliche, wirtschaftliche, politische, kulturelle, sportliche und kirchliche Leben und der (Hoch-)Schulunterricht nahezu zum Erliegen. All das veränderte das Leben innert weniger Tagen dramatisch. Sommer und Herbst waren geprägt von zusätzlichen Massnahmen auf Bundes- und Kantonsebene.

Das Buch, verfasst von zwei langjährigen Kennern des Schweizer Gesundheitswesens, konfrontiert amtliche mit kritischen Quellen, es klopft viele Datenbanken ab und trennt Panikmache von echter Bedrohung. Die Autoren prüfen die Argumente hinter den angeordneten Massnahmen, indem sie selber nachrechnen, Behauptungen falsifizieren und aus der Fülle der Daten und Publikationen statistisch erhärtete Fakten ableiten – darunter auch solche, die bis jetzt noch nie publiziert worden sind. Dabei kritisieren sie die meistens zu drastischen Prognosen der Epidemiologen und deren Drang, selber Bundesrat spielen zu wollen.

Grundsätzliche Fragen werden angesprochen: Wer definiert, was eine Pandemie ist? Was kostete der Lockdown und wen traf es besonders hart? Wie kann trennscharf zwischen Fake News und Wissenschaft unterschieden werden? Warum werden zentrale Werte der Schweiz, wie Freiheit und Eigenverantwortung, von den Behörden vernachlässigt? Warum wird unter Gesundheit plötzlich nur noch die Verhinderung des Todes aufgrund von Covid-19 verstanden? Kann eine Gesellschaft, die den Tod nicht mehr akzeptiert, überleben?

Und schliesslich: Wie gefährlich ist Covid-19 überhaupt? Nicht im Einzelfall, sondern in der Summe für die Gesellschaft. Ist die Gefahr tatsächlich so gross, dass sie Nebenwirkungen und Kosten der angeordneten Massnahmen rechtfertigt?