Prof. Dr. Stefan Homburg

Sachverständiges Mitglied

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

21. Deutscher Bundestag

Zur Bewertung der Gefahrensituation im März 2020

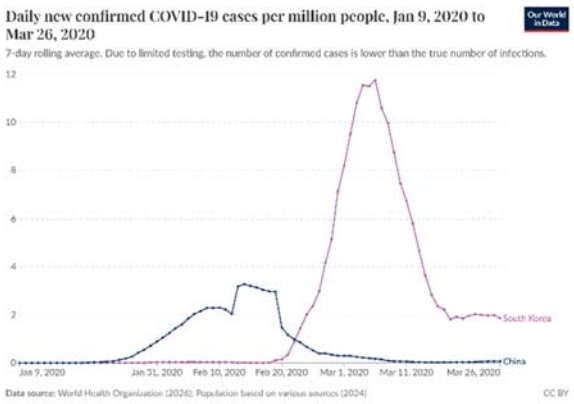
– Thesenpapier für die Sitzung der AG 2 am 09.07.2026 –

Im März 2020 verhängten Bund und Länder im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 Maßnahmen wie Lockdowns oder Kita- und Schulschließungen. Im Weiteren wird untersucht, ob die seinerzeit – also im März 2020 – verfügbaren Informationen diese historisch beispiellosen Maßnahmen rechtfertigten. Es geht also nicht um eine Rückschau, sondern um die Bewertung der konkreten Gefahrensituation im März 2020 auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Informationen.

Entscheidend für eine solche Analyse ist die Qualität der Quellen und Daten. Als Quellen werden im Weiteren amtliche und vertrauenswürdige Datenbanken und Protokolle des Robert-Koch-Instituts (RKI) und anderer Behörden herangezogen, außerdem Fachartikel. Außer Betracht bleiben Hörensagen und gefühlte Wirklichkeiten.

1. Auslandsdaten

Weil sich das Coronavirus fast zeitgleich in allen europäischen Ländern ausbreitete, konnten die deutschen Verantwortlichen im März 2020 aus deren Daten wenig lernen, wohl aber aus den Daten Chinas, dem Ursprungsland, oder dessen Nachbarn Südkorea. Dort endeten die Coronawellen jeweils früh (Quelle: https://ourworldindata.org/covid-cases):



In China erreichten die PCR-Fallzahlen am 14.02.2020 ihren Höhepunkt, in Südkorea am 06.03.2020. In beiden Ländern kam es anschließend zu einem scharfen Rückgang, in China sogar fast auf null. Insofern konnte man im März 2020 davon ausgehen, dass sich das Coronavirus keineswegs exponentiel“ ausbreitet, sondern ebenso durch natürliche Wellen begrenzt wird wie die vier traditionellen Corona- und die übrigen Erkältungsviren.

Noch deutlicher wird der damalige Kenntnisstand des RKI bei Betrachtung dieser Tabelle. Sie stammt bereits aus dem Februar 2020 und ähnelt entsprechenden Tabellen der Tage davor und danach, wie man in der Quelle leicht nachprüft.

ROBERT KOCH INSTITUT

Update zu COVID-19, 28. Februar 2020

Provinz	Kumulative Inzidenz /100.000 EW	Δ (zum Vortag, absolut)	Trend (exponentieller Anstieg)	Maßnahmen[1]	Bekannte exportierte Fälle ins Ausland
CHINA	5,5	+434	-		Ja (multiple)
Hubei	110,4	+409	-	+	+ (multiple)
Zhejiang (v.a. Wenzhou, Hangzhou, Ningbo und Taizhou)	2,13	0	-	+	-
Jiangxi	2,02	0	-	-	-
Hainan	1,83	0	-	-	-
Chongqing	1,87	0	-	-	-
Bejing	1,83	+10	-	-	+ (Russland)
Anhui	1,58	0	-	-	-
Macau	1,50	0	-		+ (Malaysia, Südkorea)
Hunan	1,48	+1	-	-	-
Shanghai	1,39	0	-	-	-
Henan	1,33	+1	-	-	-
Heilongjiang (v.a. Harbin)	1,27	0	-	+	-
Guangdong (v.a. Shenzhen, Guangzhou)	1,21	0	-	-	+ (Südkorea, Ägypten)
Ningxia	1,04	+1	-		-
Tianjin	0,87	+1	-	+	-

[1] Ein- und Ausreisebeschränkungen und empfohlene Ausgangssperren für die Bewohner

Quelle: https://rki-transparenzbericht.de/ . Dort Zusatzmaterial 2020 wählen, Ordner 2020-02-28_Lage_AG, Datei 2019-nCoV_risikogebiet_2020-12-28_final.pptx, Seite 3.

Hiernach verbreitete sich das Coronavirus in keiner einzigen chinesischen Provinz exponentiell, und nur in der Provinz Hubei und einigen Teilprovinzen von Zheijiang gab es drastische Maßnahmen. Angesichts dieser Daten und der Lehrbuchliteratur ist es unverständlich, warum für die Talkshows das Narrativ eines in der Natur nirgends beobachtbaren „exponentiellen Wachstums“ geschaffen wurde.

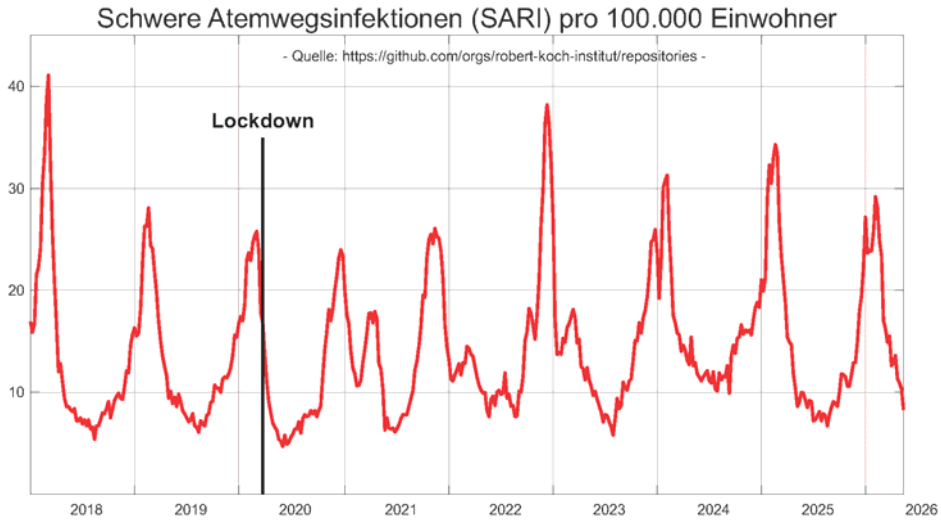
2. Schwere Atemwegserkrankungen

Deutschland hat ein vorbildliches Überwachungssystem für Schwere Akute Respiratorische Infektionen (SARI), die von Sentinel-Kliniken direkt an das RKI gemeldet werden. Laut RKI sind diese Daten, die sämtliche Erreger umfassen, „bundesweit repräsentativ“:

Quelle: https://www.rki.de/DE/Themen/Forschung-und-Forschungsdaten/Sentinels-Surveillance-Panel/SARI-Krankenhaus-Sentinel/sari-krankenhaus-sentinel-node.html

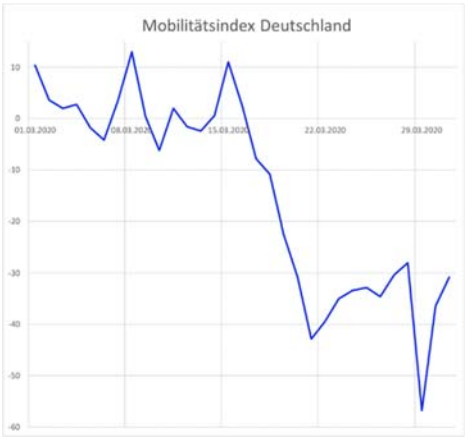
Wären die Daten nicht repräsentativ, würde die Überwachung auch keinen Sinn ergeben. Im Vergleich zum Grippeweb (Meldungen Privater) und den ARE (Meldungen von Arztpraxen) sind SARI-Zahlen zuverlässiger, weil sie nicht von subjektiven Empfindungen oder der Anzahl von Praxisbesuchen abhängen. Die Einlieferung in ein Krankenhaus mit schwerer Atemwegserkrankung ist eine harte Tatsache. Hervorzuheben sei nochmals, dass SARI zur syndromischen Überwachung gehören, nicht zur virologischen. Die SARI-Zahlen umfassen daher unabhängig vom auslösenden Erreger alle Atemwegserkrankungen. Infektionen durch SARS-CoV-2 gehören ebenso dazu wie Grippeinfektionen oder bakterielle Pneumonien.

SARI werden im Gegensatz zu anderen Erkrankungen besonders überwacht, weil sie saisonalen Schwankungen unterliegen und das RKI sie daher im Hinblick auf mögliche Überlastungsgefahren im Auge behalten möchte. Die folgenden Originaldaten zeigen das im Volksmund „Erkältungswelle“ genannte saisonale Muster:



Mitte März 2020 erkannte das RKI den Rückgang der SARI. Deren Maximum lag mit 26 in der Woche 2.-8. März 2020 unter den Maxima der Vorjahre; hernach waren die SARI-Zahlen rückläufig. Wäre das neue Coronavirus ansteckender oder gefährlicher gewesen als die vier bekannten Coronaviren oder andere Auslöser, hätte sich dies in außergewöhnlich hohen SARI-Zahlen niederschlagen müssen. Genau das Gegenteil war der Fall. Infolge des Zeitverzugs zwischen Ansteckung und Einlieferung in eine Klinik sanken die Ansteckungen sogar noch früher, vor den ersten Grundrechtsbeschränkungen. Bei Inkrafttreten des Lockdowns am 23.03.2020 war die Zahl der SARI bereits stark zurückgegangen. Die Grafik zeigt darüber hinaus, dass der Lockdown keinen erkennbaren Einfluss hatte. Vielmehr lief die Erkältungswelle im Frühjahr 2020 nach demselben Muster aus wie in allen anderen Jahren.

Die höchsten SARI-Zahlen finden sich bei der Grippewelle Anfang 2018 und am Ende der Impfkampagne 2022. Demgegenüber war das Jahr 2020 klinisch unauffällig, was wie dargelegt nicht an den Maßnahmen liegen kann, weil diese erst nach Auslaufen der Erkältungswelle erlassen wurden. Gelegentlich wird eingewandt, freiwillige Verhaltensänderungen hätten den



Rückgang der Erkältungen bewirkt. Dies widerlegt der für diese Phase verfügbare Mobilitätsindex (Quelle: https://www.google.com/covid19/mobility/).

Die Grafik zeigt, wie stark das Mittel der erfassten Aktivitäten (Handel, Erholung, Drogerien, Apotheken, Nahverkehr, Parks, Arbeitsplätze) im März 2020 von den Vergleichswerten der Vormonate abwich. Offensichtlich brach die Mobilität erst am 16.03.2020 ein, was nicht verwundert, weil die Schulen an diesem Tag und in der Folge geschlossen blieben. Da die SARI zu einem früheren Zeitpunkt sanken, die Ansteckungen erst recht, kann der Rückgang der Mobilität nicht ursächlich gewesen sein. Plausibler ist, dass die Erkältungen aus demselben Grund sanken wie in allen anderen Jahren: Mehr Wärme und Sonne, Frühling.

3. Kliniksituation in Deutschland

Wenn saisonale Erkältungen auslaufen und die Politik elektive Operationen verbietet, resultiert eine starke Unterbelegung der Kliniken. Im Folgenden wird aus den Protokollen zitiert, die das RKI selbst veröffentlichte, nachdem ein Whistleblower sie durchgestochen hatte:


ROBERT KOCH INSTITUT Krisenstab Protokolle

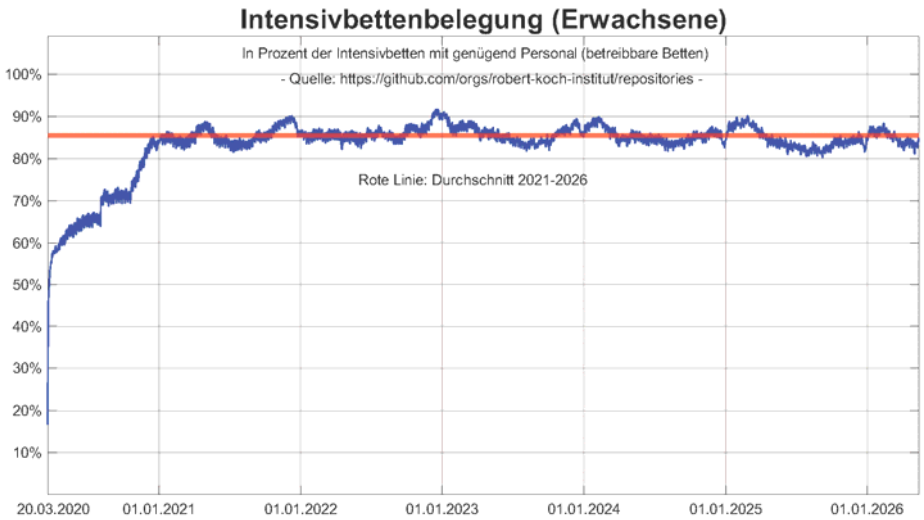
24.03.2020: AGI-Sentinel ... Ergebnisse legen nahe, dass SARS-CoV-2 nicht breit irkuliert

25.03.2020: Die Trends sollten besser erstmal nicht formuliert werden, da es sonst schwierig sein kann weitere Maßnahmen zu begründen ... Anzahl freie Betten/belegte Betten etwa gleich ... normalerweise Anteil freier Betten <10%

Quelle: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Protokolle/COVID-19-Krisenstabsprotokolle.html.

Am 24.03.2020 notierte das RKI, dass SARS-CoV-2 nicht breit zirkuliere. Am folgenden Tag entschied es, dies nicht nach außen zu kommunizieren und gab als Grund an, der Lockdown sei in Kenntnis der Tatsachen kaum zu rechtfertigen. Von großer Bedeutung ist auch der folgende Satz zur Unterauslastung der Kliniken: Das RKI stellte fest, die Bettenbelegung sei vom Normalwert 90% auf 50% gesunken. Dies zeigt, dass die Unterbelegung im März 2020 bekannt war. Der Politik wird das RKI dies kaum verschwiegen haben.

Auch die Daten des von RKI und DIVI gemeinsam betriebenen Intensivregisters dokumentierten die laut BMG historisch beispiellose Unterbelegung der Intensivstationen frühzeitig. Wichtig ist bei der Interpretation der folgenden Grafik, dass die im März 2020 aufgebaute DIVI-Statistik nicht bloße „Betten“ zeigt, die stets überreichlich vorhanden sind, sondern nur „betreibbare Betten“, für die ausreichend Personal zur Verfügung steht.



Die Kapazität an betreibbaren Betten hängt in erster Linie vom Personal ab. Die Daten der letzten Jahre dokumentieren, dass eine ITS-Belegung von rund 86% normal ist. Für das Jahr 2020 ist jedoch eine Unterbelegung festzustellen, die durch Freihalteprämien künstlich erzeugt wurde. Die stärkste Auslastung im gesamten Zeitraum fällt erneut in den Dezember 2022.

Das RKI stellt keine tagesscharfen Zahlen für die Gesamtauslastung der Kliniken zur Verfügung, also Normal- plus Intensivstationen. Die Gesamtauslastung lässt sich aber den Zeitreihen des Inek entnehmen, das als halbstaatliches Institut die Fallpauschalen abrechnet und folglich zuverlässige monetäre Daten liefert (Quelle: https://datenbrowser.inek.org). Wie die vorstehende Abbildung dokumentiert, brachen 2020 nicht nur die Intensivfälle, sondern die gesamten stationären Krankenhausfälle deutlich ein, und zwar um über 14%.

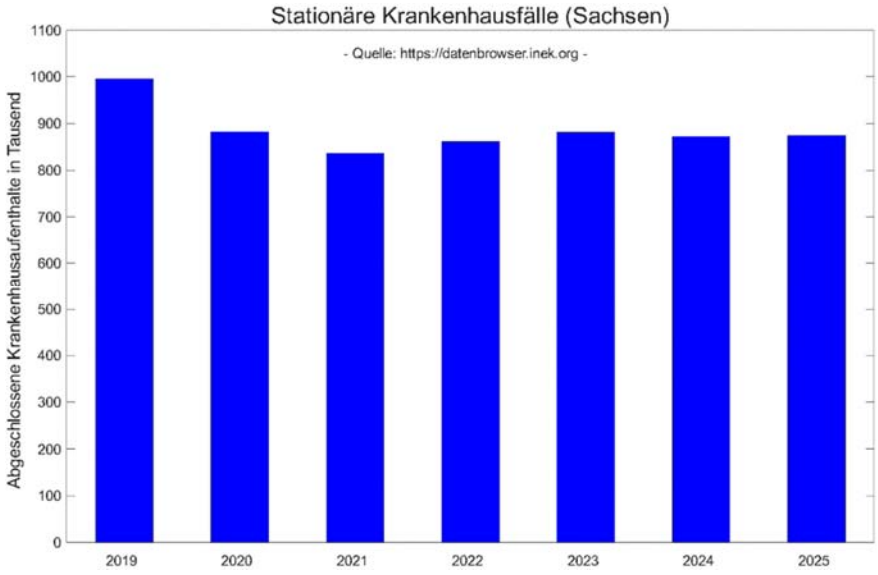


An dieser Stelle sei wiederholt, dass jede Art Hörensagen in diesem Thesenpapier außer Betracht bleibt. Das gilt sowohl für behauptete örtliche Überlastungen als auch für die unzähligen „Jerusalema Challenge“ Tanzvideos gelangweilter Klinikmitarbeiter, dokumentiert etwa von den sächsischen Muldentalkliniken (https://www.youtube.com/watch?v=1Pb4SxfGhyc). Zu lokalen Überlastungen bzw. Verlegungen kommt es aus weiter unten genannten Gründen oft, und man findet hierzu in allen Jahren Zeitungsberichte.

Die objektiven Daten sind unstreitig. Gelegentlich wird aber eingewandt, regional habe es durchaus Notstände gegeben. Dieser Einwand wird in zwei Schritten analysiert.

3.1 Sächsische Klinikbelegung

Zunächst sei die Klinikbelegung im oft als Ausnahme bzw. Katastrophenfall genannten Sachsen betrachtet:



In Sachsen zeigt sich dasselbe Muster wie sonst: Die Fallzahlen der Krankenhäuser brachen 2020 massiv ein. Bundesweit wurden bis Juli sogar 400.000 medizinische Mitarbeiter in Kurzarbeit geschickt (https://www.aerzteblatt.de/news/kliniken-und-praxen-meldeten-kurzarbeit-fuer-mehr-als-400000-mitarbeiter-an-ac23a0de-6141-4f91-9498-375e8f4011d9):

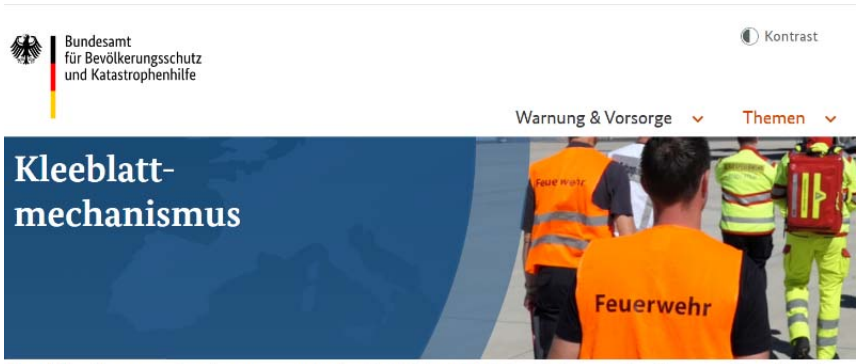

Deutsches Ärzteblatt

Kliniken und Praxen meldeten Kurzarbeit für mehr als 400.000 Mitarbeiter an

Dienstag, 28. Juli 2020

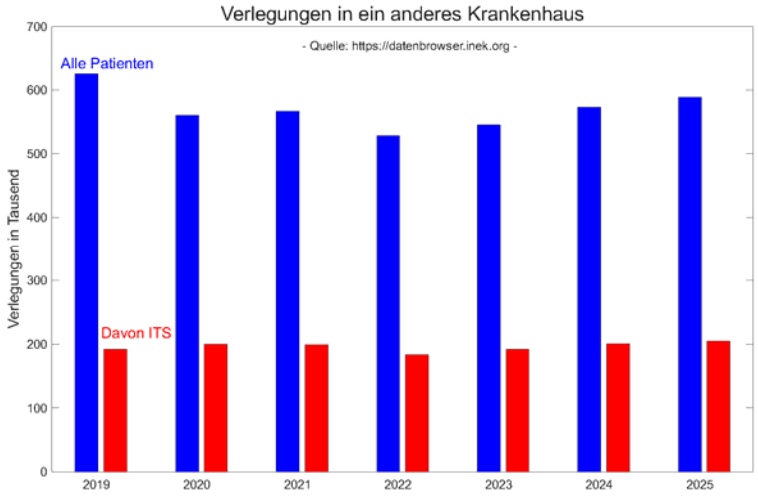
3.2 Patientenverlegungen

Im zweiten Schritt wird quantitativ die Bedeutung des sogenannten Kleeblattmechanismus überprüft. Dieser wurde nach Angaben des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe entwickelt, um in Katastrophenfällen regionale Überlastungen der Intensivstationen zu vermeiden (Quelle: https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Internationale-Angelegenheiten/Kleeblatt-Mechanismus/kleeblatt-mechanismus_node.html):



Der Kleeblattmechanismus wurde im Frühjahr 2020 im Rahmen der Corona-Pandemie erarbeitet. Um eine regionale Überlastung der Intensivkapazitäten in Krankenhäusern in der Pandemie zu vermeiden, entwickelten Bund und Länder ein gemeinsames Verfahren

Die Verlegung eines Patienten in eine andere Klinik ist insbesondere dann notwendig, wenn es in der betreffenden ITS keine freien Plätze gibt. Dieser Fall tritt sehr oft auf, und zwar aus folgendem Grund: Verfügt eine ITS über zehn betreibbare Betten, von denen neun belegt sind, dann muss bereits nach einem Autounfall mit zwei Schwerverletzten einer der Patienten verlegt werden. Ein weiterer Grund für Verlegungen sind bessere Behandlungsmöglichkeiten. Die folgende Grafik zeigt die bundesweite Entwicklung der Verlegungen seit 2019:



Die Gesamtverlegungen, immerhin rund 600.000 erfasste Abrechnungsfälle jährlich, nahmen 2019 ihr Maximum an, die ITS-Verlegungen 2025. Im Jahre 2020 waren beide Verlegungsarten unauffällig. Analysiert man die Daten für Bayern und Sachsen separat, zwei Länder, die sich besonders öffentlichkeitswirksam beim Kleeblatt hervortaten, zeigt sich dasselbe Bild.

Die vergleichsweise geringe Anzahl von Verlegungen im Jahre 2020 kann aus zwei Gründen nicht verwundern. Erstens litten die Kliniken insgesamt und vor allem die ITS unter einer enormen Unterbelegung, wie weiter oben gezeigt. Zweitens berichtete die Ärztezeitung, dass im Rahmen der Kleeblattaktion nur 93 Patienten verlegt wurden (Quelle: https://www.aerzteblatt.de/news/kleeblattprinzip-93-coronaintensivpatienten-verlegt-das-konzept-funktioniert-704edcb6-9583-47a4-8026-d757ed870029):



Deutsches Ärzteblatt SUCHE

Kleeblattprinzip: 93 Corona-intensivpatienten verlegt, das Konzept funktioniert

Freitag, 10. Dezember 2021

Ein Coronahilfsflug der Luftwaffe steht im Cargo-Bereich des Flughafen München. Gestern sollte der Bundeswehr-Transport, im Rahmen Kleeblatt-Konzept, COVID-19-Patienten zum Flughafen nach Hamburg fliegen./dpa, Peter Kneffel

Von rund 200.000 ITS-Verlegungen jährlich entfielen also ganze 0,05% auf die Kleeblattaktion. Abgesehen von der Frage, warum man schwerkranke Patienten von München nach Hamburg fliegt, statt sie in der Nähe zu versorgen, hat das Kleeblatt jedenfalls keine sozialmedizinische Bedeutung gehabt.

4. RKI versus Politik

Als zuständige Behörde hatte das RKI über Jahre einen „Nationalen Pandemieplan" entwickelt, mit angemessenen Reaktionen auf internationale Virenausbrüche. Am 04.03.2020 ergänzte das Institut den Plan im Hinblick auf die Verbreitung des Coronavirus:

https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf

https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Preparedness-und-Response/Pandemieplanung/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?__blob=publicationFile&v=1

https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Strategie/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf

Die zitierten Dokumente beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und beschreiben traditionelle Verfahrensweisen bei Diagnostik, Patientenversorgung usw. In seiner Ergänzung vom 04.03.2020 verwies das RKI überdies ausdrücklich auf die SARI-Statistik (S. 16). Hervorzuheben ist, dass die Fachleute extreme Maßnahmen wie Lockdowns, Kita- und Schulschließungen oder Ausgangssperren nicht einmal für Ihre Worst-Case-Szenarien erwähnten.

In der ersten Märzhälfte 2020 hielt das RKI aufgrund der klaren klinischen Evidenz an seiner zurückhaltenden Risikobewertung fest und urteilte noch am 19.03.2020 im Einklang mit dem „Nationalen Pandemieplan", den Daten und der Literatur, freiwillige Verhaltensänderungen seien wirksamer gegenüber Zwangsmaßnahmen. Im Dokument „Empfehlung: Nationale Kampagne zur Förderung der sozialen Distanzierung in Deutschland" beschrieb das Institut die Vorteile der Freiwilligkeit gegenüber Grundrechtseinschränkungen detailliert.

Quelle: https://rki-transparenzbericht.de/, dort im Zusatzmaterial vom 20.03.2020 archiviert als „Nationale Kampagne-soziale Distanzierung_2020-03-19.pdf".

Indes beschloss eine politische Elefantenrunde entgegen aller Evidenz schon am 15.03.2020 die Vorbereitung eines landesweiten Lockdowns. Auf welchen Motiven ihre Entscheidung beruhte, ist nicht Gegenstand dieses Thesenpapiers und überdies unklar, weil die Zusammenkunft trotz ihrer enormen Bedeutung nicht protokolliert wurde.

Quelle: https://www.blz.bayern.de/data/pdf/zfp_sz_artikel_falschmeldungen-1026-0856-26.pdf

Ebenfalls am 15.03.2020 verkündete Bundesinnenminister Horst Seehofer die teilweise Schließung der Außengrenzen (https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/EN/2020/03/grenzschliessung-corona.html, die deutsche Version wurde gelöscht). Das RKI musste sich den politischen Vorgaben beugen und die Risikobewertung „hochskalieren". Auch in der Folge wurde das RKI wiederholt angewiesen, die Risikobewertung hochzuhalten, wie die internen Protokolle (op. cit.) belegen:



Laut Protokoll vom 10.09.2021 erwog das RKI sogar juristische Schritte gegen die Bundesregierung, sah aber offenbar ein, dass es als weisungsgebundene Behörde wehrlos war. Nach außen hin vertrat das RKI die politischen Entscheidungen, intern vertrat es das Gegenteil.

5. Zusammenfassung

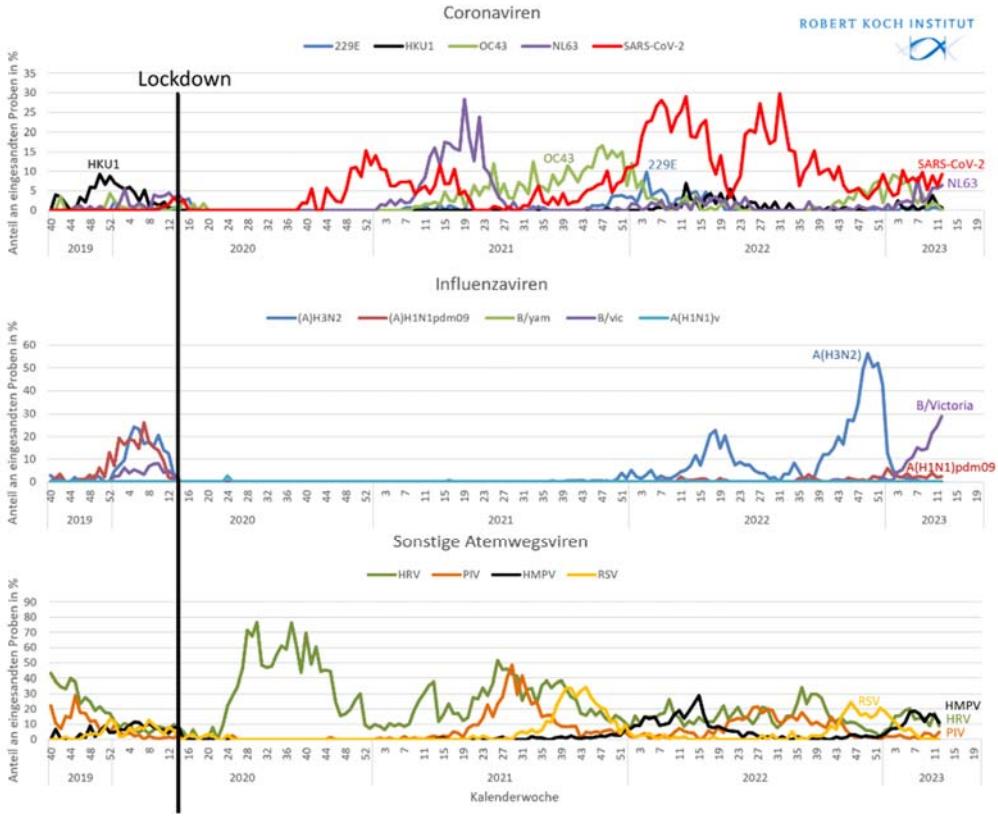
In diesem Papier wurde gezeigt, dass im März 2020 zunächst Daten aus China und Südkorea der Annahme einer Gefahrenlage entgegenstanden. Die dortigen Zahlen belegten, dass sich die Coronawelle keineswegs „exponentiell“ ausbreitete, sondern Form der lehrbuchmäßigen Epikurve auslief, wie alle Erkältungswellen. Südkorea hatte überdies nie einen Lockdown verhängt, China 2020 nur einige Städte abgeriegelt, aber nicht das ganze Land heruntergefahen.

Zentral für die damalige Bewertung der Situation in Deutschland war der Rückgang schwerer Atemwegserkrankungen (einschließlich Covid-19), die das RKI fortlaufend besonders überwachte. Diese SARI erreichten in der Woche 2.-8. März 2020 ihr Maximum und sanken danach. Die zugrundeliegenden Ansteckungen sanken infolge der Inkubationszeit noch früher, etwa nach Aschermittwoch am 26.02.2020. Außerdem fiel die Klinikbelegung auf einen historischen Tiefstand. Den Behörden und der Politik waren all diese Fakten bekannt, weshalb die Fachleute des RKI noch am 19.03.2020, als die irreführenden Bilder aus Bergamo zu kursieren begannen, explizit von Zwangsmaßnahmen abrieten.

Alle damaligen Daten und Dokumente belegen zweifelsfrei, dass Grenzschließungen, Lockdowns, Kita- und Schulschließungen, Maskenzwang und Kontaktverbote politische Entscheidungen waren, die in eklatantem Widerspruch zu der im März 2020 vorliegenden klinischen Lage standen und ebenso in Widerspruch zu den Empfehlungen des RKI. Schweden, South Dakota, Japan, Südkorea, Tansania, Burundi und viele weitere Staaten beschlossen keine Lockdowns und fuhren gut damit.

Anhang: Stellungnahme zur Kommissionsdrucksache 21(27)38 vom 26.05.2026

Neben der syndromischen Surveillance, zu der die SARI gehören, betreibt das RKI seit der Jahrtausendwende auch eine virologische Surveillance, die Erregerarten unterscheidet:



Quelle: https://rki-transparenzbericht.de/, dort im Zusatzmaterial vom 29.03.2023 archiviert als „syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW12_2023_für-Krisenstab.pptx“

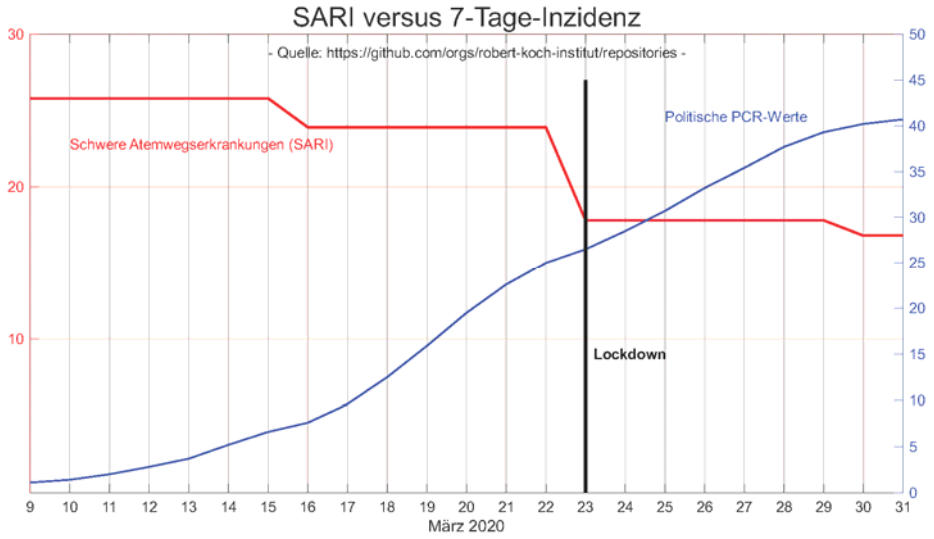
Hiernach wechseln unterschiedliche Typen von Atemwegsviren, insbesondere Corona, Influenza, Rhino und RS, fortlaufend einander ab. Der Öffentlichkeit ist das nicht bewusst, weil die Symptome meist unspezifisch und ähnlich sind und konkrete Erreger nur durch Labortests zuverlässig ermittelt werden können. Die Abbildung verdeutlicht, dass 2020 Rhinoviren dominierten, 2021 Rhino- sowie die Coronaviren NL63 und SARS-CoV-2, während 2022 die Influenza übernahm.

Demgemäß hätte man 2020 aufgrund von PCR-Tests schreiben können, es gäbe eine hohe „Rhino-Inzidenz“, viele „Rhinofälle auf ITS“ und viele „Rhinotote“. Das wurde jedoch nicht getan, und es wäre auch nicht sinnvoll gewesen, weil es aus sozialmedizinischer Sicht nur auf die Gesamtbelastung der Kliniken bzw. auf Gesamtsterbezahlen ankommt und nicht auf die Belastung durch einzelne Erregerarten.

In der zweiten Stellungnahme des RKI-Präsidenten Prof. Dr. Lars Schaade (https://www.bundestag.de/resource/blob/1182320/21-27-38_ergaenzende-Stellungnahme-des-SV-Prof-Dr-Lars-Schaade.pdf) findet sich kein einziger sozialmedizinischer Indikator. Die Stellungnahme vermischt syndromische und virologische Surveillance und handelt ausschließlich von Covid-

SARI, Covid-ITS-Fällen, Covidtoten usw. Eine derartige Methodik, wenn man sie überhaupt so nennen kann, ist sozialmedizinisch verfehlt: Wenn ein Erregerwechsel etwa von Influenza zu SARS-CoV-2 stattfindet, die Krankheitslast aber insgesamt unverändert bleibt oder sogar rückläufig ist, wie im Frühjahr 2020, droht offensichtlich keine Überlastung des Gesundheitssystems. Grundrechtseingriffe sind in diesem Fall ungerechtfertigt.

Um zu verteidigen, warum er auf PCR-Tests fokussierte und klinische Daten ignorierte, behauptete Schaade in der Sitzung der Enquetekommission vom 07.05.2026 (bei 01:34 Minuten, https://www.youtube.com/watch?v=YxXIhY4Wphk), zumindest am Anfang habe ein „relativ klarer Zusammenhang" zwischen PCR-Zahlen und wirklichen Erkrankungen bestanden. Diese Behauptung ist nicht nur unwahr, sondern sie widerspricht den vom RKI veröffentlichten Zahlen diametral:



Man erkennt aus der Grafik, dass die SARI-Zahlen vor Verhängung des Lockdowns sanken, während die PCR-Zahlen stiegen. Beide Zeitreihen waren demnach negativ korreliert. Die Zunahme der irreführenden PCR-Zahlen beruhte nicht auf Erkrankungen, sondern auf der politischen Vorgabe, immer mehr PCR-Tests durchzuführen. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Lockdowns betrug die 7-Tage-Inzidenz 27. Als sie am 24.03.2022 mit 1.935 ihr Maximum erreichte, verhängte die Politik keine Maßnahmen. Somit haben PCR-Zahlen weder die Krankheitslast angezeigt, noch waren sie politikleitend. Die Politik wechselte vielmehr fortlaufend zwischen Verdopplungszeit, R-Wert und 7-Tage-Inzidenzen, um zu bemänteln, dass sie in Wahrheit Maßnahmen ohne medizinische Inzidenz verhängte.