

Corona-Fakten

Die Krisen rücken näher. Die Corona-Pandemie hat die CO₂-Hysterie in den Hintergrund gedrängt und dominiert Berichterstattung und Kommentare rund um die Uhr. Aufklärung über die Infektionsvermeidung dieser hochinfektiösen Erkrankung hat wohl auch das letzte Hinterzimmer erreicht und das ist absolut richtig so. Jedoch mangelt es an Aufklärung zur Relevanz der angsteinflößenden omnipräsenten Zahlen. Dazu nachfolgend einige Fakten.

Das neuartige Virus SARS-CoV-2 gehört zu den seit den 1960er Jahren bekannten Coronaviren, die bereits für zwei Pandemien sorgten (SARS 2002/03 u. MERS 2012) und darüber hinaus an vielen Atemwegsinfekten beteiligt sind. Es hat sich herausgestellt, dass das neuartige Virus SARS-CoV2 infektiöser als seine Vorgänger zu sein scheint, denn das Virus trifft vermutlich auf viele immun-naïve Menschen, also solche, die noch keinen Kontakt zu diesem Virus hatten und deshalb nicht über spezifische Antikörper verfügen. Eine weitere Ursache könnte der leichte Übertragungsweg sein. Wie man heute weiß, erfolgt die Vermehrung des Virus bereits im Nasen-/Rachenraum, so daß bereits beim Niesen und intensiven Atmen mit der Verbreitung und Infektion der Nächststehenden gerechnet werden muß. Deshalb ist das Tragen von Mund-Nasen-Masken auf jeden Fall empfehlenswert.

Schutzlos ist der Mensch dem Virus jedoch nicht ausgeliefert, denn ein starkes individuelles Immunsystem sowie die Ausprägung von Kreuzimmunität zu anderen menschlichen Coronaviren, mit denen bereits Kontakt stattfand, könnten eine Infektion verhindern oder abschwächen.

Zur Einschleusung in die Zelle bedient sich das Virus übrigens des erst 2003 entdeckten Enzyms ACE2, des Gegenspielers des Enzyms ACE. Letzteres ist Angriffspunkt der sogenannten ACE-Hemmer, einer sehr umfangreichen, aber weitaus nicht der einzigen Gruppe blutdrucksenkender Arzneimittel. Wechselwirkungen sind anzunehmen, aber noch unzureichend untersucht.

Die ursprünglich behauptete, irrierte Ansicht, daß sich die Zahl der Infizierten ca. alle 2,5-2,7 Tage verdoppelt, traf nicht zu, sonst hätten sich bereits innerhalb von 10 Tagen die Infizierten-Zahlen versechszehnfacht. Zwischen 24.3. bis 2.4.2020 betrug der Anstieg (berechnet aus JHU-Daten) jedoch lediglich das 2,6fache und stieg auf insgesamt 84 600 Infizierte an. Mittlerweile hat sich die Verdopplungsrate kontinuierlich verlangsamt und stieg auf > 8 Tage an (2./3.4.2020, RKI). Am 7.4. wurde bereits eine Verdopplungszeit von 12,2 Tagen für Deutschland angegeben (ZDFheute). Das bedeutet, daß sich der Anstieg der Infiziertenzahl, wie auch durch die epidemiologisch verordneten Maßnahmen beabsichtigt, deutlich verlangsamt.

Hinzu kommt, daß das Virus nicht besonders stark mutiert, weshalb eine einmal durchgemachte Infektion eine gewisse Zeit vor erneuter Infektion schützt.

Zu diesen positiven Nachrichten kommt eine weitere hinzu, nämlich die, dass offensichtlich **weniger tödliche Verläufe** zu beobachten sind, als befürchtet und als die, die während der SARS-Pandemie 2002/03 (weltweit ca. 8000 Krankheitsfälle mit 774 Todesfällen; Letalität: 9,6%) bekannt wurden.

Die unkommentiert übermittelten Zahlen über Zuwächse an Infizierten oder Toten aus verschiedenen Teilen der Welt, denen die Bevölkerung permanent ausgesetzt ist, führen zu Verunsicherung und nähren verständlicherweise Ängste. Deshalb wird im Folgenden versucht, für etwas mehr Transparenz zu sorgen.

Bestätigte Infektionen (weltweit am 5.4.2020: 1204246 Personen, JHU) betreffen ausschließlich solche Personen, die positiv getestet wurden in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit eines Testes. Positiv getestet zu sein bedeutet jedoch in vielen Fällen nicht, erkrankt zu sein. Die aktuelle Zahl der Asymptomatischen in Deutschland beträgt z. Zt. 25,4% (Wieler 7.4.2020). Die Gesamtzahl bestätigter Infektionen ist kumulativ zu verstehen; sie

spiegelt eine viel zu hohe Zahl vor, denn positiv Getestete sind bereits nach ca. 8 Tagen wieder negativ (s. Münchner Fallgruppe, 1.4.2020). Diese werden nicht subtrahiert, so daß die Zahl unbereinigt um die Gesunden wächst.

Die Angaben über „**Genesene**“ (weltweit am 5.4.2020: nur 247340) sind noch weniger nachvollziehbar; sie erscheinen viel zu niedrig, wie man leicht selbst nachrechnen kann. Gründe dafür gibt es viele (keine Meldepflicht; keine Arztbesuche mehr, wenn es besser geht, etc.). Allerdings wäre es äußerst wichtig, die Anzahl der Gesunden und die Zahl derjenigen mit positivem Antikörpertiter zu kennen, um realistischere Schätzungen zur Durchseuchung machen zu können.

Die **Gesamtzahl aller Infizierten** ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt unbekannt. Eine hohe Dunkelziffer ist anzunehmen; Bagatellinfektionen führen schließlich nicht zum Arzt.

Die **Zahl der Corona-Toten** (weltweit am 5.4.2020: 64795) ist definitiv, wenn sie denn alle ordnungsgemäß gemeldet würden. In jedem Fall muß hinterfragt werden, ob der Patient an COVID-19 verstorben ist (das sind die eigentlichen Corona-Toten) oder an einer anderen Ursache als der SARS-CoV-2-Infektion, bspw. an seinen Grunderkrankungen, an Krankenhauskeimen etc. Das setzt eine diffizile Diagnostik voraus. Diese wird nach neuesten Erkenntnissen dadurch erschwert, daß das Virus direkt einen Atemstillstand durch Beeinträchtigung des Atemzentrums im Hirnstamm ohne vorherige Pneumonie auslösen kann. Die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung der einzelnen Länder und deren Meldesysteme spielen eine entscheidende Rolle für die diesbezügliche korrekte Berichterstattung. All diese Umstände differieren erheblich und lassen vermuten, dass selbst die Zahl der Toten einer exakten Analyse nicht standhält.

Die Letalität (Maß für die erkrankungsbedingte Sterblichkeit) der Pandemie kann man deshalb **nur vage** aus den veröffentlichten Zahlen mit all ihren geschilderten Unzulänglichkeiten schätzen; im Mittel liegt sie weltweit bei derzeit ca. 5,38%. Nur eine repräsentative Stichprobenuntersuchung zur Durchseuchung könnte Licht in das Dunkel bringen und eine validere Berechnungsgrundlage liefern, auf die eindeutig diagnostizierte Todesfälle zu beziehen wären. Doch daran mangelt es bis dato. Deshalb muß man sich mit den zur Verfügung stehenden Daten der JHU oder des RKI vorerst begnügen. Diese zeigen von Land zu Land und in Abhängigkeit vom Stadium der Epidemie drastische Unterschiede. Die Spanne reicht im Moment von 0,5% in Singapur bis 12,33% in Italien. Deutschland liegt bei 1,6% (Wieler, 7.4.2020) ähnlich wie in Österreich mit 1,58%.

Validere Bezugsgrößen sind Gesamtbevölkerungszahlen und die Gesamtsterblichkeit bzw. die Sterbefallanalyse, die statistisch erfaßt werden und mit einer gewissen Verzögerung zur Veröffentlichung gelangen.

Die COVID-19 **bedingte Mortalität** (Maß für die Sterblichkeit bezogen auf die Gesamtbevölkerung) setzt die gemeldeten Corona-Todesfälle in ein ganz anderes Licht. Sie beträgt aktuell in Deutschland **0,00174%** (5.4.2020: 1444 Corona-Tote bei einer Bevölkerungszahl von 83,1 Million).

Außerdem fällt der Anteil an der landesspezifischen Gesamtsterblichkeit mit **0,15%** (Bezugszahl: 954874 Verstorbene im Jahr 2018, aktuellere Zahlen sind noch nicht verfügbar) eher gering aus, ähnelt Österreich mit ca. 0,22%, gefolgt von Großbritannien mit ca. 0,7%, Frankreich mit ca. 1,23%, Italien mit ca. 2,43% und Spanien mit ca. 2,82%. Auch der Vergleich mit Sterblichkeitsraten für weitverbreitete Erkrankungen (bspw. 13,47% an ischämischer Herzkrankheit, 4,67% an Hypertonie, 3,81% an chronischer Erkrankung der unteren Atemwege, 3,05% an Unfällen oder 2,1% an Pneumonie Verstorbene) relativiert die bis dato mehr oder weniger niedrige Zahl an Covid-19 Verstorbenen (s.o.: 0,15%). Vorausgesetzt, die Situation deeskaliert im weiteren Verlauf, könnte erwartet werden, dass sich die Gesamtsterblichkeit in Deutschland im Jahr 2020 durch Covid-19-Tote nicht wesentlich ändern wird.

Ohne die Risiken dieser Pandemie kleinreden zu wollen, drängt sich die Frage auf, wieso wird diese derart dramatisiert? Wieso werden überwiegend nur „worst-case-Szenarien“ geschildert und die Zahlen unreflektiert weiter gegeben? Verursachten die Pandemien der jüngeren Vergangenheit nicht gravierendere Folgen für die Gesundheit der Weltbevölkerung? Zum Beispiel

- registrierte man 2018 weltweit **75 Millionen** HIV-positive Personen, wovon knapp **43%** (32 Millionen) trotz Einführung der Kombinationstherapie 1996 verstorben sind (UNAIDS)
- verursachten die asiatische Grippe 1957/58 und die Hongkong-Grippe (1968) jeweils **1-4 Mill. Tote**, die Schweinegrippe (2009/10) 100000-400000 Tote.

In Deutschland erkranken trotz Verfügbarkeit von Impfstoffen und eines unbekanntes Maßes an Immunität jedes Jahr viele Personen an Grippe:

In der Grippeperiode des Jahres **2017/18** gab es insgesamt **334000 bestätigte** Grippefälle mit **60000** Krankenhausbehandlungen (davon 45000 Exzeßhospitalisierungen) und **25000** Todesfällen.

In der Grippeperiode des Jahres **2018/19** wurden insgesamt **182000 bestätigte** Fälle registriert mit **40000** Hospitalisierungen von denen 595 (0,33%) beatmungspflichtig waren. **954** Todesfälle standen in Zusammenhang mit der Influenza.

In der diesjährigen Grippeperiode **2019/20**, die noch nicht beendet ist (läuft bis zur 20. KW), wurden **bisher 177009** bestätigte Fälle registriert sowie **27580** Hospitalisierungen und 323 Todesfälle (0,18%) festgestellt.

Hinzu kommt die ohnehin **erhöhte Mortalität in den Wintermonaten**.

Das lief und läuft völlig unbeachtet im Hintergrund ab. Das deutsche Gesundheitswesen hat diese Aufgaben unproblematisch und zur Zufriedenheit aller gemeistert.

Im Vergleich dazu wurden bis dato **10700** Hospitalisierungen in Zusammenhang mit Covid-19 gemeldet (7.4.2020, Wieler). Das ist weniger als die Hälfte der diesjährigen hospitalisierungspflichtigen Grippe-Kranken!

Wieso sollte es mit Covid-19 Erkrankten ganz anders sein? Hat man vielleicht die Verhältnisse in Wuhan zu Beginn der Pandemie falsch eingeschätzt und unkritisch übernommen? Wer sich einigermaßen eine Vorstellung von den unglaublich verdichteten Wohnsilos in Chinas Megacities machen kann, wird sich über die explosionsartige Infektionsausbreitung dort nicht wundern. Und auch die stringenten Gegenmaßnahmen greifen wesentlich effizienter bei den disziplinierten, dicht an dicht lebenden Chinesen. Aber Wuhan ist nicht überall, weshalb man die dort gemachten Erfahrungen nicht einfach direkt übernehmen kann. In Regionen der Welt mit dünner Besiedlung und weit auseinandergezogenen Wohnsitzen, wie in Norwegen, wo sich die Pandemie nur langsam ausbreitete, gelten andere Gesetze. Regionale oder nationale Besonderheiten, wie erhöhter Schadstoffgehalt der Luft, unbekanntes Gefahren, wie beeinträchtigte Immunabwehr durch EMF-Strahlung oder Massenschutzimpfung, bevorzugter Einsatz bestimmter Arzneimittel, Multimorbidität oder allgemeine Lebensgewohnheiten (für Italien möglicherweise zutreffend) müssen Berücksichtigung finden.

Jedenfalls erlangte keine der vorgenannten grassierenden Epidemien die mediale Aufmerksamkeit wie Covid-19. Meines Wissens liefen während früherer Pandemien auch keinerlei Versuche, das gesamte gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben herunterzufahren – eine höchst fatale Nebenwirkung dieser Pandemie.

Aktuell günstige Zeichen von Stagnation der Zunahme Neuinfizierter am deutlichsten in China oder Rückgang des Anstiegs in Deutschland, in Südkorea, im Iran, Österreich, Italien, Spanien oder Norwegen, um nur einige Beispiele zu nennen, wurden bisher nicht, höchstens unterschwellig kommuniziert. Panikmache und Angst dominieren weiterhin die

Berichterstattung. Wozu das führen kann, zeigen folgende Beispiele aus dem gesellschaftlichen Umfeld:

- Patienten nehmen Abstand von eigentlich erforderlichen Arztbesuchen; ärztliche Praxen und Notaufnahmen sind weniger ausgelastet als vor der Pandemie
- vorgehaltene Intensivbetten sind in manchen Häusern unterbelegt bis leer (Uni-Klinikum Greifswald 1 Corona-Patient am 1.4.2020; Uni-Klinikum Köln 12 Intensivbetten belegt am 2.4., Beatmungsbetten für 100 Pat. vorhanden; 8.4.: die vorgehaltenen Betten sind überwiegend nicht belegt, das Personal wieder abgezogen worden) – ist das die Ruhe vor dem Sturm oder Folge einer Überreaktion?
- Von sieben medizinischen deutschen Fachgesellschaften wurden Empfehlungen zur Priorisierung der intensivmedizinischen Behandlung kritisch Kranker entwickelt, was bisher undenkbar war!
- Die großzügige Krankschreibung wegen Bagatellinfekten bis zu 14 Tagen leert insbesondere die Büros der Angestellten im öffentlichen Dienst.
- Für den Fall von Ausgangssperren hatten „revolutionäre antikörper“ zur Organisation von Gruppen/Banden, zum Ausbrechen, flashmobs, Aufständen, Umverteilen von Essen und Plünderungen aufgerufen (19.3.20 Cicero/Indymedia)
- Die dauergestreßten Schulpflichtigen sind nun zu Hause einem weiteren „Streß“ ausgeliefert – allein oder mit der Familie kann man es ja zu Hause überhaupt nicht aushalten!

Den vorübergehend vom normalen Berufsleben Dispensierten geht es ebenso; mit den eigenen Kindern weiß man nichts - außer Bespaßung - anzufangen, Stress und Frust aller Orten bis hin zum „Koller“ oder „Kollaps“ – ein Phänomen, welches die Kommunismusverwirklicher ernst nehmen sollten!

Diese beiden in Zusammenhang stehenden Beobachtungen weisen auf eine dramatisch gesunkene Frustrationstoleranz in der Gesellschaft hin, ein Betätigungsfeld, auf das sich das Heer der Psychologen schon längst hätte präventiv/therapeutisch einlassen sollen.

- Über die Einschränkung der persönlichen Freiheit wird vielerorts geklagt. Aber Einsicht in die Notwendigkeit verlangt jetzt eine Kontaktbeschränkung bis auf Widerruf. Die Beruhigung des Straßenverkehrs, die leeren Straßen, die saubere Luft und letztlich die gesunkenen CO₂-Emmissionen kommen allen zugute, werden aber kaum gewürdigt.
- Manchen religiösen Minderheiten fehlt diese Einsicht; trotzdem müssen sie - ohne wenn und aber - zur Einhaltung der epidemiologisch verordneten Maßnahmen verpflichtet werden.
- Die individuelle Notfallvorsorge führte bisweilen zu Hamsterkäufen und dadurch bedingter Verknappung verschiedenster Artikel und Bereicherung Einzelner, was unterbunden werden sollte.

Die Einhaltung der epidemiologisch notwendigen Regeln und positive Berichte aus dem gesellschaftlichen Umfeld (z. Bsp. Nachbarschaftshilfe, Einkaufsunterstützung, Versorgung mit selbstgenähtem Mundschutz; erhöhte Wertschätzung der Arbeitenden, Essensbelieferung durch Gaststätten etc.) bestärken die Gewißheit, dass diese Krise einen Gewinn an Kreativität, Menschlichkeit und Zusammenhalt mit sich bringen wird.

Erstaunlich, dass die Regierungen in der aktuellen Situation nahezu weltweit den Ratschlägen medizinischer Experten folgen, hatte man doch in der Vergangenheit Expertenmeinungen des Öfteren in den Wind geschlagen. Dafür fahren sie jetzt den eigentlich nicht ihnen gebührenden Lohn ein und steigen in der Gunst der Wähler. Ob die vernünftigen Ratschläge zur Kontaktminimierung im direkten persönlichen Umfeld allerdings politisch bis zur nationalen oder sogar regionalen Grenzschießung, wie in Mecklenburg-Vorpommern praktiziert, ausgedehnt werden müssen, ist sehr zu bezweifeln. Eines beweisen diese Maßnahmen jedoch,

daß es nämlich innerhalb kürzester Zeit gelang, wirksame Grenzkontrollen wieder zu installieren, was die Regierung über die letzten Jahre hinweg der Bevölkerung auszureden versuchte. Wir sollten daran festhalten!

Die Folgen der Grenzschießungen und Unterbrechung der Lieferketten legen offen, in welchen Abhängigkeiten wir uns im Zeitalter der Globalisierung befinden. Diesen Warnschuß gilt es zu hören und zukünftig dauerhaft zu berücksichtigen! Ein gewisses Maß an De-Globalisierung ist angesagt sowie Rückbesinnung auf eigene Stärken und Fähigkeiten. Das Lebensnotwendige muß im eigenen Land für alle ausreichend verfügbar sein. Dazu gehört auch die Sicherstellung der Versorgung mit sensiblen Arzneimitteln in Deutschland.

An die Nichtbeanstandung der Nichteinhaltung von Gesetzen gewohnt, verblüffte die ungewohnte gesetzgeberische Geschwindigkeit des Bundestages am 25.3.2020. Nunmehr kann der Bundestag eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ ausrufen, wovon sofort Gebrauch gemacht wurde. Das BMG (Spahn) erhielt ungeahnte Kompetenzen: Ergänzung des IfSG durch verschiedene Anordnungskompetenzen (Direktzugriff auf Versorgung mit Arzneimitteln etc., Untersuchungspflicht für grenzüberschreitend Reisende (GG-Eingriff!), Anordnung zur Beschränkung der Freizügigkeit (GG-Eingriff!)), Änderungen/Anpassungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Sozialgesetzbücher V und XI. Demzufolge erhält ein Krankenhaus für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett einen Bonus von 50000 €!- Kein Wunder, dass sich die Krankenhausverwalter dieses lukrative Geschäft nicht entgehen lassen wollen.

Fazit:

Das staatliche Risikomanagement begünstigte einseitig und unausgewogen eine Dramatisierung der Covid-19-Situation, worunter ihre realistische Einschätzung litt und daraus resultierend, die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen krankte.

Es ist Aufgabe der medizinischen Öffentlichkeit, wie auch die von Regierungsberatern und Medien, für eine objektive, landesspezifische Aufklärung zu sorgen. Dazu gehören neben der Relativierung der gemeldeten Zahlen auch die Initiierung von Forschungsvorhaben und klinischen Studien zur Abklärung offener Fragen und die Entwicklung therapeutisch/präventiver Maßnahmen.

Die Befolgung der erstmals flächendeckend eingesetzten, epidemiologischen Regeln zur Infektionsminimierung zeigt bereits die erhofften Wirkungen. Das macht Mut für die Inangriffnahme der Entwicklung eines Ausstiegsszenarios aus dieser komplizierten Situation. Dazu ist es notwendig, fakten- und kenntnisreich zwischen Maßnahmen zur medizinisch vernünftigen Vorsorge und Versorgungsstabilität und dringend erforderlicher Wieder-Ankurbelung des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens abzuwägen.

Dresden, am 8.4.2020

Dr. med. Karla Lehmann