

## **Fehlende Transparenz, Definitionsprobleme oder Inkompetenz?**

Die permanente Suggestion eines lebensbedrohlichen Zustandes durch das vermeintliche „Killervirus“ SARS-Cov-2, untermauert mit drastischen Einzelfallschilderungen, hat Reflexion, kritisches Denken und Hinterfragen nach monatelangen Einwirkens gänzlich zum Erliegen gebracht und eine intellektuelle Gleichschaltung bewirkt. Der machtvoll, mit Angst gepflügte Boden ließ Fehlbewertungen und Intransparenz gedeihen. Diese begannen mit der initialen Fehleinschätzung von Kontagiosität und Gefährlichkeit des Virus (s. 9.), welche sich kritikresistent bis dato fortsetzte.

Einige essentielle Aspekte des Corona-Geschehens sind dabei der Aufmerksamkeit gänzlich entglitten.

### **Bisher einmalig in der Geschichte der Medizin wird**

- 1. mit positiven Laborbefunden (RT-PCR) Angst und Schrecken verbreitet,**
- 2. medizinische Expertise für die Bewertung der Ausgangs- und Ist-Situation nahezu ausgeblendet und es wird**
- 3. mit Maßnahmen gearbeitet, die für die Bewältigung übertragbarer Krankheiten bislang unüblich waren.**

Selbstverständlich müssen infektiös Erkrankte identifiziert, isoliert und behandelt werden (Identifikation – Isolierung – Therapie = IIT) und Risikogruppen bestmöglich geschützt werden. Das ist allgemein gängige, ärztlich-epidemiologische Praxis (8.). Kontaktverfolgung und Quarantäne kommen als ergänzende Maßnahmen in Frage. Hygienemaßnahmen sowie die Zurverfügungstellung von Schutzkleidung und Intensivbetten haben sich dabei dem Bedarf anzupassen und nicht umgekehrt! Es ist nicht nachvollziehbar, ca. 82 Millionen Deutsche in Geiselhaft zu nehmen, um zu verhindern, daß das Gesundheitswesen unserer Wohlstandsgesellschaft überlastet werden könnte, schlimmstenfalls zusammenbricht. Für diese Annahme gibt es keine plausible Begründung. Aufgabe der Ärzteschaft und Verwaltungsmanager ist es, einen sich abzeichnenden Mangel rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen, ggf. gemeinsam mit der Gesundheitspolitik, zu veranlassen. Versorgungskapazität und –qualität müssen aufrechterhalten werden, für jeden und alle.

Nachfolgend sollen die drei Auffälligkeiten etwas detaillierter betrachtet werden.

**Zu 1.:** Der **PCR-Test** hat die ehemals als Goldstandard des Virus-Nachweises geltende Virenanzucht in Zellkultursystemen (Nachweis infektiöser Viren) abgelöst. Dieser derzeit breit eingesetzte Test (n. Drosten), reagiert jedoch lediglich auf Viruspartikel, nämlich auf 2 Gensequenzen (E-Gen, RdPd-Gen), nicht auf den Nachweis eines lebensfähigen, infektiösen Agens. Das bedeutet, ein auf diese Weise positiv Getesteter muß nicht zwingend krank oder infektiös sein, da nur oberflächlich vorhandenes Virusmaterial nachgewiesen wird. Zur Infektion kommt es erst, wenn das Virus in Zellen eingedrungen ist und sich in diesen vermehrt (8.). Die Anzahl der PCR-Befunde ist deshalb keineswegs mit der Covid-19-Erkrankten/Infizierten-Zahl gleichzusetzen, eine wesentliche Einschränkung ihrer Aussagekraft. Damit sind auch die gesetzlichen Anforderungen, die an meldepflichtige Krankheitserreger gestellt werden – direkter oder indirekter Nachweis, **soweit dieser auf eine akute Infektion hinweist** - gemäß §7 (1) 44a IfSG, nicht erfüllt.

Der zunehmende PCR-Einsatz bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit, also bei asymptomatischen Personen, bei ungezielter Testung oder Vorliegen einer seltenen Erkrankung (Covid-19: ca. maximal 0,03% der Bevölkerung zeigt täglich neue positive PCR-Befunde), erhöht das Risiko für falsch-positive Testergebnisse, damit auch die Zahl der positiven PCR-Befunde.

Hinzu kommt, daß der PCR-Test bei Anwesenheit von SARS-Cov-1 und -2, wahrscheinlich auch bei allen asiatischen Virenvarianten der Untergattung Sarbecovirus und bei verschiedenen, beim Menschen unbekanntem Coronaviren positiv ausfällt. Nur wenn sichergestellt wird, daß die getestete Probe frei von SARS-Cov-1 u.a. asiatischen Sarbecoviren ist, wird die Spezifität des RT-PCR-Tests für SARS-Cov-2 als hoch (96-100%) eingeschätzt (1.). Bestätigungen positiver Befunde sind erforderlich. Von Zweit- oder Bestätigungsmeldungen ist jedoch bisher nichts in die Öffentlichkeit gelangt. Sie werden anscheinend weder systematisch durchgeführt, noch getrennt erfaßt.

Ein weiteres Manko des Tests ist, daß er nicht fälschungs- bzw. manipulationssicher ist. Fälle von Kontaminationen der Testkits, die zu fehlerhaftem Zuwachs positiv Diagnostizierter führen, sind bekannt geworden.

Einen gewissen Hinweis auf die Infektiosität der getesteten Person gibt der **CT-Wert** (Vervielfältigungswert der PCR-Methode). Ist er niedrig, kann von einer hohen Viruslast ausgegangen werden und umgekehrt. Werte über 30 weisen auf eine geringe Viruslast bzw. Infektiosität hin (2.). Die Berücksichtigung des CT-Wertes könnte zu einer realistischeren Situationseinschätzung für jeden Einzelnen führen. Das wird jedoch bis dato nicht genutzt.

Die „exponentiell“ wachsenden, positiven PCR-Befunde sind der wesentlichste Grund für die Ausrufung und Durchsetzung des Lock-down 2.0. Dabei wird ganz offensichtlich von der Devise ausgegangen, je höher die Zahlen, desto wirksamer. Also benutzte man über die längste Zeit hinweg plakativ **kumulative Zahlen**, die deutlich mehr Dramatik vermitteln, als tagesaktuelle Neuzugänge oder wöchentliche Veränderungen.

Ein Beispiel aus dem „Täglichen Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19)“ vom 10.11.2020 (4.) verdeutlicht dies:

	<b>Bestätigte Fälle</b>	<b>Verstorbene</b>	<b>Genesene</b>
Gesamt kumulativ	<b>687 200</b>	<b>11 506</b>	<b>441 200</b>
Änderung gegenüber Vortag	+ 15 322	+ 154	+ 11 700

Erfreulicherweise hat das RKI diese Taktik kürzlich geändert. Ab 11.11.2020 erscheinen auf der Titelseite nunmehr die Tagesneuzugänge fett gedruckt und die kumulativen Werte in Klammern darunter.

Die alles entscheidende Frage ist: Was wird unter „**bestätigte Fälle**“ verstanden? Jedenfalls nicht nur symptomatisch Erkrankte, wie man erwarten könnte. Die korrekte RKI-Definition aus dem Bereich der Grippe (3.)

*„Erkrankungen, die labordiagnostisch nachgewiesen wurden und mit einer typischen Symptomatik einhergehen (klinisch-laboriagnostisch bestätigte Fälle) und Erkrankte mit typischer Symptomatik, die direkten Kontakt zu einem laborbestätigten Fall hatten (klinisch-epidemiologisch bestätigte Fälle) entsprechen der Referenzdefinition des RKI für Influenza“*

ist in Vergessenheit geraten und für Covid-19-Fälle anderen, **laborwerte-orientierten** und weniger eindeutigen Definitionen gewichen:

Covid-19-Fälle = „alle labordiagnostischen PCR-Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung einer klinischen Symptomatik“

laborbestätigte Covid-19 Fälle = „Covid-19-Erkrankungen + akute SARS-CoV-2-Infektionen“ (4.).

Wie schon ausgeführt, sind die PCR-Befunde kein ausreichendes Kriterium für eine Erkrankung; eine SARS-Cov-2 Infektion ist nicht zu erkennen, solange keine Symptomatik vorliegt.

Der Zugang der Öffentlichkeit zu den eigentlich interessierenden Zahlen der **symptomatisch Erkrankten**, die die Krankheitslast abbilden, wird erschwert, aber nicht gänzlich unterbunden, denn bei gezielter Suche sind entsprechende Zahlen zu finden.

Im Text der Lageberichte wird u.a. erwähnt, daß nicht alle eingehenden Meldungen ein Erkrankungsdatum vermerken und diese Personen demzufolge als **nicht symptomatisch erkrankt (?)** gelten.

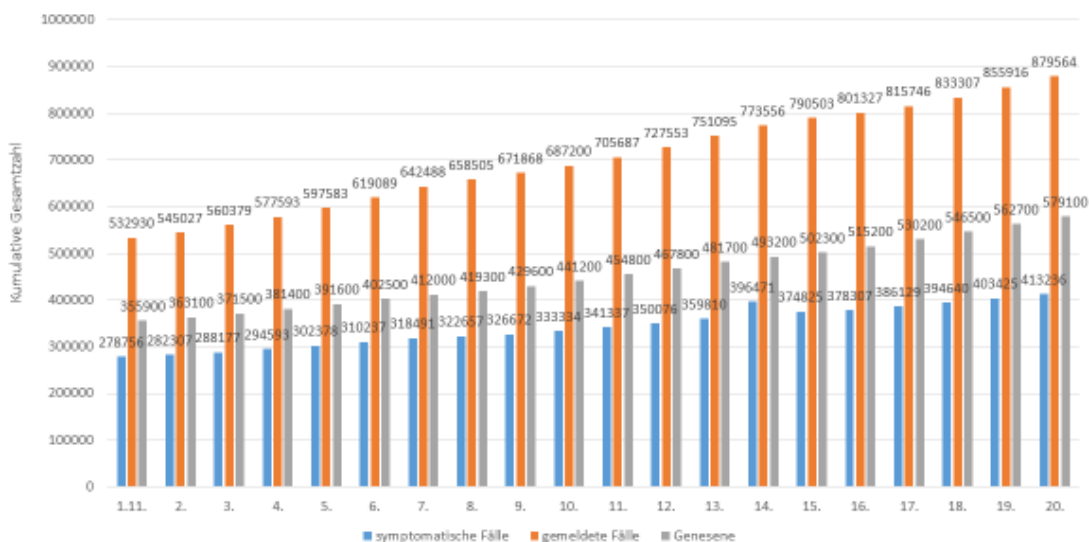
Daraus ergibt sich in Ergänzung des Beispiels vom 10.11.2020 (4.):

Bestätigte Fälle	Kein Erkrankungsdatum bekannt, deshalb als nicht symptomatisch erkrankt betrachtet	Differenz = symptomatisch Erkrankte
687 200	353 866	333 334 = 48,5%

Aus dieser Rechnung folgt: **weniger als 50% der sogen. bestätigten Fälle ist tatsächlich symptomatisch erkrankt**, meist leichter Natur, mit im November 2020 sinkender Tendenz (am 1.11.2020 waren es noch 51,8%, s. Abb.1).

Abb. 1.:

Symptomatische und gemeldete Fälle sowie Genesene  
(kumulative Zahlen; November 2020) erstellt v. Karla Lehmann



Logisch wäre für den 10.11.2020:

Summe der labor-bestätigten Covid-19 Fälle = 333 334 symptomatisch Erkrankte  
 – (441 200 Genesene + 11 506 Verstorbene) = 333 334 - 452 706 = - 119 372 !

Diese Negativzahl ist seitens RKI/ÖGD erklärungsbedürftig! Erstaunlich, daß es mehr Genesene, als symptomatisch Erkrankte gibt! Obwohl die Summe der Genesenen ein Schätzwert ist, kann sie bestenfalls vorübergehend zu Beginn oder am Ende einer Epidemie, aber nicht dauerhaft über der Summe der symptomatisch Erkrankten liegen! Es kann ja schließlich nur genesen, wer vorher erkrankt war. Dieser systematische Fehler bedarf einer

Korrektur. Selbstverständlich muß davon ausgegangen werden, daß im Endeffekt alle genesen oder gebessert sind, sofern sie nicht verstorben sind.

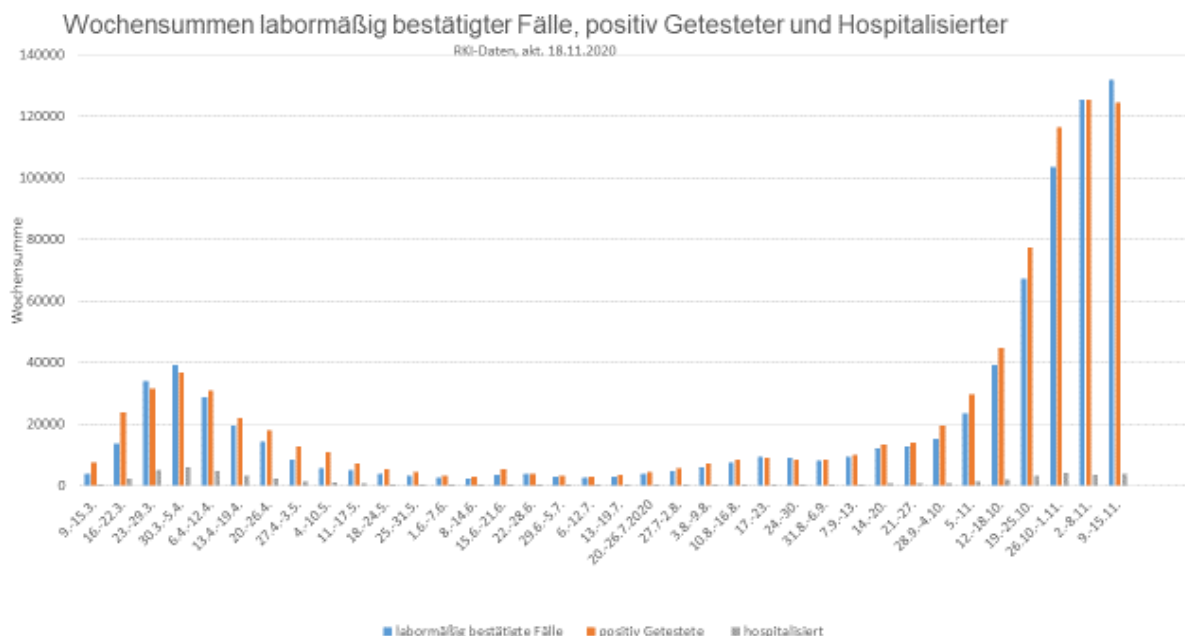
Innerhalb der beginnenden Grippe-Periode sinkt die **Hospitalisierungsquote** deutlich von **6,04** (41. KW) auf **2,98** in KW 46 ab. Doch die Belegung der Intensivbetten steigt in der gleichen Zeit, seit ca. 39. KW 2020 (296 ITS-Pat./12 725 gemeldete Fälle), permanent an (derzeitiger Höchststand 46. KW: 3198 ITS-Pat./131 998 gemeldete Fälle). Der prozentuale Anteil an den gemeldeten Fällen blieb jedoch zwischen KW 39 - KW 45 relativ stabil bei Werten zwischen **1,6-2,4%** mit einer Tendenz zu niedrigeren %-Werten bei ansteigenden Meldungen/Woche.

Die Entwicklung beider Kriterien – sinkende Hospitalisierungsquote und relative Konstanz der ITS-Belegungsquote – deutet darauf hin, daß sich das Krankheitsbild nicht verschlechtert, eine beruhigende Botschaft, die leider nicht kommuniziert wird.

Beunruhigend ist hingegen die Entwicklung der **ITS- Gesamtbettenzahl**. Am 21.10.2020 wurden erstmals seit langem Zahlen unter 30 000 registriert; am 13.11.2020 waren nur noch 28346 Betten verfügbar. Dieser Trend muß nicht nur analysiert, sondern unbedingt gestoppt werden, um Engpässe in der Versorgung Schwerkranker zu vermeiden.

Wesentliche Aspekte hatte ich bereits in einem „offenen Brief“ an Herrn Prof. Wieler (v. 4.8.2020, s. 10, 11.) angesprochen und mit Zahlenmaterial unterlegt. Bei dieser und bei nachfolgenden Analysen fielen einige **Unstimmigkeiten** auf, deren Klärung noch nicht erfolgte. So enthalten Tabellen des RKI (Covid -19 Lageberichte) z.T. Zahlen von „Fällen“ oder Verstorbenen, die nicht der Summe der offiziellen Tagesberichte entsprechen. Auch lag aus nicht näher erläuterten Gründen die Zahl der Intensivpatienten und Beatmeten bis zum 28.5.2020 deutlich über den Covid-19-Fällen. Ein unerklärliches Plus von **4805 „bestätigten Fällen“** gegenüber „positiv Getesteten“ war zw. 23.3.-5.4.2020 zu beobachten - dieses Phänomen setzte sich fort zw. 17.-30.8. und zw. 9.-15.11.2020 mit insgesamt einem Plus von **8204** mehr „bestätigten Fällen“ als eigentlich „positiv getestet“ (s. Abb. 2).

Abb. 2:



Erklärungsbedürftig seitens des RKI ist ebenfalls die Definition eines „nicht symptomatisch Erkrankten“ (?) und eines „Falles mit klinischen Informationen“. Am 17.11.2020 erschienen in den „Täglichen Lageberichten des RKI“ dazu folgende Zahlen: 429 617 nicht symptomatisch Erkrankte, 517 852 Fälle mit klinischen Informationen und 12 814 Verstorbene, summa

summarum 960 283 Fälle (?), jedoch wurden auf der Titelseite nur 815746 bestätigte Fälle registriert. Wie erklärt sich diese Differenz?

Eine gleichzeitige **Influenza**-Testung erfolgt bei typischer Symptomatik und trotz beginnender Grippe-Saison (seit 40. KW) nicht. Deshalb ist es denkbar, daß zahlreiche Grippe-Fälle mangels differenzierender Labordiagnostik während dieser Saison im Sammeltopf der Sars-Cov-2 Fälle landen und damit deren Anstieg verstärken. Erfahrungen mit vorangegangenen Grippewellen legen nahe, daß die Fokussierung der öffentlichen Wahrnehmung ihren Anteil daran haben könnte (3.) und die liegt nun mal eindeutig bei SARS-Cov-2. Dieses Phänomen gilt es zu entflechten.

Relativierend ist der Blick auf die gegenwärtige Aktivität der **akuten Atemwegserkrankungen (ARE, inkl. ILI - fieberhafte Erkrankungen; s. 4., 5., 16.)**, in denen SARS-Cov-2 Fälle subsummiert sind. In der 46. KW sank diese im Vergleich zur Vorwoche. Die Gesamt-ARE- und Gesamt-ILI-Raten liegen seit der 36. KW 2020 deutlich unter den Vorjahreswerten zum gleichen Zeitpunkt und zeigten in den letzten Wochen eine sinkende Tendenz; die Arztbesuche wegen ARE befinden sich im Bereich derer der Vorsaison. Das bedarf auf jeden Fall eines Abgleichs mit den steigenden SARS-Cov-2-Zahlen und einer Erklärung!

50% der zwölf labordiagnostisch bestätigten Influenza-Kranken in KW 45 mußten hospitalisiert werden. Dieser Wert liegt prozentual deutlich über der Hospitalisierungsrate bei SARS-Cov-2 (bspw. in KW 45: 2,9%).

Die Gesamtzahl der **schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI)** stieg in der 45. KW nur leicht an; der Anteil derjenigen mit einer Covid-19 Diagnose erhöhte sich auf 53%. 6% der untersuchten Proben war SARS-Cov-2 positiv.

Wie geht es jetzt weiter? Erfahrungsgemäß kulminiert die Grippesaison erst zwischen **4.-12. KW**. Vorher könnte es leichte Erholungen, ca. zwischen KW 50 bis KW 2 (zwischen Weihnacht und Neujahr, gemessen am Praxisindex, wie in vergangenen Grippe-Perioden, geben. Covid-19-Erkrankungen werden wohl nicht ausscheren und diesem Ablauf in etwa folgen.

**Eindeutige, gesetzeskonforme „Fall“-Definitionen und die Konzentration auf die Zahl der symptomatisch Erkrankten jeden Schweregrades sind zwingend erforderlich.** Die ausschließliche Orientierung auf PCR-Befunde ist wegen zahlreicher Unzulänglichkeiten und Fehlinterpretationen unangemessen und möglichst zu beenden. Erst bereinigte Zahlen liefern eine verlässliche Datenbasis für daraus zu kalkulierende Bewertungskriterien der epidemiologischen Situation (Überschreitungswert/100 000, 7-Tage Inzidenz, Nowcasting, R-Wert, CT-Wert etc.). Diese wurden bisher mehr oder weniger willkürlich festgelegt und im Laufe der Epidemie mehrfach ohne wissenschaftlich fundierte Begründung geändert, so daß ihre Relevanz erheblich an Glaubwürdigkeit einbüßte.

**Alle Indizien, die auf mildere Verläufe hinweisen, sollten zur Entdramatisierung der Situation genutzt werden** (z.B. vergleichsweise niedrige Inzidenz, von Erkältungskrankheiten anderen Ursprungs kaum unterscheidbare Symptomatik bzw. überwiegend leichte Verläufe, stressresistentes Gesundheitswesen). Vergleiche mit Grippe- und Corona-Infektions-Wellen der Vergangenheit sowie mit den Zahlen der akuten respiratorischen Atemwegserkrankungen wären zur realistischeren Einordnung von Covid-19 hilfreich.

## **Zu 2.:**

Gesunderhaltung, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Bewältigung übertragbarer Erkrankungen setzen Kenntnisse und Erfahrungen voraus, die sich die Ärzteschaft während

langjähriger wissenschaftlicher und/oder praktischer beruflicher Tätigkeit angeeignet hat. Dadurch ist sie auch in der Lage, mit neuen Herausforderungen, beispielsweise mit neuen, bisher nicht bekannten Krankheitserregern oder gesundheitlichen Gefährdungen umzugehen. Doch seit Ausbruch der SARS-Cov-2 Epi-/Pandemie ist ihre Expertise nicht bzw. nur eingeschränkt gefragt.

Am deutlichsten tritt dies im **Strategiepapier des BMI „Wie wir Covid-19 unter Kontrolle bekommen“** (Mitte März 2020, 6.; ausführlicher Kommentar s. 7.) zu Tage. Das weltfremde und offensichtlich medizinisch unerfahrene (Experten)-Verfasser-Team befaßte sich nicht etwa mit der Einschätzung der Infektiosität von SARS-Cov-2, den akut- und Langzeitfolgen von Covid-19 oder dem Schutz der besonders Gefährdeten, sondern ausschließlich mit einem drohenden „worst case“ Szenario. Vorrangig wurde an dessen Dramatisierung gearbeitet mit dem Ziel, die Bevölkerung durch drastischste Darstellungen auf Linie zu bringen. So wurden für den damals noch in der Zukunft liegenden 27.5.2020 knapp 1,2 Millionen Tote/Tag (!) an 3 Tagen hintereinander kalkuliert (s. S. 5, 6.). Die Realität sah erfreulicherweise bereits am 17.5.2020 (RKI) mit 7914 Verstorbenen (0,22% der kalkulierten!) seit Beginn der Epidemie wesentlich besser aus. Niedrige Fallzahlen Verstorbener, schon gar, wenn sie nur Alte betreffen, waren in den Augen der Experten nicht zielführend. Urängste, wie drohende Erstickungsgefahr, müssen geschürt werden. Insofern kamen die Bilder aus Italien offensichtlich gerade recht. Kindern sollten, als potentiell denkbare Überträger, Schuldgefühle eingepflanzt werden. Besondere Perfidie bestand darin, die Zahl der Testungen möglichst effizient hochzuschrauben, um genügend hohe Zahlen an Infizierten und Toten zusammen zu bekommen (s. S. 14, 6.). Die Dramatik des Geschehens mußte jedenfalls angeheizt werden, koste es was es wolle (Geschlossenheit in der Kommunikation! s. S. 1, 6.).

Informationen zur Eigengesetzlichkeit des Ablaufs von Epidemien, zu den Abwehrkräften des Organismus (unspezifische und sich entwickelnde spezifische Resistenz), zur Einhaltung epidemiologischer und hygienischer Regeln, zur sachkundigen Behandlung und Prävention sowie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sucht man vergebens.

Über die Unzulänglichkeiten der vom RKI/JHU zugrunde gelegten Zahlen (Gleichsetzung positiver Laborbefunde mit Erkrankten, kumulative Darstellung ohne Subtraktion der Genesenen und Verstorbenen, Neuinfektionen/Tag ohne Bezugnahme auf alle Getesteten, Verstorbene, ohne zu unterscheiden ‚an‘ oder ‚mit‘ SARS-CoV-2) machte man sich ebenso wenig Gedanken, wie über die Entwicklung von Bewertungskriterien der epidemiologischen Situation oder die Durchführung prospektiver klinischer Studien.

Relativierende Vergleiche zu anderen, wesentlich dramatischeren, pandemischen Ereignissen der jüngsten Vergangenheit (HIV, Ebola, Grippe) unterblieben. Die Kapazitäten des deutschen Gesundheitswesens wurden unterschätzt und infolgedessen gravierende Fehlinvestitionen getätigt, die nach der ersten Welle wieder zurückgefahren wurden.

Auch vor Verabschiedung des **neuen IfSG** fand keine breite sachkundige Diskussion mit Vertretern der Ärzteschaft statt. Der Anlaß der Neufassung sind nicht neue wissenschaftlich-epidemiologische Erkenntnisse, sondern ausschließlich die Absicht, stringenteren Maßnahmen im Zusammenhang mit Covid-19 gesetzlich zu fixieren im Sinne des einfacheren Durchregierens. Die Frage, ob es denn tatsächlich eine „*epidemische Lage von nationaler Tragweite*“ gab und gibt, wurde nicht thematisiert, leider auch nicht in der Ärzteschaft. Das wäre aber notwendig gewesen!

Darüber hinaus wäre ein Mitwirken von Medizinern z.B. bei folgenden Paragraphen notwendig gewesen:

- Ergänzung der Definition einer „*übertragbaren Krankheit*“ (§2 (3.) IfSG) durch (§ 2 (3.a) IfSG) eine „*bedrohliche übertragbare Krankheit*“ – Abs. 3.a ist überflüssig, denn bedrohliche Krankheiten gab es schon immer, wie AIDS oder Ebola.

Gesetzestexte sollten im Übrigen allgemein gültig sein und nicht speziell auf Sonderfälle begrenzt.

- § 4 (1a) IfSG: „Das BMG legt.... bis spätestens zum 31.3.2021 ...einen Bericht zu den Erkenntnissen aus der durch das neuartige Coronavirus SARS-Cov-2 verursachten Epidemie vor“ mit Vorschlägen zur Stärkung des RKI (?). Ärzte und ihre gesammelten Erfahrungen kommen nicht vor! Die gesetzliche Festlegung eines Termins für einen Spezialfall ist mehr als ungewöhnlich.
- § 4 (1) und (2) IfSG: das RKI wird zu einer autarken Behörde befördert, die ihre Ergebnisse auch den Vertretern der Ärzteschaft zur Verfügung stellt! Das bestätigt die Eingangsfeststellung.
- § 5 (1) IfSG: „Der Deutsche Bundestag (!) stellt eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest“ und hebt sie auf, wenn die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Diese Lage ist nicht näher definiert und erfolgt wiederum ohne Beteiligung der Ärzteschaft.
- § 5a (1) IfSG: regelt die Gestattung heilkundlicher Tätigkeiten für verschiedene pflegerische Kräfte im Fall einer epidemischen Lage nationaler Tragweite.
- § 5 (4) IfSG:“ ...Rechtsverordnung tritt mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31.3.2021 ..... “ Wieder eine Terminfestlegung, die in ihrer Spezifik wohl nicht in ein Gesetz gehört, aber aufhorchen läßt, denn der 31.3.2021 scheint als Ende der Epidemie vorgesehen zu sein!
- § 6 (1) IfSG: „Namentlich ist zu melden: der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod **in Bezug** auf die folgenden Krankheiten....“

Geändert wurde das frühere „an“ in „in Bezug“, was wesentlich unpräziser ist.

Insbesondere trifft dies auf die Einbindung des ÖGD vor Abfassung des Gesetzes zu. Eine Stellungnahme danach (z. B. zum Entwurf des 2. Gesetzes am 22.4.2020) scheint begrenzt effektiv zu sein.

Weshalb die Ärzteschaft ihr ureigenes Territorium stillschweigend mehr oder weniger Sachkundigen überlassen hat, ist unverständlich. In der Covid-19-Situation wäre es sinnvoll gewesen, zunächst im Sinn von „evidence based medicine“ eine fundierte Wissensbasis als Voraussetzung für einen notwendigen Konsens bezüglich der Bedrohlichkeit dieser Erkrankung zu erarbeiten. Mit diesem im Hintergrund, hätten sich Vertreter der Ärzteschaft um

- Beteiligung und Anhörung vor entscheidenden Beschlüssen sowie um
- Einbindung in die Informationspolitik und Planung zukünftiger Maßnahmen

bemühen sollen. Entsprechende Aufforderungsschreiben (4.11.2020 an BÄK, BLAEK, SLAEK, BVOEGD) blieben unbeantwortet.

Natürlich gibt es auch sehr gut fundierte Informationen und Handlungsempfehlungen, wie sie die **DEGAM** zu Zeiten wieder ansteigender Zahlen erarbeitet hat (s. 13.). Diese wendet sich in erster Linie an hausärztlich Tätige. Es wird u.a. darauf hingewiesen, daß sich die klinische Symptomatik (Fieber, Husten Schnupfen, ggf. Dyspnoe, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Riech- und Geschmacksstörungen, Kopf- und Gliederschmerzen, Diarrhoe, abdominelle Beschwerden und Halsschmerzen) kaum von anderen Atemwegserkrankungen unterscheiden läßt. Die ursprüngliche Trias (Fieber, Husten, Atemnot) galt vornehmlich in der Anfangsphase für schwer Erkrankte. Im medizinischen Bereich sind selbstverständlich beim Umgang mit Infektiosen für alle potentiellen Übertragungswege Schutzmaßnahmen (FFP2-Masken, Gesichtsschutzschild u.a.) unerläßlich; eine Vorratshaltung muß plötzlichen Mehrbedarf absichern. Besondere Fall-Konstellationen werden eindeutig beschrieben und entsprechende Handlungsanweisungen dafür vorgeschlagen. Nachvollziehbar der Hinweis: „**Der Nachweis von Virus-RNA ist nicht gleichbedeutend mit Infektiosität**“ sowie der Ratschlag in der

gegenwärtigen Situation von Antikörpertestungen abzusehen. Empfohlen wird ein pragmatisches Vorgehen in Notfällen, ggf. eine Zusammenarbeit mit palliativ-medizinischen Betreuern und die Einhaltung von Schutzmaßnahmen auch beim Umgang mit SARS-Cov-2 infizierten Verstorbenen.

Inwieweit die Verantwortlichen in Politik und Medien von dieser Leitlinie Kenntnis genommen haben, ist mehr als fraglich.

### **Zu 3.:**

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina nimmt in ihrer Funktion als wissenschaftsbasierter Politikberater eine herausragende Position für die Bewertung der Covid-19-Situation und daraus abgeleiteter Maßnahmen ein. So ist jedenfalls die öffentliche Wahrnehmung. Bisher wurden sechs Ad-hoc-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie veröffentlicht (21.3.-23.9.2020). Entgegen ihres Anspruchs - „*Die Leopoldina tritt für die Freiheit und Wertschätzung der Wissenschaft ein*“ - wurden Maßnahmen vorgeschlagen oder bekräftigt, obwohl es für einige dieser nur „*wissenschaftliche Hinweise*“ zu Wirksamkeit und Notwendigkeit gab, andere auf Grund von „*Hochrechnungen und politischen Überlegungen*“ einbezogen wurden (12.)!

Fakt ist, Konsequenzen und Maßnahmen können sich nur aus einer komplexen Ausgangs-Analyse ergeben. Doch diese, Infektiosität und Gefährlichkeit von SARS-Cov-2 betreffend, findet sich in keiner der 6 Stellungnahmen.

Einige Ansätze hierzu sind zwar erkennbar, werden jedoch nicht explizit herausgearbeitet, wie

- „*die Bedrohlichkeit durch unbekannte Risiken / Konfrontation mit einer neuen Viruserkrankung*“ – könnte aufgegriffen werden, um zu erläutern, daß Coronaviren seit Jahrzehnten bekannt sind und SARS-Cov-2 lediglich eine neue Variante ist und die Symptomatik vergleichsweise gering ausgeprägt ist, oder
- „*die Reduktion der Außergewöhnlichkeit*“ – wäre durchaus sinnvoll, ausführlicher abgehandelt zu werden mittels Vergleichen mit Grippe-Pandemien, HIV oder Ebola, um die Bedrohlichkeit von Covid-19 zu relativieren. Im Übrigen, der Expertenrat der WHO hat am 5.10.2020 befunden, daß das Coronavirus nicht gefährlicher als die saisonale Grippe ist (14.). Auch der Hinweis auf eine bislang fehlende Übersterblichkeit in Deutschland beförderte die Beruhigung der verängstigten Bevölkerung. „*Eine transparente und regelmäßige Kommunikation u.a. auch von nachvollziehbaren Zielgrößen*“ wäre auf jeden Fall wünschenswert! Das sollte kontrolliert und ggf. eingefordert werden!

Die Ausrufung einer „*epidemischen Lage von nationaler Tragweite*“ (IfSG, 2. Abschnitt) einschließlich aller daraus erwachsenden Konsequenzen wurde in keiner Stellungnahme in Frage gestellt. Im Großen und Ganzen unterstützen die Stellungnahmen der Leopoldina die politisch verordneten Maßnahmen zur Überwindung der „Krise“, insbesondere das Strategiepapier des BMI (s. zu 2.). Daß diese „Krise“ jedoch nicht durch das vergleichsweise wenig gefährliche Virus ausgelöst wurde, sondern durch Fehleinschätzungen, panisches Agieren und Mißmanagement mitverursacht ist, wird in keiner Weise thematisiert. Das kann es ja auch gar nicht geben, weil ganz offensichtlich eine Ausgangsanalyse unterlassen wurde (s.o.). Wie können adäquate Maßnahmen ergriffen werden, ohne daß das auslösende Agens, - in diesem Fall das SARS-Cov-2 Virus und seine Auswirkungen – im Detail bekannt ist? Nur die Berücksichtigung von Fakten und Daten helfen, den Erkenntnisstand zu verdichten und zu objektivieren. Entscheidungen, die einer wissenschaftlich fundierten Grundlage entbehren, sind in dieser brisanten Situation nicht angebracht. Inwieweit vor diesem Hintergrund das gesamte, über die rein epidemiologisch indizierten Maßnahmen hinausgehende Maßnahmenpaket als verhältnismäßig und gerechtfertigt einzuschätzen ist, hätte einer detaillierten Bewertung bedurft.



Vorbehaltlose Zustimmung findet dagegen die Analyse der Auswirkungen der vorgenommenen Maßnahmen. Die sozialen, familiären, psychologischen, pädagogischen, rechtlichen und insbesondere wirtschaftlichen Folgen, wie Zunahme von Insolvenzen, Zunahme von Arbeitslosigkeit und Ungleichheiten, Vermögensverluste, Zentralisierung der Macht oder/und die Verstärkung der Globalisierungskritik wurden deutlich herausgestellt. Auch dem Thema der während der Epidemie vorübergehend unterversorgten Patienten widmete man sich ausführlich. Ein derart unzumutbarer Zustand sollte zukünftig durch die Entwicklung eines flexiblen und robusten, nicht primär gewinnorientierten Gesundheitssystems und durch die Stärkung des ÖGD vermieden werden. Es wurde empfohlen, auf Infektionen in Bildungseinrichtungen möglichst nicht mit Schließungen zu reagieren. Ein Bündel präventiver Maßnahmen steht, gemäß Expertenmeinung, zur Verfügung, um das Präsenzlernen zu garantieren, wie die Bildung epidemiologischer Gruppenverbände, Wechselunterricht, Luftaustausch, Abstandseinhaltung, MNS, Hygiene.

Den seit langem existierenden Forderungen nach kontrollierten prospektiven Studien zu Fragen der Infektionsausbreitung einschließlich aller Risikogruppen, zur differenzierten Untersuchung des Immunitätsstatus, zur Aussagekraft der PCR-Befunde, des CT-Wertes etc. muß mit mehr Nachdruck zur Durchsetzung verholffen werden.

Trotz Grippesaison und wachsender Zahlen positiver PCR-Befunde zeichnet sich ab, daß die mit SARS-Cov-2 in Zusammenhang stehenden Erkrankungen seit geraumer Zeit eine **leichtere Ausprägung annehmen** (s. zu 1.; DEGAM-Einschätzung; 15.).

Umso stärker drängt sich die Frage auf, sind die zusätzlichen, nicht-epidemiologischen und nicht validierten Maßnahmen, wie Kontaktbeschränkungen in Gesellschaft und im Privatbereich, Einschränkung von Gruppenaktivitäten, Verwendung von Masken generell und im Speziellen Maskentragen im Freien, Schließung von Trainingsstätten und Restaurants etc., sowie die nunmehr gesetzlich fixierten Grundrechtseinschränkungen diesem Infektions-Geschehen angemessen? Eine allgemeingültige Antwort auf diese Frage bedarf einer tiefeschürfenden, faktenbasierten Diskussion mit allen Beteiligten, insbesondere mit der praktizierenden Ärzteschaft, dem ÖGD und Vertretern spezieller Berufsgruppen, wie Epidemiologen, Intensiv- und Palliativmedizinern mit dem Ziel, Konsens über das Krankheitsbild Covid-19 und dessen Einordnung in das System der Atemwegserkrankungen herzustellen. Unerläßlich dafür ist das Sich-Festlegen auf eindeutige Definitionen und die Verwendung fundierter Entscheidungskriterien. Der symptomatisch Erkrankte muß dabei im Zentrum aller Aktionen und Aktivitäten stehen und nicht ein positiver Laborwert. Erst wenn Konsens erreicht wurde, kann ein adäquates Interventions-Szenario entworfen werden. Für die Entscheidungen über notwendige Maßnahmen ist einzubeziehen, daß Lösungen nicht neu erfunden werden müssen, wenn ein erprobtes Handlungsrepertoire bereits vorhanden ist.

Letztlich ist für die breite Akzeptanz notwendiger Maßnahmen eine transparente, überzeugende und emotional dämpfende Kommunikation erforderlich. Der Einsatz erzieherischer oder strafbewehrter Androhungen ist denen der Überzeugungsarbeit im Hinblick auf ihre Wirksamkeit eindeutig unterlegen. Eingestehen möglicher Fehleinschätzungen schwächt die Akzeptanz nicht ab, sondern ist dieser eher förderlich. Nur Überzeugung ist langfristig in der Lage, verlorengangenes Vertrauen zurückzugewinnen und dem Vorwurf von Inkompetenz entgegenzutreten.

Dr. Karla Lehmann

Dresden, am 21.11.2020

## Quellen:

1. <https://de.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2>
2. [https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id\\_88904670/corona-test-was-verraet-der-ct-wert-ueber-die-ansteckungsgefahr-.htm](https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_88904670/corona-test-was-verraet-der-ct-wert-ueber-die-ansteckungsgefahr-.htm)
3. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2017/18, RKI/AGI S.22, 29, 38.
4. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) vom 10.11.2020
5. Influenza-Wochenbericht KW 45/46 AGI/RKI
6. <https://www.abgeordnetenwatch.de/blog/informationsfreiheit/das-interne-strategiepapier-des-innenministeriums-zur-corona-pandemie>
7. Die Verschwörungspraktiker v. 19.5.2020, v. Karla Lehmann (kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden)
8. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström: Einführung in die Epidemiologie, Verlag Hans Huber, 2008
9. Offener Brief an GM Spahn v. 7./8.5.2020 u.a., Nachfragen v. 14.5.2020, v. Karla Lehmann (kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden)
10. Offener Brief an Prof. Dr. Wieler, RKI v. Karla Lehmann, 4.8.2020 (kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden)
11. Anfragen zu gemeldeten Zahlen an Prof. Dr. Wieler, RKI v. 21.10.2020 (kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden)
12. Ad-hoc-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie, Leopoldina 23. September 2020
13. Neues Coronavirus (SARS-Cov-2)-Informationen für die hausärztliche Praxis, DEGAM S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Register Nr.: 053-054, 23.9.2020
14. <https://off-guardian.org/2020/10/08/who-accidentally-confirms-covid-is-no-more-dangerous-than-flu/>
15. Sind die ansteigenden Covid-19 Zahlen Anzeichen der zweiten Welle bzw. was steckt hinter den Corona-Zahlen? v. Karla Lehmann, v. 3.11.2020 (kann auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden)
16. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (Covid-19) vom 19.11.2020

