

Kommentar zu den Coronavirus-Stellungnahmen der Leopoldina

von Dr. med. Karla Lehmann

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. Deshalb kommt ihrer Expertise eine besondere Bedeutung zu.

Bisher wurden sechs Ad-hoc-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie veröffentlicht (21.3.-23.9.2020) und eine gemeinsame Erklärung mit anderen wissenschaftlichen Gesellschaften zusammen am 27.10.2020 („Coronavirus-Pandemie: Es ist ernst“)

Eine komplexe Analyse des Ausgangszustandes befindet sich nicht darunter. Aus meiner Sicht ist diese jedoch zwingend nötig, denn solange der Auslöser einer Erkrankung mit all seinen Facetten nicht hinreichend charakterisiert ist, besteht die Gefahr, daß er falsch bewertet wird und darauf bezogene Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg bringen. Erst die globale Einschätzung von Kontagiosität, Gefährlichkeit und Wandlungsfähigkeit ermöglicht eine gezielte Entwicklung globaler Maßnahmen zu seiner Bekämpfung und gegen seine Ausbreitung. Die Eigengesetzmäßigkeiten der Entwicklung von Epidemien sind dabei zu berücksichtigen.

Das breite Sachverständigenspektrum, über das die Leopoldina verfügt, befähigt sie dazu, eine grundlegende und konsensfähige Einschätzung von SARS-Cov-2 zu erarbeiten.

In Ermangelung einer solchen, kam es wohl zu folgenden, mehr als fragwürdigen Postulaten:

- *„Die Coronavirus-Pandemie stellt unsere Gesellschaft und den Alltag jedes einzelnen Menschen vor eine seit dem Zweiten Weltkrieg nicht dagewesene Herausforderung.“* (Zitat aus dem Vorwort) – sind die Folgen der 68er-Bewegung, die Wiedervereinigung, die Einführung der Pille oder andere, gravierende Pandemien vergessen?
- *„Die Menschheit beobachtet das erste Mal in ihrer Geschichte quasi in Echtzeit, wie sich eine Viruspanemie entwickelt.“* (aus der 3. Stellungnahme) – zählen Hongkong-Grippe 1968/70, BSE, Virusgrippe 1995-96, 2004-05, 2008-09 oder 2017-18 oder andere Pandemien, wie AIDS, Ebola etc. etwa nicht?
- *„Indessen bleibt selbst bei Einordnung eines vergleichsweise geringen individuellen Risikos das gesellschaftliche Risiko einer weiteren Ausbreitung der COVID-19 Erkrankung durch ungebremste Ansteckung und einer damit möglicherweise verbundenen Überlastung des Gesundheitssystems erheblich.“* (aus der 3. Stellungnahme) - Widerspruch in sich!

Die Leopoldina tritt für die *„Freiheit und Wertschätzung der Wissenschaft ein“* und begleitet *„den Verlauf der Pandemie aus wissenschaftlicher Perspektive“*. Wie ist das in Übereinklang zu bringen mit einigen der vorgeschlagenen Maßnahmen, für die es nur *„wissenschaftliche Hinweise“* zu Wirksamkeit und Notwendigkeit gibt, andere auf Grund von *„Hochrechnungen und politischen Überlegungen“* einbezogen wurden (Stellungnahme v. 21.3.2020)? Zu den einzelnen Empfehlungen oder Handlungsanweisungen findet sich kein Verweis auf die zugrundeliegende wissenschaftliche oder nicht-wissenschaftliche Basis.

In Zeiten wieder ansteigender PCR-Befunde ist eine eindeutige Charakterisierung der SARS-Cov-2 Viren mehr denn je vonnöten.

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

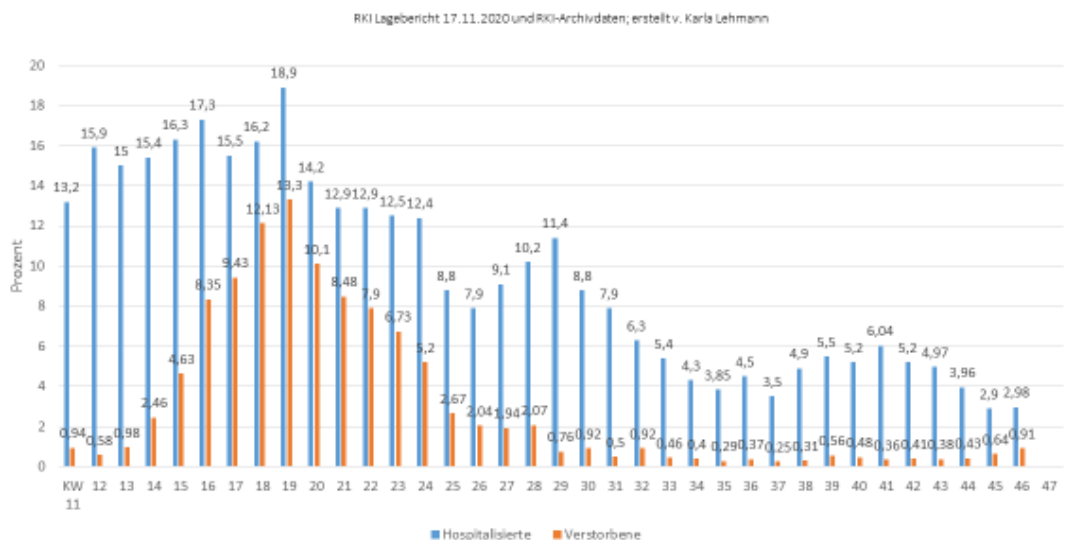
seit Jahrzehnten bekannt sind und SARS-Cov-2 lediglich eine neue Variante ist und die Symptomatik vergleichsweise gering ausgeprägt ist. Von eminenter Bedeutung ist, daß **weniger als 50%** der plakativ kommunizierten Fälle (positive PCR-Befunde) symptomatisch erkrankt ist. Dazu ein Beispiel aus dem Tagesarchiv der Situationsberichte des RKI vom 10.11.2020:

Bestätigte Fälle (S.1)	Seite 4: Kein Erkrankungsdatum bekannt, deshalb als nicht symptomatisch erkrankt betrachtet	Differenz = symptomatisch Erkrankte
687 200	353 866	333 334 = 48,5%

Die Definition eines **nicht symptomatisch Erkrankten** (?) fehlt. Jedenfalls ist daraus ableitbar, daß die Zahl der sogenannten „bestätigten Fälle“ nicht 1:1 gleichzusetzen ist mit der Zahl der Erkrankten! Und nur diese tragen zur Krankheitslast bei!

Außerdem scheint sich die Gefährlichkeit des Krankheitsbildes gegenüber dem Frühjahr reduziert zu haben. Innerhalb der beginnenden Grippe-Periode sinkt die Hospitalisierungsquote deutlich von 6,04 (41. KW) auf 2,98 in KW 46 ab. Der prozentuale Anteil der Verstorbenen liegt deutlich unter den Frühjahreswerten, s. Abb.:

Anteil der Hospitalisierten und Verstorbenen an den wöchentlichen Fallmeldungen



Trotz steigender Auslastung der Intensivbetten, bleibt der prozentuale Anteil an den gemeldeten Fällen jedoch zwischen KW 39 und KW 45 relativ stabil bei Werten zwischen 1,6-2,4% mit einer Tendenz zu niedrigeren %-Werten bei ansteigenden Meldungen/Woche.

- „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 ist als saisonale Grippe-Viren. Auch der Hinweis auf eine bislang fehlende Übersterblichkeit in Deutschland beförderte die Beruhigung der verängstigten Bevölkerung. Relativierend ist der Blick auf die gegenwärtige Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE, inkl. ILI - fieberhafte Erkrankungen sowie SARS-Cov-2 Fällen). 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.

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 vom März dieses Jahres. Oder ist die Leopoldina etwa der Taktgeber dafür? Dann wäre eine Erklärung wünschenswert, wie es denn möglich sein konnte, eine so krasse Fehlkalkulation der Todeszahlen für Deutschland (27.5.202 worst case: knapp 1,2 Millionen bei 57 Millionen Infizierten....) vorgenommen zu haben.

Jedenfalls ist an der „Krise“ nicht ausschließlich das SARS-Cov-2 Virus schuld, sondern es sind auch Fehleinschätzungen, panisches Agieren und Mißmanagement mit verantwortlich zu machen.

Nur die Berücksichtigung von Fakten und Daten helfen, den Erkenntnisstand zu verdichten und zu objektivieren. Das sollte vor dem Hintergrund

- des eigengesetzlichen epidemischen Verlaufs einer übertragbaren Erkrankung,
- der Einbeziehung der Abwehrkräfte des Organismus sowie
- der Effizienz bereits vorhandener epidemiologischer Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie erfolgen.

Entscheidungen, die einer wissenschaftlich fundierten Grundlage entbehren oder sich durch beeindruckende Einzelfallschilderungen beeinflussen lassen, 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. Das zunehmende Verschwinden des Mittelstandes und die Folgen der enormen Staatsverschuldung durch die coronabedingten Ausgaben bedürfen einer weiteren, kritischen Betrachtung.

Die Stärkung der Motivation der Bevölkerung, sich für Gesunderhaltung einzusetzen, darf allerdings nicht in Manipulation ausarten.

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 einem Mehr an kontrollierten prospektiven Studien zu Fragen der Infektionsausbreitung einschließlich aller Risikogruppen, zur differenzierten Untersuchung des Immunitätsstatus, zur Gefährlichkeit invasiver Beatmungsmaßnahmen, zur Aussagekraft der PCR-Befunde, des CT-Wertes etc. muß mit mehr Nachdruck zur Durchsetzung verholten werden.

Für den **Ist-Zustand** sind die bereinigten Zahlen des RKI zugrunde zu legen. Allein die **Halbierung der Tageszahlen** entdramatisiert die Situation erheblich. **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 bereinigtes Zahlenmaterial liefert eine verlässliche Datenbasis für daraus zu kalkulierende Bewertungskriterien der epidemiologischen Situation (Überschreitungswert/100 000, 7-Tage Inzidenz, Nowcasting, R-Wert, CT-Wert etc.). Deren Definition wurde 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.

Modellrechnungen können nur so gut sein, wie das zur Verfügung stehende Datenmaterial es hergibt und die Kenntnis der Entwicklung eines epidemischen Geschehens vorhanden ist. In dem vorliegenden worst case scenario vom 27.10.2020 haben wir gegen den 26.11.2020 ca. 90 000 Neuinfizierte pro Tag zu erwarten, am 30.11.2020 ca. 21 000 Verstorbene. So elegant bzw. so bedrohlich diese konstruierten Kurven auch aussehen mögen, sie werden so nicht eintreten. Zunächst, wie schon erwähnt, ist das zugrunde liegende Zahlenmaterial nicht bereinigt. Zum anderen, nimmt die Zahl der Infizierten bis zum Kulminationspunkt zu, solange es genügend Empfängliche (Nicht-Resistente) gibt. Wenn die Zahl der Empfänglichen abnimmt, flacht die Kurve automatisch ab und läuft aus, wenn die Zahl der Unempfänglichen (Resistenten) überhandnimmt. Die Steilheit des Anstiegs bzw. Abfalls und die Ausprägung des Gipfels hängen von vielen Faktoren ab, deren Einfluß im Zusammenspiel schwer vorhersehbar ist. Auch die Sterbezahlen werden nicht hochschnellen, denn die Rate der Verstorbenen ist in Relation zu den täglich gemeldeten Fällen in der letzten Zeit drastisch gesunken (s. Abb.).

Der Verlauf der SARS-Cov-2 Epidemie wird sich dem der Grippeviren anpassen. Bei diesen wurde in den letzten Jahren ein Tief zwischen KW50 bis KW2 beobachtet und ein deutlicher Anstieg zwischen 4. und 12. KW.

Für einen kausalen Eingriff der nicht-epidemiologischen Maßnahmen in das epidemische Geschehen wurden keine Beweise angeführt. Deshalb bleibt die Frage offen, ob nicht das in früheren Zeiten übliche Instrumentarium – konsequente Identifikation, Isolierung und Therapie - KIIT- bei dieser Epidemie ausreichend sein könnte.

Ohne die Bedeutung von SARS-Cov-2 in Frage stellen zu wollen, muß man wohl feststellen, daß es **kein „Killervirus“** ist. **Alle Indizien, die auf mildere Verläufe hinweisen, sollten deshalb zur Entdramatisierung der Situation genutzt werden.** Vergleiche mit Grippe- und Corona-Infektions-Wellen der Vergangenheit sowie mit den Zahlen der akuten respiratorischen Atemwegserkrankungen wären für eine realistischere Einordnung von Covid-19 hilfreich.

Wünschenswert wäre, daß sich die Leopoldina für *„Eine transparente und regelmäßige Kommunikation u.a. auch von nachvollziehbaren Zielgrößen“* tatsächlich einsetzt und diese ggf. einfordert!