

Medizinische Expertise wurde für die Bewertung der Ausgangs- und Ist-Situation nahezu ausgeblendet

von Dr. Karla Lehmann

Dresden, am 21.11.2020

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 eingepflegt 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, abdominale 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.

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.

Quellen:

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
13. Neues Coronavirus (SARS-Cov-2)-Informationen für die hausärztliche Praxis, DEGAM S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Register Nr.: 053-054, 23.9.2020