

Offener Brief

Dresden, am 4.8.2020

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Wieler,

das Robert-Koch-Institut war für mich bis zur sogen. Corona-Krise eine Institution mit bundesweit anerkannt hoher Reputation. Doch die Einschätzung der sich ausbreitenden SARS-Cov-2 Infektionen und die diesbezügliche Berichterstattung des RKI hinterließen erhebliche Zweifel an einer korrekten, relativierenden Situationserfassung und –bewertung sowie der daraus folgenden Handlungsanweisungen.

Das RKI (1) definiert ein pandemisches Großschadensereignis als ein solches, „*bei dem das übliche Management des Infektionsschutzes im ÖGD überfordert ist und zusätzlich Strukturen des Krisen- und Katastrophenmanagements genutzt werden müssen*“.

Die alles entscheidende Frage, die sich daraus ergibt, ist, handelt es sich tatsächlich um ein solches „Großschadensereignis“ mit Überforderung des ÖGD? Die Antwort ist ein klares „Nein“! Das Virus war und ist

(a) weder hochkontagiös, noch

(b) hochgefährlich (aktuelle RKI-Einschätzung: „*Bei der überwiegenden Zahl der Fälle verläuft die Erkrankung mild*“; Zur Ressourcenbelastung – „*Sie ist aktuell in weiten Teilen Deutschlands gering*“! 8)

und rechtfertigt deshalb keine über die hygienisch/epidemiologischen Maßnahmen für Infizierte und Kontaktpersonen hinausgehenden Restriktionen für Bevölkerung und Wirtschaft.

Zu a):

Obwohl die Vermehrung des Virus bereits im Nasen-/Rachenraum erfolgt, so daß schon beim Niesen und intensiven Atmen mit der Verbreitung und Infektion der Nächststehenden gerechnet werden mußte, stieg die Zahl der Infizierten im Beobachtungszeitraum nur relativ langsam an.

Der bisher erste bekannte europäische Fall (Amirouche Hammar, 43 Jahre alt) aus der Umgebung von Paris trat bereits am 27.12.2019 auf, soweit bekannt. Der Patient wurde mit schweren Atembeschwerden, trockenem Husten und Fieber ins Krankenhaus eingeliefert und nach einigen Tagen wieder entlassen; die Diagnose – Covid-19 – wurde erst nach Testung zurückbehaltener Proben am 6.5.2020 bekannt (2). Erstaunlich, dass dieser Schwerkranke nicht eine Infektionswelle auslöste, denn die nächsten beiden Fälle aus Frankreich traten erst 4 Wochen später, am 24. Januar 2020, auf und standen offensichtlich nicht mit ihm in Verbindung – ein Hinweis darauf, daß die Ansteckungsgefahr nicht sehr hoch gewesen war, die vom ersten EU-Covid-19 Erkrankten ausging.

Zur Einschätzung der Kontagiosität ist die Entwicklung der „Fall“-Zahlen hilfreich. In Deutschland wurden erste Erkrankungsfälle am 23.1.2020 bekannt; seit 4.3.2020 erfolgt eine kontinuierliche Sammlung aller „Fälle“, *bei denen eine labordiagnostische Bestätigung (unabhängig vom klinischen Bild) vorliegt* (Definition seitens des RKI, 7). Vermutlich ist die Teilmenge der labordiagnostisch bestätigten Covid-19-Erkrankten geringer. Leider wird über den Verbleib der positiven, namentlichen Test-Befunde ohne Erkrankung nichts ausgesagt.

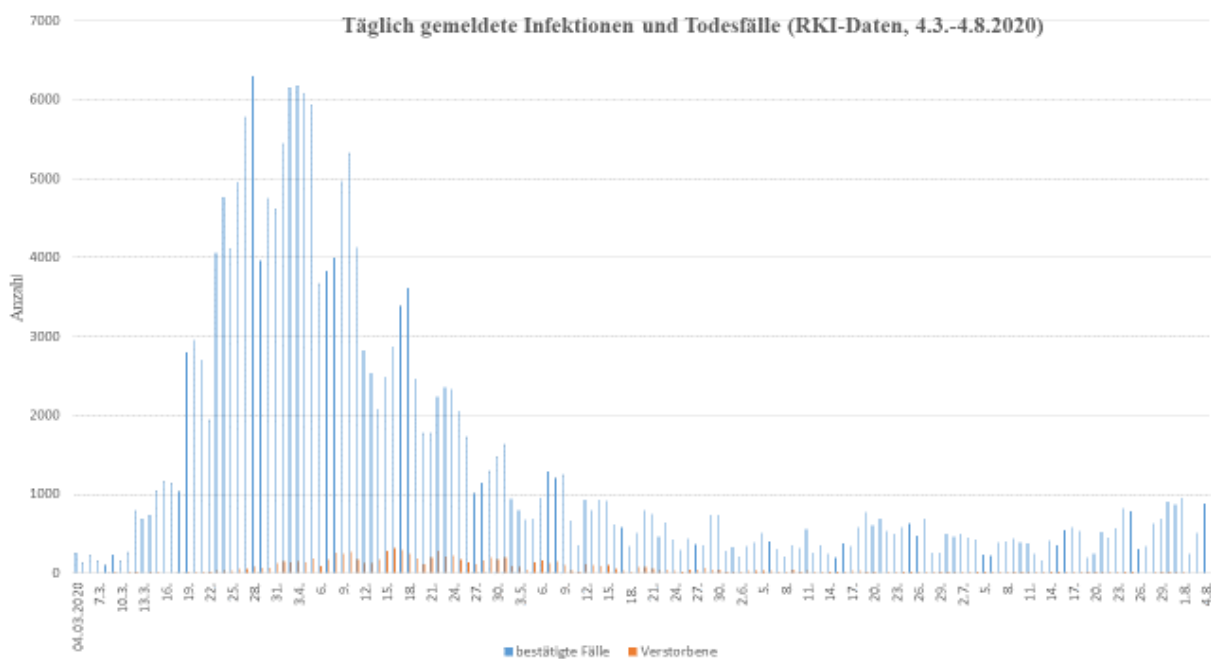
Fast 2 Monate lang, bis zum 11.3.2020 blieben die täglich gemeldeten Infektionszahlen unter 300. Erstmals über 1000 bestätigte Infektionen/Tag (n=1043) wurden am 15.3.2020 registriert (s. auch Abb.1, zugrundeliegende Zahlen wurden dem RKI-Archiv entnommen; 3). Die ursprünglich behauptete, irrierte Ansicht, 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 versechszehntfach!

Die einen dramatischen Anstieg suggerierende, ausschließliche Verbreitung kumulierter „test-bestätigter Infektionen“ in der unbedarften Öffentlichkeit ist schlichtweg irreführend. Wie viele von jenen sind Verdachtsfälle, wie viele sind Bagatellinfektionen und wie viele sind schwerer erkrankt? Wie viele sind gem. IfSG § 6 (1.) 1. f (namentliche Meldung durch Ärzte) und wie viele sind gem. IfSG § 7 (1) 44a (namentliche Meldung von Krankheitserregern mit Hinweis auf akute Infektion) darunter? Alle bereits Gesunden – und das sind wohl die meisten – müssen von der Gesamtzahl jeweils subtrahiert werden, wäre man an einer objektiven Berichterstattung interessiert!

Plausibler bzw. anschaulicher ist die Darstellung täglich Neuinfizierter (s. Abb.1). Diese läßt eindeutig erkennen, daß bereits zwischen 23. März bis ca. 5. April 2020 der Höhepunkt der Infektionen erreicht war.

Abb.1.:



Seit 10.5.2020 liegen die täglich gemeldeten Infektionszahlen meist deutlich unter 1000 Fällen, ein Kriterium, welches zusätzlich zum R-Wert eingeführt wurde, um das Ende des „lock down“ zu definieren. Ein erneuter drastischer Anstieg deutet sich bis 4.8.2020 nicht an. Von einer zweiten Welle ist nichts erkennbar. Die Talsohle scheint erreicht, auf die man sich längerfristig bezüglich des (noch) nicht ausgerotteten oder nicht ausrottbaren Virus einrichten muß.

Die Annahme daß die Anzahl der positiv auf SARS-Cov-2 Getesteten mit der Anzahl der Testungen zunimmt, bestätigte sich nicht. Sie traf lediglich für den Zeitraum bis Anfang April (14. KW, s. Abb. 2) zu, also in der Anstiegsphase bis zum Höhepunkt der täglichen Fallzahlmeldungen (s. Abb. 1). Seit Ende Juni 2020 liegt der Anteil der positiv Getesteten nahezu konstant bei nur 0,6-0,8% aller Getesteten.

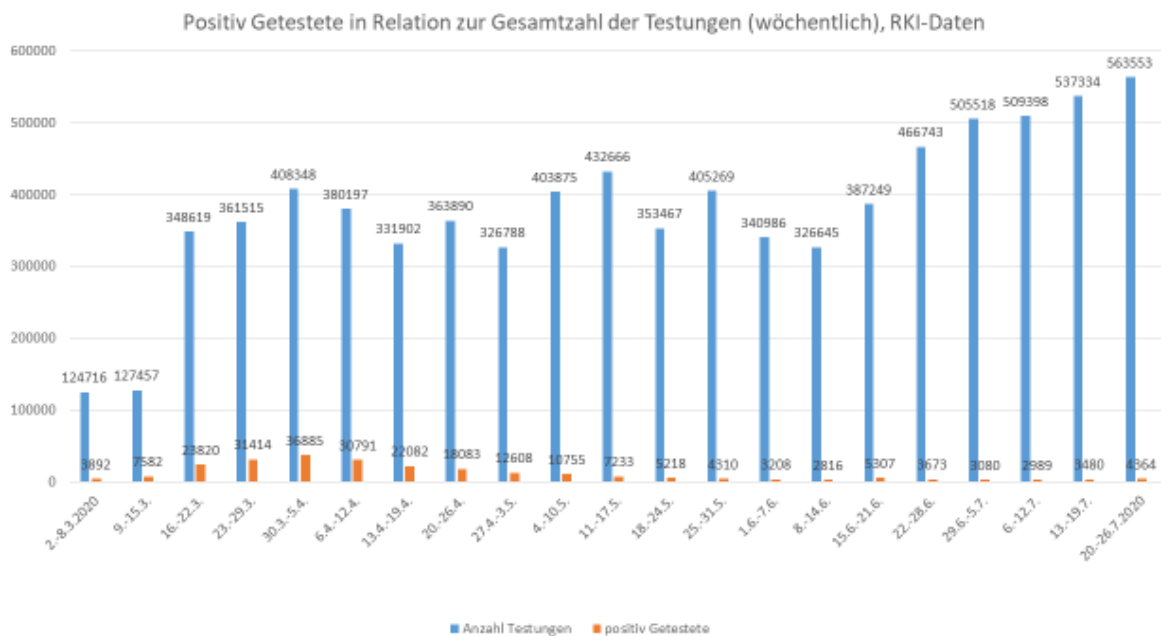
Dies könnte ein Indiz dafür sein, daß die Population der SARS-CoV-2-Nicht-Empfänglichen relativ groß zu sein scheint. Beiläufig erfährt man, dass lediglich zwischen 7% bis 14-18% der erwachsenen Kontaktpersonen erkrankten, bei Kindern 4-5% (4). Erste Ergebnisse für

Deutschland (Gangelt; 5) ergaben, daß in einer definierten Gemeinde durch ein ‚super spreading‘ Ereignis (Fasching) ca. 15,5% infiziert wurden.

Offensichtlich schützt eine ausgeprägte primäre Resistenz oder eine bereits mit den seit Jahrzehnten kursierenden Coronaviren durchgemachte Erkrankung vor einer symptomatischen Infektion. Aber Vorhandensein und Ausmaß dieser primären Resistenz bzw. Nicht-Empfänglichkeit (unspezifische Resistenz) wurde bislang für dieses Virus weder definitiv untersucht, noch wurde diese existentielle Möglichkeit der Infektionsabwehr thematisiert. Es ist völlig unverständlich, warum sich weder das RKI oder das BMG noch die Politik dafür nicht interessieren!

Aktuelle Studienergebnisse unter Einbeziehung von 2600 Schülern und Lehrern (9) aus Borna, Dresden, Leipzig, Werdau und Zwickau ergaben kein einziges Anzeichen einer akuten Infektion. Lediglich bei 14 wurden Antikörper als Hinweis auf eine durchgemachte Infektion gefunden. Eine unbedenkliche Infektionslage!

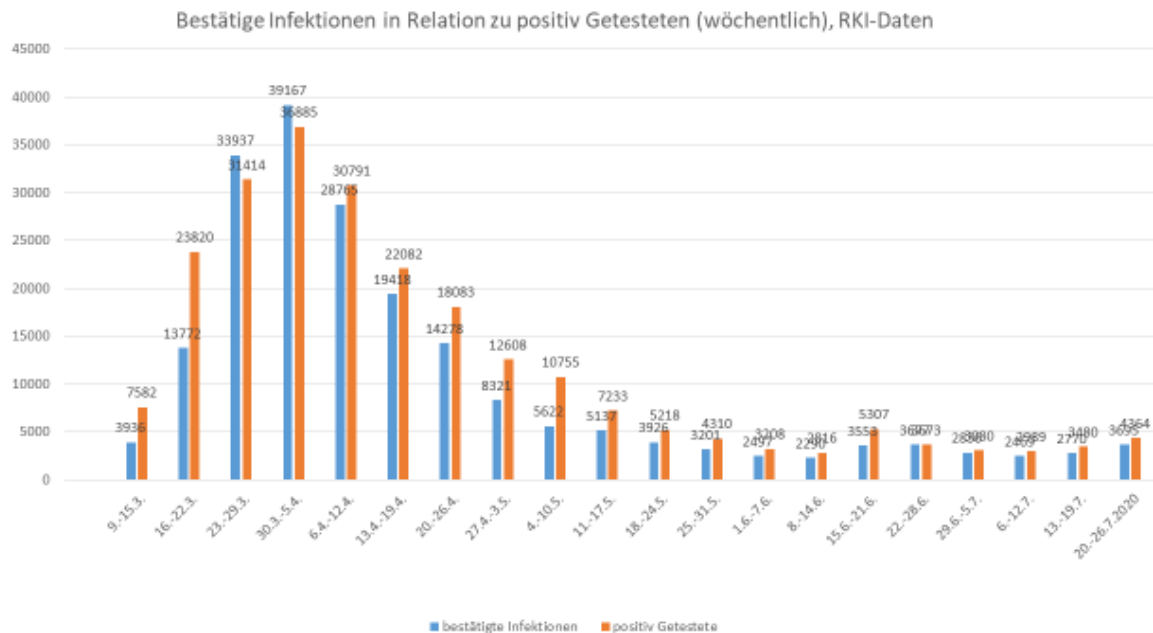
Abb. 2:



Wie verhält sich die Zahl der positiv Getesteten zur Zahl der bestätigten Infektionen? Logisch wäre, daß es mehr positiv Getestete (also Laborbefunde) geben sollte als bestätigte Covid-19-Erkrankungen. Im Zeitraum zwischen 9.3. bis 26.7.2020 ist das auch meistens so mit einer Ausnahme. Genau zum Zeitpunkt des Gipfels der Infektionsausbreitung zw. 23.3.-5.4.2020 (s.o.) drehte sich das Verhältnis um: in beiden Wochen gibt es jeweils über 2000 bestätigte Infektionen mehr (n=2523 bzw. 2282) als positiv Getestete (s. Abb.3)!?

Da die Gesamtzahl nicht unerheblich ist, bedarf dieser Befund einer Erklärung seitens des RKI!

Abb. 3:

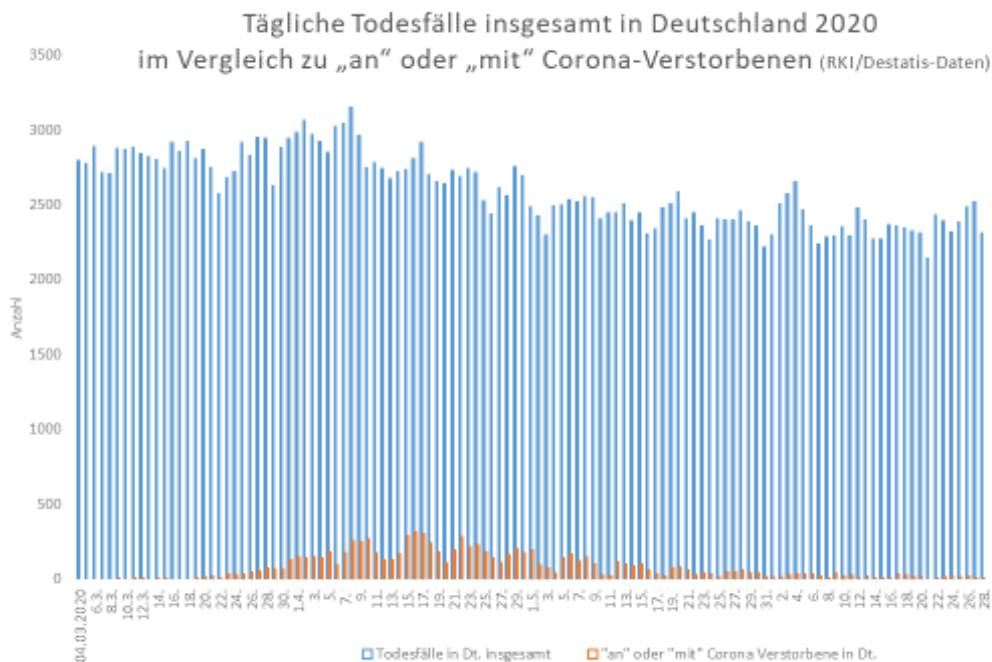


Zu b):

Covid-19 ist, nach allem was man heute weiß, zwar heimtückisch, insbesondere wegen der Ankoppelung von SARS-Cov-2 an das Enzym ACE 2, aber zum Glück keine überwiegend schwer verlaufende Infektionskrankheit. Aktuell (RKI: 2.8.2020) beträgt die CFR in Deutschland 4,36% auf der Basis labormäßig bestätigter Fälle. Nachteilig wirkt sich hierfür die Unkenntnis der Anzahl aller Infizierten als Bezugsgröße für die gemeldeten Todesfälle aus, weshalb diese Zahl mit mehreren Fragezeichen behaftet ist. Die Letalität in der prospektiven Gangelst-Studie (5), die der Realität näher zu kommen scheint, betrug hingegen nur 0,36%.

Die täglich gemeldeten Corona-Todesfälle erreichten am 16.4. mit 315 Verstorbenen ihr Maximum, veränderten jedoch die Gesamtsterblichkeit nicht, die bereits ab ca. 10.4.2020 vom winterlichen Hoch abzusinken begann (s. Abb.4). Wikipedia (6) bestätigt: *„Im ersten Halbjahr 2020 (1. Januar bis 30. Juni) verstarben nach vorläufigen Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) in Deutschland praktisch genauso viele Menschen, wie im Durchschnitt der ersten Halbjahre 2016 bis 2019: 482.340 (2020) versus 483.906 (Durchschnitt 2016 bis 2019). Die geringfügig unterdurchschnittliche Sterblichkeit im Jahr 2020 von 1566 Fällen (-0,32 % !) stellt keinen signifikanten Unterschied dar.“*

Abb.4.:



Auch im Vergleich zu wesentlich dramatischer verlaufenden Epidemien der Vergangenheit, wie

- der Grippewelle 2017/18 mit 9 Millionen Arztbesuchen allein in Deutschland, 45 000 Krankenhauseinweisungen und geschätzten 25 000 Toten sowie nachgewiesener Übersterblichkeit trotz Verfügbarkeit von Impfungen,
- der aktuellen Grippewelle 2019/20 mit 190217 Erkrankten, 4,3 Millionen Arztbesuchen und 493 Verstorbenen oder
- der wesentlich gravierenderen HIV-Pandemie mit 43% Toten (32 Millionen Tote weltweit)

gab und gibt es keinen Anlaß, die Gefährlichkeit von SARS-Cov-2 zu dramatisieren. Das leistungsfähige deutsche Gesundheitswesen ist weder in der Vergangenheit kollabiert, noch durch die wegen SARS-Cov-2 verursachten

- ca. 17% (35 918) Krankenhausbehandlungen,
- darunter ca. 1078 Fälle von Pneumonien (3%),
- ca. 2873 Intensivbehandlungen (8%) davon 1465 Fälle (51%) mit künstlicher Beatmung (%-Werte gemäß RKI Steckbrief, 23./24.7.2020; Zahlen auf der Grundlage der kumulierten v. 4.8.2020).

Angesichts auch der jüngsten Studienergebnisse verlief die Epidemie in Deutschland bisher recht bland. Wie vermutet, konnte im ersten Halbjahr 2020 keine Exzeßmortalität beobachtet werden. Es zeichnet sich bis dato weder eine stetige Zunahme der Fälle noch eine beunruhigende Entwicklung ab.

Weshalb beteiligt sich dann das RKI am Heraufbeschwören einer zweiten Welle, welche von einigen Experten, der Politik und Interessenvertretungen, wie dem Marburger Bund erwartet und bereitwillig weiter verbreitet wird?

Wie erklären Sie die Existenz eines Plus von 4805 bestätigten Infektionen gegenüber positiv Getestete in den Wochen 23.3.-5.4.2020 (s. a)?

Weshalb wechselte das RKI die Kriterien zur Einschätzung der Schwere der Epidemie mehrfach?

Ich bitte darum, alle aufgeworfenen Fragen zu beantworten.

Bleiben Sie auf dem Boden der Tatsachen und bleiben Sie dem Leitbild des RKI „Wir erzeugen Evidenz“ treu! Sichern Sie dieses durch Einleitung prospektiver Studien ab, wie zum Beispiel zum Ausmaß der primären unspezifischen sowie erworbenen Resistenz gegenüber SARS-CoV-2, zur Ermittlung der Durchseuchung repräsentativer Populationen oder zum korrekten Melde- und Bearbeitungsverfahren.

Reduzieren Sie vor allem Ängste in Bevölkerung und Politik durch objektive, relativierende und stimmige Berichterstattung.

Die katastrophalen Prognosen zur SARS-Cov-2 Epidemie in Deutschland haben sich zum Glück nicht bewahrheitet, was nicht an den restriktiven Maßnahmen der Politik lag, sondern aus der initialen Fehleinschätzung durch Berater von Politik und Medien resultierte. Ein Eingeständnis dieser Fehleinschätzung würde dazu beitragen, verlorengegangenes Vertrauen zurück zu gewinnen und helfen, die menschengemachte Corona-Krise in Deutschland zu begrenzen und letztlich zu beenden.

Dr. med. Karla Lehmann

Quellen:

1. https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektions-schutz.pdf?__blob=publicationFile
2. <https://www.fr.de/panorama/corona-krise-weltweit-eu-kommisions-einreisestopp-zr-13597264.html>
3. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Archiv_Juli.html
4. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText1 Abs. 2 Punkt Kinder u. Jugendliche; Originalquelle: Bi Q et al., 2020
5. www.coliquio.de/wissen/covid-19-klinik-100/ergebnisse-heinsberg-studie-100
6. https://de.wikipedia.org/wiki/COVID-19-Pandemie_in_Deutschland
7. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html
8. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-08-02-de.pdf?__blob=publicationFile
9. SZ v. 4.8.2020: „Die akute Ansteckung lag bei Null“