

Lagebericht zu Covid-19: Die Ruhe vor dem Sturm: Wer oder was lässt uns derzeit Handeln?

**Prof. H. Matthes; Ärztlicher Leiter des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe;
Berlin, den 22.3.2020**

Derzeit befindet sich Deutschland in der exponentiellen Ausbreitungsphase der Covid-19 Pandemie mit ca. 22.300 Infizierten (John Hopkins Coronavirus Resource Center; <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>), mit maximaler Vorbereitung des Gesundheitssystems auf den Ansturm beatmungspflichtiger und damit intensivmedizinisch Behandlungspflichtiger Covid-19 Infizierter, bei bereits 84 verstorbenen durch Covid-19 Infektion (Vergleich Italien: 53.000 Infizierte und 4.825 Toten).

Das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gehört zu den wenigen Berliner Krankenhäusern, die seit über 2 Wochen eine spezielle Ambulanz zur Abklärung Covid-19 Infizierter hat. In diesen zwei Wochen wurden über 2500 Beratungen und über 500 Infektionsabklärungen Covid-19 (inkl. Testungen) durchgeführt und damit wurde das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe zu einem der Hauptversorger in der Krise in Berlin. Im stationären Bereich von Havelhöhe wurden alle Vorbereitungen für eine Verdoppelung der Beatmungskapazität auf den Intensivstationen vorgenommen (Aufstockung personaler Ressourcen von Pflegenden, Ärzt*Innen sowie Beschaffung von Beatmungsgeräten) und die 2,5 fache Erhöhung dieser Beatmungskapazitäten inkl. ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung; Lungenersatzverfahren) vorbereitet. Darüber hinaus wurde die stationäre Behandlungskapazität auf der Infektionsstation erhöht, so dass damit das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe zu einem der größten Anbieter Berlins in der Versorgung der Covid-19 Pandemie gehört.

Diese Ausführungen sind notwendig, um klar zu stellen, dass der Autor sich der derzeitigen brisanten Lage voll bewusst ist und auch konstruktiv an der Lösung zur Bewältigung der Krise mitarbeitet.

Um eine Lageeinschätzung zu bekommen, bedarf es der medizinischen, rechtlichen und politischen Bewertung der derzeit ergriffenen Maßnahmen. Phänomenologisch darf vorweg gestellt werden, dass große Naturkatastrophen meist in ihrer Reaktion zu einer Solidarisierung und Stärkung eines Zusammenhaltes auch supranational führen, hingegen Pandemien die Isolation, Entsolidarisierung und Angst bestärken. Treffen meist Naturkatastrophen die Menschen unverhofft und es bedarf danach eines Aufbaus/Neuanfangs, so kommen Pandemien sehenden Auges auf die Menschen zu, was starke Zukunftsängste auslösen kann.

Daher sollte aus der medizinischen, juristischen und politischen Dimension eine gesellschaftspolitische Antwort auf die Covid-19 Pandemie gefunden werden und zu einem angemessenen Handeln führen. Dazu bedarf es in Krisenstäben einer Multiprofessionalität und Diskursfähigkeit mit wissenschaftlich fundierten Daten und Argumenten.

1. Medizinische Lagebewertung

Liegt der/die Patient/In auf der Intensivstation, so sind die Handlungsstränge klar und folgen rationalen Algorithmen. Wenn ein wissenschaftlicher Diskurs geführt wird, muss er daher vorher geführt werden. Die Medizin selbst besteht aus vielen Teilgebieten, wie z.B. der Virologie, Epidemiologie, Hygiene, klinischen Medizin, Intensivmedizin etc.. Keinesfalls hat der Virologie bei Covid-19 die alleinige Expertensicht, da die Charakterisierung des Virus für die Erkrankung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Entscheidend für die Verbreitung sind seuchenhygienische und epidemiologische Kenntnisse sowie deren medizinisch klinische Einschätzung. Eine medizinische Bewertung kann daher nur aus einem Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen Disziplinen erfolgen und bedarf dazu der zirkulären Evidenz [1].

Medizinisch unstrittig ist der Sachverhalt, dass SARS-CoV-2/Covid-19 eine Zoonose darstellt, d.h. als neue Infektion aus dem Tierreich auf den Menschen übergegangen ist. Solche neu auftretenden Zoonosen können ein hohes Gefährdungspotential für den Menschen darstellen, da das Immunsystem

des Menschen bisher keine Immunität dagegen aufgebaut hat. So betrogen die Letalitätsraten durch die letzten Zoonosen beim Nipah-Fieber 40-70 % (Paramyxoviridae) und dem MERS-Coronavirus 20-40%. Somit bestand anfänglich auch für Covid-19 die Frage nach der Gefährlichkeit (Letalität=Sterberate bei Infektion). Ebenso zweifelsfrei ist die Tatsache, dass dieser neue Corona-Typ nicht zurück ins Tierreich geht, sondern durch Immunität beim Menschen in die Mikrobiota des Menschen integriert werden muss. Oberstes Ziel ist daher eine ausreichende Herdenimmunität in der Bevölkerung zu erreichen, um diese neue Infektion mit erhöhter Letalität zu überwinden. Die entscheidende Frage ist daher, welcher Weg führt mit den geringsten Auswirkungen auf medizinischen (Tote), wirtschaftlichen und sozialen Felde sowie politischen Verwerfungen zu diesem Ziel?

Bei einer Pandemie kommt es häufig zu zeitlich verschobenen Ausbreitungswellen vom Ausgangszentrum über die Kontinente. So auch bei Covid-19 mit einer Zeitreise für Menschen, die nun aus China nach Europa kommen und zeitversetzt die verschiedenen Stadien der Seuchenbekämpfung erkennen können. Eine wesentliche Handlungsstrategie ist es aus den Ländern der ersten Welle bei einer Pandemie zu lernen.

Aufgrund der hohen Dunkelziffer an Covid-19 Infektionen in den verschiedenen Ländern, da nur symptomatische Personen getestet werden, können genaue Letalitätszahlen derzeit immer noch nicht angegeben werden. Dies liegt an der sehr begrenzten Kapazität an Testmöglichkeiten in den verschiedenen Ländern. Da 50-80% der (jüngeren) Bevölkerung die Infektion asymptomatisch oder mit nur geringer Symptomatik durchzumachen scheint, wird derzeit nur die Spitze des Eisbergs (symptomatische Patient*innen ca. 15-20%) erfasst. Letalitätsangaben aus den verschiedenen Ländern schwanken von 0,6 (Korea) bis 6 % (Italien/Iran) und sind auch vom jeweiligen Gesundheitssystem abhängig.

Aus epidemiologischer Sicht können drei Hauptstrategien diskutiert werden:

1. spontaner Verlauf; ohne seuchenhygienische Maßnahmen.
2. Seuchenhygienische Maßnahmen mit kollektiven Verhaltensänderungen.
3. Risikostratifizierte Maßnahmen mit distinkten Verhaltensänderungen (Risikoadaptiert).

zu 1) spontaner Verlauf; ohne seuchenhygienische Maßnahmen

Ohne seuchenhygienische Maßnahmen kommt es zu einer spontanen und raschen Ausbreitung der Infektion. Dabei ist die sog. Basisreproduktionszahl, also wie viele Neuinfektionen durch einen Infizierten pro Zeit erfolgen von entscheidender Bedeutung, da sie aufzeigen kann, wie stark das Gesundheitssystem pro Zeiteinheit belastet wird [2]. Nach derzeitigen Schätzungen liegt die Beatmungspflicht bei 2 - 2,5% der Krankheitsverläufe und die durchschnittliche Beatmungszeit bei 17 Tagen. Bei einer Bevölkerung von 82,8 Mill. Einwohnern würde dies ca. 2 Mill. Beatmungspflichtige bedeuten. Bei 28.000 Beatmungsplätzen auf Intensivstationen in Deutschland käme es zu einer gewaltigen Überforderung des Gesundheitssystems. Um allen Beatmungspflichtigen auch eine solche Therapie zu ermöglichen, müsste bei gleicher Beatmungskapazität die Ausbreitung auf einen Zeitraum von 3,44 Jahre gestreckt werden (2 Mill. Beatmungspflichtige x 17 Beatmungstage / 28.000 Beatmungsplätze x 365 pro Jahr). Bei Verdoppelung der Beatmungskapazität in Deutschland, wären es noch 1,7 Jahre Belegung aller Beatmungsbetten in D nur für SARS-CoV-2/Covid-19 Patient*innen: Ein schier aussichtsloses Unterfangen, trotz 5,5 facher Beatmungskapazität gegenüber Italien (5100 Beatmungsplätze). Bei guter Behandlung mittels Beatmung versterben dennoch 0,7% der Betroffenen, somit ca. 140.000 Tote auch bei ausreichender Beatmungskapazität. Um diese Zahl in eine Relation zu setzen entspricht diese Zahl etwa der Anzahl an Toten pro Jahr durch Nikotinabusus (Rauchen) in D. Die Gesamtzahl an Toten pro Jahr in D entspricht etwa 1 Mill. im natürlichen Verlauf.

zu 2) Seuchenhygienische Maßnahmen mit kollektiven Verhaltensänderungen

Diese Strategie stellt in seiner Breite das derzeit weltweit am häufigsten angewendete Szenario dar. Dabei spielen zwei Faktoren eine wesentliche Rolle: 1. Testbasierte Maßnahmen mit Surveillance und 2. rechtzeitige Reaktionen durch Krisenstäbe/Politik zur Verhaltensänderung in der breiten Bevölkerung. In China (Epizentrum Wuhan) wurde nach anfänglichem Zögern mit drakonischen Maßnah-

men, soziale Isolierung, Quarantäne mit Ausgangssperren einschließlich Überwachung geantwortet und eine Verzögerung der Ausbreitung erreicht. In Deutschland, Italien und Spanien wurde trotz Kenntnis der nahenden Pandemie lange Zeit keine testbasierten Maßnahmen vorbereitet oder ergriffen und erst in einem späten Stadium der Ausbreitung (exponentieller Anstieg) sukzessive mit kollektiven Verhaltensänderungen versucht die Ausbreitung zu verlangsamen. Dabei zeigte sich, dass nach Auswertungen aus Mobilfunkbewegungen der Bevölkerung in Italien, sich 40% nicht an die Maßnahmen hielten. Gleiches ist für andere europäische Staaten, wie auch Deutschland, zu erwarten, widersprechen diese Zwangsmaßnahmen den individuellen Selbstbestimmungsgefühl in den westlichen Demokratien.

Einen Mittelweg haben die asiatischen Länder wie Singapur, Taiwan, Hongkong und vor allem Südkorea (sog. Tigerstaaten) eingeschlagen. Mit frühzeitigen Quarantänemaßnahmen Betroffener (durch breitere Testungen), Reisebeschränkungen und Reduktion der sozialen Kontakte mittels Selbstisolierung und Hygiene zum frühen Zeitpunkt, konnte eine deutlich Verlangsamung bzw. Verhinderung einer größeren Epidemie erreicht werden. Dabei spielte die Disziplin, wie auch das frühzeitige Handeln mit ‚Augenmaß‘, was die Akzeptanz der politischen Reglementierungen betraf, eine entscheidende Rolle. In Europa wurde lange Zeit keine ausreichende Testkapazität aufgebaut, so dass lange im Blindflug der Pandemie entgegengeschaut wurde und als es zu spät war, mit in Demokratien harten politischen Vorgaben Maßnahmen verhängt, die keine breite Akzeptanz fanden. Italien steht daher bei der Hälfte der Infektionen von China schon jetzt mit einer deutlich höheren Todesrate durch Covid-19 da. Auch muss das Konzept der verzögerten Ausbreitung für Italien als fraglich bis gescheitert angesehen werden und lässt für Deutschland mit deutlich besseren Gesundheitssystem (doppelt so viele Krankenhausbetten; 5,5 mal so viele Beatmungsbetten etc.) nur zu hoffen.

zu 3) Risikostratifizierte Maßnahmen mit distinkten Verhaltensänderungen (Risikoadaptiert)

Ein gänzlich anderes Vorgehen wäre die einer Risikostratifizierung, die nach den Erfahrungen aus Asien für Deutschland gut möglich gewesen wären. Sehr früh zeigte sich bei der SARS-CoV-2/Covid-19 Infektion ein deutlich unterschiedlicher klinischer Verlauf zwischen jungen, gesunden und älteren sowie multimorbiden Menschen. So kommt es in der jungen und gesunden Bevölkerung kaum zu fatalen Krankheitsverläufen und Todesfällen, steigt aber bis auf 15 – 50 % Letalität bei älteren bis hochbetagten und multimorbiden Personen an.

Eine Risikostratifizierung hätte diese klinische Diskrepanz und Letalität als Grundlage gesetzt. 20 % der Bevölkerung gehören zu dieser Risikogruppe (ca. 16,5 Mill.) und somit 80 % zu der Nicht-Risikogruppe. Eine strenge Trennung dieser beiden Bevölkerungskohorten mit unterschiedlichen Verhalten gegenüber der Covid-19 Infektion hätte bei rascher Ausbreitung der Infektion in der Nicht-Risiko-Population rasch zu einer Immunität und damit zu einer Herdenimmunität geführt. Analog der Influenza hätte in 12 – 16 Wochen die Infektion über das Land gehen können und die Betroffenen der Nicht-Risiko-Gruppe hätten nur geringe gesundheitliche Symptome aufgewiesen. In dieser Zeit wäre eine strenge Isolation der Risikobevölkerung von Nöten gewesen und die Versorgung durch die Nicht-Risiko-Population unter strengen seuchenhygienischen Maßnahmen zu erfolgen (Mundschutz; ausreichende Testung zur Risikobewertung der versorgenden Nicht-Risiko-Population etc.). Vorteil dieses Vorgehens ist die Reduktion der Schutzmaßnahmen auf 20 % und nicht auf 100% der Bevölkerung. Das soziale und vor allem wirtschaftliche Leben hätte höchwahrscheinlich weniger gelitten als bei einer normalen Influenzaepidemie eines jeden Winters. Ferner wäre die Akzeptanz der Isolation durch das Risikoklientel hoch, da der Eigenschutz intrinsisch motiviert wäre, anders als es derzeit durch große Teile der jungen Nicht-Risiko-Population geschieht.

Ein wissenschaftlich fundierter Diskurs aller relevanten Medizingesellschaften mittel z. B. ad Hoc Kommission hat nicht stattgefunden. Stattdessen wurden Virologen zu Medienstars und Beratern der Politik, die nun den Krieg gegen Corona (Präsident Macron) oder drakonische Maßnahmen auch für Demokratien ausrufen. Ein pathogenetisches Konzept wird radikal durch Virologen bis in die Politik getragen. Immunologisch sind sich jedoch weite Teile der medizinischen Fachgesellschaften einig, bedarf es einer Herdenimmunisierung durch Infektion oder Impfung, um der Pandemie Einhalt zu

gebieten. Eine Risikostratifizierung hätte für die Nicht-Risiko-Population eine rasche Immunisierung anstreben müssen, um auch langfristig der Risikopopulation Sicherheit zu geben.

Wenn auf einen ‚rechtzeitigen‘ Impfstoff gehofft wird, der nicht vor 2021 erwartet wird, stellt sich die Frage, ob die derzeitige Verzögerungstaktik einer Ausbreitung der Covid-19 Infektion durchzuhalten ist oder die rasche Immunisierung durch ‚natürliche‘ Infektion in einer großen gesunden Kohorte erfolgversprechender gewesen wäre. Letzterer Weg hätte Mut und Vertrauen auf eigene immunologische Fähigkeiten benötigt, statt Angst und regressives Verhalten an den Tag zu legen. Ob die Akzeptanz der Nicht-Risiko-Population für ein solches Vorgehen bestanden hätte, wäre von der Aufklärung bzw. Informationsverbreitung der Medien hochwahrscheinlich abhängig gewesen. Die durch die Medien aufgebaute Sensationslust und Angst sowie ständige Forderungen nach verschärften Maßnahmen (an die Politik) ohne Diskussion jedweder Sinnhaftigkeit (gerade auch in den öffentlich rechtlichen Medien) hat große Teile auch der Nicht-Risiko-Population stark verunsichert und angstgetrieben zu irrationalen Handlungen verleitet (Hamsterkäufe; vermehrte Krankmeldungen auch im Gesundheitssystem etc.). (Siehe dazu auch folgende Expertenmeinungen z.B.: <https://www.youtube.com/watch?v=JBB9bA-gXL4&feature=youtu.be> oder <http://infekt.ch/2020/03/neues-verstaendnis-der-covid-19-epidemie/>).

2. Rechtliche Grundlagen

Das Infektionsschutzgesetz (von 2001; früher Seuchenschutzgesetz) soll die derzeitige Grundlage für die politisch verordneten Maßnahmen hergeben. Dazu heißt es im Abschnitt 5 unter §28 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG): Die Behörde trifft die ‚notwendigen Schutzmaßnahmen‘ und kann Quarantänemaßnahmen anordnen. Weiter unten wird dann ausgeführt, dass Grundrechte der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz), der Versammlungsfreiheit der Person (Artikel 8 Grundgesetz) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) soweit eingeschränkt werden.

Als ausführende Behörde gemäß IfSG ist das Gesundheitsamt und somit die Amtsärztin/der Amtsarzt des kommunalen Kreises. Keineswegs stellt die Landesregierung diese Behörde gemäß IfSG dar. Auch das Robert Koch Institut (RKI) als Bundesoberbehörde und Leitinstitut für Infektionsschutz hat lediglich beratende Funktion für die Politik, keinesfalls stellt es die Behörde gemäß IfSG §28 dar.

Es ist daher bemerkenswert, wie aufgrund des IfSG §28 die Landespolitik nunmehr weitreichende Einschränkungen der Bürgerechte im Allgemeinen vornimmt. Im ‚Handbuch für Staatsrecht‘ mit über 17.000 Seiten umfasst die rechtliche Bewertung auf Grundlage des IfSG lediglich 2 Seiten und leitet keinesfalls die derzeit vorgenommenen Einschränkungen der grundgesetzlichen Bürgerrechte auf Bundeslandebene in dem nunmehr angeordneten Ausmaße ab.

Staatsrechtlich hoch problematisch wird auch hier unter dem vermeintlichen Druck einer Krise ohne juristischer Offenlegung der Verordnungsgrundlagen politisch gehandelt. Ein offener, für den Bürger wahrnehmbarer Diskurs der juristischen Fachwelt, scheint es ebenfalls nicht zu geben. Eine Verschärfung des IfSG durch die Legislative steht für kommende Woche an.

3. Politischer Handlungsrahmen

Ausgangspunkt der weltpolitischen Handlungen war der große Konsens für die drakonischen Maßnahmen der chinesischen Regierung zur Eindämmung der Covid-19 Infektion durch die WHO. Konnte Anfangs durch Unkenntnis des Gefährdungspotentials des neuen Coronavirustypes SARS-CoV-2/ Covid-19 als Zoonose für den Menschen noch ein drastischen Vorgehen als gerechtfertigt angesehen werden, so konnte spätestens 6-8 Wochen nach den chinesischen und asiatischen Covid-19-Erfahrungen ein zunehmend rationales und risikoadaptiertes Vorgehen erwartet werden.

Dazu hätte es einerseits einer raschen Bewertung durch die medizinischen Fachgesellschaften in einem Konsensverfahren der WHO und der landeseigenen Medizingesellschaften bedurft. Ein multidisziplinäres Zusammenwirken wäre notwendig gewesen, statt einem Meinungsprozess einzelner vermeintlicher Experten in der Politikberatung. Statt Evidenzbasierung durch die Medizingesell-

schaften (AWMF=Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizingesellschaften) kam es zur Eminenzbasierung weniger vermeintlicher Experten mit nicht geringen Eigeninteressen.

Aufgabe der Politik ist nicht, sich durch Einzelberatung/Expertentum sich Handlungsvorgaben diktieren oder geben zu lassen, sondern durch transparente gesellschaftlich legitimierte Prozesse in Fragen einer Pandemie sich durch evidenzbasierte Handlungsempfehlungen der Medizingesellschaften und des RKI sich beraten und leiten zu lassen. Dazu zählen auch Risiko- und Akzeptanzabschätzungen sowie deren Realisierungsvermögen.

Getrieben durch die Medien erleben wird eine Eskalationsstufe nach der anderen und stehen nunmehr vor der Einschränkung demokratisch verbrieft Grundrechte, ohne den demokratischen Gesellschaftsprozess eines diskursiven Dialoges auch nur annähernd zu führen. Selbst öffentlich-rechtliche Medienanstalten haben den Quotengewinn durch Sensationsberichterstattung mit einer Sondersendung nach der anderen für sich entdeckt und die durch die Medien angestachelte Politik versucht ihre Handlungshoheit durch Aufwärtsspiralen vom Süden zum Norden im Verordnungspoker drakonischer Maßnahmen zu behalten. Herr Söder propagiert nunmehr auch die Haltung, dass die Menschen auch vor sich selber geschützt werden müssen. Wer schützt uns derzeit vor der Politik ? Wie stark ist unsere Verfassung ?

Bei der derzeitigen Angststarre großer Teile der Bevölkerung, inklusiver der Ärzteschaft und Politik erhält das vermeintliche starke Auftreten dieser Politiker Beifall und Unterstützung. Abweichende Meinungen gelten bereits als unsolidarisch und unverantwortlich und dem Denunziantentum sind Tor und Tür geöffnet worden. Die eingetretenen wirtschaftlichen Folgen können derzeit nicht abgeschätzt werden. Angstgetriebenheit führt zur Verengung der Handlungsmöglichkeiten, einer Simplifizierung der verschiedenen differenzierten Antwortmöglichkeiten.

Verordnungen ohne medizinische Sinnhaftigkeiten sind auch in Krisenzeiten abzulehnen. Beispiele dazu wären Besuchsverbot im Krankenhaus für alle, nur Schwerkranke, also das Risikoklientel, darf für 1 Stunde Besuch empfangen. Statt Hygienemaßnahmen adäquat zu verordnen, werden Regeln ohne Sinnhaftigkeit aufgestellt und erhalten mediale Zustimmung. Erst schließt man die Skigebiete und verteilt das internationale Publikum auf ihre Heimat, bevor man dann die Grenzen schließt.

Arbeitet die Pädagogik und Psychotherapie schon lange nicht mehr mit Bestrafungsszenarien, sondern versucht Motivation durch Einsicht positiv zu verstärken, so droht die vermeintlich ‚starke‘ Politik mit Eskalationssteigerung, wenn die Menschen sich weiterhin in Gruppen im Freien aufhalten.

Schon längst hat sich die Politik von den RKI-Empfehlungen entfernt und eigenmächtig einen Kurs eingeschlagen, der angstgetrieben ein eingegengtes Blickfeld erkennen lässt und den Diskurs hinter sich gelassen hat. Müssten nicht RKI und medizinisch multidisziplinäre Expertenboards die Richtung und Handlungsoptionen ausleuchten und beraten und die Politik mit Juristen und Wirtschafts- und Sozialverbänden die Auswirkungen gesellschaftlich beurteilen und abschätzen?

In Krisenzeiten darf Angst niemals zum Berater unserer Handlungsoptionen werden. Die aufkommende Angst vor den Konsequenzen der kommenden Pandemie verdeckt die bereits eingetretenen Versäumnisse einer besonnenen Ärzt*Innenschaft und Politik. Der Kraft der singulären angstgetriebenen Entscheidungen sollte durch transparente, konsensgetragene, wissenschaftliche und damit rationale, wie aber auch differenzierende und situativ angepasste Maßnahmen gekennzeichnet sein.

Literaturangaben:

1. Walach, H., et al., *Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions*. BMC Med Res Methodol, 2006. 6: p. 29.
2. Epidemiologie, D.G.f. *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) zur Verbreitung des neuen Coronavirus (SARS-CoV-2)*. 2020. 1-6.