

Der allgemeine Tenor der politischen und medizinischen Leitfiguren ist die Beschwörung der Gefahr einer zweiten und schrecklichen WELLE der Sars-CoV-2 Infektionen: **Die Infektionszahlen steigen und steigen!**

In den vergangenen Monaten der Pandemie wurden einige Erkenntnisse gewonnen, z. B., dass ggf. eine Hämolysenotwendigkeit ist und eine Zwangsbeatmung nur sehr vorsichtig und überlegt eingesetzt werden darf.

Sicher ist inzwischen aber auch, dass trotz aller Lockdowns – und zwar in den besonders maßnahmestrengen Ländern wie z.B. Italien, Spanien, Frankreich, Israel nach Lockerung **das Virus nicht verschwunden ist.**

Der wissenschaftliche Erkenntnisstand in Sachen Corona ist nicht eindeutig.

Für Deutschland ist das Robert-Koch Institut federführend bei der Bewertung und Einordnung der Coronapandemie für die Politik. Es ist das nationale Public-Health-Institut und hat eine „Antennenfunktion im Hinblick auf das Erkennen neuer gesundheitlicher Risiken.“

Am **15.09.2020** wird die Einführung von DEMIS - **Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz-**, das eine durchgängig elektronische Informationsverarbeitung ermöglichen soll, vom RKI angekündigt. Da das allerdings bereits seit 2017 im Gespräch ist, bezweifelt der interessierte Leser dieser stolzen Botschaft die schnelle Durchsetzung.

Die Pannen bei der Verwertung von Testdaten in Bayern vor einigen Wochen sind nicht vergessen.

Es stellt sich die Frage: Sind die noch in den Anfängen der Informationsverarbeitung steckenden Daten des RKI, mit denen massive Einschnitte in das wirtschaftliche und soziale und psychische Leben der Bevölkerung ausgelöst wurden, ausreichend valide?

Die Grundlagen **Risikobewertung** der Pandemie sind gemäß RKI

1. die Infektionszahlen
2. der Anteil schwerer, klinisch kritischer und tödlicher Krankheitsverläufe und Langzeitfolgen von COVID-19
3. die Ressourcenbelastung
4. die Sterblichkeit

1. Zu den Infektions-Fallzahlen

Welche Aussagen gestatten die täglich vom RKI veröffentlichten händisch, per Fax oder vielleicht auch elektronisch weitergeleiteten Infektionszahlen aber nun wirklich?

- Sicher ist: „Es werden nur Fälle veröffentlicht, bei denen ein labordiagnostischer Nachweis von SARS-CoV-2 **unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle vorliegt.**“

- Die Zahlen spiegeln nicht die Morbidität an COV-19 wider. Ein sicherer Zusammenhang mit einer Erkrankung besteht aufgrund eines positiven Tests nicht. „Ein positives PCR-Ergebnis ist nicht beweisend für das Vorliegen einer floriden Infektion bzw. einer andauernden Besiedlung, da die PCR-Untersuchung nicht zwischen vermehrungsfähigen und nicht mehr vermehrungsfähigen Organismen unterscheidet.“ (Äußerung aus der Universität Mainz)

- Die Zahl der positiv Getesteten korreliert mit der Zunahme der Testungen, nicht mit der Zunahme von schweren COVID-19 Erkrankungen in der Bevölkerung:

81 % davon reagieren ohne oder mit leichten Symptomen.

2. zur Krankheitsschwere: Anteil schwerer, klinisch kritischer und tödlicher Krankheitsverläufe und Langzeitfolgen von COVID-19 in Deutschland

Zu diesem Thema geistern viele widersprüchliche Berichte durch die Medien und Talk-Shows.

Einzelne schwere Verläufe mit Organschädigungen werden berichtet. Psychosomatische Folgen im Spätverlauf spielen eine Rolle.

Folgende Informationen aus den täglichen Lageberichten des RKI sind dazu veröffentlicht:

- **5%** der gemeldeten Fälle sind hospitalisiert (37. Woche).
- **3%** haben eine Pneumonie entwickelt.
- Etwa **81%** der diagnostizierten Personen zeigen einen milden, etwa **14%** einen schwereren und etwa **5%** einen kritischen Krankheitsverlauf.

Zitat:

- *„Aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes lassen sich keine zuverlässigen Aussagen zu Langzeitauswirkungen und (irreversiblen) Folgeschäden durch die Erkrankung bzw. ihre Behandlung (z. B. in Folge einer Langzeitbeatmung) treffen. Allerdings deuten Studiendaten darauf hin, dass an COVID-19 Erkrankte auch nach Wochen bzw. Monaten noch Symptome aufweisen können, obwohl keine akute Erkrankung mehr vorliegt.
Längere Genesungszeiten werden (allerdings) auch bei anderen Infektionskrankheiten mit Pneumonien beobachtet und **sind prinzipiell nicht ungewöhnlich.**“*

Eine kürzlich veröffentlichte Studie des RKI versucht, die vielfach, auch von Fachleuten geäußerte Beobachtung, dass die Erkrankungen an SARS Cov 2 dem Verlauf der Influenza ähneln, zu widerlegen und behauptet **„eine höhere Letalität und lange Beatmungsdauer unterscheiden COVID-19 von schwer verlaufenden Atemwegsinfektionen in Grippewellen“**.

Zum Vergleich kommt die Anzahl schwerer akuter respiratorischer Atemwegserkrankungen aus den Grippeepisoden der letzten 5 Jahre und hospitalisierte COVID-19 Patienten von 2020.

Eine kritische Diskussion über die eigentlich nicht vergleichbaren Fallzahlen, die unterschiedlich erstellt wurden, über die gravierenden Fehler, die zu Anfang der klinischen Behandlungen gemacht wurden, nämlich die fehlende Kenntnis über eine ggf. notwendige Hämolysen und der viel zu schnelle und zu lange Einsatz künstlicher Beatmung erfolgt nicht. Nicht zu vergessen auch die nicht immer fachgerechte Einordnung der Todesursache.

An der Gesamt mortalität sieht man, dass die Schlußfolgerungen des RKI zur Letalität aus dieser Studie nicht stimmen können. Siehe unter Punkt 4. Letalität

3. zur Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems

Tabelle 3: Im DIVI-Intensivregister erfasste intensivmedizinisch behandelte COVID-19-Fälle (16.09.2020, 12:15 Uhr)

	Anzahl Fälle	Anteil	Änderung Vortag*
In intensivmedizinischer Behandlung	233		-3
- davon beatmet	128	55%	-1
Abgeschlossene Behandlung	17.064		52
- davon verstorben	4.100	24%	13

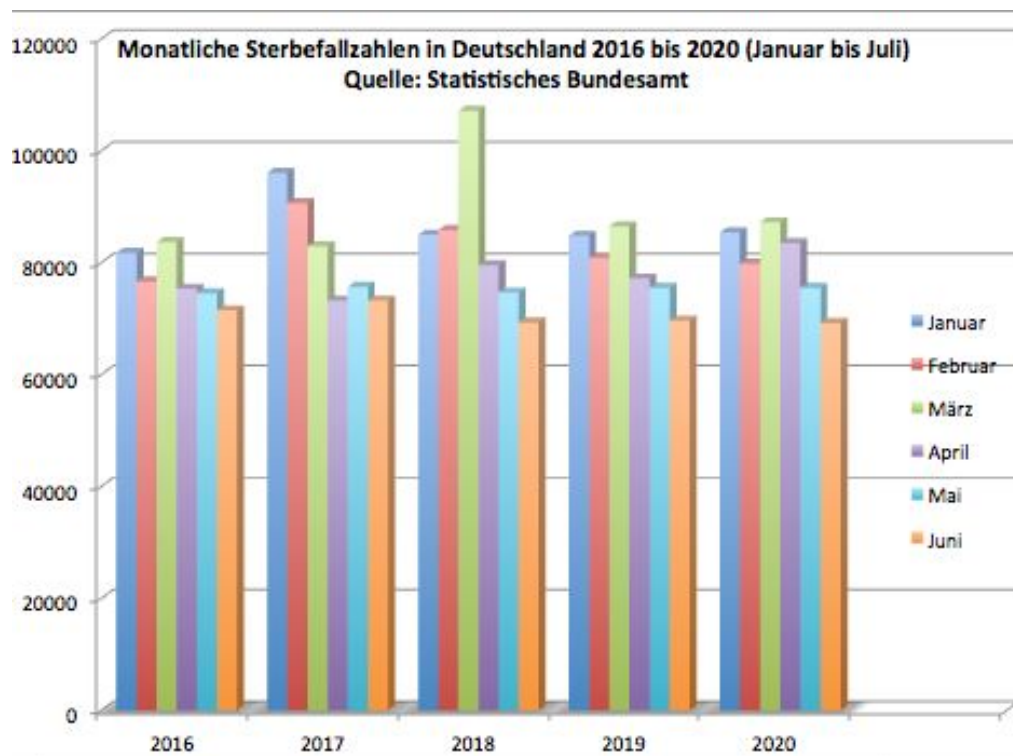
Diese Zahlen sind nicht geeignet, eine schwere Bedrohung der Gesundheitsversorgung zu befürchten.

4. zur Letalität

Da immer noch diskutiert wird, ob Patienten MIT oder AN COVID-19 gestorben sind und die wenigen Obduktionsdaten eher auf MIT schließen lassen, habe ich die Sterbefallzahlen aus dem Statistischen Bundesamt herausgesucht.

Die Zahlen der Gesamtmortalität zeigen, dass es keine oder z.T. wenig vom Durchschnitt abweichende erhöhte Mortalität im den Monaten des Höhepunktes der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 in Deutschland gab.

Im Gegensatz dazu eine erhebliche Übersterblichkeit insbesondere während der Influenzaepidemie im Winter 2018 in Deutschland!



Fazit:

Ein sachlicher Umgang mit dem Virus, ein Strategiewechsel, wie von dem Bonner Virologen Prof. Dr. Streeck empfohlen, ist erforderlich!

Die „Infektionszahlen“, die zur Zeit eigentlich nur durch einen positiven PCR-Test bestimmt werden, sind höchstens dazu geeignet, Cluster der Verbreitung von Sars-CoV-2 aufzufinden.

Sie sollten nur im Kontext mit der Zahl intensivpflichtiger Erkrankungen und der Sterbeopfer an COVID-19 bewertet werden.

Schutzmaßnahmen sind dann im Kontext der Erkrankungen clusterbezogen zu treffen.

Um einen angemessenen Bevölkerungsschutz zu erreichen, ist eine Immunisierung notwendig. Zur Zeit ist die vielleicht bereits vorhandene Grund-, Rest-, oder/und Kreuzimmunität nicht richtig einzuschätzen.

Studien in Ischgl, Bergamo oder die Blutspenderstudie des RKI verweisen auf eine Antikörperprävalenz von 27% bis etwas über 50%.

Die Lösung durch eine z.Zt. noch zweifelhafte Impfstoffentwicklung ist unbefriedigend.

Das Durchdeklinieren von Restriktionsmaßnahmen und „Warten auf den Impfstoff“ ist zu beenden.

Eine Diskussion der Fachbehörde RKI unter Einbeziehung bekannter und ernst zu nehmender, zu Zeit ausgegrenzter sogenannter „Coronaleugner“ über nachhaltige Lösungen in der Krise ist unabdingbar.

- Das Ziel soll sein

1. **eine Immunisierung der Bevölkerung** durch durchdachten Abbau von Kontaktsperrern und unter engmaschiger Beobachtung der Infektionsparameter ist zu fördern. Allgemeine Hygienemaßnahmen wie Alltagsmasken, Abstand und Händedesinfektion können nach Eigenbedarf eingesetzt werden.
2. **Risikopersonen sind unbedingt schützen** – gezielte Maßnahmen müssen abgestimmt werden.
Beispiel: Da die Schutzwirkung der sog. Alltagsmasken umstritten ist, können statt dessen auf Wirkung geprüfte und ggf. von den Krankenversicherungen bezahlte Schutzmasken -FFP2- für den Eigenschutz betroffener Risikopersonen bereit gestellt werden.
3. **Restriktionen sind überdacht abgestimmt zu minimieren.**
4. **Ein Lockdown ist kontraproduktiv.**