

Die Corona (Crisis) aus medizinischer und präventologischer Sicht

- Mit einer Viruserkrankung ist es wie mit einem Unfall: Es gibt ein Missverhältnis zwischen Belastung (Krafteinwirkung, Virus-Partikelmenge) und Belastbarkeit (Knochen, Immunreaktion), was zur Erkrankung führen kann (Knochenbruch, Grippe-Erkrankung) – oder auch nicht.

Das Coronavirus ist für die allermeisten Menschen harmlos, kann aber bei Alten und kardiopulmonal Vorgeschädigten eine fiese, antibiotisch nicht therapierbare Lungenentzündung hervorrufen. Es kann so weit gehen, dass der Mensch zwischenzeitlich beatmungspflichtig wird, die Prognose ist dann schlecht. Kinder sind von dieser Variante der Coronagrippe nicht betroffen.

- Pro Tag sterben in Deutschland 2.500 Menschen (Mortalitätsrate), die meisten erliegen ihren Vorerkrankungen oder sterben altersbedingt. Die Frage, wann das eine in das andere übergeht (krank in alt und umgekehrt), ist ethisch nicht befriedigend lösbar, weil es die subjektive, individuelle Sicht der Kranken/Alten auf ihr Leben berührt. Ist jemand, der dement ist und sein eigenes Leiden nicht mitbekommt, krank oder gesund? Unsere Gesellschaft hat sich entschlossen, Demenz als schicksalhafte Krankheit anzusehen und alle Symptomträger wegzusperren.

Jedes Jahr gibt es eine Grippewelle im Frühjahr und Herbst, die auf die Bevölkerung wie ein Kamm einwirkt: Es bleiben Haare hängen, die dann „tot“ sind. Aus der Zahl aller Toten eines Jahres – egal, woran sie gestorben sind – ergibt sich eine sogenannte Mortalitätsstatistik. Die Gefährlichkeit der Influenza unterscheidet sich von Jahr zu Jahr, weil Viren (das sind RNA, also halbe DNA-Genstränge) durch ihre enorme Vervielfältigungsrate und strukturelle Instabilität viele Mutationen hervorbringen. Dieses Jahr scheint die Grippewelle nicht sehr gefährlich für die Allgemeinbevölkerung und betrifft fast nur Alte und Vorgeschädigte. Die Sterberate (Letalität) beim Coronavirus scheint bei ca. 0,5-1% aller Infizierten zu liegen, abhängig von der Altersstruktur der gemessenen Kohorte. Allerdings ist vollkommen unklar, wie viele Menschen den Infekt schon unerkant durchgemacht haben und damit immun sind, denn dies ist (noch) nicht Zielgröße der staatlichen Testungen. Mit steigender Menge der „unerkant Positiven“ sinkt statistisch die Sterberate. Ungefähr die Hälfte aller Infektionen scheint bei Covid-19 so gut wie symptomlos abzulaufen. **Umso wichtiger wäre eine Kultur, in der zu Infektzeiten wie in Asien einfache OP-Mundschutzmasken getragen werden.** Nicht, um *mich* selbst vor Keimen zu schützen, sondern um die Umwelt vor der Verbreitung *meiner* Keime zu schützen. Ganz einfach mechanisch. Jedoch glaubt unsere Gesellschaft seit der Elektronisierung unserer Kommunikation nicht mehr an physikalische Grenzen. Lieber setzt man auf Handyüberwachung und schwere Eingriffe in die Bürgerrechte.

- Das Nadelöhr der diesjährigen Grippe sind die Beatmungsplätze auf Intensivstationen. Ist ein Gesundheitssystem „knapp auf Kante genäht mit billigen Stofffetzen“, dann gibt es zur Grippezeit ein akutes Systemversagen („Organversagen mit letalem Ausgang“), das auf den ersten Blick aussieht, als wäre „das Virus schuld“ mit außergewöhnlicher Gefährlichkeit. Die staatliche Lösung besteht dann darin, *das Pflegepersonal nicht auf Corona zu testen*, um deren Funktionsfähigkeit nicht zu gefährden, sobald Viruspositive der Quarantänepflicht unterliegen. Isolation macht nämlich jeden Menschen und jeden Beruf systemirrelevant. ***Das Krankenhauspersonal ist also das Scharnier, welches „systemrelevant“ die plötzliche Viruslast abfangen muss, ohne eigene Rechte auf Schutz*** (Masken, Anzüge, Rückzug) – sie *dürfen* nicht in Quarantäne, denn es gibt keine Reserven für sie. Die ursprünglich vorhandenen Reserven wurden – wie jetzt auch der französische Gesundheitsminister für sein Land zugab – systematisch abgebaut aus wirtschaftlichen Gründen. Damit die politische Entrechtung des medizinischen Personals und die punktuelle Überforderung nicht ausgerechnet im instabilen Krisenfälle hinterfragt wird (z.B. durch einen Streik), tut eine Regierung gut daran, alle anderen Bürgern auch an den Einschränkungen der Bürgerrechte zu beteiligen und ihnen Ausgehverbote zu erteilen. Es handelt sich hierbei allerdings um ein (unbewusstes, nachträglich statistisch zu rechtfertigendes) Ablenkmanöver, um das hausgemachte Systemversagen abzufangen.

Das Katastrophen- und Drohszenario „*Stay home*, denn es könnte jeden treffen!“ ist eine Lüge, hilft jedoch erst einmal zur Stabilisierung der Lage. Die Zweiseitigkeit liegt in der Testung: Entweder bin ich daran interessiert, ***so früh wie möglich die Virusüberträger zu isolieren, dann muss ich sofort bundesweit Massenveranstaltungen verbieten und die Tests in Arztpraxen, Pflegeheimen, Schulen und Krankenhäusern installieren***. Oder ich betrachte Covid-19 als eine ganz normale Virusgrippe und lasse sie durch das Land laufen wie immer, stelle aber ***nach Bekanntwerden der Komplikationen sofort die medizinischen Ressourcen für die Erkrankten (Isolierzimmer und in diesem Fall auch Beatmungsplätze) zur Verfügung***. Es ist absolut unverständlich, warum medizinisches Personal nicht sofort flächendeckend mit Schutzkleidung ausgestattet wurde, nachdem klar war, dass dieser Keim *sehr* viel infektiöser ist als gedacht. Die Kontagiosität wurde unterschätzt, dies führte dann über den Sonderfall Italien zur Panik – und zu einer gezielten Panik*macher* unter drastischer Fehlwahrnehmung der realen Letalität des Virus. Nun ist es Konsens, dass das Virus lebensgefährlich ist und Ausgangssperren wie Berufsverbote über viele Wochen die einzige Lösung.

- Bei jedem Sterbenden muss entschieden werden, wie weit die lebenserhaltenden Maßnahmen (Essen, Trinken, Lagerung, Atmen, Herzschlag) künstlich unterstützt werden sollen, um das Leben zu verlängern. Darauf ist die Gesellschaft eingerichtet und es gibt hierzu ausreichend gesetzliche

Grenzen. Je eher sich ein Individuum auf das eigene Sterben vorbereitet, desto einfacher fällt der Umgang damit. Fallen jedoch aufgrund einer besonderen Grippeart lokal mehr Beatmungspflichtige an als Beatmungsplätze (Ressource = Gerät + Personal + isolierter Raum) vorhanden sind und können die akut Erkrankten nicht verlegt werden, dann muss eine Triage einsetzen: die Entscheidung, wer vorrangig an die Apparate angeschlossen wird, wer die größte Überlebenschance besitzt. Dafür gibt es ärztliche Richtlinien; die schwierige Entscheidung selbst erfordert aber in erster Linie viel klinische Erfahrung. Gibt es jetzt aber auch **zu wenig souveräne Entscheider mit Praxiserfahrung**, dann ist Panik die logische Konsequenz. In diesem Fall existiert eine doppelte Panik: Zum einen die Überforderung eines kaputtgesparten und merkantilisierten Medizinwesens, wobei Deutschland hier noch im Europavergleich gut aussieht. Zum anderen hat man den Zug von hinten anscheinend nicht kommen hören, taub oder blind wie man war, und jetzt wirft einen der Fahrtwind um: **Wir verwechseln gesellschaftlich Mortalität mit Letalität und wollen die Endlichkeit des Phänomens „Leben“ nicht wahrhaben.**

Das wichtigste ist, die sozialpolitischen „Schutz“maßnahmen mit drastischer Einschränkung der Bürgerrechte **hinterher** einer nüchternen, sorgfältigen Evaluation zu unterziehen – und zwei nachhaltige Entscheidungen für die **Zukunft** zu treffen:

1. **Wieviele Pufferkapazitäten und medizinische Reserven will man regional oder national oder europaweit vorhalten, um Situationen wie diesen künftig zu begegnen?**
2. **Welches nationale Modell hat sich epidemiologisch zur Erreichung einer Herdenimmunität mit möglichst geringer Todesrate der Infizierten (Letalität) am besten bewährt? Hierbei ist es absolut wichtig, sich die Mühe zu machen, zwischen Mortalität (allgemein) und Letalität (einer Viruserkrankung) zu unterscheiden.**

Der volkswirtschaftliche Schaden, der im Moment das Herz eines jeden Landes – die lokoregionale Kultur – trifft und unabsehbare Langzeitfolgen (Insolvenzen, Schuldenpolitik, Arbeitslosenzahlen, Stressbelastung, Bewegungsmangel-Folgeerkrankungen), muss dann nachträglich gegengerechnet werden, um die demokratischen Prozesse des Staates nicht noch mehr zu beschädigen als es jetzt schon der Fall ist. Denn eines ist aus medizinischer Sicht glasklar: **Der kollektive Bewegungsmangel durch generalisierte Ausgangssperren im schönsten Frühlingwetter wird ganz sicher genausowenig die Infektanfälligkeit für die Influenzawelle im nächsten Jahr mindern wie es die Erfindung eines Impfstoffes gegen Corona/Covid-19 tut.**

Nikola Schröder-Liefing

Ärztin, Präventologin, Master of Arts (Komplementärmedizin)

28.3.2020