

Von der Welle zur Dauerwelle ?

Covid-19 polarisiert

Prof. Dr. H. Matthes

COVID-19 polarisiert und emotionalisiert derzeit die Gesellschaft. Warum ist das so?

COVID-19 ist ein gefährliches Virus, eine tödliche Infektionserkrankung mit schweren Verläufen und teilweise bleibenden Schäden und gleichzeitig ein harmloses Virus, was völlig asymptomatische Verläufe und damit lediglich eine Besiedelung und keine Infektionskrankheit hervorbringt, sog. Kommensale (Kommensale = Virus was mit seinem Wirt eine friedliche Koexistenz eingeht; Virusträger ohne Krankheitssymptome).

Es gibt die Personen, die alles ‚richtig‘ machen. Bleiben auf Abstand, tragen die Maske, desinfizieren Hände, Stifte, Türen und auch viele Flächen und machen natürlich keinen Urlaub im Ausland und an den überfüllten Küsten von Deutschland. Dann gibt es die Covid-19 Leugner, die leichtsinnigen und verantwortungslosen (jungen) Menschen ohne Maske und Distanz in Partylaune und bei Demonstrationen. Darüber hinaus gibt es dann noch die dritte Gruppe vor allem in Politik und Medien, die genau wissen, was für alle richtig ist, moralisierend Weisungen geben und sich selbst nicht allzu streng an diese Kollektivmoral halten. Natürlich gibt es noch viele weitere Gruppen: Die mit dem Durchblick, die Eiferer, die Verschwörer, die Naiven, die Wissenschaftler, die Mahner etc. Was macht das Virus eigentlich mit uns und was machen wir aufgrund des Virus?

Das SARS-CoV-2 Virus ist zweifelsohne eine Zoonose (aus dem Tierreich auf den Menschen übergegangen) und weist eben das Spektrum von einer tödlichen Infektionskrankheit bis zum harmlosen Kommensalen auf. Liegt es am Virus? Der Wirt Mensch scheint der bedeutendere Faktor zu sein. Je nach Alter und Anzahl an Risikofaktoren reicht das Spektrum von 100% Kommensalen (gesunde Kinder) bis zu 15% tödlichen Verläufen (multimorbide Alte). Risikoanalysen mit 17 Millionen elektronischen Gesundheitsdaten aus den USA zeigen klare Risikofaktoren für Alter, Diabetes, Demenz, KHK, COPD, Schlaganfall, onkologische Erkrankung, chron. Lebererkrankungen und Immunsuppression. Für eine Risikobewertung für eine Infektion ist die Infection Fatality Rate (IFR; Sterblichkeitsrat an der Infektion), die anfänglich in Deutschland auf 0,6 bis 1,4 % insgesamt geschätzt wurde und nunmehr durch eine Metaanalyse von 36 Seroprävalenzstudien mit einem Mittelwert von 0,24 % angegeben wird und damit im Bereich einer stärkeren Influenzapandemie liegt. Die Autoren (Ioannidis et al; Stanford University) betonen jedoch einen deutlichen Unterschied in verschiedenen Regionen der Welt, so dass zu dem Wirtsfaktor weitere wesentliche Risikofaktoren beizutragen scheinen. Der Range reicht dabei von unter 50 Toten bis über 500 Tote pro 1 Mill. Einwohner in den Regionen. Neben dem Alter der Infektionserkrankten spielen vor allem auch sozio-ökonomische und Faktoren des Gesundheitssystems eine entscheidende Rolle.

Derzeit zeigt sich ein starker Anstieg der Infektionsnachweise in Berlin und Deutschland ohne Anstieg der Infektionserkrankten, so dass derzeit überwiegend es sich um Kommensale handelt. In ganz Berlin werden derzeit lediglich 35 Patienten stationär behandelt, von denen 15 auf einer Intensivstation sind (deutschlandweit 227 COVID-19 Patienten auf Intensivstation von insgesamt 21.629 Patienten = 1 % der Intensivfälle). Dabei ist die Anzahl der stationär behandelten Patienten in Berlin und Deutschland deutlich zurück gegangen, obwohl die Neuinfektionszahlen deutlich angestiegen sind. Gründe für diese eklatante Diskrepanz können die vermehrten Testungen sein von Nicht-Risikogruppen und damit vermehrten Nachweis Infizierter, die zuvor als Dunkelziffer nicht identifiziert wurden, jüngere Personen die infiziert als Kommensale sind und ggf. Rückgang der IFR durch Adaptation des Virus an den menschlichen Wirt (was bei Zoonosen normal ist). Damit zeigt sich, dass die Anzahl der Neuinfektionen nur eine Zahl ist und die in Relation zu Infektionserkrankte und zur IFR gesetzt werden muss um aussagefähig zu sein.

Lag die maximale Auslastung der Intensivbetten bei der sog. ersten Welle im April 2020 bei max. 15% in ganz Deutschland und somit weit von einer Überlastung des deutschen Gesundheitssystems entfernt, so stellen die derzeit 1% COVID-19-Patienten auf Intensivstationen eine Marginale dar. Anzahl an Neuinfektionen ist somit kein Risikomaß, da zwischen Infektionserkrankungen und Kommensalen nicht differenziert wird. Auch der Reproduktionswert, wie auch die Definition von Risikogebieten (50 Neuinfektionen/100.00 Einwohner in der Woche) stellt unter diesem Gesichtspunkt kein Risikomaß dar. Die Diskrepanz zwischen steigenden Neuinfektionen und fallenden Neuerkrankten, sowie schwer Erkrankten (Intensivpflichtigen) und Verstorbenen pro Tag wird meist in den öffentlichen Medien nicht genannt oder in Relation gesetzt. So entsteht der

Eindruck einer 2. Welle von Neuinfizierten ohne Anstieg der Erkrankten (Kommensalen) und wird bei anhaltendem alleinigem Blick nur auf die Neuinfektionszahlen als Surrogatmarker eine (Schein-)Dauerwelle generieren.

Bei einer IFR von 0,01 bis 0,3% liegt das Risiko weniger im Virus selbst, als dass es durch einzelne Risikofaktoren des Wirtes Mensch bedingt ist. Das Gesamtrisiko ergibt sich aus verschiedenen Risikofaktoren des Einzelnen, wie Alter, Anzahl an meist chronischen Vorerkrankungen (KHK; Diabetes, COPD, Nikotinabusus, Tumorerkrankung, Immunsuppression etc.) aber auch durch sozio-ökonomische Faktoren, wie Wohnraum, gesundheitliche Versorgung, Familiengröße, Arbeitsbedingungen etc. Diese bekannten einzelnen Risikofaktoren werden nun aber ganz entscheidend vom einzelnen Risikoverhalten bestimmt und bei Kenntnis der Risikofaktoren von deren Umgang und gewählten Schutzmaßnahmen. Daher erscheint auch der Begriff und deren Definition eines Risikogebietes als Surrogatmarker, ist doch entscheidend in einem solchen Gebiet, wie vielen Risikofaktoren ich mich aussetze bzw. aufweise und wie viele Schutzfaktoren ich nutze.

Medizin als eine Handlungswissenschaft lebt von ihrer Empirie, d.h. von der Beobachtung der Phänomene und deren Interpretation. Es darf daher weiter erstaunen, dass bei der geringen fakultativen Pathogenität des Virus (SARS-CoV-2; mit IFR um 0,01-0,3%) (wenige) Virologen und nicht Infektiologen, Intensivmediziner, Haus- und Kinderärzte, Internisten oder auch Sozialmediziner und Psychosomatiker in der medizinischen Debatte und Diskussion Gehör finden, behandeln doch diese den erkrankten Menschen und weniger das Virus, wobei eine antivirale Strategie derzeit praktisch keine Rolle spielt. Ein interdisziplinärer Dialog innerhalb der Medizin zur Politik und den Medien findet kaum statt und ein interprofessioneller Dialog von Medizin, Sozialwissenschaften, Wirtschaft, Kunst etc. zur Politik als Beratungsgremien sind rar. Wenige Meinungsbildner und Berater zur Politik haben weitreichende Einschränkungen der bürgerlichen Grundrechte, von der Versammlungsfreiheit über die Berufsausübung bis hin zur Religionsausübung bewirkt, wie dies sonst nur in Kriegszeiten verfügt wird. Aus einer pluralistischen Wissenschaft haben sich einige Experten instrumentalisieren lassen und die Medizin und damit auch Wissenschaft autoritären Tendenzen aus der Politik unterworfen. Keinesfalls sind die Ansichten der Virologen und Epidemiologen ohne Widerspruch anderer Professionen, wie den Intensivmedizinern, Internisten, Kardiologen, Pneumologen, Kinderärzten etc. geblieben. Auf politischer Seite erfolgten weitreichende Verordnungen ohne dass diese in einem demokratischen Prozess der gesellschaftlichen Gruppen ausgehandelt wurden. Sozialwissenschaften, Kunst und Kultur, wie auch Wirtschaft sind vom politischen Diskurs weitestgehend ausgeschlossen geblieben und erleben die Verordnungen als Diktat durch eine instrumentalisierte einseitige nicht pluralistische und damit nicht wissenschaftliche Medizin, da diese den Diskurs der verschiedenen Standpunkte führt.

Dass die Zunahme von auftretenden Zoonosen der letzten Jahre (Ebola, Vogelgrippe, Nipah, MERS etc.) durch Störungen der Mikro- und Makro-Ökologie bedingt sind, mit Artensterben und Abnahme der Diversität (Vielheit) in vielen Regionen der Welt, wie auch Massentierhaltung (Rinder, Hühner, Schweine, Nerze etc.) und einer Landwirtschaft mit Monokulturen ist hochwahrscheinlich. Die geringe fakultative Pathogenität gegenüber anderen früheren Zoonosen von SARS-CoV-2 (IFR z. B. bei Ebola von bis zu 90%; Vogelgrippe bis 60 %) für den Menschen lässt das Coronavirus dafür aber wie ein Indikatorkeim für ökonomische-soziale Missstände erscheinen. Stark ökonomisierte und wenig solidarische Gesundheitssysteme, wie in England oder den USA offenbarten ihre Schwächen während der Covid-19 Pandemie. Altenpflege mit mangelnder Personalsituation waren ebenso Hotspots, wie die Ökonomisierung in der Landwirtschaft mit Massentierhaltung und den daraus resultierenden Massenschlachtungen. Damit zusammenhängend die unwürdigen Unterkünfte der ‚Leiharbeiter‘ in Deutschland, wie auch die Slums/Favelas in den südamerikanischen und afrikanischen Ländern. Dabei muss aber beachtet werden, dass die immensen wirtschaftlichen und sozialen Schäden des Lock-downs, weniger direkte Folgen des fakultativ pathogenen Virus, als vielmehr der ergriffenen Maßnahmen durch die politische Handelnden ist. Wie sind diese zu bewerten?

Damit betreten wir den gesellschaftlichen und sozialen Raum. Hier gibt es nicht wie in der Wissenschaft, richtig oder falsch bzw. hypothesenbestätigend oder falzifizierend, sondern es gilt die Angemessenheit. Das soziale Leben ist stark durch die (emotionale) Bewertung der Angemessenheit von Verhalten und Umgang in der jeweiligen Situation und Begegnung bedingt. Bei extremen Risikounterschied eines multimorbiden älteren Menschen und einem Kind bei der COVID-19 Infektion wird daher leicht erkennbar, wie die situative

Angemessenheit im Erleben bei gleichen Maßnahmen differiert. Sicher stellen die Ansammlung von älteren multimorbiden Menschen in Pflegeheimen eine hochgradige Selektion und Risikomaximierung bei Covid-19 Ausbruch dar, so dass weitgehende Schutzmaßnahmen als gerechtfertigt angesehen werden müssen. Wenn solch weitgehende allgemeine Schutzmaßnahmen jedoch als Rechtsverordnung für die Allgemeinheit mit drastischen Einschränkungen der Grundrechte erfolgen, so empfinden gesunde junge Menschen mit nahezu keinem Letalitätsrisiko für die Covid-19 Infektion dieses als Drangsalierung und als unangemessenes aberlangtes Sozialverhalten für ein Risikoklientel von ca. 10 % der Bevölkerung. Wie angemessen erleben junge Menschen derzeit ihre massiven Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte, wenn ca. 90% der Bevölkerung Grundrechte zum Schutz von ca. 10% aufgeben müssen? Wie werden Drohungen der Politik von diesen Menschen empfunden, wenn ein Alkoholausschankverbot in Bars/Kneipen/Gaststätten erfolgt? Geiselnhaft für Alle, weil wenige oder einige oder auch immer mehr sich an die Verordnungen nicht halten?

Welche Lösungen kann es geben?

Die bisherige Strategie der Bundesregierung zielt einzig und allein auf eine Impfung bei der Covid-19 Infektion und ist somit pathogenetisch orientiert. Wie schnell ein solcher zur Verfügung steht und vor allem welche Wirksamkeit er dann entfaltet (Induktion von spezifischen Antikörpern) ist offen. Curevac, das Unternehmen wo die Bundesregierung Anteilseigner geworden ist, rechnet erst Mitte 2022 mit einem Impfstoff. Eine wirkliche Strategie bis auch zu diesem Hoffnungspunkt existieren nicht.

Verordnetes Sozialverhalten was als unangemessen empfunden wird führt zu Widerstand. Sollen gleiche regeln in Pflegeheimen und Kindergärten wie Grundschulen gelten, wobei das Gesamtrisiko und die Sterblichkeit bei einer Covid-19-Infektion völlig unterschiedlich sind? Warum testen wir derzeit am stärksten in den Schulen, wo doch die Altenpflegeheime ein ganz anderes Risiko darstellen? Weil in den Schulen die Empörungswelle von Schülern, Eltern und Lehrern am größten ist. Die Politik reagiert populistisch und dirigiert auch hier die Maßnahmen nicht nach wissenschaftlichen Kriterien breiterer Expertengremien.

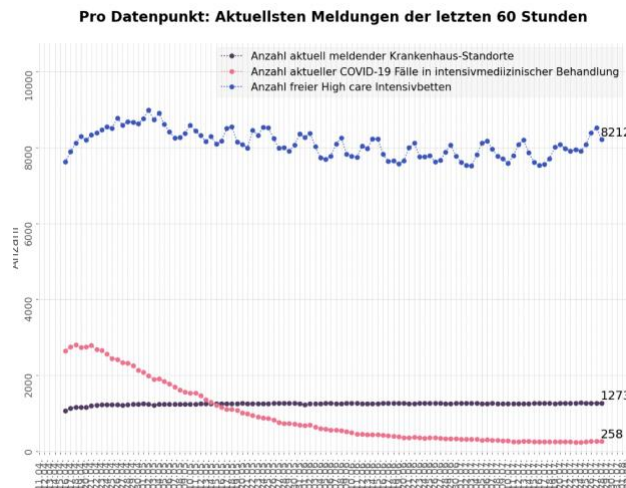
Die sozialen Spannungen und derzeitige Polarisierung der gesellschaftlichen Schichten bedürfen zur Befriedigung des angemessenen politischen Augenmaßes und damit keiner weiteren (harten und populistischen) Verordnungen, die für Teile der Bevölkerung als drangsalierend empfunden werden. Ohne eines Dialoges der gesellschaftlichen Gruppen und einer Risikostratifizierung mit differenzierter Bewertung der einzelnen Risikofaktoren und eines breiten wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurses sowie einer transparenten Darstellung und Diskussion zur Bewertung des jeweiligen Risikos lässt sich das Dilemma nicht angehen. Mediale und politisch moralisierende Panikmache bei steigenden Neuinfektionszahlen aber fallenden Covid-19 Infektionserkrankten in Deutschland mit Abnahme der stationären und intensivpflichtigen Behandlungen in den Krankenhäusern führt zu weiterem Vertrauensverlust in die politisch Handelnden.

Sicher wünschen sich in Krisenzeiten viel Bürger ein starkes und damit meist auch populistisches Politikerhandeln. Nicht nur in Ungarn, Polen und Brasilien ist durch die Corona-Pandemie eine Stärkung der Populisten eingetreten, auch in Deutschland ist aus der Politikverdrossenheit vor der Pandemie eine Stärkung der Regierungsparteien erfolgt, insbesondere der sich als Hartliner präsentierenden Politiker. Populismus ist häufig mit dem Wunsch nach einfachen Lösungen und klaren Vorgaben verbunden.

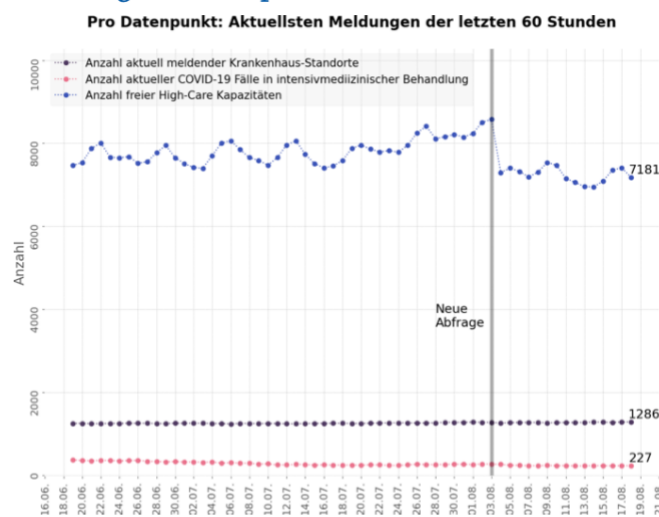
Das Gegenteil von Populismus ist Differenzieren und als Antwort bei der Covid-19 Pandemie erforderlich. Durch transparente Aufklärung der Bevölkerung mit Darlegung der Fakten von Infektionserkrankten, Kommensalen, Todesfällen und den verschiedenen Risikofaktoren und einem daraus resultierenden risikostratifizierten eigenverantwortlichen Handeln des Einzelnen lässt sich das soziale Dilemma der Unangemessenheit der kollektiven Verordnungen auflösen. So wenig wie es eine Kollektivschuld gibt, so wenig eine Kollektivverantwortung. Nur die individuell übernommene Verantwortung im eigenen Handeln kann im Sozialen die Angemessenheit erzeugen. Ist die ökologische Krise und damit Abnahme der ökologischen Diversität Mitursache von Zoonosen und Covid-19, so stellt die soziale Beziehungsgestaltung von Menschen in ihrer jeweiligen Angemessenheit, das größte Übungsfeld für eine Reichhaltigkeit der Beziehungsgestaltung und damit Diversität dar. Die allgemeine Verhaltensregel bei Covid-19 lautet physische Distanzierung und eröffnet gleichzeitig einen Sozialraum als Übungsfeld für eine angemessene dialogische Beziehungsgestaltung. Wenn Freiheit die Einsicht in die Notwendigkeit ist, so dürfte Verstehen besser als Verordnen sein.

Ob Covid-19 und der Lock-down als ein Time-out zum Besinnen als Chance genutzt wird ist derzeit offen. Staatliche Investitionen von 1,2 Billionen € sollen die Wirtschaft in Deutschland wieder ankurbeln. Ob diese Investitionen nunmehr für eine Nachhaltigkeit in Ökologie und Ökonomie genutzt werden oder doch nur altes wieder aufgebaut wird muss sich erweisen. Meist sind nicht die, die den Misstand erzeugten auch die, die die Lösung bringen.

Aus dem Intensivregister Deutschlands



Die Graphik zeigt die kontinuierliche Abnahme der Covid-19 Intensivpatienten nach der ersten Welle im April 2020 in ganz Deutschland (rote Punkte)



Keinerlei Anstieg der Covid-19 Patienten auf Deutschlands Intensivstationen trotz des starken Anstieges sog. Neuinfektionen (von ca. 200/d auf 1450/d).