

## Corona ist nicht gefährlicher als die Grippe!



Sehr viele Menschen legen derzeit ihre Hand für diese Behauptung ins Feuer: Das neue Coronavirus sei nicht gefährlicher als die Grippe! Professoren wie Prof. Bhakti halten dazu Vorträge, Philosophen wie Richard David Precht verbreiten die These, Ärzte wie Dr. Wodarg oder Dr. Hockerts untermauern die Behauptung mit Zahlen. Die Schlüsse liegen für viele dann gleich auf der Hand: Das sei alles Panikmache, die Bevölkerung werde zu Unrecht kaserniert, einem „Kriegsrecht“ unterworfen, die Regierung betreibe in Wirklichkeit vielleicht sogar einen „Krieg gegen die Bürger“. Dr. Bonelli, ein umtriebiger Vertreter des religiösen Konservatismus, bringt „Freiheitskämpfer gegen Gesundheitsfanatiker“ in Aufstellung. Ein Dr. Schiffmann aus der „Schwindel-Ambulanz“ in Sinsheim schwört vor Publikum, dass „jede Grippewelle bisher tödlicher war“ und beschuldigt den bekannten Virologen Prof. Drosten der „gezielten Massenpanik“.

### Einmal durchatmen und die Fakten sichten

Höchste Zeit, dass wir die Frage einmal in der Tiefe betrachten: Ist das neue Coronavirus nun gefährlich oder nicht? Wie vergleicht es sich etwa mit der altbekannten Influenza?

Statt jetzt durch Youtube-Clips mit Meinungsbeiträgen zu klicken, könnte man dazu zum Beispiel einen eigenen Blick in die Welt werfen. Etwa dorthin, wo dieses Virus sich bisher am meisten ausgebreitet hat. Also zum Beispiel nach Wuhan, Norditalien, Spanien oder New York City. Und sich fragen: Warum, um alles in der Welt, machen die denn da so ein Theater – wenn sie es doch nur mit einem harmlosen Virus zu tun haben?!

Aber dann kommen auch schon die Antworten, hunderttausendfach in den sozialen Medien geteilt: die Luftverschmutzung sei schuld, die vielen Antibiotika, die die Menschen dort einwerfen, das von Impfungen geschwächte Immunsystem... Und überhaupt: das sei doch alles nur Folge der Panik, die nun verbreitet werde – kein Wunder, dass nun hyperventilierende Omas die Intensivstationen stürmen. Also: alles aufgebauscht, Folge einer falschen Politik.

Wenn ich manche der etwa 500 Kommentare unter meinen bisherigen Beiträgen zum Thema „Corona“ lese, wird mir schwindelig. Und auf Youtube gibt es davon Hunderttausende. (Das zum Trost für diejenigen, die mir jetzt täglich E-Mails schreiben, ich solle endlich die Panikmache unterlassen und mir dann als „Nachhilfe“ die Filmchen von Dr. Wodarg, Bhakti, Schiffmann und so weiter empfehlen. Danke, sehr lieb gemeint!)



*Ein Schiff wird kommen – dieses kommt mit 1000 Intensivbetten, um die Kliniken im mächtigsten Land der Erde zu entlasten. Alles nur Teil eines großen Missverständnisses?*

### Neue Veröffentlichung zu COVID-19

Da kommt eine wissenschaftliche Veröffentlichung zur rechten Zeit. In der berühmtesten medizinischen Zeitschrift der Welt.

Sie kommt deshalb zur rechten Zeit, weil dieser Beitrag sowohl von denen gelesen wird, die COVID-19 für gefährlich halten – als auch von denen, die das neue Coronavirus für ungefährlich halten! Letztere sind von dem Artikel sogar regelrecht elektrisiert. Prof. Bhakti bezieht sich darauf, Dr. Wodarg bezieht sich darauf, und Dr. Schiffmann aus der „Schwindelambulanz“ präsentiert die Veröffentlichung als klaren Beweis, dass COVID-19 harmlos sei: Seht her, selbst die medizinischen Top-Experten geben jetzt zu, dass das alles eine Lüge ist!



*Einer der Corona-Skeptiker bei der Beweisführung: Das New England Journal gibt Entwarnung!*

### Ein Blick in das wichtigste Fachmagazin der Medizin

Schauen wir uns das Beweisstück also einmal an. Es handelt sich um eine Veröffentlichung in einem der wichtigsten medizinischen Fachjournale der Welt, dem *New England Journal of Medicine*. Wer als Experte hier veröffentlichen darf, hat es geschafft. Und wird gehört. Von Prof. Drosten genauso wie von Dr. Schiffmann.

Gleich im ersten Drittel steht der angebliche Beweis, mit dem die „Nicht-gefährlicher-als-die Grippe“-Fraktion nun ihre Position untermauert:

*If one assumes that the number of asymptomatic or minimally symptomatic cases is several times as high as the number of reported cases, the case fatality rate may be considerably less than 1%. This suggests that the overall clinical consequences of Covid-19 may ultimately be more akin to those of a severe seasonal influenza (which has a case fatality rate of approximately 0.1%) or a pandemic influenza (similar to those in 1957 and 1968) rather than a disease similar to SARS or MERS, which have had case fatality rates of 9 to 10% and 36%, respectively.*

Der Autor dieser Arbeit beschreibt also, dass die Sterblichkeit an COVID-19 womöglich **„deutlich unter 1%“ liegt**, wenn man auch die unterschwelligen Verläufe der Erkrankung mit berücksichtige. Die Sterblichkeit des neuen Sars-CoV-2 liege damit **eher in einem Bereich irgendwo zwischen der „normalen“ saisonalen Grippe und einer schweren pandemischen Grippe wie sie etwa 1957 und 1968 aufgetreten ist.**

Also: die Sterblichkeit an COVID-19 sei zwar nicht ganz so niedrig wie bei der „normalen“ Grippe. Aber eben weit weg von dem schwindelerregenden Bereich, den wir von den anderen durch Coronaviren bedingten Krankheiten SARS und MERS kennen (an diesen in den Jahren 2002/2003 bzw. 2012 pandemisch aufgetretenen Coronaviruserkrankungen sind 9 bis 36% der Erkrankten gestorben).

Haben sich also diejenigen getäuscht, die COVID-19 als große Gefahr betrachten und Menschen wie Dich und mich deshalb in die Häuser sperren?

### Es wird noch spannender

Der zweite Blick auf die Veröffentlichung ist noch spannender: Der Artikel ist geschrieben von einem der bekanntesten Seuchenforscher der Welt, dem Leiter des amerikanischen Center for Disease Control (dem amerikanischen Robert-Koch-Institut sozusagen), Prof. Anthony Fauci. Vielen bekannt als der kleine, ernste Mann, der die Hand vors Gesicht hält, wenn sein Chef Donald Trump einmal wieder Unsinn erzählt.



*Die New York Times nennt den kleinen Mann rechts von Donald Trump „den entschiedensten Befürworter von Notmaßnahmen gegen das neue Virus“: Dr. Anthony Fauci, der Leiter des U.S.-amerikanischen Center for Disease Control. Hier beim Fremdschämen über seinen Chef Donald Trump, der gerade die COVID-19-Epidemie kleinredet.*

Dass sich die Corona-Skeptiker nun ausgerechnet auf diesen Mann beziehen, ist bemerkenswert. Es ist in etwa so, wie wenn Klimaskeptiker ihre Beweise aus einer Veröffentlichung von Greta Thunberg schöpfen würden. Herr Faucis Behörde lässt nämlich keine Gelegenheit aus, um der Bevölkerung genau die Botschaft nahe zu bringen, die die COVID-19-Skeptiker ablehnen: Nehmt dieses Virus ernst, seid in seiner Eindämmung konsequent und hartnäckig, weil sonst ein gesellschaftliches Desaster passieren wird.

Und dieser Top-Wissenschaftler schlägt sich jetzt auf die Seite der „Nicht-gefährlicher-als- die-Grippe-Fraktion“?

### Lesen bildet

Gehen wir die Veröffentlichung also einmal gemeinsam durch. Keine Sorge, der Inhalt lässt sich auch von Laien gut verstehen (man braucht trotzdem ein bisschen mehr Geduld als bei einem Youtube-Film).

Bei dem Beitrag handelt es sich um ein so genanntes Editorial. Also um einen Kommentar zu zwei „echten“ Forschungsarbeiten, die im selben Heft erscheinen (in ihnen beschreiben zwei Teams von chinesischen Wissenschaftlern die bisher bekannten Charakteristika des neuen Erregers aufgrund der Beobachtungen und Messungen in China). Prof. Fauci fasst in seinem Kommentar die Eigenschaften des neuen Erregers zusammen, die sich jetzt immer besser herauschälen. Dabei erwähnt er insbesondere zwei Kennwerte, die Experten brauchen, um den Verlauf und die medizinischen Folgen einer Epidemie zu berechnen:

- ▶ die fallbezogene **Sterblichkeit** (case fatality rate); sie besagt, welcher Anteil der jeweils mit COVID-19 diagnostizierten Menschen dann am Ende sterben, und
- ▶ das **Ansteckungspotenzial** des neuen Erregers, beschrieben als sog. Basisreproduktionsrate (auch Grundvermehrungsrate genannt). Diese Zahl gibt an, wie viele Menschen eine infizierte Person durchschnittlich ansteckt, wenn in der Bevölkerung noch keine Immunität besteht.

### Wie Missverständnisse entstehen

Tatsächlich gibt Dr. Fauci für SARS-CoV-2 eine fallbezogene Sterblichkeit an, die niedriger liegt als von vielen Experten anfänglich vermutet (darauf hatten schon die Daten aus den chinesischen Provinzen außerhalb Hubeis hingedeutet).

Wer nun allerdings meint, deshalb sei die Angst vor dem neuen Virus unbegründet, hat leider dennoch Unrecht. Und Unrecht hat leider auch, wer mit dieser Zahl belegen will, dass COVID-19 nicht schlimmer sei als die Grippe.

Ich will das erklären so gut ich kann. Emotionsfrei, versprochen.

Tatsächlich ist es eine gute Nachricht, dass die Sterblichkeit an COVID-19 *alles in allem genommen* eher moderat ist. (Warum das „alles in allem genommen“ eine wichtige Zusatzinformation ist, werden wir gleich noch sehen). Die **gesundheitlichen Auswirkungen auf den einzelnen Betroffenen** (Dr. Fauci spricht von „clinical consequences“) sind bei einer COVID-19-Erkrankung weitaus weniger gravierend als bei den anderen pandemischen Coronaviren.

Nur: Welche **gesundheitlichen Auswirkungen auf eine Population** eine Infektionswelle hat, hängt auch von anderen Einflüssen ab, die fallbezogene Sterblichkeit ist dabei nur *ein* Faktor, ein Stück des Puzzles. Ja, die Auswirkungen auf die Bevölkerung hängen *auch* davon ab, wie viele Infizierte durchschnittlich sterben, wenn sie sich die Erkrankung zuziehen (also der fallbezogenen Sterblichkeit), das ist richtig. Darüber hinaus aber hängen die populationsbezogenen gesundheitlichen Auswirkungen einer Epidemie von mehreren weiteren Faktoren ab. Dazu gehören:

- ▶ *wie viele* Menschen sich im Laufe der Infektionswelle *insgesamt anstecken können*

- ▶ *wie rasch* sich Menschen mit dem jeweiligen Virus anstecken können (dieser Wert ist deshalb wichtig, weil er mit darüber entscheidet, *wie viele Menschen gleichzeitig krank werden*)
- ▶ *wie schwer* Menschen durch eine Ansteckung erkranken (dieser Wert entscheidet ebenfalls mit darüber, welcher „Krankheitsdruck“ entsteht, also wie stark ein Virus das medizinische Versorgungssystem belasten wird)
- ▶ *wie gut* die medizinische Versorgung der erkrankten Menschen ist, damit sie eine Erkrankung möglichst gut überstehen.

Und bei diesen Fragen – sie sind Standard-Lehrbüchern der Infektionsepidemiologie zu entnehmen – sind wir dann bei den anderen Zahlen und Daten, die Prof. Fauci nennt.

Leider sieht es bei diesen anderen, für den Verlauf der Epidemie ebenfalls wichtigen Einflüssen, nicht so gut aus wie bei der fallbezogenen Sterblichkeit. Hier bereitet das neue Virus einige Sorgen, wenn man es mit den Grippeviren vergleicht.

### Die Ausbreitungstendenz des neuen Virus

So zeigt sich, dass das SARS-CoV-2-Virus sich viel schneller verbreitet als die regulären Influenza-Viren. Nach Prof. Faucis Angaben nämlich liegt die Basisreproduktionsrate bei dem neuen Erreger *deutlich höher* als bei der normalen saisonalen Grippe. Während sich bei der Grippe an einem Infizierten durchschnittlich nur 1,28 weitere Menschen anstecken, sind das bei einer SARS-CoV-2-Infektion nämlich 2,2 Menschen. (Das liegt unter anderem daran, dass gegenüber SARS-CoV-2 in der Bevölkerung im Gegensatz zur Influenza noch kein Immunschutz besteht).

Konkret heisst das: SARS-CoV-2 grassiert **mit einem viel schnelleren Schneeballeffekt**. Und der sorgt dafür, dass deutlich mehr Menschen *gleichzeitig* krank werden. Während also eine Grippewelle von November bis April Menschen mit schweren Verläufen in die Kliniken treibt, ist dieser Zeitrahmen bei SARS-CoV-2 auf einen viel kürzeren Zeitraum „zusammengestaucht“. Läuft der Erreger frei durch die Bevölkerung, so kann er **in wenigen Wochen mehr Menschen in die Kliniken bringen als eine Influenza in einem ganzen Jahr** (die entstehende „Krankheitswelle“ ist also hoch und schmal). Tatsächlich ist die Basisreproduktionsrate von SARS-CoV-2 mit 2,2 in etwa so hoch wie bei der spanischen Grippe der Jahre 1918/19. Die spanische Grippe aber war eine traumatische Erfahrung für viele Gesellschaften dieser Erde, sie hat in 2 Wellen bis zu 50 Millionen Tote gefordert.

### Das Ansteckungsreservoir

Auch beim zweiten Punkt (also: wie viele Menschen sich anstecken können) sieht es für COVID-19 nicht so gut aus. An der Influenza erkranken jedes Jahr je nach Land etwa 9% – 18% der Bevölkerung – bei COVID-19 dagegen muss damit gerechnet werden, dass ein *deutlich größerer Teil erkranken kann*, nämlich in etwa das drei- bis fünffache. Auch diese Tatsache treibt die Zahl derer, die an einem gegebenen Tag, einer gegebenen Woche, in einem gegebenen Monat ärztliche Hilfe brauchen, nach oben.

### Die Schwere der Erkrankung bzw. Häufigkeit von Komplikationen

Nehmen wir dann den vorletzten Punkt: *Wie schwer* Menschen nach einer Ansteckung erkranken. Dieser Punkt ist vielleicht die größte Gemeinheit: Die Rate an schweren Verläufen bzw. die Komplikationsrate ist bei COVID-19 *deutlich höher als bei einer Grippe!* Das liegt zum einen am Erreger selbst, der die fatale Neigung hat, sehr leicht Lungenentzündungen auszulösen (Epidemiologen sprechen von einer hohen *Virulenz*). Es liegt aber auch daran, dass bei der saisonalen Grippe viele, auf die das Virus trifft, ja schon ein teilweise abwehrbereites Immunsystem haben, das sie vor schweren Verläufen schützt (die Abwehr wird ja alle paar Jahre auf natürliche Weise „aufgefrischt“; bei einem Drittel wird dabei auch per Impfung nachgeholfen).

Leider ist das „deutlich höher“, mit dem ich die Rate an schweren Verläufen beschreibe, sehr zurückhalten formuliert. Schwere Verläufe kommen bei COVID-19 mindestens 5 mal häufiger vor als bei der saisonalen Influenza. Das lässt sich leicht an den bisher gesammelten Daten zeigen: Bei einer typischen saisonalen Influenza müssen je nach Jahr von den Erkrankten etwa 1 – 2% im Krankenhaus behandelt werden. Bei COVID-19 sind das 5 bis 10 mal mehr, je nach bisher untersuchter Population. Das heisst, wenn ein durchschnittlicher 60-Jähriger (wie ich) sich mit SARS-CoV-2 ansteckt, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich daran schwer erkranke und in einem Krankenhaus lande, um ein Vielfaches höher als bei einer normalen saisonalen Grippe. Das ist ebenfalls ein entscheidender Grund, warum wir jetzt händeringend nach Beatmungsmaschinen suchen und die Intensivstationen dieser Republik rasch aufzurüsten versuchen.

Und noch eine Tatsache will ich ansprechen, die zum Vergleich zwischen COVID-19 und Influenza gehört. Es wird oft behauptet, dass an COVID-19 ja doch fast nur die Altern und Kranken sterben. Manche stellen sich das vor, dass halt der Baum einmal richtig geschüttelt wird und ein paar alte Blätter herunterfallen. Nicht könnte falscher sein, denn: betrachtet man die Faktoren, die einen schwereren Verlauf bei COVID-19 wahrscheinlicher machen (Alter, Krankheit, Immunstatus), so treffen diese Faktoren auf etwa **ein Drittel der deutschen Bevölkerung zu**. Das wären viele Blätter. Zudem muss mit Blick auf die Daten das gesagt werden: Dass „nur die Alten und Kranken“ betroffen sind, stimmt weder für COVID-19 noch für die Influenza. Nur: es gilt für COVID-19 *noch viel weniger* als für die Influenza. Nach den aktuellen Zahlen des US-amerikanischen CDC gehören von den im Krankenhaus wegen COVID-19 versorgten Bürgern 36% in die Altersgruppe von 65–84 Jahren, 17% in die Altersgruppe von 55–64 Jahren, 18% in die Altersgruppe von 45–54 years, und 20% waren zwischen 20 und 44 Jahre alt. Von wegen „nur die Alten“...

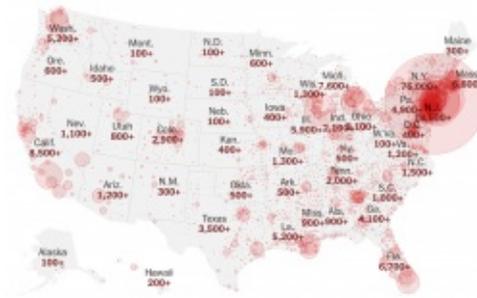
Das bedeutet, dass wegen des raschen Schneeballeffekts und des gleichzeitig sehr hohen medizinischen Behandlungsbedarfs eine COVID-19-Epidemie *viel rascher* die Tragfähigkeit des Gesundheitswesens übersteigt als eine Influenza-Epidemie.

Und genau ist das schier schizophrene Gesicht dieser Epidemie: Trotz der theoretisch eher „gutartigen“ Sterblichkeit können also bei einer COVID-19-Epidemie pro Tag/Woche/Monat rasch mehr Patienten anfallen als selbst ein gutes Medizinsystem behandeln kann.

## Zahlenvergleiche müssen vorsichtig interpretiert werden

Und das ist auch der Grund, warum die oft zu hörenden Zahlenvergleiche ins Niemandsland führen: Ja, in einer Grippezeit sterben in Deutschland je nach Ausprägung pro Jahr zwischen 500 und 20 000 Menschen. Die Gesamtsterblichkeit pro Jahr erhöht sich dadurch um 0,05 bis 2% – also mal eher eine geringe Übersterblichkeit, mal eine deutlichere. Aber immer gilt: Diese Patienten sterben über viele Monate verteilt. Natürlich, auch da wird das Gesundheitssystem stark belastet. Nur: die *in einer bestimmten Woche* gemessene Sterblichkeit steigt dadurch vielleicht einmal um 30 Prozent, vielleicht auch einmal um 50% an. Bei einer schlecht gebremsten COVID-19-Welle – das zeigen die Daten aus Italien – aber kann die *zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessene Sterblichkeit* dagegen rasch um 700 %, also das 7 fache ansteigen (auch das Argument, diese Übersterblichkeit sei vielleicht gar nicht durch COVID-19 bedingt, sondern nur durch COVID-19 ausgelöst, hinkt, denn es trifft auch auf die Grippe zu). Bei einer *ungebremsten* COVID-19-Welle kann sie noch viel stärker ansteigen (wer mag und eine Affinität zu statistischen Modellen hat, kann solche Einflüsse hier simulieren – ich erkläre diesen Pandemie-Simulator hier).

Und das ist auch der Grund, warum uns populationsbezogene Zahlenspiele bei der Frage der Gefährlichkeit nicht viel weiter helfen: Ja, nach Angaben der WHO versterben jährlich bis zu 650.000 Menschen weltweit an der Grippe. Und ja, bisher sind an COVID-19 nur vielleicht 50 000 gestorben (Stand 1.4.2020, in einer Woche werden es dann doppelt so viele sein, usw.). Aber wir sind *am Anfang einer Pandemie*, die bisher nur in kleinen, regional begrenzten Taschen der Welt wirklich stark wütet. Ihr Scheitel wird für die meisten Gegenden der Welt erst für Mai oder Juni erwartet. In vielen Gegenden ist sie entweder noch nicht wirklich angekommen, oder aber sie wurde durch kluges, verantwortliches Handeln der politischen Führung gebremst. Wer ein bisschen rechnen kann, kann ausrechnen, was ein ungebremster weltweiter Durchzug dieser Epidemie bedeuten würde (oder einen Pandemie-Simulator benutzen).



*Die beiden Karten zeigen das: Bisher ist diese Pandemie noch kein Flächenbrand. Wir stehen am Anfang der Pandemie, die eingezeichneten Punkte werden sich ausbreiten. Wer auf derzeitige auf große Räume bezogene Daten verweist (wie etwa auf Euro-MOMO) um auf die Ungefährlichkeit dieser Epidemie zu verweisen, sollte in 4 bis 8 Wochen noch einmal einen Blick darauf werfen. Die Epidemie wird sich abbilden. Wenn wir Glück haben und klug handeln, wird sie sich weniger stark abbilden als wenn uns beides nicht gelingt.*

Auch der Bezug auf die Basismortalität führt ins Niemandsland. Ja, in Italien sterben pro Jahr 600 000 Menschen, pro Tag also 1600 Menschen. Und jetzt sind es stattdessen etwa 2600 pro Tag. Schlimm? Ja. Solche Zahlen sind kein Grund zur Sorglosigkeit, sie sollten vielmehr der Warnung dienen. Denn diese Zahl zeigt ja nur, wie gefährlich dieses Virus sein kann. Die 1000 zusätzlichen Toten in Italien nämlich kommen zu über 60% aus der Lombarde, in der nur 10% der italienischen Bevölkerung wohnt. Wären alle Gegenden Italiens ähnlich betroffen, so wären heute nicht 2500 Menschen gestorben sondern vielleicht 6000 – also 4400 mehr als normal. DAS überlastet jedes Gesundheitssystem.



*Eine Nachricht, die bei einer normalen Grippewelle noch nie zu lesen war. Alles nur Theater mit OP-Kleidung als Requisiten? Ach Leute.*

### Teufelskreise

Aber das ist noch nicht genug. Durch die beschriebenen Charakteristika des SARS-CoV-2 können nämlich **Teufelskreise** entstehen, die ihrerseits *für einen ungünstigeren Verlauf* der Epidemie sorgen.

Und damit sind wir ausgerechnet wieder bei der fallbezogenen Sterblichkeit, die ja so erschreckend gar nicht ist. Von Anfang an waren die Daten in Bezug auf die berichtete Sterblichkeit eindeutig: Am einen Fleck der Erde (z.B. Wuhan/China) sind bis zu 20% der symptomatisch Erkrankten gestorben. In den anderen chinesischen Provinzen waren es dann aber wenige Wochen später nur 0,7% Ähnliches in Italien, wo die Sterblichkeit in den stark betroffenen Gegenden deutlich höher war (und ist) als in den wenig betroffenen Gegenden. Ja, man kann geradezu einen linearen Zusammenhang erkennen: Je stärker von dieser Epidemie betroffen eine Gegend/Provinz/Land ist – **desto höher steigt bei COVID-19 die fallbezogene Sterblichkeit an!** Deshalb der Hinweis auf das „alles in allem genommen“ am Anfang dieses Beitrags: Auch wenn im Lehrbuch einmal stehen wird, COVID-19 hat eine fallbezogene Sterblichkeit von 0,X Prozent, so hat sie vor Ort in der Kalenderwoche XY im Land XY vielleicht eine **ganz andere**, teilweise erschreckend hohe Sterblichkeit.

Die entstehenden Teufelskreise sind nicht zu unterschätzen: Je nach Güte des Gesundheitswesens und seiner aktuellen Leistungsfähigkeit kann die de-facto-Sterblichkeit bei COVID-19 die theoretische Sterblichkeit um den Faktor 30 bis 50 übersteigen.

Dieser starke Anstieg erklärt sich teilweise – leider – übrigens auch durch einen extrem unerwünschten Verstärkungseffekt: Bricht ein Gesundheitswesen unter der Last der zu Versorgenden zusammen, so sind von dem „Aufstau nach draußen“ nicht nur die an COVID-19 Erkrankten betroffen – sondern auch die anderen Kranken, die auf gute medizinische Hilfe angewiesen sind: Herzpatienten, Kinder mit Krampfanfällen, Neugeborene mit einer (an sich gut behandelbaren) Neugeboreneninfektion, Menschen mit allergischen Reaktionen, die vielleicht nur eine Adrenalininjektion gebraucht hätten, und so weiter.

Auch das ist der Grund, weshalb derzeit händeringend nach einer Strategie gesucht wird, die Epidemie so zu steuern, dass unser Gesundheitssystem nicht unter der Last zusammenbricht.



*Es gibt einen Grund, weshalb man solche Schlagzeilen bei einer normalen Grippewelle nicht lesen muss: trotz einer in etwa ähnlichen fallbezogenen Sterblichkeit spielt COVID-19 in ihren Folgen in einer ganz anderen Liga als die Influenza.*

### Fassen wir zusammen

Fassen wir zusammen: Das Problem von COVID-19 ist, dass wegen des raschen Schneeballeffekts, der recht hohen Komplikationsrate und des dadurch bedingten hohen medizinischen Behandlungsbedarfs die Epidemie *viel rascher die Tragfähigkeit des Gesundheitswesens übersteigt als selbst eine ausgewachsene Grippewelle.*

Und genau das ist der Grund, warum wir bei der saisonalen Grippe trotz ihrer ähnlichen theoretischen Sterblichkeit eben KEINE zusätzlichen Beatmungsgeräte ordern müssen und auch KEINE schwimmenden Militär-Hospitäler im Hafen von New York City sehen –

und auch nicht einen „Lockdown“ der Gesellschaft ertragen müssen.

Deshalb ist auch die Frage müßig, wie viel Tote es durch COVID-19 geben wird. Das oben Gesagte zeigt eines: das hängt NICHT (oder nur zu einem kleinen Teil) von der theoretischen Sterblichkeitsrate ab – sondern vor allem davon, wie gut es uns gelingt, diese Epidemie zu steuern, so dass zum Beispiel Menschen nicht um Behandlungs- oder gar Beatmungsplätze konkurrieren, wie es derzeit in New York der Fall ist (und rund um die Erde sicher an vielen Orten passieren wird).

Ich hoffe wirklich, diese Überlegungen kommen auch in den Schwindel-Ambulanzen dieser Republik an.

## Der Tod

Damit sie das tun, will ich zum Schluss von etwas weiterem reden, welches das Influenza-Virus von SARS-CoV-2 unterscheidet. Es ist die Art des Todes. Ich rede nicht gern davon, aber ich finde es trotzdem wichtig. Es ist auch wichtig um zu verstehen, warum die medizinischen Fachkräfte, die in überlasteten Krankenhäusern gegen diese Epidemie kämpfen so häufig traumatisiert sind und ihren Einsatz ihr Leben lang in sich tragen werden. Es ist auch deshalb wichtig, weil der ganze Unsinn, der in dieser Debatte frei schwebend nachgeplappert wird, erst abebben wird, wenn es Menschen gelingt, den Tatsachen ins Auge zu blicken wie sie sind. Es lässt sich gut reden, wenn man das Visier nicht aufmacht.

Das Virus SARS-CoV-2 hat ein paar nette Eigenschaften (etwa, dass es sich für Kinder nicht wirklich interessiert, und auch dass Schwangere, nach allem was wir wissen, eher wenig zu befürchten haben – wir können das nicht genug feiern.)

Aber dieses neue Virus hat auch eine ganz tückische Eigenschaft – es befällt sehr leicht die Lunge. Tatsächlich lassen sich schon bei weniger schweren Verläufen regelmäßig Verschattungen in der Lunge nachweisen. Nun kann das Immunsystem damit in der Regel umgehen und das Fortschreiten zu einer schweren, diffusen Lungenentzündung verhindern. Manchmal aber eben nicht. Genauer gesagt: *Viel häufiger* als bei der Influenza nicht! Das ist der Grund, warum viele von COVID-19 betroffene Menschen mindestens zeitweilig eine Beatmung brauchen um wieder gesund zu werden – bei der Influenza ist das nur in Ausnahmefälle der Fall. Tatsache ist: Von den wegen COVID-19 in ein Krankenhaus Aufgenommenen brauchen je nach Land und Gesundheitssystem etwa 30 bis 75% intensivmedizinische Hilfe. Die Hälfte von ihnen braucht eine Beatmung.

Und wirklich Leute: Gut, wenn es die dann auch gibt (und die Beatmungsmaschine vielleicht nicht gerade belegt ist, weil unser Gesundheitsminister dem Rat eines Dr. Wodarg oder Dr. Schiffmann gefolgt ist, diese Epidemie einfach mal laufen zu lassen – das ist mein letzter sarkastischer Kommentar, versprochen). Denn was jetzt kommt ist ernst: Der Tod an einer diffusen Lungenentzündung ist ein andere als einer durch Herzinfarkt oder Kreislauf-Stillstand oder einfach am Alter. Es ist kein sanfter Tod. Alle Ärzte (mich eingeschlossen), die einmal am Bett eines Patienten saßen, der an einer nicht ausreichenden Atmung sterben musste, also an Sauerstoffmangel und Übersäuerung des Blutes, weiß was das bedeutet. Und vor allem: wie viel Hilfe ein solcher Patient braucht, um diesen Weg zu gehen. Gut, wenn diese Hilfe gegeben werden kann.

Wir müssen alles tun, damit diese Hilfe dann auch verfügbar ist. Sprich: Wir müssen auch deshalb die Epidemie ausstrecken so gut es geht, **bitte lasst Euch nicht verführen**.

## Zum Schluss

Ich habe lange darüber nachgedacht, warum die Frage: ist COVID-19 gefährlicher als eine reguläre Influenza? Anlass zu so vielen Missverständnisse, falschen Interpretationen und Emotionen gibt. Vielleicht ist das Thema einfach viel zu komplex, um es rasch zu verstehen? Das könnte sein. Vielleicht liegt der Grund auch darin, dass hier zwei unvereinbare Perspektiven zusammentreffen, wie bei manchen anderen medizinischen Fragen auch. Der Impfdebatte etwa: einerseits ist da die *individuelle Perspektive* (was bringt das für MICH oder für mein Kind?) und andererseits die *bevölkerungsbezogene Perspektive* (was bringt das für die Gesellschaft insgesamt?). Aus der individuellen Perspektive machen manche Impfungen keinen Sinn – man ist ja zum Beispiel geschützt, weil die anderen geimpft sind. Aus der populationsbezogenen Perspektive aber sieht das anders aus. Vielleicht stecken wir auch in dieser Debatte in einer solchen Wahrnehmungsfalle?

Aber egal ob das nun die richtige Erklärung ist. Dies soll mein letzter Beitrag zu dem Thema sein: warum wir COVID-19 ernst nehmen müssen. Meine letzten Beiträge dazu haben einige Diskussionen ausgelöst mit vielen hundert Kommentaren, an denen ich eines sehe: Es sind vielleicht gar nicht die Informationen, die zählen. Wer auch dieses Epidemie der Bösartigkeit von „deren dort oben“ zuschreibt, wird Fakten nicht anerkennen. Wer meint, nun seine sonstige Agenda an diese Diskussion anhängen zu müssen, wird das tun. Wer als Mittel gegen die Angst in die Verleugnung ausweichen muss, wird unter dieser Nummer ebenfalls nicht erreichbar sein. Wer nun den Märtyrer gibt, wie Dr. Schiffmann (apropos: die Rolle passt nicht gut zu Ihnen), wird sein Seil immer höher spannen müssen um sich zu rechtfertigen. Sie tun mir leid.

Mir sind für die Zukunft andere Themen wichtig:

- ▶ Wie schaffen wir es, mit diesen Belastungen möglichst gut umzugehen?
- ▶ Wie können wir unsere Menschlichkeit aufrechterhalten – und trotzdem diese Epidemie steuern so gut es geht?
- ▶ Wo ist die Grenze des Zumutbaren? Ist sie nicht schon manchmal überschritten (ich frage mich das auch)?

Viele Fragen. Sie gehen nicht weg, wenn wir uns einreden, Corona sei einfach nur eine Grippe.

Ich bedanke mich für das Lesen dieses langen Textes.

## Herbert Renz-Polster

Diesen Beitrag gerne auch mit denen teilen die in dieser Debatte eine andere Position einnehmen.

*Der Autor: Dr. med. Herbert Renz-Polster, geb. 1960, beschäftigt sich als Kinderarzt und Wissenschaftler seit langem mit der kindlichen Entwicklung und Gesundheit. Forschungstätigkeit im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zunächst in den USA, dann am Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg. Herausgeber und Autor diverser studentischer und ärztlicher Lehr- und Fachbücher. Einem breiten Publikum bekannt durch mehrere Sachbücher, u.a. das Standardwerk „Gesundheit für Kinder“ und „Kinder verstehen - born to be wild!“. Er hat 4 Kinder und lebt mit seiner Frau in der Nähe von Ravensburg.*