

Gemeinsame Pressemitteilung der externen Experten des Corona-Papiers aus dem Bundesministerium des Innern

11.05.2020

Mit Verwunderung nehmen wir, die an der Erstellung des besagten Corona-Papiers beratend beteiligten Ärzte und Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen, die Pressemitteilung des Bundesministeriums des Innern (BMI) vom 10. Mai:

„Mitarbeiter des BMI verbreitet Privatmeinung zum Corona-Krisenmanagement Ausarbeitung erfolgte außerhalb der Zuständigkeit sowie ohne Auftrag und Autorisierung“

zur Kenntnis. Das Ministerium schreibt in dieser Pressemitteilung: *„Die Ausarbeitung erfolgte nach bisheriger Kenntnis auch unter Beteiligung Dritter, außerhalb des BMI.“* Wir gehen davon aus, dass mit Dritter wir, die Unterzeichnenden, gemeint sind.

Dazu nehmen wir wie folgt Stellung.

Wir setzen voraus, dass das BMI ein großes Interesse daran hat, dass seine Spezialisten, denen die überaus wichtige Aufgabe anvertraut ist, krisenhafte Entwicklungen zu erkennen und durch rechtzeitiges Warnen Schaden von Deutschland abzuwenden, sowohl mit konkretem Auftrag handeln als auch in Eigeninitiative tätig werden. Der entsprechende Mitarbeiter des BMI hat sich bei der Erstellung der Risikoanalyse zur Einschätzung der medizinischen Kollateralschäden durch die „Corona-Maßnahmen“ im Wege einer fachlichen Anfrage an uns gewandt.

Getragen von der Verantwortung, unterstützten wir den engagierten BMI Mitarbeiter bei der Prüfung dieser essentiellen Frage nach bestem Wissen und Gewissen, neben unserer eigentlichen beruflichen Tätigkeit. Renommierete Kollegen und Kolleginnen, allesamt hervorragende Vertreter ihres Fachs, nahmen zu konkreten Fragen auf der Basis der angefragten Expertise sachlich Stellung. Daraus resultierte eine erste umfangreiche Einschätzung der bereits eingetretenen sowie der drohenden medizinischen Schäden, einschließlich zu erwartender Todesfälle.

Der BMI Mitarbeiter hat anhand unserer Arbeit eine Einschätzung vorgenommen und das Ergebnis an die zuständigen Stellen weitergeleitet. Sie finden das betreffende Dokument im Anhang dieser Pressemitteilung. Dass dies aufgrund der Kürze der Zeit nur der Anfang einer noch umfangreicheren Prüfung sein kann, steht außer Frage. Aber unsere Analyse bietet unseres Erachtens eine gute Ausgangslage für das BMI und die Innenministerien der Länder, den möglichen Nutzen der Schutzmaßnahmen gegenüber dem dadurch verursachten Schaden gut abzuwägen. Unserer Auffassung nach müssten die adressierten Fachbeamten aufgrund dieses Papiers eine sofortige Neubewertung der Schutzmaßnahmen einleiten, für die wir ebenfalls unseren Rat anbieten.

In der Pressemitteilung gibt das BMI deutlich zu erkennen, dass es diese Analyse jedoch nicht berücksichtigen wird. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass das zuständige Bundesministerium eine derart wichtige Einschätzung auf dem Boden umfassender fachlicher Expertise ignorieren möchte. Aufgrund des Ernstes der Lage muss es darum gehen, sich mit den vorliegenden Sachargumenten auseinanderzusetzen – unabhängig von der Entstehungsgeschichte.

Deshalb fragen wir:

- Wieso hat das BMI das Ansinnen des Mitarbeiters nicht unterstützt und wieso bezieht das BMI die nun vorliegende umfangreiche Analyse auf dem Boden fachlich hochwertiger externer Expertise nicht bei seiner Einschätzung bezgl. des Verhältnisses von Nutzen und Schaden der Corona-Schutzmaßnahmen ein?

Das BMI schreibt weiter in seiner Pressemitteilung:

„Die Bundesregierung hat in Folge der Corona-Infektionsgefahren zum Schutz der Bevölkerung Maßnahmen ergriffen. Diese werden innerhalb der Bundesregierung fortlaufend abgewogen und regelmäßig mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder abgestimmt.“

Wir bitten das BMI:

- uns zeitnah mitzuteilen, wie genau diese Abwägung stattfindet. Wir bitten dies anhand von Daten, Fakten und Quellen nachzuweisen. Gerne würden wir dies mit unserer Analyse vergleichen. Angesichts der aktuell teilweise katastrophalen Patientenversorgung wären wir beruhigt, wenn diese Analyse zu einer anderen Einschätzung führt als der unsrigen, was uns derzeit jedoch schwer vorstellbar erscheint.

Des Weiteren schreibt das BMI:

„Das Infektionsgeschehen in Deutschland ist im internationalen Vergleich bislang eher niedrig. Die ergriffenen Maßnahmen wirken.“

In Übereinstimmung mit der internationalen Fachliteratur teilen wir diese Feststellung bzgl. der Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen nur bedingt. Wir bitten das BMI deshalb im Sinne der Transparenz:

- die Quellen offenzulegen, nach denen es zu dieser Feststellung kommt.

Fazit:

Insgesamt haben wir auf Anfrage eines couragierten Mitarbeiters des BMI die vielfältigen und schweren unerwünschten Wirkungen der Corona-Schutzmaßnahmen im medizinischen Bereich aufgezeigt und diese sind gravierend. Für uns ergibt sich aus dem gesamten Vorgang der Eindruck, dass nach einer sicher schwierigen Anfangsphase der Epidemie nun die Risiken nicht im notwendigen Maß und insbesondere nicht in einer umfassenden Risikobetrachtung bedacht worden sind. Bezüglich der Berichterstattung zu diesem Vorgang bitten wir darum, die inhaltliche Wertigkeit unserer Analyse in das Zentrum zu stellen, und über uns, in Amt und Person, der ernststen Situation angemessen zu berichten. Die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Erkrankung Covid-19 verläuft für viele Menschen der bekannten Risikogruppen schwerwiegend. Wie für jede schwere Infektionserkrankung gilt es, für die Patienten die beste Behandlung zu finden und Infektionswege zu unterbinden. Aber therapeutische und präventive Maßnahmen dürfen niemals schädlicher sein als die Erkrankung selbst. Ziel muss es sein, die Risikogruppen zu schützen, ohne die medizinische Versorgung und die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu gefährden, so wie es gerade leider geschieht. Wir in Wissenschaft und Praxis sowie sehr viele Kolleginnen und Kollegen erleben täglich die Folgeschäden der Corona-Schutzmaßnahmen an unseren Patienten. **Wir fordern deshalb das Bundesministerium des Innern auf, zu unserer Pressemitteilung Stellung zu nehmen und hoffen auf eine sachdienliche Diskussion, die hinsichtlich der Maßnahmen zur bestmöglichen Lösung für die gesamte Bevölkerung führt.**

Gezeichnet:

Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Universitätsprofessor für Medizinische Mikrobiologie (im Ruhestand)
Universität Mainz

Dr. med. Gunter Frank, Arzt für Allgemeinmedizin, Mitglied der ständigen Leitlinienkommission der
Deutschen Gesellschaft für Familienmedizin und Allgemeinmedizin (DEGAM), Heidelberg

Prof. Dr. phil. Dr. rer. pol. Dipl.-Soz. Dr. Gunnar Heinsohn, Emeritus der Sozialwissenschaften der
Universität Bremen

Prof. Dr. Stefan W. Hockertz, tpi consult GmbH, ehem. Direktor des Instituts für Experimentelle
Pharmakologie und Toxikologie am Universitätskrankenhaus Eppendorf

Prof. Dr. Karina Reiß, Department of Dermatology and Allergology University Hospital Schleswig-
Holstein

Prof. Dr. Peter Schirmacher, Professor der Pathologie, Heidelberg, Mitglied der Nationalen Akademie
der Wissenschaften Leopoldina

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Stellv. Curriculumsdirektor der Medizinischen Universität Wien
Abteilung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Vorsitzender des Deutschen Netzwerks
Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)

Dr. med. Til Uebel, Niedergelassener Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin,
Diabetologie, Notfallmedizin, Lehrarzt des Institutes für Allgemeinmedizin der Universität Würzburg,
akademische Lehrpraxis der Universität Heidelberg

Prof. Dr. Dr. phil. Harald Walach, Prof. Med. Universität Poznan, Abt. Pädiatrische
Gastroenterologie, Gastprof. Universität Witten-Herdecke, Abt. Psychologie

Anhang:

KM 4 – 51000/29#2

Überblick über die gesundheitlichen Auswirkungen (Schäden) der staatlicherseits verfügbaren Maßnahmen und Beschränkungen in der Coronakrise 2020

(Stand: 7. Mai 2020 fin)

Methodische Vorbemerkungen

Aufgeführt sind Risiken, die heute von 10 hochrangigen Experten/Wissenschaftler der jeweiligen Fachrichtungen für grundsätzlich plausibel gehalten worden sind. Die Auswahl der Experten erfolgte zufällig, das Ergebnis kann daher nicht repräsentativ sein.

Wichtig für die künftige systematische Erfassung von gesundheitlichen Kollateralschäden in der Pandemie ist, mindestens Spezialisten der hier einbezogenen wissenschaftlichen Disziplinen zu konsultieren. Anders ist eine realistische Gesamt-Bestandsaufnahme nicht möglich.

1. Todesfälle

- a. Aufgrund Einschränkungen der Klinikverfügbarkeiten (und Behandlungsmöglichkeiten) verschobene oder **abgesagte Operationen**:
Über alles betrachtet hatten wir im Jahr 2018 insgesamt ca. 17 Mio vollstationärer Patienten mit OPs. Das sind im Schnitt 1,4 Mio Patienten pro Monat. Im März und April wurden 90% aller notwendiger OPs verschoben bzw. nicht durchgeführt. Das heißt 2,5 Mio Menschen wurden in Folge der Regierungsmaßnahmen nicht versorgt. Also 2,5 Mio Patienten wurden in März und April 2020 nicht operiert, obwohl dies nötig gewesen wäre. Die voraussichtliche Sterberate lässt sich nicht seriös einzuschätzen; Vermutungen von Experten gehen von Zahlen zwischen unter 5.000 und bis zu 125.000 Patienten aus, die aufgrund der verschobenen OPs versterben werden/schon verstarben.
- b. Aufgrund Einschränkungen der Klinikverfügbarkeiten (und Behandlungsmöglichkeiten) verschobene oder **abgesagte Folgebehandlungen** von (z.B. an Krebs, Schlaganfall oder Herzinfarkt) Erkrankten:
Die negativen Wirkungen von unterbrochenen Versorgungsstrukturen bei Tumorpatienten, seien es Krebsnachsorge oder auch unterbrochene Krebsvorsorgeprogramme, wie beim Brustkrebs, liegen auf der Hand, denn

diese Maßnahmen haben ja ihren Nutzen in langen Studien belegt und sind auf dieser Basis eingerichtet worden.

Es ist auch hier von jährlichen Behandlungszahlen in Millionenhöhe auszugehen. In einem Teil der Fälle werden die Verfügbarkeitseinschränkungen der Kliniken ebenfalls zum vorzeitigen Versterben von Patienten führen. Eine Prognose dieses Effekts ist schwierig. Experten, die sich dazu äußerten, gingen von bis zu mehreren tausend zusätzlichen Toten aus, die bereits in März und April 2020 verstarben oder noch versterben werden.

- c. Bei der Versorgung von **Pflegebedürftigen** (in DEU insgesamt 3,5 Mio. Menschen) sinkt aufgrund von staatlich verfügbaren Beschränkungen das Versorgungsniveau und die Versorgungsqualität (in Pflegeeinrichtungen, bei ambulanten Pflegediensten sowie bei privat / innerfamiliär durchgeführter Pflege). Da erwiesenermaßen das gute Pflegeniveau in DEU viele Menschen vor dem vorzeitigen Versterben bewahrt (das ist der Grund dafür, dass dafür so viel Geld aufgewendet wird), wird die im März und April 2020 erzwungene Niveauabsenkung vorzeitige Todesfälle ausgelöst haben. Bei 3,5 Mio. Pflegebedürftigen würde eine zusätzliche Todesrate von einem Zehntel Prozent zusätzliche 3.500 Tote ausmachen. Ob es mehr oder weniger sind, ist mangels genauerer Schätzungen nicht bekannt.
- d. Zunahmen von Suiziden (bisher durchschn. 9.000 pro Jahr); Gründe für die Zunahme von Suiziden: langeandauernde erhebliche Beeinträchtigung aller Lebensbedingungen, die für psychisch instabile Persönlichkeiten kritisch werden können; aber auch mit zahlreichen Suiziden als Reaktion auf die wirtschaftliche Vernichtung von Existenzen ist zu rechnen; diverse Berufsgruppen, die sich ihrer Belastung durch die gesellschaftlichen und persönlichen Veränderungen und ihrer persönlichen (Mit)Verantwortung nicht gewachsen fühlen.
- e. Zusätzliche Todesfälle durch **Herzinfarkt** und **Schlaganfall**
Über die letzten Jahre und Jahrzehnte wurden integrierte Konzepte entwickelt, die erfolgreich die Morbidität und Mortalität beeinflusst haben und darauf beruhen, dass möglichst frühzeitig (im Krankheitsverlauf), möglichst rasch (Zeit bis zur Versorgung) und möglichst kompetent eine Versorgung erfolgt. Diese inter-sektoralen/-disziplinären Ketten sind in vielfacher Weise geschädigt (ambulante Versorgung, Ressourcenentzug) und leiden auch maximal darunter, dass bedingt durch einseitige und übertriebene Informationspolitik die Betroffenen unberechtigter Weise Corona mehr als diese Erkrankungen fürchten und Warnzeichen unterdrücken und auch befürchten mit diesen Erkrankungen in der derzeitigen Corona-Fixierung im Krankenhaus nicht gut behandelt zu werden. In Konsequenz suchen derzeit viele Betroffene nicht/zu spät den Arzt auf, was bei diesen Erkrankungen erhöhte Morbidität, verschlechterte Rehabilitation und erhöhte Mortalität bedeutet.

2. **sonstige gesundheitliche Schäden** (verbunden mit Leid der Betroffenen und hohem Kosteneffekt für die sozialen Sicherungssysteme, das Gesundheitssystem und den Arbeitsmarkt)
- a) besonders in ihren Kontakten reduzierte **alte/pflegebedürftige Menschen** sind von den Maßnahmen betroffen und leiden vielfach stark unter ihnen. Teils beeinträchtigen die getroffenen Maßnahmen (Grenzschießungen, Quarantäneregelungen, Kontaktverbote, etc.) die schon vorher kritische ambulante/stationäre Betreuungssituation negativ (damit auch die optimale Versorgung in Bezug auf Corona)
 - b) behandlungsbedürftige (schwerere) Psychosen, Neurosen (Ängste, Zwangsstörungen, ..) aufgrund von langeandauernde erhebliche Beeinträchtigung aller Lebensbedingungen, die für psychisch instabile Persönlichkeiten Krankheitszustände auslösen werden; es sind langjährige medizinische Behandlungen und Rehabilitationsleistungen zur Kompensation dieser Beeinträchtigungen nötig, es kommt zu gesundheitsbedingten Arbeitsausfällen. 1 bis 2% der deutschen Gesamtbevölkerung erleben mindestens einmal im Leben eine Psychose. Wenn eine Disposition oder Anfälligkeit vorliegt, besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich dies unter den Rahmenbedingungen der Coronakrise manifestiert.
 - c) mehr Streitigkeiten und Körperverletzungen in Folge von starken Kontaktbegrenzungen und Kontaktverbote; Häusliche Gewalt, Kindesmissbrauch
 - d) verbreitete Kommunikationsstörungen (durch psychische Effekte, s.o., und auch z.B. durch den Zwang zur Tragen von Gesichtsmasken, durch die Gestik und Mimik als Kommunikationsmittel stark eingeschränkt sind (führt zu Missverständnissen, Misstrauen, ...))
- b) (abhängig von der wirtschaftlichen/volkswirtschaftlichen Entwicklung:) **Verlust an Lebenserwartung**. Dies dürfte langfristig zu einem größeren Schaden der Krise werden. Seit den 50er Jahren hat DEU aufgrund positiver volkswirtschaftlicher Entwicklung eine starke Erhöhung der Lebenserwartung realisiert (um 13 bis 14 Jahre längere durchschnittliche Lebenszeit). Das permanent gestiegene Wohlstandsniveau ermöglichte u.a. zunehmend aufwendige Gesundheitsvorsorge und Pflege. Bei stark negativer wirtschaftlicher Entwicklung und einer entsprechenden Reduktion des Wohlstandsniveaus geht die Entwicklung in die entgegen gesetzte Richtung: die Lebenserwartung wird sinken. (Das RKI hat nachgewiesen, dass hohe Arbeitslosigkeit die Lebenserwartung senkt.) Bei über 80 Mio. Einwohnern kann durch staatliche Schutzmaßnahmen (nicht durch den Virus) ein entsprechend hohes Volumen an Lebensjahren der Bevölkerung vernichtet worden sein.

Den meisten o.g. Effekten ist gemeinsam, dass es auch nach Aufhebung der Beschränkungen sehr lange dauern wird, bis diese Maßnahmen und Behandlungen wieder

auf Vorniveau laufen, da hier alle ineinandergreifenden Glieder wieder funktionsfähig sein müssen, die Ressourcen wieder (rück-)alloziert werden müssen und auch das Vertrauen der Patienten wiederhergestellt werden muss. Im Übrigen kann es teilweise gegenläufige, auf den ersten Blick paradoxe Reaktionen, geben. Die Schädigungsphase wird daher voraussichtlich wesentlich länger andauern als die eigentliche Unterbrechung. Bei einer künftig verkürzten Lebenserwartung setzt der Schaden sogar erst in der Zukunft ein.

Da theoretisch, zumindest partiell, auch mit gegenläufigen Effekten gerechnet werden muss – also mit auf den ersten Blick paradoxen Reaktionen –, ist von genaueren zahlenmäßigen Schätzungen von zu erwartenden Schadfällen abgesehen worden. Mit den genannten Zahlen werden Größendimensionen aufgezeigt.