

## War und ist die COVID-19 Pandemie tatsächlich schicksalhaft?

Von Gunar Prauschke

Wir befinden uns momentan vermutlich auf dem Höhepunkt der zweiten COVID-19 Pandemiewelle. Aber war und ist dies tatsächlich schicksalhaft? Hätte man Vorfeld nicht anders reagieren können und müssen? Ich möchte behaupten ja. Anhand einiger Hinweise aus einer Publikation des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) möchte ich meine These erläutern. In wieweit diese Punkte aktiv zu einer Lageverbesserung hätten führen können, obliegt nicht meiner Beurteilung. Hier sollten uns die laufenden Studien, sowohl aus dem Landkreis Heinsberg, aber auch aus unserem Landkreis, nach deren Abschluss Auskunft geben können. Die zitierte Publikation entstand als Entwurf eines Grundsatzpapiers für das Bundesministerium des Innern und den Arbeitskreis V der Innenministerkonferenz. Erarbeitet von Wolfram Geier im Auftrag der Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) im Bundesverwaltungsamt (März 2002) „Für eine neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland – Überlegungen für eine gemeinsame Rahmenkonzeption zur Weiterentwicklung des Zivilschutzes.“ Die von mir verwendeten Zitate entstammen der 2. Auflage vom November 2010. Besonders interessant erscheint der Hinweis als Fußnote auf Seite 37 „Die Defizite wurden vor allem im Rahmen der Anthrax-(Fehl-) Alarme in Deutschland im November 2001 deutlich; vgl. auch Bundesverwaltungsamt (Hrsg.): „Kehren die Seuchen zurück?“, Schriftenreihe WissenschaftsForum, Bonn 2001.“<sup>1</sup> Im weiteren Textverlauf bezieht sich der Autor in erster Linie auf terroristische und extremistische Handlungen, wie zum Beispiel den Giftgasanschlag der AUM-Sekte in der Tokioter U-Bahn 1995. Bemerkenswert sind allerdings die Folgerungen über erkannte Defizite in unserem Land.

„Die Problematik bei einem so dimensionierten Massenanfall von Verletzten, Erkrankten bzw. Betroffenen besteht dabei weniger in der Bereitstellung von genügend Sanitätspersonal und Transportkapazitäten, als vor allem im Fehlen von:

- sofort und in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehenden Medikamenten- und medizinischen Verbrauchsgüternvorräten (Notfalldepots),
- geeigneten mobilen und nach vergleichbaren Kriterien gestalteten Behandlungskonzepten vor Ort (Verletzensammelstellen, Behandlungsplätze, mobilen Notfalldepots, Sichtungskriterien etc.),
- ausreichenden Behandlungs- und Bettenkapazitäten in Krankenhäusern,<sup>12</sup>
- ausreichenden Spezialbehandlungsplätzen für Verbrennungspatienten, polytraumatisierte Patienten und infizierte, hoch kontagiöse Patienten,
- ausreichendem, sofort zur Verfügung stehendem medizinischen Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte).

Darüber hinaus bestehen noch immer strukturelle, organisatorische und technisch-materielle Defizite hinsichtlich der adäquaten fachlichen Kooperation und konzeptionellen Abstimmung zwischen dem Regel-Rettungsdienst und dem Sanitäts- und Betreuungsdienst des Katastrophenschutzes.“<sup>2</sup>

Es wurde also bereits 2001 auf die unzureichende Kapazität zur Behandlung in Krankenhäusern und auf das Fehlen von qualifiziertem medizinischem Personal explizit hingewiesen. Wie man heute erkennen mag, wohl ohne Erfolg.

In diesem Zusammenhang alarmierend hätte die Fußnote auf Seite 39 wirken müssen.

---

<sup>1</sup> (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Referat II.1 – Grundsatzangelegenheiten des Bevölkerungsschutzes Risikomanagement, 2. Auflage 2010)

<sup>2</sup> S.39

„Künftig müssen die Folgen des in Einführung befindlichen neuen Krankenhausfinanzierungssystems mit Fallpauschalen, einer daraus resultierenden Verkürzung der Liegezeiten, weiterem Abbau von Pflegebetten und Pflegepersonal und die Überlastung der Kliniken und Krankenhäuser im Großschaden- bzw. Katastrophenfall verstärkt berücksichtigt werden.“

Alleine dieser Hinweis, gepaart mit den jetzigen Erfahrungen, führen genau dieses DRG System, Diagnosis Related Groups (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen), endgültig ad absurdum!

Erinnern wir uns an den Beginn der Krise im Frühjahr 2020. Über einen langen Zeitraum<sup>3</sup> wurde das Risiko einer Pandemie unterschätzt, bzw. als lokales, chinesisches Problem behandelt. Am 28. Januar 2020 folgte die erste nachgewiesene Infektion in Bayern. Maßnahmen? Isolation und Quarantäne im Klinikum Schwabing. Am 16.03.2020 wird in Bayern der Katastrophenfall ausgerufen. Was geschah in der Zeit dazwischen? Noch am 28.02. erklärt die damalige bay. Gesundheitsministerin Huml, es gäbe keinen Anlass für übertriebene Verunsicherung. Das Robert-Koch-Institut habe das Ansteckungsrisiko derzeit als "gering bis mäßig" einstuft. Deshalb gebe es im Moment keinen Anlass für übertriebene Verunsicherung. Allerdings gelte es nach wie vor, die Nies- und Hustenetikette zu beachten und sich regelmäßig die Hände zu waschen. Der Freistaat habe heute einen Krisenstab zum Thema "Corona" eingerichtet, so Huml. Von einem Katastrophenfall sei man aber weit entfernt, so Innenminister Joachim Herrmann. Flüchtlinge und Asylbewerber würden routinemäßig bei ihrer Ankunft auf Corona untersucht und würden im Fall einer Infektion sofort isoliert wie andere Patienten auch, so Herrmann. In Abstimmung mit dem RKI und dem Bund hat das Bayerische Kabinett entschieden, Großveranstaltungen derzeit nicht abzusagen. Allerdings empfiehlt die Gesundheitsministerin Veranstaltern von Veranstaltungen mit mehr als 1.000 Teilnehmern, den Teilnehmern, die aus Risikogebieten kommen, abzusagen. Eine Chronologie von Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen. Überraschend oder gar verwunderlich? Nein. Vielleicht hätte Innenminister Herrmann die Ratschläge des BBK als Bettlektüre nehmen sollen. Auf Seite 37 wird wie folgt hingewiesen.

„Gravierende Probleme werden jedoch Einsatzlagen bereiten, die bislang in Deutschland noch nicht vorgekommen sind bzw. aufgrund fehlender Gefahren- und Risikoanalysen prospektiv nicht erkannt werden können. Solche außergewöhnlichen Gefahren- und Schadenlagen, für die derzeit sowohl die konkreten Erfahrungswerte als auch konkrete planerische Vorbereitungen sowie konkrete administrative, technische und materielle Strukturen fehlen, bedingen aufgrund ihrer Komplexität und Spezifik u. a.:

- besonders ausgebildete und ausgerüstete Einsatzpotenziale, z. B. für Detektions- und Analyse Zwecke bei biologischen Gefahren u. a. (siehe Task Force),
- besondere Einsatztaktiken bei besonderen Gefahrenlagen (siehe spezielle Ausrüstung und Ausstattung sowie Helferschutz),
- effektive vertikale und horizontale Kooperationen zahlreicher Behörden und Institutionen (siehe Krisenkommunikationsmanagement, Sicherheitsausschüsse),
- zielgerichtete Koordination der Maßnahmen (siehe gemeinsame Lage- und Meldezentrale),
- sicheren Umgang mit der Bevölkerung (siehe Warnung, Information, Selbstschutz- und Selbsthilfefähigkeit).“<sup>4</sup>

Aber es kommt noch dramatischer. Im Kapitel „3.6 Defizite in der behördlichen Risiko- und Krisenkommunikation bei außer gewöhnlichen Lagen“ wird im Detail beschrieben, was in Folge in Bayern stattgefunden hat.

---

<sup>3</sup> S.39

Aufschlussreiches Material zum Themenkreis Krankenhausfinanzierung unter <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/1>

<sup>4</sup> (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Referat II.1 – Grundsatzangelegenheiten des Bevölkerungsschutzes Risikomanagement, 2. Auflage 2010) (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe Referat II.1 – Grundsatzangelegenheiten des Bevölkerungsschutzes Risikomanagement, 2. Auflage 2010)

„Besondere Einsatzlagen, wie sie in Deutschland noch nicht vorgekommen sind und die aufgrund ihrer Komplexität ein besonderes Maß an horizontaler und vertikaler behördlicher Kooperation, ein schnelles und zielgerichtetes Handeln ohne Kompetenzprobleme sowie besondere Einsatzstrategien und -taktiken voraussetzen, sind weder auf der kommunalen Ebene noch auf den Ebenen Länder und Bund ausreichend vorgeplant und geübt. Gravierende Probleme zeigen sich vor allem in Aufgabenbereichen, bei denen es zu einer teilweise mehrfachen Zuständigkeitsteilung zwischen unterschiedlichen Behörden kommt und Zivil- bzw. Katastrophenschutzbehörden nur beteiligte Partner sind, wie dies im Fall der (Tier-)Seuchenprävention und -bekämpfung (B) sowie im Bereich des Strahlen- und Emissionsschutzes (A/C) der Fall ist. Folgende Defizite fallen im unmittelbaren Umfeld dieses Sektors auf:

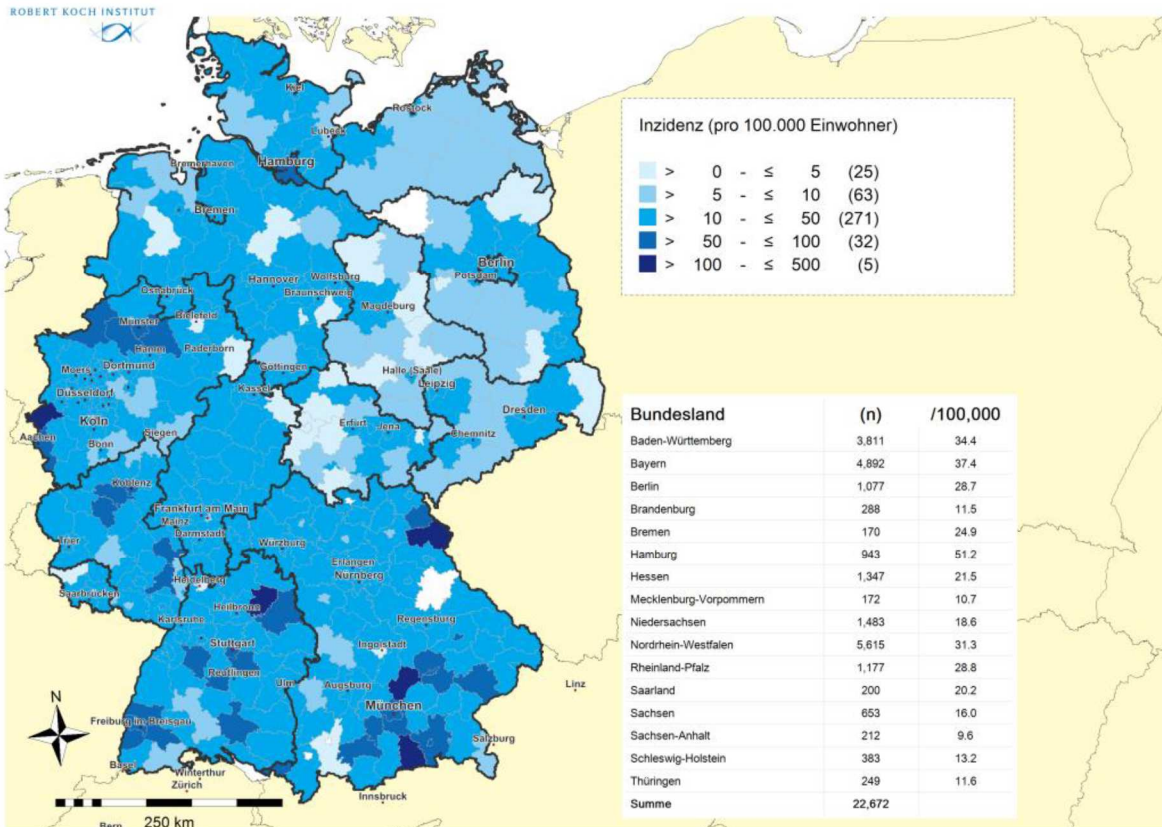
- fehlende Sensibilität und fehlendes Problembewusstsein für die Komplexität des Themas (mangelndes Gefahren- und Risikobewusstsein und Motivationsdefizite bei politischen Mandatsträgern),
- fehlende gemeinsame Gefahren- und Risikoanalysen (defizitäre Bestandsaufnahmen und Bewertungen und daraus folgendes Informations- und Wissensdefizit),
- fehlende vertikal und horizontal abgestimmte Alarm- und Maßnahmenpläne sowie Kompetenzabgrenzungen (defizitäre Risikokommunikation),
- fehlende schnell verfügbare und leistungsfähige Detektions- und Analysetechnik (Ressourcendefizit),
- lückenhaftes Warn- und Informationssystem für die Bevölkerung (defizitäre Krisenkommunikation),
- unterentwickelte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit (defizitäre Risiko- und Krisenkommunikation).

Da zahlreiche Probleme auf defizitäre oder überhaupt nicht vorhandene Kommunikationsstrukturen zurückzuführen sind, ist der Aufbau und die Pflege einer umfassenden Risiko- und Krisenkommunikation von ganz entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Gefahrenmanagement bei besonderen bzw. außergewöhnlichen Lagen.<sup>5</sup>

Diese Feststellung des BBK sollte für politische Mandatsträger schmerzhaft sein, fanden nicht auch am 15.03.2020 Kommunalwahlen in Bayern statt. Wir erinnern uns an die Ausrufung des Katastrophenfalls in Bayern am 16.03.2020. Ein Schelm wer hier Böses vermutet. Am 13.03. berichtet das RKI von 3,2 Erkr./100.000 Einw. In Bayern ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-13-de.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-13-de.pdf?blob=publicationFile)). Am 16.03. lag diese bei 7,4 Erkr./100.000 Einw.. Betrachtet man den Wert nach einer Woche, geschätzter Inkubationszeit und Testverzögerung, so lag der Wert bei 37 Erkr./100.000 Einw. Es waren bereits 26 Todesfälle zu beklagen. Ich bin kein Statistiker, ein Zusammenhang mit der Kommunalwahl erscheint allerdings nach dieser Zahlenlage durchaus denkbar.

---

<sup>5</sup> S. 41, 42



Quelle: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-23-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-03-23-de.pdf?__blob=publicationFile)

Der auf den Krankenhäusern lastende wirtschaftliche Druck führt zu einer weiteren Verknappung von Behandlungsmöglichkeiten. Die Waagschale hängt eindeutig in Richtung absoluter Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R. und aktiv im Bündnis Klinikrettung, führt aus:

„Östlich der Metropolregion Nürnberg schlossen seit 2004 zehn von 34 Krankenhäusern, vier allein im Jahr 2020, drei seit Ausbruch der Corona-Pandemie. Es ist Wahnsinn, dass das Krankenhaus Vohenstrauß im März und April noch Corona-Patienten intensivmedizinisch betreute, im zweiten Lock-down aber nicht mehr zur Verfügung steht.“

Betrachtet man die aktuellen Zahlen des RKI, so erkennt man sofort, mit welcher Rasanz und Dramatik sich die Zahlen der zweiten Welle entwickelt haben. Auch jetzt, abgesehen von der besonderen Problematik in Sachsen, zeigt sich für Bayern und den Landkreis Tirschenreuth keine bessere Gesamtlage. Eine optimierte Strategie zur Bekämpfung ist nicht schlüssig erkennbar. Vielmehr lässt die Versetzung der bay. Gesundheitsministerin Huml, mitten auf den Höhepunkt der Krise, eher auf ein weiter extrem defizitäres Management schließen. Untermuert wird diese Vermutung auch durch verschiedenste Pannen im Bund. Die Zweifel an der Strategie von Bundesgesundheitsminister Spahn treten immer häufiger zu Tage. Das Scheitern der „Lock-down-light“ Strategie kann man nun als Fakt erkennen. Die Neue Zürcher Zeitung merkt dazu bereits am 28.10.2020 folgendes an. „Alles in allem wirken die Beschlüsse wenig durchdacht, teilweise auch unverhältnismäßig und willkürlich. Vor allem die wirtschaftlichen Folgen dürften sich als verheerend erweisen: Restaurants und Bars dürfen keine Gäste mehr empfangen, Hotels nur noch Geschäftsreisende, aber keine Touristen mehr beherbergen. Zehntausende Betriebe müssen um ihre Existenz bangen. Warum Theater, Bäder oder Fitnessstudios schließen müssen, wenn man es gleichzeitig für verantwortbar hält, Schulen und Kindergärten offen zu lassen, erscheint rätselhaft: Ansteckungsgefahr besteht da wie dort. Auch für das gesellschaftliche Klima wird der zweite Lock down kaum folgenlos bleiben: Ein gemeinsamer Aufenthalt in der Öffentlichkeit ist nur noch maximal zehn Personen des eigenen sowie eines weiteren Hausstandes erlaubt; Verstöße gegen diese Regelung sollen geahndet werden. Bald schon dürfte die Stunde

der Wichtigster und Denunzianten schlagen. Der bayrische Ministerpräsident Markus Söder sprach am Mittwoch von einem «differenzierten Lock down». Tatsächlich nehmen die Beschlüsse auf regionale Unterschiede kaum Rücksicht: In den ländlichen Regionen im Norden und Osten Deutschlands, die weniger stark von der Pandemie betroffen sind, greifen sie ebenso wie in den sogenannten Corona-Hotspots in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Berlin oder Hamburg. Ausschere mochte am Mittwoch trotzdem keiner, auch nicht der thüringische Ministerpräsident Bodo Ramelow, der am Vortag noch darauf gepocht hatte, allfällige Beschränkungen müssten zunächst im Parlament seines Bundeslandes debattiert werden. Es sei ein schwerer Tag, auch für die politischen Entscheidungsträger, sagte Kanzlerin Merkel am Mittwochabend. Dass sich der Zielkonflikt zwischen Pandemie-Bekämpfung und wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen nicht auflösen lässt, ist nicht die Schuld der Politiker. Dass aber nicht nur Wirte, Hoteliers und sonstige Gewerbetreibende, sondern auch Virologen wie Hendrick Streeck und Jonas Schmidt-Chanasit vom Nutzen eines zweiten Lock downs alles andere als überzeugt sind, hätte der Kanzlerin und den Ministerpräsidenten zu denken geben sollen: Für Gebote anstelle von Verboten hatten die Wissenschaftler plädiert; zugleich warnten sie vor negativen Folgen eines weiteren Lock downs auf die Volksgesundheit.

Mit den Beschlüssen vom Mittwoch setzt Deutschland auf das Prinzip Hoffnung: Was geschieht, wenn sich der «Wellenbrecher», von dem deutsche Politiker nun gerne reden, als wirkungslos erweist und die Zahl der Neuinfektionen Anfang Dezember erneut steil ansteigt? Wird dann ein dritter Lock down beschlossen? Wie oft will die Politik das öffentliche Leben noch zum Erliegen bringen? Bis endlich ein Impfstoff gefunden ist? Klüger wäre es, die eigene Hilflosigkeit einzugestehen, anstatt das Land einem Experiment nach dem anderen zu unterziehen.“ (Müller, 2020)<sup>6</sup> Das Gesundheitssystem ist massiv überlastet. Die bereits beschriebenen Mangelsituationen an Fachpersonal in diesem höchst sensiblen Bereich können sicherlich nicht mehr lange kompensiert werden. Die Lage in Senioren- und Pflegeheimen ist dramatisch. Konzepte zur Prophylaxe haben nicht ausreichend zum Erfolg geführt. Gesundheitsämter sind nach wie vor nicht in der Lage Infektionsketten zu verfolgen.

Einzig die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung für medizinisches Personal wurde im Gegensatz zur ersten Welle im Frühjahr verbessert.

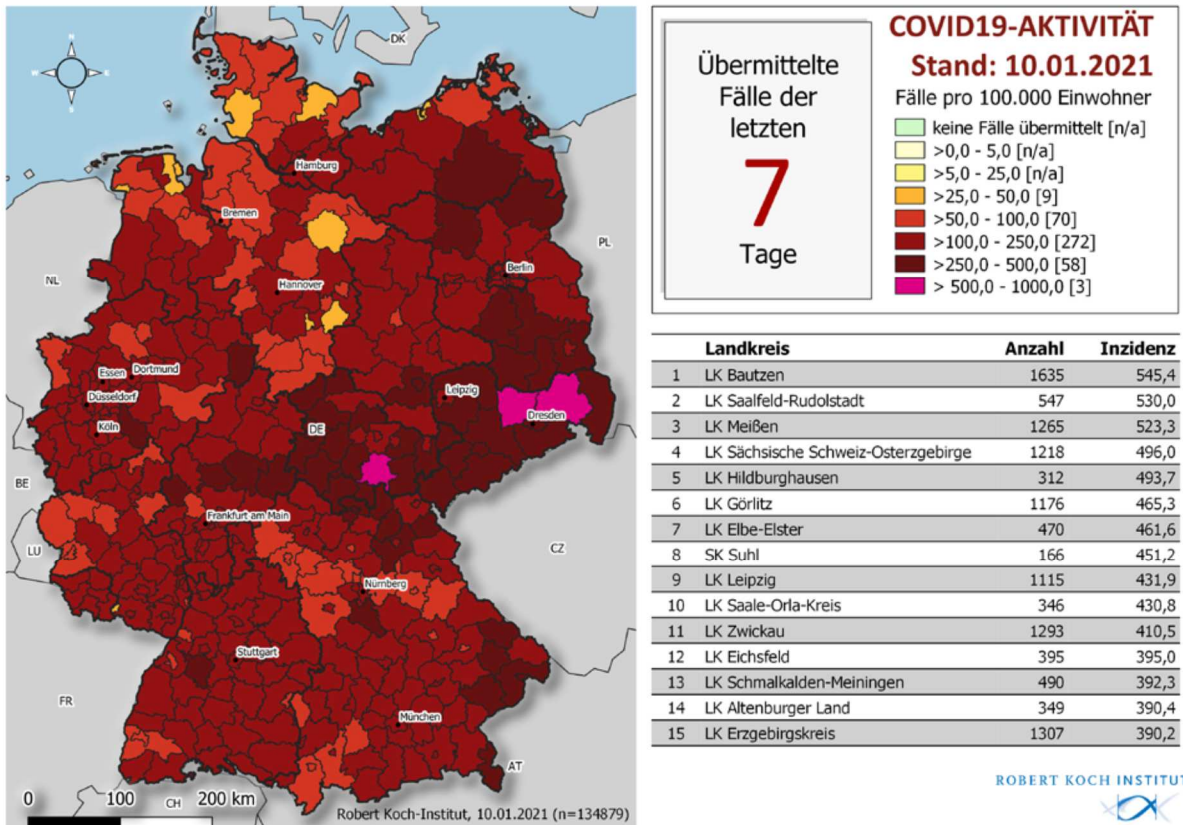
Bundesland	Letzte 7 Tage			Todesfälle kumulativ			
	Fälle	Differenz Vortag	Fälle/100.000 EW	Fälle	Fälle/100.000 EW	Fälle	Fälle/100.000 EW
<b>Baden-Württemberg</b>	260.001	2.598	2.342	15.412	139	5.530	49,8

<sup>6</sup> Hansjörg Friedrich Müller (Müller, 2020)

<b>Bayern</b>	<b>354.494</b>	<b>2.879</b>	<b>2.701</b>	<b>20.474</b>	<b>156</b>	<b>7.875</b>	<b>60,0</b>
<b>Berlin</b>	105.850	732	2.885	6.978	190	1.560	42,5
<b>Brandenburg</b>	49.531	0	1.964	5.890	234	1.281	50,8
<b>Bremen</b>	14.323	66	2.103	613	90	222	32,6
<b>Hamburg</b>	40.476	353	2.191	2.575	139	817	44,2
<b>Hessen</b>	150.229	1.366	2.389	10.167	162	3.483	55,4
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	14.667	238	912	2.134	133	239	14,9
<b>Niedersachsen</b>	119.533	1.228	1.495	8.768	110	2.329	29,1
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	427.710	3.218	2.383	26.937	150	7.942	44,3
<b>Rheinland-Pfalz</b>	79.839	587	1.950	5.426	133	1.762	43,0
<b>Saarland</b>	21.868	226	2.216	1.714	174	540	54,7
<b>Sachsen</b>	154.520	2.061	3.795	14.563	358	4.064	99,8
<b>Sachsen-Anhalt</b>	35.734	0	1.628	3.574	163	832	37,9
<b>Schleswig-Holstein</b>	28.480	424	981	2.956	102	545	18,8
<b>Thüringen</b>	51.272	970	2.403	6.698	314	1.322	62,0
<b>Gesamt</b>	<b>1.908.527</b>	<b>16.946</b>	<b>2.295</b>	<b>134.879</b>	<b>162</b>	<b>40.343</b>	<b>48,5</b>

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen und Datenbereinigungen der Gesundheitsämter kann es gelegentlich vorkommen, dass bereits übermittelte Fälle im Nachhinein korrigiert bzw. wieder gelöscht werden. So kann es dazu kommen, dass in dieser Tabelle negative Werte bei der Differenz der im Vergleich zum Vortag übermittelten Fällen aufgeführt werden.

\*Während der Feiertage und zum Jahreswechsel werden COVID-19-Fälle nur verzögert detektiert, erfasst und übermittelt.



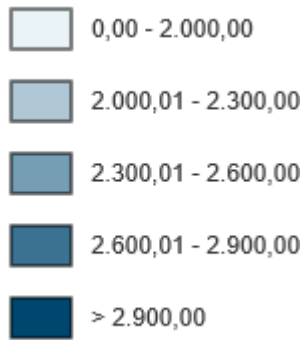
Was wurde aus den Forderungen des BBK an die IMK?

Beschluss der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder vom 06. 12. 2002 in Bremen, TOP 36: „Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland“

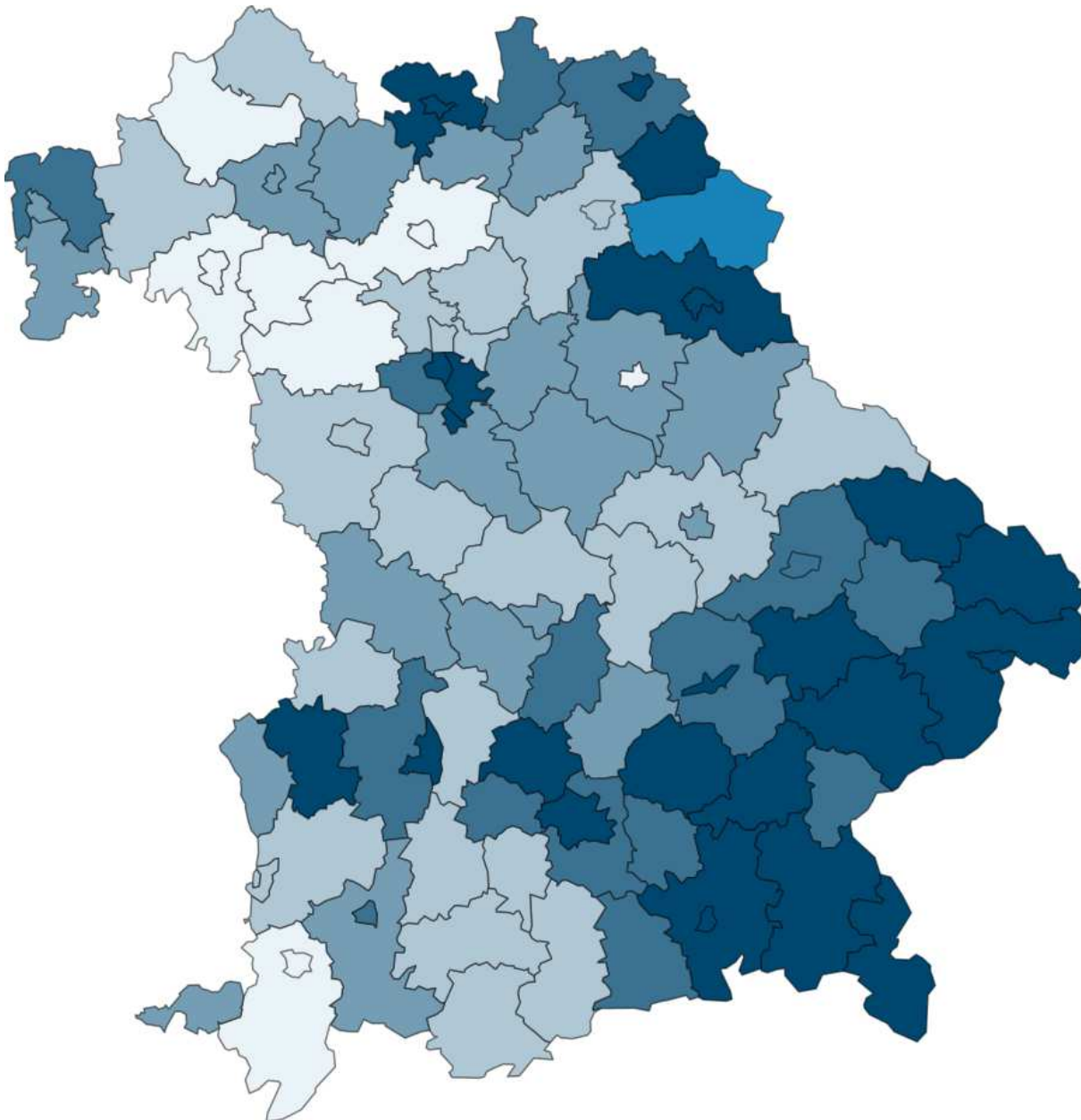
(...) 5.

Die IMK bittet die Gesundheitsministerkonferenz,

- darauf hinzuwirken, dass die epidemiologische Überwachung des Krankheitsgeschehens, die Laboranalytik, die Aus-, Fort- und Weiterbildung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Einsatzkräfte und der Ärzte sowie die ambulante und klinische Versorgung angepasst und gestärkt werden;
- in Zusammenarbeit mit der IMK ein zwischen Bund und Ländern abgestimmtes Programm zur Anlage von Vorräten (Arzneimittel, Verbandstoffe, Sera, Impfstoffe) angesichts von biologischen und chemischen Gefahren zu entwickeln und umzusetzen;
- darauf hinzuwirken, dass die Notfallplanung der Krankenhausträger ein stärkeres Gewicht erhält, und
- sich für eine Aufnahme des Bereichs Katastrophenmedizin in medizinische Ausbildungsordnungen einzusetzen. (...) <sup>7</sup>



Quelle: LGL 12.01.2021



Quelle:

[https://www.lgl.bayern.de/gesundheitschutz/infektionsschutz/infektionskrankheiten\\_a\\_z/coronavirus/karte\\_coronavirus/index.htm](https://www.lgl.bayern.de/gesundheitschutz/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm)

Vermutlich ist die Bitte der IMK an die GMK das geblieben was sie war, eine nett gemeinte Bitte. Vielleicht werden ja jetzt wenigstens einige Punkte daraus umgesetzt. Ganz aktuell erscheint nun die Maßnahme zur



Einführung einer FFP2 Maskenpflicht in bestimmten Bereichen des öffentlichen Lebens als neue Heilsbotschaft. Vielmehr ein weiteres Puzzlestück der Hilflosigkeit, gut gemeint, laut und medienwirksam verkündet, aber im Grunde leider nicht zu Ende gedacht. Es bleibt die Verwirrung in der Bevölkerung über eine inkonsequente, nicht durchschaubare, nachvollziehbare Politik der Hoffnung, die aber letztlich die Verzweiflung und das Scheitern in der Realität in sich birgt. Also hoffen wir doch auf einen Paradigmenwechsel, die Wirksamkeit der (nicht ausreichend vorhandenen Impfdosen) und vielleicht auf eine Abschwächung des Virus.

Bis dahin, bleiben sie gesund!