

01.05.2020 - Warum haben wir weniger Todesfälle?

Gesucht: das Gesundheitssystem, das Pandemien gut bewältigen kann

von *Angela Klein*

Italien, Spanien, Großbritannien, die USA ? alle diese Länder haben weitaus mehr Corona-Tote zu beklagen als Deutschland. Jeder fragt sich warum. Ein Artikel von Ute Eppinger auf dem Online-Medizin-Portal *Medscape** gibt darauf drei Antworten.

Grund 1:

Die Patienten kommen bei uns früher in die Klinik.

«In einem frühen Krankheitsstadium kann man die Patienten besser stabilisieren», sagt Michael Pfeifer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Aus den in den USA stark betroffenen Bundesstaaten sei bekannt, dass viele Patienten erst in einem späten Stadium der Erkrankung in die Klinik kommen.

Grund 2:

Das Durchschnittsalter der Erkrankten ist niedriger.

Es liegt in Deutschland bei 49 Jahren ? in Frankreich und in Italien bei 62 Jahren, das Durchschnittsalter der Toten hingegen beträgt 82 Jahre. Die Pandemie habe hier als «Epidemie unter Skifahrern» begonnen, die relativ jung und gesund waren. In dem Maße, wie sich Covid-19 ausbreite, seien nun aber auch immer mehr ältere Menschen betroffen; entsprechend steigt dann auch die Sterberate.

Grund 3:

Es wird mehr getestet.

Weil in Deutschland mehr getestet wurde ? im April nach Angaben des Robert-Koch-Instituts rund 350000 Tests pro Woche ?, wurden auch mehr Menschen mit geringen oder keinen Symptomen erfasst, was die Zahl der bekannten Fälle, nicht aber die Zahl der Todesfälle erhöht. Damit sinkt automatisch die Sterberate.

«Wenn ich eine frühe Diagnose habe und Patienten frühzeitig behandeln kann, ist die Überlebenschance viel höher» (H.-G.Kräusslich). Laut Hendrik Streeck, Virologe an der Uniklinik Bonn, sind in den meisten Ländern Tests weitgehend auf die krankesten Patienten beschränkt, jungen Menschen, die wenige oder keine Symptome haben, werde ein Test eher verweigert.

Dass in Deutschland mehr getestet wird, hat auch damit zu tun, dass die Kosten für die Tests von den Krankenkassen übernommen werden.

Während es Anfang April genügend Laborkapazitäten zu geben schien, klagt Christian Drost, Virologe an der Charité, jedoch über fehlen Reagenzien: «Wir sind seit ein, zwei Wochen [also etwa seit Ende März] immer schmerzlicher an dem Punkt, wo wir in den Laboren Vorrat an Reagenzien für zwei Wochen bestellen, aber für drei Tage geliefert kriegen.» Das schränkt die Zahl der Tests wieder ein.

Möglicherweise ist das ein Grund dafür, dass jetzt mehr und mehr dazu übergegangen wird, Tests an repräsentativen Stichproben durchzuführen und nicht mehr an erkrankten Individuen ? auf diese Weise lässt sich die Dunkelziffer ermitteln, die wiederum für das Vorhalten von Personal und Ausstattung in den Krankenhäusern von Belang ist.

Corona-Taxis

Zur Früherkennung von Erkrankungen taugen solche Erhebungen freilich nichts. Dazu sind viel eher «Corona-Taxis» angebracht, die im oben erwähnten Artikel vorgestellt werden. Es handelt sich hierbei um eine Initiative der Uniklinik Heidelberg.

Medizinstudenten und Pflegekräfte der Klinik fahren mit speziellen Taxis zu Corona-Patienten in häuslicher Quarantäne, um Abstriche und Blut abzunehmen. Nach acht Tagen wiederholen sie ihren Besuch, denn: «Am Ende der ersten Woche gibt es einen Wendepunkt», da entscheidet sich, ob die Krankheit zurückgeht oder schlimmer wird. Haben sich die Symptome verschlimmert, kommt der Patient in die Klinik. Die Test-Taxis sollen jetzt auch in Alten- und Pflegeheimen eingesetzt werden. Wäre das nicht ein bundesweites Vorbild?

Grund 4:

Es gibt mehr Intensivbetten als anderswo.

Im Januar gab es in Deutschland rund 28000 beatmungsfähige Intensivbetten, das sind 34 pro 100000 Menschen. Zum Vergleich: in Italien sind es 12, in den Niederlanden 7. Die Kapazitäten wurden seither massiv erhöht. Mittlerweile stehen in Deutschland 40000 Intensivbetten zur Verfügung.

Es gibt zudem eine zentrale Erfassung: Die 1100?1200 Intensivabteilungen in deutschen Kliniken sind aufgefordert, ihre freien Kapazitäten in eine Intensivregister einzutragen, das von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) geführt wird. Auf diese Weise gibt es immer einen Überblick, wo wieviele Betten frei sind.

Die Lobeshymnen auf das «gute deutsche Gesundheitssystem», wie sie jetzt wieder zu lesen sind, sind dennoch gänzlich unangebracht. Spitzenreiter im internationalen Vergleich ist nämlich Südkorea. Warum steht gerade dieses Land besser da? Weil es Lehren aus der katastrophalen Erfahrung mit einer vorhergehenden Seuche gemacht hat,

nämlich MERS 20. Die Lehren bestanden ? soweit dies aus der Ferne zu beurteilen ist ? darin, dass das Land sich einen großen Vorrat an Schutzkleidung und an Tests zugelegt hat. Deshalb hat es auch längst nicht die Mobilitätseinschränkungen gegeben wie hierzulande.

Anders gesagt: nicht auf teure Beatmungsgeräte kommt es in erster Linie an, sondern auf so einfache Dinge wie Schutzausrüstung und Tests. Und auf ein Gesundheitssystem, das die breite Masse im Blick hat und nicht hauptsächlich die zahlungsfähige Nachfrage. Wir hätten uns die Massenquarantäne ? mitsamt ihrer verheerenden wirtschaftlichen Auswirkungen ? sparen können, wenn 1. vor 20 Jahren der dramatische Bettenabbau nicht erfolgt bzw. nach der Pandemie-Warnung von 2012 zurückgenommen worden wäre; 2. Bundesgesundheitsminister Spahn zu Anfang dieses Jahres nicht so spät reagiert und sich frühzeitig mit diesem Material eingedeckt hätte.

So aber muss man auch für Deutschland die vorläufige Bilanz ziehen: 1. die Durchökonomisierung der Gesellschaft bringt ihr buchstäblich den Tod; 2. die Bundesregierung und ihre Vorläuferinnen sind schuld am Leiden und am Tod vieler Menschen, und sie sind ebenfalls schuld daran, dass die Wirtschaftskrise sich deswegen so dramatisch verschärft.

* <https://deutsch.medscape.com/>