

## **Hintergrundinformationen zur Situation in Italien** (unterstrichene Begriffe verweisen auf Quellen)

Die bedrückenden Bilder aus den norditalienischen Krankenhäusern mit vorgelagerten Sanitätszelten und Patient\*innen, die gleichsam wie Hochrisikomaterial nurmehr unter Isolierzelten von Pflegepersonal in ABC-Schutzkleidung auf die Intensivstationen transportiert werden, rufen unwillkürlich Assoziationen an eine Naturkatastrophe oder Kriegssituation hervor und tragen in Kombination mit hochemotionalen Berichten der gänzlich überarbeiteten, ja verzweifelten Ärzt\*innen sicherlich entscheidend zur weit verbreiteten Angst vor Covid-19 als einer gleichsam verheerend tödlichen Seuche bei.

Das Leiden der Patient\*innen an den Beatmungsgeräten, der offenbare Kollaps des Gesundheitssystems, die berichtete erschreckend hohe Todesfallrate in Norditalien, das einsame Sterben der Menschen ohne Begleitung durch ihre Nächsten und die endzeitlich anmutenden Bilder von Kolonnen von Armeelastwagen, die in Bergamo die Särge mit den Verstorbenen aus den Krankenhäusern abtransportieren, werden in der Berichterstattung immer wieder gleichsam als Referenzrahmen bemüht. Solche Zustände gilt es, natürlich, um beinahe jeden Preis zu verhindern. Vor solch einem Hintergrund scheinen entsprechend beinahe alle Maßnahmen legitim, die solche Szenarien im eigenen Land ersparen helfen könnten.

Im Nachfolgenden wollen wir Stimmen wiedergeben, die darauf verweisen, dass die Rahmenbedingungen in Italien – wie auch im Grundsatz in Spanien, das angesichts steigender Zahlen an Covid-19-positiv Getesteten und ebenfalls kollabierendem Gesundheitssystem in der medialen Wahrnehmung inzwischen stärker ins Zentrum gerückt ist – auf die Verhältnisse in Deutschland nicht ohne weiteres übertragbar sind. Ähnlich apokalyptische Zustände sind hier nicht zu erwarten, werden aber gleichwohl unablässig von verantwortlicher Seite wie ein [Drohszenario](#) bemüht.

An dieser Stelle wollen wir daher eine möglichst nüchterne kurze Betrachtung der spezifisch norditalienischen Verhältnisse versuchen. Der über allem lastenden Tragik der Ereignisse, der menschlichen Verluste, die hinter den berichteten, erschreckend hohen Todesfallzahlen stehen, wollen wir uns auf diese Weise nicht entziehen. Wir glauben allerdings, dass der Sache, das heißt dem Erkenntnisinteresse und daraus abgeleitet dem sinnvollen, maßvollen Handeln, nicht gerecht werden kann, wer sich allein von Emotion, vor allem der Angst, leiten lässt. Eine möglichst genaue und nüchterne Betrachtung der spezifisch norditalienischen Verhältnisse, die lokale und erschreckend hohe Todesfallzahlen erklären helfen können, sowie eine Einschätzung der tatsächlichen Todesfallraten scheint uns dringend geboten.

Die Zustände in den Krankenhäusern in Norditalien und die entsprechenden medialen Bilder sowie die berichteten erschreckend hohen Todesfallzahlen könnten dabei durchaus Ergebnis verschiedener zusammenfallender spezifischer Faktoren sein:

1. Schnellere Verbreitung bei vulnerablen Gruppen durch spezifische Alters- und Sozialstruktur
2. regionale Häufung von schweren Atemwegsrunderkrankungen durch Luftverschmutzung
3. die bekannten Mangelzustände im Gesundheitssystem Italiens
4. Massenpanik, ausgelöst durch die Berichterstattung (staatliche Institutionen, Medien) und damit einhergehend eine völlige Überbeanspruchung der medizinischen Einrichtungen
5. veränderte Wahrnehmung und Einordnung der Situation durch Ärzt\*innen (Schockrisiko)
6. Todesfallzahlen und Altersstruktur in Korrelation mit unzureichender Testrate und irreführendem Reporting der Todesfallzahlen
7. Weitere Faktoren

## **1. Alters- und sozialstrukturelle Rahmenbedingungen in Norditalien**

In keinem anderen Land der Welt außer Japan leben mehr alte Menschen als in Italien. Beinahe ein Viertel der Bevölkerung (23%) ist über 64 Jahre alt, der Anteil der bereits aufgrund ihres Alters potentiell gefährdeten Bevölkerungsgruppe ist hier also bereits besonders hoch (vgl. auch <http://dati.istat.it/?lang=en>).

Zugleich steht ein großer Teil dieser Bevölkerungsgruppe in Italien in viel engerem Kontakt zur jüngeren Generation als z.B. in Deutschland (ähnliches gilt für Spanien) wie eine Studie des Leverhulme Centre for Demographic Science der Universität Oxford nahelegt, die in diesem engen Kontakt zwischen Jung und Alt einen Schlüsselfaktor für die hohen Todesfallzahlen in der Region vermutet.

Die weite Verbreitung des Covid-19-Virus bis hinein in die ländlichen Regionen Norditaliens, insbesondere der Lombardei, erklärt sich dieser Studie gemäß mit der hohen Zahl an Menschen, die in diesem besonders dicht besiedelten Gebiet - über ein Drittel der italienischen Bevölkerung lebt in den norditalienischen Regionen Lombardei, Venetien und Emilia-Romagna - von und zur Arbeit in die urbanen industriellen Zentren pendelt und zu Hause mit Eltern- und Großeltern in engem Kontakt steht bzw. teilweise sogar im Mehrgenerationenhaushalt zusammenlebt und damit zur Verbreitung des Virus bei besonders anfälligen Menschen gesorgt hat.

Auch eine aktuelle Studie von Wirtschaftswissenschaftlern des Exzellenzclusters ECONtribute der Universität Bonn sieht in engen generationenübergreifenden Kontakten eine Ursache für die hohe Letalität in Zusammenhang mit Covid-19-Infektionen in Norditalien. Bei einem länderübergreifenden Vergleich von Sozialstrukturen und Letalitätsraten bei Covid-19-Infektionen kommen sie zu dem Ergebnis, dass der Anteil

der Corona-Toten am Anfang der Epidemie umso höher liegt, je mehr Erwerbstätige mit ihren Eltern zusammenleben.

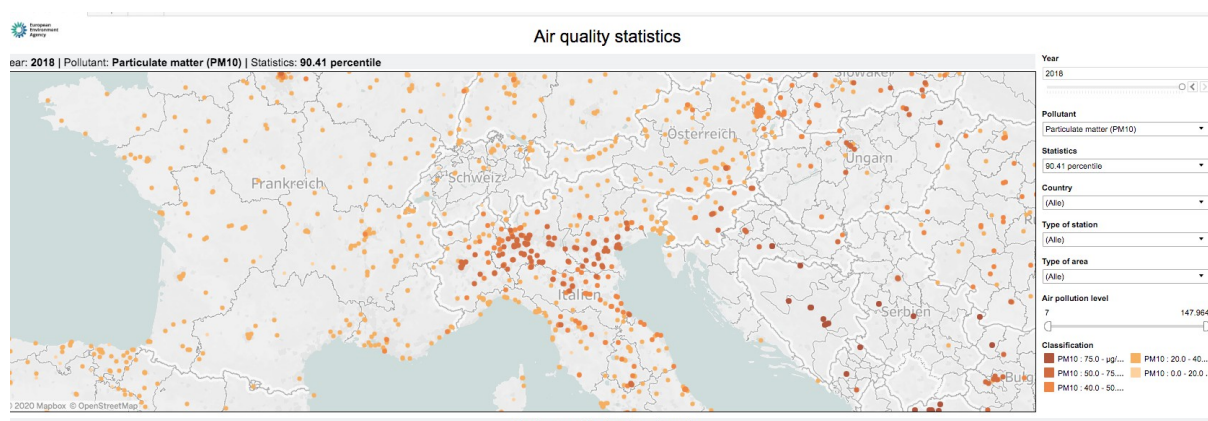
## 2. Umweltfaktoren

Ein weiterer Grund dafür, dass viele Krankheitsverläufe in Norditalien vermehrt tödlich enden, dürfte in der besonders schlechten Luftqualität in den dicht besiedelten norditalienischen Industriezentren, insbesondere der Lombardei, liegen. In keiner anderen Region Europas ist die [Luftverschmutzung](#) größer. Vorschädigung der Atemwege und allgemeine Schwächung des Immunsystems gehen damit einher, Erkrankungen der Atemwege verlaufen deutlich schwerer als in weniger belasteten Regionen.

Der derzeitige Leiter des der Harvard Universität assoziierten Center for Climate, Health, and the Global Environment at the Harvard T.H. Chan School of Public Health, der Mediziner Aaron Bernstein, wird in der [Los Angeles Times](#) mit seiner auf vorherigen Studien basierenden Einschätzung zitiert, dass die starke Luftverschmutzung in Norditalien auch in Zusammenhang mit dem Geschehen um Covid-19 einen gewichtigen Einflussfaktor darstellen dürfte:

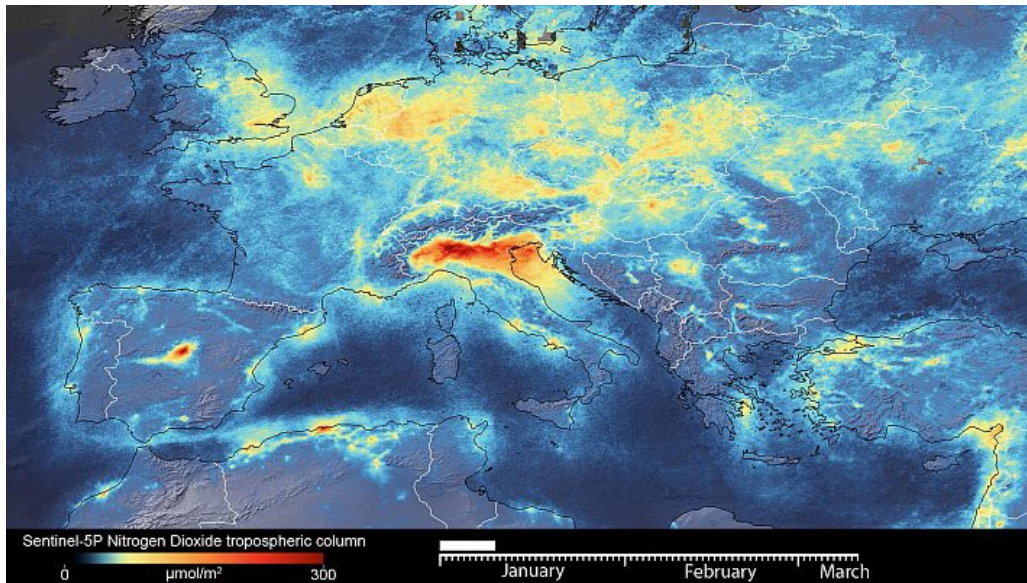
„There’s a lot of evidence that air pollution increases the chances that someone will get pneumonia, and if they get pneumonia, will be sicker with it. (...) We don’t have direct evidence of that with COVID, but I would be surprised if air pollution did not affect risk for COVID infection and the severity of illness (...). There is also evidence from previous outbreaks of similar coronaviruses that people exposed to dirty air are at greater risk of dying. Scientists who studied the SARS coronavirus outbreak in 2003 found that infected patients from regions with higher air pollution were [84% more likely to die](#) than those in less-polluted areas.“

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt eine chinesische [Studie](#) aus dem Jahr 2003, die für infizierte Menschen, die in Gebieten mit stark verschmutzter Luft leben, ein um sogar 200% höheres Risiko feststellt, an SARS zu sterben.



Quelle: European Environment Agency

<https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/dashboards/air-quality-statistics>



ESA-Satellitenbild Januar 2020, vor dem „Coronavirus Lockdown“, s. auch: [http://www.esa.int/Space\\_in\\_Member\\_States/Austria/Weniger\\_Luftverschmutzung\\_in\\_Europa\\_durch\\_Coronavirus-Lockdown](http://www.esa.int/Space_in_Member_States/Austria/Weniger_Luftverschmutzung_in_Europa_durch_Coronavirus-Lockdown)

### 3. Strukturelle Mängel des Gesundheitssystems

Italien verfügt über ein im Grundsatz allen zugängliches Gesundheitswesen, das bei vielen Italiener\*innen von seinem früheren guten Ruf zu zehren und immer noch als eines der besten der Welt wahrgenommen zu werden scheint. So wurde es tatsächlich auch noch Anfang des Jahrtausends in einem gleichwohl nicht unumstrittenen [Ranking](#) der WHO als zweitbestes Gesundheitssystem weltweit bewertet. Im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise von 2008 und der auf [Druck der EZB](#) hin implementierten [Sparpolitik](#) wurde es allerdings radikal [zusammengespart](#) und in weiten Teilen privatisiert. So verabschiedete die italienische Regierung 2012 eine Reihe von Gesetzen, mit denen die Gesamtausgaben für die öffentliche Gesundheit um 900 Mio. Euro im Jahr 2012, 1,8 Mrd. Euro 2013 und weitere 2 Mrd. Euro im Jahr 2014 [gekürzt](#) wurden.

Forschungszuschüsse wurden in den vergangenen zehn Jahren um 21% gekürzt, viele herausragende Wissenschaftler haben das Land [verlassen](#). Im Vergleich zum EU-Durchschnitt leistet Italien in diesem Sektor [geringere Ausgaben](#) und verfügt über weit weniger Kapazitäten an Klinikbetten und Personal. Ähnliches gilt für das von der Finanzkrise bzw. den daraus abgeleiteten aufoktroierten Sparmaßnahmen hart getroffene [Spanien](#).

Einer aktuellen [Auswertung](#) der derzeit noch nicht zentral zusammengeführten Daten zur Lage der intensivmedizinischen Kapazitäten in Deutschland zufolge, verfügen in Deutschland 1.160 Krankenhäuser über intensivmedizinische Bettenkapazitäten. Die Gesamtzahl der Intensivbetten beträgt demnach laut Statistischem Bundesamt 28.031. Pro 100.000 Einwohnern stehen demnach 33,7



Intensivbetten zur Verfügung, ein im EU-Vergleich überdurchschnittlicher Wert.

Italien hält mit 12,5 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern weniger als die Hälfte der deutschen Intensivkapazitäten vor. Die Zahlen sind vorläufig, da sowohl in Deutschland als auch in Italien zur Zeit daran gearbeitet wird, die Kapazitäten auszubauen.

Ein kurzer [Beitrag im ZDF](#), der die Situation der medizinischen Einrichtungen der beiden ähnlich überalterten Gesellschaften Deutschlands und Italiens vergleicht, resümiert: „Deutschland ist nicht Italien“ – eine in ihrer unfreiwillig komisch wie banal scheinenden Formulierung in der derzeitigen Situation gleichwohl bemerkenswerte Feststellung.

Der Präsident der deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Gerald Gaß, erklärt in einem [Interview](#) mit dem Handelsblatt unter der Schlagzeile „Wir sind besser vorbereitet als Italien“, dass „die extreme Situation in Italien vor allem an den sehr geringen Intensivkapazitäten liege“.

Auch der Virologe und Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes, René Gottschalk, meint in einem aktuellen [Interview mit dem Deutschlandfunk](#), es deute wenig darauf hin, dass es in Deutschland zu Verhältnissen wie in Italien oder Spanien kommen werde.

Aus den oben skizzierten Gründen war das italienische Gesundheitssystem also bereits vor Ausbruch der Covid19-Infektionen grundsätzlich überlastet und wäre auch bei einer stärkeren Influenza-Welle über seine Belastbarkeitsgrenzen hinausgekommen (s. auch [Bericht des Corriere della Sera](#) vom 10.01.2018 über den Kollaps der italienischen Intensivstationen während der schweren Grippewelle 2017/2018). Verschärfend kommt noch die Abriegelung der norditalienischen Covid19-Krisengebiete Lombardei, Venetien und Emilia-Romagna Anfang März hinzu, was zusätzlich zur Überlastung der dortigen Krankenhäuser führte.

Es finden sich zudem deutliche Hinweise, dass sich die dramatische Überlastung norditalienischer Krankenhäuser, die sich früh lokal an „hot spots“ der Durchseuchung mit dem Virus wie etwa in Bergamo manifestierte, durch [Missmanagement der Kapazitäten](#) auf überregionaler Ebene verstärkt wurde. So fragt der norditalienische Parlamentsabgeordnete Alfredo Bazoli vom Partito Democratico wie es sein könne, dass Covid-19-Patienten aus Brescia gar nach Deutschland transportiert werden, während im nahen Verona beispielsweise die Kapazitäten der Intensivbetten noch weitgehend ungenutzt seien. In Brescia und Bergamo stürben die Menschen wegen der Überbelegung der Betten und in Venetien seien noch zwei Drittel der Intensivplätze frei.

Auch Ärzt\*innen lombardischer Intensivstationen beklagen in einem [offenen Brief](#) an den Staatspräsidenten und italienische Regierungsvertreter, mangelnde Solidarität und fordern, es müssten „Regionalgrenzen (...) überschritten werden, um Covid-Patienten aufzunehmen.“

#### **4. Überinanspruchnahme der medizinischen Einrichtungen durch medial angeheizte Panik**

Die Berichterstattung und Panik vor dem Coronavirus hat auch in Italien zu einer massiven Überinanspruchnahme der Krankenhäuser durch Menschen mit lediglich Erkältungssymptomen geführt. Das alles bei einem schon im Normalzustand völlig überlasteten Gesundheitssystem. Ohne Zelte vor den Krankenhäusern wäre schon dieser Ansturm nicht zu bewältigen gewesen. Unter infektionsepidemiologischen Aspekten ist die Konzentration von Risikopersonen an einem Ort (Krankenhaus, Zelte usw.) höchst bedenklich und kontraproduktiv.

Schon unter normalen Bedingungen sterben in Italien bis zu [11.000 Menschen](#) jährlich an Keimen, die erst im Krankenhaus übertragen worden sind. Es muss angenommen werden, dass bei dem Ansturm auf die Krankenhäuser der letzten Wochen auch einige Patient\*innen dabei waren, die Covid-19 oder andere Keime auf Risikopersonen übertragen haben.

Mittlerweile kommen immer mehr unfassbare Fehlentscheidungen des Lega-beherrschten Gesundheitswesens in der Lombardei ans Tageslicht. So beschloss dieses noch am 8. März, dass man "leicht erkrankte" Corona-Patienten in Senioren-Wohnheimen unterbringen sollte. Eine Covid-19-Bombe, in den Wohnstätten besonders Gefährdeter gezündet, [erklärte Luca Degani](#), Leiter von 400 Seniorenresidenzen, der den Befehl der Lega-Regierung in der Lombardei umsetzen musste: "Wer sich dem widersetzt hätte, hätte die Förderung verloren, also hielten alle den Mund." In Italien gibt es praktisch keine niedergelassenen Ärzte mit eigener Diagnostik. In Ermangelung aller Gerätemedizin können die Hausärzte daher gar nichts anderes tun, als alle Patienten für Untersuchungen in diese Riesenkrankenhäuser zu schicken. Krankenhäuser wurden so zu Virenschleudern.

Ebenso wird aufgrund unzureichender Schutzmaßnahmen von hohen Ansteckungsraten unter dem medizinischen Personal [berichtet](#), das damit für die Versorgung der Patient\*innen ausfällt, was wiederum die Versorgungslage weiter verschärft.

Gravierende Folgen beim Versuch, die in Zusammenhang mit Covid-19 auftretenden bakteriellen Pneumonien zu behandeln, ist darüber hinaus durch die in Italien weit verbreitete Antibiotikaresistenz zu erwarten. Tatsächlich führt Italien aufgrund der großzügigen Verschreibungspraxis bei der Resistenz gegen Antibiotika und damit verbundenen Todesfällen die [Statistiken](#) in Europa an.

## **5. Veränderte Wahrnehmung und Einordnung der Situation durch Ärzt\*innen (Schockrisiko)**

Die Einschätzung von einem Teil der Virologen, dass COVID-19 als neuer Virus mit exponentiellem Wachstum eine besondere Gefahr darstelle, ist omnipräsent.

Dabei könnte sich dann auch die Wahrnehmung von medizinischen Profis ändern. Als Beispiel sei hier die Indikation zur Beatmung genannt. Intubiere ich einen hochbetagten Patienten mit über 80 Jahren und mehreren schweren Vorerkrankungen noch, oder ermögliche ich ihm ein würdevolles Sterben im Kreis seiner Angehörigen? Diese Entscheidung wird durch den Fokus auf einen Patienten, der COVID-19 positiv getestet wurde und deshalb als "akut krank" bezeichnet wird, beeinflusst. In dieser Perspektive, die nicht mit wissenschaftlicher Evidenz übereinstimmen muss, ist es verständlich, dass jetzt mit Isolation und Maximaltherapie reagiert wird. Es geht dann nur noch um eine Infektion, die überstanden werden muss, es geht um Leben oder Tod.

Bei vielen Sterbenden würde in der gleichen Situation trotz Vorliegen von schweren Atemproblemen keine Indikation zur Beatmung gestellt. In den meisten Fällen handelt es sich hier um eine ethische Entscheidung, die ein würdevolles Sterben ermöglichen soll.

Eine invasive mechanische Beatmung unter Narkose stellt gerade für alte Menschen mit Vorerkrankungen eine große Belastung dar und muss immer genau abgewogen werden.

Erschreckend sind tatsächlich die Leitlinienempfehlungen zur frühzeitigen invasiven Beatmung, die keinen Vorteil gegenüber der Unterstützung mit Sauerstoffmasken bringen, sondern möglicherweise sogar das Leben der Patient\*innen verkürzen könnten. Als Grund wird in der aktuellen Leitlinie angeführt, dass die Aerosolbildung bei der schonenderen Behandlung mit Sauerstoffmasken, die ohne Narkose/ Sedierung durchgeführt wird und die auch auf peripheren oder Palliativstationen angewendet werden könnte, zu höherer Infektionsgefahr für das medizinische Personal führen kann. So wird zum Schutz der „Helden im Gesundheitssystem“, die in Italien aus den Fenstern beklatscht werden und die in der Regel kein erhöhtes Risiko haben, an Covid-19 ernsthaft zu erkranken, eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit durch mechanische invasive Beatmung in Kauf genommen. Ob diese Empfehlung mit ethischen ärztlichen Werten in Übereinstimmung steht, ist fraglich.

Als Folge könnte jetzt eine anfänglich niederschwellige Indikation zur intensiven Behandlung und Beatmung schnell zu totaler Überlastung der Intensivstationen und der vorhandenen Beatmungskapazitäten führen. Dann muss die berichtete Triage (Priorisierung nach Überlebenschancen) einsetzen, mit allen ethischen Implikationen, über die ebenfalls mit großer Emotionalität berichtet wird, die aber in der Tat oft zum traurigen Normalzustand in auf wirtschaftliche Effizienz getrimmten Kliniken gehört.





vor, für die verbleibenden 18 konnten schwerwiegende Vorerkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen, Diabetes und Fettleibigkeit festgestellt werden.

Das ISS unterscheidet zudem zwischen Verstorbenen *durch* das und Verstorbenen *mit* dem Coronavirus. In vielen Fällen ist noch nicht geklärt, ob die Personen am Virus starben oder an ihren chronischen Vorerkrankungen oder an einer Kombination aus beidem.

Da in den Veröffentlichungen der Kliniken und entsprechend in der Berichterstattung durch die Medien just diese Unterscheidung jedoch nicht vorgenommen wird, sondern alle, die *mit* dem Coronavirus im Krankenhaus sterben, als Todesfälle *durch* das Coronavirus gezählt werden, liegt die Todesfallzahl laut dem italienischen Medizinprofessor [Walter Ricciardi](#), Berater der italienischen Regierung und Befürworter der italienischen Eindämmungspolitik, um ein Vielfaches zu hoch:

„The way in which we code deaths in our country is very generous in the sense that all the people who die in hospitals with the coronavirus are deemed to be dying of the coronavirus (...). On re-evaluation by the National Institute of Health, only 12 per cent of death certificates have shown a direct causality from coronavirus, while 88 per cent of patients who have died have at least one pre-morbidity – many had two or three’ (...).“

Auch von offizieller Seite wurde bereits auf die zu treffende Unterscheidung zwischen *mit* und *an* Covid-19 Gestorbenen hingewiesen, so durch den Leiter des italienischen nationalen Amtes für Zivilschutz, Angelo Borrelli, auf einer Pressekonferenz des Dipartimento Protezione Civile vom 20.03.2020. Gleichwohl scheinen sich trotz dieser und anderer Einwürfe diese Differenzierungen in der medialen und breiten öffentlichen Wahrnehmung zu „versenden“.

Trifft man hingegen diese epidemiologisch wie statistikwissenschaftlich gebotene Unterscheidung, liegen die tatsächlich durch den Coronavirus verursachten Todesfälle bei höchstens einigen Dutzend Fällen pro Tag bei einer normalen Gesamtsterblichkeit von 1.800 pro Tag und bis zu 20.000 Grippetoten in Italien pro Jahr.

## **7. weitere Faktoren**

Im Zuge der Eindämmungspolitik und daraus resultierender Grenzschießungen und unklarer Rückkehrmöglichkeiten, haben viele, meist aus osteuropäischen Ländern stammende Pflegekräfte aus der ambulanten Pflege geradezu fluchtartig das Land verlassen, wie ein [Bericht](#) in der Süddeutschen Zeitung feststellt: „In ganz [Europa](#) gefährdet die Pandemie die Versorgung alter Menschen zu Hause, weil Pflegekräfte nicht mehr zu ihnen können - oder das jeweilige Land fluchtartig verlassen haben Richtung Heimat.“ Alte und pflegebedürftige Menschen, die

zurückgelassen werden, müssen in stationäre Pflege verbracht werden, was die Situation in den ohnehin überlasteten Krankenhäusern weiter verschärft. Unter solchen Bedingungen ist mit weiteren Opfern zu rechnen, die nicht am Virus, sondern an den Rahmenbedingungen, die durch die Panik vor dem Virus geschaffen wurden, sterben werden.