



Zusammenfassende Darstellung



**Die Autorengruppe zu Corona
- sieben interdisziplinäre Thesepapiere in 11 Monaten -**

(Text Anfang Oktober '20, 2. Akt. Mitte Februar '21) Mitte März 2020 – die große Relevanz der Corona-Epidemie war nicht mehr zu übersehen – hat sich aufgrund persönlicher Ansprache eine Autorengruppe aus fachlich und wissenschaftlich interessierten Einzelpersonen zusammengefunden, um zu den Entwicklungen rund um diese Infektionskrankheit Stellung zu nehmen und Konzepte zu ihrer Kontrolle zu diskutieren. Die „**Thesepapiere zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19**“ (hier zum [Register](#)) folgten alle einer gleichen Dreiteilung: ein klinisch-epidemiologisches Kapitel 1 machte den Anfang, das mittlere Kapitel war der Prävention und „Stabilen Kontrolle“ der Epidemie gewidmet, und das Schlusskapitel – in den Reaktionen besonders positiv aufgenommen – bezog sich auf den gesellschaftspolitischen Kontext. Die Untertitel

**„Datenbasis verbessern
Prävention gezielt weiterentwickeln
Bürgerrechte wahren“**

machten dies deutlich, in Tp4 ausformuliert als

**„Verbesserung der Outcomes in Sicht
Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren
Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren“.**

Ohne Zweifel sind bei der Beherrschung einer Epidemie Virologen und andere Grundlagenforscher von größter Bedeutung, aber die Autorengruppe war sich einig in der Ansicht, dass eine Epidemie nicht nur aus biologisch-medizinischer Perspektive zu verstehen ist, **sondern immer auch aus gesellschaftlicher und fachübergreifender Sicht zu interpretieren und nur so zu kontrollieren ist.** Aus diesem Grund kam es auch zu der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammensetzung, die sich im Laufe der Zusammenarbeit noch weiter verbreitete: nur durch Einbeziehung praktisch-medizinischer, pflegerischer, rechtsmedizinischer, soziologischer, juristischer und praktisch-politischer sowie politikwissenschaftlicher Sichtweisen kann die Ausbreitung einer Epidemie so gut verstanden werden, dass man die wichtigsten zu ergreifenden Maßnahmen erkennt, und die wichtigsten Auswirkungen erfasst, die über den Verlauf Auskunft geben. „Auswirkungen“ heißt definitiv nicht nur die „Zahl der Fälle“, sondern auch die Auswirkungen auf die Lebensqualität und Autonomie der Bürgerinnen und Bürger: es darf nicht sein, dass alte Menschen isoliert versterben, junge Menschen ihre Bildungschancen verlieren, sich die soziale Spaltung (weiter) vertieft und die Grundrechte ohne Ende eingeschränkt werden.

Dies ist keine leichte Aufgabe, hat sich doch ein **ganz neues, gesellschaftliches Narrativ** in den Vordergrund geschoben: die Bilder von Bergamo, ein katastrophales Szenario, das beinahe alles zu rechtfertigen schien. Aber schauen wir uns heute die Situation mit Ruhe und kritischer Distanz an: es versterben von 100 hospitalisierten CoVID-19-Patienten in etwa genauso viel wie von 100 hospitalisierten Patienten mit einer ambulanten erworbenen Pneumonie gleichen Alters. In diesem Kontext hält sich CoVID-19 durchaus „im Rahmen“, auf jeden Fall besteht keine katastrophale Situation, die es erlauben würde, alle gesellschaftlich konstituierende Grundsätze außer Kraft zu setzen (so auch die **Stellungnahme vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages**, 9.9.2020). Das Problem besteht allerdings im zeitlichen Zusammentreffen und der Konzentration auf ältere Patienten bzw. den institutionellen Kontext (z.B. Pflegeheime), die für CoVID-19 charakteristisch ist.

In den letzten Jahrzehnten **ist es in den Gesundheitswissenschaften zu einigen tiefgreifenden Veränderungen gekommen**, die eine ganze Generation der im Gesundheitswesen tätigen Personen beeinflusst haben und vieles zum Besseren wenden konnten. Die Evidenz-basierte Medizin hat Methoden

entwickelt, um Sinnvolles von Unnötigem (oder Schädlichem) zu trennen, die Versorgungsforschung hat die Multidisziplinärität in diesem Bewertungsvorgang zu operationalisieren gelehrt, die Patientensicherheits-„Bewegung“ hat das Umgehen mit Risiken und das Zustandekommen von Schäden aufgeklärt, und die Diskussion um die Patientenautonomie hat den passiven „gehorsamen“ Patienten zu einem aktiven Partner im Gesundheitswesen gemacht. All diese Entwicklungen wurden in den Thesepapieren zugrunde gelegt, wenn es z.B. um die Beurteilung von bestimmten Präventionsmaßnahmen (Masken) unter gegebenen Prävalenzbedingungen oder um die Würde und Humanität als Zielpunkt von Prävention ging. Es ist nun mal so: wenn man eine Präventionsmaßnahme mit einer Wirkung von 80% in einem Umfeld mit hoher Ansteckungswahrscheinlichkeit verwendet (Intensivstation), dann ist sie selbstverständlich. Wenn aber die Wahrscheinlichkeit der Infektion sehr gering ist (z.B. im Supermarkt oder im Freien), dann kommt man sehr schnell in eine Situation, dass sehr, sehr viel Personen eine Maske tragen müssten, damit eine einzige Infektion verhindert wird. Das macht vielleicht nichts – aber man muss es so sagen, und man muss auf dieser Basis zu einer transparenten Entscheidung kommen, die dann auch lauten kann, dass man die Maßnahme nicht ergreift.

So ziehen sich die **Themen Transparenz und Risikokommunikation** durch alle Papiere. Völlig klar ist: im März 2020 gab es eine Krise, und Auswirkungen sind bis heute spürbar. Aber aus Sicht der Risikoforschung und dem praktischen Umgang mit Risikosituationen ist ebenso klar: man kann einer Personengruppe oder einer ganzen Bevölkerung nicht auf unbestimmte Zeit eine Alarmierung auf höchstem Niveau zumuten. Denn die Konsequenzen sind bekannt: es kommt entweder zu Ausweichbewegungen oder zu einer Haltung der Passivität/Interessenlosigkeit, wenn nicht gleich zu einem durchgängigen Fatalismus oder gar zur Loyalität. Der eigentlich zeitgemäße „aktive Bürger“ wird auf jeden Fall zum Rückzug gedrängt, kritische Fragen werden oft nicht angemessen wertgeschätzt, ein Teil der Bevölkerung wird abgetan als „Covioten“, alles mit der Konsequenz, dass die in Krisensituationen so wichtige Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft der Einzelnen und der Gemeinschaft geschwächt wird. Es ist daher die Pflicht jedes Verantwortlichen, die Alarmierung beizeiten zu beenden und erreichbare, transparent begründbare und authentische (nicht vorgeschobene) Ziele zu setzen (de-Briefing sagen hierzu die Risiko-Experten).

Solche Ziele könnten z.B. mit einer **anderen Form der Darstellung der Entwicklung der Epidemie** beginnen. Es geht ja nicht nur um die ärgerliche Darstellung der Letalität in den täglichen RKI-Berichten („3,8%“), wenn völlig unbestritten ist, dass die Letalität unter Berücksichtigung der Dunkelziffer bei 0,3-0,5% liegt, also um den Faktor 10 niedriger. Es geht um solche basalen Ungenauigkeiten wie die Bezugnahme auf die „Inzidenz“ oder „7Tage-Inzidenzrate“. Es wäre natürlich schön, wenn wir die tatsächliche Neuerkrankungsrate (dito Inzidenz) in unserer Bevölkerung kennen würden, allerdings müsste das nach den Regeln der Kunst entweder in der gesamten Bevölkerung oder in einer repräsentativen Stichprobe geschehen, und zwar an der gleichen Stichprobe über einen längeren Zeitraum mit gleicher Methodik. Stattdessen verwenden wir aber Anlass-bezogene, unsystematisch ausgewählte Testmaßnahmen bei unterschiedlichen Teilen der Bevölkerung, die weder repräsentativ noch unabhängig von externen Faktoren wie Testverfügbarkeit oder politischer Zielsetzung sind.

Warum das wichtig ist? Weil die Bezugnahme auf die Inzidenz und die Neuerkrankungsrate insinuiert, dass wir damit die Dynamik der Infektion sehen und Neuinfektionen abfangen können, ja sogar die Wirksamkeit der Maßnahmen wie Lockdown etc. evaluieren und so die Infektion beeinflussen, ja vielleicht sogar ausrotten können. **Dies entspricht jedoch nicht unseren realen Handlungsoptionen**, ausrotten lässt sich eine Epidemie mit asymptomatischer Übertragung nicht. Wollte man die Epidemie kontrollierend begleiten, dann wären in allererster Linie reliable und valide Häufigkeitsparameter notwendig, die nur an repräsentativen Stichproben gewonnen werden können. Annäherungen wie neuerdings „35/100.000“ gehören mit Sicherheit nicht dazu, denn es ergibt keinen Sinn, die positiven Testergebnisse einer Woche zusammenzuzählen und dann auf die Gesamtbevölkerung umzulegen, allein schon deshalb, weil man ja gar nicht weiß, wieviel unentdeckte Fälle im nicht-getesteten Teil der Bevölkerung noch vorhanden sind.

Solche **verlässlichen Häufigkeitsmaße** würden uns auch Antworten auf die eigentlich drängenden Fragen geben, z.B. wie es zu dem Süd-Nord-Gefälle der gemeldeten Neu-Fälle in Deutschland kommt, wie die erstaunliche Belastung des ländlichen Raums zustandekommt, oder wie der große Unterschied zwischen benachbarten europäischen Ländern zu erklären ist. Mal sind die Italiener die „Champions“, dann die Portugiesen, nur um sich einzugestehen, dass es Wochen später schon wieder völlig anders aussieht. Wie das zu erklären ist? Ganz einfach: wir haben ein Infektionsgeschehen in der Bevölkerung, das in unterschiedlichen Ländern/Landesteilen unterschiedlich ausgeprägt ist, und wir entnehmen einzelne Prävalenz-Stichproben, die – na ja, die uns eben dieses Faktum vor Augen führen. Weiter nichts: die wirkliche Infektionsdynamik erkennen wir auf diese Weise nicht, hierzu bräuchten wir repräsentative Bevölkerungskohorten, die aber immer noch nicht in Gang gesetzt wurden.

Nach dieser Sichtweise müsste daher die **Kommunikationsstrategie grundsätzlich anders aufgestellt** werden. Es sollte beim Testen nicht (nur) um das Aufdecken von Neu-Erkrankungen gehen, sondern das Ziel des Testens muss in erster Linie in der Unterstützung der Gesamtstrategie liegen, mit der man mit der Epidemie umzugehen gedenkt. Gezielte, sinnvolle Testanwendungen sollten sich daher in erster Linie auf die verletzlichen Bevölkerungsgruppen richten, auf die Gruppen mit unbekanntem (z.B. Lehrer) oder sehr hohem Risiko (Mitarbeiter in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pflege), und die Gesundheitsämter sollten ihr langjähriges Erfahrungsgut beitragen, damit die Bereiche, in denen eine hohe Infektionsaktivität und ein hohes Risiko für Herdausbrüche vorliegt, rechtzeitig erkannt werden können.

Eine adäquate Kommunikation spielt natürlich besonders bei der **Impfung** eine große Rolle. Hier muss man den medizinisch-pharmakologischen Aspekt des Impfstoffes (Wirkung, Nebenwirkungen, Applikation etc.) klar trennen von der **Impfkampagne** (s. Tp7), womit die Umsetzung im gesellschaftlichen Alltag beschrieben wird. Und hier gibt es klassische und zu antizipierende Fragen: Verteilung, Priorisierung, Konkurrenz zwischen verschiedenen Impfstoffen, Rechte der Geimpften, Rechte der bereits Infizierten, Impfverweigerer/Kontraindikationen/Impfversager (wie groß ist diese Gruppe), um nur einige zu nennen. Es ist doch fragwürdig, wenn bei bestehendem Impfstoffmangel die Lösung ausgegeben wird, dass Personen, die die Infektion bereits überstanden und damit eine natürliche Immunität erworben haben, trotzdem geimpft werden, nur um die Erhebung des Immunstatus zu vermeiden (eine ärztlich selbstverständliche Maßnahme). Je nach Dunkelziffer sprechen wir hier immerhin um einen Bevölkerungsanteil von zwischen 10 und 15 Millionen Bundesbürgern.

Die **Zusammenarbeit** der verschiedenen Mitglieder der Autorengruppe hat zu zahlreichen Empfehlungen und Analysen geführt, die hier nicht alle wiedergegeben werden können. Im vierten Thesepapier stand z.B. die politikwissenschaftliche Dimension ganz im Vordergrund, im dritten Papier die Evaluation der juristischen Implikationen und die sehr wichtige Problematik der Corona-Apps. Das 5. Papier widmete sich im Schwerpunkt den Präventionsstrategien, das 6. Thesepapier nahm sich wieder die Epidemiologie vor, und das 7. Papier wieder das ganze Spektrum von der Epidemiologie über die Prävention (Schwerpunkte Impfung und Pflegeheime) und gesellschaftspolitische Implikationen. Gemeinsam ist allen Ansätzen jedoch die Ansicht, dass die Gesellschaft noch lange Zeit „mit dem Virus wird leben müssen“, auch nach einer weitgehend abgeschlossenen Impfkampagne. Diese Ko-Existenz wird nicht in einer Abfolge von Lockdowns des gesellschaftlichen Lebens bestehen können, erstens weil es die Gesellschaft zu stark schädigt, und zweitens weil dieses Vorgehen wirkungslos ist – allen Beteuerungen zum Trotz, dass der erste Lockdown ein voller Erfolg gewesen sei. Ein Zero-/No-Covid-Ansatz ist völlig illusorisch, und Inselstaaten können auch nicht für die nächsten hundert Jahre die Einreise blockieren und bei jedem einzelnen Cluster Millionenstädte schließen. Wenn man sich die heutige Situation im Vergleich der internationalen Daten in Ruhe anschaut, dann kommt man viel eher zu dem Verdacht, dass Länder mit einem besonders eingreifenden Lockdown im weiteren Verlauf besonders schlecht dastehen; aber dies muss später geklärt werden, hier werden Gesundheitssystemforscher noch viel zu tun haben. Was aber aus der nun bald sechsmonatigen Zusammenarbeit der Autorengruppe als zentraler Eindruck verbleibt: es lohnt sich, über den Tellerrand zu schauen, es lohnt sich, den Diskut mit Fachfremden zu führen, denn nur auf diese Weise kann man eine Epidemie entschüsseln. Um nochmals darauf zurückzukommen: was haben wir nun genau in Bergamo gesehen? – das ist die Kernfrage. Entgegen der Ullme nachmal weitverbreiteten Ansicht war es nicht (nur) eine Viruserkrankung, es war in erster Linie ein lokal zusammenbrechendes, unvorbereitetes Gesundheitssystem, das schlecht geführt, schlecht ausgestattet und schlecht organisiert war. Also mache man sich an die Arbeit, bessere Gesundheitssysteme, bessere lokale Steuerung und bessere Konzepte für eine effektive Infektionskontrolle sind das Ziel.

Downloads REGISTER

- Thesepapier 1.0
- Thesepapier 2.0
- Thesepapier 3.0
- Thesepapier 4.0
- Thesepapier 4.1
- ad hoc-Stellungnahme
- Thesepapier 5.0
- Thesepapier 6.1
- Thesepapier 7

VERSORGUNGSFORSCHUNG



Autorengruppe

- Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30, 50672 Köln
+49 163 5818 797
matthias@schrappe.com
www.matthias.schrappe.com
- Hedwig François-Kettner
francois-kettner@progewi.de
- Dr. med. Matthias Gruhl
hbzr186@gmail.com
- Prof. Dr. jur. Dieter Hart
hart@uni-bremen.de
- Franz Knieps
franz.knieps@bkk-dv.de
- Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
manow@uni-bremen.de
- Prof. Dr. phil. Holger Pfaff
holger.pfaff@uk-koeln.de
- Prof. Dr. med. K. Püschel
pueschel@uke.de
- Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske
glaeske@uni-bremen.de