

Stellungnahme

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Köln

Einzel-Sachverständiger

Anlässlich der Sitzung des
Ausschuss für Gesundheit

9. September 2020,
14:00 Uhr – 15:30 Uhr

Anhörung zu

a) Gesetzentwurf der Fraktion der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Weitergeltung von Rechtsverordnungen und Anordnungen aus der epidemischen Lage von nationaler Tragweite angesichts der Covid-19-Pandemie (Covid-19-Rechtsverordnungsweitergeltungsgesetz)

BT-Drucksache 19/20042

b) Antrag der Fraktion der FDP

Epidemische Lage von nationaler Tragweite beenden – Bevölkerung weiter schützen, Parlamentsrechte wahren

BT-Drucksache 19/20046

c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pandemierat jetzt gründen – Mit breiterer wissenschaftlicher Perspektive besser durch die Corona-Krise

BT-Drucksache 19/20565

„1) Wie bewerten Sie ganz grundsätzlich die bisherige Pandemiebekämpfung und wurde die Public Health Perspektive aus Ihrer Sicht bislang genügend beachtet?“

Deutschland ist bis jetzt vergleichsweise gut durch die Epidemie gekommen, trotzdem wurden gerade in den ersten Wochen einige schwerwiegende Fehler gemacht, die in erster Linie auf mangelnde fachliche Beratung zurückgehen. Die Hauptproblematik der Corona-Epidemie, nämlich die Übertragung durch asymptomatische bzw. symptomarme Personen, wurde nicht richtig erkannt, so dass wesentliche Konsequenzen unterblieben:

1.1. Fehlen einer repräsentativen Kohorte zur adäquaten Einschätzung der Häufigkeitsentwicklung: eine asymptomatische Übertragung bedingt eine hohe Dunkelziffer, d.h. man weiß nicht, wo man hinsichtlich der Häufigkeit steht. Man hätte daher zwingend sofort eine **Nationale Kohorte** einrichten müssen.

1.2. Herdförmigen und sporadischen Ausbreitungstyp unterscheiden: eine asymptomatische Übertragung bedingt eine epidemiologische Dynamik, die aus zwei Komponenten zusammengesetzt ist: 1. herdförmige Ausbreitung (Cluster) und 2. sporadische „gleichmäßige“ Ausbreitung (s. Thesenpapiere 1.0 und 3.0). Da es in Deutschland reichlich Erfahrung mit beiden Ausbreitungstypen gibt, nämlich bei der Kontrolle von jährlich 700.000 Krankenhausinfektionen, die ebenfalls durch asymptomatische Keimträger übertragen und sowohl herdförmig als auch sporadisch auftreten können, hätte man Experten der Krankenhaushygiene und klinischen Infektiologie mit ihren Infection Control-Techniken hinzuziehen müssen. Diese Spezialisten sind in der Lage, eine Epidemie vor Ort zu kontrollieren, Grundlagenwissenschaften und Administration leisten wertvolle Zuarbeit.

Im Einzelnen wäre folgendes Vorgehen angebracht gewesen:

1.3. Die herdförmige Ausbreitung ist in Ort und Zeit nicht vorhersehbar, daher:

1.3.1. Ruhe bewahren und **nicht dramatisieren** (Herde lassen sich nicht verhindern, daher praktikable Handlungsoptionen für den Zeitpunkt „X“!);

1.3.2. **niedrigschwellige und sanktionsfreie Angebote** kommunizieren, damit keine Verzögerungen auftreten (am Freitag-Nachmittag darf die Heimleitung nicht den Entschluss fassen, bis Montag zu warten);

1.3.3. kompetente **Eingreifteams** bereitstellen, die bei den „aus heiterem Himmel“ auftretenden Clustern niedrigschwellig Hilfe leisten (Schutzmaterialien, Tests, Organisation der betroffenen Institutionen u.a.), gerade bei den zu Beginn einer Epidemie mit aerogener Übertragung typischen Herden im Gesundheitswesen und in Pflegeeinrichtungen;

1.3.4. Sofort **mit erfahrenen Analyseteams vor Ort** gehen, um Daten zum genauen Ausbreitungsmodus, dem klinischen Bild und zur Prognose zu sammeln. Es ist ein schwerwiegendes Versäumnis, dass das RKI und andere

staatlichen Stellen weder Infection Control-Experten hiermit beauftragt haben, noch Empfehlungen an die Gesundheitsämter herausgegeben haben oder selbst in Erscheinung getreten sind.

1.4. Sporadische Ausbreitung: Dieser Ausbreitungstyp ist dadurch charakterisiert, dass Einzelfälle und Kleincluster (<10 Personen) ohne erkennbaren Zusammenhang auftreten. *Die sporadische Ausbreitung ist weder durch eine Ausweitung des Testumfanges noch durch intensivierete Nachverfolgungsmethoden einzugrenzen* (anders als Herdausbrüche), sie stellt daher den klassischen Grund für die Durchführung von allgemeinen und Zielgruppen-spezifischen Präventionsmaßnahmen dar. Die allgemeinen Maßnahmen sind Barrieremethoden (Abstandsregeln, bei höherem Risiko Masken etc.) und Desinfektion (analog Händedesinfektion bei Krankenhausinfektionen). Bei den spezifischen Methoden handelt es sich um Schutzmaßnahmen für besonders verletzbare Personen- und Bevölkerungsgruppen (im Krankenhaus schützt man z.B. Chemotherapie- oder Transplantationspatienten). Diese spezifischen Präventionsmaßnahmen lehren die Gesellschaft, mit dem Virus zu leben, denn eine Eradikation ist auf Sondersituationen beschränkt und in einem vernetzten Land wie Deutschland oder Europa illusorisch. Sie müssen gleichrangig den Zielen des Infektionsschutzes und der Humanität dienen, das „Wegsperrn“ und ein Kontaktverbot sind einer entwickelten Gesellschaft unwürdig, vor allem da es gute Alternativen gibt (z.B. Testung am Vorabend, Ergebnis am Morgen des Besuches), die aber aktiv entwickelt und vertreten werden müssten. Leider wurde in Deutschland die Diskussion spezifischer Präventionsanstrengungen weithin unterlassen.

1.5. Mehrdimensionale Endpunkte: jede Präventionsstrategie bedarf eines oder mehrerer Endpunkte, an denen man feststellen kann, ob sie wirkt. Als Endpunkte kommen biologisch-medizinische Angaben z.B. zur Häufigkeit von Neuinfektionen in Frage (vorausgesetzt, sie werden verlässlich erhoben), weiterhin müssen aber andere, im gesellschaftlichen Bereich liegende Folgen einbezogen werden, um auch negative Effekte rechtzeitig zu erkennen. Hier sollten ökonomische und juristische Kriterien sowie Kriterien aus dem Bereich von Wissen und Ausbildung berücksichtigt werden (s. Thesenpapier 2.0, Kap. 2.3: Infection Control Score).

Zusammenfassung: Bei der bisherigen Bewältigung der Epidemie sind zahlreiche Fehler zu verzeichnen, die man durch eine breitere wissenschaftlich-fachliche Beratung z.B. durch Ökonomen, Juristen, Pädagogen, Psychologen (wegen der psychischen Folgen z.B. der Vereinsamung). Pflegewissenschaftler, Soziologen, Politologen hätte vermeiden können. Soweit man diese Perspektiven als „Public Health“-Perspektive zusammenfasst, kann man klar konstatieren: diese Perspektive wurde nicht abgefragt und blieb daher weitestgehend ungenutzt.

„2) Wie müsste eine Strategie für die weitere Epidemie aussehen und könnte der von uns vorgeschlagene Pandemierat dazu beitragen, eine solche Strategie zu entwickeln?“

Eine Strategie für die weitere Entwicklung muss folgende Punkte umfassen:

2.1. Die Wissensbasis über die Ausbreitung und die klinischen Folgen der SARS-CoV-2/Covid-19-Infektion stärken: Die Zahlen in den tgl. RKI-Berichten müssen gründlich überarbeitet werden, insbesondere sollte man auf falsche Angaben zur Letalität („4,5%“) verzichten, wenn klar ist, dass die Letalität in der Realität bei 0,3% liegt. Weiterhin sind endlich repräsentative Stichproben auf Populationsniveau notwendig.

2.2. Die Teststrategie auf die Eingrenzung von Herden, auf den Schutz von Hochrisikogruppen und Gruppen mit bislang unbekanntem Risiko (z.B. Lehrer) sowie auf die Entwicklung von innovativen spezifischen Präventionsmaßnahmen (z.B. Besuchsregelungen) konzentrieren – ungezielte Testprogramme sofort beenden: Wenn man die Aussagekraft der derzeitigen Testverfahren nicht auf eine technische Kontrolle, sondern auf die relevante Frage der Infektiosität bezieht, ergibt sich ein erhebliches Problem hinsichtlich der Spezifität, das heißt: ein relevanter Anteil der Personen mit einem positiven PCR-Befund sind nicht infektiös (s. Thesenpapier 2.0, Kap. 2.1.2). Dies betrifft vor allem die zweite Infektionswoche nach Abklingen der Symptomatik. Wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Thematik sind dringlich, auch im Zusammenhang mit anderen Methoden (z.B. IgM-Nachweis).

2.3. Zielgruppen-orientierte Präventionsmaßnahmen müssen die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. Abstandsregeln) ergänzen, um eine „Stabile Kontrolle“ der Epidemie zu erreichen (s. Thesenpapier 3.0, Kap. 2.1). Wie oben bereits ausgeführt, ist hier ein multidisziplinärer und multiprofessioneller Zugang notwendig. Besondere Beachtung muss den Einrichtungen des Gesundheitssystems und den Pflege- bzw. Betreuungseinrichtungen zukommen. Neben dem Infektionsschutz müssen die Maßnahmen darauf ausgerichtet sein, Würde und Humanität zu wahren, besonders bei älteren Menschen und Bewohnern von Pflege- oder Betreuungseinrichtungen, aber auch bei infizierten (meist gesunden) Kindern oder (bes. älteren) Patienten in Krankenhäusern.

2.4. Die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Richtung einer „Totalen Institution“ muss unterbleiben, Patientenautonomie muss weiterhin gewahrt werden. Die letzten Jahrzehnte waren durch eine nicht einfache, jedoch erfolgreiche Diskussion um die Stärkung der Patientenrechte gekennzeichnet, begleitet durch eine zunehmende Transparenz ärztlicher Entscheidungen (z.B. Evidenz-basierte Medizin). Im Zusammenhang mit der Corona-Krise ist jetzt ein Rückfall in eine paternalistisch-totale Kontrolle zu beobachten: restriktive Besuchsregelungen, Einschränkungen der

Bewegungsfreiheit, zunehmende Kontrolle durch diverse digitale Instrumente und Beschränkung der Wahlfreiheit von Patienten/Infizierten und Risikopersonen hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Optionen in Therapie und Prävention. Diese Entwicklungen führen zu einer weitgehenden Entmündigung, die mit einem modernen Verständnis der Rolle von Patienten und Therapeuten nicht vereinbar ist. Hier ist dringend ein Gegensteuern notwendig, um einer Perpetuierung dieses „Rollbacks“ zuvorzukommen.

2.5. Der Diskurs über die Situation und die einzuleitenden Maßnahmen muss breit aufgestellt werden, um die Marginalisierung von Bevölkerungsgruppen, die sich von der Diskussion ausgeschlossen fühlen, zu beenden bzw. zu reduzieren. Hier wäre ein deutliches Signal der politischen Ebene (Legislative ebenso wie Exekutive) hilfreich, mit dem die Integrationskraft eines breit aufgestellten öffentlichen Diskurses bei der Gestaltung einer pluralen Gesellschaft betont wird, und zwar nicht trotz, sondern gerade wegen der zweifellos bestehenden Bedrohung durch Corona. Ohne diese Re-Integration besteht sonst die Gefahr, dass offene Fragen, Missverständnisse und gegenwärtige bzw. zukünftige Konflikte (z.B. Verteilung eines evtl. zur Verfügung stehenden Impfstoffes) zu einer weiteren Polarisierung des politischen Spektrums führen. Im Wahlverhalten ist eine solche Polarisierung zwar noch nicht nachweisbar (s. Thesenpapier 4.0, Kap. 3.2), kann sich aber rasch entwickeln. In diesem Zusammenhang wäre es ebenfalls wünschenswert, wenn es zu einer Übereinkunft innerhalb des demokratischen Parteienspektrums käme, das Thema Corona in den anstehenden Wahlkämpfen nicht zur politischen und persönlichen Profilierung zu verwenden.

Zusammenfassung: Die zukünftige Strategie muss sich auf die „Stabile Kontrolle“ der Epidemie konzentrieren. Ein multidisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzter Pandemierat ist ein Gremium, das für die geschilderten Maßnahmen entscheidende fachliche und wissenschaftliche Hinweise geben kann.

Literatur – Thesenpapiere 1.0 – 4.0

Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, online-first, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2224

Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al_covid-19-Thesenpapier-2-0

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 3.0 zu SARS-CoV-2/COVID-19 - Strategie: Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, Prävention: Risikosituationen verbessern, Bürgerrechte: Rückkehr zur Normalität. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.6.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231>

Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - der Übergang zur chronischen Phase (Thesenpapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>