

4. Ad hoc-Stellungnahme

Die Autorengruppe „Thesenpapiere“ fasst ihre bisherigen Empfehlungen in Form eines Sofortprogramms für die neu zu berufene Spitze des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen.

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19

- Sofortprogramm: der erste Tag -

**der neuen Bundesgesundheitsministerin/des neuen
Bundesgesundheitsministers**

4. Ad hoc Stellungnahme der Thesenpapier-Autorengruppe

Köln, Berlin, Bremen, Hamburg

28. November 2021, 18:00h - Endfassung

Autorengruppe

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Hedwig François-Kettner

Pflegemanagerin und Beraterin, ehem. Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk

Ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Franz Knieps

Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

Dr. med. Andrea Knipp-Selke

Ärztin und Wissenschaftsjournalistin

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow

Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske

Universität Bremen, SOCIUM Public Health, ehem. Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit

Kontakt

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Venloer Str. 30, 50672 Köln

matthias@schrappes.com

+49 163 5818 797

Volltext

Die Autorengruppe der Thesenpapiere zur Corona-Pandemie meldet sich zu einem Zeitpunkt zu Wort, an dem die Neubesetzung an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums einen Neuanfang möglich erscheinen lässt.

Die Corona-Pandemie stellt eine schwere Herausforderung dar. Die bisherigen Maßnahmen und die bisherige Strategie haben allerdings nicht zu einem durchschlagenden Erfolg geführt. Dies kann an Eigenschaften des Erregers liegen, auch ist das Verhalten der Menschen in Betracht zu ziehen, aber eine selbstkritische Bilanzierung der politischen Führung ist zu diesem Zeitpunkt unerlässlich. Eine Hinterfragung der bisherigen strategischen Ausrichtung birgt die Chance zu einem Neuanfang, gerade zum Zeitpunkt des politischen Wechsels.

1. Kommunikation in einer Risikosituation verbessern.

Die Basis eines Neuanfangs ist die Abkehr von einem paternalistischen Duktus und die Hinwendung zu einem auf Kooperation ausgerichteten Vorgehen, das die Menschen in ihrer Eigenständigkeit stärkt und zur Mitarbeit anregt. Der Kommunikationsstil muss wieder von Top-Down zu einer bidirektionalen Führung umgestaltet werden. Die Lage konnte bislang nicht optimal kontrolliert werden, und es ist zu betonen, dass die politische Führung sich in einer klaren Verantwortung sieht. Hierdurch ist es möglich, die Kanäle gesellschaftlichen Austausches wieder zu öffnen und einen rationalen, auf Wertschätzung beruhenden Diskurs zu stärken. Dieser Diskurs ist eine unabdingbare Voraussetzung für die Bewältigung der nächsten Monate.

2. Führung braucht Beratung, die politische Entscheidungen jedoch nicht ersetzt.

Im Koalitionsvertrag vom 24.11.2021 ist angedeutet, dass im Bundeskanzleramt eine neue Beratungsstruktur geschaffen werden soll. Dies ist ein sehr begrüßenswerter Schritt, der jedoch nicht als Selbstläufer anzusehen ist. Von entscheidender Bedeutung ist es jetzt, neben theoretisch ausgerichteten Wissenschaftlern auch klinisch erfahrene Wissenschaftler und Fachleute mit an den Tisch zu holen, die in der Bekämpfung von Epidemien praktische Erfahrungen haben (u.a. Klinische Infektiologen, Krankenhaushygieniker, Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Pflegemanager), und die die Sekundärfolgen von Maßnahmen aufgrund ihrer Expertise abschätzen und zum Nutzen der Maßnahmen in Bezug setzen können.

3. Die Epidemie als mehrdimensionales Geschehen verstehen.

Die Corona-Pandemie ist kein linearer Prozess, sondern gehorcht komplexen Bedingungen. Dieser Umstand ist durch die aktuelle wie auch durch die zurückliegenden Entwicklungen in ihrem überraschenden, oft paradox erscheinenden Verlauf gut zu belegen. Daher ist die Beschränkung auf eine rein biologische Sicht der Infektionskrankheit CoViD-19 („die Mutante killt“) nicht hinreichend, sondern die Wirtseigenschaften (z.B. Alter) und die Umgebungsfaktoren (z.B. Innenräume, sozialer Gradient) müssen in den Mittelpunkt rücken. Eine Pandemie ist mindestens ebenso sehr ein soziales wie ein Erreger-bedingtes Ereignis.

4. Die Basis jeder Steuerung: Kohorten und Score-Systeme.

Maßzahlen zur Steuerung der pandemischen Situation müssen auf zuverlässig erhobenen Daten beruhen. Prospektive Kohorten sind nach dem Stand der Wissenschaft das Mittel der Wahl. Neben einer allgemeinen, repräsentativen Kohorte müssen Problemorientierte Kohorten aufgestellt werden, als Beispiel sei eine prospektive Kohorte von geimpften Personen genannt (gleichermaßen Kinder und Jugendliche, Personengruppen mit starker Exposition oder besonderen Komorbiditäten). Wegen der Multidimensionalität der Pandemie ist es außerdem nicht sinnvoll, eine Steuerung über einen einzigen Parameter zu versuchen. Es muss mit hoher Priorität an einem Score-System gearbeitet werden, das die unterschiedlichen Aspekte der epidemischen Entwicklung erfassen kann und außerdem die feingranuläre Charakteristik der Ausbreitung abbildet.

5. Die Versorgung der Infizierten in den Mittelpunkt stellen (*Mitigation*)

Die seit Beginn der Pandemie vom Robert Koch-Institut vorgegebene *Containment*-Strategie, die die Gesundheitsämter vor schier unlösliche Aufgaben stellt, muss zugunsten der längst überfälligen *Protection*-Strategie verlassen werden. Die *Containment*-Strategie ist lediglich in der Anfangsphase einer Pandemie sinnvoll und hat zu vermeidbaren Todesfällen z.B. in Alters- und Pflegeheimen geführt, da die Gesundheitsämter durch die gestiegene Zahl von PCR-Testen nicht genügend geschultes Personal zur Überwachung dieser kritischen Einrichtungen hatten bzw. haben.

Vor allem aber müssen die Krankheitsfolgen bedacht und eingegrenzt werden (*Mitigation*). In erster Linie ist entsprechend internationaler Vorbilder an eine Verbesserung der prästationären (ambulanten) Versorgung zu denken, damit die Hospitalisierung gezielter, geplanter und bei besserem Zustand der Patienten möglich wird – soweit bei einer intensiven ambulanten Versorgung eine stationäre Behandlung

überhaupt noch notwendig ist. Gerade angesichts der angespannten Lage in den Krankenhäusern verdient dieser Aspekt besondere Aufmerksamkeit.

6. Klinisch-stationäre Versorgung hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab.

Der Mangel an Fachpersonal in der Pflege ist ein bereits andauerndes Thema, das akut besonders sichtbar wird und die Limitierung im derzeitigen Versorgungsprozess vor Augen führt: der Betrieb der im Januar noch ausgewiesenen 26.000 Intensivbetten bzw. die Öffnung von Intensiv-Reserven ist durch die unzureichende qualitative wie quantitative pflegerische Verfügbarkeit DAS zentrale Problem in der Epidemie geworden. Eine einmalige Prämie oder eine Kampagne wird das nicht bereinigen. Es ist daher eine rasche Verständigung mit der Bundespflegekammer, dem Deutschen Pflegerat, Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Gewerkschaften für ein Maßnahmenpaket anzustreben, welches umgehend für Entlastung sorgt, Vertrauen wiederherstellt und Aussicht auf eine nachhaltige Beruhigung verspricht.

7. Öffnung der Intensiv-Notfallreserve

Über die Abnahme von Intensivbetten, in einer absoluten Notsituation eine verstörende und paradoxe Entwicklung, besteht kein Zweifel. Parallel zu Punkt (6) ist daher die Notfallreserve zu öffnen. Den Krankenhausträgern und den entsprechenden Stellen der Bundesländer ist hier die hohe Priorität dieser Maßnahme nahezubringen – ein angesichts des Handlungsbedarfs sicherlich erfolgversprechendes Vorgehen. Begleitend sind überregionale Verlegungen zu autorisieren, zu verstärken und fest einzuplanen.

8. Gezielte Prävention

In einer Notsituation müssen die Mittel dort eingesetzt werden, wo der dringlichste Handlungsbedarf besteht. Die ersten beiden „Wellen“ waren die Wellen der älteren und in Pflegeheimen betreuten Personen, die Folgen sind bekannt. In der derzeitigen Welle steht die jüngere Bevölkerung im Mittelpunkt, ohne dass dies jedoch mit einer höheren Hospitalisierungsrate einhergeht. Allerdings ist die gestiegene Positivitätsrate (% pos. PCR-Befunde) ein deutlicher Hinweis darauf, dass auch jetzt die vulnerablen Gruppen die eigentlich Leidtragenden sein werden, vor allem was Morbidität und Mortalität angeht. „Gezielte Prävention“ bedeutet aber nicht nur „Schutz der Vulnerablen“, sondern Vermeidung von Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, bei denen das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden der Maßnahmen in einem ungünstigen Verhältnis stehen. Vorrangiges Ziel in der gegenwärtigen Situation muss es daher sein, Kindertagesstätten,

Schulen und andere Bildungseinrichtungen offen zu halten. Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen sind in ihren Rechten geimpften und genesenen Erwachsenen gleichzustellen. Wie auch von der STIKO gefordert, darf die soziale Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nicht vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht werden.

9. Gezielte Prävention muss dezentral ansetzen.

Die Gesundheitsämter sollten einen Wandel in ihrem Auftrag einleiten: im Vordergrund muss von nun an die gezielte Adressierung von Bevölkerungsgruppen stehen, die hinsichtlich des Impfstatus, aber auch hinsichtlich der Versorgung von Infizierten und der Einsicht in notwendige Maßnahmen bislang nicht im Fokus standen, aber eine hohe Infektionslast tragen. Kultur-sensible Vorgehensweise stehen hier ebenso wie die anderen grundsätzlichen Bezugnahmen auf die gängigen Präventionskonzepte im Vordergrund.

10. Die Impfkampagne bedarf einer neuen Kommunikationsstrategie

Die Impfkampagne leidet unter sich wechselseitig verstärkenden Widersprüchen (Impfpflicht, Impfstoffverfügbarkeit etc.), die bei den skeptisch eingestellten Bevölkerungsgruppen zu Unsicherheiten und Ablehnung geführt haben. Ein Neustart ist an diesem Punkt besonders wichtig. Ein guter Anfang wäre durch eine offenerere, niedrigschwellig ansetzende Strategie zur besseren Dokumentation von Nebenwirkungen zu machen (z.B. über frei verfügbare Apps), um das Glaubwürdigkeitsproblem zu neutralisieren, das durch ein verbreitetes Misstrauen hinsichtlich der Nicht-Meldung von potentiellen *Adverse Events* entstanden ist. Ein solches Vorgehen entspricht außerdem dem Standard in der Steuerung komplexer Systeme (Registrierung sog. Schwacher Signale).

11. Polarisierung der Gesellschaft aufheben.

Die in Deutschland derzeit zu beobachtende Polarisierung und Sprachlosigkeit zwischen unterschiedlichen Gruppen bedarf einer entschlossenen Kommunikationsstrategie. Gerade zu Beginn einer neuen Legislaturperiode ist die Chance gegeben, dieser Polarisierung über wertschätzende Angebote, Gespräche und ein offenes „Zuhören“ entgegenzuwirken. Durch negative Konnotationen kann keine Bevölkerungsgruppe zur Kooperation motiviert werden. Eine Rückkehr zum Dialog im Sinne des eingangs erwähnten Grundverständnisses „eigenständiges Mitdenken statt Paternalismus“ ist die einzige Möglichkeit, einer weitergehenden Spaltung und Abkehr zuvorzukommen.

12. Für diese und kommende Pandemien geeignete Strategien entwickeln.

Zusammenfassend muss man konstatieren, dass für die kompetente Bewältigung der Corona-Pandemie im Bereich von öffentlichem Gesundheitswesen, Infektionsmedizin, Impfwesen usw. bislang zu geringe Ressourcen vorgesehen sind. Einigen politische Entscheidungen fehlte die vorausschauende Perspektive, in Zukunft müssen Antizipation, Prävention und Resilienz stärker im Vordergrund stehen. Es sollte vor allem eine konsensuelle, wissenschaftlich begründete, überzeugend nachvollziehbare Plattform für zukünftige Pandemien entwickelt werden. Das Infektionsschutzgesetz ist dementsprechend neu zu strukturieren, die zuständigen Behörden sind zu restrukturieren und die Kooperation zwischen Wissenschaft und Politik in ihrer Breite und Tiefe zu verbessern.

Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 28.11.2021