

Thesenpapier-Autorengruppe

## 6. Adhoc-Stellungnahme

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

### Corona: Integration in die Routineversorgung

**Genuine Aufgabe medizinischer Differentialdiagnose und –  
therapie**

**Symptom-orientiertes statt anlassloses Testen**

**Beendigung der Quarantäneregeln**

6. Adhoc-Stellungnahme der Thesenpapier-Autorengruppe

Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Graz, Hamburg

Endfassung 27.3.2022, 12:00h

## **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

## **Gastautor**

Dr. med. Martin Sprenger

Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

## **Kontakt**

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Venloer Str. 30, 50672 Köln

matthias@schrapp.com

+49 163 5818 797

Hinweis: Zu den bisherigen Thesenpapieren und Stellungnahmen der Autorengruppe s. <https://www.schrapp.com/ms2/akt24a.htm> und auf der Webseite Info-Plattform Corona, <https://corona-netzwerk.info/>

## I. Aktuelle Situation und Handlungsbedarf

Exakt zwei Jahre nach dem Beginn ihrer Veröffentlichungen legt die Autorengruppe ihre 6. Adhoc-Stellungnahme zu SARS-CoV-2/CoViD-19 vor. Besonders durch die Eigenschaft der asymptomatischen Übertragung hat die Epidemie den zu erwartenden Verlauf genommen und die einseitig auf *containment* beruhenden Maßnahmen bedeutungslos werden lassen. Das europäische Ausland hat (mit sehr wenigen Ausnahmen, s.u.) alle Beschränkungen eingestellt und belässt es bei der Kombination von Impfung und sich weiter verstärkender natürlicher Immunität.

Unabhängig von jeglicher politischer Wortwahl spiegelt die weitgehende Unbestimmtheit der Regelungen der Novelle des Infektionsschutzgesetzes vom 18.3.2022 diese Situation wieder und lässt nur die eine Schlussfolgerung zu, nämlich dass die maßgeblichen politischen Kräfte eine *Exit-Strategie* zu finden versuchen, die ihnen zugleich Gesichtswahrung und Nachvollzug der epidemiologischen Entwicklung ermöglicht.

Der Verzicht auf repräsentative Kohortenstudien und die Verwendung unsystematischer Tages-Stichproben hat dazu geführt, dass spätestens im Rahmen der Ausbreitung der Omikron-Variante von den vom RKI veröffentlichten Zahlen keinerlei Steuerungswirkung mehr ausgeht. Weder gibt es reliable Informationen zu zentralen Inputfaktoren wie der Impfquote oder der Bevölkerungs-bezogenen Immunität<sup>1</sup> noch existieren verwertbare **Output- und Outcomeparameter** (z.B. Schwere der Erkrankung), da es offensichtlich in zwei Jahren nicht möglich war, zentrale Daten wie zur Komorbidität oder teilweise sogar zur Alterszusammensetzung zu integrieren und ein verlässlich arbeitendes Datenmonitoring aufzubauen. Durch die Quarantänisierung großer Bevölkerungsteile kommt es zwar zu erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Einbußen, Daten zur Charakterisierung dieser Personen (z.B. Alter, Impfstatus, Information, Betreuung) liegen jedoch nicht vor. Auch tägliche Angaben zur Sterblichkeit sind nicht verwertbar, weil nach wie vor die klassische infektiologische Differenzierung von durch bzw. mit SARS-CoV-2 verstorbenen Patienten nicht beachtet wird.

Eine zentrale Rolle spielt in dieser Situation das Umgehen mit den zur Verfügung stehenden Testverfahren, die von Beginn an unsystematisch eingesetzt wurden, eher den Quarantäne-Regeln als den medizinischen Erfordernissen gehorchend und nie kritisch hinsichtlich ihrer statistischen Aussagekraft bewertet. Wenn man zuletzt noch eine

---

<sup>1</sup> In Großbritannien verfügen über 99% der Bevölkerung über relevante Antikörperkonzentrationen, s. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19latestinsights/antibodies>. In Deutschland sind solche Daten nicht verfügbar.

residuale Teststrategie zu erkennen glaubte („Freitesten“, G-Regelungen), dann sind selbst diese Reste zur Unkenntlichkeit verkümmert, indem mit Schnelltests falsche Sicherheit genauso wie falsche Betroffenheit insinuiert wird und Bestätigungstests nur dann eingesetzt werden, wenn man sich davon Vorteile verspricht. Unter dem Strich werden weiterhin tägliche Zahlen kreiert, die in erster Linie die Testfrequenz widerspiegeln und zu allem Überfluss auf die Gesamtbevölkerung umgeschlagen werden, als ob dort keine weiteren Infektionen auftreten würden. Dabei stellt es nun wirklich einen naheliegenden Gedanken dar, dass man z.B. mit einer Verdopplung der jetzigen wöchentlichen Testpopulation von 2 Mill. Einwohnern auf 4 Mill. ungleich höhere Ergebnisse erhalten würde: statt der Hälfte der derzeitigen 1500er Melderate (wie über Weihnachten oder an den Wochenenden) hätte man dann mit Sicherheit Werte um 3000 zu vergegenwärtigen. Auch ist wegen der unterschiedlichen Testregime der Vergleich der deutschen Melderaten mit internationalen Daten nicht aussagekräftig.

Unter den sich stellenden politischen Fragen sei hier nur ein einziger Punkt hervorgehoben, nämlich dass diese Situation sowohl von weiten Kreisen der Wissenschaft als auch im politischen Leben klaglos akzeptiert wurde. Jedem Beobachter und jedem Verantwortlichen müsste aufstoßen, dass eine Angabe wie „Anstieg von 15.000 im Vergleich zum Wert vor 7 Tagen“, so wie es immer in den Verlautbarungen heißt, nicht nur keine Meldung wert ist, sondern wegen ihrer Haltlosigkeit einzig die Frage nach dem Rücktritt der Verantwortlichen auslösen sollte. Es ist eine Situation entstanden, in der eine Steuerung des Infektionsgeschehens, also eine Reaktion der zuständigen Stellen auf verlässlich erhobene Messwerte mit der Option, an diesen Messwerten auch einen Verlauf (im besten Fall den Erfolg der Maßnahmen) erkennen zu können, als reine Fiktion bzw. „kybernetische Illusion“ erscheinen muss. Die Szene, die sich vor unseren Augen abspielt, erhält unweigerlich einen geradezu paradigmatischen Anstrich: nicht die Fiktion ist das Problem, sondern die breite Bereitschaft, diese zu tolerieren.

## II. Sieben Handlungsoptionen

Diese kurze Situationsdarstellung macht es recht einfach, über Alternativen zu diskutieren, denn diese liegen ebenfalls derart gut sichtbar an der Oberfläche, dass sie im Grunde spontan ergriffen werden könnten. Es genügt ein Blick in die europäischen Nachbarländer, denn mit Ausnahme von Österreich **hat man längst von der epidemiologischen auf die medizinische Steuerung umgestellt**. Der Zustand der epidemiologischen Instrumente wurde vorstehend geschildert, und auch die Steuerung nach medizinischen Kriterien basiert auf bekanntem Wissen, soll hier aber zur Verdeutlichung zusammenfassend dargestellt werden:

**1. Einsatz diagnostischer Mittel** (Testung, Antikörper-Serologie u.a.) gezielt zur Abklärung symptomatischer Patienten (z.B. mit grippalem Infekt, unklarem Fieber, interstitieller Pneumonie etc.) nach den bekannten medizinischen Kriterien;

**2. Schließung der ambulant-stationären Lücke** durch gezielten Ausbau der ambulanten Betreuung von Patienten mit erkannter SARS-CoV-2-Infektion, um z.B. anhand eines Risk-Scores<sup>2</sup> den Zeitpunkt für eine geregelte Hospitalisierung genau bestimmen zu können (einschließlich einer Klarstellung zur Behandlungspflicht von Corona-Patienten im Sinne der Sicherstellung der Krankenversorgung im ambulanten wie stationären Sektor);

**3. Erstellung einer Leitlinie** (u.U. zunächst auf der Basis von Expertenwissen) zum Einsatz von diagnostischen Methoden zur Erkennung von SARS-CoV-2 in der ambulanten und stationären Betreuung<sup>3</sup>.

Parallel müssen die **Schutzmaßnahmen für vulnerable Bevölkerungs- und Patientengruppen** ausgebaut und präzisiert werden:

**4. Die wichtigsten vulnerablen Bevölkerungs- und Patientengruppen** müssen unter Beachtung ihres Impfstatus spezifiziert werden (z.B. sind nicht alle Begleiterkrankungen und Prädispositionen gleichermaßen relevant);

**5. Schutzmaßnahmen für institutionell untergebrachte, betreute und behandelte Personen** sind unter Wahrung derer persönlichen Bedürfnisse und Erwartungen zu entwickeln, wobei universelle Maßnahmen möglichst differenziert werden sollten (z.B. entsprechend des Impf- und Immunstatus der Betroffenen). Verbindliche Regeln und Maßnahmen im Falle von Infektions- und Ausbruchsgeschehen (regelmäßige Überprüfung und Durchführung von Qualifikationen und Übungsintervalle des Personals, Vorhaltung und Check erforderlicher Schutzmaterialien) sind zentrale Forderungen. Hygienekonzepte und Isoliermöglichkeiten dürfen jedoch nicht zu Abschottungen bei pflegebedürftigen Menschen führen, therapeutische Leistungen und freizeitliche Angebote sind (mit entsprechenden Hygieneregeln) fortzusetzen.

Die **Steuerung des Infektionsgeschehens** und der epidemiologischen Situation ist auf neue Füße zu stellen, insbesondere

**6.** ist von der Steuerung durch (nicht valide, nicht reliable) Einzelparameter und durch kumulativ nebeneinanderstehenden Einzelparameter (so wie jetzt Melderate plus

---

<sup>2</sup> s. z.B. <https://qcovid.org/Calculation>

<sup>3</sup> In Neuseeland: [https://www.nzdoctor.co.nz/sites/default/files/2021-12/NZ\\_Doctor\\_15th\\_December\\_2021.pdf](https://www.nzdoctor.co.nz/sites/default/files/2021-12/NZ_Doctor_15th_December_2021.pdf)

Hospitalisierungsrate) zu sinnvollen **Score-Systemen** (s. Vorschläge der Thesenpapier-Autorengruppe<sup>4</sup>) überzugehen, und

7. endlich sind die **sozialen und psychologischen Folgen jeglicher Maßnahmen** gleichberechtigt neben den biologisch-epidemiologischen Parametern zu berücksichtigen (auch hier s. Vorschlag der Thesenpapier-AG<sup>5</sup>). In diesem Zusammenhang ein Wort zu den an bzw. mit Corona Verstorbenen: letztlich gilt es, auch die positiv getesteten Verstorbenen wieder wie normale Tote und nicht wie Aussätzige zu behandeln. Die Versorgung erfolgt mit einfachem Hygienestandard. Persönliche Abschiednahme und Aussegnung sind ohne weiteres möglich.

### III. Ausländische Beispiele und Analogie zu nosokomialen Infektionen

Das hier vorgeschlagene Vorgehen kann sich auf **zahlreiche Beispiele im europäischen Ausland** beziehen. Die Webseite „Aktuelle Informationen zur Coronavirus-Situation in Dänemark“<sup>6</sup> öffnet sich mit folgendem Hinweis: „*Seit dem 1. Februar 2022 sind alle Corona-Beschränkungen aufgehoben. Restriktionen wie Maskenpflicht, Kontakt-Beschränkungen, Corona-Pass und Sperrstunden entfallen somit. **Covid-19 wird nicht mehr als gesellschaftskritische Krankheit eingestuft***“ (kursiv und Hervorhebung d. Verf.). Zur Richtigstellung falscher Behauptungen, die häufig aus dem Ausland gegen die dänische Vorgehensweise vorgebracht wurde, hat das amtliche *Statens Serum Institute* eine eigene Faktencheck-Webseite eingerichtet.<sup>7</sup> Auch die Niederlande haben am 23.3.2022 alle Maßnahmen (bis auf die Maskenpflicht im Flugzeug) fallen lassen<sup>8</sup>. In beiden Ländern besteht nur noch die Empfehlung zur Selbstquarantänisierung und zur Durchführung von Selbsttests. In Frankreich ist die Situation ähnlich, es besteht nur noch eine Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlichen Gebäuden und in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen, und der „*pass vaccinal est suspendu*“ (der Impfpass

---

<sup>4</sup> Thesenpapier 8, Kap. 3.6: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gottschalk, R., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-2-CoV-2/CoViD-19. Pandemie als Komplexes System, Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets, Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie, Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen, Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg 29.8.2021, [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-et-al\\_Thesenpapier-8-0](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-et-al_Thesenpapier-8-0), <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>

<sup>5</sup> Thesenpapier 3, Kap. 2.3: 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>

<sup>6</sup> <https://www.visitdenmark.de/daenemark/diverse/coronavirus>, Update 1.3.2022, Zugriff 23.3.2022

<sup>7</sup> Statens Serum Institute: Typical misinformation regarding Danish COVID-Numbers, <https://en.ssi.dk/covid-19/typical-misinformation-regarding-danish-covid-numbers>, Zugriff 25.3.2022

<sup>8</sup> <https://www.government.nl/topics/coronavirus-covid-19/tackling-new-coronavirus-in-the-netherlands/coronavirus-measures-in-brief>, Stand 23.3.2022, Zugriff 23.3.2022

ist aufgehoben).<sup>9</sup> Auch in der Schweiz gelten keine Kontaktbeschränkungen mehr, für die Teilnahme am öffentlichen Leben sind weder Impfzertifikat noch Testnachweis notwendig.<sup>10</sup>

Allerdings gibt es auch hierzulande reichliche Erfahrung und gut ausgearbeitete Konzepte zur Kontrolle epidemischer Situationen, und zwar **in anderen infektionsepidemiologisch relevanten Zusammenhängen**. Man darf nicht aus den Augen verlieren, dass die Steuerung und Kontrolle von epidemisch auftretenden Infektionen in den Krankenhäusern und in der ambulanten Versorgung in Deutschland zur täglichen Routine gehört. Es besteht nicht nur eine breite Erfahrung im Einsatz der entsprechenden Methoden, sondern diese Methoden sind auch wissenschaftlich hervorragend evaluiert (zu der Rolle komplexer Interventionen in der Infektiologie s. zuletzt Thesenpapier 8, Kap. 25 und 2.6<sup>11</sup>). Dies gilt gerade im Hinblick auf Infektionen mit z.B. Norovirus- oder MRSA-Infektionen mit ihrer hohen Morbidität und Mortalität. Wenn man im Überschlag in Deutschland von 600.000 nosokomialen Infektionen pro Jahr ausgeht (ein Drittel postoperative Wundinfektionen), dann sind 100.000 durch Wundkeime verursacht, die von asymptomatischen Keimträgern übertragen werden können (z.B. MRSA). Es handelt sich also epidemiologisch um durchaus vergleichbare Situationen mit zahlreichen Parallelen: es gibt zahlreiche symptomlose MRSA-Träger in der Bevölkerung, daher können sowohl eingewiesene Patienten als auch Besucher bzw. Mitarbeiter als Überträger in Frage kommen, und man muss mit Methoden arbeiten, die bei vernünftigem und gezieltem Einsatz von Screening-Methoden im Kontext von Programmen zur Verhaltensänderung (z.B. Händedesinfektion) eine möglichst weitgehende Kontrolle der Situation sicherstellen. Ähnlich wie bei Corona ist aber einer Eradikation von MRSA und anderen Erregern nicht möglich, auch wenn man Hotspots wie in der Tierhaltung durchaus erfolgreich angehen kann, indem man z.B. den Antibiotika-Verbrauch reduziert.

Leider ist es von Anfang an versäumt worden, das Knowhow der hier engagierten Krankenhaushygiene- und *infection control*-Experten in die Entwicklung einer tragfähigen Corona-Kontrolle („Stabile Kontrolle“, s. Thesenpapiere 3, 4 und 5<sup>12</sup>) zu integrieren. Man hätte sehr viel aus diesen Erfahrungen lernen können, vor allem hinsichtlich des Einsatzes von Mehrfachinterventionen einschließlich der sozialen und

---

<sup>9</sup> <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>, Zugriff 23.3.2022

<sup>10</sup> <https://www.adac.de/news/schweiz-urlaub-corona/>, Zugriff 23.3.2022

<sup>11</sup> Ebd., <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>

<sup>12</sup> Z.B. Thesenpapier 3 Kap. 2: 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>

verhaltenspsychologischen Komponenten und deren Evaluation sowie in der Risikokommunikation.

#### **IV. Schlussbemerkung**

Wenn es also darum geht, „mit Corona leben zu lernen“, weil nun die sog. endemische Phase erreicht wurde, können aus den Erfahrungen im In- und Ausland entscheidende Anregungen übernommen werden. Insbesondere muss man in der öffentlichen Kommunikation die Option der Eradikation hintanstellen und offensiv den Standpunkt vertreten, dass das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen und von kleineren Herdausbrüchen zum zukünftigen Alltag gehören wird. Vulnerable Personen müssen geschützt werden, allerdings ist dieser Schutz genauso wenig 100%ig möglich wie der Schutz dieser Patientengruppen vor anderen infektiologischen Risiken. Die überbordende Quarantäne-Welle ist einer rationalen Handhabung der Situation nicht zuträglich, weil sie eher Ausweichphänomene induziert, ganz abgesehen von den enormen sozialen und wirtschaftlichen Folgen. Auch in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Pflege wird es unumgänglich sein, über die Neuordnung von Isolation, Quarantäne und den Einsatz von (potentiell) asymptomatisch Infizierten nachzudenken, einen adäquaten Impfschutz von Mitarbeitern und Betreuten vorausgesetzt. Wie gesagt: es ist jedoch nicht möglich, alle Restrisiken für alle Beteiligten komplett auszuschließen.

Wie von zahlreichen Autoren und Wissenschaftlern immer wieder betont, geht eine Pandemie nicht schlagartig vorbei (s. „*Freedom-Day*-Diskussion), sondern „verdämmert“ langsam<sup>13</sup>. Die reale Beendigung erfordert „komplexe Kompromisse zwischen Todesfällen, der Wirtschaft, dem öffentlichen Wohlergehen und den verfassungsmäßigen Rechten“ und bedarf daher einer starken, erfahrenen politischen Führung. „Die Behörden müssen der Öffentlichkeit mitteilen, warum sie Einzelpersonen mehr Verantwortung übertragen, und im Idealfall die Bedenken derjenigen ansprechen, die möglicherweise noch nicht bereit dazu sind.“<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Robertson, D., Doshi, P.: The end of the pandemic will not be televised. *BMJ* 2021, 375

<sup>14</sup> So der dänische Politikwissenschaftler Michael Bang Petersen: The End of the Pandemic May Tear Us Apart. *NYT*. 04.02.2022