

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Hedwig François-Kettner
Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk
Franz Knieps
Dr. med. Andrea Knipp-Selke
Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow
Prof. Dr. med. Klaus Püschel
Dr. med. Martin Sprenger, MPH¹

Die Bedeutung fachlich-wissenschaftlicher Grundprinzipien und die Folgen ihrer Missachtung

Die Stellungnahmen der Thesenpapier-Autorengruppe zwischen April 2020 und Juni 2022 umfassten drei Ebenen: die infektionsepidemiologische Situation als Basis, die modernen, multimodalen Präventionskonzepte als Handlungsoption und die gesellschaftliche Ebene als zwingend zu beachtenden Kontext. Zahlreiche andere Gruppen und Einzelpersonen haben vergleichbare Schwerpunkte gesetzt, aber insgesamt konnte die Rückabwicklung zentraler professioneller Standards in der Gesundheitsversorgung hinsichtlich des Infektionsmanagements genauso wenig verhindert werden wie der Einsatz inadäquater Präventionskonzepte und die gesellschaftliche Diskurseinengung, die Verhetzung von kritischen Meinungen und das Revival des „Durchregierens“. Die Folgen werden langsam in ihrem gesamten Umfang am Horizont sichtbar. Um ein besonders einprägsames Beispiel zu nennen: Bei aerogener Übertragung durch asymptomatische Träger ist die Ende April 2020 mit großer Emphase vorgetragene „Kontakt-nachverfolgung“ mittels der „containment scouts“ nicht nur als tragischer Irrtum zu bezeichnen, der auch nicht durch den medial platzierten Anglizismus zu legitimieren war. Stattdessen stellt dies eine Missnutzung der kostbaren Arbeitskraft der Gesundheitsämter dar, deren eigentliche Kompetenz nicht im Abtelefonieren von möglichen Kontakten zu sehen ist, sondern z. B. in der Entwicklung von sicheren Umgangsformen bei der Betreuung von (sterbenden) Pflegeheimbewohnern, in der Unterstützung der Schulen mit dem Ziel, Schulschließungen zu vermeiden – alles, was eben möglich gewesen wäre, wenn man die Kenntnis der Ämter und Mitarbeiter über die regionalen und sozialen Gegebenheit vor Ort hätte nutzen wollen.

>> Die Aufarbeitung steht an, das ist sicher, allerdings wird man abwarten müssen, ob es bei pflichtgemäßen Entschuldigungen für einzelne „entschuldbare Irrtümer“ bleibt oder ob Konsequenzen gezogen werden, die einen Rückfall in diese technologischen, teilweise an Inhumanität grenzenden Maßnahmen bei zukünftigen vergleichbaren Situationen unwahrscheinlich machen². Skepsis ist angebracht, denn die Synergismen von digitaler Überwachung, Einschränkung der individuellen Grundrechte, utilitaristischer Überordnung der Gruppen-

Zusammenfassung

In der derzeitig beginnenden Aufarbeitung der Corona-Krise drohen fachliche und wissenschaftliche Gesichtspunkte aus dem Blickfeld zu geraten, stattdessen dominieren Apologien oder leicht zu durchschauende Mea-culpa-Eingeständnisse („ja, bei den Kindern haben wir uns geirrt“). Unter der Maxime „nicht zurückschauen!“ soll auf diese Weise die politische Verantwortung für die entstandenen Defizite bei bestimmten Bevölkerungsgruppen und Wirtschaftsbereichen relativiert bzw. gegenstandslos gemacht werden. Die Thesenpapier-Autorengruppe legt daher nochmals eine Zusammenstellung der fachlichen Grundlagen eines effektiven und wissenschaftlich abgesicherten Epidemie-Managements vor, um eine Form der inhaltlichen Aufarbeitung zu erreichen, die eine Wiederholung der Fehler bei zukünftigen Krisen durch Infektionserreger zu vermeiden hilft.

Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschaftspolitische Relevanz

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2518>

interessen, *nudging* durch selektierten Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen (bis hin zur schrittweisen Gewöhnung an *Social-credit-Systeme*) und Relativierung der (verfassungs)gerichtlichen Kontrolle durch politische Besetzung haben, dies kann man auch im internationalen Maßstab klar beobachten, eine erhebliche Anziehungskraft für die politische Ebene erlangt.

Die Thesenpapier-Gruppe ist sich vor diesem Hintergrund vollständig darüber im Klaren, dass die Erfahrungen der letzten drei Jahre nicht allein auf Ebene der Gesundheitsversorgung zu sichten und zu interpretieren sind, sondern dass gleichermaßen soziale und politische Faktoren mit einbezogen werden müssen. Andererseits darf die fachliche Ebene der konkreten Versorgung auch nicht vernachlässigt werden, denn die gesamte Gesundheitsversorgung hat sich durch das Corona-Management stark verändert und in Teilen leider deutlich verschlechtert. Der Anteil der Bürger, die „nur noch wenig oder gar kein Vertrauen in die Gesundheitspolitik haben, für eine hochwertige und zugleich bezahlbare Gesundheitsversorgung zu sorgen“, hat sich in dem kurzen Zeitraum von 2020 bis 2023 von 30 auf 60% verdoppelt.³ Zahlreiche Entwicklungsstränge der letzten Jahrzehnte wurden unterbrochen, zurückgedrängt und in ihr Gegenteil verkehrt, man denke nur an die zentralen Themen Patientenorientierung, Qualität, Patientensicherheit, evidenzbasierte Medizin, Outcome-Bezug in der Versorgungsforschung, Steuerung komplexer Versorgungsprozesse. Diese Kompetenzen hatten das Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten ganz entscheidend geprägt, wurden intensiv öffentlich diskutiert, reflektierten gesellschaftliche Prozesse (z. B. persönliche Selbstbestimmung und Entscheidungsfindung), die als zentrale Bestandteile einer aufgeklärten Gesellschaft gelten, und sind nicht zuletzt auch wissenschaftlich gut abgesichert.

Die Folgen dieser bedauerlichen Entwicklung reichen tief. Die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Praxen wurden deutlich ge-

- 1: In memoriam Prof. Dr. Gerd Glaeske, einem Freund und Weggefährten. G. Glaeske war bis zu seinem Tode Mitglied der Thesenpapier-Autorengruppe.
- 2: Heudorf, U.: Covid-19-Pandemie – wirkliche Aufarbeitung tut not. Hess. Ärzteblatt 5/2013, https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2023/05_2023/Ansichten_Einsichten_Heudorf_lang.pdf?trk=public_post_comment-text
- 3: Robert-Bosch-Stiftung 2023: „Bevölkerung verliert Vertrauen in die Gesundheitspolitik“, <https://www.bosch-stiftung.de/de/bevoelkerung-verliert-vertrauen-die-gesundheitspolitik>

schwächt, sei es durch unflexibel gehandhabte Isolations- und Quarantänepflichten, sei es durch das Versagen der Politik, die Personalnot durch glaubwürdige Kampagnen zu verbessern, und vor allem durch die anhaltende Unwilligkeit, die zentralen strukturellen Defizite wirklich anzugehen (z. B. Trennung ambulant/stationär), also die sektorale Kosmetik zu beenden. Stattdessen Panikmeldungen ohne Ende – und man wird den Eindruck nicht los, das Umschwenken kommt einigen autoritären Strömungen ganz recht (die schon immer gegen transparent nachgewiesene Evidenz i. S. von EBM oder einer *Evidence-based Health Policy* eingestellt waren), ein gewisser Schwund an Einrichtungen wird gar nicht so ungern gesehen (so die beabsichtigte Verringerung der Krankenhauszahl), und Personal- sowie Energiemangel tun ihr Übriges.

Natürlich war die Situation vor Corona nicht zufriedenstellend, das ist klar zu benennen (fehlende Weiterentwicklung des DRG-Systems, Ersatz der persönlichen Interaktion durch technische Instrumente, Ökonomisierung der letzten Privatsphäre (Gesundheitsdaten) durch die Digitalisierung, Mängel in der wohnortnahen Versorgung, Personalmangel, Komplikationen etc.). Aber einige positive Entwicklungen hatte es gegeben, und gerade diese wurden durch das Pandemie-Management geschwächt und teils zerstört. In erster Linie müssen hier die Elemente eines „modernen Korporatismus“ genannt werden, also die Flankierung des korporatistisch ausgeformten deutschen Gesundheitswesens durch externe Steuerungselemente wie transparente Nutzenbewertung und eine wissenschaftlich fundierte Innovationsförderung, wie sie durch den Innovationsfonds angestrebt wird. Hier muss die Kritik ansetzen, denn die letzten beiden Ressortchefs Spahn und Lauterbach sind von diesen netzwerktheoretisch begründeten Steuerungskonzepten abgegangen und zu einfachen, letztlich längst überholten linearen Top-down-Konzepten zurückgekehrt.

Nach knapp drei Jahren Pandemie-Management, so unser Ausgangspunkt, muss also versucht werden, die Verluste einzugrenzen und die Entwicklung wieder aufzunehmen, gerade da sie – Beispiele Finanzierung und Transparenz der Institutionen – nicht nur die Epidemiekontrolle betreffen, sondern von allgemeinem Interesse sind.⁴ In der Analyse ergeben sich vierzehn Aspekte, die vom Krankheitsverständnis über die Patienten- und Qualitätsorientierung bis zur Kommunikation in Risikosituationen und letztlich Schäden im politischen System reichen. Sie alle betreffen fachliche Standards, die für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen handlungsleitend waren. Zu beginnen ist mit Grundkenntnissen aus der Infektiologie.

These 1: Zu keinem Zeitpunkt gab es ein „Handeln unter Unwissenheit“, sondern die relevanten Informationen lagen bereits Mitte März 2020 vor.

„Handeln unter den Bedingungen der Unwissenheit“, das ist die Formel, die heute fast immer als Entschuldigung für negative Entwicklungen vorgebracht wird. Man hätte es mit einer „unbekannten Herausforderung“ zu tun (so Bundeskanzlerin Merkel in der PK nach der ersten Ministerpräsidenten-Konferenz am 13.3.2020), mit „Entscheidungen im Ungewissen“ (so Bundesjustizministerin Lambrecht in der Kaminrunde im Kanzleramt mit dem Bundesverfassungsgericht am 30.6.2021 kurz vor dem „Bundesnotbremse-Urteil“).

Doch die Wahrheit sieht anders aus, tatsächlich lagen sehr früh alle relevanten Informationen vor: Der aerogene Übertragungsweg dominiert (nach Heinsberg war klar, dass die Schmierinfektion kaum eine Rolle spielt), ältere Menschen sind besonders vulnerabel, und – von entscheidender Bedeutung – die Infektion wird häufig durch asymptomatisch Infizierte übertragen. So hatten sich von den 2010 Militäran-

gehörigen auf dem französischen Flugzeugträger „*Charles de Gaulle*“ 1.048 (24 stationär behandelt, keine Todesfälle) infiziert, die Hälfte davon boten jedoch keine Symptome und hätten die Infektion un bemerkt weitergeben können. Für den Infektiologen ist diese Erkenntnis der Übertragung durch Asymptomatische wegweisend, denn damit ist klar, dass man die Ausbreitung durch *Containment*-Maßnahmen nicht komplett kontrollieren kann, dass es also unabhängig von allen Maßnahmen zu einer weiteren Ausbreitung kommen muss (wie ähnlich bei anderen respiratorischen Infektionen oder der HIV-Infektion).

Die Konsequenzen liegen auf der Hand: man muss sich von der Illusion der Eradikation verabschieden, und man darf sich nicht auf Eindämmungsmaßnahmen (*containment*) beschränken, wie z. B. alleiniges Setzen auf Verringerung und Nachverfolgung der Kontakte (wie leider geschehen). Man muss sich stattdessen um die besonders betroffenen Personengruppen kümmern, die ein hohes Risiko für die Folgen der Infektion, also die Krankheitsfolgen tragen, und zwar in einer gezielten und kundigen Gesamtanstrengung aller Beteiligten (mithilfe der sozialen und professionellen Strukturen und nicht ausschließlich durch Wegsperrungen). Wie oben schon erwähnt, die kundigen Mitarbeiter der Gesundheitsämter hätte man zur Etablierung von risikoadaptierten Maßnahmen in Einrichtungen (Heimen) und z. B. in besonders risikoreichen beruflichen Umfeldern (Fleischindustrie!) einsetzen müssen, statt sie in einem wenig sinnvollen „*contact tracing*“ zu verheizen.

Diese Merkel'schen Begriffe wie „*contact tracing*“ und „*containment scouts*“ klangen Ende April 2020 ganz griffig, aber Merkel war, geleitet von ihrer linearen physikalischen Logik, komplett auf dem falschen Weg. Die Hypothese, wir brauchen einen Lockdown „für alle“, damit wir die Vulnerablen schützen, hat nicht nur nicht funktioniert (bis heute 85% der Todesfälle über 70 Jahre alt), sondern war auch blind für diejenigen, die dieser „Fürsorge“ nicht bedurft hätten, nämlich z. B. die Kinder und Jugendlichen (s. u.), die ausschließlich unter den – so sagt man heute – „Kollateralschäden“ zu leiden hatten (was einem Komplettversagen in der Folgenminimierung (*mitigation*) entspricht)⁵.

Allerdings hätte man für eine adäquate Strategie die richtigen Leute fragen müssen, die in ihrer täglichen Praxis mit der Kontrolle von Epidemien zu tun haben und moderne Konzepte vertreten, in erster Linie aus der Krankenhaushygiene, der Infektiologie (*infection control* ist der internationale Begriff), dem Öffentlichen Gesundheitswesen etc. (kaum jemand, der mehr als reine Eindämmungspolitik vertritt, wurde gefragt). Man muss das richtige Verständnis entwickeln, dass eine solche Epidemie eben nicht als homogene Ausbreitung „exponentiell“ fortschreitet, sondern sich von Clustern ausgehend in einer regional sehr unterschiedlichen Form entwickelt. Und um es nicht zu vergessen: Ein auf soziale Interaktion und kluges Vor-Ort-Management beruhendes Vorgehen kann nicht auf der Verbreitung von Angst und Schrecken basieren, so wie es von offiziellen Stellen ja offen vertreten wurde⁶, sondern verlangt eine handlungsfähige, aktive Öffentlichkeit,

4: Teile dieses Artikels basieren auf M. Schrappe: „Verlorene Jahrzehnte – zurück zum paternalistischen Gesundheitssystem“ (Teil 1 bis 3) in Cicero Online <https://www.cicero.de/innenpolitik/corona-krise-aufarbeitung-zehn-thesen-schrappe-teil-1> dar

5: Es gab Zeiten, in denen selbst das RKI die *mitigation* nach *containment* und *protection* als drittes zentrales Ziel jeglicher Maßnahme in der Infektionsprävention bezeichnete: Nationaler Pandemieplan Teil I. Strukturen und Maßnahmen. Robert Koch-Institut, Berlin 2017, ISBN 978-3-89606-286-4, DOI 10.17886/rkipubl-2017-005

die differenziert informiert wird und der die Lösungswege klar und verständlich kommuniziert werden.

These 2: Der „Krieg gegen das Virus“ widerspricht modernen Konzepten, die Epidemien als ein soziales Ereignis verstehen, und steht für ein absolutes, reduktionistisches naturwissenschaftliches Denken.

Zum essenziellen Fachwissen der Infektiologie gehört die Unterscheidung von Infektion und Infektionserkrankung. Bei einer Infektion ist der Erreger nachweisbar, bei einer Infektionserkrankung kommen Krankheitszeichen hinzu. Letztere ist in den seltensten Fällen allein durch den Erreger zu erklären, sondern stellt immer eine Wechselwirkung von pathogenem Effekt des Erregers und der Reaktion des Wirtes (Patienten) dar. Manchmal treten Krankheitszeichen überhaupt erst auf, wenn der Wirt anfängt, sein Immunsystem dagegen in Gang zu setzen; die „Entzündung“ mit nachfolgender Organschädigung wird nicht nur durch den Erreger verursacht, sondern gleichermaßen durch die Abwehrreaktion. Es ist also nicht zielführend, nur über das Virus zu reden und ihm vielleicht noch den Krieg zu erklären (Macron am 16.3.2020 im französischen TV), sondern man muss ebenso über den Wirt sprechen. Wir sprechen dauernd über die nächste „Killer-Mutation“, aber selten darüber, wie wir die vulnerablen Gruppen genauer definieren können und was nun genau die relevanten Immundefekte sind (aktuell z. B. hinsichtlich der Impfeempfehlungen).

Es fehlt aber noch ein drittes Element für die vollständige Beschreibung einer Infektionserkrankung, nämlich das Umfeld, der Kontext. Rudolf Virchow hat es völlig richtig gesagt: Eine Tuberkulosetherapie oder -impfung rottet die Tuberkulose nicht aus, sondern man muss Licht in die Wohnsituation bringen. Eine Polio-Impfkampagne kann nur Erfolg haben, wenn die Trinkwasserversorgung verbessert wird – die Beispiele sind zahlreich. Und genau das spielte (und spielt) bei Corona eine tragende Rolle: Die Wohn- und Arbeitssituation in der Fleischindustrie führte zum Ausbruch bei Tönnies in Gütersloh, die Institutionen der Pflege und Behindertenbetreuung führten vorhersehbarerweise zu den ersten Hotspots, die nosokomiale Übertragung in den mangelhaft vorbereiteten Krankenhäusern zu den ersten regionalen Ausbrüchen in Italien.

Anstatt von Anfang an ein Krankheitsverständnis zu verwenden, das auf den drei Pfeilern Erreger/Wirt/Umfeld beruht, nahm eine wirkliche Tragödie ihren Lauf: Man bediente sich ausschließlich eines reduktionistischen Krankheitsbildes, das nur auf das Virus und seine Mutationen startete, und war daher nicht in der Lage, den Grundlagen der modernen Infektiologie entsprechend von Beginn an zusätzlich auch nach Wirtseigenschaften und Umfeldbedingungen zu differenzieren. So unterblieb jegliche Anstrengung, hierzu Schwerpunkte zu setzen, Zahlen zu erarbeiten sowie gezielte Präventionsstrategien zu entwickeln. Natürlich war ein rein erregerfokussiertes Verständnis von Infektionskrankheiten einmal modern, und zwar im 19. Jahrhundert, als man Bakterien (und später Viren) zu identifizieren lernte, aber heute ist die Entwicklung doch erheblich weiter vorangeschritten.

These 3: Die ärztliche und pflegerische Fachkompetenz zu modernen Konzepten von Infektionssteuerung und Präventionsstrategien wurde missachtet.

Eine der wenig beachteten Analogien zwischen Corona und HIV ist der Konflikt zwischen der juristisch-politischen Perspektive und der fachlichen Perspektive der Gesundheitsberufe bzw. -institutionen. Auch in den 80er-Jahren gab es von politischer Seite Bestrebungen, Infizierten-Register einzurichten oder Infizierte auf Ostseeinseln zu

verbannen, statt die HIV-Infektion als medizinisch-pflegerisches Problem von Diagnostik, Therapie, fachkundiger Pflege und Infektions-epidemiologie einzuordnen. Auch damals hatte man Furcht vor „schwirrenden Keimen“ und weigerte sich sogar, die Pässe von vermeintlich Infizierten zu berühren, obwohl schnell klar war, dass davon keinerlei Infektionsgefahr ausging.

Nicht anders bei Corona: Auch die SARS-CoV2-Infektion ist in erster Linie eine medizinische Diagnose, und es werden fachliche Grundlagen angesprochen, die längst in der Routine angekommen und konsentiert waren (z. B. Methodik der zahlenmäßigen Erfassung, Testregime, multimodale Präventionskonzepte). Allerdings ist die fachliche Einordnung mit den politischen Präferenzen in vielen Fällen nicht kongruent: Jede Epidemie ist ein soziales Phänomen, reflektiert daher politische Kräfte und befördert eben auch politische Karriereaussichten. Es geht in diesem Zusammenhang also gar nicht um den wissenschaftlichen Prozess im Sinne der Iteration von Hypothesenbildung und deren Falsifizierung, sondern es geht um die Dominanz der juristisch/politischen Perspektive gegenüber der Umsetzung gängiger fachlicher Grundsätze. Wissenschaft spielt auf einer anderen Ebene, sie ist unverzichtbar, um unklare Fragen zu untersuchen und die Weiterentwicklung des Wissens anzustoßen, aber in der Corona-Epidemie war die Befolgung (oder Nichtbefolgung) fachlicher Standards gefragt – die dann wiederum wissenschaftlich hätten weiterentwickelt werden müssen. Natürlich fehlten Studienansätze!

Diese Unterordnung der fachlichen Perspektive gibt zu zahlreichen Fragen Anlass, die meist suboptimale Vorgehensweisen, die politischen Abwägungen geschuldet waren, widerspiegeln. Warum kein frühzeitiger Einsatz eines differenzierten Antikörper-Nachweises, um eine frische Infektion anzuzeigen? Warum Genesenenstatus nur für 3 Monate anerkennen (im Gegensatz zur Impfung), wenn die fachliche Erfahrung grundsätzlich von einer höheren Immunität vom Kontakt mit dem gesamten Erreger ausgeht, als sie von der Impfung mit einem einzigen Antigen ausgehen kann? Warum nicht von Anfang an die Zahl der Replikationszyklen in der PCR (sog. CT-Wert) nutzen, um (Rest-) Besiedlung von Infektiosität abzugrenzen? Warum Impfung von immunen Genesenen (AK-Diagnostik!) propagieren, als noch wenig Impfstoff vorhanden war? Warum wurden die Erfahrungen aus der Kontrolle von immerhin 700.000 nosokomialen (bei der Therapie erworbenen) Infektionen allein im Krankenhaus jedes Jahr in Deutschland nicht einbezogen? Warum wurde die Versorgung außerhalb der Krankenhäuser nicht besser strukturiert, um zu gewährleisten, dass alle Personen mit einem hohen Risiko, wegen Covid-19 im Krankenhaus zu landen, gut betreut und monitorisiert sind, damit diese nicht zu früh, aber vor allem nicht zu spät in ein Krankenhaus eingewiesen werden? Warum wurden multidimensionale Score-Systeme nicht berücksichtigt, um z. B. bei Aufnahme auf Intensivstation zu unterscheiden, ob die Aufnahme „mit“ oder „wegen“ SARS-CoV2 notwendig wird, oder um bei der Obduktion den Tod durch SARS-CoV2 mit hinreichender Gewissheit diagnostizieren zu können (solche Score-Systeme sind z. B. in den Veröffentlichungen der Thesenpapier-Gruppe vorgeschlagen worden, s. auch These 4).⁷

Dieser Fragenkatalog ließe sich unendlich fortsetzen. Einige ärzt-

6: BMI 2020: „Überblick über die gesundheitlichen Auswirkungen (Schäden) der staatlicherseits verfügbaren Maßnahmen und Beschränkungen in der Coronakrise 2020“, <https://fragenstaat.de/dokumente/4123-wie-wir-covid-19-unter-kontrolle-bekommen/>, letzter Zugriff 30.3.2023.
7: s. Thesenpapier 4.1 vom 5.10.2021 [LINK: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrapppe_eta1_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie/)]

liche und pflegerische Verbände hatten auf diese und andere Fragen hingewiesen. Insgesamt ist die Situation als ein Zeugnis einer umfassenden Regression zu werten, leider kann man es nicht anders ausdrücken, denn bei den geschilderten Beispielen handelt es sich ausnahmslos um grundlegende fachliche Standards, deren Verletzung nicht nur aktuell, sondern auch rückblickend sprachlos macht. Aber vielleicht erklärt sich dadurch der moralisch „hohe Ton“ – wahrscheinlich waren sich viele Akteure durchaus im Klaren über den Rückschritt, sahen sich aber gerade deshalb veranlasst, besonders hart auszuteilen und andere Meinungen zu diskreditieren oder sogar zu verhetzen, um sich diese Regression nicht eingestehen zu müssen. Dies mag ein Schlüssel sein für den unseligen Verlauf, den der Diskurs in den zurückliegenden drei Jahren genommen hat.

Die Missachtung der fachlichen Standards wirft natürlich auch ein kritisches Licht auf die Legitimität der Grundrechtseinschränkungen. Wenn man sich dem Standpunkt anschließen mag, dass die Garantien von Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes zur körperlichen Unversehrtheit und Freiheit der Person bei massiven Bedrohungslagen eingeschränkt werden können, dann müssen die Einschränkungen jedoch bestimmten Bedingungen gehorchen: Sie müssen geeignet sein, den Notstand positiv zu beeinflussen, sie müssen notwendig sein und außerdem dem Angemessenheitsgrundsatz genügen. Die umfassende Verletzung der fachlichen Standards ist allerdings nicht als gutes Argument für die „Eignung“ der Maßnahmen zu werten, insbesondere da besser geeignete Maßnahmen ja zur Verfügung standen (und stehen). Die weitere Entwicklung dieser Diskussion ist von größter Wichtigkeit, auch für evtl. später auftretende Situationen.

These 4: Die Bilder von Bergamo und die in Modellen antizipierten „Millionen Tote“ stehen in klarem Kontrast u. a. zum Obduktionsverbot oder zu der Unfähigkeit, exakte Sterblichkeitszahlen zur Verfügung zu stellen. Der Tod als Menetekel, jeden Abend als Säulengrafik in den Nachrichten verkündet, wurde so sehr übersteigert, dass nicht nur die Bevölkerung in Angststarre verfiel, sondern auch die politische Ebene von ihren eigenen Projektionen eingeholt wurde. Plötzlich war ein planvolles, differenziertes Handeln nicht mehr vorstellbar, obwohl es angesichts der Bedrohung ja unabdingbar gewesen wäre.

Die Angst vor dem Tod (und vor den Toten) war übermächtig, das muss man heute konstatieren. Leider wurde mit dieser Angst nicht klug und beruhigend umgegangen, sodass die Gesellschaft ihre Steuerungsfähigkeit erliefte, sondern man holte die Bilder der Säрге von Bergamo immer wieder hervor. Es wurde nicht etwa versucht, die Todesfälle entsprechend der infektiologischen Selbstverständlichkeit in solche zu unterteilen, bei denen nur eine Besiedlung mit SARS-CoV2 vorlag, und solche, bei denen SARS-CoV2 ursächlich beteiligt war, um auf diesem Wege ein klareres Bild zu erhalten und die Diskussion zu versachlichen. Bis zum heutigen Tag weigert sich ein nach eigenen Angaben epidemiologisch ausgebildeter Gesundheitsminister Lauterbach, diese Grundlage jedes infektionsepidemiologischen Tuns anzuerkennen (in etwa vergleichbar einem Finanzminister, der die doppelte Buchführung nicht verstünde).

Aber die Thematik dürfte tiefer reichen, wobei nach dem heutigen Stand des Wissens mehrere Erklärungsstränge möglich erscheinen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die politische Steuerung letztlich Opfer der eigenen angstgetriebenen Maßnahmen wurde. Spätere Forschung wird zeigen, inwieweit – dies ist ein bislang wenig diskutierter Gedanke – auch die persönliche Betroffenheit und Angstneigung der beteiligten Politiker (und Journalisten) eine verstärkende Rolle spielte. Auf

jeden Fall hatte die Angst nicht nur die Aufgabe, die Bevölkerung zu einem gewünschten Verhalten zu bewegen, sondern sie konnte auch dazu genutzt werden, eine Situation allgemeiner Unübersichtlichkeit zu erzeugen, so weit, dass der Schrecken alles überdeckt, so weit, dass ein planvolles Tun außerhalb des Denkbaren zu liegen kommt. Es kam also zu einer paradoxen Situation: einerseits verlangte die epidemische Entwicklung mit der resultierenden Morbidität und Mortalität ein überlegtes und differenziertes Handeln, andererseits wurde genau dieses „kluge Handeln“ durch das angstgetriebene Epidemienmanagement verhindert.

Diese Paradoxie trat nirgends so klar zutage wie bei der vom RKI ausgegebenen Empfehlung, auf die Obduktion von SARS-CoV2-infizierten Patienten zu verzichten, bei denen also der Verdacht bestand, sie seien an Corona verstorben. Das Robert Koch-Institut hatte das Virus für so infektiös erklärt, dass Sterbende zu isolieren waren und Tote nicht weiter untersucht werden sollten. Dem entgegen standen von vornherein (eigentlich) ausreichende Kenntnisse über die Verbreitung von Viruserkrankungen und wirksame Hygienemaßnahmen (z. B. im Sektionssaal). Insbesondere die wiederholt gegebene Empfehlung, Sektionen wegen der Aerosolbildung und der damit einhergehenden Infektionsgefahr zu vermeiden, war kontraproduktiv. Die wissenschaftliche Erforschung der neuen Virusinfektion und der von ihr hervorgerufenen Krankheit Covid-19 im Hinblick auf Pathogenese, Klinik und Therapie war dadurch erheblich eingeschränkt.

Als der SARS-CoV2-Ausbruch sich zu einer offiziellen Pandemie ausweitete, stand unsere Rechtsordnung vor der Grundfrage, wie der Schutz vor einer Infektion bei potenziell schwerem Verlauf mit den Grundrechten ausgeglichen werden sollte und wie die Faktenbasis gleichzeitig weiter ausgeweitet werden könne. Denn es steht fest: Es ist vor allem wissenschaftlichen Erkenntnissen und Innovationen zu verdanken, dass wir unsere Freiheit heute nach mehreren Infektionswellen wieder ausleben können. Schon in der dunklen Anfangszeit der Pandemie waren Hoffnungsschimmer in Deutschland insbesondere einer international viel beachteten Obduktionsserie zu entnehmen, die am Institut für Rechtsmedizin des Hamburger Universitätsklinikums Eppendorf (UKE) erfolgte. Durch die Anordnung systematischer Obduktionen coronaassoziierter Todesfälle nach § 25 Abs. 1, 4, Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes konnten Erkenntnisse hinsichtlich der Pathologie über den spezifischen Gewebetropismus des SARS-CoV2-Virus gewonnen werden.^{8,9} Sie führten u. a. zu einer intensivierten Thromboembolie-Prophylaxe bei der Behandlung von Covid-19-Erkrankten. Risikofaktoren für einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf wurden erkannt, was spezifischere Schutzmaßnahmen für vulnerable Personengruppen ermöglichte.

Dieser sogenannte Hamburger Weg^{10,11} wurde im NUM, dem später vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zur akademischen Pandemieabwehr gegründeten Deutschen Netzwerk Universitätsmedizin, als vorbildhaft empfunden. Seine deutschlandweite Etablierung als Mittel der seit 2020 angestrebten *pandemic preparedness* wurde untersucht und zum Ziel erklärt. Dieses sehr erfolgreiche

8: Wichmann D., Sperhake J.P., Lütgehetmann M., Püschel K., Kluge S. (2020) Autopsy findings and venous thromboembolism in patients with Covid-19.

9: Puelles V., Lütgehetmann M., Lindenmeyer M., Püschel K., Huber T., (2020) Multi-organ and renal tropism of SARS-CoV-2. The New England Journal of Medicine 383 (6): 590-592

10: Püschel K., Äpfelbacher M. (2020) Umgang mit Corona-Toten. Obduktionen sind keinesfalls obsolet. Deutsches Ärzteblatt 117: A 1058-1060

11: Püschel K. (2021) Die Toten können uns retten. Wie die Rechtsmedizin uns hilft, Krankheiten zu erforschen und das Sterben zu verhindern. Quadriga, Köln

Projekt wurde sodann 2022 in das Nationale Obduktionsnetzwerk (NATON) überführt.

Abgesehen von der langanhaltenden Diskussion über den Einfluss der SARS-CoV2-Infektion auf den Todeseintritt („mit“ oder „an“ Corona gestorben) gab es auch immer wieder Diskussionen über Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit Impfungen. Auch diese Todesfälle sollten selbstverständlich systematisch, d. h. in entsprechend technisch gut ausgestatteten Instituten für Pathologie oder Rechtsmedizin, untersucht werden. Auch diesbezüglich ist ein nationales Register unbedingt empfehlenswert.

Letztlich wurde von einer Hamburger Arbeitsgruppe (Rechtsmedizin in Zusammenarbeit mit der Bucerius Law School) der Vorschlag für eine Neufassung des Infektionsschutzgesetzes (§ 25 a IfSG) erarbeitet und im konkreten Wortlaut publiziert (in der Zeitschrift Medizinrecht); in der Politik (auch bei der letzten Neufassung des IfSG) blieb dies allerdings bisher unberücksichtigt.

Das Infektionsschutzrecht weist auch bisher mit § 25 Abs. 4 Satz 2 IfSG durchaus eine Regelung auf, die Amtsobduktionen in verhältnismäßiger Form als Mittel der Bekämpfung ausgeprägter Pandemien gestattet. Sollte die tatsächliche Nutzung dieses Mittels aber nicht weiterhin auf der zufälligen Initiative Einzelner beruhen („Hamburger Weg“), sind tatsächliche und insbesondere rechtliche Reformen anzuregen. Die grundrechtssensible Amtsobduktion sollte im IfSG z. B. in einem § 25 a IfSG nähere Regelungen erfahren, um diese Option differenziert zu bekräftigen und zugleich sinnvoll verfahrensmäßig abzustützen. Auf diese Weise kann Deutschland die nun schmerzlich als notwendig erfahrene pandemic preparedness nennenswert und überzeugend fördern und Handlungssicherheit schaffen. Es kann damit die Hoffnung genährt werden, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zukünftig besser den Zielen des Gesundheits- und Freiheitsschutzes dienen können.¹²

Zu den vielen Corona-Toten sollte auch festgestellt werden, dass hier beunruhigende Zahlen präsentiert wurden, die vor allem Angst gemacht haben. Die Letalitätsstatistik muss im Zusammenhang mit der Pandemie sehr differenziert betrachtet werden.¹³ Dabei geht es nicht nur um die Corona-Toten im engeren Sinne, sondern insbesondere auch um die Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitssystem insgesamt. Durch die z. T. sehr einseitige Fokussierung auf die Gefährdung durch SARS-CoV2-Infektionen ist die zeitnahe und konsequente Therapie anderer Erkrankungen beeinträchtigt und vernachlässigt worden, viel mehr, als dies der medizinischen Gefährdung durch das Virus selbst entsprach.

These 5: Ob in Krankenhäusern, in stationären Pflegeeinrichtungen oder bei der ambulanten Pflege zu Hause: Durch totale Isolierungen und Abschottungen bei pflegebedürftigen Menschen wurden fundamentale Standards verletzt.

Während der gesamten Pandemie hat die fachliche Einbindung der Pflege bei erforderlichen Schutzmaßnahmen für vulnerable Menschen meist nur marginal und eher im Einzelfall stattgefunden, und zwar sowohl bei akuter, ambulanter als auch stationärer Pflegebedürftigkeit. Nach z. T. sehr kritischen und vermeidbaren Verläufen v. a. bei den ca. 800.000 Bewohnerinnen und Bewohnern in den rund 14.000 Pflegeheimen wurden inzwischen viele Erkenntnisse zusammengestellt, kritisch bewertet und in Empfehlungen zu einem gestuften Maßnahmenkatalog zusammengestellt bzw. verabschiedet. Inwieweit allerdings bundesweite Umsetzungen vorliegen, wird zu eruieren sein.

Allerdings ist für alle präventiven Maßnahmen festzuhalten: Ob in Krankenhäusern, in stationären Pflegeeinrichtungen oder bei der

ambulanten Pflege zu Hause, totale Isolierungen und Abschottungen bei pflegebedürftigen Menschen sind nicht hinnehmbar, auch wenn höchstmögliche Schutzmaßnahmen bei ggf. neu auftretenden hohen Infektionsraten notwendig erscheinen sollten. Die gemachten Erfahrungen, die bei vielen Betroffenen zunehmende Verwirrheitszustände, extreme Vereinsamung und Vernachlässigungen im Pflegealltag hervorbrachten, dürfen sich nicht wiederholen. Dafür tragen Politik, Gesellschaft, Leistungserbringer und Betroffene bzw. ihre Angehörigen gleichermaßen gemeinsam Verantwortung. Auch wenn inzwischen durch Impfungen bei den zu Pflegenden und beim Personal wie auch durch viele veranlasste Strukturmaßnahmen deutliche Entspannung eingetreten ist, sind nach wie vor unsachgemäße Regeln nicht gänzlich bereinigt:

- stark beschränkte Besuchsregeln
- zu wenige Leistungsangebote bei therapeutischen und freizeitleichen Angeboten
- mangelhafter Dialog bei der Interaktion zwischen beteiligten Personen und Institutionen

Der Deutsche Pflegerat hat nach der Auswertung der mangelhaften Einbindung der pflegerischen Fachexpertise 2022 einen Expertenrat berufen.¹⁴ Das Ziel ist es, künftig eine bessere gesundheitliche Versorgung zu sichern und als Fachgruppe präsent zu sein. Die Erfahrungen, die während der Pandemie gemacht wurden, sollen genutzt, gebündelt und sichtbar gemacht werden, um in einer erneuten ähnlichen Situation eine Allianz in der Bevölkerung für die pflegerische Versorgung zu bilden. Dabei sollen Forschungsschwerpunkte der Pflege in diesen Zusammenhängen identifiziert werden und entsprechende Lücken schnellstmöglich geschlossen werden.

These 6: Gut durchgekommen? Oftmals heißt es von Regierungsseite, wir seien als Gesellschaft gut durch die Pandemie gekommen. Doch besonders Kinder und Jugendliche litten mehr unter den Maßnahmen als unter dem Virus. Die Folgen von Lockdowns und Schulschließungen sind verheerend.¹⁵

Kinder und Jugendliche waren neben den Bewohnern der Alten- und Pflegeheime eine der beiden Altersgruppen, die von den pandemiebedingten Maßnahmen am schwersten betroffen waren. Bei keiner anderen Altersgruppe stand das Ausmaß der Einschränkungen im Vergleich zum Nutzen in einem größeren Missverhältnis. Schul- und Universitätsschließungen, das Verbot von Schul- und Vereinssport, Kontaktsperrungen und dazu eine Maskenpflicht über eine derart lange Zeitspanne, wie sie kaum eine andere (Berufs)Gruppe erbringen mussten.

Bereits im Sommer 2020 hatte die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin auf die negativen Folgen der Schließung der Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche und die Not-

12: Gaede K, Heidemann J, Goebels H-L, Heinemann A, Püschel K, Ondruschka B (2022) Pandemic preparedness bei der Obduktion? Potentiale und Grenzen des IfSG. Med R 40: 892-901

13: Richter, E., Liebl, D., Schulte, B., Lehmann, N., Fuhrmann, C., Jöckel, K.-H., Ioannidis, J.P.A., Streeck, H.: Analysis of fatality impact and seroprevalence surveys in a community sustaining a SARS-CoV-2 super-spreading event. Nature Scientific Reports <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32441-7>

14: Deutscher Pflegerat beruft Expert:innenrat Pflegewissenschaft / Hebammenwissenschaft und Pandemie ein – Deutscher Pflegerat ([deutscher-pflegerat.de](https://www.deutscher-pflegerat.de))

15: Dieser Abschnitt stammt in geänderter Form aus dem Artikel A. Knipp-Selke: „Gut durchgekommen?“, Cicero Online vom 27.3.2023 (<https://www.cicero.de/innenpolitik/kinder-und-jugendliche-in-der-corona-pandemie-gut-durchgekommen>)

wendigkeit von deren Wiedereröffnung hingewiesen.¹⁶ Schon zu diesem Zeitpunkt war klar, dass eine SARS-CoV-2-Infektion für die allermeisten Kinder und Jugendlichen nur eine milde Erkrankung darstellt.

Die politisch induzierte soziale Spaltung machte auch vor den Bildungseinrichtungen keinen Halt. Dabei war es nicht das Virus, das aus den Schulen herausgetragen wurde, sondern soziale Konflikte, die von den Eltern in die ein oder andere Richtung verstärkt wieder in die Schulen hineingetragen wurden. Auf diese Weise wurden KiTas und Schulen zum Brennglas einer Politik, die ihre Maßnahmen auf eine Bevölkerungsgruppe fokussierte, die dem nichts entgegenzusetzen hatte.

Die Kinder trafen in den Schulen auf Lehrer, die ihre pädagogische Verantwortung aus Sorge um das eigene Wohlergehen leider allzu oft nicht wahrgenommen haben, was ihre berufliche Aufgabe gewesen wäre. Auch ihrer Kernaufgabe der gezielten und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gestalteten Vermittlung von Lerninhalten sowie der individuellen Bewertung und systematischen Reflexion kamen sie nur zu oft nicht nach.

Eine Aufarbeitung dieses Versagens ist allerdings öffentlich nicht erkennbar, kritische Stimmen, wie die des Leipziger Gymnasiallehrers Alexander Wittenstein, eine rühmliche Ausnahme. In einem Beitrag zur Corona-Debatte der Berliner Zeitung stellte er sich und seinen Kollegen diese Fragen und zeigte sich ratlos, dass man nicht protestiert habe.¹⁷

Stattdessen erfuhren Kinder und Jugendliche in Schulen Restriktionen, wie sie vor der Pandemie noch undenkbar gewesen wären oder zumindest einen gesellschaftlichen Aufschrei hervorgerufen hätten. Da wurden medizinische Daten abgefragt, die allen Datenschutzbestimmungen zuwiderliefen, Persönlichkeitsrechte regelhaft verletzt, Grenzen wie selbstverständlich überschritten.¹⁸ Und das alles im Namen eines falsch verstandenen Solidaritätsgedankens, der seiner Grundvoraussetzung, der Freiwilligkeit, beraubt worden war.

Die Schüler waren dem Verhalten solcher Lehrer, die ihre Macht in diesem Ausmaß missbrauchten und Schüler bloßstellten, ohne dass daraus Konsequenzen erfolgten, schutzlos ausgeliefert, weil sich deren Verhalten jeder Kontrolle entzog. Schon Einzelfälle dieser Art sind geeignet, sich auf das ganze System auszuwirken. Eltern, Lehrer und Politiker nahmen Verstöße gegen die Grundrechte von Kindern und Jugendlichen viel zu häufig als selbstverständlich hin oder zumindest billigend in Kauf.

Trotz der damals bereits bekannten verheerenden Folgen der Schulschließungen drängten die Lehrerverbände Ende Dezember 2021 angesichts der bevorstehenden Omikronwelle auf ein erneutes Ende des Präsenzunterrichts. Der Präsident des Deutschen Lehrerverbands Heinz-Peter Meidinger stellte die Forderung auf, bei einem neuen Lockdown die Schulen nicht zu vergessen.¹⁹ Man musste den Eindruck gewinnen, dass es den Lehrerfunktionären mehr um die eigene Gesundheit ging als um das Wohlergehen der Kinder. Bereits im August 2021 hatte Meidinger vor einer „Durchseuchung der Schulen“ gewarnt und prognostiziert, dass „zwischen 30.000 und 180.000 Schüler in Krankenhäusern behandelt werden müssten, von eventuellen Long-Covid-Folgen mal völlig abgesehen“.²⁰

Zum Zeitpunkt von Meidingers Modellrechnung waren im Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), an dem bundesweit etwa ein Drittel aller Kinderkliniken beteiligt war, seit März 2020 die stationäre Aufnahme von insgesamt 1.708 Kindern und Jugendlichen gemeldet worden – und das seit Beginn der Pandemie. Als das Register geschlossen wurde, waren dort vom 1. Januar 2020 bis einschließlich 30.11.2022 insgesamt 7.375 Fälle gemeldet

worden, wovon bei etwa 75% SARS-CoV-2 der Aufnahmegrund war und bei den Übrigen eine stationäre Behandlung wegen anderer Diagnosen erforderlich wurde (positiver Test im Rahmen des Aufnahme-Screenings).²¹

Meidinger sprach sich auch grundsätzlich für eine allgemeine Impfpflicht aus²², lehnte eine solche aber für Lehrer ab und verwies dabei auf die hohe Impfquote von 95% unter den Kollegen.²³ Monate zuvor war es ihm und seinen Kollegen gelungen, in der Impfverordnung eine Höherstufung zur erstreiten. Ursprünglich eingeteilt in die gleiche Prioritätsstufe wie Personen, die in besonders relevanter Position in staatlichen und anderen Einrichtungen der kritischen Infrastruktur tätig waren, kletterte das Lehrpersonal eine Stufe höher und konkurrierte dann mit Ärzten, Pflegepersonal und über 70-Jährigen um die damals noch heiß begehrten und knappen Impfdosen.²⁴

Auch von vielen Kinderärzten hätte man sich klarere Stellungnahmen gewünscht. Einige von ihnen hatten schon früh und wiederholt auf die negativen Folgen der KiTa- und Schulschließungen hingewiesen.²⁵ Zahlreiche niedergelassene Kinderärzte jedoch weigerten sich, coronainfizierte Kinder zu behandeln, erließen 3G-Regeln für ihre Praxen oder verweigerten nicht geimpften Eltern, mitunter sogar nicht geimpften Kindern und Jugendlichen, gleich ganz den Zutritt.²⁶ Auch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde hielt lange an den besonderen Hygienemaßnahmen in Kindergärten und Schulen (Reihen-/Pooltestungen, Quarantäne, Maskenpflicht der Schüler) fest, obwohl diese der wissenschaftlichen Evidenz entbehrten und hinsichtlich der Risiko-, Aufwand- und Nutzenbewertung weder geeignet noch verhältnismäßig waren.²⁷ Um der Politik entgegenzukommen, wurden von medizinischer Seite proaktiv Kompromisse vorgeschlagen, die keinen gesundheitlichen Nutzen für die Kinder darstellten, sondern ihnen eher zum Nachteil gerieten. Mitunter musste man den Eindruck gewinnen, dass die beschlossenen Maßnahmen mehr dem gesellschaftlichen Druck folgten als einer evidenzbasierten wissenschaftlichen Sachgrundlage. Es steht zu befürchten, dass diese Dynamik die Gesellschaft noch lange begleiten wird.

Inzwischen ist allgemein anerkannt, dass die Kollateralschäden durch die während der Pandemie verhängten Maßnahmen die Risiken einer Corona-Infektion bei Kindern und Jugendlichen um ein Mehr-

16: <https://www.dakj.de/stellungnahmen/massnahmen-zur-aufrechterhaltung-eines-regelbetriebs-und-zur-praevention-von-sars-cov-2-ausbruechen-in-einrichtungen-der-kindertagesbetreuung-oder-schulen-unterbedingungen-der-pandemie-und-kozirkulat/>

17: <https://www.berliner-zeitung.de/open-source/lehrer-zur-corona-debatte-wieso-haben-wir-nicht-protestiert-wo-ist-die-aufarbeitung-li.310701>

18: <https://www.welt.de/debatte/kommentare/article235387210/Corona-Die-Spaltung-der-Gesellschaft-ist-in-den-Schulen-angekommen.html?icid=search.product.onsitesearch>

19: SZ vom 28.12.2021: Schulschließungen? Das darf doch nicht wahr sein
20: <https://www.news4teachers.de/2021/08/meidinger-durchseuchung-der-schulen-bringt-bis-zu-180-000-schueler-in-krankenhaus/>

21: <https://dgpi.de/covid-19-survey-update/>

22: SZ vom 23.11.2021: Spahn: Impfpflicht löst unser aktuelles Problem nicht

23: SZ vom 18.11.2021: Das geschlossene Klassenzimmer

24: Heudorf U, Gottschalk R. The risk of asymptomatic and symptomatic Covid-19-infection among schoolteachers and day-care workers compared to hospital and nursing home staff. Dtsch Arztebl Int 2021; 118. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0170 (online first). <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/dj/118/12/m213.pdf?ts=19.05.2021+12%3A58%3A58>

25: <https://www.dakj.de/stellungnahmen/massnahmen-zur-aufrechterhaltung-eines-regelbetriebs-und-zur-praevention-von-sars-cov-2-ausbruechen-in-einrichtungen-der-kindertagesbetreuung-oder-schulen-unterbedingungen-der-pandemie-und-kozirkulat/>

26: <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/hetzkampagne-praxis-wedel-101.html>

27: https://www.schrapp.com/ms2/index_html_files/Thesenpap8_endfass.pdf

faches übersteigen. Insbesondere das Bildungsdefizit der Kinder und Jugendlichen ist immens. Aktuelle Studien zufolge beträgt der durch die Corona-Pandemie bedingte Lernrückstand bei allen Klassenstufen mehrere Monate – oder 35% eines Schuljahrs.^{28,29} Am größten sind die Lücken bei einkommensschwachen Familien und in Mathematik. Die Folgen dessen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar, könnten die Gesellschaft aber durchaus mehr kosten als alle Corona-Maßnahmen zusammengenommen.

Fehlende Sozialkontakte zu Gleichaltrigen, Fehlernährung, Bewegungsmangel und erhöhter Medienkonsum waren für die Heranwachsenden zudem mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden. So ist etwa die Beratungshäufigkeit von Hilfefonetellen, wie bspw. der „Nummer gegen Kummer“ 2020 im Vergleich zu 2019 um 7% gestiegen und hat 2021 noch weiter zugenommen. Insgesamt wurden 7.148 Beratungen am Kinder- und Jugendtelefon im direkten Zusammenhang mit der aktuellen Corona-Pandemie geführt, dies sind 8% aller Beratungen in 2021 (+1,7% im Vergleich zu 2020). Dabei beschäftigte diese besondere Situation Mädchen und Jungen gleichermaßen. Die drei häufigsten Anrufanlässe waren dabei: Einsamkeit, Langeweile und die Sorge um die eigene psychische Stabilität.³⁰

Die im November veröffentlichte Corona-KiTa-Studie, die von Mitte 2020 bis Ende 2022 gemeinsam vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) und dem Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wurde, gibt einen Überblick über die Auswirkungen der Corona-Pandemie für Kinder und ihre Familien in Deutschland. Darin halten die Autoren fest, dass bereits Kinder im Vorschulalter unter den Schließungen der Betreuungseinrichtungen litten, weil ihnen die Interaktionen im sozialen Umfeld fehlten.

Ein kleiner, aber substanzieller Anteil der Familien berichtete von auffälligen Verhaltensweisen, psychosozialen Problemen oder psychosomatischen Symptomen bei ihren Kindern. Von den KiTa-Ausfällen betroffene Eltern waren insbesondere dann gestresst, wenn sie alleinerziehend oder beide Elternteile berufstätig waren. Viele Einrichtungen gaben einen relevanten Anteil an Kindern an, die in verschiedenen Entwicklungsdomänen einen deutlich höheren Förderbedarf hätten als vor der Pandemie, was sich z. B. beim Spracherwerb zeigte³¹, der sich etwa zwischen dem dritten und siebten Lebensjahr vollzieht. Erfahrungen, die in diesem Lebensalter nicht gemacht werden, lassen sich nur sehr schwer oder überhaupt nicht mehr kompensieren, was insbesondere für Kinder aus bildungsfernen Haushalten oder mit Migrations- oder Fluchtgeschichte von entscheidender Bedeutung ist.

Während der Pandemie ist auch die Zahl der Gewaltmeldungen in Kindertagesstätten gestiegen. Das zeigen die Statistiken einiger Landesjugendämter. Dazu beigetragen haben wird, dass den Eltern jedes Betreten der Einrichtungen untersagt war. Das Thema ist ein Tabu, und dazu veröffentlichte Zahlen stellen allenfalls die „Spitze des Eisbergs“, dar, so die Vorsitzende des Kinderschutzbundes NRW, Gaby Flösser, in einem Artikel der Neuen Westfälischen aus Bielefeld, denn nach wie vor gelte es in den Einrichtungen als Nestbeschmutzung und Verrat, wenn man solche Vorfälle meldet.³² Die Tageszeitung hatte darüber berichtet, dass die von den Landesjugendämtern NRW veröffentlichten Meldezahlen seit 2018 sprunghaft angestiegen seien, was vor allem im Rheinland auffiel. Das dort zuständige Landesjugendamt habe 2018 noch 34 Fälle von pädagogischem Fehlverhalten erfasst, 2020 seien es schon 120 gewesen. Diese Zahl habe sich im Folgejahr auf 222 Fälle nahezu verdoppelt. Auch bei körperlicher Gewalt sei ein starker Anstieg verzeichnet worden. Von 42 Fällen im Jahr 2018 seien

die Meldezahlen in der Pandemie stetig nach oben gestiegen, 2021 waren es mehr als doppelt so viele. Bei sexuellen Übergriffen habe sich die Zahl der gemeldeten Vorfälle von 38 im Jahr 2018 auf 76 in den Jahren 2020 und 2021 erhöht.

Anfang Februar 2023 stellte die Bundesregierung den „Abschlussbericht einer interministeriellen Arbeitsgruppe (IMA) zu gesundheitlichen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ vor, in die die Untersuchungen

- „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) des Robert Koch-Instituts (RKI),
- die Corona-KiTa-Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) und des RKI,
- die Studie „Corona und Psyche“ (COPSY) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf,
- die Studie „Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten“ (AID:A) des DJI,
- der DAK-Kinder- und Jugendreport und der von ihr geförderte Präventionsradar für das Schuljahr 2021/22, sowie
- das Verbundprojekt „Sozialpädiatrische Versorgung und bio-psycho-soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie“ des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

eingeflossen sind. Dem Bericht zufolge dauern die Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche bis heute an, immer noch seien 73% der Kinder und Jugendlichen psychisch belastet. So gaben in der 4. Befragung der COPSY-Studie vom Februar 2022 etwa 81% der 7-17-Jährigen an, „ziemlich“ bzw. „äußerst“ psychisch belastet zu sein, was im Vergleich zum Beginn der Pandemie einen Anstieg um 10% darstellt. Laut KIDA-Studie hat sich nach Angaben der Eltern in der Altersgruppe der 3-15-Jährigen die psychische Gesundheit im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie sogar bei 21% verschlechtert. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der allgemeinen Gesundheit der Kinder: KIDA zufolge hat diese sich bei 15% der 3-15-Jährigen verschlechtert. Laut dem aktuellen Präventionsradar erlebt die Hälfte der Schüler der Sekundarstufe I ein vermindertes psychisches Wohlbefinden.

Der Kinder- und Jugendreport der DAK weist bei einigen psychischen Störungen anhand der eigenen Versorgungsdaten in bestimmten Alters- und Geschlechtsgruppen teilweise deutliche Anstiege ärztlicher Diagnosen auf: So lag der Anteil an Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren mit einer Essstörung im Jahr 2021 um 54% höher als noch 2019. Bei der Diagnose Depression betrug der Anstieg in der Gruppe der 10- bis 14-jährigen Mädchen im selben Zeitraum 23%, bei den 15- bis 17-jährigen Mädchen waren es 18% und bei Angststörungen 24%.

Die DAK-Daten geben auch Auskunft zur Entwicklung der Häufigkeit von diagnostizierter Adipositas. Hier fielen im Jahr 2021 teilweise deutliche Zunahmen der Neuerkrankungen gegenüber dem Vorpande-

28: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Corona/Abschlussbericht_Corona-KiTa-Studie_DJI-RKI_2022.pdf

29: Bethäuser, B.A., Bach-Mortensen, A.M. & Engzell, P. A systematic review and meta-analysis of the evidence on learning during the Covid-19-pandemic. *Nat Hum Behav* (2023). <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01506-4>

30: https://www.nummergegenkummer.de/wp-content/uploads/2022/05/2021_Statistik_KJT.pdf

31: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Corona/Abschlussbericht_Corona-KiTa-Studie_DJI-RKI_2022.pdf

32: https://www.nw.de/nachrichten/zwischen_weser_und_rhein/23457977_Gewalt-an-NRW-Kitas-steigt-deutlich-Sitzengelassen-im-eigenen-Urin.html

miezeitraum auf. Beispielsweise zeigte sich bei Jungen zwischen 15 und 17 Jahren im Jahr 2021 um 15% häufiger eine Adipositas als noch 2019.

Vermutet wird zudem eine durch die Pandemiemaßnahmen begünstigte Zunahme häuslicher Gewalt, mit Angst als zusätzlichem Auslöser und dem Wegfall einer möglichen Entdeckungs- und Kontrollfunktion durch die Kindergärten und Schulen. Dafür spricht die im November 2022 vom Bundeskriminalamt veröffentlichte kriminalstatistische Auswertung für das Jahr 2021. Darin wurden 221.831 Opfer häuslicher Gewalt erfasst. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Opfer zwar damit um 1,8 % gesunken (2020: 225.884 Opfer), bezogen auf das Vor-Coronajahr 2019 findet sich jedoch ein Anstieg um 3,4%.³³

Der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) 2021 zufolge sind 145 Kinder im Jahr 2021 gewaltsam zu Tode gekommen, was einen leichten Rückgang (- 7 Fälle) gegenüber dem Vorjahr darstellt. 118 von ihnen waren zum Zeitpunkt des Todes jünger als sechs Jahre alt. In 83 Fällen erfolgte ein Tötungsversuch.³⁴ Besonders drastisch sind der PKS zufolge die im Jahr 2021 erneut um 6,3% gestiegenen Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch auf über 15.500 Fälle (Vorjahr: 14.500) und die um 108,8% auf über 39.000 Fälle angestiegenen Missbrauchs-darstellungen. Die jährlichen PKS-Zahlen geben dabei lediglich die der Polizei bekannt gewordenen und durch sie ausermittelten Delikte an. Das Dunkelfeld und auch der Anteil an Straftaten, von denen die Polizei keine Kenntnis erhält, ist um ein Vielfaches größer. Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland pro Schulklasse 1–2 Schüler von sexueller Gewalt in unterschiedlichsten Lebensbereichen betroffen sind. Laut PKS hat sich die Zahl der unter 18-Jährigen, die in Deutschland insbesondere in den sozialen Medien Missbrauchsab-bildungen weiterverbreiteten, erwarben, besaßen oder herstellten, von 1.373 Tatverdächtigen im Jahr 2018 auf 14.528 im vergangenen Jahr mehr als verzehnfacht.³⁵

Fazit: Angesichts dieser Fakten verkommt die politisch allgegenwärtig vorgebrachte Behauptung, wir seien gut durch die Pandemie gekommen, zur hohlen Phrase. Was eigentlich sind die Kriterien für ein solches Urteil? Gemessen an den Folgen für die Kinder und Jugendlichen ist das Gegenteil der Fall. Im November 2022 musste schließlich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bekennen, dass das Schließen von KiTas definitiv medizinisch nicht angemessen gewesen sei und „auch in dem Umfang, wie wir es damals gemacht haben, nach heutigem Wissen nicht nötig gewesen“ wäre. Im Januar 2023 bezeichnete er dann auch das Schließen der Schulen als Fehler.

These 7: Die in jahrzehntelanger Auseinandersetzung erreichte Ausrichtung des Gesundheitssystems (und der Gesundheitsforschung) am Grundsatz der Patientenorientierung wurde schlagartig zu einem paternalistischen System zurückentwickelt.

Die schrittweise Stärkung der Patientenorientierung hat in der Gesundheitsversorgung in den Jahren vor Corona eine ganz herausragende Rolle gespielt. Unter Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe prägte diese Entwicklung z. B. das Patientenrechtegesetz (2013) und nahm so eine grundlegende gesellschaftliche Diskussion um die informelle Selbstbestimmung der Person auf, die besonders auch durch das Bundesverfassungsgericht begleitet wurde (von der Aufklärung bis hin zur Sterbehilfe).

Gestern (vor der Pandemie) befragten wir Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung, nach Qualität und nach Kommunikation. Das Patientenwohl stand im Mittelpunkt, die Bundesgesundheitsminister Ulla Schmidt und Hermann Gröhe sahen es als ihre oberste Pflicht an, die Qualität der Behandlung zu stärken, sogar die

Krankenhausplanung sollte nach Qualitätskriterien weiterentwickelt werden (Krankenhausstrukturgesetz Dez. 2015), der bislang letzte Versuch, die Krankenhausversorgung durch strukturelle Änderungen und nicht durch Top-down-Vorschriften weiterzuentwickeln. Ulla Schmidt wagte sich sogar an das Thema Patientensicherheit und unterstützte die Gründung des Aktionsbündnis Patientensicherheit im Jahr 2005. Es war undenkbar, dass man einen schwerkranken Angehörigen nicht besuchen konnte oder er sogar allein sterben musste.

Heute hat sich das alles geändert. Die Mitarbeitenden der Einrichtungen tun ihr Bestes, aber durch die Vorschriften und durch eine Kräfteverschiebung innerhalb der Kliniken, die den auf die RKI-Vorschriften achtenden Verwaltungen (und den „Corona-Beauftragten“) alle Macht in die Hände legte, wurden sie an den Rand gedrängt. Die Krankenhäuser zogen die Brücken hoch, alte Menschen konnten nicht begleitet werden (auch wenn sie es dezidiert wünschten, auch auf die Gefahr einer Infektion hin). Sie bekamen keinen Besuch, selbst die Beschaffung eines Aufladekabels für das Handy wurde zum existenziellen Problem, die „totale Institution“ kam wieder zu Vorschein.

Alles, was vorher war, vergebens? Noch mal: Natürlich taten und tun die Mitarbeiter ihr Bestes, waren die Einrichtungen durch Corona-Fälle unter den Mitarbeitenden dezimiert, war der Personalmangel ein Hemmnis. Aber hat man die verantwortlichen Politiker und Politikerinnen ein einziges Mal am Sonntagabend um 20:15 im Deutschen Fernsehen einen flammenden Appell an die Pflegenden des Landes richten gehört, in Teilzeit, Ruhestand oder anderen Berufen, sich doch bitte – Notstand! – zu melden und die entstehenden Lücken zu füllen? Nein. Das beste Beispiel war das politische Versagen bei den Intensivstationen, wo für Millionen Euro neue Ausstattung verteilt wurde, die aber niemand in Betrieb nahm. Außerdem wurden Freihalteprämien verteilt, die der Aufbesserung der Bilanzen dienten – die Thesenpapier-Autorengruppe, die dies aufdeckte, wurde verhetzt.³⁶ Allerdings hat der Bundesrechnungshof nachgelegt und das Vorgehen noch sehr viel deutlicher moniert, aber die Aufarbeitung steht immer noch aus.³⁷

These 8: Die Erfolge der evidenzbasierten Medizin (EBM) und des auf die Alltagswirksamkeit gerichteten Health Technology Assessment (HTA) wurde im Rahmen der Corona-Maßnahmen nicht genutzt und stattdessen aus der Auseinandersetzung um den Nutzen von Corona-Maßnahmen aktiv verdrängt.

Patienten sollten sich nicht nur auf Qualität und Patientensicherheit verlassen können (Grundforderung zur Patientenorientierung), sondern auch darauf, dass die Versorgung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand stattfindet. Zu diesem Zweck wurde in den 80er-Jahren die evidenzbasierte Medizin (EBM) entwickelt, ein Verfahren zur verlässlichen Identifikation von wissenschaftlichen Studien,

33: [https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2021.html?](https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Partnerschaftsgewalt/Partnerschaftsgewalt_2021.html?__blob=publicationFile)

34: <https://www.tagesschau.de/inland/bka-kriminalstatistik-101.pdf>

35: https://beauftragte-missbrauch.de/presse/artikel?tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Bnews%5D=652&cHash=2f4ccb3e6f0591c91abbf74a7f194c8d

36: 2. Adhoc-Stellungnahme der Thesenpapier-Autorengruppe vom 17.5.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie. Monitor Versorgungsforschung, doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>

37: Bundesrechnungshof: Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds (Abgabe von Schutzmasken an vulnerable Personengruppen, Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Aufbau von Intensivbettenkapazitäten) vom 09.06.2021

deren Bewertung und letztlich Zusammenfassung in Leitlinien. Für die Fachlichkeit der Gesundheitsberufe war dies ein entscheidender Schritt, denn das „Richtige“ wurde nicht mehr *ex cathedra* verkündet, sondern war Ergebnis eines transparenten Erkenntnisprozesses. Dieser Prozess ging auch einher mit einer neuen Bewertung des Behandlungsergebnisses, nämlich dass nicht nur die Frage im Mittelpunkt steht, dass der Tumor kleiner geworden ist oder die Patienten etwas länger leben, sondern dass es den Patienten tatsächlich besser gehen sollte (die Fragestellung Überleben/Heilung wurde ergänzt durch die Lebensqualität). Man war sich auch bald einig, dass Studien, die nur auf Laborwerte oder Röntgenbefunde schauen (sog. Surrogat-Marker), weniger aussagekräftig sind als Studien mit patientenrelevanten Endpunkten wie Schmerzhäufigkeit, Erkrankungshäufigkeit, Komplikationen oder Tod. Ergänzt wurde diese Entwicklung Anfang der 00er-Jahre durch die Etablierung von *Outcomes-Research* (Versorgungsforschung) in Deutschland, deren Methodenspektrum unter dem Begriff *Health Technology Assessment* (Technologie-Bewertung im Gesundheitsbereich) auf die Translation in die Alltagsversorgung ausgerichtet war und daher auch sozialwissenschaftliche, ökonomische und ethische Perspektiven mit einbezog.

Auch hier wieder das gleiche Bild: Die Fortschritte der letzten Jahrzehnte wurden während Corona mit einem Schlag hinweggefegt. Nicht überprüfbare Informationen (nächtliche Anrufe in Harvard) und Einzelstudien („die letzte Studie aus Israel hat klar gezeigt ...“) beherrsch(t)en die Diskussion. Viele Studien hatten nicht einmal einen Überprüfungsprozess durchlaufen, wurden häufig sehr eigenwillig interpretiert und den „Gegnern“ aggressiv vorgehalten, statt auf einen geregelten Erkenntnisprozess zu setzen. Überhaupt wurde der wissenschaftliche Prozess plötzlich als zu zeitaufwendig angesehen (denn es waltet der Notstand) und Synthesen von Studien (sog. Metaanalysen) wurden gar nicht angefertigt oder sofort angezweifelt.

Weltberühmte EBM-Experten erklärte man zu Statisten oder verhetzte sie gleich ganz als Scharlatane, während sog. „Corona-Experten“ die Medien beherrschten und „die Wissenschaft“ monopolisierten, nicht ohne damit ihr persönliches Fortkommen zu befördern. Interessenkonflikte wurden überhaupt nicht mehr diskutiert. Stattdessen wurden die Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen, die den gesetzlichen Auftrag haben, mittels EBM den Nutzen von Maßnahmen zu bewerten und diese in die Versorgung zu integrieren (z. B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit oder der Gemeinsame Bundesausschuss), komplett übergangen oder mit minimalen Nebenaufgaben beschäftigt (telefonische Krankenschreibung o. Ä.).

Diese Entwicklung ist für die Öffentlichkeit schwer erkennbar, trifft aber die Gesundheitsberufe, ihre Verbände und das Zusammenspiel des Gesundheitssystems ins Mark. Wenn es nicht mehr möglich ist, das relevante und für die Praxis wertvollste Wissen unabhängig von Einzelinteressen zu identifizieren, dann ist die Autonomie der Berufe in ihren Grundfesten erschüttert. Vielmehr steht ein Rückfall in Zeiten an, in denen Einzelne oder einzelne Gruppen die Wahrheit verkünden, ohne eine Überprüfung gegenläufiger Hypothesen zulassen zu müssen („die Wissenschaft sagt“). In der Folge wird dieses „eminenzbasierte“ Vorgehen zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen, denn der transparente Abgleich von Handlungsalternativen wird ausgeschaltet. Das gesamte System der unterschiedlichen Player wird entmutigt, sich selbst für Lösungen verantwortlich zu zeigen, weil transparente Regeln und Verfahrensleitlinien nicht mehr gelten und letztlich durch ein „jeder für sich allein“ ersetzt werden.

These 9: Entgegen dem zentralen Trend der letzten 30 Jahre, in denen man lernte, die Gesundheitsversorgung und das gesundheitspolitische Politikfeld aus komplexitätstheoretischem Blickwinkel zu verstehen und zu lenken, ist man im Rahmen der Corona-Epidemie wieder in einen rein linearen Umgang mit sozialen Prozessen zurückgefallen.

Sicher gab es in ferner Vergangenheit die Ansicht, Krisen und Katastrophen könne man mit rein technischen Mitteln „bekämpfen“. Brach die Schraube und der Förderkorb fiel in die Tiefe, nahm man halt eine andere, stärkere Schraube. Um zu erkennen, dass es Mitarbeitende sind, die Irrtümer begehen, dass es die Teams vor Ort sind oder sogar das ganze soziale System, das bei Krisen versagt, dazu brauchte es einen verlustreichen Lernprozess, der von Apollo über Challenger bis zu Tschernobyl reichte. Aber genau diese Erkenntnisse ermöglichten es (auch im Gesundheitswesen), glaubwürdige Konzepte zur Verbesserung der Sicherheit zu entwickeln.

Auch wenn es nicht auf den ersten Blick verständlich erscheint, diese Erkenntnisse der fachlichen Expertise der Gesundheitsberufe zuzurechnen, ist dies doch der Fall: durch Entwicklungen wie evidenzbasierte Medizin, Qualitätsmanagement oder Patientensicherheit entwickelten die Gesundheitsberufe zunehmend die Kompetenz, Team-Strukturen zu stabilisieren, komplexe Prozesse zu durchschauen und sich selbst in deren Steuerung zu engagieren. Oft stellten sie sogar den entscheidenden Erfolgsfaktor dar, denn rein vom „grünen Tisch“ der Verwaltungen und Systembürokratien waren Lösungen nicht möglich, da viele Prozesse in einem komplexen Feld wie dem Gesundheitssystem nicht top-down zu regeln sind.

Unter den Bedingungen von Corona fiel man aber wieder in die Vorzeiten linearen Denkens zurück und machte damit dramatische Fehler. So hieß es schon Anfang 2020: Haben wir erst die Impfung, dann wird alles gut. Natürlich zeigten die ersten Studien zu den Impfstoffen, dass die Wirksamkeit (Verhinderung von Krankheit, nicht etwa Infektion) bei 95% lag (durchaus ein Erfolg). Dies hieß aber nichts anderes, als dass pro 20 Geimpften immer noch ein Geimpfter (5%) schwer erkrankt – dass man also theoretisch bei 80 Mio. geimpften Personen mit 4 Mio. Erkrankungen von Geimpften rechnen muss. Trotzdem verließ man sich auf die Impfung als allumfassenden Problemlöser, statt von vorneherein zu kommunizieren, dass man die Impfung in wohldurchdachte Begleitprogramme integrieren muss, die sich insbesondere auf die besonders vulnerablen Wirtspopulationen richten mussten. Nichts davon ist geschehen. Den einzigen Weg, den man sah, war die Impfbereitschaft zu erhöhen, ohne dass das etwas an der o. g. Tatsache geändert hätte. Stattdessen kam sogar noch der Umstand hinzu, dass das Phänomen der Re-Infektionen die Bilanz weiter verschlechterte.

Man kennt diese Überschätzung des technisch-linearen Zugangs bei komplexen Sachverhalten gut aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Linear Durchregieren – haben wir ein Problem mit nosokomialen Wundinfektionen, erlassen wir halt eine Dienstanweisung zur Händedesinfektion. Dass dies nicht funktioniert (weil Dienstanweisungen gerne mal ignoriert werden), ist in Hunderten Studien klar bewiesen. Erst die Erkenntnis, dass es sich dabei um einen sozialen Prozess handelt, führte weiter, allerdings treten dann die technischen Mittel (incl. Digitalisierung) in den Hintergrund. Stattdessen führen Rückkopplung, Teambildung, Vorbildfunktion und Vertrauensbildung zu Erfolgen.³⁸ Aber gerade an diesen Punkten hat es in der Impfkampagne ganz massiv gefehlt.³⁹

These 10: Der Versuch, die Epidemie in Deutschland mit mangel-

haften Daten zu steuern, ist gescheitert und muss als Kardinalfehler bezeichnet werden.

Wo stehen wir, wo wollen wir hin, wo sind sinnvolle Zwischenschritte, was nützen die einzelnen Maßnahmen, was muss man anders machen? Information und Rückkopplung stellen das Kernelement jedes Krisenmanagements dar, Verhaltensänderung und das „Mitmachen“ ist ohne zuverlässig erhobene Datenbasis nicht denkbar. Wie umfangreich hier das Versagen war, ist von vielen Seiten klar benannt worden.⁴⁰ Eine Melderate, deren Ergebnisse nicht von der Testfrequenz abgrenzbar sind (Abfall an Weihnachten, Anstieg nach Ende der Ferien), fehlende Kohortenstudien (der epidemiologische Standard), fehlende Daten zu den Risikopopulationen (dafür muss man überhaupt erst mal Interesse aufbringen), die Aufzählung lässt sich unendlich fortsetzen. Und keine Einsicht bei den verantwortlichen Stellen, keine aufsuchende klinische Epidemiologie, kein Vor-Ort-Gehen, stattdessen bürokratisches Listenführen und Berichte schreiben.

Nochmal: Warum dies eine katastrophale Performance ist? Weil die Bürger, deren Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit ja sonst immer gefragt waren (z. B. bei der Wahl der Krankenkassen nach Höhe des Zusatzbeitrages oder der Krankenhäuser nach Qualitätskriterien), nicht ernst genommen wurden, und weil sie es natürlich gemerkt haben. Mal ein Grenzwert von 30, mal von 50 und im nächsten Moment „300“? Dieses hilflose Herumirren zeigte sich ja nicht zuletzt durch die wechselnden Verläufe in unterschiedlichen Ländern, bei denen die Zahlen „deutlich runtergingen“, weil sie so vorbildlich bestimmte Maßnahmen umgesetzt hatten – um im nächsten Augenblick wieder steil anzusteigen. Wer war nicht schon alles „Meister in der Pandemiebewältigung“: Portugal, Italien, Österreich, Dänemark, selbst Großbritannien, um auf mittlere Sicht alle im gleichen Verlauf zu landen.

Was bedeutet in diesem Zusammenhang Fachlichkeit? Zahlen müssen in der ersten Linie zuverlässig erhoben werden (und das geht nicht durch anlasslose Testungen und löchrige Nachverfolgungsprogramme). In zweiter Linie muss man sich überlegen, was sie aussagen: Sollen sie genau die Situation beschreiben? Dann hätte man z. B. eine große Kohorte von Lehrern bilden müssen, die man über längere Zeiträume regelmäßig untersucht, um herauszufinden, ob diese Berufsgruppe wirklich einem größeren Risiko ausgesetzt ist als Mitarbeiter im Supermarkt oder in der Gesundheitsversorgung – sicherlich hätte man den Kindern dadurch viel ersparen können. Oder sollen die Zahlen ungünstige Verläufe vorhersagen, wie ein Warnlicht? Im letzteren Fall wären Kennzahlen notwendig gewesen, wie sie von der Thesenpapier-Gruppe vorgeschlagen worden waren.⁴¹ Abwasseruntersuchungen waren auch gar keine schlechte Idee (man weiß zwar nicht, wer infiziert ist, aber man weiß, dass man achtsam draufschauen muss, wenn die Signale im Abwasser ansteigen).

Natürlich hat man es auch versäumt, die Wissenschaft an dieser Stelle zu befragen, aber nicht die genannten „üblichen Verdächtigen“, sondern Experten, die mit der Bekämpfung von epidemischen Situationen wirklich zu tun haben (*Infection Control*-Spezialisten, nicht Modellierer). Im Grunde handelte es sich aber in den letzten Jahren um ein Versagen der fachlichen Praxisgrundsätze, sozusagen um eine Missachtung des Basiswissens.

These 11: Ein klassisches Führungsdefizit: statt Vorbildfunktion Nutzung der Corona-Krise zu anderen Zwecken.

Ein zweiter schwerwiegender Fehler bei der Bewältigung der Epidemie liegt und lag in der Missachtung der Vorbildfunktion. Komplexe Prozesse stellen an die Verantwortlichen große Anforderungen, aber vor allen Dingen dürfen sie nicht den Eindruck erwecken, sie seien

selbst nicht gemeint und es passe ihnen aus anderen Gründen alles ganz gut in den Kram (z. B. als Anlass zu Kostensenkungen). Wir wissen aus der Wissenschaft ganz genau, dass Menschen sehr darauf achten, wie glaubwürdig die Führungsebene handelt und ob die sichtbare Motivation klar und eindeutig ist. Das beste Beispiel sind die Studien zur Händedesinfektion zur Verhinderung nosokomialer Infektionen im Krankenhaus. Wichtigster Faktor ist das Verhalten der Führungsebene: wenn die Chefärzte sich selbst die Hände nicht desinfizieren, dann ist das für die Mitarbeitenden ein klares Indiz dafür, dass die sachliche Begründung fehlt bzw. von der Führungsebene selbst nicht akzeptiert wird.

Wie sah das bei Corona aus? Es soll hier gar nicht auf Sponsorenabendessen ohne Maske von amtierenden Bundesgesundheitsministern oder maskenlosen Kabinettsmitgliedern im Flugzeug abgehoben werden (obwohl wichtig), sondern man muss tiefer schauen. Es geht um den Verdacht, dass Corona zu anderen politischen Zwecken missbraucht wurde, die man auf anderem Weg lange nicht durchsetzen konnte. Ganz im Vordergrund ist die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung einschließlich der Marginalisierung der ärztlichen Schweigepflicht zu sehen. Durch die Dramatik der epidemischen Situation sollen die Vorbehalte eliminiert werden, die es gerade in der Ärzteschaft hinsichtlich Schweigepflicht und der ökonomischen Nutzung der Patientendaten gibt (analog zum Walfang: natürlich nur zu „Forschungszwecken“). Und ohne den Klimawandel relativieren zu wollen: Es ist zu bezweifeln, ob die Bürger dieses Landes ihr Verständnis für Corona-Maßnahmen dadurch steigern, dass man ihnen nahelegt, „das Virus auch als kleine gesellschaftliche Übung zu begreifen, als Übung im gegenseitigen Umgang, in Solidarität“, und dann fortzufahren: „Auch in der Klimadebatte, in der die einen am liebsten große Autos verbieten wollen und die anderen einen neuen Fahrradweg als Angriff auf ihr Lebensmodell begreifen, werden wir uns alle gegenseitig ertragen müssen.“⁴²

Analog ist das Verhalten von chancenlosen Politikern zu bewerten, die sich nur durch das Skandalisieren der Corona-Krise und unentwegte, penetrante Wortmeldungen die Chance erhoffen konnten, jemals in eine verantwortungsvolle politische Position vorzurücken (s. These 14). Klar, das ist legitim, aber beim Management einer Epidemie völlig fehl am Platz. Diese Tendenz ist so stark, dass sie einer Partei bei der letzten Bundestagswahl sogar den Sieg kostete, weil die führenden Kampfhähne ihr Corona-Engagement zum egoistischen Streit nutzten (Laschet und Söder).

Diese Problematik der Hidden Agenda reicht hinauf bis zur glo-

38: Zur Thematik der *Complex Multicomponent Interventions* als Standardmodell und deren Begründungen einschl. der Michigan-Studien von P. Pronovost et al. s. z. B. M. Schrappe, H. Pfaff: Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept. *Geswesen* 78, 2016, 689-94, außerdem M. Schrappe, H. Pfaff: Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer, M. Schrappe (eds.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, S. 1-68

39: Zusammenfassende Darstellung der Anforderungen und Fehlermöglichkeiten einer Impfkampagne s. Thesenpapier 7 vom 10.2.2021 „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten.“ *Monitor Versorgungsforschung*, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>

40. Thesenpapier 4.1 vom 5.10.2021, ebd.

41: Thesenpapier 3 vom 28.,3.2020, Kap. 2.3., *Monitor Versorgungsforschung*, <http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2231>; Thesenpapier 8 vom 29.8.2021, Kap. 3.6., *Monitor Versorgungsforschung*, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>

42: Süddeutsche Zeitung vom 11.3.2020, kurz vor dem ersten Lockdown

balen Ebene: Der Streit um die Frage, ob SARS-CoV2 natürlichen Ursprungs ist oder aus einem Laborunfall stammt, wurde zu einem politischen Streitthema der Supermächte und der Regierungsformen überhöht und letztlich zum Indiz für die Über- oder Unterlegenheit autoritärer Systeme gegenüber dem „dekadenten Westen“ hochstilisiert. Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass die „normalen Bürger“, die sich einschneidenden Einschränkungen ihres persönlichen Freiheitsraumes gegenübersehen, kaum motiviert sein dürften, bei diesen Spielchen mitzuwirken.

These 12: Mangelnde Vertrauensbildung: Druck erzeugt Gegenwehr.

An diesem Punkt muss man nochmals auf die Impfkampagne zu sprechen kommen. Eine Impfkampagne gehört zu den schwierigsten, komplexesten sozialen Interventionen, die denkbar sind.⁴³ Nun weiß man seit Jahrzehnten, dass es gerade in Deutschland eine umfangreiche Szene von Bürgern und Bürgerinnen gibt, die ganz allgemein einer Impfung skeptisch gegenüberstehen. Ganz im Gegensatz zur „offiziellen“ Meinung muss man klar hervorheben: Hierzu haben sie jedes Recht.

Dieses im Sinn, muss man darüber nachdenken, wie man bei der Planung einer Impfkampagne vorgeht. Man kann den daraus resultierenden Konflikt frontal angehen und – falls Druck nicht hilft – sogar über Zwang nachdenken. Doch was ist die Folge? Das konnten wir in den letzten Jahren live beobachten: eher eine Konsolidierung der Impfskeptiker-Szene, eine Radikalisierung der Ansichten, auf jeden Fall kein Aufeinanderzubewegen. Besonders wichtig an diesem Punkt: Es gab durchaus gute Alternativen, aber dazu hätte man aktiv Vertrauensbildung betreiben müssen. Dies verlangt jedoch eine kundige Vorgehensweise, und vor allem: Man muss Experten einbinden, die Erfahrung mit Impfkampagnen haben und die auch andere Disziplinen abdecken, insbesondere Psychologie, Verhaltenswissenschaften, Soziologie und Medien.

Um einen solchen Prozess der Vertrauensbildung zu starten, braucht man eine „Prioritätenliste der offenen Fragen“, und bereits hier würde es sich lohnen, die skeptischen Bevölkerungsgruppen einzubeziehen und eine solche Liste zu erarbeiten. Was man schon frühzeitig ahnen konnte: Die zentrale Frage der impfskeptischen Mitbürger bezieht sich auf die Nebenwirkungen der Impfung, gerade weil es sich um ein neues Wirkprinzip handelt und die Studien nur einen kurzen Beobachtungszeitraum umfassten. Dabei ist es völlig nebensächlich, ob man tatsächlich davon ausgeht, dass Nebenwirkungen vorliegen oder nicht. Was aber auf keinen Fall passieren darf: ein Ins-Lächerliche-ziehen, ein Abtun, die Aussage des amtierenden Gesundheitsministers: Es gibt keine Nebenwirkungen.

Dieser wichtige Ausgangspunkt besteht aus zwei Gründen. Erstens ist eine Befürchtung für die betroffenen Personen deren persönliche Wahrheit, und diese lässt sich nicht so einfach wegwischen, ob man das nun akzeptiert oder nicht. Und zweitens entspricht dieses Vorgehen dem Grundsatz jeder Safety-Betrachtung, und darum und nichts anderes handelt es sich ja (es handelt sich NICHT um eine Erziehungsmaßnahme!).

Bei allen Sicherheitsfragen geht es um die möglichst frühzeitige Erkenntnis sog. „schwacher Signale“. Wenn der Förderkorb erst runtergefallen ist, ist es zu spät. Stattdessen arbeitet man im Sicherheitsbereich mit sog. Beinahe-Ereignissen, also kleinen Ungenauigkeiten, unklaren Beobachtungen, scheinbar banalen Vorkommnissen, um aus diesen zu lernen und neue Muster zu erkennen. Von entscheidender Bedeutung dabei ist, dass solche Meldungen erwünscht sind und wert-

geschätzt werden. Wenn man den Piloten sanktioniert, der bemerkt, dass die Boeing plötzlich und ohne Grund den Bug anhebt, sodass er dies nicht kundtut, dann wird irgendwann der Flieger wirklich abstürzen (wie 2018/19 mit den Boeing 737-Max-Abstürzen tatsächlich passiert). Man versucht also mit niedrigschwelligen Meldemöglichkeiten möglichst frühzeitig eventuellen „Nebenwirkungen“ auf die Spur zu kommen.

Daher wäre z. B. die einfache Meldung per App oder per Telefon angebracht gewesen, einschließlich einer freundlichen Benachrichtigung, dass diese Meldung angenommen und bearbeitet wird. Nicht angebracht sind bürokratische Erschwernis (30 Min. Bearbeitungszeit pro Meldung durch den Hausarzt), die fehlende Rückmeldung über den Eingang, die fehlende zeitnahe Auswertung, die gebetsmühlenartige Wiederholung der Ansicht, es gäbe überhaupt keine Nebenwirkungen und außerdem: die Meldenden seien „Covidioten“.

Es ist also aus zwei Gründen sinnvoll, mit niedrigschwelligen, positiv konnotierten Meldesystemen zu Werke zu gehen: Nur so kann man Ereignisse früh genug erkennen, und außerdem baut dieses Vorgehen Vertrauen in das weitere Vorgehen auf. Vertrauen, das kostbare Gut – hätten wir diese Regeln befolgt, sähe heute einiges anders aus. Hinzu kamen natürlich noch zahlreiche andere Fehler, z. B. die fehlende Antizipation der Schwierigkeiten bei der Priorisierung wegen Impfstoffmangel und, ganz entscheidend, die fehlende Beachtung der Personen mit bereits durchgemachter Infektion (Genesenen), denn diese hätte man vorerst zurückstellen können. Es rächte sich auch, dass man sich in den frühen Phasen der Epidemie nicht drum kümmern wollte, z. B. mittels Score-Systemen die Gruppe der vulnerablen Personen besser einzugrenzen – jetzt fehlten solche Systeme doppelt, denn man konnte den anfangs knappen Impfstoff nicht dorthin priorisieren, wo er am dringendsten notwendig gewesen wäre.

These 13: Hilflöses „Weiter so“ statt gekonnter Risikokommunikation.

Vielleicht fällt es dem Leser auf, dass in diesem Text kein allgemeiner Unterpunkt zum Kommunikationsdefizit aufgeführt ist. Natürlich gibt die Mehrzahl aller Befragten immer wieder gerade dieses Defizit an, allerdings stehen meist die Strukturprobleme im Vordergrund. Kommunikation kann nur dann „gut“ sein, wenn die Voraussetzungen und Konzepte stimmen.

So auch in der Corona-Epidemie: Eine Kommunikationsstrategie aufzusetzen, ohne ein Konzept für das De-Briefing, also die Beendigung der Risikosituation zu kennen, ist schlichtweg unmöglich, ein „Kunstfehler“. Das Ganze wird unter dem Begriff „Risikokommunikation“ in frei zugänglichen Seminaren umfassend dargestellt: Zu Beginn ist der Einstieg in die Risikosituation ein akuter, dringlicher Schritt, der den direkten Durchgriff verlangt (Briefing). Dieser Schritt wird aber sehr schnell abgelöst durch das Handeln unter Risikobedingungen durch die gesamte soziale Struktur (jeder weiß, was er zu tun hat), und dann muss die Führung unbedingt eine Auflösung parat haben, also einen Ausstieg (De-Briefing). Was auf keinen Fall geht, ist die Perpetuierung der Risikosituation ohne Aussicht auf ein Ende (denn „die nächste Welle kommt in den nächsten Tagen“), so wie es in der Corona-Pandemie immer wieder zu hören war. Die Konsequenzen eines solchen defizitären Vorgehens sind mehrschichtig: Einerseits erlahmt die Solidarität und das konstruktive Mitwirken, andererseits mehren sich Ausweicheffekte und drittens sinkt die Glaub-

43: S. Thesenpapier, ebd.

würdigkeit und die Umsetzungschance für nochmalige Krisen. Es ist eine der Grunderkenntnisse: Man kann Risiko-„Alarmierungen“ nicht endlos aufeinander folgen lassen, ohne zwischendrin Entspannung zu geben. Jede Krise braucht einen Ausgang.

These 14: Die politischen Anreize zu einem angstgetriebenen Pandemiemanagement waren insgesamt zu stark, erwiesen sich allerdings als nicht nachhaltig. Übrig bleiben erneut langfristige ‚Kollateralschäden‘ – ein beschädigter öffentlicher Diskurs und ein großer Verlust an Institutionenvertrauen (sowohl in die Aufpasserfunktion des Rechtssystems als auch in die Fähigkeit der Regierung zu rationalem Krisenmanagement).

In der politischen Philosophie findet sich der Satz kolportiert, der

Ausnahmestand sei ein „Instrument, mit dem jeder Esel regieren könne“. Im Rückblick auf die bundesdeutsche Pandemiapolitik seit 2020 wird man diese Einschätzung als bestätigt ansehen können. In einer von eindrucklichen Panikbildern (Bergamo) geprägten öffentlichen Wahrnehmung der pandemischen Bedrohung konnten weitreichende Maßnahmen zum Schutz von Leben und Gesundheit verständlicherweise zunächst mit großem Rückhalt rechnen. Sprunghaft ansteigende Zustimmungswerte in der frühen Pandemiephase sind eigentlich für alle Länder und für alle Regierungen, ganz unabhängig von den konkreten Maßnahmen und ihrer konkreten Wirkung, empirisch belegt. Deutschland ist da keine Ausnahme, sondern eher ein besonders ausgeprägter Fall. Die Regierung, die noch im Winter 2019/20 im Umfragetief dümpelte (die CDU war im Sommer 2019 zeitweise von

Thesepapiere/Stellungnahmen

- Thesepapier 1:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesepapier 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
- Thesepapier 2:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesepapier 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-Thesepapier-2-0, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2217
- Thesepapier 3:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesepapier 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>
- Thesepapier 4:** 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 (Thesepapier 4.0, 30.8.2020). Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>
- 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. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesepapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesepapier_4-1_Corona-Pandemie
- Thesepapier 4.1:** 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. Verbesserung der Outcomes in Sicht; Stabile Kontrolle: Würde und Humanität wahren; Diskursverengung vermeiden: Corona nicht politisieren (Überarbeitung als Thesepapier 4.1, 5.10.2020). https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesepapier_4-1_Corona-Pandemie
- 1. Ad-hoc-Stellungnahme:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe zur Beschlussfassung der Konferenz der Bundeskanzlerin und der Ministerpräsident/innen der Länder am 14.10.2020: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Gleichgewicht und Augenmaß behalten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 18.10.2020, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Adhoc-Stellungnahme-Covid-19/view
- Thesepapier 5:** 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 – Spezifische Prävention als Grundlage der „Stabilen Kontrolle“ der SARS-CoV-2-Epidemie (Thesepapier 5.0). Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 25.10.2020. Monitor Versorgungsforschung, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/mvf-0620/Schrappe_et_al_Thesepapier_5-0_Corona-Pandemie, doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2266>
- Thesepapier 6, Teil 6.1:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesepapier 6, Teil 6.1: Epidemiologie. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19, Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 22.11.2020, <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267>
- Thesepapier 7: 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 (Thesepapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268>
- 2. Ad-hoc-Stellungnahme:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe anlässlich des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens zum 4. Bevölkerungsschutzgesetz, 14.04.2021: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Zentralisierte Willkür: Über den Entwurf eines 4. Bevölkerungsschutzgesetzes. Monitor Versorgungsforschung, online first
- 3. Ad-hoc-Stellungnahme:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19 – Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie (16.5.2021 mit einem Update vom 17.5.2021). <https://corona-netzwerk.info/autorengruppe-zur-intensivmedizinischen-versorgung/>, Monitor Versorgungsforschung (ohne Co-Autor H. Pfaff) doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>
- 3. Ad-hoc-Stellungnahme, ergänzende Materialien Nr. 1:** Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/ Covid-19: Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie, Dritte Ad-hoc-Stellungnahme der Autorengruppe vom 16./17.5.2021, ergänzende Materialien Nr. 2: Bettenverfügbarkeit (6.6.2021). <https://corona-netzwerk.info/intensivmedizinische-Covid-19-versorgung-bettenveruegbarkheit/>, Monitor Versorgungsforschung doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2335>
- Kurz-Stellungnahme der Autorengruppe zum Bericht des Bundesrechnungshofes mit dem Titel „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/ Covid-19-Epidemie“: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 11.06.2021, <https://corona-netzwerk.info/intensiv-der-bundesrechnungshof-rechnet-nach/>, Monitor Versorgungsforschung epub first: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe_AH_Addendum
- Ergänzende Materialien Nr. 2 zur 3. Ad-hoc-Stellungnahme** der Autorengruppe zur intensivmedizinischen Versorgung – Bettenverfügbarkeit auf Länderebene: Schrappe, M., François-Kettner, H., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G., 23.07.2021
- Schrappe et al.: Thesenpapier 8 – Die Pandemie durch SARS-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“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First), S. 1-75. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337>
- Müller, B.:** „Zur Modellierung der Corona-Pandemie – eine Streitschrift“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/21), S. 68-79. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2354>
- Schrappe et al.:** „Corona: Integration in die Routineversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (Online First), S. 1-5. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.02.22.1866-0533.2397>
- Knipp-Selke et al.:** „Zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für 5-11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 88-93. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2432>
- Walger et al.:** „Pandemiemanagement – Strategiewechsel notwendig und überfällig“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/22), S. 80-85. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.05.22.1866-0533.2450>

den Grünen überholt worden), erlebte im April/Mai 2020, während der sogenannten ersten Welle, einen sprunghaften Popularitätsschub (der bis in den Januar 2021 anhalten sollte, dann aber – angesichts der immer weniger zu übersehenden Irrationalitäten einer hermetischen Lockdown-Politik – jäh in sich zusammenfiel).

In der Folge war offensichtlich die politische Versuchung zu groß, vor allem da die maßgeblichen politischen Akteure schon die Bundestagswahl 2021 im Auge hatten, um die politischen *windfall profits*, die eine solche Ausnahmesituation bot, nicht einzustreichen. Darüber

- wurden (siehe oben) das Einmaleins eines rationalen Pandemiemanagements und die fachlichen Standards der Epidemiologie und *infection control* sträflich vernachlässigt,
- wurden exekutive Zuständigkeiten vernachlässigt; primär zuständig wurden Bundeskanzleramt und Staatskanzleien, die Fachministerien wurden hingegen eher ausführende Organe, das Robert Koch-Institut degenerierte zur Vorlese-Instanz für nicht belastbare Daten (vulgo: „Inzidenz“), die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ist in der ganzen Pandemie gleich gar nicht in Erscheinung getreten etc.);
- wurde der Regierungs-/Oppositionsgegensatz als eigentlich einziger verlässlichen Kontrollmechanismus in demokratischen Gesellschaften aufgehoben (in einer Übergroßkoalition namens Ministerpräsidentenkonferenz, bestehend aus einer Bundesregierung, sechzehn Landesregierungen mit sieben Parteien in vierzehn verschiedenen Koalitionskonstellationen – nur die AfD blieb verlässlich draußen, und damit war dann auch vorgezeichnet, in welche Nähe man jegliche Kritik am Pandemie(miss)management der Übergroßkoalition rücken konnte);
- wurde, als sich schließlich die Verwaltungsgerichte angesichts der mangelhaften Fundierung der einschränkenden Maßnahmen in medizinischer Evidenz immer schwerer taten, den staatlichen Aktivismus nur durchzuwinken, die Materie mit der ‚Bundesnotbremse‘ zum Bundesverfassungsgericht verlagert, das man sich durch ‚Kamingespräche‘ als geneigter zur Übernahme der exekutiven Perspektive hatte versichern können.

Politisch schlugen bei den handelnden Akteuren die Vorteile medialer Dauerpräsenz und des damit einhergehenden Aktivismus zu Buche. Dieser Aktivismus bescherte uns zwar extrem teure Beschaffungsskandale (Masken, Beatmungsgeräte, Tests) und extrem teure Subventionsmaßnahmen („Krankenhausentlastungsgesetz“), konnte mit Anreizen zur beständigen Hysterisierung der Bevölkerung mit immer neuen Bedrohungsszenarien jedoch persönliche Karriereoptionen (so ist der jetzige Bundesgesundheitsminister schließlich in sein Amt gekommen) genauso bedienen wie kurzfristige politische Machbarkeitsillusionen (die Kurve der Infektionszahlen geht herauf, die Politik beschließt einen Lockdown, die Kurve geht herunter). Die starke Moralisation der Diskussion mit ihrer Ächtung von kritischen Positionen als „gesellschaftsschädlich“ und „wirr-querdenkerisch“ tat ihr Übriges.

Elektoral ist das dann allerdings nicht so aufgegangen, wie es den handelnden Akteuren lange Zeit möglich erscheinen konnte (wenn man jetzt einmal von dem persönlichen Fortkommen des genannten SPD-Gesundheitsexperten absieht, der aber ohnehin nur in eigener Sache unterwegs ist). Und insgesamt muss man darüber froh sein, denn die politische Lehre aus der Pandemie könnte dann lauten, dass das Ignorieren von Expertise und Fachstandards, das Einebnen von exekutiver Arbeitsteilung, das Durchregieren und burschikose Zurschieben rechtlicher Verhältnismäßigkeitsüberprüfungen, die

Vernachlässigung eines offenen gesellschaftlichen Diskurses etc., das all dies auf die kurze Frist funktionieren mag, aber mittelfristig scheitern muss. Für die angefallenen Schäden an „Leib und Seele“ (siehe die Thesen 5 und 6), der Beschädigung der Institutionen und des öffentlichen Diskurses bleibt das allerdings nur ein schwacher Trost.

Schluss

Die Aufarbeitung des Umgehens mit der Corona-Pandemie wird nun auch in Deutschland von vielen Seiten angekündigt und gefordert. Die vorliegende Stellungnahme konzentriert sich vor allem auf die fachliche Ebene, also auf die Standards, die sich in den vergangenen Jahrzehnten zum Umgehen mit epidemisch verlaufenden Infektionskrankheiten, mit epidemischen Situationen gebildet haben. Hier ist es zu maßgeblichen Brüchen gekommen, die zum Teil so weit gehen, dass langfristige Entwicklungen, die sich in den letzten Jahrzehnten vor Corona ausgeformt hatten und die gesamte Gesundheitsversorgung betreffen, unterbrochen und in ihr Gegenteil verkehrt wurden. Diese durch die Corona-Maßnahmen (nicht die SARS-CoV2-Infektion!) bedingten Rückentwicklungen betreffen in erster Linie die Stärkung der Individualität und Selbstbestimmung der Patienten, die Bedeutung und Verantwortung sozialer Strukturen (z. B. Teams beim Thema Sicherheit) und die partizipativen Strukturen in der gesundheitspolitischen Steuerung, die auf der Beteiligung der involvierten Partner beruhen.

Ein Wiederanknüpfen an die Entwicklung vor Corona wäre wünschenswert. Wortgewaltige Verkündigungen der „Zeitenwende“ sind gefährlich, weil sie so verstanden werden könnten, dass Patientenorientierung, Qualitäts- und Sicherheitsorientierung und die transparente Wissenssynthese nun ausgedient hätten. Welch Desaster! Man würde in das Zeitalter der „eminenzbasierten Medizin“ zurückfallen, statt evidenzbasierten Leitlinien führte wieder die Glaubwürdigkeit der Vor-Lauten.

Diese fachliche Ebene ist eng mit der wissenschaftlichen Ebene verwoben, die der Erarbeitung von theoretischen Grundlagen, der Entwicklung von Konzepten für die zukünftigen Entwicklungen, aber auch der Überprüfung der Evidenz und Relevanz der gegenwärtigen Praxis dient. Sehr intensiv wurde hier bereits das Verhältnis von Wissenschaft und Politik diskutiert, meist im Hinblick auf eine „bessere“ Institutionalisierung der „Politikberatung“. Eine Diskussion der Konzepte zur „evidenzbasierten Gesundheitspolitik“ kann hier nicht vorgenommen werden, es muss allerdings darauf verwiesen werden, dass sich zunächst die Wissenschaft und die wissenschaftlichen Disziplinen fragen sollten, warum die jeweiligen fachlichen Standards, die ja wissenschaftlich abgeleitet und kodifiziert wurden, während der Corona-Krise derart offensichtlich verletzt wurden. Der in der letzten Ausgabe des „Monitor Versorgungsforschung“ gestartete Artikel- bzw. Kommentarserie zu dieser Frage ist ein Versuch, in diesem Sinne „vor der eigenen Tür zu kehren“.

Ein weiterer Ansatz liegt in der Aufarbeitung des historischen Kontextes, in dem bestimmte Entscheidungen getroffen und umgesetzt wurden. Es muss bereits heute als Illusion gelten, dass diese Entscheidungen sozusagen im Licht der solitären, momentanen Erkenntnis abgeleitet und administriert wurden. Stattdessen muss man annehmen, und hier läge ein zentrales Aufgabenfeld der ja mit Translation befassten Versorgungsforschung, dass die Kontextfaktoren politischer Opportunität oft relevanter und wirkrächtiger waren als die biologischen bzw. medizinischen Faktoren. In jeder Krise liegt eine Chance, und diese Chancen wurden halt sehr unterschiedlich wahrgenommen.

Und dies gilt natürlich auch für die Seite der Maßnahmenkritiker: Welchen Einfluss können Kontextbedingungen bei der jeweiligen Ausformung von kritischen Vorschlägen und alternativen Strategien gehabt haben? Die Thesenpapier-Autorengruppe wird hier ggfs. ein Arbeitspapier zu dieser Thematik vorlegen.

Last but not least muss der Aufarbeitungsprozess selbst Gegenstand einer systematischen und wissenschaftlichen Analyse werden. Eventuell ist es hierzu noch zu früh, aber der Zeitpunkt wird kommen, bei dem die Frage, ob der Aufarbeitungsprozess adäquat und angemessen vorgenommen wurde, beantwortet werden muss. Auch hier kann die Versorgungsforschung, die ja den Begriff der Angemessenheit ganz im Zentrum ihres wissenschaftlichen Verständnisses sieht⁴⁴, sehr viel beitragen. <<

The importance of basic professional-scientific principles and the consequences of disregarding them

In the current process of dealing with the Corona crisis, there is a risk of professional and scientific aspects being overlooked, instead apologies or easily understandable mea culpa admissions dominate the discussion ("yes, we were wrong about the children"). Under the maxim „don't look back!", the political responsibility for the deficits that have arisen for certain population groups and economic sectors is to be put into perspective or made completely irrelevant. The thesis paper authors group is therefore once again presenting a compilation of the professional foundations of effective and scientifically proven epidemic management, in order to achieve a form of substantive processing that helps to avoid repeating the mistakes in future crises caused by infectious agents.

Keywords

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, socio-political relevance

Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Die Bedeutung fachlich-wissenschaftlicher Grundprinzipien und die Folgen ihrer Missachtung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (3/23), S. 72–86. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2518>

44: Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G., Icks, A., Klinkhammer-Schalke, M., Nellesen-Martens, G., Neugebauer, E.A.M., Ohmann, C., Schrappe, M., Selbmann, H.-K., Stemmer, R. für den Vorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung: Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch. Med. Wochenschr. 136, 2011, 2496-2500

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

1987–1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology. Univ. Iowa, 2002–2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005–2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit“. Kontakt: matthias@schrappe.com

**Hedwig François-Kettner**

ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande.

Kontakt: francois-kettner@progewi.de

**Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk**

ORCID: 0000-0003-0422-6456

ist Facharzt für Innere Medizin/Infektiologie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Diplomingenieur für Biomedizintechnik. Bis September 2021 war er Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main (Deutschland). Am Institut für Medizinische Virologie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main ist er außerplanmäßiger Professor für Öffentliches Gesundheitswesen.

Kontakt: rene.gottschalk@med.uni-frankfurt.de

**Franz Knieps**

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.

Kontakt: franz.knieps@bkk-dv.de

**Dr. med. Andrea Knipp-Selke**

ist Ärztin und Wissenschaftsjournalistin.

Medizinstudium in Köln, Promotion 2001, seit 1984 freiberufliche Tätigkeit als Wissenschaftsjournalistin (u. a. WDR, Frankfurter Rundschau, Focus online, TTK), seit 2005 ärztliche Tätigkeit in einer pädiatrischen Praxis im Rheinland.

Kontakt: Andrea.Knipp@t-online.de

**Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow**

ORCID: 0000-0002-7154-7789

ist seit 2010 Professor für Vergleichende Politische Ökonomie und Sprecher des SOCIUM Forschungszentrums Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. Davor war er Professor für Moderne Politische Theorie am Institut für Politische Wissenschaften der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (10/2009-09/2010) und Professor für Politik- und Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz (04/2007-09/2009). Er ist Mitglied der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Kontakt: manow@uni-bremen.de

**Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

studierte Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist seit 1976 am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. 1983 habilitierte er sich, 1985 wurde er zum Professor für Rechtsmedizin berufen. 1989 bis 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Essen, von 1991 bis 2020 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mitglied der LEOPOLDINA, Nationale Akademie der Wissenschaften. Kontakt: pueschel@uke.de

**Dr. med. Martin Sprenger, MPH**

arbeitet am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz. Er leitet seit 2010 den postgraduellen Universitätslehrgang Public Health.

Kontakt: martin.sprenger@medunigraz.at

