

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/344777350>

Ad hoc-Stellungnahme zur deutschen COVID-19-Politik

Technical Report · October 2020

CITATIONS

0

READS

146

9 authors, including:



Dieter Hart

Universität Bremen

9 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Holger Pfaff

University of Cologne

562 PUBLICATIONS 4,367 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Gerd Glaeske

Universität Bremen

275 PUBLICATIONS 4,357 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Clearingstelle Versorgungsforschung NRW [View project](#)



EMMA-NRW Evaluation and survey of patients with mammacarcinoma in the NRW breast centers [View project](#)

Ad hoc-Stellungnahme

Die Autorengruppe ergänzt anlässlich der Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder vom 14.10.2020 ihre vier Thesenpapiere um eine dringliche ad hoc-Stellungnahme

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 **- Gleichgewicht und Augenmaß behalten -**

Zahlen korrekt interpretieren

Spezifische Zielgruppen-orientierte Prävention

Moderne Risikokommunikation statt Lockdown-Drohung

Ad hoc Thesenpapier

Köln, Berlin, Bremen, Hamburg

18. Oktober 2020, 12:00h

Das Ergebnisprotokoll der Konferenz von Bundeskanzlerin, Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten vom 14.10.2020 (Anonymous 2020¹) veranlasst die Autorengruppe, mit einer dringlichen ad hoc Stellungnahme auf besorgniserregende Fehlentwicklungen hinzuweisen. Diese Fehlentwicklungen betreffen alle drei Sachgebiete, zu denen sich die Autorengruppen in ihren vier bisherigen Thesenpapieren bislang geäußert hat: Epidemiologie, Präventionskonzept und gesellschaftspolitische Implikationen. In den bisherigen Thesenpapieren, die streng analytisch strukturiert waren, wurde herausgearbeitet, dass

- die SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie durch asymptomatische Träger weiterverbreitet wird und nicht durch lineare Konzepte zu erfassen ist,
- die Epidemie aus diesem Grund nicht zu eradizieren ist, sondern sich bei Ermangelung von Impfung und Therapie in der Bevölkerung homogen ausbreitet (sporadische Ausbreitung), wobei es zusätzlich zu Herdausbrüchen kommt,
- Häufigkeitsangaben auf Grundlage anlassbezogener Stichproben mit äußerster Vorsicht zu verwenden sind und es die vordringliche Aufgabe sein muss, mit Kohortenstudien zu verlässlichen, repräsentativen Daten zu kommen und klinische Daten zur Beurteilung heranzuziehen (Mortalität der hospitalisierten Patienten, Nutzung von Intensivkapazitäten etc.),
- Testverfahren vor allem hinsichtlich der Infektiosität validiert werden müssen (Spezifitätsproblem der PCR),
- allgemeine Präventionsmaßnahmen und Nachverfolgung von Infektionen eine wichtige Rolle spielen, letztlich aber der Erfolg der Prävention nur durch Zielgruppen-orientierte Maßnahmen erreicht werden kann, die vor allem den Schutz von verletzlichen Personengruppen zum Ziel haben (zahlreiche konkrete Beispiele wurden vorgeschlagen, weitere folgen im nächsten Thesenpapier),
- die Präventionsmaßnahmen nicht auf Kosten von Humanität und Würde der Person gehen dürfen,
- die Grundsätze der Risikokommunikation beachtet werden müssen,
- Einschränkungen der Grundrechte jederzeit hinsichtlich ihrer Verhältnismäßigkeit begründbar sein müssen, und
- eine Vermengung von Gesundheitsschutz und Eingriffen, die den Anschein obrigkeitsstaatlichen Handelns erwecken können (z.B. Standortbestimmung durch Corona-App, Eingriff in den privaten Bereich zur Kontrolle von „Besuchsregelungen“) unter keinen Umständen statthaft ist.

¹ Im Verlauf abgekürzt als Bkin/MP/innen-Konferenz

In den Beschlüssen der Bkin/MP/innen-Konferenz (Anonymous 2020) kann die Autorengruppe allerdings keine Fortentwicklung des Verständnisses für die Eigenheiten dieser Epidemie und für die Anforderungen an Steuerungsparameter sowie die Kommunikation deren Ergebnisse erkennen. Stattdessen überwiegt der Eindruck, dass die Verantwortlichen auf den immergleichen Vorgehensweisen beharren und Maßnahmen sogar noch verstärken, an deren Wirksamkeit und Akzeptanz es aus wissenschaftlicher Sicht größte Zweifel geben muss:

- In einer langdauernden gesellschaftlichen Krise, zu der sich die SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie entwickelt hat, führt der anhaltende, als alternativlos konnotierte Bezug allein auf die Verantwortlichkeit der Einzelnen zu Ermüdung, Abwendung und Flucht in falsche Heilslehren, aber nicht zu einer Verbesserung der Wirksamkeit der vorgeschlagenen bzw. angeordneten Maßnahmen. Dies gilt vor allen Dingen im Zusammenhang mit einer Drohkulisse, die aus den impliziten Versatzstücken „langdauernder Winter“, „Weihnachten im Lockdown“ und „es könnte für Sie kein Intensivbett mehr frei sein“ zusammengesetzt ist. Jede Beschäftigung mit Fragen der Risikokommunikation zeigt aber klar auf, dass die geltenden Vorgehensweisen entsprechend der aktuellen und erfahrbaren Situation zeitlich begrenzt werden müssen, dass regelmäßig eine verständliche Neuanalyse der Situation vorzunehmen ist, und dass mit weiterentwickelten Konzepten die Bewältigung der Krisensituation fortgesetzt werden muss. Eine Fortentwicklung und ein Beachten dieser grundlegenden Erkenntnisse ist jedoch nicht sichtbar.
- Eine große Chance auf ein solches Re-Briefing wurde in der Bkin/MP/innen-Konferenz vom 14.10.2020 leider verpasst, dabei hätte die Möglichkeit bestanden, über das Element „Schutz vulnerabler Gruppen“ eine neue Dimension zum Leitgedanken zu machen. Zwar ist diese Vorgehensweise unter Punkt 11 im Protokoll vermerkt, stellt aber im Vergleich zu den anderen Vorgehensweisen, die allein auf dem Gedanken der Kontrolle und der Durchsetzung von Kontaktbeschränkungen beruhen, nur einen Nebenaspekt dar, der im Bedrohungsszenario untergeht.
- Diese Weigerung, ein modernes und Zielgruppen-orientiertes Präventionskonzept zur Anwendung zu bringen, ist als eine folgenschwere Fehlentscheidung anzusehen, vor allem da es sich bei Covid-19 um eine durch asymptomatische Übertragung charakterisierte Epidemie handelt. Wie bereits Anfang April in Thesenpapier 1 der Autorengruppe dargestellt, fehlt für ein Konzept, das sich allein auf allgemeine Präventionsmaßnahmen beschränkt, nicht nur die theoretische Begründung, sondern die erfolgreichen Maßnahmen der Vergangenheit (z.B. HIV-Infektion) haben gezeigt, dass man die allgemeinen Maßnahmen (z.B. Abstandsregeln) durch Zielgruppen-orientierte Maßnahmen ergänzen muss. Als Alternative bleibt sonst nur die Misere, die sich derzeit beobachten lässt: die allgemeinen Maßnahmen müssen immer weiter verschärft werden (bis zum

Lockdown), um dann doch festzustellen, dass sie keinen Erfolg bringen. Von Anfang an – bereits im März - war feststellbar (Thesenpapier 1), dass solche Verschärfungen keinen positiven (aber starke negative) Effekt haben, und dieser Eindruck hat sich im internationalen Vergleich seitdem mehr als bestätigt (die höchsten Zahlen finden sich in den europäischen Ländern mit den schärfsten Lockdown-Regeln). Gleichermaßen war von Anfang an klar (s. Argumentation in Thesenpapier 3), dass eine sporadische Ausbreitung auch nicht allein durch noch so gut ausgestattete Gesundheitsämter und Nachverfolgungsmaßnahmen zu beherrschen ist (wenngleich ihre Arbeit wichtig ist); diese Vorstellung fußt auf einer linearen Vorstellung eines epidemischen Geschehens, die heutzutage eigentlich der Vergangenheit angehören sollte. Unter dem Strich bleibt also nur die Erkenntnis: in Deutschland wird ein Konzept angewandt, das sich durch die Beschränkung auf allgemeine Präventionsmaßnahmen samt Drohung eines Lockdowns und durch den weitgehenden Verzicht auf spezifische Präventionsansätze paradoxerweise genau zu dem Konzept entwickelt hat, das eigentlich vermieden werden sollte, nämlich dem Konzept der Herdenimmunität, ein Konzept also, das den „Durchmarsch“ der Epidemie nur begleitet, *aber ohne den dringend notwendigen Schutz der verletzlichen Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt zu stellen*. Ein solches Vorgehen hat die Autorengruppe immer kritisiert, und ein solches Vorgehen ist auch in Zukunft scharf zu kritisieren.

- Um die genannten Verschärfungen aber durchsetzen zu können, sieht man sich lt. Ergebnisprotokoll der Bkin/MP/innen-Konferenz (Anonymous 2020) gezwungen, unverhohlen mit einer verstärkten staatlichen Präsenz einschließlich Umwidmung von Personal aus anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung bis hin zum Einsatz der Bundeswehr zu argumentieren. Weil trotz zahlreicher fachlicher und juristischer Warnungen keine Zurücknahme des voreilig beschlossenen Beherbergungsverbot vereinbart wurde, musste dies jetzt gerichtlich als unverhältnismäßig korrigiert werden. So wird z.B. klar in Aussicht gestellt, dass mit polizeilichen Mitteln der Privatbereich kontrolliert werden könnte, wenn sich hier nicht ein Verhalten nach den vorgegebenen Regeln einstellen würde (Punkt 2a und 4). Es sei dahingestellt, ob eine solche Kontrolle umsetzbar ist, es sei auch dahingestellt, ob sich mit solchen Methoden eine gesellschaftliche Akzeptanz verbessern lässt, aber allein der Gedanke sagt viel über den gesellschaftspolitischen Resonanzraum aus, auf den sich die Autoren der Beschlussvorlage beziehen. Zusätzlich wird mit Begriffen wie „Abwanderung in die Illegalität“ (so im Vorbereitungspapier) einer Kriminalisierung das Wort geredet, was zu weiteren, fortwährenden Steigerungen und Eskalierungen führen dürfte. War die Corona-App anfangs freiwillig, wird sie jetzt „dringend empfohlen“, und man wird den Verdacht nicht los, dass es zu einem verpflichtenden Einsatz der App analog zum Modell der staatlichen 1:1 Kontrolle des Individuums nicht mehr weit ist (s.

Thesenpapier, Kap. 3.2). Auch wird teilweise offen zur Denunziation aufgerufen, indem auf kommunaler Ebene digitale „Meldebögen“ zur Verfügung gestellt werden. An diesen Beispielen kann gut illustriert werden, dass das wirkungsarme Konzept, das in Deutschland verfolgt wird, eigentlich nur noch durch seine negativen Konsequenzen imponiert.

In dieser ad hoc-Stellungnahme sei in Vorgriff auf ein fünftes Thesenpapier nur noch ein einziger Punkt herausgegriffen, der von eminenter Bedeutung ist, und von der Frage der Grenzwerte seinen Ausgang nimmt, die zur Steuerung der Maßnahmen eingesetzt werden. Im Beschluss der Bkin/MP/innen-Konferenz (Anonymous 2020) wurde faktisch eine Verschärfung auf 35/100.000 Einwohner vorgenommen. Es soll nicht in Zweifel gezogen werden: ein erfolgreiches Krisenmanagement bedarf verständlicher und transparenter Zahlen. Wie später noch darzustellen sein wird, müssen solche Zahlen jedoch valide und reliabel (zuverlässig) sein: valide insofern, als dass sie ein Problem richtig erkennen, reliabel als dass sie zuverlässig zu erheben sind. Die wissenschaftlichen Daten zur Validität lassen sich hier schnell zusammenfassen: es gibt keine Daten, die aussagen, dass mit einem Grenzwert von $x/100.000$ Einwohner ein positiver Verlauf der Epidemie oder eine erfolgreiche Intervention verbunden ist. Trotzdem kann man natürlich mit solchen Zahlen arbeiten, vielleicht muss man sie unter dem Druck der Ereignisse sogar einfach setzen – aber was auf keinen Fall zu tolerieren ist, ist eine schlechte Reliabilität, also eine mangelnde Stabilität gegenüber Mess- und Erhebungsfehlern.

Diese Mängel in der Zuverlässigkeit der Erhebung (Reliabilität) geben Anlass zu größten Bedenken, vor allem wenn man sich die Konsequenzen vor Augen führt, die mit einem Überschreiten der Grenzwerte verbunden sind. Zunächst scheint das Vorgehen ja völlig einleuchtend: die Grenzwerte werden berechnet, indem man die erkannten Neuerkrankungen zählt (derzeit rund 25.000 pro Woche bei einer Million Teste², entspricht einer Prävalenz von 2,5%) und sie in Deutschland auf die gesamte Bevölkerung von 83 Mill. Personen umlegt (macht rund 300 PCR+ Befunde pro 1 Mill. oder 30/100.000). Von der Gesamtbevölkerung sind also 1 Mill. getestet, 82 Mill. sind nicht getestet. Dieses zunächst eingängige Vorgehen hat nur einen Haken: man setzt bei der Umrechnung voraus, dass unter den 82 Mill. nicht getesteten Einwohnern im gleichen Zeitraum keinerlei Infektionen aufgetreten sind, eine Annahme, die sicher nicht der Realität entspricht. Es lässt sich nun einfach darstellen (Zahlen hier nicht gezeigt), dass die tatsächliche Häufigkeit von Neuinfektionen praktisch ausschließlich von der „Dunkelziffer“ in der nicht-getesteten Population bestimmt wird und daher die Zahl „ $x/100.000$ “ keinerlei praktische Wertigkeit hat (und damit auch keine Validität, denn nicht reliable Grenzwerte sind – ein Grundsatz der Messmethodik - in keinem Fall valide).

² Beispiel zur Illustration, die realen Werte können geringfügig abweichen

Allerdings sind nicht nur die verwendeten Grenzwerte Makulatur, also weder reliabel noch valide, sondern dieser Missstand basiert auf einem grundlegenden konzeptionellen Problem, nämlich dass wir mit unseren anlassbezogenen Testungen *über den Kreis der neu als infiziert erkannten Personen hinaus* irgendwelche reliablen und validen Informationen über den Stand der asymptomatisch übertragenen Epidemie in der Gesamtbevölkerung gewinnen können. Wir gewinnen vielleicht Anhaltspunkte, aber keine verlässlichen Werte, die eine sinnvolle Steuerung erlauben. Dagegen wird von offizieller Seite mit dem Begriff der „7-Tage-Inzidenzrate“ insinuiert, man wüsste über die neu aufgetretenen Infektionen genau Bescheid. Das mag bei Gehirntumoren oder bei der Akuten Myeloischen Leukämie stimmen (die Neuerkrankungen pro Jahr sind bekannt), aber dort sind asymptomatische Verläufe extrem selten, und Patienten mit diesen Neoplasien stecken sich mit ihrer Erkrankung auch nicht in der Bevölkerung an. Aus diesen Beispielen ist jedoch ersichtlich, in welcher Denktradition die politische Berichterstattung steht: die Erfassung als statisches Konstrukt, ohne die wesentlichen Charakteristika des zu messenden Problems (hier: asymptomatische Übertragung außerhalb der Stichprobe) zu berücksichtigen.

Man kann diese Problematik als hermeneutischen Tunnelblick verstehen, der keine anderen Informationen mehr zulässt. Leider hat dieses Verständnis jedoch enorme Konsequenzen – und umso unverständlicher ist es, dass es immer noch keine Kohortenuntersuchungen gibt, die das Fortschreiten der Epidemie in der Bevölkerung beschreibt, und zwar nicht allein mit Antikörperbestimmungen, sondern mit der derzeitigen Standardmethode, der PCR. Hier muss man von einem schweren Versäumnis der zuständigen Bundesoberbehörde und der verantwortlichen politischen Stellen sprechen. Die Situation ist dringlich, denn wenn man die Zahlen zur ansteigenden Testprävalenz zur Kenntnis nimmt (in Deutschland von unter 1% auf 2,5%, in Frankreich bis 12%, in Spanien bis 20%) – was sagen uns diese Zahlen?

Diese Informationen können nur bedeuten, dass sich die Epidemie in der Bevölkerung trotz aller Einschränkungen praktisch ungehemmt ausbreitet. Eine beratungsoffene Regierung könnte hier mit einem neuen Briefing, einem neuen Narrativ ansetzen: Mit der Epidemie müssen wir leben, sie wird im Winter deutlich zunehmen, lasst uns die Mitbürger und Mitbürgerinnen, die sich in besonderer Gefahr befinden, schützen und optimal versorgen. Und man könnte eine einfache Modellierung vornehmen: wie lange braucht eine Population bei einer zweistelligen Prävalenz, um einen respektablen Immunitätsstatus zu erreichen. Diese Modellierung könnte man auf die Metropolen beschränken usw., in jedem Fall wäre dies ein gangbarer Weg, der Bevölkerung eine Perspektive aufzuzeigen, und ein Ende der Krise ist prognostizierbar. Denjenigen, die gleich mit den Gefahren, die z.B. für die Jüngeren bestehen, argumentieren (ohne selbst glaubwürdige Konzepte zu besitzen), sollten empirische Belege für ihre Argumente erbringen. Eine Epidemie ist eine ernsthafte Sache, der Schutz der Verletzlichen sollte

eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, und in einer Krisensituation hat man dort anzusetzen, wo der dringendste Handlungsbedarf besteht. In jedem Fall gilt: die Risikovorsorge durch gezielte Prävention vulnerabler Gruppen und Institutionen ist *die* Alternative zur Drohung mit einem zweiten Lockdown.

Thesenpapiere

Thesenpapier 1.0: Schrappe, M., Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, Monitor Versorgungsforschung, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/PDF-2020/MVF-0320/Schrappe_Covid_19

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

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

Thesenpapier 4.0: 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. https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-0_Corona-Pandemie, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>, als **Thesenpapier 4.1** https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/Schrappe_et_al_Thesenpapier_4-1_Corona-Pandemie

Allgemeine Literaturhinweise

Anonymous 2020: Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 14. Oktober 2020. Beschluss, TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie

Autorengruppe

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Hedwig François-Kettner

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

Dr. med. Matthias Gruhl

Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Bremen

Prof. Dr. jur. Dieter Hart

Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

Franz Knieps

Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow

Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

Universität Köln, Zentrum für Versorgungsforschung, ehem. Vorsitzender des Expertenbeirats des Innovationsfonds

Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske

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