

Stellungnahme von Dr. Horst Knopp zur Anhörung der EK 17/2 "Lehren aus der Corona-Krise - Infektionsschutz, Nutzung von Kommunikationsmöglichkeiten, soziale Auswirkungen und ökonomische Folgen" am 30. Oktober 2020

Welche Lehren ziehen Sie aus fachlicher Sicht aus den bisherigen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie für ...

die weitere Stärkung des Infektionsschutzes unter besonderer Berücksichtigung der Risikogruppe, insbesondere soweit die in Einrichtungen leben, und der ambulanten und stationären Versorgung Covid-19-Infizierter?

Das Sars-CoV-2 Virus zeigt bisher eine extrem starke Risikostratifizierung nach Alter und klinischen Risikofaktoren.

Ein erhöhtes Sterberisiko besteht im Erkrankungsfalle (Letalität) an Covid19 deshalb grundsätzlich bei älteren Menschen jenseits des 65.-70. Lebensjahres, auch wenn keine wesentlichen Vorerkrankungen vorliegen. Liegen zusätzliche Begleiterkrankungen vor wie z.B. Diabetes, Adipositas oder Niereninsuffizienz, erhöht sich das Risiko auch bei jüngeren Menschen. Patienten mit schweren Erkrankungen oder Therapien, die das Immunsystem stark beeinträchtigen, tragen unabhängig vom Alter ein erhöhtes Sterberisiko im Erkrankungsfall.

Aktuell beträgt die Letalität (Case Fatality Rate, CFR) an Covid-19 in Deutschland deutlich unter 1%, etwa 0,4%. Sie liegt damit erheblich unter den Werten aus dem Frühjahr. Das ist einerseits der Tatsache geschuldet, dass momentan mehr junge Menschen erkranken, andererseits aber auch dem Umstand, dass die intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungen mit schweren Covid19-Verläufen heute deutlich besser sind als im Frühjahr.

Da nicht jede Infektion zu einer Erkrankung oder Symptomen führt und demgemäß nicht alle Infizierten entdeckt werden, liegt die Infektionssterblichkeit (Infection Fatality Rate, IFR), also das Risiko, als Infizierter an der Krankheit zu sterben, noch einmal deutlich niedriger.

International ist die IFR für Covid19 mittlerweile gut bestimmt und eine aktuelle peer-reviewed Studie von **John P. Ioannidis**, einem international renommierten Epidemiologen der Stanford Universität, errechnet eine IFR von 0.15-0.20% für alle Infizierten und eine IFR von 0.03-0.04% bei den unter 70-Jährigen. [*Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, doi: 10.1111/ECI.13423*]

Sowohl Prof. Ioannidis als auch Dr. Mike Ryan, der Exekutivdirektor des WHO-Programms für Gesundheitsnotfälle, gehen davon aus, dass mittlerweile etwa 10% der Weltbevölkerung (also etwa 780 Mio. Menschen) mit Sars-Cov-2 infiziert sind oder waren.

Aktuelle Daten aus dem RKI-Bulletin 38 zum Infektionsort der an Covid19 Verstorbenen zeigen in deutlicher Art und Weise die Notwendigkeit, dem Schutz der oben beschriebenen Risikogruppen in Deutschland große Aufmerksamkeit zu widmen und die Ressourcen entsprechend zu bündeln.

Etwa 85% der Infektionen, die anschließend zu Todesfällen führten, erfolgten in verschiedenen Betreuungseinrichtungen sowie im medizinischen Umfeld von medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha-Einrichtungen).

Dagegen sind Wirtschafts- und Lebensbereiche, die unter dem Lockdown und den aktuellen Einschränkungen massiv gelitten haben und leiden, nur von untergeordneter Bedeutung in Hinblick auf die Infektionsquelle der an Covid19 Verstorbenen.

	Infektionsumfeld	Fälle (n)	Hospitalisierung „ja“	Hospitalisierung „unbekannt“	verstorben „ja“	verstorben „unbekannt“	Anteil Hospitalisierte (ja) an allen Fällen (ja, nein, unbekannt)	Anteil verstorben (ja) an allen Fällen (verstorben ja, nein, unbekannt)
Wohnstätten	Wohnstätten	978	114	47	12	1	12 %	1 %
	Privater Haushalt	12.315	1.459	953	265	34	12 %	2 %
	Alten-/Pflegeheim	13.314	2.430	1.300	2.469	17	18 %	19 %
	Wohnheim (Kinder-, Jugend-, Studierenden-)	129	16	7	4	0	12 %	3 %
	Justizvollzugsanstalt	23	1	1	0	0	4 %	0 %
	Kaserne	0	0	0	0	0		
	Flüchtlings-, Asylbewerberheim	4.146	189	863	4	15	5 %	0 %
Med. Behandlungseinrichtung	Med. Behandlungseinrichtung	458	122	31	41	0	27 %	9 %
	Krankenhaus	4.107	1.382	174	395	5	34 %	10 %
	Reha-Einrichtung	1.118	363	84	84	2	32 %	8 %
	Ambulante Behandlungseinrichtung, Praxis	710	161	41	66	4	23 %	9 %
	Labor	0	0	0	0	0		
Betreuungseinrichtung	Betreuungseinrichtung	1.435	187	218	189	3	13 %	13 %
	Kindergarten, Hort	168	9	17	0	0	5 %	0 %
	Seniorentagesstätte	845	196	22	139	0	23 %	16 %
Obernachtung	Übernachtung	37	7	3	0	0	19 %	0 %
	Hotel, Pension, Herberge	578	40	38	4	2	7 %	1 %
	Kreuzfahrtschiff	37	14	0	1	2	38 %	3 %
Speisestätte	Speisestätte	20	6	0	1	0	30 %	5 %
	Restaurant, Gaststätte	273	27	20	6	2	10 %	2 %
	Kantine	0	0	0	0	0		
	Imbiss	0	0	0	0	0		
Freizeit	Freizeit	1.699	162	96	41	4	10 %	2 %
	Verein, oder ähnliches	252	22	26	1	0	9 %	0 %
	Picknick	3	0	0	0	0	0 %	0 %
	Tiergarten, Zoo, Tierpark	0	0	0	0	0		
	Zeltplatz, Wald	0	0	0	0	0		
Ausbildungsstätte	Ausbildungsstätte	49	2	1	0	0	4 %	0 %
	Schule	150	9	6	1	0	6 %	1 %
	Universität	4	1	1	0	0	25 %	0 %
Arbeitsplatz	Arbeitsplatz	5.824	287	309	26	76	5 %	0 %
Verkehrsmittel	Verkehrsmittel	14	1	11	0	0	7 %	0 %
	Bus	66	8	15	2	0	12 %	3 %
	Flugzeug	8	0	6	0	0	0 %	0 %
	Fähre	2	0	0	0	0	0 %	0 %
	Bahn*	0	0	0	0	0		
Weitere	verstreut	841	145	30	32	3	17 %	4 %
	andere/sonstige	1.152	124	103	30	0	11 %	3 %
	nicht ermittelbar	139	14	7	2	0	10 %	1 %
	nicht erhoben	4.247	654	618	351	66	15 %	8 %
ohne Zugehörigkeit zu Ausbruch		147.084	22.100	20.260	4.996	733	15 %	3 %

Tab. 4 | An das RKI übermittelte Ausbruchsfälle nach Infektionsumfeld sowie Zahl und Anteil der Ausbruchsfälle nach Krankheitsschwere (Datenstand 11.8.2020).

*Ausbrüche in der Bahn lassen sich u. U. schwer ermitteln, da die Identität eines Kontaktes nicht immer nachvollziehbar ist, eine Untererfassung ist möglich.

Damit wird zum einen deutlich, wer in besonderem Maße des Schutzes und der Aufmerksamkeit in unserer Gesellschaft bedarf. Zum anderen müssen aber die aktuell erneut verschärften Regeln für die allgemeine Bevölkerung unbedingt auf ihre Verhältnismäßigkeit hin geprüft werden.

Es darf nicht sein, dass ein ums andere Mal (jüngst angesichts der Beherbergungsverbote) Verwaltungsrichter Politikern klarmachen müssen, wo das Grundgesetz die Grenzen ihres Handels zieht. Wenn die Politik permanent dagegen verstößt, dann wird das Vertrauen der Menschen in unser politisches System generell erschüttert.

Eine Verbesserung des Schutzes der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, ohne diese wochen- oder monatelang von ihren Angehörigen zu trennen, gelingt zunächst durch die Optimierung der Desinfektions- und Schutzroutinen der Mitarbeiter und v.a. der Besucher in den Einrichtungen.

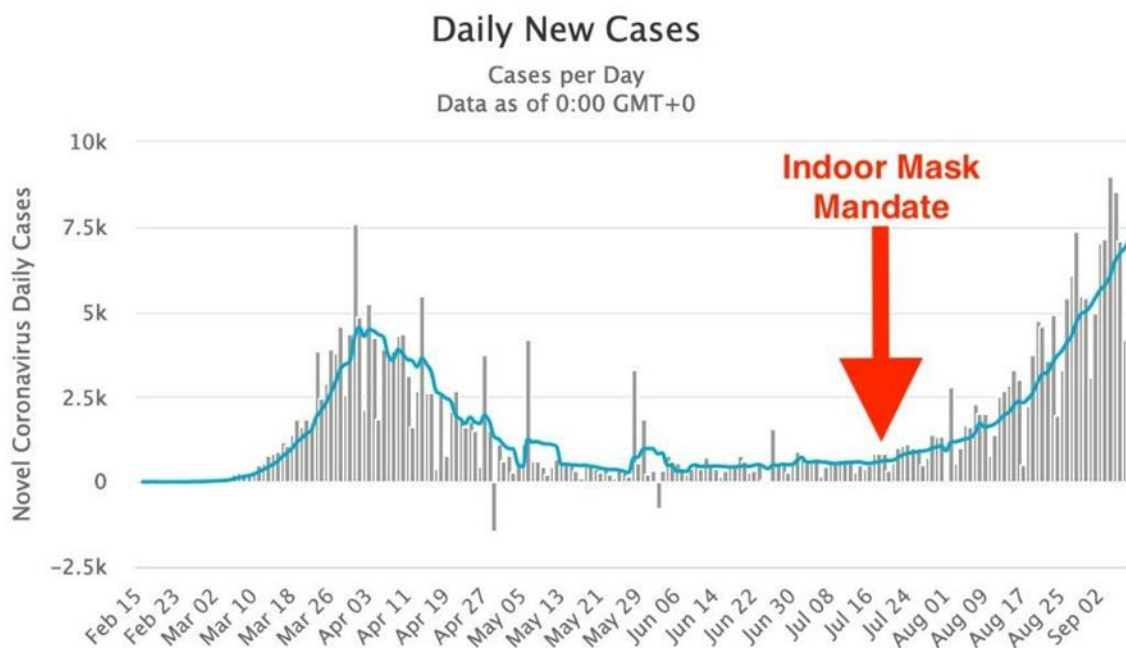
Zu glauben, die einfache Vorschrift zum Tragen einer Mund-Nase Bedeckung hätte per se irgendeine Bedeutung für die Ansteckungsvermeidung, dürfte an den Realitäten vorbeigehen.

Eine Studie aus Frankreich: Dort gilt:

In geschlossenen Räumen: Seit Montag, 20. Juli 2020 eine Maskenpflicht auch für alle geschlossenen öffentlichen Räume, sprich Kino, Theater, Supermarkt, Museum, Schulen etc. Die Maskenpflicht gilt auch für halb offene Räume, zum Beispiel überdachte Markthallen oder Sportstätten mit Wetterschutzüberdachung.

Am Arbeitsplatz: Ab 1. September 2020 generelle Maskenpflicht am Arbeitsplatz.

In der Schule: Für Schüler ab 11 Jahren am Collège und Lycée ab 1. September 2020 Maskenpflicht. Ausnahmen benötigen ein Attest. Die Lehrkräfte aller Schulformen tragen Masken bereits.



<https://swprs.org/face-masks-evidence/> (Swiss Policy Research) [aus "Mask Facts" von Marilyn Singleton]

Wie wir mit Blick auf die heutigen Infektionszahlen in Frankreich (>25.000/Tag) feststellen können, hat weder die Maskentragepflicht im öffentlichen Raum seit 20.7.20 noch die erweiterte Maskentragepflicht am Arbeitsplatz und in Schulen seit dem 1.9.2020 irgendwelche Auswirkungen auf die weitere Ausbreitung des Virus in Frankreich gehabt.

Damit Gesichtsmasken mehr als ein symbolischer Akt des „ut aliquid fiat“, also des „Es wird etwas getan“ sein können, müssen die, die damit umgehen, immer wieder geschult werden, wie man mit den Masken richtig umgeht und welche Voraussetzungen jeder in der Handhabung der Masken erfüllen muss, damit diese auch wirklich einen positiven Effekt hinsichtlich der Vermeidung der Virusübertragung haben können.

Bei fehlerhaftem Umgang mit den Masken wird i.a.R kein Effekt erreicht, oder gar eine Verschlimmerung des Übertragungsgeschehens stattfinden, z.B. durch eine Illusion der scheinbaren Sicherheit mit entsprechendem Leichtsinne oder der Übertragung des Virus über die Hände mittels Schmierinfektion.

Unterstellt man einen theoretischen Effekt der Masken auf die Sars-CoV-2 Virustransmission (was durch Studien nicht sicher erwiesen ist), so wird diese jedenfalls nur zu erreichen sein durch regelmäßige objektive Gebrauchshinweise für die Menschen durch entsprechendes Fachpersonal.

Hier wäre ein weites Betätigungsfeld für die Öffentlich Rechtlichen Medien und auch der von den Verwaltungen genutzten Informationskanäle einschließlich der sozialen Medien, um möglichst auch junge Menschen zu erreichen. Gleichzeitig könnten dabei auch weitere Hygienehinweise, z.B. häufiges Händewaschen und Desinfektionsmöglichkeiten angesprochen und gezeigt werden.

Ich verweise auf die ausgezeichneten Arbeiten zum Thema Masken:

Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit

Ines Kapstein: Krankenhaushygiene up2date 2020; 15(03): 279-295 DOI: 10.1055/a-1174-6591

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1174-6591>

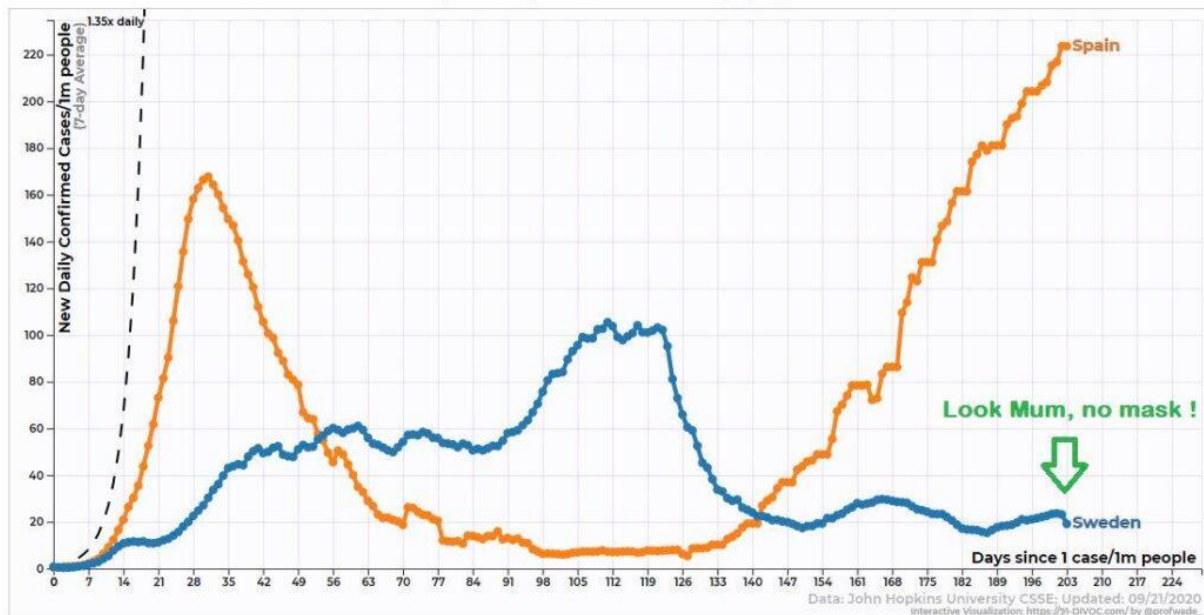
und eine englischsprachige Übersicht von **Marilyn Singleton**, Anästhesistin und ehemalige Präsidentin der „Association of American Physicians and Surgeons“ (AAPS) mit vielen Links zu Studien, die sich mit dem Thema Schutzmasken befasst haben.

<https://marilynsingletonmdjd.com/2020/09/26/mask-facts/>

Johns Hopkins, 9/21/20

Der folgende Datenvergleich zwischen Spanien (strenge Maskenpflicht, teilweise sogar im Freien) und Schweden (keine Maskenpflicht) ist sicher bedenkenswert, da er zeigt, dass das Thema Schutz von Risikogruppen nicht durch einfaches Verordnen einer Maskentragpflicht als erledigt betrachtet werden kann! Hier muss man vor politischen Illusionen warnen.

New Confirmed COVID-19 Cases per Day, normalized by population



<https://twitter.com/Covid19Crusher/status/1308013900546428928> [aus "Mask Facts" von Marilyn Singleton]

Im Übrigen stellt gerade das Beispiel Schweden in Hinblick auf die Erreichung einer Herdenimmunität ohne freiheitsbeschränkende und grundrechtseinschränkende Maßnahmen die Sinnhaftigkeit aller Instrumente, die im Gegensatz dazu hierzulande angewendet werden, vor eine besondere Legitimationspflicht.

Aus dem Beispiel Schweden läßt sich aber auch lernen, dass gerade im Falle einer epidemiologisch anders begründeten Corona-Strategie mit dem Ziel des Erreichens einer Herdenimmunität der Schutz der Risikogruppen um so wichtiger ist.

Die im Vergleich zu Deutschland in Schweden erhöhte Letalität in der Frühphase der Pandemie beruhte vorwiegend auf dem unzureichenden Schutz der Risikogruppen in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Hier wurde mittlerweile von schwedischer Seite nachgearbeitet und verbessert.

Dies alles läßt den Schluß zu, dass die bisher beschlossenen Maßnahmen zum Schutz von Risikogruppen in betreuten Einrichtungen und im medizinischen Raum weiter ausgebaut und sinnvoll ergänzt werden müssen.

Dabei wird als weiterer Schwerpunkt in den nächsten Monaten die Einführung und Ausweitung von Antigen-Tests als „point of care“, also Vor-Ort Schnelltestung, sein. Antigentests tragen zum weiteren Ausbau der Testkapazität bei. Diese können in bestimmten Situationen als sinnvolle Ergänzung der bisherigen PCR-Tests gesehen werden, obwohl sie eine geringere Sensitivität und Spezifität als die PCR-Teste haben. Dieser Nachteil wird aber dadurch aufgewogen, dass das Ergebnis innerhalb kurzer Zeit vorliegt und der Proband auf sein Ergebnis warten kann.

Aufgrund der niedrigeren Sensibilität muss ein positives Ergebnis im Antigen-Test grundsätzlich mittels PCR bestätigt werden. Da dies in der Regel innerhalb von 24h möglich ist, bedeutet es für den Getesteten selbst bei Symptombefreiheit und später negativen PCR-Test nur eine zeitlich eng begrenzte Einschränkung.

Nationale Teststrategie SARS-CoV-2

Stand 14.10.2020

Für eine Aufzählung der spezifischen Einrichtungen und Personengruppen ist die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verbindlich.			Empfehlung Test-Typ							
			PCR-Test	Antigentest ²	Frequenz	Kosten-Regelung	Priorisierung			
<p>Grundsätzlich gilt:</p> <p>1) Erweiterte Basishygiene</p> <p>2) Symptom-Monitoring</p> <p>3) Gemäß Vorschriften Bund/Länder: Abstand halten, Hygieneregeln einhalten, Alltagsmaske tragen, Lüften (AHA+L)</p>	Symptomatische Personen ¹		■	■ ³	●	K	1			
		Allgemeinbevölkerung (exponiert)	Kontaktpersonen: Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19 Fall (z.B. gleicher Haushalt, 15-minütiger Kontakt, sowie über Corona-Warn-App)	■	■ ³	●	RVO, K	2		
	Asymptomatische Personen	Krankenhäuser / Pflegeeinrichtungen für	Patienten/ Bewohner/ Betreute	(Wieder-)Aufnahme sowie vor ambulanten Operationen oder vor ambulanter Dialyse	■	■ ³	●	RVO, K (KHG)	3	
			bei Ausbruch		■	■ ^{4,5}	●	RVO	2	
		-Menschen mit Behinderungen	Personal	bei Ausbruch		■	■ ⁶	🔄	RVO	5
				ohne COVID-19 Fall		■	■ ⁶	🔄	RVO	4
		-Rehabilitation	Personal	bei Ausbruch		■	■ ^{4,5}	●	RVO	2
				ohne COVID-19 Fall		■	■ ⁶	🔄	RVO	4
		-Ambulante Operationen	Besucher	vor Besuch der Einrichtung		■	■ ⁷	🔄	RVO	5
						■	■ ⁷	🔄	RVO	5
(Zahn-)Arztpraxen, weitere Praxen ⁸	Personal	bei Ausbruch		■	■ ^{4,5}	●	RVO	2		
		ohne COVID-19 Fall		■	■ ^{5,6}	🔄	RVO	4		
	Einreisende aus Risikogebiet (gemäß Musterquarantäneverordnung/Testpflichtverordnung)			■	■	●	RVO	5		

<ul style="list-style-type: none"> ■ Empfohlen ■ Möglich ■ Möglich bei begrenzter PCR-Kapazität ● Akut (Wiederholung bis zu einmal pro Person) 🔄 Regelmäßig, abhängig von Testkonzept der Einrichtung/Unternehmen 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Differenzialdiagnostische Aspekte berücksichtigen (z.B. Influenza) 2) Bei positivem Antigen-Testergebnis Bestätigung durch PCR 3) Falls schnelles Resultat notwendig 4) Ggf. zur Kohorten-Isolierung 5) Z.B. auch labor-basierte Antigen-Test zur Entlastung von PCR-Kapazitäten 6) Empfehlung für Reihentestungen: Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsbehörde, 7-Tage-Inzidenz >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen 	<ol style="list-style-type: none"> 7) Empfohlen bei 7-Tage-Inzidenz >50/100.000, Einhaltung der Hygienemaßnahmen 8) Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe nach §23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 9 IfSG <p>K = Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz RVO = Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2</p>
--	--	---

In der gerade aktualisierten Nationalen Teststrategie für Sars-CoV-2 wird für Besucher in Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit einer Antigen-Schnelltestung vor dem Besuch der Einrichtung empfohlen, wenn die 7-Tage Inzidenz im entsprechenden Landkreis > 50/100.000 E. liegt. Eine Testung/Woche wird von den Kostenträgern übernommen, das Testergebnis gilt nur für den Tag der Testung!

Aber auch hier gilt es jetzt dringlich, die organisatorischen Voraussetzungen vor Ort für die Testungen zu schaffen!

Wer führt den Test durch? Es darf nur eine Person mit medizinischem Fachwissen sein!

Das Pflegepersonal vor Ort wird damit zeitlich überfordert sein! Der ÖGD in vielen Landkreisen wahrscheinlich auch, v.a. wenn es sich um einen LK mit hoher Krankheitslast handelt.

Bleiben nur die Coronaambulanzen oder die niedergelassenen Arztpraxen, die aber für das Testen asymptomatischer Patienten kassenrechtlich nicht zuständig sind. Hier müßten also im Falle einer geplanten Inanspruchnahme dringend separate Verträge zwischen dem Land und der KV RLP abgeschlossen werden, um Rechtssicherheit und eine angemessene Honorierung für die niedergelassenen Ärzte zu schaffen und die benötigten Testkapazitäten bereitzustellen. Das muss jetzt geschehen.

Die Mitarbeiter (auch die externen) und Bewohner in Pflege- und Senioreneinrichtungen sollten, unabhängig von der aktuellen Coronalage in der jeweiligen Kommune regelmäßig (mindestens einmal wöchentlich) mittels PCR Tests (ausnahmsweise bei Dringlichkeit auch durch Antigen-Tests) auf Sars-CoV-2 getestet werden.

Des Weiteren muß für die nächsten Monate definitiv sichergestellt werden, dass bei erhöhter Krankheitslast nicht erneut ein Mangel an persönlicher Schutzausrüstung für das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen oder das ärztliche und nichtärztliche Personal in medizinischen Einrichtungen auftritt. Eine Situation wie im Frühjahr 2020 darf sich nicht wiederholen. Das Land ist hier in der Pflicht, für eine ausreichende Bevorratung zu sorgen.

Sollte wider Erwarten noch in diesem Winter oder im kommenden Frühjahr ein wirksamer und sicherer erster Impfstoff gegen das Coronavirus zur Verfügung stehen, so sollte bei begrenzter Verfügbarkeit desselben eine Priorisierung durchgeführt werden und analog zur Influenzaimpfung aufgrund ihrer hohen Gefährdung im Erkrankungsfall eine Impfung zuerst den oben beschriebenen Risikogruppen angeboten werden.

Aus medizinischer Sicht möchte ich noch folgende Überlegungen zur Infektionsprophylaxe einbringen.

Da die Bewohner der betroffenen Einrichtungen oft fortgeschrittenen Alters sind und entsprechend eingeschränkt in ihrer Mobilität mit wenig Bewegung an der frischen Luft und in der Sonne, dürfte bei vielen ein Vitamin D Mangel vorliegen. Einseitige Kost aufgrund besonderer Ernährungsgewohnheiten oder sonstigen Erfordernissen kann zusätzlich zu einem Zinkmangel und Mangel an weiteren Spurenelementen führen. Vitamin D, C und Zink sind aber wichtige Vitamine und Spurenelemente zur Stärkung der körpereigenen Immunabwehr.

Es wäre von daher zu erwägen, ob ärztlicherseits nicht nach Absprache mit den Klienten oder den Betreuungspersonen eine Nahrungsergänzung mit Vitamin D, Vitamin C und Zink zumindest in den Wintermonaten empfohlen und durchgeführt wird.

In Bezug zur zweiten Teilfrage lässt sich sagen, dass sich im Frühjahr 2020 unser föderaler Staatsaufbau in der Krise ebenso bewährt hat wie unser gegliedertes Gesundheitssystem.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) konnte, zwar unter Mühen und oft nur durch Bereitstellung von zusätzlichem Personal aus anderen Bereichen der Verwaltung, seinen Aufgaben gerecht werden, die seuchenhygienischen Vorgaben seitens der Bundes- und Landesregierung umsetzen, Kontaktverfolgung Infizierter leisten und die nötigen Quarantänemassnahmen durchsetzen.

Die ambulante medizinische Versorgung war in der Lage, mit anfänglicher tatkräftiger Unterstützung des Katastrophenschutzes in Form von „Fieberzentren“, später in Eigenregie betriebener „Coronaambulanzen“, „Coronapraxen“ und der normalen vertragsärztlichen Versorgung einen Großteil der Krankheitslast zu absorbieren und damit den stationären Bereich vor einer Überlastung mit Infizierten zu schützen. Es ist bemerkenswert, dass ca. 90 % aller positiv auf Sars-CoV-2 getesteten Patienten ambulant behandelt werden konnten.

Die Intensivbetten in den Krankenhäusern waren selbst zu Spitzenzeiten kaum zu mehr als 10% mit Covid19-Patienten ausgelastet, es bestanden noch erhebliche Reserven.

Eine Überlastung des gesamten Gesundheitssystems und seiner Teilbereiche konnte vermieden werden, allerdings in Teilen zu hohen Kosten in Form von unnötigen Kollateralschäden.

Kritisch war die zu frühe und zu schnell betriebene Reduktion der Regelversorgung, sowohl im stationären als auch im ambulanten Gesundheitssektor. Dies führte bei ausbleibenden hohen Zahlen an Covid19 Erkrankten zu der paradoxen Situation, dass Krankenhäuser und Ärzte Kurzarbeit für ihre

Mitarbeiter anmelden mußten. Wieviele Opfer durch unterbliebene Operationen oder die Nichtinanspruchnahme ärztlicher Betreuung bei akuten Erkrankungen zu beklagen sind, werden Studien zeigen müssen. Es könnten mehr sein als bisher an der Coronapandemie verstorben sind.

Auch in Zeiten einer Pandemie müssen andere ernste Krankheiten solange als möglich nach dem aktuellen Stand der Medizin behandelt werden. Es gibt keinen Vorrang Covid19-Erkrankter gegenüber Tumorpatienten oder anderen Schwerkranken. Hier gilt es künftig, die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen mehr im Blick zu behalten.

Die hier und da aufgetretene Schnittstellenproblematik zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und der vertragsärztlichen Versorgung muss adressiert und aufgelöst werden. Auch sollte künftig die Expertise der Ärzteverbände, Pflegeverbände und anderer Leistungserbringer frühzeitig in die staatliche Entscheidungsebene eingebunden werden.

Die stellenweise mangelhafte personelle Ausstattung des ÖGD und die strukturelle informationstechnische Rückständigkeit bei der Digitalisierung der Prozesse und Arbeitsabläufe muss dringend behoben werden. Damit werden sich die vorhandenen Ressourcen wesentlich effektiver nutzen lassen.

Auf die Notwendigkeit, ausreichende Mengen an hochwertiger und zertifizierter Schutzausrüstung vorzuhalten, wurde hingewiesen. Es wäre wünschenswert, wenn die Produktion dieser Materialien wieder im eigenen Land angesiedelt würde.

Dasselbe gilt für die Produktion medizinisch-strategisch relevanter Medikamente und Impfstoffe. Hier sollte die Deglobalisierung, die begonnen hat und Fahrt aufnimmt, nicht als Problem, sondern als Chance begriffen werden und durch eine staatliche Ordnungspolitik, die die Interessen des eigenen Landes auch vor jede Euromantik setzt, unterstützt werden.

Die EU hat in Zeiten der Coronapandemie für den einzelnen Bürger auf ganzer Linie versagt. Die Nationalstaaten sind und bleiben die handelnden Akteure, gerade wenn es für den Bürger in Krisenzeiten darauf ankommt. Darüber hinaus zeigt Deutschland mit seinem tief gegliederten föderalen System im Gegensatz zu den Systemen in Frankreich oder Großbritannien, dass kleine Einheiten flexibler und lageangepasster reagieren können als zentralisierte Systeme, zu denen auch die anonyme und überbürokratisierte supranationale Organisation namens EU gehört.

Die Erfahrung, dass im Frühjahr die meisten Infektionen aus Risikogebieten in das Bundesgebiet eingeschleppt wurden zu einer Zeit, als die Bundes- und Landesregierungen die infektiologische Kontrolle der Außengrenzen und Flughäfen ablehnten, sollte zu der Erkenntnis führen, dass die Offenheit der Grenzen mit einem unkontrollierten Personenverkehr ein erhebliches Infektionsrisiko für die Allgemeinheit bedeuten kann. An dieser Stelle sollten künftig Ideologie und parteipolitische Erwägungen hinter den Gesundheitsschutz der Bürger zurücktreten; zudem müßte schneller gehandelt werden.

Das Sars-CoV-2 Virus läßt sich gegenwärtig nicht ausrotten. Es ist aber gottlob kein Killervirus. Dieses Virus wird wie vergleichbare andere Erkältungsviren mit uns koexistieren. Die Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung müssen deshalb mit Bedacht und dem festen Blick auf die Verhältnismäßigkeit der eingesetzten Mittel betrieben werden.

Der Bürger darf nicht zum bloßen Anhängsel einer immer restriktiveren Gesundheitspolitik gemacht werden. Eine immer kleinteiligere Durchregulierung des Alltags unter permanenter Verbreitung von Angst, Furcht und Katastrophenszenarien macht die Gesellschaft und den Einzelnen krank. Nicht nur

die Eingrenzung der Infektion, auch die dadurch verursachten medizinischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kollateralschäden müssen wohl bedacht und gegeneinander abgewogen werden.

Gerade die bisherigen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie zeigen, dass weitreichende Entscheidungen, die sich auf die konkrete Lebenswirklichkeit von Millionen Menschen auswirken, deren Grund- und Freiheitrechte einschränken, nur auf der Basis gesetzlicher, rationaler und naturwissenschaftlicher Abwägungen erfolgen darf. Politik gerät hier definitiv an ihre Legitimationsgrenzen und das Wohl des Ganzen erfordert eine unabhängige und breitgefächerte Beratung der handelnden politischen Akteure.

Deshalb schlage ich nach dem Vorbild anderer Länder die Schaffung eines institutionalisierten Nationalen Pandemierats vor, der sich neben Vertretern verschiedener politischer und verwaltungstechnischer Ebenen aus einem breitgefächerten Expertenpool rekrutiert, der nicht nur betroffene medizinische Fachgebiete abdeckt, sondern auch weitere gesellschaftliche und wirtschaftliche Gruppen mit ihrem Wissen einbindet. Dazu sollen auch Vertreter der politischen Opposition gehören sowie wissenschaftliche Experten mit abweichender Meinung.

Politik muss versuchen, das Risiko, an Covid19 zu versterben, nach bestem Wissen und Gewissen zu minimieren, gänzlich beseitigen läßt sich dieses Risiko nicht. Das sollten Politik und Wissenschaft den Bürgern auch klar und deutlich sagen. Der Staat ist nicht in der Lage, seinen Bürgern eine Vollkaskoversicherung hinsichtlich jedes Lebensrisikos anzubieten. Wenn er es dennoch versucht, wird er den demokratischen Pfad verlassen und paternalistisch-autoritäre Züge annehmen. Tendenzen in dieser Richtung sind in Deutschland unverkennbar.

In Zeiten allgemeiner Angst und Furcht besteht bei vielen Menschen die Tendenz, die Regierung relativ kritiklos als Beschützer anzusehen. Dies erhöht die Gefahr, dass sich die Exekutive widerspruchslos mit Mitteln, die dem Rechtsstaat, dem Föderalismus und dem Parlamentarismus zuwiderlaufen, in Szene setzen kann. Es ist Aufgabe der Parlamente, falls erforderlich parteiübergreifend, die Regierungen in ihre verfassungsmäßigen Schranken zu weisen.

Im Zentrum staatlichen Handelns muss das Bemühen stehen, eine Überlastung unseres Gesundheitssystems zu vermeiden und jedem Patienten eine bestmögliche Versorgung im Erkrankungsfalle zu ermöglichen. Nicht die positiven Sars-CoV-2 PCR-Testzahlen dürfen dabei handlungsleitend sein, sondern die tatsächlichen Krankheits- und Behandlungsfälle. Entscheidend ist nicht, wie viele sich mit dem Virus infizieren, entscheidend ist, wie viele daran schwer erkranken!

Aktuell bestehen bundesweit erhebliche Reserven in Hinblick auf die ambulante, stationäre und intensivmedizinische Betreuungsfähigkeit von Covid19 Erkrankten. Es gibt bis dato keine Hinweise darauf, dass das deutsche Gesundheitssystem in absehbarer Zeit in eine akute Überlastungssituation kommen wird.

Nicht die permanente Verbreitung von Horrorszenarien, Angst und Furcht ist zielführend, ganz im Gegenteil dazu müssen verantwortlich handelnde Politiker den Menschen positive Perspektiven und Mut vermitteln. Das deutsche Volk hatte in seiner Geschichte weiß Gott schon schwierigere Zeiten zu durchleben als die jetzige Coronaepidemie.

Es wäre erfreulich, wenn diese Enquete-Kommission des rheinland-pfälzischen Landtags ihren Teil zu einer positiven Entwicklung beitragen könnte.