



GEMEINSAME
POSITION VON
WISSENSCHAFT
UND ÄRZTESCHAFT

**EVIDENZ- UND
ERFAHRUNGSGEWINN IM
WEITEREN MANAGEMENT
DER COVID-19-PANDEMIE
BERÜCKSICHTIGEN**

ZUSAMMENFASSUNG DER KERNTHESEN

Abkehr von der Eindämmung alleine durch Kontaktpersonennachverfolgung.

Einführung eines bundesweit einheitlichen Ampelsystems anhand dessen sowohl auf Bundes- als auch auf Kreisebene die aktuelle Lage auf einen Blick erkennbar wird.

Fokussierung der Ressourcen auf den spezifischen Schutz der Bevölkerungsgruppen, die ein hohes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben.

Gebotskultur an erste Stelle in die Risikokommunikation setzen.

AUSGANGSLAGE

Der derzeitige rasante Fallzahlenanstieg nach den ruhigeren Sommermonaten zeigt klar, dass aufgrund der Eigenschaften von SARS-CoV-2 eine Pandemiebekämpfung ausschließlich im Rahmen einer Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr möglich sein wird. Bereits im Sommer konnte bei niedrigen Fallzahlen das Infektionsgeschehen nicht vollkommen nachverfolgt und eingedämmt werden. Bedingt durch die Saisonalität des Infektionsgeschehens, die Verlagerung der Aktivitäten von draußen nach drinnen sowie die erhöhte Infektanfälligkeit in den Herbst- und Wintermonaten ist mit höheren Fallzahlen als im Frühjahr und Frühsommer zu rechnen.

Wieder auf Lockdowns zu setzen, könnte – in der Hoffnung Infektionszahlen zu senken – die reflexartige Konsequenz darauf sein. Aber wir haben in den Monaten der Pandemie deutlich dazugelernt. Der Rückgang der Fallzahlen ist politisch zwar eine dringende Aufgabe, aber nicht um jeden Preis. Wir erleben bereits die Unterlassung anderer dringlicher medizinischer Behandlungen, ernstzunehmende Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen durch soziale Deprivation und Brüche in Bildungs- und Berufsausbildungsgängen, den Niedergang ganzer Wirtschaftszweige, vieler kultureller Einrichtungen und eine zunehmende soziale Schieflage als Folge.

Wir berufen uns auf das grundlegende medizinisch-ethische Prinzip des ärztlichen Handelns: „primum nihil nocere“ („erstens nicht schaden“). Dieser Grundsatz auf die momentane Situation angewendet bedeutet, die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie so zu wählen, dass wir schwere Verläufe wirksam mindern, ohne neue Schäden zu verursachen.

Dabei sind wir auf die Bereitschaft der Bevölkerung zur Mitarbeit angewiesen. Ohne ihre Kooperation laufen die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung ins Leere.

Sobald sich Verordnungen als widersprüchlich, unlogisch und damit für den Einzelnen als nicht nachvollziehbar darstellen oder von Gerichten außer Kraft gesetzt werden, entsteht ein Akzeptanz- und Glaubwürdigkeitsproblem. Wir könnten diejenigen verlieren, die wir dringend als Verbündete im Kampf gegen das Virus brauchen.

ERFORDERLICHE STRATEGIEANPASSUNG

BEWERTUNG DES PANDEMIEGESCHEHENS ANHAND EINES AMPELSYSTEMS

Es gibt keine einheitliche wissenschaftliche Grundlage für die Bewertung des Pandemieverlaufs und die Ableitung von Maßnahmen, die sich allein auf Grenzwerte stützen, die auf der Anzahl der Neuinfektionen in den vergangenen 7 Tagen pro 100.000 Einwohner beruhen. Dies gilt umso mehr, als in der jetzigen Pandemiephase, vielerorts notgedrungen, weniger die Eindämmung durch Kontaktpersonennachverfolgung, als vielmehr die Protektion – insbesondere von Risikogruppen – Priorität haben muss. Zielführender und entscheidender ist die Auswertung von Indikatoren, die kurzfristig Auskunft über die Gefährdungslage von Risikogruppen mit möglichen schweren Krankheitsverläufen geben und frühzeitig auf eine Überlastung des Gesundheitswesens durch COVID-19 hinweisen.

Daher fordern die Unterzeichner ein bundesweit einheitliches Ampelsystem. Anhand dessen lässt sich sowohl auf Bundes- als auch auf Kreisebene die aktuelle Lage auf einen Blick erkennen. Anhand dieses Ampelsystems kann die Politik dann klar kommunizieren, wie die aktuelle Situation aussieht, mit welchen Entwicklungen zu rechnen ist und mit welchen Maßnahmen darauf reagiert werden sollte. Grundlage dieser Corona-Ampel müssen alle relevanten Kennzahlen wie Infektionszahlen, Anzahl der durchgeführten Tests, stationäre und intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bilden. So gelingt die Bündelung komplexer Informationen, die verständlich auf ein Signal konzentriert dargestellt werden.

Wissenschaft, Gesundheitsbehörden und Verwaltung verfügen über ausreichend Daten, anhand derer das Pandemiegeschehen regional verfolgt und eingeschätzt werden kann.

AUF GEBOTE ANSTATT AUF VERBOTE SETZEN

Barack Obama gewann seine Landsleute 2009 mit einem einfachen Satz: Yes, we can.

So sollte auch unsere Strategie sein. Wir wollen und müssen die Menschen mitnehmen, ihnen Mut machen. Wir wollen und können es zusammen schaffen und zwar nicht mit Angst, Panik und Verboten, sondern mit dem Aufzeigen von Alternativen. Hoffnung ist ein besserer Partner als Verzagtheit.

Wir müssen uns ehrlich eingestehen: Dieses Virus wird uns die nächsten Jahre begleiten. Auch ein Impfstoff wird nur ein Mittel unter vielen zur Bekämpfung der Pandemie sein.

Bisher konnte erst einmal ein Virus durch einen Impfstoff über jahrzehntelange Impfkampagnen ausgerottet werden. Deshalb müssen wir viel stärker darüber sprechen, wie das Zusammenleben trotz des Virus in größtmöglicher Freiheit stattfinden kann. Ein achtsamerer Umgang miteinander, als wir ihn bisher vielleicht gelebt haben, ist hierfür erforderlich.

Wir setzen auf Gebote anstelle von Verboten, auf Eigenverantwortung anstelle von Bevormundung. Verbote oder Bevormundung haben eine kurze Halbwertszeit und entsprechen nicht unserem Verständnis einer freiheitlich demokratischen Grundordnung.

Gerade die Kontaktpersonennachverfolgung kann besser und effektiver über Eigenverantwortung erfolgen. Zusätzlich zu der Corona-Warn-App können die Menschen eigene Mitteilungen an ihre Kontaktpersonen schneller und zielgerichteter senden und die Gesundheitsämter entlasten. Dieses Vorgehen ermöglicht damit eine Langzeitstrategie und erlaubt, wichtige Ressourcen der Gesundheitsämter auf die Risikogruppen zu fokussieren.

Wissenschaft, Gesundheitsbehörden und Verwaltung verfügen zwar bereits über Daten anhand derer das Pandemiegeschehen regional verfolgt und eingeschätzt werden kann. Diese Datenbasis muss zukünftig aber systematisch erweitert werden.

AUSGEWEITETER SCHUTZ VON BEVÖLKERUNGSGRUPPEN MIT HOHEM ERKRANKUNGSRISIKO

Die Unterzeichner fordern die Politik auf, sich auf eine Auswahl von Maßnahmen zu konzentrieren, die möglichst direkt und spezifisch den Schutz der Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt stellen, für die ein hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe besteht.

Wir befürworten die:

- › Anwendung der AHA + A + L Regelung (Abstand/Hygiene/Alltagsmaske + App + regelmäßiges Lüften) zur Eindämmung der Ausbreitung.
- › Priorisierung der Kontaktpersonennachverfolgung nach den Kriterien:
 - Bezug zu medizinisch/pflegerischen Einrichtungen,
 - Teilnahme der Kontaktperson an potenziellen „Super-Spreader-Events“,
 - der Nutzung der Corona-Warn-App.

Es ist für die Unterzeichner unstrittig, dass der Fokus im weiteren Verlauf der Pandemie auf dem Schutz von Risikogruppen liegen muss. Gleichwohl müssen wir darüber nachdenken, wie eine Isolation ganzer Bevölkerungsgruppen gegen den eigenen Willen verhindert werden kann. Aus unserer Sicht wurde es über die Sommermonate leider versäumt, analog zu den Konzepten der Arztpraxen maßgeschneiderte und allgemeingültige Präventionskonzepte für vulnerable Gruppen zu entwickeln.

Für den Schutz von Risikogruppen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- › Besucher in Seniorenheimen, Pflegeheimen und Krankenhäusern erhalten in einem „Schleusen“-Modell nur nach negativem Antigen-Schnelltest Zutritt.
- › Das ärztliche und pflegerische Personal sowie das Reinigungspersonal werden regelmäßig getestet.
- › Das ärztliche und pflegerische Personal sowie das Reinigungspersonal und auch die Besucher tragen beim Kontakt mit den Patienten/Bewohnern FFP2-Masken.
- › Der Aufbau und die Unterstützung von Nachbarschaftshilfen für Personen, die der Risikogruppe angehören, aber zu Hause leben, wird durch Städte, Kreise und Kommunen etabliert. Personen, die sich selbst isolieren, sollen dabei unterstützt werden. Gleichzeitig muss ihre medizinische Versorgung gewährleistet werden.

FÖRDERUNG UND EVALUIERUNG VON HYGIENEKONZEPTEN ANSTELLE VON AUSGANGSSPERREN

Wir wissen derzeit nicht, unter welchen Bedingungen Veranstaltungen stattfinden, ohne dass dadurch ein erhöhtes Infektionsrisiko oder Infektionsgeschehen entsteht. Dies muss aber definiert werden, um im Frühjahr bestimmte Veranstaltungen wieder zulassen zu können. Daher sollten Veranstaltungen mit Hygienekonzepten und Teststrategien unter wissenschaftlicher oder gesundheitsamtlicher Begleitung durchgeführt werden, um herauszufinden, ob das Risiko einer Virusübertragung überhaupt in relevantem Umfang besteht.

Gesellschaftlich und infektionsepidemiologisch ist es besser, wenn Menschen sich in öffentlichen Räumen mit Hygienekonzepten unter optimalen Bedingungen treffen, als dass sich die sozialen Begegnungen in vergleichsweise weniger sichere private Innenräume verlagern. Daher unterstützen die Unterzeichner Initiativen, die unter klar definierten Hygienekonzepten und Teststrategien Veranstaltungen zulassen.

BETEILIGTE

- › Kassenärztliche Bundesvereinigung
- › Prof. Hendrik Streeck, Direktor des Instituts für Virologie der Universität Bonn
- › Prof. Jonas Schmidt-Chanasit, Leiter der Abteilung Arbovirologie am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg

UNTERSTÜTZER

- › Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. (AeDA)
- › Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)
- › Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)
- › Berufsverband der Deutschen Hämostaseologen e.V. (BDDH e.V.)
- › Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. (BDR)
- › Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- › Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands e.V. (BNKD)
- › Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen in Deutschland (BVND)
- › Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- › Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- › Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- › Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. (DPtV)
- › Deutscher Hausärzterverband e.V.
- › Freie Ärzteschaft e. V.
- › Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD)
- › Hufelandgesellschaft – Ärztlicher Dachverband für Naturheilkunde, komplementäre und integrative Medizin
- › Interessengemeinschaft Medizin (IG Med e.V.)
- › Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- › NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)
- › Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (vertritt 29 Mitgliedsverbände)
- › Spitzenverband ZNS (SPiZ), dieser vertritt:
 - Berufsverband ärztlicher Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
 - Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
 - Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
 - Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)
 - Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
 - Berufsverband für Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie und -Psychotherapie (BKJPP)
 - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

- › Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN)
- › Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V (VAKJP)
- › Vereinigung psychotherapeutisch und psychosomatisch tätiger Kassenärzte e.V. (VPK)
- › Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)