



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2021, 21. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Anna-Lena Schönauer*, Ruhr-Universität Bochum 2

Drei Fragen an

Christian Apfelbacher, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg 3

Buchtipps

von *Tobias Weidner*, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen 4

WIDO

Woran Menschen in Deutschland erkranken

Prävalenzen und Schweregrade mit Routinedaten 5

Krankenhaus-Report 2021

Schnittstelle Pflegeheim – hoher Sturzpräventionsbedarf 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Corona – Lessons Learnt?

Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin 7

Sars-CoV-2 als Bewährungsprobe für Public Health

Norbert Schmacke, Bremen 15

Epidemien und Pandemien – die historische Perspektive

Jörg Vögele und Katharina Schuler, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 24

STUDIE IM FOKUS

Rückgang von Krankenhausaufnahmen in der Onkologie im und nach dem ersten Lockdown 31

SERVICE

Köpfe und Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

unter der Dusche, beim Schwimmen und beim Radfahren kommen mir oft Fragen in den Sinn, die ich mir vorher noch nicht gestellt habe. Gerade eben überfiel mich auf dem Weg zum Discounter meines Vertrauens eine solche. Ich wollte FFP2-Masken kaufen, weil der Berliner Senat angekündigt hatte, dass künftig in Geschäften und im öffentlichen Nahverkehr nur noch diese zu tragen seien. Ich habe daheim lediglich unermessliche Vorräte an Stoff- und OP-Masken, bin aber im Begriff, eine Reise anzutreten. Die soll nicht daran scheitern, dass mir der Bus zum Bahnhof verwehrt bleibt. Die spontane Frage, die sich mir auf dem Sattel aufdrängte, war: Bin ich unsolidarisch, weil ich für ein paar Tage 600 Kilometer durch die Republik und wieder zurück fahre? Schließlich hat unser aller Kanzlerin wegen der Pandemie von unnötigen Reisen abgeraten. Aber wann ist eine Reise unnötig? Für die zu besuchende Person habe ich eine Betreuungsverfügung. Sie hat jahrzehntelang zwei andere Menschen gepflegt, die inzwischen verstorben sind. Deswegen hat sie ihre persönlichen Kontakte vernachlässigt und kommt nun vor Einsamkeit fast um. Ist meine Reise also okay? Ändert sich an der Antwort irgendetwas, wenn man weiß, dass die Person vor ein paar Tagen geimpft wurde, ich aber noch nicht? Ich gestehe: Ich habe keine Ahnung, was meine Entscheidungskriterien sein sollen.

Die Pandemie stellt uns alle vor schwierige Probleme – besonders die Akteure im Gesundheitswesen. Ich freue mich daher, Ihnen drei Aufsätze zu präsentieren, die mit jeder Menge Antworten aufwarten. Sie gehen den Fragen nach, was die Politik und das Gesundheitswesen aus Corona lernen können, ob sich die Public-Health-Community in der Krise bewährt hat und wie die aktuelle Pandemie historisch einzuordnen ist. Ich gehe jetzt Koffer packen. Die FFP2-Masken kommen in die Seitentasche.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Forschungsförderung**Herz-Kreislauf-Risiken bei Corona besser verstehen**

Eine Infektion mit dem Corona-Virus kann auch den Herzmuskel massiv schädigen. Am Universitätsklinikum Jena wird im Rahmen einer Studie nun nach Biomarkern und Risikofaktoren gesucht, die frühzeitig Hinweise auf kardiovaskuläre Komplikationen bei einer Covid-19-Sepsis geben. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt mit mehr als zwei Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:

idw-online.de/de/news765505

Neue Versorgungsformen Digitalisierung und Vernetzung stärken

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) hat eine themenoffene und eine themenspezifische Förderbekanntmachung zu neuen Versorgungsformen veröffentlicht. Die Projekte sollen unter anderem die Digitalisierung, Vernetzung und die interdisziplinäre Versorgung im Gesundheitswesen vorantreiben. Ideenskizzen sind bis zum 1. Juni 2021 einzureichen. ■

Mehr Informationen:

innovationsfonds.g-ba.de

> Förderbekanntmachungen

Pharmazie**Sichere Arzneimittel für ältere Menschen**

Mit dem Projekt AGePOP (Drug Absorption in Geriatric Patients and Older People) will die Europäische Union die Entwicklung von Medikamenten fördern, die passgenauer auf die spezielle körperliche Konstitution älterer Menschen abgestimmt sind. Das Forschungsnetzwerk vereint 13 Organisationen aus fünf europäischen Ländern und wird für die nächsten vier Jahre mit 2,8 Millionen Euro gefördert. ■

Mehr Informationen:

agepop.eu

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Von

Dr. Anna-Lena Schönauer,

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft, Ruhr-Universität Bochum

Adresse:

Universitätsstraße 150
44780 Bochum

Telefon:

0234 3225421

E-Mail: anna-lena.schoenauer@rub.de

Web: www.sowi.rub.de/heinze

Akzeptanz der Corona-Maßnahmen

Im Zuge der Corona-Pandemie werden zur Bekämpfung der Virus-Ausbreitung Maßnahmen ergriffen, die zum Teil mit starken Restriktionen des gesellschaftlichen Lebens einhergehen. Inwieweit akzeptieren die Bürger diese Maßnahmen? Dieser Frage gingen Forscher der Ruhr-Universität Bochum in einer repräsentativen Befragung von mehr als 1.000 Personen ab 15 Jahren nach. Die empirischen Befunde belegen, dass die verschiedenen Maßnahmen quer durch alle sozialen Milieus stark befürwortet werden. Insbesondere die Einhaltung der Abstands- und Hygiene-Regeln (AHA-Regeln) und die Absage von Veranstaltungen stoßen auf breite Zustimmung. Zugleich zeigen die Ergebnisse aber auch, dass die Schließung öffentlicher Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie die immer wieder diskutierte Impfpflicht in größeren Teilen der Bevölkerung auf starke Ablehnung stoßen. ■

Preprint. doi: 10.13140/RG.2.2.10173.49128

Nachbarschaftshilfe in Zeiten von Corona

Eine Studie der Hochschule Düsseldorf analysierte die Entwicklung der Nachbarschaftshilfe in der Zeit des ersten Corona-Lockdowns. Dazu wurden 20 Leitfaden-Interviews sowie eine Online-Befragung von 156 Ehrenamts-Interessierten durchgeführt, die sich bei der Corona-Hilfe für ältere Menschen in einer Einrichtung in Köln gemeldet

hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Hilfwilligen überwiegend jung, häufig berufstätig und überdurchschnittlich gebildet waren. Gründe für ihr Ad-hoc-Engagement waren die im Lockdown freien Zeitkapazitäten sowie der Wunsch, anderen zu helfen und hierdurch die eigene Selbstwirksamkeit zu erfahren. Die Möglichkeit, sich in dieser Art und Weise zu engagieren, war hochgradig sozial selektiv; sozial Benachteiligte waren von dieser Form der gesellschaftlichen Teilhabe offenbar weitgehend ausgeschlossen. ■

Voluntaris. doi: 10.5771/2196-3886-2020-2-205

Digitalisierung in stationären Altersheimen

Der Technologisierungsgrad in Altenpflegeheimen ist auf einem eher niedrigen Niveau. Das ist das Ergebnis einer Studie zur Nutzung und Akzeptanz von digitalen Technologien unter den Mitarbeitenden von 466 Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz. Während etablierte Technologien wie Sturzmatten oder Softwarelösungen für administrative Tätigkeiten fast flächendeckend im Einsatz sind, werden neue Technologien wie Roboter und telemedizinische Lösungen kaum genutzt. Es zeigte sich, dass die größten Hindernisse bei der Einführung neuer Technologien die damit verbundenen Kosten, fehlende Mitarbeiterkompetenzen, eine mangelnde Infrastruktur sowie ethische Bedenken sind. ■

Z Gerontol Geriat. doi: 10.1007/s00391-020-01789-0

Netzwerke**Neue Zentren für Gesundheitsforschung**

Die Auswahl der Standorte für zwei neue Deutsche Zentren der Gesundheitsforschung ist abgeschlossen. Die neuen Zentren setzen den Schwerpunkt auf die Themen psychische Gesundheit sowie Kinder- und Jugendgesundheit. Ebenso wie die sechs bestehenden sollen auch die neuen Zentren für Gesundheitsforschung an mehreren Standorten bundesweit Grundlagen-, klinische sowie Präventions- und Versorgungsforschung zu unterschiedlichen Volkskrankheiten verknüpfen. Die Zentren werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Bundesländern der jeweiligen Standorte gefördert. ■

Mehr Informationen:

bmbf.de > Presse > Pressemitteilungen > Pressemitteilung 10. März 2021

Forschung**Gesundheitskompetenz nimmt ab**

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den vergangenen sieben Jahren verschlechtert. Einer aktuellen Studie der Universität Bielefeld zufolge fällt es 58,8 Prozent der Bürgerinnen und Bürger schwer, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. 2014 hatten damit noch 54,3 Prozent der Befragten Probleme. ■

Mehr Informationen:

doi.org/10.4119/unibi/2950305

Digitalisierung**Künstliche Intelligenz und Public Health**

Am Robert Koch-Institut wird seit Januar 2021 ein „Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Pub-

lic-Health-Forschung (ZKI-PH)“ aufgebaut. Die neue Einrichtung soll die Entwicklung der digitalen Epidemiologie vorantreiben und auf diese Weise zu einer effizien-

teren Bekämpfung von Epidemien beitragen. ■

Mehr Informationen:

rki.de > Institut > Organisation und Aufgaben > ZKI-PH

DREI FRAGEN AN ...**Interdisziplinäre Pandemieräte sollten die Politik beraten**

... Prof. Dr. Christian Apfelbacher (PhD), Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Forschungsschwerpunkte:

bevölkerungsbasierte und klinische Epidemiologie; Versorgungsepidemiologie einschließlich Sekundärdatenforschung; Entwicklung und Validierung patientenrelevanter Endpunkte; Evidenzsynthese und systematische Übersichtsarbeiten; Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen; Public Health (Prävention und Gesundheitsförderung)

Jahresatz:

keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden:

1 Universitätsprofessor, 1 Privatdozent, 28 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen, davon 8 Postdoktorandinnen und -doktoranden, 1 Dokumentarin, 3 administrative Mitarbeiter/innen, 14 wissenschaftliche Hilfskräfte und Praktikanten und -tinnen

Adresse:

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Leipziger Straße 44 39120 Magdeburg Telefon: 0391 67-24300 E-Mail: christian.apfelbacher@med.ovgu.de www.ismg.ovgu.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wichtige Fragestellungen beziehen sich auf die Lebensqualität von Patienten mit chronischer oder nach kritischer Erkrankung. Eigene Forschung zur Lebensqualität von Patienten nach akutem Lungenversagen hat im Zuge der Covid-19-Pandemie eine unerwartete Aktualität erhalten. Weiter beschäftige ich mich mit der Frage, wie man rasch erzeugte oder sich wandelnde wissenschaftliche Evidenz (etwa in einer pandemischen Lage) so aufbereiten kann, dass Bürgerinnen und Bürger, die Gesundheitsprofessionen und die Politik gute gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen können.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Das Team des ISMG ist selbst schon multidisziplinär zusammengesetzt, sodass interdisziplinäre Kooperation selbstverständlich und tagtäglich stattfindet. Hinzu kommt die Teilnahme an wissenschaftlichen Kongressen und spezifischen Weiterbildungsangeboten im In- und Ausland.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Es gibt nicht „die Wissenschaft“, sondern „die Wissenschaften“: eine Vielstimmigkeit wissenschaftlicher Rationalität. In der Covid-19-Pandemie hätte ich die vermehrte Einrichtung interdisziplinärer Pandemieräte zur Politikberatung sehr begrüßt. Public Health ist eine Multidisziplin, die sozial- und wirtschaftswissenschaftliche, medizinische, ethische und epidemiologische Erkenntnisse mit Blick auf die Förderung und den Erhalt der Bevölkerungsgesundheit sowie den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit bündelt. Das qualifiziert sie als eine Leitdisziplin für die wissenschaftliche Politikberatung in der Pandemie. Leider ist Public Health in Deutschland nicht so umfassend etabliert, wie es wünschenswert wäre.

Studium I
Bachelorstudium
Intensivpflege

Die Universität Rostock plant für das Wintersemester 2021/2022 den Start eines Bachelor-Studiengangs „Intensivpflege“, an dessen Ende zusätzlich auch der Abschluss der Fachweiterbildung „Anästhesie und Intensivpflege“ steht. Zugangsvoraussetzungen sind unter anderem eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf sowie zwei Jahre Berufserfahrung im intensivpflege-rischen Bereich. Das Studium soll die Absolventen befähigen, ihr pflegerisches Handeln kritisch zu reflektieren. ■

Mehr Informationen:
med.uni-rostock.de > **Forschung & Lehre**
 > **Studium und Lehre** > **Intensivpflege**

Studium II
Innovative
Versorgungspraxis

Die Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen bietet zum Sommersemester 2021 erstmals den Masterstudiengang „Innovative Versorgungspraxis in der Pflege und im Hebammenwesen“ an. Im Mittelpunkt des auf vier Semester angelegten Vollzeitstudiums steht ein einsemestriges Praxisprojekt. Der neun Module umfassende Studiengang soll die Absolventen auf die Versorgungsgestaltung im ambulanten und stationären Sektor und in der inter- und transsektoralen Versorgung vorbereiten. ■

Mehr Informationen:
hwg-lu.de > **Studium** > **Master**
 > **Innovative Versorgungspraxis ...**

Studium III
Global Food, Nutrition
and Health

Zum Sommersemester 2021 bietet die Universität Bayreuth am Standort Kulmbach erstmals einen neuen Masterstudiengang „Global Food, Nutrition and Health“ an. Zugangsvoraussetzung ist ein abgeschlossenes ernährungs- oder gesundheitswissenschaftliches Bachelorstudium. Zentrales Thema des interdisziplinären Masterstudiengangs ist eine adäquate Versorgung mit qualitativ hochwertigen und nachhaltig produzierten Lebensmitteln mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern und Zivilisationskrankheiten vorzubeugen. ■

Mehr Informationen:
globalfood.uni-bayreuth.de

BUCHTIPPS

Zum Thema Ethik in der Medizin



Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Georg Marckmann (Hrsg.)</i> Praxisbuch Ethik in der Medizin</p>	<p>Der Sammelband ist bestens geeignet, einen tiefergehenden Einstieg in unterschiedliche medizinethische Themenfelder zu finden. Die Beiträge, von einschlägigen Experten aus dem deutschsprachigen Raum verfasst, sind bei aller inhaltlichen Komplexität verständlich gehalten. Wer sich auf hohem Niveau mit Grundfragen des Fachs vertraut machen will, ist hier ebenso gut bedient wie Leser, die Informationen zu ethischen Spezialproblemen suchen. (<i>MWV 2015</i>)</p>
<p><i>Michael Dunn, Tony Hope</i> Medical Ethics A Very Short Introduction</p>	<p>Die anregend geschriebene Monografie weckt mit ihrem pointierten, meinungs-freudigen Stil Begeisterung für das Nachdenken über medizinethische Probleme – unabhängig davon, ob man sämtliche Schlussfolgerungen teilt. Die Autoren verknüpfen allgemeinverständliche Erklärungen mit plastischen Fallbeispielen. So gelingt es ihnen, auch komplexe philosophische Probleme anschaulich auf ihren praxisrelevanten Kern herunterzubrechen. (<i>Oxford University Press 2018</i>)</p>
<p><i>Bettina Schöne-Seifert</i> Beim Sterben helfen – dürfen wir das?</p>	<p>Die Autorin liefert in der kompakten Monografie eine knappe, allgemeinverständlich gefasste Verteidigung der Suizidhilfe, die nicht erst seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 Gegenstand emotionaler Debatten ist. Auch wenn dieser Band nur einen Teilbereich der medizinischen Ethik behandelt, eignet er sich gut dazu, sich mit grundlegenden Denkweisen des Fachs vertraut zu machen. Die Autorin liefert nicht nur eine begrifflich präzise inhaltliche Analyse aus dezidiert liberaler Perspektive, sondern erläutert auch Grundannahmen und typische Argumentationsweisen der Medizinethik. (<i>J.B. Metzler 2020</i>)</p>

Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Dr. Tobias Weidner**, Leiter der Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM), Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 36
 37073 Göttingen
 Telefon: 0551 399577
 E-Mail: tobias.weidner@med.uni-goettingen.de
 Web: idem.uni-goettingen.de

Woran Menschen in Deutschland erkranken Prävalenzen und Schweregrade mit Routinedaten

Auf der interaktiven Webseite krankheitslage-deutschland.de hat das WIdO detaillierte Informationen zur regionalen Verbreitung 18 bedeutender Erkrankungen veröffentlicht. Bis auf Ebene der 96 Raumordnungsregionen wird dort deutlich gemacht, welche Region wie stark betroffen ist.

Was wissen wir über die Verbreitung kardiovaskulärer Erkrankungen, psychischer Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes, Demenz und Atemwegserkrankungen? Wer mehr dazu erfahren möchte, wird nun auf krankheitslage-deutschland.de fündig. Zudem sind die epidemiologischen Kennzahlen für verschiedene Alters- und Geschlechtsgruppen abrufbar.

Die Auswertungen zeigen beispielsweise, dass im Jahr 2017 etwa 7,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner von Depressionen betroffen waren (9,0 Prozent), 7,1 Millionen (8,6 Prozent) von Diabetes mellitus Typ 2 und etwa 4,9 Millionen (5,9 Prozent) von der koronaren Herzkrankheit. Deutlich wird, dass für die meisten der betrachteten Erkrankungen gilt: Je älter die Menschen werden, desto höher ist auch deren Erkrankungsrisiko. So liegt die Erkrankungshäufigkeit bei der koronaren Herzkrankheit (KHK), einer Erkrankung der Herzkranzgefäße, die letztlich zu Herzinsuffizienz oder Herzinfarkt führen kann, zwischen 45 und 59 Jahren noch bei 3,1 Prozent und steigt kontinuierlich auf mehr als 34,2 Prozent bei Personen ab 85 Jahren an. Bei Männern liegt der Anteil in dieser Altersgruppe sogar bei 43,2 Prozent, bei Frauen bei 30,1 Prozent. Die Herzinfarktquote liegt bei Männern mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern mit einer größeren Betroffenheit bei Männern zeigt sich bei allen kardiovaskulären Krankheiten. Bei Frauen werden dagegen häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert.

Darüber hinaus gibt es deutliche regionale Unterschiede: Während in Hamburg lediglich 4,9 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner an einer koronaren Herzkrankheit leiden, ist der Anteil in Sachsen-Anhalt mit 10,2 Prozent mehr als doppelt so hoch. Grundsätzlich ist die Betroffenheit dieser chronischen Herzkrankheit in den östlichen Bun-

desländern, abgesehen von Berlin, besonders hoch. Dies ist teilweise durch die ältere Bevölkerungsstruktur erklärbar. Für die Bestimmung der Erkrankungshäufigkeiten wurde ein Hochrechnungsverfahren verwendet, das vom WIdO in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt wurde. Es erlaubt auf Basis der Krankenkassenroutinedaten der AOK-Versicherten zuverlässige Aussagen zu Krankheitshäufigkeiten in der Gesamtbevölkerung bis auf die lokale Ebene (siehe GGW 1/21, 24–34).

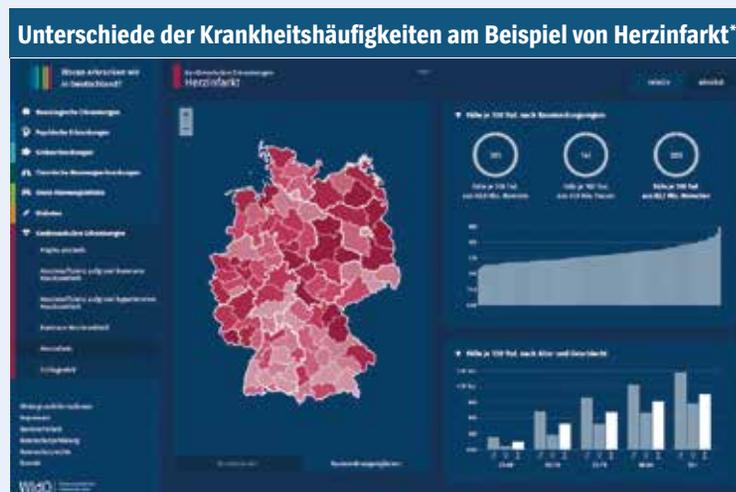
Neben der Krankheitshäufigkeit nach Alter, Geschlecht und Region sind für zahlreiche Krankheiten auch Schweregrade und Folgeerkrankungen dargestellt. Diese Ergebnisse fließen in das Rechenwerk für eine deutschlandweite Berechnung zur Krankheitslast im Rahmen des Projekts BURDEN 2020 ein. Es wird vom Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem WIdO und dem Umweltbundesamt durchgeführt und vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Erstmals wird damit die Krankheitslast für zahlreiche bedeutende Erkrankungen in Deutschland bis auf die Ebene der Raumordnungsregionen berechnet. Dies ermöglicht eine differenzierte Betrachtung der Folgen von Erkrankungen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. ■



Foto: AOK-Bundesverband

Jan Breitzkreuz analysiert Versorgungsforschung und arbeitet schwerpunktmäßig mit Routinedaten.

„Die Analyseergebnisse zur Krankheitslage in Deutschland können neben vielen anderen Informationen helfen, Handlungsansätze zu identifizieren, die der Verbesserung der Gesundheits-situation vor Ort dienen.“



Quelle: krankheitslage-deutschland.de

* in den Regionen und nach Alter und Geschlecht auf krankheitslage-deutschland.de

WIDO-TICKER: Anmeldung zum WIdO-Newsletter unter wido.de/news-events/newsletter +++ **Aktuelle Stellenausschreibungen** unter wido.de/institut-team/arbeiten-im-wido +++ **GGW auf der WIdO-Website** unter wido.de/publikationen-produkte/ggw +++ **Kontakt zum WIdO** unter Telefon 030 34646-2393



Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2021*. Berlin: Springer, 500 Seiten, 42,79 Euro; ISBN 978-3-662-62707-5, E-Book ISBN 978-3-662-62708-2. Kostenloser Download: springer.com/de/book/9783662627075

Krankenhaus-Report 2021

Schnittstelle Pflegeheim – hoher Sturzpräventionsbedarf

Viele Krankhauseinweisungen von Menschen in Pflegeheimen haben Stürze als Ursache. Neue Untersuchungen unterstreichen den Handlungsbedarf.

Analysen des WIDO bestätigen im aktuellen Krankenhaus-Report 2021 die hohe Frequentierung der Versorgungsschnittstelle Pflegeheim–Klinik. Ein Fünftel der Pflegeheimbewohnenden (21 Prozent) wird mindestens einmal im Quartal im Krankenhaus versorgt. Umgekehrt trifft nahezu jeder vierte Klinik-

fall (23 Prozent im Durchschnitt der Quartale) diese Klientel. Vor dem Hintergrund der wissenschaftlich belegten erheblichen Risiken eines derartigen Transfers für den somatischen und psychosozialen Zustand der Betroffenen stellt sich die Frage nach dessen Vermeidbarkeit.

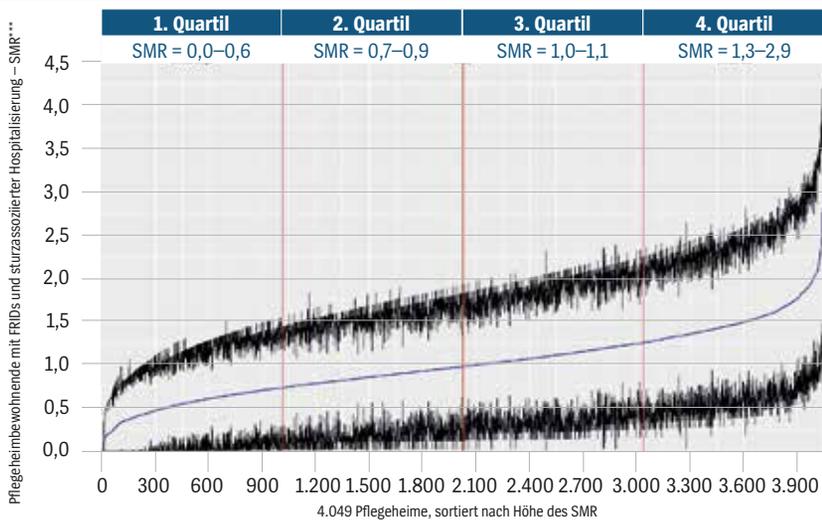
Ein Beitrag im Krankenhaus-Report beschreibt insofern einen der häufigsten Hospitalisierungsanlässe von Pflegeheimbewohnenden: Stürze und ihre Folgen. Hierzu liefert er aktuelle Befunde für Bewoh-

nende mit falls-risk increasing drugs (FRIDs) als besonders sturzgefährdete Gruppe. Sie basieren auf Routinedaten der AOK-Kranken- und -Pflegekassen und zeigen für ein Drittel aller deutschen Pflegeheime (n=4.049) einen deutlichen Sturzpräventionsbedarf. Über 80 Prozent der Gesamtbewohnerschaft im Pflegeheim sind Rezipienten von FRIDs (2018). Knapp 16 Prozent der rund 191.000 Bewohnenden der Stichprobe mit dieser Medikation werden im Verordnungs- oder Folgequartal sturzassoziiert im Krankenhaus behandelt. Die risikoadjustierten Raten, welche das Sturzrisikoprofil der einrichtungsbezogenen Bewohnerschaft berücksichtigen, unterstreichen dabei die Varianz über die Pflegeheime hinweg: Ein Viertel der Einrichtungen überschritt die aufgrund des Profils erwartete Sturzrate um 30 bis 190 Prozent (Abbildung).

Der Handlungsbedarf ist dementsprechend groß. Da Stürze im Pflegeheim sehr unterschiedliche Ursachen haben können, empfiehlt sich deren Prävention als zentrale, interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe der pflegerischen und ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnenden. Sie setzt allerdings Ressourcen und Qualifikation voraus und muss selbstverständlich den Bewohnenden in den Mittelpunkt stellen. Am Ende wird eben nicht nur ein Sturz verhindert. ■

Pflegeheimbewohnende mit FRIDs* und sturzassoziiierter Hospitalisierung**

* fall-risk increasing drugs; ** im Verordnungs- oder Folgequartal (2018) – adjustierte Raten im Pflegeheimvergleich; *** SMR – die standardisierte Morbiditätsrate ist hier der Quotient der beobachteten und der aufgrund des Heimrisikoprofils statistisch erwarteten Anzahl von Pflegeheimbewohnenden mit FRIDs und sturzassoziiierter Hospitalisierung im Verordnungs- oder Folgequartal.



Kritisches viertes Quartil: Ein Viertel der Einrichtungen überschritt die aufgrund des Profils zu erwartende Sturzrate um 30 bis 190 Prozent.

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Dr. Matthias Maneck: „Fallzahl pro Klinik und Ergebnis – Eine Analyse von Routinedaten mit 133.449 Patienten“, 5. HERNIAMED Studientreffen virtuell, 3/21 +++ Chrstian Günster: „Risk Adjustment Using Administrative Data: Experiences from 10 Years of Public Reporting in Germany – Statistical Methods for Risk Adjustment in Health Care“, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 3/21

Gesundheitspolitik nach Corona: Einfacher wird es kaum werden

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Welche längerfristigen Auswirkungen sind aufgrund der Corona-Erfahrungen für das deutsche Gesundheitssystem zu erwarten? Für die Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde bereits ein Bund-Länder-Pakt geschlossen. Konsequenzen für die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen sind ebenfalls geboten, aber sehr viel schwieriger zu realisieren. Auf die künftige Bundesregierung warten drängende Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie wird aber auch wichtige Steuerungsfragen adressieren müssen: Wie können schon weit vor Corona bekannte, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen endlich Realität werden?

Schlüsselwörter: Gesundheitssystem, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Primärversorgung, Krankenhausstrukturen, Finanzierung

What are the expected long-term effects of the coronavirus pandemic on the German health-care system? Federal and Länder governments have already forged a pact to make the public health service fit for the future. Changes to the in- and out-patient sector are also advisable, but much harder to realize. The next federal government will have to face the then pressing financial difficulties of the statutory health insurance. At the same time, it will have to confront control issues: How can the supply structures at long last meet the demands of the future?

Keywords: health system, public health service, primary care, hospital structures, financing

1 Einleitung

Ein Jahr Corona heißt ein Jahr Erfahrungen mit dem System der Gesundheits- und Pflegeversorgung in Deutschland unter den Bedingungen der Pandemie, ohne dass es hierfür ausreichende Vorbereitungen gegeben hätte. Deutschland sei auch deshalb vergleichsweise gut durch dieses Jahr gekommen, heißt es allenthalben, weil wir über ein hervorragend aufgestelltes Gesundheitssystem verfügen – eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, wie Gesundheitsminister Jens Spahn gleich zu Beginn seiner Amtszeit im März 2018 in einem seiner ersten Interviews erklärte (*BamS 2018*). Spahn sagte damals aber auch, dass es spürbare Probleme gebe, die er angehen wolle, wobei er unter anderem auf eine Reform der Krankenhausstrukturen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, auf kürzere Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf Arzttermine oder auf die Vorteile einer elektronischen Patientenakte verwies (*ebenda*).

Nach einem Jahr Corona lassen im Frühjahr 2021 zunehmende Test- und Impfanstrengungen auf ein Exit-Szenario aus der Pandemie hoffen. Das heißt für viele Menschen, dass die Aussicht besteht, so schnell wie möglich zur Normalität zurückzukehren, wobei „Normalität“ vielfach mit dem Status quo ante gleichgesetzt wird. Gleichzeitig gibt es aber auch zahlreiche Stimmen, für die es nach Corona auf keinen Fall ein „Weiter so“ im Gesundheitssystem geben darf und die darauf drängen, dass Lehren aus den Corona-Erfahrungen gezogen werden, die über den unmittelbaren Aufgabenbereich der Pandemie-Bewältigung hinausreichen. Welche können das sein, und erscheint es realistisch, dass sie nach den Bundestagswahlen im Herbst 2021 von einer neuen Bundesregierung in Angriff genommen werden? Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden. Dabei wird zunächst im zweiten Abschnitt auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und im dritten auf zentrale Aspekte zukunftsfähiger

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Versorgungsstrukturen eingegangen, ehe im Abschlusschnitt ein Blick auf Fragen der Finanzierung und Steuerung geworfen wird.

2 Renaissance des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wenn es die Notwendigkeit einer Lehre aus Corona gibt, bei der Einigkeit herrscht, betrifft sie den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (siehe hierzu *Kuhn und Wildner 2020*). In einer durchaus bemerkenswerten Aktion verständigten sich die Gesundheitsminister von Bund und Ländern schon im Frühherbst 2020 auf einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Bund und Länder, so wird Spahn hierzu auf der Internetseite seines Ministeriums zitiert, hätten während der Pandemie zusammen festgestellt, dass es Defizite gegeben habe, und er fährt fort: „Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist“ (*BMG 2020*). Beschlossen wurde unter anderem, dass der Bund in einem sechsjährigen Zeitraum ab 2021 vier Milliarden Euro „für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen“ bereitstellt. Bereits bis Ende 2021 sollen 1.500 neue unbefristete Vollzeitstellen für ärztliche und nichtärztliche Berufe geschaffen werden und bis Ende 2022 mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen (*ebenda*). Diese Zahlen verweisen darauf, wie groß allein die personellen Defizite in den knapp 400 Gesundheitsämtern in Deutschland sind, wobei genaue Zahlen über deren aktuellen Personalstand seit rund 20 Jahren nicht mehr bundesweit erhoben werden. Die Anzahl der im ÖGD hauptamtlich tätigen Ärzte liegt seit 2000 in einer Größenordnung von rund 2.500, nachdem es 1990 noch etwa 1.000 mehr waren (*Kuhn und Wildner 2020, 16*).

Nun soll die Vereinbarung von Bund und Ländern in Gestalt des Pakts für den ÖGD hier nicht kleingeredet werden, denn zweifellos verbindet sich damit eine große Chance. Ihre Wahrnehmung ist jedoch voraussetzungsvoll, und zwar mindestens in zweifacher Hinsicht. Zum einen geht es um die inhaltlichen Dimensionen einer Stärkung des ÖGD. Wie die oben zitierte Aussage von Jens Spahn deutlich macht, waren die negativen Erfahrungen mit dem ÖGD zur Bewältigung der Corona-Pandemie nicht nur der konkrete Anlass für den zwischen Bund und Ländern vereinbarten ÖGD-Pakt, sondern diese konzertierte Aktion ist auch explizit mit der Zielstellung verbunden, für künftige Pandemien gerüstet zu sein. So nachvollziehbar das ist, spränge es in Bezug auf die künftige Ausrichtung des ÖGD jedoch zu kurz. Vorherige Willensbekundungen zur Stärkung des ÖGD waren ja unabhängig von den unmittelbar coronabezogenen Aktivitäten der Gesundheitsämter erfolgt und reichten ent-

sprechend über Aufgaben zum Infektionsschutz der Bevölkerung weit hinaus. Im Leitbild der Gesundheitsministerkonferenz (*GMK 2018*) waren insgesamt drei Bereiche von „Kernaufgaben des ÖGD“ formuliert, nämlich neben dem Gesundheitsschutz (inklusive Infektionsschutz sowie Ausbruchs- und Krisenmanagement) der Aufgabenbereich der Beratung und Information, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen sowie als dritter Bereich die Koordination, Kommunikation, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung, wozu unter anderem Instrumente wie Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen und Öffentlichkeitsarbeit zählen. Gerade auch dieser dritte Aufgabenbereich, der zuletzt zunehmend ins Blickfeld gesundheitspolitischer Reformvorstellungen gerückt ist (siehe auch Abschnitt 4), ist mit beträchtlichen Anforderungen in Bezug auf konzeptionelle Grundlagen sowie Umfang und Qualifikation der personellen Ausstattung verbunden.

Diese Aussage leitet unmittelbar über zu der zweiten wesentlichen Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der mit dem ÖGD-Pakt angestrebten Zielsetzung, den ÖGD „in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren“ (*BMG 2020*): nämlich zu vermeiden, dass es sich dabei lediglich um ein Strohfeuer handelt, das unter dem unmittelbaren Eindruck von Corona aktuell zwar hell lodert, in einer hoffentlich bald einsetzenden „Nach-Corona-Phase“ aber womöglich schnell an Kraft einbüßt – und sei es, weil sich die (kommunal-)politisch Verantwortlichen von den vielfältigen Aufgaben schlicht überfordert fühlen.

Als sich der Deutsche Ärztetag im Jahr 2014 unter anderem mit dem Thema Prävention befasste, erschien in der *Ärzte Zeitung* ein Leitartikel zu dem seinerzeit bereits erkennbar desolaten Zustand des ÖGD. Den Wahlkampf um das Bürgermeisteramt, hieß es dort, gewönne man vor Ort eben nicht mit Amtsarztstellen, sondern mit der nächsten Umgehungsstraße (*Nößler 2014*). Zumindest kurzfristig sollte Corona diese Sicht spürbar verändert haben – wie lange das hält, bleibt indes abzuwarten.

3 Zentrale Aspekte zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen

So einhellig alle gesundheitspolitisch relevanten Akteure nach den Corona-Erfahrungen übereinstimmen, dass der ÖGD strukturell und personell massiv gestärkt werden muss, so unterschiedlich und teilweise gegensätzlich sind die Schlussfolgerungen, die hieraus für andere Bereiche des Gesundheitssystems gezogen werden, zumindest im Hinblick auf mittel- und langfristig wirksame Anpassun-

gen der Versorgungsstrukturen. Von einem „Pakt für moderne Krankenhausstrukturen“ oder einem „Pakt für eine patientenorientierte sektorenübergreifende (integrierte) Versorgung“ ist jedenfalls bislang noch nirgends die Rede gewesen. Das liegt natürlich daran, dass es starke Interessen gibt, an den bestehenden Versorgungsstrukturen möglichst unverändert festzuhalten. Wer sich im Status quo vergleichsweise gut eingerichtet hat, sieht in jeder möglichen Veränderung in erster Linie ein Risiko, auf gewohnte Besitzstände womöglich verzichten zu müssen. Zu dieser Sicht passt die verbreitete Aussage natürlich bestens, dass Deutschland vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen sei und ohnehin über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfüge. Diese Sicht macht sich vom Grundsatz her etwa die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zu eigen, wenn sie feststellt: „Die dezentralen, nach Versorgungsaufgaben gestuften Krankenhausstrukturen haben sich in der Krise als flexibel und leistungsfähig erwiesen. Darauf wollen wir aufbauen“ (DKG 2020, 3). Aber auch aufseiten der ambulanten Versorgung gibt es ähnliche Äußerungen, etwa von Andreas Gassen, dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der in einem fast schon martialisch klingenden Ton vom „Schutzwall unseres Gesundheitswesens“ gesprochen hat, den die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gebildet hätten (KBV/KZBV 2020).

3.1 Ein „Richtungspapier“

Diesen von – durchaus verständlichem – Eigenlob geprägten Einschätzungen der Interessenvertretungen des sektoralen Status quo der Gesundheitsversorgung stehen aber auch deutlich kritischere Töne gegenüber, die insbesondere aus der Wissenschaft stammen. So gibt es etwa ein kluges Papier zu mittel- und langfristigen Lehren aus Corona-Erfahrungen, das ein aus vier ausgewiesenen Fachleuten (Boris Augurzyk, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach und Gabriele Meyer) zusammengesetztes Team 2020 nach der ersten Welle der Pandemie vorgelegt hat; es wird als „Richtungspapier“ bezeichnet, weil es darin vor allem um strukturelle Reformperspektiven geht, die über die aktuelle Krisenbewältigung hinausreichen. In insgesamt sieben Kapiteln zu bestimmten Aspekten der Gesundheitsversorgung erfolgt zunächst eine kurze Analyse der spezifischen Corona-Erfahrungen, die in Empfehlungen mit unterschiedlicher Zeitperspektive münden (siehe die Übersicht in Tabelle 1). Hier soll ein kurzer Blick speziell auf einige der Empfehlungen zu mittel- und langfristigen Strukturanpassungen erfolgen; auf Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die unmittelbare Pandemiebewältigung wird hier dagegen nicht eingegangen. Das gilt auch für die Vorschläge zur Digitalisierung; deren Notwendigkeit wird nicht in Zweifel gezogen, doch sollten sie besser nicht isoliert, sondern in ihrem jeweiligen funktionalen Kontext betrachtet werden (aktuell dazu SVR-G 2021).

3.2 Ambulante Primärversorgung und Pflege

Nach dem ÖGD im ersten Kapitel steht die (gestufte und vernetzte) ambulante Primärversorgung im Mittelpunkt des zweiten Kapitels, das unverkennbar die Handschrift von Ferdinand Gerlach trägt, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Was in diesem Kapitel an strukturellen Reformperspektiven aufgeführt wird, ist großenteils nicht wirklich neu – gleichwohl gibt es natürlich spezifische Corona-Erfahrungen, die die Zweckmäßigkeit der genannten Maßnahmen und Instrumente umso mehr unterstreichen, wie zum Beispiel das *home monitoring* von wichtigen Vitalparametern als Frühwarnsystem für den Krankheitsverlauf von chronisch Kranken oder die Durchführung von Videosprechstunden. Zu wünschen wäre in jedem Fall, dass die teilweise erschreckenden Corona-Erfahrungen in stationären Pflegeeinrichtungen auch Konsequenzen für die künftige Organisation der medizinischen Versorgung der Heimbewohnenden haben. Hier sind in der Tat neue Konzepte erforderlich, denn diesbezügliche Defizite waren bei dieser wachsenden Gruppe von Patienten auch schon vor Corona evident (Räker 2019). Wenn etwa im Durchschnitt – vor Corona – fast 60 verschiedene Hausärzte 100 Heimbewohnende versorgt haben und in einem Viertel der Pflegeheime sogar über 80 (Schwinger et al. 2018, 114), ist allein der damit verbundene Koordinations- und Kooperationsaufwand für das Pflegepersonal selbst unter „normalen“ Bedingungen schlicht nicht zu leisten. Dies darf jedoch nicht länger achselzuckend mit dem Hinweis auf die freie Arztwahl (der überdies oftmals dementen Patienten) abgetan werden.

Zu diesem Punkt gehören unmittelbar auch die im sechsten Kapitel des Richtungspapiers – mutmaßlich primär verantwortet von Gabriele Meyer, Pflegeexpertin im Sachverständigenrat Gesundheit – geforderten erweiterten Kompetenzen von besser, also insbesondere auch verstärkt akademisch ausgebildeten Pflegekräften. Nicht nur das Zuständigkeitsgerre zwischen den Sektoren, sondern auch zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen muss ein Ende haben, wenn Versorgung tatsächlich in erster Linie vom Bedarf her gedacht und gestaltet werden soll. Dabei geht es auch um die Frage der Heilkundeübertragung, das heißt der Übertragung von bestimmten ärztlichen Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegefachkräfte (Substitution). Entsprechende Vorstöße hierzu haben in der Vergangenheit nicht wirklich gefruchtet. Nun gestattet jedoch § 5a des Infektionsschutzgesetzes – wenngleich nur vorübergehend – in gewissem Umfang, dass qualifizierte Pflegefachkräfte und Notfallsanitäter bestimmte ärztliche Tätigkeiten eigenständig und eigenverantwortlich wahrnehmen. Überdies enthält ein Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung vom 15. März 2021 einen neuen § 64d Sozialgesetzbuch V zur verpflichtenden Durchführung von „Modellvorhaben zur

Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte“ (BMG 2021). Auch wenn sich das weitere Schicksal dieses Gesetzesvorhabens derzeit noch nicht abschätzen lässt, scheint das hiermit verbundene Signal eindeutig und perspektivisch kaum umkehrbar.

3.3 Zukunftsfähige Krankenhausstrukturen

Kommen wir zu einem anderen wesentlichen Bereich der Empfehlungen. Bei Mitautoren wie Boris Augurzky und Reinhard Busse kaum überraschend, gilt ein weiterer zentraler Fokus einer durch Konzentration und Spezialisierung bei gleichzeitiger Ambulantisierung von Krankenhausleistungen gekennzeichneten Neuordnung der Krankenhauslandschaft. Auch diese Erkenntnisse sind keineswegs neu, sollten aufgrund der Corona-Erfahrungen in den Krankenhäusern (aus der ersten Welle etwa Karagiannidis et al. 2020) jedoch umso dringlicher in konsequentes Handeln umgesetzt werden. Nicht nur zur Behandlung von Covid-19-Erkrankten, sondern auch bei Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und vielen anderen Behandlungsanlässen ist es eminent wichtig, dass nur solche Krankenhäuser Behandlungen durchführen, die die notwendigen Voraussetzungen sowohl in Bezug auf die technische Ausstattung als auch auf die personelle Expertise aufweisen, und zwar rund um die Uhr. Nicht die räumliche Nähe, sondern ausschließlich diese Ausstattungsmerkmale dürfen für die Versorgung der entsprechenden Patienten entscheidend sein. Dass dies noch längst nicht der Fall ist, haben einschlägige Analysen des WIdO immer wieder gezeigt (zuletzt etwa Drogan und Günster 2020). Insoweit springt auch eine aktuelle Aussage Spahns noch zu kurz, der anlässlich der ersten Lesung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) am 26. Februar 2021 im Deutschen Bundestag sagte, dass nicht jede Klinik jede Station haben müsse (Deutscher Bundestag 2021, 26184). Richtiger wäre es zu sagen, dass nicht jede Klinik jede Station haben darf.

Gefordert wird vor diesem Hintergrund eine Strukturplanung der Krankenhauslandschaft, die vom primär durch die Morbiditätsstruktur bestimmten Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgeht. Hierzu sollte die Krankenhausplanung der Länder generell zu einer leistungsorientierten Planung unter Berücksichtigung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen weiterentwickelt werden, wie es in Nordrhein-Westfalen in der durch den Landtag am 3. März 2021 verabschiedeten Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes angelegt ist: „Durch diesen klareren Leistungsbezug und die bessere Leistungssteuerung kann eine Über- oder Unterversorgung reduziert werden. Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollen die Leistungsgruppen an Qualitätskriterien, die beispielsweise der Gemeinsame Bundesausschuss oder medizinische Fachgesellschaften festgelegt ha-

ben, gekoppelt werden. Diese neue Krankenhausplanung soll Veränderungen in der Krankenhauslandschaft bewirken, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen“ (Landtag NRW 2021). Es wäre zu hoffen, dass dieses Beispiel im Weiteren konsequent umgesetzt wird und über Nordrhein-Westfalen hinaus Schule macht. Zu große Erwartungen sollte man aber wohl nicht haben, dass die Erfahrungen mit der Behandlung von Covid-19-Erkrankten tatsächlich – wie es die Autorengruppe postuliert – zu neuem Schwung bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft führen. Das zeigen etwa aktuelle Äußerungen des bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek, der weithin faktenresistent behauptet: „Die kleinen Krankenhäuser werden dringend gebraucht. Ich halte nichts davon, sie zu schließen. Das hat die Pandemie gezeigt. Wir haben viele Covid-Patienten gerade auch auf Normalstationen. Die kleinen Kliniken in Bayern waren in der Corona-Hochphase unentbehrlich“ (gg-digital 2021).

Umstrukturierungen der Krankenhauslandschaft sind kein Kinderspiel. Das wissen die erfahrenen Mitglieder der Autorengruppe genau. Darauf verweist ein weiterer Vorschlag, der hier schließlich noch betrachtet werden soll. Dabei geht es um die im vierten Kapitel dargestellte Perspektive für kleinere Grundversorger im Krankenhausmarkt, für die eine Zukunft als integrierte Versorgungszentren skizziert wird, und zwar – abhängig vom regionalen Bedarf – mit ganz unterschiedlichen Leistungsangeboten. Bereits bei der Lektüre fällt auf, dass hier plötzlich ein Perspektivwechsel erfolgt. Heißt es im (dritten) Krankenhauskapitel noch explizit, dass die Versorgung künftig von der Bevölkerung her und nicht vom einzelnen Krankenhaus gedacht werden müsse, geschieht hier offenbar das genaue Gegenteil. Es scheint nämlich in erster Linie sehr wohl um die Zukunftssicherung bestimmter Krankentypen zu gehen, die – zumindest im Kontext der Versorgung von Covid-19-Erkrankten, aber auch darüber hinaus – als „reguläre“ Krankenhäuser nicht mehr gebraucht werden.

Dies ist nicht als Kritik an den Empfehlungen der Autorengruppe zu verstehen, denn hier zeigt sich natürlich eine zentrale Krux vieler grundlegender Umstrukturierungen: Ohne Verlierer wird das kaum gehen. Anders ist das beim ÖGD, bei dem es auf absehbare Zeit nur nach oben gehen dürfte und der dabei vermutlich auch niemandem etwas wegnehmen wird. Aber das gilt nicht für die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft, inklusive der Ambulantisierung von (Noch-)Krankenhausleistungen. Darauf haben etwa schon in der Vergangenheit Auseinandersetzungen im Kontext der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle einen Vorgeschmack gegeben. Warum finden diese grundsätzlich als vermeidbar geltenden Behandlungen derzeit überhaupt im Krankenhaus statt? Ist der ambulante Sektor nicht in der Lage, die betreffenden Patienten angemessen zu behandeln? Oder – die an-

TABELLE 1

Zentrale Strukturempfehlungen im „Richtungspapier“ von Augurzky et al.

Nr.	Gegenstand	Inhalt (Auswahl)
1	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Stärkung als eigenständige Säule der Gesundheitsversorgung, auch durch die Ausweitung der Public-Health-Perspektive, mit besserer Verknüpfung zu Wissenschaft und Primärversorgung; Ausbau als Baustein zur Umsetzung von <i>health in all policies</i>
2	Ambulante Primärversorgung	Gestufte und vernetzte Primärversorgung als Anlaufstelle; Forcierung dauerhaft flankierender Maßnahmen der digitalen Vernetzung; Prüfauftrag für die (gebündelte, teamorientierte) Neuordnung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
3	Stationäre Gesundheitsversorgung	Ausstattung von Krankenhausstandorten wichtiger als Nähe; bevölkerungsbezogene Versorgungsplanung (sektorenübergreifend, bedarfs-, leistungs-, qualitätsorientiert); Koordination, Kooperation, Konzentration als Leitplanken für neue Krankenhausstruktur
4	Integrierte Versorgungszentren	Perspektiven für Krankenhäuser mit Grundversorgungsfunktion in der regionalen Versorgung, speziell im ländlichen Raum; Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern; auf die Gesamtversorgung bezogene Vergütungssysteme als Voraussetzung
5	Vergütung und Finanzierung	Partieller Ersatz der Leistungsvergütungen durch Vorhaltebudgets; verstärkte Berücksichtigung von Versorgungsqualität bei Planung und Vergütung; Erprobung sektorenübergreifender Vergütungsmodelle im ländlichen Raum
6	Pflegfachpersonen	Neuer Qualifikationsmix bei Personalbemessung für die Pflege in Krankenhaus und Langzeitpflege; Kompetenzerweiterung qualifizierter Pflegfachpersonen im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit komplexer Multimorbidität
7	Digitalisierung im Gesundheitswesen	Rückenwind für Digitalisierungsschub; Basis für mehr Transparenz, unter anderem zur bedarfsgerechten Steuerung von Patienten; kein falsch verstandener Datenschutz, der Risiken höher bewertet als Chancen

Augurzky et al. zogen aus und nach der ersten Corona-Welle Lehren für das deutsche Gesundheitswesen. Ihr „Richtungspapier“ wurde im November 2020 veröffentlicht und zeigt unter anderem Strukturdefizite im Klinik-Sektor auf. Die Autoren machen zahlreiche Verbesserungsvorschläge.

gebotsinduzierte Sicht – „krallen“ sich die Krankenhäuser diese Leistungen und enthalten sie der Vertragsärzteschaft damit quasi vor? Wem „gehören“ also letztlich diese Leistungen beziehungsweise die entsprechenden Patienten? Wenn man es ernst meint mit der Absicht, die Versorgung vom Versorgungsbedarf der Patienten her zu betrachten, ist das natürlich eine absurde Frage. Gleichwohl dürfte die Zukunft von stationär nicht mehr gebrauchten Grundversorgern als integrierte Versorgungszentren angesichts der Interessenlage der niedergelassenen (Fach-)Ärzteschaft sicher kein Selbstläufer werden.

Ob die Corona-Erfahrungen wirklich dazu beitragen, schon seit Längerem für notwendig gehaltene Wege zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen mit neuem Schwung zu beschreiten, bleibt abzuwarten. Im Interesse der Patienten bleibt zu hoffen, dass am Ende nicht wieder einmal der bekannte Stoßseufzer gilt: „Wie schnell ist nichts passiert!“

4 Massive Finanzierungs- und Steuerungsprobleme

Zwei wesentliche Reformdimensionen sind nicht explizit Gegenstand des Richtungspapiers von Augurzky et al., sie spielen für jeden mittel- und langfristigen Reformerfolg jedoch eine maßgebliche Rolle: Zum einen geht es um Fragen der Finanzierung und zum anderen um Fragen der Versorgungssteuerung. Dabei macht allein schon die bereits jetzt absehbare Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Aufgabe der künftigen Leitung des BMG – ganz gleich, in welcher Koalitionskonstellation – zu einer wahren Herkulesaufgabe. Diese Einschätzung gilt unabhängig davon, welchen weiteren Verlauf die Corona-Pandemie noch nehmen wird, inklusive der Auswirkungen auf Wirtschaft und Beschäftigung, und wie viele der damit unmittelbar verbundenen Maßnahmen den Beitragszahlenden der GKV noch aufgebürdet werden.

4.1 Finanzierungsprobleme

Der im vergangenen Oktober für 2021 geschätzte Fehlbetrag der GKV von rund 16 Milliarden Euro wird in diesem Jahr rund zur Hälfte durch eine Kollektivierung der Rücklagen einzelner Krankenkassen ausgeglichen. Unabhängig davon, wie man zu diesem von Jens Spahn als „Solidarität“ gerühmten und von anderen als Zwangskollektivierung kritisierten Schritt steht: Wiederholbar ist er nicht. Wenn das GKV-Defizit im Nachwahljahr 2022 noch weiter zu steigen droht – schließlich ist es zu über drei Vierteln nicht coronabedingt, sondern struktureller Natur –, wird sich die neue Bundesregierung nach der Bundestagswahl schnell etwas einfallen lassen müssen, wenn sie einen Anstieg der Zusatzbeiträge der Kassen auf breiter Front verhindern will.

Ob die von der jetzigen Bundesregierung abgegebene „Sozialgarantie“ – also das Versprechen, durch Steuerzuschüsse zu verhindern, dass die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt über 40 Prozent steigen – auch nach 2021 gelten soll, muss die neue Bundesregierung ebenfalls entscheiden. Gesamtwirtschaftlich ist dieses Versprechen fragwürdig, und zwar gleich aus zwei Gründen (Reiners 2020). Zum einen ist es illusorisch zu glauben, dass sich die großenteils personalintensiven Dienstleistungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung ohne nennenswerte Einschnitte im Leistungskatalog längerfristig beitragsneutral finanzieren lassen; das gilt zumindest so lange, wie an den zentralen Stellschrauben der Beitrags-erhebung – einbezogener Personenkreis, zugrunde gelegter Einkommensbegriff und Beitragsbemessungsgrenze – keine Anpassungen erfolgen, wie es zur Stärkung der Finanzgrundlagen der solidarischen Beitragsfinanzierung längst geboten wäre und im Ergebnis automatisch zu niedrigeren Beitragsätzen führen würde. Zum anderen stellen die Sozialabgaben als vermeintliche „Lohnnebenkosten“ keineswegs den zentralen globalen Wettbewerbsfaktor dar, wie es als Begründung für die „Sozialgarantie“ unterstellt wird.

Dabei steht auf einem anderen Blatt, ob ein solcher Schritt aus GKV-Sicht eine auch nur halbwegs nachhaltige Problemlösung wäre. Nähme es die Politik mit der Absicht ernst, den GKV-Finanzien zu mehr Stabilität und Planbarkeit zu verhelfen, hätte sie etwa mit der im Koalitionsvertrag von 2018 vereinbarten schrittweisen Einführung von kostendeckenden GKV-Beiträgen für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln (CDU, CSU und SPD 2018, 101) beginnen können oder würde der Empfehlung des Bundesrechnungshofes folgen, Bundeszuschüsse nach dem Umfang klar definierter Leistungen zu bemessen statt nach der aktuellen Haushaltslage (Waschinski 2021). Bleibt der Vollständigkeit halber noch anzumerken, dass – zunehmende? – Steuerfinanzierung ganz sicher keinen Beitrag zur Stärkung der Finanzautonomie der GKV leisten, sondern die Rolle der (sozialen) Selbstverwaltung weiter schwächen dürfte.

4.2 Steuerungsprobleme

Während der aus der zugespitzten Finanzlage der GKV resultierende Handlungsbedarf der nach der Bundestagswahl gebildeten Bundesregierung nirgends bezweifelt wird, scheint die Frage der künftigen Steuerung der Gesundheitsversorgung auf kaum einer gesundheitspolitischen Agenda zu stehen. Sollte es sich die künftige Bundesregierung jedoch tatsächlich vornehmen, einige der im letzten Abschnitt vorgestellten Reformvorhaben – etwa die Schaffung einer gestuften und vernetzten ambulanten Primärversorgung oder moderner Krankenhausstrukturen – Realität werden zu lassen, stellt sich die Frage nach dem Wie. Welche Strukturen sowohl auf der Systemebene als auch auf der Ebene der Versorgungseinrichtungen erforderlich sind, um zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit einer in erster Linie auf den Versorgungsbedarf von Patienten ausgerichteten Versorgung zu kommen, ist seit vielen Jahren bestens bekannt (mit Ausnahme noch vergleichsweise junger Digitalisierungsoptionen). Der somit entscheidenden Frage, wie diese als zukunftsfähig erkannten Strukturen den Versorgungsalltag auch tatsächlich erreichen, wird dennoch nach wie vor viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. In dieser Hinsicht ist die Gesundheitspolitik fast schon seit Jahrzehnten durch ein ordnungspolitisches Vakuum gekennzeichnet. Dem hat auch der von Spahn – ohne irgendeinen vorangehenden oder flankierenden ordnungspolitischen Diskurs – eingeschlagene Weg des „exekutiven Dirigismus“ (Hermann 2020) mit immer mehr zentralistischer Detailregulierung nicht abgeholfen – eher im Gegenteil.

Die einzige politische Partei, die sich aktuell überhaupt explizit mit Steuerungsfragen im Hinblick auf die künftige Versorgungsgestaltung zu befassen scheint, sind die Grünen, die – flankiert durch eine Initiative um Helmut Hildebrandt (Hildebrandt et al. 2020) – einen Vorschlag zur Implementierung von Gesundheitsregionen vorgelegt haben (Deutscher Bundestag 2020). Hierdurch soll der seit Langem auf der Stelle tretenden Implementierung von integrierter Versorgung ein Schub gegeben werden. Positiv an dem Konzept ist fraglos die Prämisse, dass Versorgung sinnvollerweise ganz überwiegend vor Ort unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen (und dabei häufig sehr unterschiedlichen) Ausgangskonstellationen und Herausforderungen gestaltet wird und nicht etwa durch zentralistische Detailvorgaben auf Bundesebene, weil so weder die Versorgung im ländlichen Raum noch in Ballungszentren gezielt gesteuert werden kann. Kritisch erscheint es allerdings – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Covid-Erfahrungen (Stichwort: Zustand des ÖGD) –, den speziell mit der Gesundheitsversorgung bislang kaum befassten kommunalen Gebietskörperschaften eine wichtige Steuerungsrolle zuzuschreiben. Damit schiene eine Überforderung der Kommunen hier bereits vorzeichnet.

Ein anderes Steuerungsmodell als Alternative zu dem in vielerlei Hinsicht an seine Grenzen gestoßenen Status quo bundeseinheitlicher Detailregulierung hat im vergangenen Herbst die Kommission der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) „Zukunft der Sozialversicherungen“ vorgeschlagen. Hieran ist zunächst bemerkenswert, dass dieser Vorschlag im Kontext von Maßnahmen zur Stabilisierung oder gar Reduzierung der Beitragssatzbelastung in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen erfolgt. Es handelt sich also um einen Vorschlag zur Ausgabenbegrenzung, jedoch nicht durch Einschnitte im Leistungskatalog der GKV oder höhere Selbstbeteiligungen, sondern durch die konsequente Ausschöpfung von Effizienzreserven in der Versorgung – basierend auf der Erkenntnis, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung keineswegs zwangsläufig entgegengesetzt, sondern vielfach gleichgerichtet sind, etwa durch Vermeidung unnötiger Krankenhausbehandlungen. Die BDA-Kommission selbst spricht von „Kostendämpfungspotenzial durch selektivvertragliches Versorgungsmanagement“, das in Gestalt von Versorgungsmanagement-Tarifen interessierten Versicherten angeboten werden soll, die im Fall einer solchen – freiwilligen – Tarifwahl in den Genuss reduzierter Beiträge kommen können. Bei vergleichbaren Managed-Care-Modellen in der Schweiz lassen sich immerhin Einsparungen von bis zu 20 Prozent realisieren (Amelung et al. 2020, 45). Zwar ist in Bezug auf den Vorschlag der BDA-Kommission schon geunnt worden, dass sie womöglich „ebenso vernünftig wie aussichtslos“ seien, weil (vertrags-)wettbewerbliche Steuerungskonzepte nicht dem aktuellen Zeitgeist entsprächen. Aber wird es sich die Politik nach Corona wirklich leisten können, an untauglichen Steuerungsmodellen nach bundeseinheitlichem Schema F festzuhalten, mit denen es weder gelingt, echte Sicherstellungsaufgaben im ländlichen Raum zu erledigen, noch qualitäts- und effizienzorientierte Auswahlentscheidungen in Ballungszentren zu treffen, sondern lediglich überall mehr Geld in die bestehenden (in aller Regel sektoralen) Strukturen gesteckt wird?

5 Schlussbemerkung

Sollte Deutschland tatsächlich über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügen, wäre das angesichts der zahlreichen strukturellen Defizite hierzulande wohl eher ein Grund, die Menschen in anderen Ländern zu bedauern, als selbst die Hände in den Schoß zu legen. Allein der beklagenswerte Zustand des ÖGD verbietet jede Selbstgefälligkeit. Doch auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung darf es kein „Weiter so“ geben. Die Versorgung vom Bedarf der Patienten her zu gestalten klingt gut, hat mit der Realität aber leider meist wenig zu tun. Was nützt, ist lange bekannt: mehr Koordination und Kooperation, mehr Teamarbeit und

Multidisziplinarität, aber auch mehr Spezialisierung und Zentrenbildung. Allerdings greifen neue Versorgungsstrukturen gewohnte Besitzstände an, kommen nicht durch zusätzliche Paragraphen und Gremien in die Welt und erfordern Investitionen. Hierzu braucht es entsprechend politischen Mut, ordnungspolitische Konzepte und Startkapital. Ob die Ausichten hierfür nach Corona besser sind als vorher? Das wäre fast zu schön, um wahr zu sein.

Literatur

- Amelung V, Ex P, Hildebrandt H, Knieps F (2020):** Nachmachen erlaubt: Innovative Ansätze aus dem Schweizer Gesundheitssystem. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 42–48
- Augurzky B, Busse R, Gerlach F, Meyer G (2020):** Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Hrsg. von bifg, Robert Bosch Stiftung und Bertelsmann Stiftung; bifg.de → Publikationen → ePaper → 24. November 2020
- BamS (Bild am Sonntag) (2018):** „Demenz besiegen!“ Interview mit Gesundheitsminister Jens Spahn, 18. März 2018
- BDA-Kommission (2020):** Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen. Bericht der Kommission, 29. Juli 2020
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020):** Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A–Z → O → Öffentlicher Gesundheitsdienst (Pakt)
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021):** Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegerreformgesetz), Arbeitsentwurf vom 15. März 2021, mimeo
- CDU, CSU und SPD (2018):** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018
- Deutscher Bundestag (2020):** Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink u. a. Drucksache 19/21881 vom 26. August 2020. Berlin
- Deutscher Bundestag (2021):** Stenografischer Bericht, Plenarprotokoll 19/213, 26. Februar 2021. Berlin
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2020):** Lehren aus der Pandemie für gute Krankenhauspolitik. Pressemitteilung vom 30. Juni 2020
- Drogan D, Günster C (2020):** Eckdaten ausgewählter Versorgungsstrukturen für ausgewählte Behandlungsanlässe in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2020, Berlin: MWV, 263–318; mwv-open.de
- gg-digital (2021):** „Bei der Pflege brauchen wir Siebenmeilenstiefel“. Interview mit dem bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek, Ausgabe 3/2021; gg-digital.de

GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“; gmkonline.de → Beschlüsse → 2018 → TOP: 10.21

Hermann C (2020): Narrativ im Kaffeesatz. Oder das GKV-System auf der Rutschbahn des exekutiven Dirigismus. Observer Gesundheit, 17. September 2020; observer-gesundheit.de → Politische Analysen

Hildebrandt et al. (2020): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. Stand September 2020; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C et al. (2020): Case Characteristics, Resource Use, and Outcomes of 10021 Patients with COVID-19 Admitted to 920 German Hospitals: An Observational Study. The Lancet Respiratory Medicine, Vol. 8, No. 9, 853–862; www.thelancet.com → The Lancet Respiratory Medicine → View archive

KBV und KZBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2020): Pandemie-Bewältigung und Handlungsbedarfe in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung. Pressemitteilung vom 2. Oktober 2020

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 20, Heft 4, 15–22

Landtag NRW (2021): Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Druck-

sachen 17/11162 vom 29.09.2020 und 17/12576 vom 04.02.2021; landtag.nrw.de → Dokumente & Recherche → Dokumentenabruf

Nöblier D (2014): Leitartikel zum ÖGD: Rettet die „Hausärzte fürs Volk“! Ärzte Zeitung, 28. Mai 2014

Paquet R (2020): BDA-Kommission zur Zukunft der Sozialversicherungen. In: Observer Gesundheit, 30. September 2020

Räker M (2019): Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 19, Heft 4, 23–30

Reiners H (2020): „Sozialgarantie“ als Perspektive? Anmerkungen zum Vorschlag, die GKV aus Steuern zu finanzieren. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 74, Heft 6, 49–51

Schwinger A, Behrendt S, Tsiasioti C et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Heidelberg: Springer Open; link.springer.com → Titel des Beitrags eingeben

SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, Gutachten 2021; svr-gesundheit.de → Gutachten 2021

Waschinski G (2021): Krankenkassen brauchen immer mehr Steuer-geld – Bundesrechnungshof fordert mehr Transparenz. Handelsblatt vom 3. Februar 2021

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. März 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Sars-CoV-2 als Bewährungsprobe für Public Health

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

Die Sars-CoV-2-Pandemie hat den Alltag massiv erschüttert und bewirkt gewaltige gesundheitliche, psychosoziale und ökonomische Schäden. Virologen und Epidemiologen liefern die entscheidenden handlungsbestimmenden Informationen. Public Health als integrierende Forschungs- und Handlungsdisziplin hat bislang wenig Einfluss. Einstweilen können nichtpharmakologische Interventionen das Geschehen wirkungsvoll beeinflussen, ohne dass sie sich in ihrer Gesamtheit auf methodisch hochwertige Studien stützen können und müssen.

Schlüsselwörter: Sars-CoV-2, Covid-19, Pandemie, evidenzbasierte Medizin, Public Health, nichtpharmakologische Interventionen

The Sars-CoV-2 pandemic has rocked our everyday life and brings about enormous damages of health, psychosocial well-being and economy. Virologists and epidemiologists were the first to provide crucial and overriding information. Public health as a holistic discipline in research and action so far shows little influence. For the time being nonpharmaceutical interventions can positively influence the pandemic, although they are not based on methodologically robust comparative studies.

Keywords: Sars-CoV-2, Covid-19, pandemic, evidence-based medicine, public health, nonpharmaceutical interventions

1 Einleitung

Sars-CoV-2 hat sich zu einer bedrohlichen Pandemie entwickelt. Es stellt sich nun die Frage, welchen Beitrag Public Health zum Verstehen und zur Bewältigung leisten kann. Dazu ein Blick auf die wesentlichen Public-Health-Elemente nach Dragano et al. (2016). Diese sind: Krisen erkennen und meistern, Gesundheit schützen, Gesundheit fördern und für die Praxis und mit der Praxis forschen. „Insbesondere bei Ausbrüchen von Infektionen kommt es auf die Reaktionsgeschwindigkeit und die Flexibilität der Krisenreaktionssysteme auf allen Ebenen an“ (Dragano et al. 2016, 686). Wer konnte damals wissen, wie rasch all dies überlebenswichtig werden würde.

Nichtpharmakologische Interventionen (NPI) bleiben bis zur Verfügbarkeit von Impfstoffen und/oder kurativ wirksamen Medikamenten die einzigen Maßnahmen zur Milderung der Pandemie. Der Baukasten der NPI ist so alt wie die Ge-

schichte der dokumentierten Seuchenbekämpfung. *Crowding*, also dicht gedrängte Ansammlungen, ist eine übergreifende Kategorie, und bis heute ist der jeweils isolierte Effekt der einzelnen Komponenten inklusive Quarantäne und Maskentragen nicht vollständig klar. Die Covid-Pandemie hat zahlreiche Arbeitsgruppen zum Leben erweckt, welche durch immer ausgefeiltere Modellierungen diesen Mangel abstellen wollen (siehe zum Beispiel Regmi und Lwin 2020). Es besteht Einigkeit, dass die Bündelung der durch Expertenurteile am besten bewerteten Komponenten einen abschwächenden Effekt hat. Die Literatur im Kontext von Covid-19 überschlägt sich, und es ist Geschmackssache, ob man die Ergebnisse der Einzelbewertungen der Kategorie „Glas halbvoll“ oder „Glas halbleer“ zuordnen will. Für Defätismus gibt es freilich keinen Grund. Zu dem sicher besonders zentralen Ansatz *social distancing* (der Begriff ist international üblich, obwohl zu Recht kritisiert wird, dass er unglückliche Konnotationen transportiert) gibt es wichtige Zwischenergebnisse, so auch zur Krankenhausversorgung: „For hospital or essential wor-

¹ Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Marßel 48 · 29719 Bremen · Telefon: 0152 08987285 · E-Mail: norbert.schmacke@nord-com.net

kers, risk can be minimized by introducing shifts with a similar composition of employees and distributing people into shifts based on residential proximity where possible" (*Block et al. 2020, 594*). Dieses Beispiel führt unmittelbar zu einer weiteren zentralen Frage: Ist das Wünschenswerte praktikabel? NPI sind anders gesagt oft Interventionen in hochkomplexe und eben deshalb nicht per Knopfdruck änderbare Verhältnisse; insbesondere die chronischen Defizite in der Alten- und Krankenpflege schlagen hier an vielen Stellen brutal zu (zu Problemen und Lösungsbedarfen siehe unter anderem *Penning und Razum 2020*).

Es gibt einfache Erkenntnisse: Pandemiebekämpfung heißt Vermeiden von *crowding*. Frühe Daten aus dem Jahr 2020 und Erfahrungen mit Influenza verdeutlichen dies am Beispiel von Karneval. Es gibt dazu beeindruckende Grafiken aus der Arbeit der holländischen LUMC-Covid-19 Research Group (*2020*). Sie zeigen die Zunahme an Krankenhausbehandlungen infolge Influenza 2017/2018 und eine vorsichtige Annäherung an dieselbe Frage für Covid-19 im Jahr 2020. Die erste große Covid-19-Welle in Heinsberg im Gefolge des Karnevals brachte einen makabren aktuellen Beleg für den Effekt dieses *crowding*. Ich möchte hier im Grunde schon ein erstes Fazit ziehen: *Crowding* mit all seinen leicht (Karneval, Fußballstadien und Biergärten) und sehr schwer (Slums, hoch verdichtetes Wohnen) zu beeinflussenden Faktoren ist ein sich im Kern selbst erklärender Treiber für Sars-CoV-2. Das ist nur scheinbar trivial, weil im Alltag immer wieder viel zu zögerlich als entscheidendes Handlungsfeld wahrgenommen.

2 Entschlossenheit bei begrenztem Wissen

Wenn es nun um die wissenschaftlichen Methoden von Public Health geht, so gibt es keinen Grund, angesichts von Covid-19 neue Methoden für die für Public Health relevante Forschung zu erfinden. Es steht auch außer Frage, dass sich die Zielgenauigkeit von NPI erhöhen lässt, wenn sowohl die Einzelkomponenten als auch unterschiedliche Bündel von Maßnahmen in prospektiven kontrollierten Vergleichen untersucht worden wären oder werden können. Nachfolgend soll gezeigt werden, wie diese Debatte in der Evidence-based Medicine (EbM) verlaufen ist. Es geht dabei nicht in erster Linie darum, dass Mängel in der Evidenzlage beschrieben worden sind und werden, sondern um die – vom Autor so unterstellten – stillen Botschaften, die vielleicht überwiegend sogar unbeabsichtigt von manchen Publikationen ausgegangen sind.

In der EbM-Community wurde seit Beginn der Sars-CoV-2-Pandemie intensiv diskutiert und gestritten, worauf sich

staatliches Handeln und Empfehlungen stützen können. Am 20. November 2020 kommen Soares-Weiser et al. zu folgenden Kernaussagen (*2020*):

"The conclusions of these reviews are similar. None has found robust, high-quality evidence for any behavioural measure or policy. Each has identified important limitations to their respective bodies of evidence. An updated review of physical interventions by Jefferson and colleagues (2020) assesses three commonly recommended interventions: masks, hand hygiene, and physical distancing. They found evidence that masks had limited or no benefit in terms of preventing influenza-like illnesses or laboratory-confirmed influenza. However, except for a handful of studies, most of the evidence is from studies examining effects in wearers. An important effect may still lie in how masks reduce transmission of virus to others, which is more difficult to ascertain. Resulting uncertainty in the evidence for public health measures has fed controversies regarding the legitimacy of public health policies involving these measures, with face masks being a special target for criticism ... However, while there is reason to believe in the combined effects of multiple behavioural measures, there is not, and may never be, high-quality evidence from randomized trials on those effects."

Dann folgt die gesundheitspolitische Deutung des Problems: *"Waiting for strong evidence is a recipe for paralysis ... Public health officials must rely on necessarily incomplete evidence ... And they can draw on basic research, such as highly controlled laboratory studies showing how well face masks reduce the transmission of droplets from coughing and sneezing."*

In der besonders heftig geführten Debatte um den Schutzeffekt von Gesichtsmasken hatten Greenhalgh et al. schon im April 2020 dafür plädiert (*2020*), das *precautionary principle* (Einsatz auch nicht hochwertig gesicherter Maßnahmen bei großen Gefahren) anzuwenden, da auch ein möglicherweise nur geringer Nutzen sich in der Breite stark bemerkbar machen kann. Und im Juni 2020 stellte sich Greenhalgh auch der Frage, ob Covid-19 gar der Untergang von EbM werden könne (*2020*). Ihre Antwort: Während sich wie bisher Medikamente und Impfstoffe im Kontext von Covid-19 selbstverständlich den Nutznachweisen durch randomisierte kontrollierte Tests (RCT) stellen müssen, entziehen sich die großen strategischen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung der Untersuchungsmöglichkeit durch RCT. Wichtiger sei demgegenüber, das Verhalten in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen möglichst gut zu verstehen – und hier kommen nach Greenhalgh et al. qualitative Methoden des Verstehens von Handeln und Unterlassen zum Einsatz. Mit einem Blick in die Zukunft heißt es abschließend (*Greenhalgh 2020, 4*):

TABELLE 1

Unterschiede zwischen Corona-Impfstoffen

Hersteller	BioNTech	Moderna	AstraZeneca	Johnson & J.	Novavax	Gamaleya	CureVac
Wirksamkeit	95,0 %	94,0 %	60,0 %	66,0 %	89,0 %	72,0 %	unbekannt
Wirksamkeit (65+)	94,7 %	86,4 %	85,0 %	85,0 %	unbekannt	unbekannt	unbekannt
Impfschema, Abstand	2 Dosen, 21 Tage	2 Dosen, 28 Tage	2 Dosen, 28–84 Tage	1 Dosis	2 Dosen, 21 Tage	2 Dosen, 21 Tage	2 Dosen, 28 Tage
Im Kühlschrank haltbar	5 Tage	1 Monat	6 Monate	3 Monate	6 Monate	2 Monate	3 Monate
Status	bedingt zugelassen	bedingt zugelassen	bedingt zugelassen	bedingt zugelassen	Rolling Review	Rolling Review	Phase 2/3

Die Grafik gibt den Sachstand im März 2021 wieder. Zu beachten ist, dass die Wirksamkeit nicht zwingend auf den Prozentpunkt genau stimmt. Dazu wird in Studien gewöhnlich ein die Schwankungsmöglichkeiten anzeigendes Konfidenzintervall angegeben, das allerdings bei einigen Impfstoffen nicht bekannt ist.

“Whilst it is hard to predict anything in real time, history will one day tell us whether adherence to ‘evidence-based practice’ helped or hindered the public health response to Covid-19—or whether an apparent slackening of standards to accommodate ‘practice-based evidence’ was ultimately a more effective strategy.”

Exemplarisch ist die kontroverse Debatte um den protektiven Effekt von Masken. Die RCT von Bundgaard et al. (2020) wurde häufig als Beleg dafür ins Feld geführt, dass der Schutzeffekt nicht belegt ist. Das Setting der Studie im Frühjahr 2020 in Dänemark ließ tatsächlich keinen belastbaren Unterschied für eine Add-on-Situation zu, in der Masken zum Eigenschutz in der Interventionsgruppe zusätzlich zur generellen Empfehlung von *social distancing* getestet worden waren. Die zunehmende Prävalenz in der Bevölkerung war zudem vermutlich klein. Es gab viele Argumente, die den Erstautor selbst zu vorsichtigen Kommentierungen veranlassten und ihn überhaupt nicht zu einem Maskengegner werden ließen. Weitere RCT zu Masken hält Bundgaard für de facto nicht durchführbar, schon gar nicht mit infizierten Menschen (Michael 2020).

3 EbM-Radikalkritik

Einer der heftigsten Kritiker der in den meisten Ländern üblichen Bekämpfungsmaßnahmen ist der in der EbM-Welt hoch angesehene Epidemiologe John Ioannidis (Stanford

University o. J.). Er vertrat im März 2020 die Auffassung, die Fallsterblichkeit von Covid-19 sei geringer als bei Influenza. Die Lockdown-Maßnahmen hielt er für möglicherweise “totally irrational” und benutzte folgendes Bild: “It’s like an elephant being attacked by a mouse cat. Frustrated and trying to avoid the cat, the elephant accidentally jumps off the cliff and dies.” Schulschließungen hielt Ioannidis für problematisch, weil damit eine seines Erachtens wünschenswerte Herdenimmunität in diesen Altersgruppen verlangsamt werden könne. Und er kommentierte mit Blick auf Worst-Case-Szenarien: “The vast majority of this hecatomb would be people with limited life expectancies” (Ioannidis 2020). Im August insinuierten Ioannidis et al. weiter, man wisse nicht genug für eine belastbare Covid-19-Strategie: “When major decisions (e. g. draconian lockdowns) are based on forecasts, the harms (in terms of health, economy, and society at large) and the asymmetry of risks need to be approached in a holistic fashion, considering the totality of the evidence” (2020, 1). Im Oktober schlugen Cristea, Naudet und Ioannidis (2020) dann einen RCT folgender Art vor: “Or the recently proposed ‘precautionary break’ lockdown combining very stringent NPI could be compared with the containment measures ‘as usual’ that are already applied.” Damit bleiben die Autoren derart im Ungefähren, dass sie aus meiner Sicht aus dem Kreis ernsthafter Diskutanten ausscheiden.

Weniger radikal als Ioannidis, aber auch sehr grundsätzlich ist die Kritik des deutschen EbM-Netzwerks, die nachfol-

gend beleuchtet werden soll. Am 8. September 2020 wurde behauptet, die Zeiten des exponentiellen Wachstums seien seit fünf Monaten vorbei, diese Entwicklung rechtfertige keine einschneidenden Maßnahmen. Es sei zu befürchten, dass die staatlichen Maßnahmen größeren Schaden anrichten könnten als das Virus selbst (*EbM-Netzwerk 2020*). Diese Positionierung rief teils heftige Widerrede hervor. Am 13. Oktober 2020 publizierte das Netzwerk dann eine Erwiderung auf die Hauptargumente der Kritik (*ebenda*). Es werden hier folgende zehn Punkte exemplarisch herausgegriffen:

1. Die häufig eingesetzten NPI könnten gewünschte Effekte haben, es müssten aber umgehend solide prospektive Studien diese Vermutung erhärten.
2. Die skeptischen Prognosen zur Erschöpfung der Krankenhauskapazitäten seien falsch gewesen.
3. Das Gesundheitswesen sei insgesamt nicht überlastet worden.
4. Die Todesfälle betrafen „in erster Linie ältere und vor allem hochbetagte Menschen“.
5. Es sei nicht belegt, dass NPI bei Covid-19 tatsächlich zu einer Verringerung der Gesamtmortalität führen.
6. Zur Klärung der Maskenfrage seien dringend RCT erforderlich.
7. An Pneumonie stürben jährlich 40.000 Patienten, an Covid-19 seien bis zum 31. August 2020 demgegenüber nur 9.298 Menschen gestorben.
8. Es gebe Sorge, dass bei der Impfstoffentwicklung die üblichen Nachweise von Wirksamkeit und Sicherheit aufgeweicht werden könnten.
9. Erste Studienergebnisse wiesen auf erhebliche psychische Belastungen und Bildungsverluste von Kindern durch Schulschließungen hin (wenn auch nicht per Publikationen mit Peer-Review).
10. Generell sei im Falle des Lockdowns mit erheblichen gesundheitlichen und möglicherweise auch lebensverkürzenden Auswirkungen zu rechnen.

Ich verzichte darauf, diese Punkte im Einzelnen zu kommentieren und verweise auf die zitierte Stellungnahme von Soares-Weiser et al. (2020) zum letzten einschlägigen Cochrane-Review. Die Zahlen der zweiten international relevanten Sars-CoV-2 Welle zeigen, von welchen voreiligen Schlüssen sich diese Autorengruppe leiten ließ. Unbegründete Entwarnung, permanentes Einfordern von de facto nicht durchführbaren RCT und Unterschätzung internationaler Erfahrungen mit NPI ziehen sich wie ein roter Faden durch die Stellungnahmen des EbM-Netzwerks.

Matthias Schrappe, Erstautor einer multiprofessionellen Gruppe zahlreicher Thesenpapiere war am 28. Oktober 2020 als ein Sachverständiger in den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zur Frage der Teststrategien eingeladen, sicher mit der Intention, eine kritische Stimme zum

Mainstream zu hören (*Deutscher Bundestag 2020*). Einige seiner zentralen Kritikpunkte und Forderungen waren:

1. Es fehle eine repräsentative Kohorte zur besseren Einschätzung der wahren Häufigkeitsentwicklung.
2. Experten der Krankenhaushygiene sollten zur Kontrolle von Ausbrüchen hinzugezogen werden.
3. Eingreifteams sollten bei plötzlich auftretenden Clustern gebildet werden.
4. In den Pflege- und Betreuungseinrichtungen müssten Würde und Humanität gewahrt bleiben (keine restriktiven Besuchsregelungen).
5. Ein multidisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzter Pandemierat könne entscheidende fachliche und wissenschaftliche Hinweise geben.

Wenn ich davon absehe, ob die Expertise der Krankenhaushygiene wirklich tief und breit gestreut ist, dann bleiben folgende offene Fragen: Wo wird eine in der Tat überfällige repräsentative Erfassung der Inzidenz und Prävalenz von Sars-CoV-2 die Strategie ändern? Sind die Zahlen der gemeldeten Infektionen wirklich für die Politik unbrauchbar? Wer soll eine Vielzahl von wünschenswerten Eingreifteams sicherstellen? Wer konkret kann die Pflegeheime bei der Einhaltung der Hygieneregeln inklusive Antigentestungen unterstützen? Und mit Blick auf einen Pandemierat: Auf welche Fachkompetenzen muss die Politik im Moment tatsächlich verzichten? Am Ende muss Politik mit Blick auf zum Teil divergierende Empfehlungen entscheiden. Das ist nicht änderbar, auch wenn das vielleicht merkwürdig klingt.

4 Politikberatung

Nachdem Deutschland die erste Welle der Pandemie im internationalen Vergleich relativ gut bewältigt hatte, zeichnete sich im frühen Herbst ab, dass es erneut massiven Handlungsbedarf geben würde. Hingewiesen werden soll hier auf das Gemeinsame Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und vier weiterer Fachgesellschaften (2020). Es wird darin ein neuer Lockdown empfohlen. Die Fokussierung auf Risikogruppen wird angesichts der diffusen Verbreitung in der Bevölkerung als unrealistisch eingeschätzt, so sehr deren besonderer Schutz weiter als wichtig erachtet wird. Es wird als neuer handlungsbestimmender Wert für Lockerungsmaßnahmen eine „Kombination aus deutlichem Absinken der 7-Tage-Inzidenz in allen Altersgruppen mit Verbindung in einem fallenden Anteil der Testpositiven in allen Testergebnissen, einer effektiven Reproduktionszahl unter 1 und einer effizienten Kontaktnachverfolgung und Quarantäne“ vorgeschlagen. Dieser Vorschlag beinhaltet, dass die Behörden mit dem Sinken der Fallzahlen die Möglichkeit wiedererlangen oder behalten, Kontakte tatsächlich nachzuverfolgen.

TABELLE 2

Übersterblichkeit in ausgewählten Ländern im Jahr 2020

Land	Erwartbare altersstandardisierte Sterblichkeit pro 100.000 Einwohner	Altersstandardisierte Übersterblichkeit pro 100.000 Einwohner	Übersterblichkeit pro 100.000 Einwohner	Prozentualer Sterblichkeitsanstieg pro altersgewichtete 100.000 Einwohner
Belgien	956	1.072	116	12,2 %
Bulgarien	1.597	1.788	191	12,0 %
Dänemark	1.016	972	-44	-4,3 %
Deutschland	1.016	1.049	33	3,3 %
England und Wales	960	1.060	100	10,5 %
Estland	1.178	1.178	0	0 %
Finnland	948	919	-29	-3,1 %
Frankreich	839	895	56	6,7 %
Griechenland	912	957	45	4,9 %
Italien	728	792	63	8,7 %
Lettland	1.446	1.414	-32	-2,2 %
Litauen	1.393	1.468	75	5,4 %
Luxemburg	842	852	9,5	1,1 %
Niederlande	971	1.040	70	7,2 %
Österreich	938	1.009	71	7,6 %
Polen	1.216	1.391	175	14,4 %
Portugal	977	1.043	66	6,8 %
Schottland	1.134	1.219	85	7,5 %
Schweden	883	896	13	1,5 %
Slowakei	1.219	1.236	17	1,4 %
Slowenien	996	1.116	120	12,0 %
Spanien	838	946	108	12,9 %
Südkorea	779	757	-22	-2,9 %
Tschechien	1.147	1.258	111	9,7 %
Ungarn	1.420	1.473	53	3,7 %
USA	1.020	1.152	132	12,9 %

Übersterblichkeit hat 2020 in vielen Industrienationen stattgefunden. Zu den besonders betroffenen Ländern zählen Belgien, Bulgarien, Polen, Slowenien, Spanien und die USA. Skandinavien ist vergleichsweise gut durch das Jahr gekommen, ebenso Südkorea. Deutschland stand 2020 mit 3,3 Prozent ebenfalls vergleichsweise gut da. Augenfällig sind ferner die Unterschiede in den baltischen Staaten (vergleiche Litauen und das benachbarte Lettland).

Bei weiterer Zuspitzung der Infektionslage formulierte die Leopoldina am 8. Dezember (2020) einen flammenden Appell, über den zu diesem Zeitpunkt bestehenden partiellen Lockdown hinwegzugehen und nicht Weihnachten und Silvester quasi zu Ausnahmezeiten zu erklären. Die Leopoldina veranschaulichte ihre Haltung unter anderem mit einer Grafik, welche die Entwicklung in Deutschland und Irland gegenüberstellte. Bei aller verbleibenden Unsicherheit, welche nationalen Maßnahmen miteinander vergleichbar sind und welche Unwägbarkeiten mit den ermittelten Fallzahlen ver-

bunden sind: Es erscheint mir schwer vorstellbar, sich von einer solchen Grafik nicht beeindruckt zu lassen. Statistische Bemühungen, den Stellenwert von Einzelkomponenten von NPI besser international abzuwägen zu können, sind zahlreich und werden hoffentlich eines Tages zu praktischen Resultaten führen (Haug et al. 2020). Ein erster modelltheoretisch begründeter Vorschlag zur Gewichtung der Einzelkomponenten findet sich bei Brauner et al. (2020): Schließen von Bildungseinrichtungen, Verbot von Versammlungen von mehr als zehn Personen und Schließen von für das Überleben

verzichtbaren Betrieben rangieren grundsätzlich hoch, der Zusatznutzen von Ausgehverboten ist klein.

Dass es sehr große Unterschiede im Erfolg dieser Pandemiebekämpfung gibt, ist aus dem internationalen Vergleich leicht abzuleiten (Alwan et al. 2020):

“Japan, Vietnam, and New Zealand, to name a few countries, have shown that robust public health responses can control transmission, allowing life to return to near-normal, and there are many such success stories. The evidence is very clear: controlling community spread of COVID-19 is the best way to protect our societies and economies until safe and effective vaccines and therapeutics arrive within the coming months. We cannot afford distractions that undermine an effective response; it is essential that we act urgently based on the evidence.”

5 Schaden durch NPI

Es ist bei allem Disput über die Begründungspflicht von Eingriffen in elementare Grundrechte keine Frage, dass die massiven mentalen und materiellen Interventionen im Gefolge der Sars-CoV-2-Pandemie auch negative Folgen haben. Am dramatischsten sind möglicherweise die Opfer in den Armutsräumen der Welt, in denen begonnene Präventionsmaßnahmen auf einmal nicht mehr mit der notwendigen Aufmerksamkeit fortgeführt werden. Spector (2020) hat dies am Beispiel der Masernimpfungen thematisiert: Jetzt bereits ist ein massiver Anstieg von Todesfällen durch Masern in diesen Regionen zu verzeichnen. Schätzungen zu den Kosten für Polio und Masernimpfungen werden von ihm auf eine Milliarde Dollar für zwei Jahre in Afrika und Asien geschätzt. Die unmittelbaren Folgen von Covid-19 haben die USA allein Billionen Dollar gekostet.

Bekämpfungsmethoden müssen demzufolge unterschiedlich sein in reichen und armen Ländern, insbesondere was die Sicherung der basalen Bedürfnisse des Lebens, nämlich genügend Nahrung, sanitäre Standards, grundlegende medizinische Versorgung und ein Dach über dem Kopf anbelangt (Cash und Patel 2020). Covid-19 erinnert uns mit anderen Worten an die krassen Formen der sozialen Unterschiede und Ungerechtigkeiten auf dem Globus. Dass der soziale Gradient auch in den reichen Ländern bedeutsam ist, muss hier angeführt werden, weil auch das leicht aus dem Blickfeld gerät.

Unklarheit besteht in Ländern mit ausgebautem Gesundheitswesen in der Frage, wie sehr die verordnete Politik des Freihaltens von Krankenhauskapazität für erwartete Covid-19-Patienten zu unvermeidbaren Verzögerungen oder gar Unterlassen von kardiologischer oder onkologischer Behandlung geführt hat (Kuhlen et al. 2020; Fröhling und Arndt 2020).

Es könnte sein, dass Abbau von Überversorgung ebenso erfolgte wie nicht akzeptable Verschlechterung von Krankheitsverläufen bis hin zu vermeidbaren Todesfällen. Dies ist dringend weiter zu ermitteln.

Anfänglich gab es von vielen Seiten Zweifel, ob die Covid-Pandemie denn überhaupt zu einer Übersterblichkeit führen würde oder ob sie nicht eine etwa den Influenza-Wellen gleichzusetzende Pandemie sei. Die Auswertungen der Daten aus dem Jahr 2020 lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass die Übersterblichkeit beträchtlich ist (siehe Tabelle 2), auch wenn die Länder sehr unterschiedlich betroffen waren (Kontis et al. 2020; Beaney et al. 2020). Covid-19 schädigt nicht nur die Lunge, sondern eine Vielzahl von Organen und ist insofern auch klinisch mit der Influenza nicht vergleichbar (Xie et al. 2020). Fällig ist demgegenüber die Frage, warum wir offenkundig die Übersterblichkeit durch Influenza in den vergangenen Jahren nicht zum Anlass für konsequentere Schutzmaßnahmen genommen haben.

Die Frage des Infektionsgeschehens bei Kindern und der Übertragung durch Kinder wird weiter kontrovers diskutiert. Es ist selbstredend erfreulich, dass vor allem kleine Kinder bislang fast nicht betroffen und wohl auch keine *spreader* sind. Trotzdem liegt auf der Hand, dass auch die Situation bei Kindern sorgfältig beobachtet werden muss: Es gibt keinen Grund, davon auszugehen, dass Covid-19 dauerhaft an ihnen vorbeigeht. Für die Kita-Kinder gibt es eine federführend vom Robert Koch-Institut geführte Beobachtungsserie (RKI 2021), die nicht nur das Infektionsgeschehen, sondern auch die psychosozialen Aspekte im Blick hat. Für den Schulbereich fehlt ein vergleichbarer systematischer Ansatz – es gibt keine prospektiven Kohortenstudien aus den Schulen. Das ist ein gravierender Mangel, der vielleicht nicht nur dem Föderalismus, sondern auch politischem Wunschdenken geschuldet ist. Gerade weil die Schulen so lange wie möglich geöffnet bleiben sollten, müsste ein derartiges Surveillance-Programm rasch eingerichtet werden (Otte im Kampe et al. 2020). Hier wurde im Sommer wertvolle Zeit für Planung, Ausschreibungen und Aufbau wissenschaftlicher Infrastruktur vertan.

6 Persönliche Bilanz

Was heißt es also, von Covid-19 und den „bewährten Methoden“ von Public Health zu sprechen? Meine Deutung ist: Wir wurden überrollt, es mangelte in den reichen Ländern an gesättigter Erfahrung mit Pandemien, in den armen Ländern bei größerem Know-how an den erforderlichen Mitteln. Dann setzte ein stufenweiser Erkenntnisprozess an: Zunächst die Wahrnehmung, dass nur wenige Menschen schwer erkranken, und damit eine unzulässig verknüpfte

Entwarnung. Vergleiche mit Influenza oder anderen deutlich häufigeren Todesursachen schienen zu trösten. Das Virus aber nutzt naturgesetzlich die Möglichkeit, sich in einer exponentiell wachsenden Zahl von überwiegend klinisch Gesunden zu verbreiten, um danach leicht in die vulnerablen Gruppen eindringen zu können. Als Erste finden die Virologen, die die Eigenart von Sars-CoV-2 sehr schnell verstanden und erläutert haben, Gehör. Noch immer sind viele erstaunt über das Phänomen des Zeitverzugs zwischen scheinbarer Ruhe, Ansteigen der Infektionszahlen und nochmals mit Abstand steigenden Erkrankungs- und Todeszahlen. Es zeigt sich, dass im Kern scheinbar simple Antworten zielführend sind: Kontakte drastisch verringern, Masken tragen, Abstände suchen, wo immer möglich. Es wird deutlich, dass *crowding* und soziale Benachteiligung treibende Faktoren sind und vor allem in den armen Ländern aus dem Stand heraus kaum beeinflussbar sind. Die reichen Länder verfügen über unvergleichlich bessere Möglichkeiten einer angemessenen Reaktion. Das systematische Monitoring in zentralen Bereichen wie Pflegeheimen und Schulen kommt aber nur sehr schleppend in Gang. Die Lernkurve ist zu flach, mit unterschiedlichen Effekten zwischen den Ländern, und das Lernen scheint nicht nachhaltig zu sein. Die berechnete Sorge vor ökonomischen Verwerfungen kann das klare Denken in der Pandemiebekämpfung behindern. Neue kulturelle Verhaltensmuster wie das Tragen von Masken müssen eingeübt werden. Die Hoffnung auf eine medizinische Lösung durch Impfstoffe und Medikamente ist berechtigt, bleibt aber noch ein nicht eingelöster Scheck.

Der fundamentale Unterschied zwischen linearem und exponentiellem Wachstum ist nur scheinbar leicht zu verstehen. Wenn er übersetzt werden muss in die Frage, wann Reißleinen zu ziehen sind, sind offenkundig sehr viele Menschen rettungslos überfordert. Und Politik braucht starke und glaubwürdige Beratung, um konsequent zu sein. Es geht zugespitzt um eine Politik des ‚Hit hard and early‘: Supino et al. (2020) ziehen aus der desaströsen Entwicklung in Norditalien im Frühjahr 2020 die Schlussfolgerung, dass beim Erkennen der Ausbreitung von Sars-CoV-2 so früh wie möglich radikal gehandelt werden müsse, um nicht in die Situation der völligen Überforderung des Gesundheitssystems und bedrohlich hoher Todeszahlen zu geraten.

Ich werde den Eindruck nicht los, dass der korrekte Hinweis auf Wissenslücken in der Pandemiebekämpfung zum Teil auch bei methodisch geschulten Zeitgenossen mit der Unterschätzung der Gefahren verbunden war, und das auch noch nach dem Erfahren der ersten katastrophalen Szenarien in China und in Italien. Warum waren manche von den Bildern aus Bergamo und Manhattan nicht irritiert? Es könnte auch damit zusammenhängen, dass wir in den reichen Ländern insgesamt nicht mehr über ein ausreichend stabiles kollektives Gedächtnis zu den Seuchenzügen verfügen.

Es ist nicht zu bestreiten, dass es bis heute – dieser Text wurde am 20. Dezember 2020 fertiggestellt – einen Mangel an guten komparativen Studien zum Verständnis der Coronapandemie gibt. Mir scheint aber auch zu stimmen, dass das Beklagen dieses Mangels häufig nicht begleitet wird von konkreten methodischen Vorschlägen, wie Wissenslücken geschlossen werden können. Ich habe solche nachvollziehbaren Studiendesigns nicht finden können.

Von großer Bedeutung war, ist und bleibt das Wissen um den engen Zusammenhang von sozialer Lage und Krankheitsrisiken. In einer hereinbrechenden Pandemie ist dieses Wissen sowohl essenziell als auch akademisch. Die Chancen der Teilhabe an jedem einzelnen Schritt von Aufklärung und medizinischem Fortschritt sowie der ökonomischen Unterstützung sollten für die Armutregionen auf dem Globus mit allen Mitteln gefördert werden. Die konkreten Lebensbedingungen, unter denen das Überleben gesichert werden muss, sind aber nur sehr eingeschränkt ad hoc änderbar. Staaten wie Deutschland sind insofern hoch privilegiert. Hier ginge es um radikale, langfristige Änderungen der globalen Wirtschafts- und Sozialpolitik. Das ist alles andere als eine neue Erkenntnis.

Es wird aber auch überdeutlich, dass sich bei grundsätzlich hoher Strukturqualität in unserem Gesundheitswesen ein seit Jahrzehnten bekannter grundlegender Mangel in der Covid-19-Pandemie schmerzhaft bemerkbar macht: die systematische Vernachlässigung der Pflegeberufe, quantitativ und qualitativ, verbunden mit einer viel zu geringen Wertschätzung. Die Defizite in der pflegerischen Betreuung limitieren schmerzhaft die Versorgung der Covid-19-Patienten, von der häuslichen Krankenpflege über die Pflegeheime bis zur Intensivmedizin. Rasche Verbesserung ist nicht in Sicht – es ist bitter, das zu sagen. Die Kernfrage lautet: Lernen alle Verantwortlichen tatsächlich aus diesem Drama, oder kehren sie nach dem einsetzenden Abflauen der Pandemie alle zur alten Tagesordnung zurück?

Public Health als Wissenschafts- und Handlungsdisziplin hat erkennbar wenig Einfluss auf die gesellschaftlichen und politischen Debatten im Jahr 2020 gehabt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst konnte demgegenüber auf die jahrhundertalten Konzepte von Abstand, Isolation und Quarantäne sowie auf allgemeine hygienische Verhaltensregeln zurückgreifen. Er erfuhr durch das Infektionsschutzgesetz die größte Aufmerksamkeit seit Jahrzehnten. Er ist hoch engagiert, aber wegen schon vorher bestehender Strukturdefizite von Beginn an und notwendigerweise beim Überschreiten kritischer Inzidenzzahlen dann vollends überfordert (vergleiche dazu die Analyse von Klaus Jacobs in diesem Heft). Das Abstellen der Defizite geschieht teils unvorstellbar langsam (Stichwort Fax), teils wird es nur sehr schwer Änderungen geben, was die personelle Situation angeht. Eine weitere Frage ist, auf wen die Politik am meisten gehört hat. Virolo-

gen und Epidemiologen hatten fraglos die höchsten Einschaltquoten. Sozialwissenschaften und Psychologie konnten erst allmählich „mitreden“, obwohl Fragen der Vermittelbarkeit der Kernbotschaften und der Akzeptanz einschränken der Pandemieregeln von allergrößter Bedeutung sind.

Sars-CoV-2 hat uns in den reichen Ländern überrollt. Wir waren nicht vorbereitet. Unser Know-how im Umgang mit Pandemien war stark unterentwickelt und wir konnten die Folgen dank eines stark ausgebauten kurativen Gesundheitswesens und massiver staatlicher Fördermittel bislang relativ gut abfedern. Das Pandemiewissen etwa in Afrika ist ungleich größer, aber die Mittel dort sind unvergleichlich klein. Diese Diskrepanz ist schwer erträglich. Es kann sich am Ende herausstellen, dass nichts anders als die schlichten Konzepte von NPI (hier: Abstand, Masken, allgemeine Hygieneregeln, Isolation, Quarantäne) ihre Gültigkeit behalten haben und dass deren zu späte Beachtung oder Missachtung immer unweigerlich früher oder später in Lockdowns hineinführt. Das klingt nicht sehr originell und ist deshalb vielleicht auch gut zu überhören.

Es gibt, wiederum mehr für reiche als für arme Länder, Lichtstreifen am Horizont. Der bedeutendste ist fraglos die Entwicklung erster Impfstoffe (Tabelle 1), dessen erster BNT162b2 nach Publikation der Daten im NEJM von den Herausgebern mit dem Wort „triumph“ betitelt wurde (*Rubin und Longo 2020*). Selbstredend ist ein abgeklärtes Urteil über den bevölkerungsbezogenen Nutzen dieses Impfstoffs noch nicht möglich, wie denn? Es kann aber gut sein, dass sich dieser und/oder andere Impfstoffe in die Reihe der Mega-Sprunginnovationen der Medizingeschichte einreihen.

Weniger spektakulär, aber wichtig gerade für die Zeit bis zum erhofften spürbaren Nutzen der Impfungen ist die Entwicklung der Antigentests, die für ein rascheres und damit wirksameres Erkennen von Infektionen sorgen können (siehe hierzu das *European Centre for Disease Prevention and Control 2020*). Unbefriedigend bleibt die Tatsache, dass die Kommunikation zum Covid-19-Thema in den unterschiedlichen sozialen Settings noch immer nicht die Aufmerksamkeit erfährt, die unbedingt nötig ist, um die Bevölkerungen als aktiv Handelnde einzubeziehen und nicht als reine Informationsempfänger misszuverstehen. Dabei geht es wohl auch öfter, als es uns vielleicht lieb ist, um Improvisation, weil es nicht auf alles eine einfache und rasche Antwort gibt. Das würde aber eben voraussetzen, dass mehr Menschen als bisher sich angesprochen fühlen, an Lösungen im Umgang mit dem Virus mitzuwirken, damit hieraus Schritt für Schritt eine andere Kultur der Bewältigung von Sars-Cov-2 werden kann.

Am 18. Dezember 2020 haben Priesemann et al. (2020) noch einmal einen geradezu verzweifelten Versuch unternommen, die Regierungen in Europa zu einheitlichem Han-

deln zu bewegen mit dem zentralen Ziel, in der zweiten Welle die Neuinfektionen so drastisch zu drücken, dass die Public-Health-Interventionen von Quarantäne und Nachverfolgung erst wieder möglich werden und mit dem zu erhoffenden Effekt der Impfungen Beherrschbarkeit herzustellen. Wir werden uns alle für unsere Einschätzungen zur Pandemie rechtfertigen müssen, wenn wir in einigen Jahren auf 2020 und die Folgejahre zurückschauen.

Literatur

- Alwan, NA et al. (2020):** Scientific Consensus on the COVID-19 Pandemic: We Need to Act Now. *The Lancet*, Vol. 396, No. 10260, e71–e72
- Beaney T et al. (2020):** Excess Mortality: The Gold Standard in Measuring the Impact of COVID-19 Worldwide? *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 113, No. 9, 329–334
- Block P, Hoffmann M, Mills MC (2020):** Social Network-Based Distancing Strategies to Flatten the COVID-19 Curve in a Post-Lockdown World. *Nature Human Behaviour*, Vol. 4, No. 6, 588–596
- Brauner JM et al. (2020):** Inferring the Effectiveness of Government Interventions against COVID-19. *Science*, Vol. 371, No. 6531, eabd9338
- Bundgaard H et al. (2020):** Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 2020 Nov 18, M20–6817
- Cash R, Patel V (2020):** The Art of Medicine. Has COVID-19 Subverted Global Health? *The Lancet*, Vol. 395, No. 10238, 1687–1688
- Cristea IA, Naudet F, Ioannidis JPA (2020):** Preserving Equipoise and Performing Randomised Trials for COVID-19 Social Distancing Interventions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 29, e184
- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie et al. (2020):** Empfehlungen für eine wirksame, verträgliche und nachhaltige Strategie der Pandemiekontrolle im kommenden Winter und darüber hinaus. Gemeinsames Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Public Health und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie vom 18.11.2020; dgepi.de → Berichte und Publikationen → Stellungnahmen
- Deutscher Bundestag (2020):** Stellungnahme Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Köln. Einzel-Sachverständiger. Ausschussdrucksache 19(14)197(11) vom 9. September 2020; bundestag.de → Ausschüsse → Gesundheit → Öffentliche Anhörungen
- Dragano N et al. (2016):** Public Health – mehr als Gesundheit für alle. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 78, No. 11, 686–688
- EBM-Netzwerk (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V.) (2020):** Covid-19: Wo ist die Evidenz?; ebm-netzwerk.de → Veröffentlichungen → Covid-19
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020):** Options for the Use of Rapid Antigen Tests for COVID-19 in the EU/

EEA and the UK. 19 November 2020; www.ecdc.europa.eu
→ Publications & data → Seite 17

Frohling S, Arndt V (2020): Versorgung von Krebspatienten: Corona-Effekt in der Onkologie. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 117, Heft 46, 549–553

Greenhalgh T (2020): Will COVID-19 Be Evidence-based Medicine's Nemesis? *PLOS Medicine*, Vol. 17, No. 6, e1003266

Greenhalgh T et al. (2020): Face Masks for the Public During the Covid-19 Crisis. *The BMJ*, Vol. 369, No. 8242, m1435

Haug N et al. (2020): Ranking the Effectiveness of Worldwide COVID-19 Government Intervention: *Nature Human Behaviour* 4, 1303–1312

Ioannidis JPA (2020): A Fiasco in the Making? As the Coronavirus Pandemic Takes Hold, We Are Making Decisions without Reliable Data; statnews.com → search: John P. A. Ioannidis

Ioannidis JPA, Cripps S, Tanner MA (2020): Forecasting for COVID-19 Has Failed. *International Journal of Forecasting*, Available online 25 August 2020; sciencedirect.com → Author name: Ioannidis; Journal: *International Journal of Forecasting*

Jefferson T et al. (2020): Physical Interventions to Interrupt or Reduce the Spread of Respiratory Viruses. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 2020 Nov 20, No. 11, CD006207

Kontis V et al. (2020): Magnitude, Demographics and Dynamics of the Effect of the first Wave of the COVID-19 Pandemic on All-Cause Mortality in 21 Industrialized Countries. *Nature Medicine*, Vol. 26, No. 12, 1919–1928

Kuhlen R et al. (2020): The Effects of the COVID-19 Pandemic and Lockdown on Routine Hospital Care for Other Illnesses. *Deutsches Ärzteblatt International*, Vol. 117, No. 27–28, 488–489

Kuhn J, Wildner M (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 4, 15–22

Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) (2020): 7. Ad-hoc-Stellungnahme 08.12.2020. Coronavirus-Pandemie: Die Feiertage und der Jahreswechsel für einen harten Lockdown nutzen; leopoldina.org → Publikationen → Stellungnahmen

LUMC-COVID-19 Research Group (2020): Why Crowding Matters in the Time of COVID-19 Pandemic? – A Lesson from the Carnival Effect

on the 2017/2018 Influenza Epidemic in the Netherlands. *BMC Public Health*, Vol. 20, 1516

Michael, E (2020): Study: COVID-19 Risk Slightly Lower for Mask Wearers. November 18, 2020; healio.com → search: mask wearers

Otte im Kampe E et al. (2020): Surveillance of COVID-19 School Outbreaks, Germany, March to August 2020. *Eurosurveillance*, Vol. 25, No. 38, 2–7

Penning V, Razum O (2020): Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften und Heimen – Strukturen, Probleme, Handlungsbedarfe. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 20, Heft 4, 23–30

Priesemann V et al. (2020): Calling for Pan-European Commitment for Rapid and Sustained Reduction in SARS-CoV-2 Infections. *The Lancet*, Vol. 397, No. 10269, 92–93

Regmi K, Lwin CM (2020): Impact of Non-Pharmaceutical Interventions for Reducing Transmission of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol. *BMJ Open*, Vol. 10, No. 10, e041383

RKI (Robert Koch-Institut) (2021): Corona-KiTa-Studie; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Coronavirus SARS-Cov-2 → Corona-KiTa-Studie

Rubin EJ, Longo DL (2020): SARS-CoV-2 Vaccination – An Ounce (Actually, Much Less) of Prevention. *New England Journal of Medicine*, Vol. 383, No. 27, 2677–2678

Soares-Weiser K et al. (2020): Policy Makers Must Act on Incomplete Evidence in Responding to COVID-19. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2020 Nov 20, No. 11, ED000149

Supino, M et al. (2020): The Effects of Containment Measures in the Italian Outbreak of COVID-19. *BMC Public Health*, Vol. 20, 1806

Specter M (2020): How the Fight against COVID-19 is Bringing about a Perilous Rise in Preventable Diseases in Poorer Nations. *The New Yorker*, December 3, 2020

Stanford University (o. J.): John P. A. Ioannidis; profiles.stanford.edu/john-ioannidis

Xie Y, Bowe B, Maddukuri G, Al-Aly Z (2020): Comparative Evaluation of Clinical Manifestations and Risk of Death in Patients Admitted to Hospital with Covid-19 and Seasonal Influenza: A Cohort Study. *The BMJ*, Vol. 371, m4677

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. März 2021)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke,

Jahrgang 1948, studierte Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; er ist Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 war er Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis September 2003 leitete Schmacke den Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbandes, von Oktober 2003 bis September 2011 die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen. Seither ist er Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Bis 2018 war er stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Epidemien und Pandemien – die historische Perspektive

von Jörg Vögele¹ und Katharina Schuler²

ABSTRACT

Jede historische Epoche hat ihre charakteristische Epidemie. Im Mittelalter starb bis zu ein Drittel der damaligen europäischen Bevölkerung an der Pest. Später versetzten die Cholera, die Spanische Grippe und Aids die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Jede Epidemie löste gesellschaftliche Veränderungen aus und wirkte wie ein Katalysator für bereits angelegte Entwicklungen. Neben den häufig katastrophalen Auswirkungen auf Leben und Gesundheit bergen Epidemien und Pandemien durchaus Potenzial für Innovationen. So führte der Schwarze Tod, die Pestpandemie von 1346 bis 1353, zu einem steigenden Lebensstandard und soll sogar die Entwicklung des Buchdrucks beschleunigt haben; die Cholera im 19. Jahrhundert gilt als Motor für sanitäre Reformen wie zentrale Trinkwasserversorgung und Kanalisation. Die derzeitige Sars-CoV-2-Pandemie zeigt deutlich, dass Epidemien die Menschheitsgeschichte nach wie vor begleiten und nicht nur, wie lange geglaubt, auf die heutzutage weniger entwickelten Länder beschränkt sind.

Schlüsselwörter: Epidemien, Pandemien, Geschichte

Every historical period has its characteristic epidemic. In the Middle Ages up to a third of the European population of that time died of the plague epidemic called the Black Death (1346 to 1353). Every epidemic triggered social changes and functioned as a catalyst for developments, which were already taking place. In addition to the often devastating impact on life and health, epidemics and pandemics hold potential for innovations. The Black Death certainly led to a rising standard of living and is even said to have accelerated the development of printing. In the 19th century, cholera was considered to be a motor of sanitary reforms, such as central drinking water supply and sewerage. The current Sars-CoV-2 pandemic clearly shows that epidemics are still part of human history and not just, as has long been believed, limited to today's less developed countries.

Keywords: epidemics, pandemics, history

1 Einführung

Epidemien und Pandemien begleiten die Menschheit seit ihrer frühesten Entwicklung und hatten nachhaltige Auswirkungen auf die Entwicklung von Gesellschaften. Sie fungierten als Katalysatoren bereits bestehender Entwicklungen und waren ein Stresstest für das Kollektiv. So lassen sich Gesellschaften unter Epidemiebedingungen wie unter einem Brennglas analysieren. Im kollektiven Gedächtnis besonders verankert ist die Pest, die seit der Antike als verheerende Seuche tradiert wird. Besonderes Augenmerk gilt der als Schwarzer Tod bezeichneten großen Pestpandemie, die Euro-

pa von Asien ausgehend in den Jahren 1348 bis 1353 heimsuchte und mit vermutlich über 25 Millionen Todesopfern zwischen einem Viertel und einem Drittel der damaligen Bevölkerung dahintrug. Dies hatte vielfältige politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Folgen für die europäische Gesellschaft (Bergdolt 1994; Herlihy 1997; Winkle 2005). Kurzfristig kam es zu einem nahezu vollkommenen Zusammenbruch des öffentlichen Lebens, wie es Giovanni Boccaccio für Florenz literarisch verewigte. Man kennzeichnete die Häuser von Pestkranken mit einem Kreuz, die Erkrankten wurden oft von ihren eigenen Familien und Freunden im Stich gelassen, selbst Geistliche verweigerten ihnen Beistand.

¹ Prof. Dr. Jörg Vögele, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · Tel.: 0211 8106458 · E-Mail: joerg.voegel@uni-duesseldorf.de

² Katharina Schuler, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · Tel.: 0152 27515451 · E-Mail: kasch251@hhu.de

Judenpogrome, Geißlerzüge, Ausschweifungen sowie weitere vielfältige gesellschaftliche Verwerfungen waren Begleiter des Schwarzen Todes. In längerfristiger Perspektive ermöglichten die massiven Bevölkerungsverluste, schlechte und unrentabel gewordene Ackerflächen aufzugeben, was dazu führte, dass ganze Dörfer verlassen und zu Wüstungen wurden. In den Städten stiegen die Löhne sowie der allgemeine Lebensstandard. Gleichzeitig führten die höheren Arbeitskosten zu Bemühungen, manuelle Arbeit zu mechanisieren, wobei in diesem Zusammenhang häufig die Erfindung des Buchdrucks genannt wird. Auswirkungen auf Handel und Wirtschaft hatte auch die von oberitalienischen Städten zum Schutz vor der Pest eingeführte Quarantäne für Besatzung und Ladung von Schiffen, die für die folgenden Jahrhunderte eine der klassischen Maßnahmen zum Schutz vor Epidemien wurde. Auch auf Literatur und bildende Kunst wirkte die Katastrophe – man denke etwa an die Entstehung der Totentänze als stetige Mahnung, dass alle Menschen – ob jung oder alt, reich oder arm – vor dem Tod gleich seien. Manche Forscher sehen sogar eine direkte kausale Verbindung zwischen dem Schwarzen Tod, dem Ende der mittelalterlichen Gesellschaft und dem Beginn der Renaissance.

Auch in den folgenden Jahrhunderten blieb die Seuche in Europa endemisch und epidemisch präsent. Berühmt sind etwa die Schilderungen Daniel Defoes über die Pest in London während des Jahres 1664. Mit ihrem Rückzug aus Mittel- und Westeuropa seit dem späten 17. Jahrhundert traten andere Seuchen verstärkt in Erscheinung: Ruhr, Syphilis, Flecktyphus, Pocken und Malaria (McNeill 1978; Ruffié und Sournia 2000; Hays 2009). Im 19. Jahrhundert schließlich suchte die Cholera und im 20. Jahrhundert die Grippe als letzte der klassischen Seuchen der Neuzeit Europa in mehreren Wellen heim. Das späte 20. und frühe 21. Jahrhundert brachte neue Bedrohungen: Aids, Rinderwahnsinn, EHEC, Sars und Mers sind nur einige der gefürchteten Infektionskrankheiten in der jüngeren Geschichte Europas (Snowden 2020). Das Coronavirus Sars-CoV-2 hält 2020/21 mit seiner pandemischen Ausbreitung die Welt in Atem.

Die genannten Krankheiten verdeutlichen bereits die Komplexität, die sich hinter den Begriffen Epidemie und Pandemie verbirgt. Diese rührt von den pathogenen Agenzien her, also etwa Bakterien, Viren, Pilze, die auf unterschiedlichsten Wegen übertragen werden, etwa durch die Luft (Tuberkulose, Lungenpest), durch Flüssigkeiten (Cholera, Typhus) oder durch Vektoren, also Tiere (Malaria, Beulenpest). In einer modernen vernetzten und mobilen Welt, in der Menschen und Wirtschaftsgüter global unterwegs sind, werden zudem auch Krankheitserreger beschleunigt transportiert. Eine entsprechend notwendige schnelle und umfassende Reaktion, um den Ausbruch einer Epidemie einzudämmen, erfolgt auf der Grundlage epidemiologischer Untersuchungen des Krankheitsgeschehens. Diese wird umso zentraler, wenn kei-

ne kurativen Therapien zur Verfügung stehen, wie das in der Vergangenheit meist die Regel war und was auch beim Auftauchen neuer Krankheitserreger in der Gegenwart eine Rolle spielt.

Im Folgenden sollen deshalb zunächst die langfristige Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse auf Grundlage einer historischen Epidemiologie skizziert, die Mechanismen des Sterblichkeitswandels diskutiert und damit die gesellschaftliche Rolle von Epidemien und Pandemien herausgearbeitet werden. Anschließend sollen anhand der Cholera als klassischer Epidemie des 19. Jahrhunderts sowie den grippeartigen Infektionen des 20. und 21. Jahrhunderts die komplexen Interdependenzen zwischen Krankheitsgeschehen und Gesellschaft erörtert werden. Am Beispiel der Säuglingssterblichkeit und der Schweinegrippe soll dargelegt werden, dass epidemiologischer Befund und gesellschaftliche Wahrnehmung nicht immer Hand in Hand gehen. Gelegentlich finden epidemiologisch bedeutsame Ereignisse keine gesellschaftliche Beachtung oder, umgekehrt, es werden epidemiologisch weniger gravierende Vorfälle skandalisiert.

2 Der „Epidemiologische Übergang“

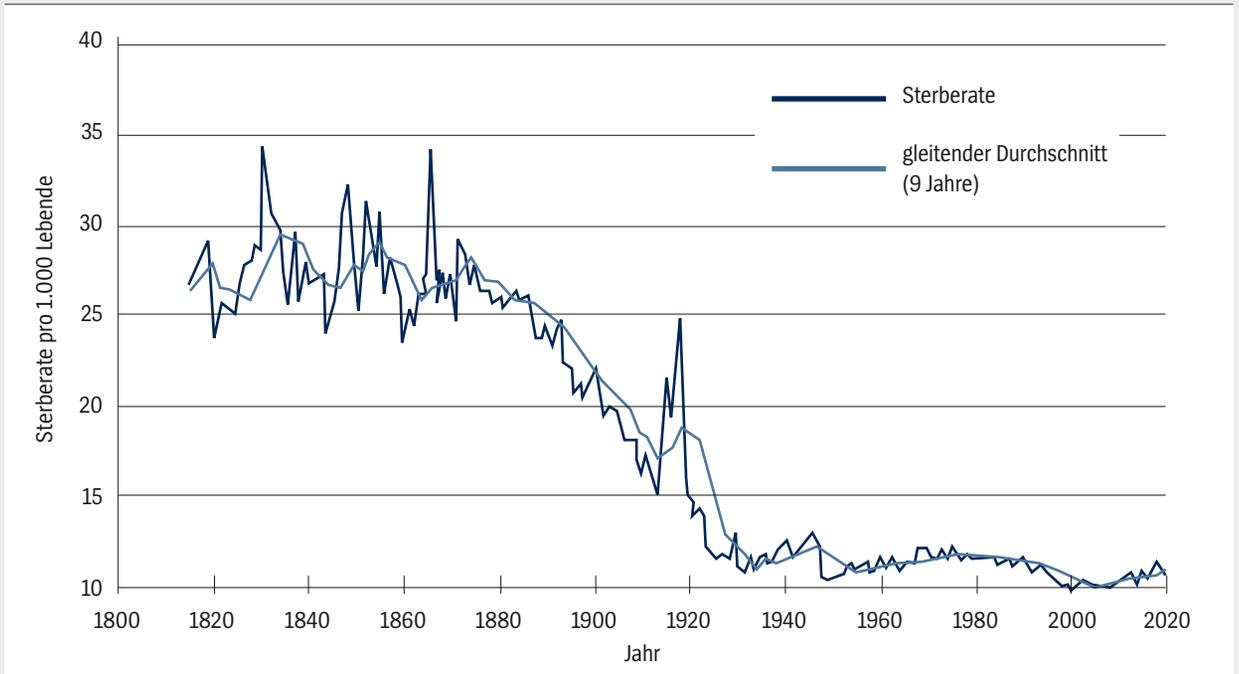
Der Weg zu modernen Gesundheitsverhältnissen ist gekennzeichnet durch ein langfristiges Absinken der Sterbeziffer und einen profunden Wandel des Todesursachen-Panoramas (Vögele 1998). Mit dem Konzept des „Epidemiologischen Übergangs“ können Wechselwirkungen zwischen durchschnittlichem Gesundheitszustand und sozioökonomischem Wandel beschrieben werden. Drei regelhaft aufeinanderfolgende Phasen lassen sich unterscheiden:

- Erstens: die „Periode der Seuchen und Hungersnöte“, die durch eine hohe und stark schwankende Sterbeziffer gekennzeichnet ist. In dieser Phase war die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt niedrig, lag sie doch zwischen 20 und 40 Jahren
- Zweitens: die „Periode der rückläufigen großen Epidemien“ als Phase, in der sich die Sterberate verstetigt und allmählich abnimmt. Schwere Epidemien werden seltener und bleiben später ganz aus; die Lebenserwartung bei der Geburt steigt auf rund 50 Jahre
- Drittens: die bis in die jüngste Zeit andauernde „Periode der gesellschaftlich verursachten Krankheiten“. Diese Phase ist durch eine niedrige Sterberate und eine gleichzeitige bei der Geburt hohe Lebenserwartung geprägt, die 50 Jahre übersteigen kann

In den Industrienationen Westeuropas und Nordamerikas fällt der eigentliche Übergang (also Phase 2) in das Zeitalter

ABBILDUNG 1

Die Entwicklung der Sterblichkeit in Deutschland



Die Abbildung berücksichtigt die Werte Preußens (1816–1870), des Reichsgebiets (1871–1943), des westlichen Bundesgebiets (1946–1971) und des gesamten Bundesgebiets (ab 1990). Sie zeigt, dass die Sterblichkeit im Zeitalter der Industrialisierung deutlich sinkt.

Quelle: Vögele, 2001; DESTATIS; Grafik: G+C Wissenschaft 2021

der Industrialisierung (Abbildung 1), was auf die entscheidende Rolle sozioökonomischer Faktoren hinweist.

Für das Konzept des „Epidemiologischen Übergangs“ sind allerdings noch zwei grundsätzliche Punkte zu beachten. Es wurde am Beispiel von Daten zu Ceylon, Chile, Japan, England und Wales sowie Schweden entwickelt. Da Afrika in dem Konzept nicht berücksichtigt wurde, blieb eine der epidemiologisch bedeutsamsten Infektionskrankheiten, die Malaria, nahezu unberücksichtigt. Ähnliches gilt für die Tuberkulose, da keine Angaben aus Afrika und weiten Teilen Asiens herangezogen wurden. Was die europäischen Befunde angeht, beschränkt es sich auf Nord-West- beziehungsweise Westeuropa und blendet so die hohe und im 19. Jahrhundert sogar wachsende Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten in Zentral-, Ost- und Südeuropa aus. Diese bedrohten wiederum primär Säuglinge und Kleinkinder und waren die Haupttodesursache der Hochindustrialisierungsphase, weit vor den skandalisierten Erkrankungen der Atmungsorgane wie der Tuberkulose oder den klassischen Infektionskrankheiten des

Kindesalters. Doch gerade dieser auf Mangel- und Fehlernährung zurückzuführende Krankheitskomplex spielt bis heute eine dominierende Rolle im Infektions- und Krankheitsgeschehen.

Weiterhin ist zu fragen, ob das Konzept angesichts der Zunahme neuer oder der Rückkehr längst besiegt geglaubter Infektionskrankheiten um eine weitere Phase ergänzt werden sollte. An erster Stelle ist hier HIV/Aids zu nennen, eine Infektionskrankheit, die seit den 1980er-Jahren weltweit mehr als 37 Millionen Todesopfer gefordert hat. Mit Aids verbunden ist zudem ein verstärktes Wiederauftreten der Tuberkulose. Etwa ein Drittel der Weltbevölkerung ist mit Tuberkuloseerregern infiziert. Knapp neun Millionen Menschen erkranken und beinahe 1,8 Millionen sterben jedes Jahr daran. Die meisten Todesfälle treten in Südostasien (480.000) und Afrika (430.000) auf, wobei die Sterberate mit 50 pro 100.000 Lebenden in Afrika am höchsten liegt. Covid-19 bewegt sich mit global bislang über zwei Millionen Toten durchaus auf dem Niveau der beiden großen Killer HIV/Aids und Tuberkulose.

TABELLE 1

Ausgewählte Pandemien des 20. Jahrhunderts

Zeitraum	Pandemie	Todesfälle
1918/19	Spanische Grippe	50 Millionen
1957/58	Asiatische Grippe	4 Millionen
1968/69	Hongkong-Grippe	1–2 Millionen
seit den 1980er-Jahren	HIV/Aids	>37 Millionen
1991	Cholera/Südamerika	12.000
2002/03	Sars	800
2003	H5N1	250 (250.000–500.000 sterben an saisonaler Grippe)
2020	Covid-19 (Sars-CoV-2)	2 Millionen

Während viele Pandemien im 20. Jahrhundert, insbesondere die Spanische Grippe und HIV/Aids, Millionen von Todesopfern weltweit forderten, war die Anzahl von Sterbefällen durch Sars mit 800 und H5N1 mit 250 ausgesprochen gering.

Quelle: WHO, Robert Koch-Institut, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

3 Mechanismen des Sterblichkeitswandels

Während man diese Entwicklungen traditionell Fortschritten in der medizinischen Technologie zuschrieb, wurde in den vergangenen Jahrzehnten der Beitrag der kurativen Medizin eher bescheiden bemessen und dagegen die Bedeutung des sozialhistorischen Kontextes betont (Vögele 1998; Thießen 2014; Vögele et al. 2016). Im Zuge wachsender, mit zunehmender Bevölkerungs- und Kommunikationsdichte einhergehender Marktintegration wandelten sich die sogenannten *human crowd diseases* (vor allem Pocken, Masern, Scharlach und Keuchhusten) von altersunspezifischen zu typischen Kinderkrankheiten. Dieser Prozess war mit einer wachsenden relativen Bedeutung von gastrointestinalen Krankheiten verbunden, die primär Säuglinge und Kleinkinder bedrohten. Da zahlreiche Todesursachen bereits entscheidend zurückgingen, bevor spezifische medizinische Therapien zur Verfügung standen, sei als primärer Faktor für die Zunahme der Lebenserwartung in den vergangenen 150 Jahren der steigende Lebensstandard im Zuge der Industrialisierung, der über eine sowohl quantitativ als auch qualitativ verbesserte Ernährungssituation wirkte, zu nennen. Dies gelte, so die gängige Interpretation, insbesondere im Hinblick auf die Reduktion der Sterblichkeit an Tuberkulose. An zweiter Stelle wird die Rolle der sanitären Reformen betont, die eine Abnahme der gastrointestinalen Erkrankungen (Cholera, Abdominaltyphus) bewirkt hätten. Sodann wird in diesem Zusammenhang auf Veränderungen in der Virulenz bestimmter Krankheitsorganismen verwiesen – besonders bezüglich des Scharlachs. Medizinische Interventi-

on dagegen sei vor Einführung der Sulfonamide nur im Falle der Kuhpockenimpfung sowie der Serum-Therapie gegen Diphtherie effektiv gewesen.

Mittlerweile wird die Bedeutung der öffentlichen Gesundheitsvorsorge stärker betont. Da die zweite Phase des „Epidemiologischen Übergangs“ in die Blütezeit der kommunalen Selbstverwaltung fällt, in der sich eine umfassende Leistungsverwaltung ausbilden konnte, die wesentliche Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens abdeckte, liegt es nahe, die Auswirkungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge auf den langfristigen städtischen Mortalitätsrückgang noch etwas genauer zu bestimmen. Deshalb sollen im Folgenden zunächst die Cholera asiatica und die Wirkung der sanitären Reformen auf den Sterblichkeitswandel in den Blick genommen werden.

4 Cholera

Die Cholera gilt als die klassische Seuche des 19. Jahrhunderts. Eine kurze Inkubationszeit und ein schneller Verlauf begrenzten die Krankheit lange auf Asien. Dies änderte sich im Zeitalter des Welthandels, als sie sich von Indien aus entlang der Handelswege nach Westen hin ausbreitete und Europa seit den 1830er-Jahren in mehreren Seuchenzügen heimsuchte. Zunächst galt sie manchen noch als eine Art Aufräumer in den Elendsvierteln der aufstrebenden Industriestädte, wo die Seuche bisweilen „weiße Polizei“ genannt wurde – obwohl die Krankheit natürlich auch das Bürgertum traf. Bald jedoch wurden der ganze Schrecken und das Ausmaß

der Pandemie deutlich und allein schon der Gedanke an einen drohenden Ausbruch versetzte die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Die Unklarheit über die Ansteckungswege, die entsetzlichen Symptome und der Tod aus heiterem Himmel verschärften die Reaktionen zusätzlich.

Besonders gut dokumentiert ist die Choleraepidemie der 1890er-Jahre, von der Hamburg als einzige europäische Großstadt betroffen war (*Evans 1987*). Binnen weniger Wochen fielen circa 8.000 Menschen der Krankheit zum Opfer. Da in Hamburg das Trinkwasser nicht gefiltert wurde, konnten sich die Krankheitserreger durch die zentrale Wasserversorgung über das ganze Stadtgebiet ausbreiten. Die vom Kaufmannsgeist geprägte Stadt hatte an der falschen Stelle gespart.

Wie bei allen großen Epidemien lassen sich auch in Hamburg typische Reaktionsmuster erkennen: Zunächst wurde die Bedrohung bagatellisiert, indem man versicherte, es handle sich lediglich um ein verstärktes Auftreten des einheimischen Brechdurchfalls. Als sich die Epidemie nicht mehr länger leugnen ließ, erfolgte eine panikartige Fluchtreaktion. Die Zahl der verkauften Bahntickets stieg um ein Vielfaches an. Wer die Stadt verlassen konnte, machte sich davon. Nach dem Abklingen der Seuche schließlich begann die Suche nach den Schuldigen insbesondere bei Fremden und Randgruppen. Im Falle Hamburgs waren dies damals jüdische Migranten.

Die Cholera gilt als Motor für entscheidende sanitäre Reformen auf dem Gebiet der Wasserversorgung und Kanalisation, die ab den 1870er-Jahren systematisch ergriffen wurden (*Vögele 1998*). Die Kommunen vollbrachten technische und finanzielle Pionierleistungen, und die Cholera lieferte das Argument: Max von Pettenkofer, der erste Lehrstuhlinhaber für Hygiene in München, entwickelte seine „Experimentelle Hygiene“, die auf die Bedeutung ökologischer Interventionen abhob: Sogenannte Miasmen, durch Fäulnis und Zersetzung in feuchtem Grund entstehend, seien die Ursache für die Epidemien; man könne daher die Cholera durch die Trockenlegung des Bodens, also Sanierung, stoppen. Diese Sicht beziehungsweise Erklärung erlaubte den Städten zudem prophylaktische Maßnahmen, wodurch dieser Ansatz auch einen ökonomischen Nutzen versprach. Eine sanitäre Infrastruktur galt nun als wesentlich für das Funktionieren einer modernen Stadt, während traditionelle Formen staatlicher Intervention wie die Quarantäne im Kontext einer modernen, auf freiem Austausch von Waren und Dienstleistungen basierten Wirtschaft als kontraproduktiv erschienen. Ein Abbrechen des Handelsverkehrs war daher – so Pettenkofer – ein größeres Übel als die Cholera selbst.

Auf der Basis seiner Humankapital-Ökonomie wies Pettenkofer darauf hin, dass durch sanitäre Maßnahmen gerettete Leben und ersparte Krankentage die nötigen Investitionskosten in die Infrastruktur weit überschritten. Auch wenn in der

Folgezeit seine Theorie zunehmend durch die Bakteriologie Robert Kochs abgelöst wurde, die den Fokus auf den Erreger im Trinkwasser legte, sollten Kosten-Nutzen-Berechnungen künftig den Blick auf Epidemien prägen. Für Hamburg ergab sich folgende Rechnung: Einem Gesamtverlust von 430 Millionen Mark standen die bescheiden anmutenden Kosten von 22,6 Millionen Mark für das im folgenden Jahr mit einer Filteranlage ausgestattete Wasserwerk gegenüber. Zusätzlich wurden Stadtviertel saniert und weitere hygienische Maßnahmen getroffen. Da die Stadt von weiteren Choleraepidemien verschont blieb, lässt sich durchaus folgern, dass die große Choleraepidemie den Wandel Hamburgs zu einer modernen Handelsmetropole beschleunigte. Die Zeit der großen Choleraepidemien und -pandemien war abgelaufen.

5 Grippeartige Erkrankungen

Das 20. beziehungsweise frühe 21. Jahrhundert ist dagegen durch grippeartige Epidemien geprägt, beginnend mit der Spanischen Grippe 1918/20, die häufig in Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg diskutiert wird und mit einer geschätzten Zahl von 50 Millionen Todesfällen die Anzahl der durch Kriegseinwirkung Gestorbenen weit übertraf (*Vasold 2008*; Tabelle 1). Abweichend von vielen anderen Epidemien suchte die Grippe ihre Opfer nicht unter Kindern und Senioren, sondern betraf vor allem junge Männer im besten Alter – also auch Soldaten. Dies löste nach Kriegsende eine tief gehende Sorge um die Entwicklung der Bevölkerung und Wirtschaftskraft aus. In vergleichbarer Weise wurde dieser ökonomische Aspekt Jahrzehnte später auch bezüglich HIV/Aids auf dem afrikanischen Kontinent diskutiert. Denn mit den erkrankten Männern in den mittleren Altersgruppen brach das ökonomische Standbein der Familien weg. Ebenso spielte bei der Bekämpfung von Epidemien der finanzielle Aspekt eine zentrale Rolle, wie es ein in den 1990er-Jahren viel zitierter Satz auf den Punkt bringt: „If a glass of clean water were the cure for AIDS, most infected people in the world today would be unable to access it.“

Doch zurück zur Spanischen Grippe: Miasmatische Konzepte der Ätiologie gehörten endgültig der Vergangenheit an, das heißt, das Konzept eines Lockdowns ergab nun Sinn. Während der Epidemie reagierten US-amerikanische Großstädte entsprechend. In New York gelang es, mit Quarantäne, Ausgehverboten und Schulschließungen die Todeszahlen zu senken. Die Stadt Pittsburgh, die verzögert mit Versammlungsverboten und Schulschließungen reagierte, verzeichnete mit 807 zusätzlichen Todesfällen auf 100.000 Einwohner – das waren fast doppelt so viele wie in New York – die höchste Mortalität aller US-Städte. Andere Städte, wie Denver, die zu früh lockerten und die Schulen öffneten, erlebten innerhalb kürzester Zeit einen Wiederanstieg und somit eine weitere Welle.

Jahrzehnte später, während der Hongkong-Grippe, herrschte Bestattungsnotstand in Berlin, in München liefen die Krankenhäuser voll. Im Winter 1969/70 wurden Schulen geschlossen und in manchen Wirtschaftsbereichen die Produktion heruntergefahren – jedoch zumeist nur als Reaktion auf einen Ausbruch und nicht präventiv aus Gesundheitsvorsorge wie aktuell während der Covid-19-Pandemie. Medikamente wurden knapp: Antibiotika, fiebersenkende Mittel, Hustensäfte. Die Politik reagierte weitgehend empathielos und setzte auf Herdenimmunität. Wie weit hier noch eugenische Gedanken an Auslese aus der ersten Jahrhunderthälfte – „es trifft sowieso nur Alte und Kranke“ – im Spiel waren, sei dahingestellt. Auf jeden Fall befahl die Pandemie eine Nachkriegsgesellschaft, für die Leid und Tod durch Kriegs- und Hungererfahrungen noch wesentlich präsenter waren.

6 Emotionale Epidemiologie

Die Geschichte von Epidemien hat allerdings nicht nur mit statistischen Entwicklungen, sondern auch mit Ängsten zu tun. In diesem Sinne kann man von einer „emotionalen Epidemiologie“ sprechen, die einen eigenen, von der faktischen Infektionssituation mehr oder weniger unabhängigen Verlauf haben kann. Hier spielt die geografische Nähe der Bedrohungen eine Rolle: Tuberkulose und Malaria sind weit weg; HIV/Aids gilt mittlerweile als Problem Afrikas. Aber angesichts Covid-19 wird klar, wie schnell die Gefahren – alte und neue – zu uns kommen können. Zudem gibt es diese Diskrepanz auch im Krankheitsgeschehen vor Ort. Sie wirkt gleichfalls auf die Gesellschaft, wie im Folgenden am Beispiel von H1N1 (Schweinegrippe) und der Säuglingssterblichkeit skizziert wird.

6.1 Schweinegrippe

Im Frühling 2009 verbreitete sich das H1N1-Virus. In panikartiger Stimmung wurde auf die Spanische Grippe verwiesen und nach einem Impfstoff gerufen. Die Angst nahm zu, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Juni die Übertragungen als Pandemie einstufte. Bis Oktober waren weltweit mehr als 440.000 laborbestätigte Infektionen gemeldet, von denen 5.700 tödlich verliefen, was weit unter den Todesfällen der saisonalen Grippe lag. In der pharmazeutischen Industrie schließlich sah man in der Entwicklung eines Impfstoffs ein Milliardengeschäft. Als im Herbst dann eine Impfung zur Verfügung stand, blieb die Nachfrage gering: Der Impfstoff sei nicht getestet, schlecht verträglich und mittlerweile wurde H1N1 als relativ harmlos eingestuft. So blieben bis Mai 2010 in Deutschland etwa 28,3 Millionen Impfdosen im Wert von 236 Millionen Euro unverbraucht, die verkauft, verschenkt oder wegen begrenzter Haltbarkeit vernichtet wurden.

6.2 Säuglingssterblichkeit

Heute als Katastrophe empfunden, galt der Tod eines Säuglings in der Vergangenheit als unvermeidbares Schicksal und wurde weder politisch, wissenschaftlich noch gesellschaftlich thematisiert (Vögele 1998). Unterschiede im epidemiologischen Befund und der gefühlten Bedrohung durch Krankheit und Tod gab es und wird es immer geben. Allerdings variiert die Lücke zwischen beiden beträchtlich. Manche werden skandalisiert, andere werden gar nicht gesehen. Dazu ein Beispiel: Aus historischer Perspektive waren Säuglinge die größte Risikogruppe. Noch im 19. Jahrhundert lag die Säuglingssterblichkeit zwischen 20 und 25 Prozent; die Opferzahlen waren mithin wesentlich höher als die von Cholera, Typhus und Tuberkulose zusammen. Allerdings wurde das nicht skandalisiert. Die hohe Säuglingssterblichkeit galt als Schicksal, wichtig war die Taufe (nach dem Motto „Der Herr hat’s gegeben, der Herr hat’s genommen, der Name des Herrn sei gepriesen“). Erst sinkende Geburtenraten zu Beginn des 20. Jahrhunderts weckten die Sorge um eine künftig genügende Zahl an Industriearbeitern und – vielleicht mehr noch – an Soldaten. Der Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit kam nun sehr hohe Priorität zu: Als Schlüsselvariable für die Gesundheit des Säuglings wurde die Ernährungsweise identifiziert. Die Sterblichkeit unter gestillten Säuglingen war siebenmal geringer als diejenige der mit Ersatzprodukten gefütterten Säuglinge. Entsprechend wurden Stillkampagnen entwickelt, durch Aufklärung und Belohnung sollten die Mütter zum Stillen animiert werden. In der Tat sind Stillkampagnen die einzigen Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die sich seit hundert Jahren ohne Unterbrechung durchziehen.

7 Schluss und Ausblick

Die Lebenserwartung in Deutschland hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts nahezu verdoppelt. Gleichzeitig zog sich der Tod in die höheren Altersgruppen zurück; entsprechend dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs das Todesursachenpanorama. Aus globaler Perspektive sieht das Bild allerdings anders aus: Neue und wiederkehrende, längst besiegt geglaubte Seuchen wie HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose, Covid-19 und andere Infektionskrankheiten bedrohen die Gesundheit der Weltbevölkerung. Weltwirtschaft, globale Mobilität und Massentourismus machen diese zu globalen Risiken, die mit globalen Institutionen, wie der 1948 gegründeten WHO, beobachtet und kontrolliert werden sollen. Die gegenwärtigen Entwicklungen legen nahe, dass Infektionskrankheiten auch künftig eine gewichtige Rolle spielen werden, und machen deutlich, dass Epidemien und Pandemien nicht nur aus mikrobiologischer und medizinischer Perspektive betrachtet, sondern ebenfalls in politischer, wirtschaftli-

cher und gesellschaftlicher Hinsicht analysiert werden sollten. Epidemien und Pandemien fordern die Stabilität einer Gesellschaft heraus, sie sind Stresstest und Katalysator angelegter Entwicklungen zugleich. Ihre Bekämpfung ist immer ein Ringen um den richtigen Weg. Deutlich wird auch, wie grundlegend nachhaltiger Lebensstil und präventives Handeln für die Gesundheit sind. Auch wenn dies angesichts des alten Paradoxons der Prävention nicht immer einfach durchzusetzen ist: Sind Präventionsmaßnahmen wirkungsvoll, ist der Grund, warum sie ergriffen wurden, bald nicht mehr spürbar: „War doch alles halb so schlimm.“ Was passiert wäre, wenn sie nicht ergriffen worden wären, bleibt glücklicherweise unserer Fantasie überlassen. Und klar sollte auch sein: Nach der Epidemie ist – wie zu allen anderen Zeiten auch – vor der Epidemie!

Literatur

Bergdolt K (1994): Der Schwarze Tod in Europa – Die Große Pest und das Ende des Mittelalters. München: C.H. Beck

Evans R J (1987): Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years, 1830–1910. Oxford: Clarendon Press

Hays J N (2009): The Burdens of Disease. Epidemics and Human Response in Western History. New Brunswick: Rutgers University Press (Revised Edition)

Herlihy D (1997): Der Schwarze Tod und die Verwandlung Europas. Berlin: Wagenbach

McNeill W H (1978): Seuchen machen Geschichte. München: Udo Pfriemer Verlag

Ruffié J, Sournia J C (2000): Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit. Stuttgart: Klett-Cotta

Snowden F M (2020): Epidemics and Society: From the Black Death to the Present. New Haven: Yale University Press

Thießen M (Hrsg.) (2014): Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert. HZ – Historische Zeitschrift, Beiheft 64, 1–219

Vasold M (2008): Grippe, Pest und Cholera: Eine Geschichte der Seuchen in Europa. Stuttgart: Franz Steiner Verlag

Vögele J (1998): Urban Mortality Change in England and Germany, 1870–1910. Liverpool: Liverpool University Press

Vögele J et al. (Hrsg.) (2016): Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive – Epidemics and Pandemics in Historical Perspective. Wiesbaden: Springer VS

Winkle S (2005): Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen. Düsseldorf: Artemis & Winkler Verlag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 5. März 2021)

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. Jörg Vögele, M.A.,

Jahrgang 1956, ist Professor für Neuere und Neueste Geschichte an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er studierte in Konstanz und Bristol, war wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Konstanz, Research Fellow an der University of Liverpool und wissenschaftlicher Assistent in Düsseldorf. Von 2003 bis 2015 war Vögele Geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin, seit 2016 ist er stellvertretender Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie Kurator der Graphiksammlung Mensch und Tod der Heinrich-Heine-Universität. Er war Fellow der University of Liverpool und mehrfach Gastprofessor an der Karls-Universität Prag.



Katharina Julia Schuler, B.A.,

Jahrgang 1993, hat Geschichts- und Politikwissenschaft im Bachelor und Geschichtswissenschaft im Master an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf studiert. Seit 2020 ist sie Mitarbeiterin am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Seuchengeschichte und Geschichte der internationalen Migration.

Rückgang von Krankenhausaufnahmen in der Onkologie im und nach dem ersten Lockdown

von Anja Debrodt*

Befragungen deuten darauf hin, dass die Corona-Pandemie mit teilweise erheblichen Einschränkungen in der klinisch-onkologischen Forschung, Versorgung und Früherkennung einhergeht. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie wies darum bereits am 20. März 2020 eindringlich darauf hin, dass für die meisten akut an Krebs erkrankten Patienten der Nutzen einer sinnvollen und geplanten Krebstherapie das Risiko einer möglichen Infektion mit dem Coronavirus übersteige.

1 Was ist das Problem?

Während des ersten Lockdowns kam es zu einer Reduktion elektiver, also nicht dringend notwendiger medizinischer Behandlungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor. Wie war es während dieser Zeit um die dringende Diagnostik und Behandlung von Krebspatienten bestellt?

2 Wie wurde untersucht?

In der vorgelegten Studie wurden rund 69.000 Krankenhausaufnahmen in 75 an der Krebsversorgung teilnehmenden Helios-Kliniken berücksichtigt. Analysiert wurden die Daten von Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der bösartigen Neubildungen. Die Fallzahlen aus der Phase des ersten Lockdowns vom 13. März bis zum 28. April 2020 und aus dem Zeitraum vom 29. April bis zum 14. Juni 2020 wurden mit den Fallzahlen aus den entsprechenden Zeiträumen des Vorjahres 2019 verglichen.

3 Was ist rausgekommen?

Die Studie zeigte für die beiden betrachteten Zeiträume im Vergleich zum Vor-

jahr einen Rückgang der stationären Aufnahmen für Diagnostik und/oder Therapie um durchschnittlich 10 bis 20 Prozent. Dabei waren ältere Patienten (≥ 75 Jahre) mit einem Rückgang von 20 Prozent stärker betroffen als jüngere (≤ 64) mit 10 Prozent. Ein Abgleich mit Daten des Robert Koch-Instituts und des Statistischen Bundesamtes ergab, dass auch die Größe des Krankenhauses und die Anzahl der Covid-19-Fälle im jeweiligen Bundesland beim Rückgang der Aufnahme von onkologischen Patienten eine Rolle spielten.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie zeigt einen signifikanten Rückgang von Aufnahmen im stationären Sektor. Unklar bleibt, ob nicht ein Teil der Patienten stattdessen im ambulanten Sektor versorgt wurde oder Patienten während der stationären Therapie nicht, wie sonst üblich, nach Hause entlassen wurden. Der Rückgang der Aufnahmezahlen im Bereich der älteren Patienten gibt Anlass zu der Sorge, dass diese aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus nicht zum Arzt gegangen sind. Ob sich der Rückgang der Behandlungszahlen auch auf die Überlebenswahrscheinlichkeit auswirken

wird, kann diese Studie nicht beantworten. Eine im August 2020 in Lancet Oncology veröffentlichte Analyse von Daten des englischen National Health Service deutet auf einen Anstieg von 5 bis 17 Prozent vermeidbarer Todesfälle durch coronabedingt verspätete Krebsdiagnosen hin. Der Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Entwicklung ausgewählter Fallzahlen AOK-Versicherter während des Lockdowns verzeichnete weder bei Gebärmutterentfernungen aufgrund einer bösartigen Erkrankung noch bei operativen Eingriffen aufgrund einer Brustkrebserkrankung Rückgänge. Ersteingriffe aufgrund eines kolorektalen Karzinoms gingen jedoch um 22, aufgrund von Lungenkrebs um 20 Prozent zurück. Die verzögerte Bereitstellung und die fehlende Zusammenführung der Krebsregisterdaten in Deutschland machen eine Einschätzung der längerfristigen Auswirkungen für Krebspatienten bisher nicht möglich.

Quelle: Reichardt P et al.: Decreased Incidence of Oncology Admissions in 75 Helios Hospitals in Germany during the COVID-19 Pandemic, *Oncology Research and Treatment*. DOI: 10.1159/000512935

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Diese erste systematische Untersuchung in der Onkologie zu den Auswirkungen der Covid-Pandemie auf die stationäre Versorgung bestätigt den Trend, der schon in der ersten Welle zu beobachten war, nämlich den Rückgang der stationären Fallzahlen zum Vorjahreszeitraum um bis zu 80 Prozent für nicht dringliche Eingriffe wie Hüftersatz. Dieser Rückgang fällt bei Krebspatienten in dieser Studie mit 10 bis 20 Prozent zwar deutlich geringer aus. Dennoch nehmen Betroffene damit ein relevantes Risiko für eine Verschlechterung ihrer Prognose in Kauf. Aus ethischer Sicht ist es wichtig, im Blick zu behalten, dass diese Patienten ebenfalls oft lebensbedrohlich erkrankt sind. Wir brauchen die Daten und die Logistik, um ihre Versorgung überregional sicherzustellen.

Prof. Dr. Dr. Eva Winkler,
Leiterin der Sektion Translationale
Medizinethik am Nationalen
Centrum für Tumorerkrankungen
(NCT) Heidelberg



Foto: NCT Heidelberg

KÖPFE

Der Preis „Hochschullehrer/in des Jahres“ geht in diesem Jahr an **Prof. Dr. Sandra Ciesek**, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt, und **Prof. Dr. Christian Drosten**, Direktor des Instituts für Virologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Mit der Auszeichnung, die Ende Mai vergeben wird, würdigt der Deutsche Hochschulverband die Aufklärungsarbeit der beiden Wissenschaftler als Protagonisten des NDR-Podcasts „Coronavirus Update“.

Prof. Dr. Dr. Saskia Jünger ist seit Jahresbeginn Professorin für Forschungsmethoden im Kontext Gesundheit im Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum. Jünger studierte Verhaltenswissenschaften/klinische Psychologie an der Universität Maastricht, promovierte 2006 und erlangte 2017 an der Lancaster University den PhD in Health Research. Als Wissenschaftliche Mitarbeiterin arbeitete Jünger an den Universitäten in Aachen, Bonn sowie Hannover und zuletzt am *ceres* – Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health.

Prof. Dr. Matthias Weigl ist der neue Direktor des Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn. Nach einem Studium der Psychologie in Leipzig und Binghamton/USA arbeitete Weigl als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Psychologie der Technischen Universität München. 2006 wechselte er an das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er zuletzt als Senior Researcher tätig war.

Prof. Dr. Christiane Muth, MPH hat die Professur für Allgemein- und Familienmedizin an der neuen Medizinischen Fakultät OWL an der Universität Bielefeld angetreten. Muth studierte Medizin in Leipzig und Münster sowie Public Health in Hannover. Nach Stationen als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Hannover und Kiel wechselte die Fachärztin für Innere Medizin 2004 an das Institut für Allgemeinmedizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, wo sie sich 2019 habilitierte.

Prof. Dr. Julia Szendrödi ist einem Ruf der Universität Heidelberg gefolgt und leitet nun als Ärztliche Direktorin die Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie am dortigen Universitätsklinikum. Nach ihrem Medizinstudium in Wien forschte Szendrödi zunächst als Postdoc am Institut für Pharmakologie der Universität Wien. Nach Stationen an der dortigen Medizinischen Universität und dem Karl-Landsteiner-Institut für Endokrinologie und Stoffwechsel in Wien wechselte sie 2008 nach Düsseldorf und war dort zuletzt stellvertretende Direktorin der Klinik für Endokrinologie und Diabetologie am Universitätsklinikum.

Prof. Dr. Albert Brühl leitet als Gründungsdekan den Aufbau einer neuen Fakultät für Humanwissenschaften an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PHTV). Brühl studierte Psychologie und Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bonn und ist seit 2008 Professor für Statistik und standardisierte Verfahren im Bereich der Pflegeberufe an der PHTV.

Prof. Dr. Claudia Bausewein hat **Prof. Dr. Lukas Radbruch** an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin abgelöst. Die neue Präsidentin ist Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Internistin mit Zusatzausbildung Palliativmedizin ist zudem Visiting Professor am Cicely Saunders Institute, King's College London.

Prof. Dr. Dr. Felix Balzer hat eine Professur auf Lebenszeit für Medical Data Science an der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Der Informatiker und Facharzt für Anästhesiologie wird dort künftig als Chief Medical Information Officer zwischen den Anforderungen im medizinischen Bereich und der Informationstechnologie vermitteln und zudem das Institut für Medizinische Informatik leiten. Zuletzt bekleidete Balzer die Stiftungsprofessur für E-Health and Shared Decision Allocation am Einstein Center Digital Future (ECDf), einem Gemeinschaftsprojekt der vier Berliner Universitäten.

Prof. Dr. Nina Ditsch hat die neu eingerichtete Professur für Operative und Konservative Senologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg übernommen. Nach dem Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in München und der Johannes Gutenberg-Universität Mainz sowie Aufenthalten in der Schweiz, Kanada und den USA übernahm die Brustkrebs-Spezialistin 2013 die Leitung des operativen Brustzentrums am Klinikum der LMU.

Aufgrund der Ausbreitung des Corona-Virus entfallen derzeit viele öffentliche Veranstaltungen. Daher erscheint auch diese Ausgabe der G+G Wissenschaft ohne die gewohnte Kongressvorschau. Wenn sich die Lage ändert, informieren wir Sie in den nächsten Heften gern wieder über anstehende Veranstaltungen.

Kontakte

G+G Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von
Gesundheit und Gesellschaft
Herausgeber: Wissenschaftliches
Institut der AOK (WIdO)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

21-0097

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO)
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart),
Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:**
Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de