Gerd Glaeske*

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase

The SARS-CoV-2/Covid-19 pandemic – the transition to the chronic phase

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0118>

Zusammenfassung: Die enorme Dynamik der Pandemie durch Covid-19 ist nicht zu übersehen, obwohl hinter den steigenden Zahlen auch positive Entwicklungen sichtbar werden wie z.B. die relative Verringerung von schweren Verläufen mit einer hohen Hospitalisierungsrate gegenüber dem Beginn der Pandemie. Das Gleiche gilt für die geringere Auslastung der Intensivstationen und den Rückgang der Sterblichkeit trotz der vorhersehbar absolut steigenden Infektionszahlen ab Oktober 2020. Der Beginn der chronischen Phase ab Mai 2020 wurde aber nicht für die Etablierung wirksamer Präventionsmaßnahmen, insbesondere zum Schutz vulnerabler Gruppen in unserer Gesellschaft genutzt, sodass ein zweiter Lockdown folgen musste, aus Sicht der Politik beschönigend als „Lockdown light“ eingestuft.

Schlüsselwörter: COVID-19; Lockdown; Pandemie; Prävention; Vulnerable Gruppen.

Abstract: The dynamics of the current pandemic caused by Covid-19 cannot be overlooked, although behind the rising numbers positive developments can be discerned such as the relative decrease in severe courses with a high rate of hospitalization compared to the beginning of the pandemic. The same applies to the lower utilization of the intensive care units and the decrease in mortality despite the predictable absolute increase in infection rates from October 2020. However, the start of the chronic phase in May 2020 was not used to establish effective preventive measures, in particular to protect vulnerable groups in our society, so that a euphemistically called “lockdown light” must be followed, from the point of view of politics.

Keywords: COVID-19; lockdown; pandemic; prevention; vulnerable groups.

Einleitung

Zwischen Beginn der Corona-Pandemie und Ende November 2020 haben neun Autoren aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen wie Medizin, Soziologie, Rechtswissenschaften und Public Health insgesamt sechs Thesenpapiere publiziert, die thematische Schwerpunkte in einen systemischen Zusammenhang stellen, der ansonsten bei der Dominanz der infektiologischen und epidemiologischen Betrachtung der Pandemie leicht verloren gehen kann (hier vor allem [1, 2]). Das gemeinsame Ziel dieser Publikationen war es, zu einem offenen Diskurs beizutragen, insbesondere mit Blick auf die politische Einschätzung dieser Pandemie und ihrer spürbaren gesellschaftlichen Konsequenzen auch bezogen auf die damit einhergehende Diskursverengung, die aus Sicht der Verfasser für viele Menschen kaum verständlich und in den politisch verordneten Konsequenzen nicht immer nachvollziehbar war.

Frühe Phase: Erkennen und Eindämmen (Detection & Containment)

In allen bisher publizierten Thesenpapieren ging es auch um die Reaktion auf die Veränderungen der Pandemie, die sich in Phasen ausdrücken lässt. Dabei ist der Beginn einer Pandemie, wie es sich auch vor allem in den Monaten März und April des Jahres 2020 zeigte, zumeist durch eine oft überraschende Dramatik der Infektionshäufigkeiten gekennzeichnet, die insbesondere ältere Menschen mit Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Lungenerkrankungen, ubiquitäre Thrombosen oder Adipositas) vor allem in medizinischen oder pflegerischen

*Korrespondenz: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen, Germany, E-mail: gglaeske@uni-bremen.de

Einrichtungen, Personal in solchen Einrichtungen sowie immungeschwächte Personen betrifft [3]. Viele der Infektionen machen Krankenhausbehandlungen notwendig, auch auf Intensivstationen, die Häufigkeit von Todesfällen im Zusammenhang mit den Infektionen stieg an. Viele Entscheidungen mussten zu Beginn der Pandemie wegen des neuartigen Corona-Virus unter Unsicherheit getroffen werden, obwohl eine Ausarbeitung eines Handlungsplans für eine solche Situation aus dem Jahre 2012 vorlag, der die einzelnen Schritte bei einer Pandemie erstaunlich realitäts- und umsetzungsnah analysierte und beschrieb – auch aus Public-Health-Sicht [4]. Insofern war der Unsicherheitsfaktor zu Beginn der Pandemie bezogen auf den Virustyp SARS-CoV-2/Covid-19 ohne Frage groß – die grundsätzlich bei allen Epidemien bzw. Pandemien ähnlichen Handlungs- und Strategiepfade waren allerdings ausführlich genug von einer Fachkommission ausgearbeitet worden. Dennoch war die erste Phase geprägt von einer Art Ohnmachtserfahrung, die letztlich im Alltagsbereich kompensiert wurde: Hygienemaßnahmen wie Händewaschen standen im Mittelpunkt, Hamsterkäufe und erweiterter Frühjahrsputz kamen dazu. Auf der politischen Ebene gab es in den ersten Wochen im März und April eine bespiellose Hinwendung zu Beratern aus dem Bereich der Virologie, die Medien reagierten (und reagieren derzeit teilweise noch immer) mit einer Diskursverengung, die oftmals nur den wissenschaftlichen Ratschlägen dieser Beraterinnen und Berater folgte. Der Schulterschluss zwischen Virologen, Politikern, Medien und auch Bürgern war unübersehbar, vielleicht in diesem Anfangsstadium nachvollziehbar. Dennoch: Experten aus dem Bereich der Sozialwissenschaften, aus Public Health, aus der Risikokommunikation oder Gesundheitsökonomie wurden kaum gefragt, deren Beteiligung wäre aber von Beginn an wichtig gewesen. Insbesondere der Lockdown ab Ende März bis Mitte Juni 2020 war eine Folge dieser eher einseitigen Beratungen, ergänzt um Bilder aus Italien und Spanien von einer großen Anzahl von Toten, überfüllten Krankenhausstationen und langen Schlangen vor Arztpraxen. Mit diesem Lockdown, der Verfügung eines eingeschränkten öffentlichen Lebens, sollte die Überlastung unseres Gesundheitswesens vermieden werden – das „Flattening the Curve“ wurde in dieser Phase ein Aktivitätsaufruf gegen die Machtlosigkeit, die die Menschen in Bezug auf das Virus erfuhren. Die Umsetzung der AHA-Regel sollte dazu beitragen – Abstand, Hygiene und Alltagsmasken. Vielfach übersehen wurde allerdings, dass der Lockdown neben den wirtschaftlichen Folgen (Kurzarbeit, Kündigungen) vor allem Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche (Ausbildungs- und Betreuungsinstitutionen wurden geschlossen, die schon

bestehende Ungleichheit zwischen arm und reich wurde zuungunsten der ärmeren Familien weiter verschärft) sowie auf Frauen hatte [5]: Die körperliche Gewalt nahm durch die erzwungenen Aufenthalte in z.T. beengten Wohnungen zu, adäquate Interventionen durch psychosoziale Beratungsteams waren nicht vorgesehen [6–8]. Das Virus stand im Mittelpunkt aller Aktivitäten und Entscheidungen, unterstützt durch Virologen, die sicher bezüglich der Infektion eine wichtige Rolle spielen. Beratende mit Kompetenzen für gesellschaftliche Empfehlungen kamen jedoch öffentlich kaum zu Wort.

Chronische Phase: Schutzmaßnahmen (Protection)

Während also die ersten Monate der Pandemie mit der frühen Erkennung, der Eindämmung und der Beeinflussung der Ausbreitungsdynamik verbunden sein sollten („*Detection & Containment*“), sollte beim Übergang in die chronische Phase, die nach den RKI-Daten (siehe Abbildung 1) im Mai 2020 begonnen hatte, die zweite Stufe der Strategie im Umgang mit einer Pandemie im Mittelpunkt gezielter Präventionsmaßnahmen stehen („*Protection*“): nämlich der Schutz der als vulnerabel erkannten gesellschaftlichen Gruppen und öffentlicher Institutionen wie Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitations- oder Behinderteneinrichtungen [10]. In der Zwischenzeit war nämlich eine Reihe von Pflegeheimen als „Hotspots“ für die Infektionsausbreitung und als Orte mit besonders vielen Todesfällen bekannt geworden, da die Alten und oft Kranken mit ihrem geschwächten Immunsystem einer Covid-19-Infektion wenig entgegensetzen haben [11]. Bis zum April 2020 waren im Wolfsburger Hanns-Lilje-Heim 43 der 165 Bewohner gestorben, im Würzburger St. Nikolausheim waren es bis zu diesem Zeitpunkt bereits 22 Tote unter den rund 100 Bewohnern. Im hessischen Niederaula starben 16 von 160 Bewohnern und in einem Heim bei Oldenburg waren 44 von 53 Bewohnern infiziert – und diese Liste ist nicht einmal vollständig [11]. Laut den Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) sind bis April 2020 fast 1.500 Bewohner von Alten- und Pflegeheimen mit einer Corona-Infektion gestorben (zusammengestellt in [2]), die Dunkelziffer liegt vermutlich noch höher [12]. Das RKI war es übrigens auch, das in der Containment-Phase weder Alltagsmasken als Infektionsschutz noch Obduktionen zur besseren Kenntnis der Gründe für solche Todesfälle gefordert hatte [13]. Die Zeit für die Implementierung von präventiven Maßnahmen wäre in den Sommermonaten und damit in der chronischen Phase günstig gewesen –

Abbildung 1: An das RKI übermittelte SARS-CoV-2-Fälle pro Tag [9].

die Entspannung bezüglich der Infektionszahlen, der Belastung der Intensivstationen in den Krankenhäusern sowie der Sterberaten im Zusammenhang mit Covid-19 war erkennbar. Covid-19 hatte eine – wenn auch kurze – Sommerpause eingelegt: Diese chronische Phase der Pandemie verlief zumindest in Deutschland hinsichtlich Krankheitslast und der Auslastung des Gesundheitssystems sehr milde, die Hospitalisierungsrate und die Sterblichkeit bewegte sich auf null zu. In dieser Zeit hätte eine gewisse Infektionsrate toleriert werden können, wenn gleichzeitig Präventionsanstrengungen für die Bevölkerungsgruppen, die zu Beginn von den hohen Sterblichkeitsraten belastet waren, wirksam und konsequent umgesetzt worden wären. Eine Public-Health-orientierte Prävention heißt in diesem Zusammenhang: Schützen und alles dafür tun, um Würde und Humanität zu wahren und z.B. zu ermöglichen, dass demenzkranke Menschen besucht werden können und dass schwer kranke Menschen nicht einsam sterben müssen – sie heißt eben, nicht nur an die individuelle Verantwortung zu erinnern (Verhaltensprävention), sondern ebenso Angebote einer staatlichen Für- und Vorsorge zu organisieren (Verhältnisprävention). Nicht nur verbieten,

sondern auch anbieten [1]. Daher ist eine Weigerung, ein solches modernes und Zielgruppen-orientiertes Präventionskonzept zur Anwendung zu bringen, bei durch asymptomatische Übertragung charakterisierten Pandemien als folgenschwere Fehlentscheidung anzusehen und möglicherweise einer der Gründe für den deutlichen Anstieg der Infektionsraten ab Oktober 2020, die um die 20.000 pro Tag lagen (siehe Abbildung 1). Als Alternative bleibt sonst nur eine Politik, die sich im November 2020 als Reaktion auf die steigenden Infektionszahlen beobachten lässt: Die allgemeinen Maßnahmen werden immer weiter und undifferenziert in allen Bereichen verschärft und der Lockdown ab dem 2.11.2020, beschönigend als „light“ angesprochen [14], um dann doch festzustellen, dass der Erfolg fraglich bleibt, weil epidemische Ausbrüche (in Alten- oder Flüchtlingsheimen (z.B. Anfang Oktober in Vechta oder Hamburg [15, 16]) oder bei Familienfeiern (wie z.B. eine Geburtstagsfeier im bayrischen Bodenkirchen [17]) dadurch nicht vermieden werden können. Präventionsmaßnahmen sollten vor allem auch dazu beitragen, Schulen, Universitäten und Bildungseinrichtungen offen lassen zu können, um die Kommunikation und das Lernen in Gruppen wieder

fördern zu können. Die von Schülern ausgehende Infektionsgefahr wird mehr und mehr als relativ gering eingestuft [18], das Lehr- und Betreuungspersonal sollte sich dagegen wie die Beschäftigten in Alten und Pflegeheimen, in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durch Schnelltests absichern, dass nicht sie es sind, die das Risiko einer Infektion in die Bildungs- und Versorgungseinrichtungen bringen. Im Papier der Regierung zur Begründung des November-Lockdowns [19] fehlen erneut Begriffe wie Lebensqualität, Wohlbefinden der Menschen, psychosoziale Schutzmaßnahmen und Prävention, im Vordergrund stehen erneut Verschärfungen der Containment-Strategien und keine lage- und situationsangepasste Deeskalation – ein deprimierendes Ergebnis nach sechs Monaten Erfahrung im Umgang mit der Pandemie und ihren individuellen gesellschaftlichen Folgen. Man darf auf die Aktivitäten in den Phasen drei und vier der Pandemie-Einteilung gespannt sein: der Folgenminderung („mitigation“) und der Erholung („recovery“) in der postpeak/postpandemischen Phase, also in der Zeit, wenn die Infektionsaktivität in Deutschland den Höhepunkt überschritten hat – nach den bisherigen Erfahrungen werden diese Phasen aber noch lange auf sich warten lassen. Trotz der Möglichkeiten, die Impfungen mit sich bringen könnten, die Corona-Infektion wird uns als Krankheit erhalten bleiben. Daher bieten Public-Health orientierte Präventionsmaßnahmen, wie sie beispielsweise beim Auftreten der AIDS-Pandemie in den 1980er Jahren wirksam umgesetzt werden konnten, vielversprechende Ansätze auch in Zeiten der Corona-Pandemie. Schließlich war der gesellschaftlich ausgerichtete Public Health Blick auf den Umgang mit einer Krankheit noch nie die schlechteste Strategie.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Der Autor trägt Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels. Finanzierung: Der Autor erklärt, dass er keine finanzielle Förderung erhalten hat. Interessenskonflikt: Der Autor erklärt, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenskonflikt vorliegt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: The author has accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript. Funding: Author states no funding involved. Conflict of interest: Author states no conflict of interest. Ethical statement: Primary data neither from humans nor from animals were collected for this research work.

Literatur

1. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, et al. Thesenpapier 4.1 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase. *Monitor Versorgungsforschung* 2020;5:35–68.
2. Schrappe M, Francois-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, et al. Fact Sheet Nr. 2 (Thesenpapier 4.1). Ergänzende aktualisierte Daten. In: *Monitor Versorgungsforschung*. (Zitierdatum 25.11.2020), aufrufbar unter https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Schrappe_4-1_Aktualisierung.
3. Püschel K, Aepelbacher M. Obduktionen sind keinesfalls obsolet. *Dtsch Ärztebl* 2020;117:A1058–60.
4. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. Deutscher Bundestag 2013; Drucksache 17/12051, Abschnitt 2.3: Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“. und Anhang 4: Ergebnis Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“.
5. Glaeske G. Es ist mehr als nur Medizin erforderlich: Die Corona-Pandemie braucht komplexe Interventionen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2020. Im Druck.
6. Fatke B, Hölzle P, Frank A, Förstl H. Psychische Probleme in der Pandemie – Beobachtungen während der COVID-19-Krise. *Dtsch Med Wochenschr* 2020;145:675–81.
7. Röhr S, Müller F, Jung F, Aepelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein rapid review. *Psychiatr Prax* 2020;47:179–89.
8. Steinert J, Ebert C. Gewalt an Frauen und Kindern in Deutschland während COVID-19-bedingten Ausgangsbeschränkungen: Zusammenfassung der Ergebnisse. 2020. Hochschule für Politik München. (Zitierdatum 20.11.2020), aufrufbar unter <https://www.hfp.tum.de/globalhealth/forschung/covid-19-and-domestic-violence/>.
9. Eigene Darstellung nach Robert Koch-Institut. In: RKI.de. Coronavirus SARS-CoV-2. Gesamtübersicht der pro Tag ans RKI übermittelten Fälle, Todesfälle und 7-Tages-Inzidenzen nach Bundesland und Landkreis. (Zitierdatum 29.10.2020), aufrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.xlsx?__blob=publicationFile.
10. KV Hessen (Hrsg). Leitfaden für niedergelassene Ärztinnen & Ärzte zur COVID-19 Pandemie, Version: 3.4. Frankfurt, 2020.
11. Pandemie in Deutschland Corona-Zone Altenheim. In: *tageschau.de*. (Zitierdatum 27.10.2020), aufrufbar unter <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/coronavirus-pflegekraefte-101.html>.
12. Edler C, Schröder A-S, Aepfelbacher M, Fitzek A, Heinemann A, Heinrich F, et al. Dying with SARS-CoV-2 infection – an autopsy study of the first consecutive 80 cases in Hamburg, Germany. *Inter J Legal Med* 2020;4:1275–84.
13. Chu DK, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, on behalf of the COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, an eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020;395:1973–87.

14. Bund-Länder-Beschluss zur Corona-Pandemie. Merkel fordert nationale Kraftanstrengung. In: Bundesregierung.de. (Zitierdatum 29.10.2020), aufrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bund-laender-beschluss-1805264>.
15. NDR. Vechta: Heimleiter übt nach Corona-Ausbruch Kritik. Nachrichten Niedersachsen. (Zitierdatum 09.12.2020), aufrufbar unter <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Vechta-Heimleiter-uebt-nach-Corona-Ausbruch-Kritik,vechta788.html>.
16. Burgmayer A. Corona-Ausbruch in Norderstedter Flüchtlingsheim. 2020 Hamburger Abendblatt, aktualisiert: 20.11.20. (Zitierdatum 09.12.2020), aufrufbar unter <https://www.abendblatt.de/region/norderstedt/article230954912/Corona-Ausbruch-in-Norderstedter-Fluechtlingsheim.html>.
17. Rüdenauer S. Corona-Party-Organisator: „Es tut mir schrecklich leid!“ Abendzeitung 15. 10. 2020. (Zitierdatum 09.12.2020), aufrufbar unter <https://www.abendzeitung-muenchen.de/bayern/corona-party-organisator-es-tut-mir-schrecklich-leid-art-676777>.
18. Faust SN, Munro AP. It's Time to put children and young people first during the global COVID-19 pandemic. JAMA Pediatr 2020; Online. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.4582.
19. Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2020. Beschlusstop Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie. In: Bundesregierung.de. (Zitierdatum 25.11.2020), aufrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975232/1805024/5353edede6c0125ebe5b5166504dfd79/2020-10-28-mpk-beschluss-corona-data.pdf?download=1>.