

Das Jahrhundert-Ereignis. Die Corona-Pandemie – exponentielle Epi-Kurven, und was ist mit der Lernkurve?

von Hans-Ulrich Holtherm, Johannes Backus, Thomas Harbaum,
Dimitrios Frangoulidis und Katalyn Roßmann

Conflict, Crisis und Health: das Habitat militärischer Gesundheitsversorgung

Eine militärgeschichtliche Ausgabe über die Interdependenz von Kriegen und Seuchen liegt vor uns, wurde im Nachgang zu einer aktuell undenkbaeren Präsenzveranstaltung (5. November 2019) und einem der global wohl gesellschaftlich und politisch einschneidendsten Jahre nach Ende des letzten Weltkrieges erstellt.

Und jetzt gerade in der sogenannten Zweiten Welle im Winter 2020/21 – in dem das sehnstichtig erhoffte Impfen endlich beginnt – sind die Auswirkungen besonders drastisch: An COVID-19 erkrankte Menschen in Seniorenheimen sterben mit wenig Zeit für Zuwendung, und selbst in Maximalversorgern der reichsten Länder dieser Welt werden Kapazitätsgrenzen der Gesundheitsversorgung erreicht.

Die Bundeswehr ist inmitten der Pandemie mit tausenden Soldaten seit fast einem Jahr in der Corona-Amtshilfe in zahlreichen Aufgaben eingesetzt: Wir haben als Innovation in der Krise bereits im Frühjahr 2020 das Laientraining für die Kontaktnachverfolgung eingeführt, es in zivilen Gesundheitsämtern implementiert und helfen in der Krankenhaus- wie Seniorenpflege in Deutschland. Insgesamt 20 000 Soldaten hat die Verteidigungsministerin in Bereitschaft gesetzt. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist mit Experten unterschiedlicher Fähigkeits- und Qualifizierungsebenen an der Corona-Hilfe intensiv beteiligt: weltweit in den Einsätzen, bei der Therapie bundeswehrinterner COVID-19-Fälle in Deutschland, der Kontaktnachverfolgung, der Versorgung und vor allem bei der Unterstützung der zivilen Fieberambulanzen, Kliniken, Impf- und Testzentren sowie der Gesundheitsämter.

Was ist unsere derzeit zu verzeichnende Lernkurve – gesellschaftlich, fachlich im Allgemeinen und im Sanitätsdienst im Besonderen?

Hierzu gibt es ein intuitives Modell: das Cynefin-Framework¹, in dem sich ändernder Kontext in Relation zu Standards gesetzt wird. Ist die Lage stabil (rechts unten), dann kann der höchste Standard mit „Best Practice“ gewahrt werden: Hier funktioniert übrigens nach Max Weber Bürokratie als das effektivste aller Systeme.² Wechselt

die Lage zu „Kompliziert“ („complicated“) – definiert sie sich durch das Auftreten lösbarer Probleme –, dann reduziert sich der Standard zu „Good Practice“. Auch hier ist der Kontext für die Verwaltung gut kontrollierbar – die Probleme sind schließlich antizipier- und lösbar.



Abb. 1: Cynefin-Framework Modell

Wechselt man auf die linke Seite des Modells, wird die Lage „Komplex“ – und definiert sich durch Probleme, die nicht mehr leicht lösbar sind – und es gibt keinen Standard mehr. Es muss situativ reagiert werden. Wird die Lage „chaotisch“ – man weiß schon gar nicht mehr, wo die Probleme alle sind – muss neuartig agiert werden. So sehr die rechte Seite unseren sicherheitspolitischen, gesellschaftlichen, aber auch gesundheitspolitischen Kontext seit Jahrzehnten im Wesentlichen bestimmt und ausgemacht hat – währenddessen unsere etablierte Bürokratie bedarfsgerecht funktionierte –, so ist im pandemischen, aus der Routine gebrachten Kontext auf der linken Seite des Modells derzeit die Notwendigkeit der Unterstützung durch Streitkräfte gut erklärbar. Für Krisen und Konflikte sind wir ausgebildet, in Einsätzen erfahren und determiniert.

Vielleicht ist die Reflexion erlaubt oder auch notwendig. Dass wir Gesundheitsversorgung auf „Best Practice“-Standard weltweit in Konfliktgebieten durchhaltefähig leisten können, hat der Sanitätsdienst der Bundeswehr in mehr als 25 Jahren in allen Einsatzgebieten gezeigt. Doch „können“ wir auch eine (Gesundheits-)Krise daheim,