



17.11.2021

Transkript

„Die Auswirkungen voller Intensivstationen auf die medizinische Grundversorgung in Pandemiezeiten“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Reinhard Busse**
Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, TU Berlin, und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies, Mitglied des Fachbeirats des Bundesgesundheitsministeriums
- ▶ **Prof. Dr. Michael Hallek**
Direktor der Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln
- ▶ **Prof. Dr. Stefan Kluge**
Direktor der Klinik für Intensivmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderator dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://youtu.be/OjKrfdflW3Q>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderator [00:00:00]

Herzlich willkommen an unsere drei Experten hier schon mal und an die Journalisten zu unserem nächsten Press Briefing des Science Media Center. Unser Thema lautet "Die Auswirkungen voller Intensivstationen auf die medizinische Grundversorgung in Pandemiezeiten". Mein Name ist Philipp Jacobs, ich bin Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht ja jetzt mit dem Blick auf den nächsten COVID-Winter vor einer schweren Zeit. Täglich vermeldet das Robert-Koch-Institut neue Rekordinzidenzen. Die Zahl der Patienten auf den Intensivstationen steigt immer weiter, und in manchen Regionen müssen die COVID-19-Erkrankten bereits in andere Kliniken verlegt werden. Der Betreuungsaufwand für die COVID-Patienten ist vergleichsweise hoch, weshalb planbare Operationen, auch wichtige Behandlungen, abermals verschoben werden müssen, wie bereits in den vorangegangenen Infektionswellen. Und diese Folgen dieses Aufschubs können mitunter fatal sein. So zeigen vergangene Lockdowns, also international, bereits Verzögerungen bei der Krebsdiagnostik, im Juli 2020 gab es zum Beispiel eine Modellierungsstudie, die für Großbritannien erwartet, dass in den nächsten fünf Jahren aufgrund der verminderten Vorstellung von Verdachtsfällen von Krebspatienten ein 15- bis 17-prozentiger Anstieg bei der Krebsmortalität erwartet werden kann. Und da ist die Frage: Welche Lehren lassen sich aus diesen Infektionswellen vorher schon ziehen und aus der jetzigen, insbesondere für die Diagnostik und Behandlung von Krebspatienten, aber auch von anderen dringend behandlungsbedürftigen Krankheiten? Und inwieweit beeinflussen diese verschobenen Operationen die Übersterblichkeit? Wie ist die derzeitige Lage auf den Intensivstationen? Das möchten wir gerne beleuchten. Wie könnten dort zusätzliche Betten gewonnen werden? Und inwieweit können die von der Politik angekündigten Ausgleichszahlungen für Kliniken die Situation entschärfen? Unter anderem diese Fragen und natürlich auch Ihre möchten wir mit den Experten beantworten, die ich jetzt einmal ganz kurz vorstellen darf.

Wir haben Herrn Prof. Dr. Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies sowie Mitglied des Fachbeirats des Bundesgesundheitsministeriums, hallo Herr Busse. Prof. Dr. Michael Hallek, Direktor der Klinik I für Innere Medizin an der Uniklinik Köln, hallo Herr Hallek. Und Prof. Dr. Stefan Kluge, Direktor der Klinik für Intensivmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, hallo Herr Kluge. Und schön, dass Sie alle drei kommen konnten, die Terminfindung war nicht immer ganz einfach, aber wir haben es geschafft, von daher vielen Dank, dass Sie da sind. Für die Journalisten da draußen vielleicht noch mal ganz kurz der Hinweis, den kennen Sie ja eigentlich schon: Das Interview bzw. das Gespräch wird aufgezeichnet. Sie können es später noch mal bei YouTube sich anschauen. Genauso wird es ein Transkript geben. Sie können also alles auch noch mal nachlesen. Und Fragen auch wie immer bitte gerne ins Frage-Antwort-Tool stellen, nicht in den Chat. Wir bannen Sie nicht, wenn Sie es mal in den Chat versehentlich stellen, aber es ist für unseren Kollegen im Hintergrund einfach einfacher, die Fragen zu sortieren und mir weiterzureichen und den jeweiligen Experten dann zu geben. Herr Kluge, ich würde gerne mit Ihnen das Gespräch starten, und zwar mit einer allgemeinen Frage einfach zur Lage auf den Intensivstationen. Die werden Sie schon öfter gehört haben, aber vielleicht geben Sie uns mal kurz ein Statement: Wie läuft es gerade bei Ihnen? Welche Patienten liegen bei Ihnen mit welcher Überlebenschance?

Stefan Kluge [00:03:11]

Ja, vielen Dank für Ihr Interesse und die Möglichkeit, hier kurz Informationen zu geben über die aktuelle Lage auf den deutschen Intensivstationen. Wir sind ja als Intensivmediziner notgedrungen gut vernetzt und deswegen glaube ich, haben wir auch gute Informationen, auch natürlich dadurch, dass jeder Intensivmediziner jeden Tag die aktuellen Daten zu COVID-19 im sogenannten DIVI-



Intensivregister eingeben muss. Also momentan haben wir jetzt deutlich über 3000 Patienten auf den Intensivstationen mit COVID-19. Diese Zahl steigt täglich an um 80 bis 100 weitere Patienten. Es ist ja so, dass im Hintergrund viele Patienten dann doch noch mehr aufgenommen werden, aber andere abverlegt werden oder leider versterben. Wir wissen, dass die Sterblichkeit bei notwendiger Intensivbehandlung bei COVID-19 weiter zwischen 30 bis 50 Prozent liegt. Wenn jemand an die künstliche Lunge muss, an die sogenannte ECMO, da liegt die Sterblichkeit in Deutschland noch weit über 50 Prozent, abhängig natürlich extrem vom Alter, vom Impfstatus und von Vorerkrankungen. Und die Belastung ist sehr, sehr groß. Wir sehen gerade in den Bundesländern mit hohen Inzidenzen in Bayern, Thüringen und Sachsen, dass die Notfallversorgung und Intensivversorgung teilweise nicht mehr gewährleistet werden kann, dass einzelne Krankenhäuser Notfälle nicht mehr versorgen können. Und auch in Österreich wird bereits über Triage geredet. Österreich ist nun nicht so weit weg von Bayern. Also alles extrem schwierig.

Im Norden sind wir etwas besser aufgestellt. Wir haben in Bundesländern wie Hamburg und Bremen nur zehn Prozent der Intensivpatienten mit COVID-19 im Vergleich zu den eben genannten Bundesländern. Aber wir sehen eigentlich überall, dass die Infektionszahlen steigen. Wir wissen, dass wir eine Abhängigkeit haben nach wie vor von hohen Infektionszahlen und nachfolgender Intensivbelegung. Laut Daten des DIVI-Intensivregisters werden 0,8 Prozent der Infizierten intensivpflichtig, wenn man das über alle SARS-CoV-2 Infizierten in Deutschland mittelt, und daher kommt da jetzt eine große Welle auf die deutsche Intensivmedizin zu. Einzelne Bundesländer beantragen jetzt bereits Verlegungen von Osten und Süddeutschland nach Norddeutschland über das sogenannte DIVI-RKI-Kleeblatt. Das wird sicherlich in den nächsten Tagen auf uns zukommen. Uns stehen insgesamt leider weniger Intensivbetten zur Verfügung als noch im letzten Jahr. Wie kommt das? Da ist einfach das Nadelöhr das Personal, insbesondere Pflegepersonal.

Wir sehen leider einen Trend, der bereits vor der Corona-Pandemie schon einfach da war, das ist definitiv so. Auch vor Corona hatten wir gesperrte Intensivbetten, aber wir sehen jetzt, dass bis zu 30 Prozent der deutschen Intensivbetten, die ja sehr zahlreich sind in den Krankenhäusern, gar nicht betrieben werden können, weil uns das Personal fehlt. Und das ist einfach das Riesenproblem auch hier in Hamburg. Wir haben freie Intensivbetten, aber wir haben kein Personal. Und die Bereitschaft auch von Pflegepersonal oder von Ärzten von der normalen Station auszuhelfen, die ist, ich sage mal, wenn man ehrlich ist, null. Auch die Mitarbeiter im Krankenhaus sind pandemiemüde, und wenn man dreimal schon seinen Arbeitsplatz für mehrere Monate wechseln musste – und die Arbeit auf der COVID-Intensivstation ist ja auch extrem hart, das muss man sagen, die COVID-19-Patienten sind sehr betreuungsintensiv –, dann ist die Bereitschaft hier einfach deutlich gesunken. Wir sehen, dass nicht nur die Krankheitsquote flächendeckend in Deutschland sehr hoch ist unter den Krankenhausmitarbeiter*innen und insbesondere dem Pflegepersonal, sondern auch solche Themen wie Arbeitszeitreduktion und Berufswechsel eine Rolle spielen, sodass wir einfach nicht mehr so leistungsfähig sind. Und das ist unser Problem momentan, sodass wir natürlich die Politik dringend auffordern als Intensivmediziner, Kontaktbeschränkungen auszusprechen, die Gesellschaft bitten, sich konsequent an die AHA-Regeln zu halten.

Und wir brauchen, denke ich, auch eine noch mal neue intensivierete Impfkampagne gerade vor dem Hintergrund, dass die STIKO jetzt ja kurzfristig die Booster-Impfung für alle Menschen, Bürger*innen in Deutschland ab 18 Jahren freigeben oder empfehlen wird. Ich denke, hier kommt dann wirklich ein Riesen-Logistikaufwand hinzu, dass wir wirklich diese Booster-Impfung nach sechs Monaten bei allen Deutschen sicherstellen müssen, so früh wie möglich, weil wir einfach sehen: Das schützt vor schweren Verläufen, aber auch vor Infektionen. Vielleicht zuletzt noch kurz: Was sind das für Patienten, die dort liegen? Also aufgrund der aktuellen Erhebung auch des RKIs (Robert-Koch-Instituts) ist es nach wie vor so, dass 80 bis 90 Prozent der Patienten, der COVID-19-Patienten auf der Intensivstation, ungeimpft sind. Das ist nach wie vor die größte Gruppe. Wir sehen aber eine Tendenz zu mehr Impfdurchbrüchen. Wir sehen eine klare Tendenz auch hier in Hamburg, dass wir mehr Patienten aufnehmen, die bereits doppelt geimpft sind. Hier können wir einfach nur noch mal auf die Auffrischimpfung hinweisen, weil wir wissen, dass der Impfschutz



über die Monate leider abnimmt. Also gerade bei älteren, bei immungeschwächten Patienten ist diese Auffrischimpfung lebensrettend, möchte ich mal sagen. Und das Zweite ist natürlich: Es ist es ein statistisches Phänomen. Wir werden noch mehr Impfdurchbrüche sehen bei den Intensivpatienten. Die Zahl wird immer weiter steigen, weil wir ja immer mehr impfen und weil die größte Gruppe natürlich mittlerweile geimpft ist. Und insofern ist das einfach völlig zu erwarten. Sie kennen ja die ganzen Erklärungen dafür. Wenn wir beispielsweise nur Geimpfte hätten in Deutschland und wissen, die Impfung ist zu 90 Prozent effektiv in der Vermeidung schwerer Verläufe, dann wissen Sie, da hätten wir nur noch Geimpfte auf den Intensivstationen. Das ist manchmal Laien relativ schwer begreiflich zu machen.

Das Patientenspektrum ansonsten, vielleicht als Letztes, geht wirklich von 20 bis 80 Jahren, überwiegend Ungeimpfte. Alle haben eigentlich Risikofaktoren. Das sind natürlich schwere Grunderkrankungen wie eine Krebserkrankung, wie schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es sind aber auch banale Alltagserkrankungen wie eine Zuckererkrankung, wie Übergewicht oder einfach ein hohes Lebensalter. Auch das ist ja einfach ein starker Risikofaktor. Und wie gesagt, der jüngste Patient heute hier bei uns auf der Intensivstation UKE (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) – wir betreuen jetzt gerade aktuell zwölf Patienten mit COVID-19 auf der Intensivstation – ist um die 20 Jahre alt. Also, das ist natürlich eher unwahrscheinlich im jungen Lebensalter auch betroffen zu sein. Aber wenn ich Risikofaktoren habe, noch mal: Zuckerkrankheit, Übergewicht, dann bin ich hier auch gefährdet. Und deswegen gilt einfach diese Impfeempfehlung für alle von der STIKO empfohlenen Altersgruppen.

Moderator [00:09:19]

Vielen Dank, Herr Kluge. Als Nächstes würde ich gerne Herrn Busse zu einem ähnlichen Thema befragen. Dass die Intensivstationen gut ausgelastet sind, ist ja per se erst mal nichts Unnormales. Das ist ein bisschen im Sinne der Sache, dass sie gut belegt sind. Es ist häufig der Fall, und die meisten Patienten, die da liegen, sind ja eben keine COVID-Patienten, sondern haben ganz andere Leiden beziehungsweise kommen von anderen Operationen oder müssen deswegen auf die Intensivstation. Können Sie derzeit noch mal das Verhältnis so ein bisschen einordnen? Wie viele COVID-Patienten liegen dort und wie war es in den vergangenen Jahren oder Infektionswellen zum Beispiel?

Reinhard Busse [00:09:53]

Na ja, vielleicht müssen wir mal anfangen. Wir waren ja Anfang der Pandemie, Anfang letzten Jahres, da haben wir uns beruhigt zurückgelehnt oder relativ beruhigt, weil wir so viele Intensivbetten hatten. Also wir messen das ja im internationalen Vergleich, hier kommen Sie auf 34 Betten pro 100 000 Einwohner, und ein Land wie Schweden kommt auf fünf. Wir haben siebenmal mehr Intensivbetten, als Schweden hat, aber, wie wir jetzt gemerkt haben, und letztes Jahr war es ja so, haben wir auch die Pflegepersonaluntergrenzen außer Kraft gesetzt. Wir haben es zugelassen, dass relativ wenig Pflegepersonal auch pro Bett da ist. Das ist ja jetzt scharf geschaltet worden. Deswegen ist aus guten Gründen natürlich, dass eine Pflegekraft nur noch um zwei Intensivpatienten gleichzeitig sich ... kümmern kann. Das hat zum Teil dazu geführt, dass eben jetzt das vorhandene Personal ja die Betten bestimmt, was mit der Müdigkeit des Personals dazu geführt hat, dass wir jetzt weniger Betten zur Verfügung haben, aber immer noch mehr als in vergleichbaren anderen Ländern. Wenn man sich das jetzt anguckt, sind zurzeit etwa 85 Prozent der Betten belegt, die wir auf den Intensivstationen haben und die als mit Personal ausgestattet gelten. Von diesen 85 Prozent, das ist etwas höher, als wir im Schnitt haben – da sind wir so bei 80 Prozent etwa –, ist jeder sechste Patient, der derzeit auf der Intensivstation liegt, natürlich im Mittel über die ganze Republik, (ist) ein COVID-Patient. Und die sind anders als die anderen. Wie Herr Kluge schon gesagt hat, sind die einerseits arbeitsaufwendiger, glücklicherweise, kann man sagen, haben wir jetzt diese



Pflegepersonaluntergrenze, und zweitens bleiben sie deutlich länger. Denn die typischen Intensivpatienten haben ja so im langjährigen Mittel nur eine Verweildauer von vier Tagen. Also man muss sich vorstellen, im Normalbetrieb ist es ja so: Von 100 Betten sind 20 frei, aber von den anderen 80 werden jeden Tag auch 20 frei, so dass man nicht nur auf die 20 freien gucken darf, sondern es stehen jeden Tag 40 zur Verfügung von 100 Betten. Aber derzeit ist es eben so: Je mehr COVID-Patienten da sind, desto länger sind die da, und das verringert auch den Turnover an möglichen Betten. Wir sind da noch von einer ganz kritischen Grenze weg, aber wenn wir nach Österreich gucken, und ich glaube, das ist zum Teil die Verwirrung natürlich, dass wir jetzt alle, die Bevölkerung, so kleine Epidemiologen sein muss, dass sie pro 100 000 rechnet, aber dass wir natürlich gleichzeitig auch echte Kapazitäten auf den Intensivstationen haben. Und wenn man sich jetzt vorstellt: Wir haben eine Inzidenz von 300 pro 100.000. Herr Kluge hat schon gesagt, etwa 0,8 Prozent davon kommen auf die Intensivstation, dann sind das halt bei 300 pro 100 000, sind das so 2,5 ungefähr. Jetzt haben wir aber in Deutschland ja 80 Millionen, 80 Millionen Personen. Wir müssen also dieses pro 100.000 mal 80 nehmen, und dann werden eben aus den 2,5 absolut gesehen 2000, die da pro Woche auf die Intensivstationen kommen. Und wenn die dann zwei Wochen liegen, na ja, sind's 4.000, da sind wir ja fast. Das ist noch unkritisch. Aber wenn man nach Österreich guckt, in Salzburg, und dann bei Inzidenzen von 1000 ist, kann man dann natürlich hochrechnen, dass es dann wirklich kritisch wird. Ich glaube, man muss sehen, dass es derzeit nicht so ist, dass derzeit niemand versorgt wird. Aber wenn die Zahlen weiter so hochgehen, dann wird da doch eine Grenze erreicht, und dann kommt die Debatte natürlich: Warum liegen bei uns so viele Nicht-COVID-Patienten auf den Intensivstationen? Das ist schon eine Debatte, die auch die Intensivmediziner ja jetzt selbst auch führen. Dass es auch, wie bei uns im Krankenhaus insgesamt, auch auf den Intensivstationen eine gewisse Überversorgung gibt. Die Frage ist halt, wie schnell man das jetzt in der akuten Situation lösen kann. Also kriegt man wirklich diejenigen, die in anderen Ländern vielleicht da auch nicht liegen würden, auf den Intensivstationen, können wir die Betten, die mit denen belegt sind, frei ziehen, ohne dass gleich die, die wir da eigentlich wirklich drin sehen wollen, davon betroffen sind? Soweit vielleicht von mir.

Moderator [00:14:13]

Vielen Dank, Herr Busse. Herr Hallek, in immer mehr Regionen müssen bestimmte Operationen und Behandlungen ja bereits verschoben werden, eben wegen dem hohen Betreuungsaufwand für COVID-Patienten. Und Sie sind auch Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie Köln, Bonn. Wie bewerten Sie die Versorgung der Krebspatienten gerade in diesen Krisenzeiten und die Qualität der Diagnostik momentan?

Michael Hallek [00:14:39]

Um direkt auf die Frage einzugehen – und danach würde ich gerne noch zwei, drei grundsätzliche Sachen loswerden –, da ist zu sagen, dass im Moment in diesen Regionen die Versorgung der normalen Patienten natürlich beeinträchtigt ist. In vielfacher Weise. Ich habe gerade mit Kollegen in Bayern geredet und in Sachsen letzte Woche. Dort ist es schon so, dass jede aufschiebbare Operation verschoben wird, weil sonst die Intensivbetten nicht mehr da sind. Und das heißt, dass man halt so gut eben möglich beurteilt, ob sich das noch aufschieben lässt. Und dann wird die Tumoroperation zum Beispiel bei Krebspatienten, (die) haben häufig wichtige Operationen, und das ist auch eine der sagen wir mal häufigsten Diagnosen, die eine rasche Operation bedarf, die werden dann verschoben, und zwar manchmal auch mit Nebenwirkungen, die dann zum Fortschreiten des Tumors führen. Das habe ich selbst auch erlebt. In der zweiten und dritten Welle hier in Köln hatten wir solche Fälle, wo wir große Operationen einfach nicht durchführen konnten, weil es keine Intensivbetten gab für die postoperative Versorgung. Und dann kann es ganz konkret dazu führen, dass auch das Wohlergehen des Patienten Schaden nimmt. Das ist in einem immer noch



nicht ganz so schlimmen Ausmaß. Im Moment haben wir das eher im Süden. Das muss man klar sagen, weil im Norden und im Westen ist die Situation noch nicht so schlimm. Hat Herr Kluge ja auch schon zu Recht gesagt. Aber dort ist es eben schon so, und wenn die Fallzahlen weiter steigen, werden wir das wieder in ganz Deutschland haben. Das heißt, es führt zu einer zu späten und damit zu einer Fehlversorgung wichtiger Bereiche.

Ich will noch ein anderes Beispiel erzählen, weil ich eben auch selbst erlebt (habe), die Verschiebung von wichtigen Herzoperationen oder Herzinfarktversorgungen, wenn man eine Stunde lang mit einem Patienten während eines Herzinfarkts ein Krankenbett sucht in der Großstadt, weil es keins mehr gibt, ist es für alle Beteiligten, vor allem aber für den betroffenen Patienten eine extreme Situation. Und so ist es dann in diesen Regionen. Wenn es kein Intensivbett mehr gibt, kann der Notarzt nirgends anfahren und dann werden die manchmal unter sehr schlechten Bedingungen versorgt oder eben einfach in der Gegend herumgefahren. Das ist das, was ich bewusst weiche Triage nenne, weil das ist ja nicht eine Nicht-Versorgung. Man bemüht sich schon, aber es führt zu Verzögerungen und Verschlechterungen der Versorgung. Das ist eine Auswirkung der Pandemie und die ist jetzt meines Erachtens von den Schilderungen der Kollegen in den südöstlichen Teilen der Bundesrepublik bereits eingetreten.

Ich will noch was ganz Allgemeines sagen in einer Minute. Wir haben uns da, glaube ich, in eine Falle locken lassen im Diskurs, in eine ganz wesentliche argumentative Falle, nämlich die Falle, dass wir so tun, als sei alles okay, wenn die Intensivmedizin mit den COVID-Patienten gerade eben noch klarkommt. Dabei bedeutet jetzt die aktuelle Fallzahl von 50.000 zusätzlichen Neuinfektionen am Tag, dass wir in ein paar Wochen 400 neue Intensivpatienten haben werden. Und die Intensivstation ist für die Menschen eine Folter. Das ist im Prinzip das Ringen um Atemluft, um die Atmung, um Sauerstoff oder der Tod bei ungefähr der Hälfte dieser Patienten. Und man kann doch das Gesundheitswesen bei einer vermeidbaren Ursache nicht so steuern, als sei alles in Ordnung, wenn man mit der Intensivmedizin noch genug klarkommt. Das wäre so, als würden wir die 3000 Verkehrstoten in Deutschland erhöhen wollen, weil wir das Gefühl haben, die Intensivstationen kämen auch mit 10 000 klar. Hier haben wir zurzeit mehr als 1000 COVID-Tote pro Woche. Das sind in drei Wochen so viel wie Verkehrstote pro Jahr. Und wir tun alles. Übrigens auch Freiheitseinschränkungen wie rote Ampeln oder Geschwindigkeitsbeschränkungen, um die Zahl der Verkehrstoten jedes Jahr zu reduzieren von 3000 auf möglichst Null. Und gleichzeitig wird eine Debatte geführt, als sei die Welt in Ordnung, wenn die Intensivmedizin noch genügend COVID-Patienten versorgt, ohne dass der Rest nicht mehr funktioniert. Und diese Debatte muss verändert werden. Es ist eine vermeidbare Erkrankung. Wir können sie durch Impfen und durch Hygienemaßnahmen wirkungsvoll verhindern, und es ist eben überhaupt nicht in Ordnung, wenn wir zurzeit wieder mehrere Tausend Patienten pro Monat auf Intensivstationen behandeln. Das führt den gesamten Dialog in die Irre.

Moderator [00:19:05]

Vielen Dank, Herr Hallek. Wir haben jetzt schon ein, zwei, drei Fragen von den Journalisten bekommen. Ich würde die jetzt einfach schon mal dazwischenschieben, bevor wir mit noch allgemeineren Fragen weitermachen. Frau Polke fragt: Wie weit sind wir in Deutschland, vielleicht auch insbesondere in NRW, von einer Triage entfernt? Und vielleicht noch mal die Erklärung, warum die Auslastung mit weniger Patienten als im letzten Winter trotzdem schon ähnlich hoch ist. Herr Kluge, vielleicht möchten Sie starten.

Stefan Kluge [00:19:37]



Es wäre gelogen, wenn ich sagen würde, dass wir jetzt ganz weit davon entfernt sind. In Österreich wird es ja anscheinend laut den Medienberichten in einigen Regionen diskutiert. Herr Busse hat's auch angedeutet. Und wir sehen, es ist einfach abhängig von der Inzidenz. Und wenn wir gerade sehen, in diesen Grenzgebieten, Bayern hat ja nun da auch die unglückliche Lage mit Tschechien und Österreich mit sehr hohen Inzidenzen als Nachbar, also das ist einfach natürlich abzusehen, dass die Kapazitäten nicht reichen werden in diesen Regionen mit den hohen Inzidenzen. Und wir können jetzt nur eigentlich drei Dinge tun: Die Operationen, die nicht dringend notwendig sind, müssen verschoben werden. Das ist unheimlich schwer. Herr Hallek hat auf Krebsoperationen hingewiesen. Es gibt aber natürlich auch dringende Gefäßoperationen, dringende neurologische, neuro-radiologische Eingriffe. Wenn jemand eine Gefäßerweiterung hat von sieben Zentimetern im Körper, die jede Woche platzen kann, auch dann muss es dringlich operiert werden. Das ist einfach sehr schwierig. Wir reden ja hier nicht über Hüftoperationen, wo man noch mal drei, vier Monate Zeit hat. Die müssen ja im Regelfall, diese Patienten, gar nicht auf die Intensivstation. Das zweite ist: Wir müssen die Intensivbetten, die ja da sind, Herr Busse hat's gesagt, wir haben siebenmal mehr Intensivbetten als Schweden und natürlich auch einen anderen Anspruch als die Schweden, was die Intensivversorgung angeht, die müssen wir betreiben. Das heißt, wir müssen Personal, so schwierig das ist – und das führt zu weiterer Belastung der Pflegekräfte und Ärzte – bitten, auf den Intensivstationen zu arbeiten. Aber Herr Hallek und viele weitere brauchen das Personal natürlich auch in ihren Abteilungen. Das heißt, wir müssen die Leistung dann wieder dort einschränken, in der Onkologie, in der Kardiologie, das geht teilweise gar nicht. Das ist einfach ein Dilemma. Und das Nächste ist: Wir müssen Patienten aus diesen besonders betroffenen Bundesländern verlegen, damit es gar nicht zur Triage kommt, zu dieser klaren Triage, dass man einfach einem Patienten das Intensivbett nicht mehr anbieten kann. Aber es gibt natürlich jetzt schon in den betroffenen Bundesländern, das sind sehr, sehr viele, eine latente Triage. Also wenn ich einen Schlaganfallpatienten nicht übernehmen kann in das Krankenhaus, was 20 Kilometer entfernt ist und was die spezialisierte Schlaganfallversorgung anbietet, dann ist das für mich eine latente Triage. Wenn der Onkologe einen onkologischen Patienten mit einer akuten Leukämie nicht aufnehmen kann im Krankenhaus, weil er nur noch Einzelzimmer seinen Patienten anbieten muss und wir die Patienten, die besonders gefährdet sind, nicht mehr in Zweibett- oder Dreibettzimmern versorgen können und hier die onkologische Behandlung verzögert wird, dann ist das ja auch eine Form von latenter Triage. Also das findet schon statt in Deutschland. Und deswegen wundert es mich persönlich, dass die Politik so zögerlich, wenn man jetzt die Gesamtpolitik anschauen, reagiert. Das muss man schon sagen. Und ich glaube, da spreche ich wirklich für alle Intensiv- und Notfallmediziner.

Moderator [00:22:20]

Herr Hallek, vielleicht dazu: Sie haben ja diesen Begriff dieser weichen Triage auch so ein bisschen geprägt zuletzt. Vielleicht können Sie da auch noch mal Stellung zu nehmen.

Michael Hallek [00:22:27]

Ja der (das) ist eben das, was ich erlebt habe, dass man abwägen muss: Ist eine Operation aufschiebbar? Und dann macht man es nach bestem ärztlichem Wissen und Gewissen. Und trotzdem ist es dann möglich, dass der Patient mit einer Komplikation kommt, die eben deutlich anzeigt: Hätte man besser mal früher operiert oder hätte man früher interveniert. Die Neurochirurgen, (ich) will sie noch als Beispiel erwähnen, weil wir sie nicht hatten, haben häufig große schwierige Entscheidungen. Und auch da kenne ich Fälle, (ich) rede nicht nur theoretisch, wo man sagt: Okay, das kann man noch aufschieben. Und dann kommt der Patient ein paar Tage später mit Hirndruckzeichen unter schwersten Komplikationen und muss notfalloperiert werden. Und das ist passiert, weil wir schlicht und einfach keinen OP mehr haben. Also das ist nicht, weil es jemand so möchte, sondern weil man aufgrund der gesamten Versorgungssituation in Krankenhäusern manchmal



Eingriffe verschieben muss. Und das hat negative Folgen, zum Glück für wenige Patienten. Aber das ist im Grunde das, was ich mit weicher Triage bezeichne. Der akute Notfall wird immer noch in der Regel versorgt. Die Frage, die kam gerade, ich will sie noch mal gezielt beantworten. Es kam ja auch die Situation in Nordrhein-Westfalen zur Sprache, und Stand heute ist das noch kompensiert. Die Inzidenzen und die Intensivpatienten in Nordrhein-Westfalen sind ja niedriger als im Südosten. Aber im Südosten heißt: In Bayern und Sachsen kann man erleben, wohin es gehen wird, wenn die Fallzahlen weiter steigen. Es ist unaufhaltsam, und wir müssen alles tun, dass die Fallzahlen sinken. Weil es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Corona-Infektion, also den Fallzahlen, und den anschließenden Intensivpatienten in ungefähr drei Wochen Abstand.

Moderator [00:24:04]

Vielleicht als eine Nachfrage dazu, Sie haben es gerade erwähnt, das ist natürlich keine leichte Entscheidung zu sagen, wann welche Operation oder Behandlung eventuell verschoben wird. Aber können Sie vielleicht kurz erklären, auf welcher Grundlage oder welchen Kriterien so was dann getroffen wird so eine Entscheidung? Also wie geht man da vor? Ist wahrscheinlich auch ethisch natürlich keine einfache Frage.

Michael Hallek [00:24:19]

Es ist ein ethisches Dilemma. Es gibt manche Operationen, die kann auch nur ein großes Zentrum machen, weil sie sehr, sehr kompliziert sind. Und dann können Sie einfach nur überlegen: Wo ist es zumutbar? Natürlich versuchen Sie in so einer Situation, die Abschätzung zu machen, dass es ohne Komplikationen ausgeht, aber im Normalfall würden Sie so eine Entscheidung gar nicht treffen müssen, das ist, worauf ich hinauswill. Sie würden im Prinzip über alle Ressourcen verfügen. Wenn Sie aber manchmal nur noch einen Operationssaal pro Tag frei haben, weil das gesamte Personal in der COVID-Versorgung abgezogen ist, und das hatten wir so im Mai und im April, ja, dann fällen Sie plötzlich solche Entscheidungen. Und die fällen Sie immer so, dass möglichst niemandem etwas passiert, aber dass Sie sie überhaupt treffen müssen. Also eine Operation, die Sie normalerweise am nächsten Tag durchführen würden, dass Sie die eine Woche verschieben, weil Sie gar keine Plätze mehr haben, das ist etwas, was der Bevölkerung, glaube ich, klargemacht werden muss. Das ist ein Zwang, in den wir gestoßen werden, der so nicht sein müsste, wenn die Pandemie unter Kontrolle wäre.

Moderator [00:25:21]

Vielen Dank, Herr Busse, vielleicht dazu. Inwieweit sich etwaige Probleme bei der Behandlung von Krebspatienten zum Beispiel auf die Übersterblichkeit irgendwann auswirken könnten, können wir vermutlich heute noch nicht sehen. Aber was erwarten Sie, gibt es Hinweise oder Richtungen, Tendenzen, die man aus Studien oder Modellierungen schon sehen kann?

Reinhard Busse [00:25:46]

Wir haben insgesamt nicht nur mehr Intensivbetten, sondern wir behandeln auch mehr Patienten auf Intensivstationen. Insgesamt ist es so, dass sich das nicht in verbesserten Ergebnissen in Deutschland niederschlägt. Wir hätten also genügend Reserve. Es kam ja auch eine Frage zu Schweden. Wir haben den Anspruch, dass mehr Patienten, die in anderen Ländern nicht auf Intensivstation kommen, [bei uns auf Intensivstationen behandelt werden]. Das sind häufig Patienten, die keine große Überlebenschance haben, das müssen wir auch ehrlich sagen, die würden in Schweden nicht auf Intensivstationen kommen. Wir hätten also in einem längeren Prozess die Chance, das zu überdenken, wahrscheinlich sollten wird das nach der Pandemie machen. Jetzt akut



ist die Frage: Können wir schnell sinnvolle, ethisch gerechtfertigte Entscheidungen treffen [darüber], dass [Patienten], die in anderen Ländern nicht intensiv behandelt würden, da jetzt nicht hinkommen oder verschieben wir diejenigen, die am einfachsten zu adressieren sind, weil jetzt eine Operation kommt. Wir haben insgesamt im deutschen Gesundheitssystem gegenüber anderen Ländern ja keine besseren Ergebnisse. Es besteht die Gefahr, dass wir vielleicht die Falschen jetzt noch nach hinten schieben und die Ergebnisse sich noch weiter verschlechtern. Wir sollten das mittelfristig als Chance begreifen und sagen: Okay, wir müssen für das nächste Mal besser vorbereitet sein und uns überlegen, wie priorisieren wir auch wirklich gerechtfertigt. Ich hatte ja schon gesagt, es gab einen guten Artikel im März dieses Jahres zur Überversorgung in der Intensivmedizin, das ist ein Thema. Aber das jetzt in der Pandemie schnell umzusetzen, ist schwierig. Die Übersterblichkeit in Deutschland ist rückwirkend betrachtet bisher geringer als in vielen anderen Ländern, weil andere Länder insbesondere durch die höheren COVID-Zahlen in den ersten Wellen auch eine höhere Übersterblichkeit hatten. Wir müssen sehen, ob dieser relative Vorteil gegenüber anderen Ländern jetzt hält.

Michael Hallek [00:28:11]

Ich würde da gern kurz einhaken, Herr Busse, und eine Nuance reinbringen, die vielleicht nicht ganz dem entspricht, was Sie sagen, wir sind ja sonst fast immer einer Meinung. Ich glaube, die grundsätzliche Überversorgung in den Normalzeiten, das muss man diskutieren, da stimme ich überein. Mit der Überversorgung an den großen Zentren, die Eingriffe mit sehr hoher Komplikationsrate machen, da würde ich sagen, sind wir fast immer an der Kante und da ist wahrscheinlich keine Überversorgung da. Das ist ein Kommentar, der mir wichtig ist. Es geht hier um die Fehlverteilung in der Fläche. Wir haben sehr viele Krankenhäuser mit kleinen Intensivstationen. Und der andere Punkt: Im Gegensatz zu den Ländern wie Italien, Frankreich und Spanien haben wir wegen dieser Elastizität des Systems, mit einer sehr guten Versorgung oder größeren Versorgung natürlich auch verhindern können, dass wir humanitäre Katastrophen generiert haben, wie wir sie aus Bergamo in den Nachrichten sehen mussten oder auch aus der Gegend um Mühlhausen in Frankreich. Das heißt, wir konnten es durch Umverteilung immer noch auffangen. In der aktuellen Krise kann das für uns eine Möglichkeit sein, das Schlimmste abzuwenden, weil wir es besser verteilen können. Es ist uns erspart geblieben, Patienten gar nicht mehr versorgen zu können, jedenfalls in größerem Umfang, wie wir es in anderen Ländern erleben mussten.

Reinhard Busse [00:29:39]

Man muss dazu sagen, dass andere bereits existierende Intensivregister zum Beispiel hatten, in skandinavischen Ländern, in den Niederlanden. Das war bei denen ein Vorteil. Wir haben das schnell etabliert, aber im Nachhinein sieht man jetzt, dass das eine gute Idee war, die andere Länder schon kontinuierlich [aufgebaut hatten] und nicht nur über COVID-Patienten, sondern auch über andere Patienten. Die wissen halt viel besser, was für Patienten auf den Intensivstationen liegen, wo wir jetzt eher sagen, so was bräuchten wir eigentlich kontinuierlich.

Michael Hallek [00:30:10]

Ich stimme zu.

Moderator [00:30:12]

Das Thema Überversorgung, Intensivstationen ist sicherlich fast noch mal ein eigenes Press Briefing-Thema, aber vielleicht kommen wir auf die Journalistenfragen zurück. Da habe ich noch eine an Herrn Kluge, die ich gerne stellen würde. Und zwar kam die Frage: Halten Sie es für möglich,



dass irgendwann zwischen Geimpften und Ungeimpften unterschieden wird, wer auf die Intensivstation aufgenommen wird?

Stefan Kluge [00:30:32]

Wir haben uns als DIVI ganz klar abgestimmt, dass wir alle Patienten gleich behandeln. Wir würden das nicht als Kriterium für eine eventuelle Triage akzeptieren. Wir behandeln ja auch Selbstmörder, wir behandeln Motorradfahrer, die ohne Helm gefahren sind, Menschen, die nicht angeschnallt sind im Auto. Also als DIVI kann ich klar sagen, dass wir so ein Kriterium ablehnen. Wir behandeln alle Patienten gleich nach medizinischen Kriterien, aber nicht nach solchen Kriterien.

Moderator [00:31:01]

Ergänzend dazu, Sie haben eben gesagt, 0,8 Prozent der Infizierten werden intensivpflichtig. Gilt das gleichermaßen für geimpft und ungeimpft?

Stefan Kluge [00:31:14]

Das ist die gemittelte Zahl über die aktuellen Infektionszahlen und die Entwicklung im Intensivregister. Man nimmt die Zahl der Neuinfektionen der letzten Wochen und man sieht die tägliche Zahl der Aufnahmen auf den Intensivstationen mit COVID-19 und da kann man diese Zahl ja relativ schnell berechnen. Diese Daten vom RKI kann man ja nicht oft genug wiederholen: Die Impfung zum Beispiel in der hoch gefährdeten Altersgruppe ab 90 Jahren schützt zu über 90 Prozent vor schwerer Erkrankung und vor Tod, zu über 90 Prozent, aber auch nicht zu 100 Prozent. Wir haben alle gedacht, die Impfung schützt zu 100 Prozent, das war in unseren Köpfen so drin. Wenn ich jetzt Tausende von Senioren ab 60 Jahren impfe und wir haben ein hohes Infektionsgeschehen, dann wissen wir, dass sich viele infizieren, es können sich sogar mehr infizieren als 10 Prozent, aber diese 10 Prozent sind einfach gefährdet. Das sind Impfversager. Deswegen werden wir zunehmend Impfdurchbrüche sehen. Der Ungeimpfte hat aber ein dramatisch höheres Risiko, das ist bis zu zehn Mal so hoch, einen schweren Verlauf zu bekommen. Wir haben hier gute Zahlen aus Hamburg: Wenn sie 80 Jahre sind und sich infizieren und sind ungeimpft, haben sie ein Sterberisiko von 20 bis 23 Prozent. Das ist dann auch sehr abhängig vom Alter. Die Ungeimpften haben ein dramatisch höheres Sterberisiko. Das Risiko ist in allen Altersgruppen, die empfohlen werden von der STIKO, ist immer größer zu versterben als durch Nebenwirkungen der Impfung, die es ja auch gibt, irgendwie schwer zu erkranken. Und insofern ist es für uns so extrem unverständlich, dass sich immer noch Millionen Deutsche nicht impfen lassen.

Reinhard Busse [00:32:51]

Jetzt sollte man noch ergänzen: Diese 0,8 Prozent ungefähr, die wir zurzeit sehen, muss man ja kontrastieren mit der ersten und der zweiten und dritten Welle. Am Anfang waren es 6 Prozent, die auf Intensivstation gekommen sind. In der zweiten und dritten Welle sind wir so bei 2, 2,5 Prozent, jetzt bei 0,8 Prozent. Das ist ja vor allem deswegen niedriger, weil so viele geimpft sind. Die Impfeffektivität überhaupt krank zu werden ist nach neuesten RKI-Zahlen bei etwa 70 Prozent, aber ins Krankenhaus zu kommen schon über 80 Prozent und bei der Intensivstation 90 Prozent. Das macht sich jetzt bemerkbar. Also die 0,8 Prozent sind der gemittelte Wert über die Geimpften und Ungeimpften. Wenn wir jetzt in Bundesländern gucken, wo es mehr Ungeimpfte gibt, Thüringen ist das beste Beispiel, da sehen wir, dass die Wahrscheinlichkeit, auf die Intensivstation zu kommen, für die Ungeimpften deutlich höher ist und weniger im Vergleich zu den vorherigen Wellen gefallen. Also wir haben überhaupt nur so relativ wenige jetzt auf den Intensivstationen, weil so viele geimpft sind.



Stefan Kluge [00:34:03]

Das kann ich nur 100 Prozent unterstützen. Andersherum kann man auch sagen: Ohne die Impfung wäre unser Gesundheitssystem jetzt kollabiert. Das muss man ganz klar sagen. Mit dieser Delta-Variante ohne die Impfung, wäre unser Gesundheitssystem jetzt definitiv kollabiert. Da hätten wir einen monatelangen Lockdown und das möchte ich mir gar nicht vorstellen.

Moderator [00:34:23]

Vielen Dank dafür! Wir haben eine Nachfrage bezüglich Krebsmortalität bekommen. Ich hatte eingangs die Modellierungsstudie aus Großbritannien erwähnt und da ist die Frage, inwieweit lassen sich Modellrechnung zu einer Erhöhung der Krebsmortalität in Großbritannien auf deutsche Verhältnisse übertragen. Das ist eine Frage in Richtung Herrn Busse, wie die Gesundheitssysteme da unterschiedlich ausgeprägt sind, wahrscheinlich kann man es nicht übertragen. Aber wenn Sie vielleicht dazu noch etwas sagen könnten.

Reinhard Busse [00:34:47]

Es sind zwei verschiedene Faktoren, die man da berücksichtigen muss. Die Mortalität zu normalen Zeiten und die Änderung der Mortalität in einer Pandemie. Ich hatte vorhin gesagt, wir haben ja nur ein Sechstel der Betten mit COVID-Patienten belegt. Das war in der zweiten Welle noch ein bisschen höher, da waren es nicht etwas über 3000, sondern über 5000 Patienten. Aber in anderen Ländern war es so, dass sie praktisch ihre gesamte Intensivkapazität für die COVID-Patienten gebraucht haben, einschließlich Großbritannien, so dass auch die Auswirkungen auf die anderen Patienten in den Ländern noch größer waren. Das versuchen wir jetzt zu verhindern. Jetzt kann man sagen, Modellierungen sind dafür gut, uns zu zeigen, was passieren würde, das wollen wir ja genau verhindern, damit es dann nicht eintritt. Als Drohszenario können wir das natürlich übertragen, aber nicht als exakte Vorhersage, was in Deutschland auf jeden Fall passieren wird, weil das wollen wir ja genau nicht.

Michael Hallek [00:35:57]

Also man muss vielleicht ganz kurz anfügen, es ist von den Systemen her wirklich schwierig vergleichbar. Ich weiß von Kollegen, das haben wir besprochen: in der starken Infektionslast-Phase in London, das ist ein riesiger Ballungsraum, kamen Patienten, wenn sie eine gleichzeitige Diagnose hatten von z.B. COVID plus Krebs, nicht auf die Intensivstation. Da gab es eine eindeutige Triage. Das sind Patienten, die können trotzdem überleben. Das heißt, bei uns hatten die eine Chance, dort wurden die nicht aufgenommen. Das war ein klares Kriterium zu sagen, der kommt hier nicht hin. Das würden wir niemals machen, das haben wir auch noch nie erlebt, insofern ist das nicht vergleichbar. Und eine Frage war vorhin gestellt worden, die habe ich nicht beantwortet, aber ich möchte trotzdem so klar sagen: Wir wissen noch nicht sicher, ob sich die jetzige Situation und die Pandemie auf die Krebsmortalität auswirkt. Das werden wir erst in ein paar Jahren abschätzen können. Dazu lassen sich leider zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussagen machen. Nicht, weil wir da keine Zahlen haben, sondern vor allem, weil wir natürlich auch verspätete Operationen kompensieren durch medikamentöse Behandlungen, durch Bestrahlung und dann die Patienten in vielen Fällen am Leben halten können. Deswegen ist jetzt noch nicht abschätzbar, ob sich durch die Pandemie die Krebsmortalität in Deutschland tatsächlich verändert.



Moderator [00:37:21]

Herr Hallek, ich möchte Sie noch einmal bezüglich Geimpfter und Ungeimpfter etwas fragen. Ich habe neulich einen Beitrag mit Ihnen gesehen, wo Sie auch von einem 30-Jährigen erzählt haben, der bei Ihnen auf der Intensivstation lag, ungeimpft, also mit großer Wahrscheinlichkeit ein mit Impfung vermeidbarer Fall gewesen wäre. Wie kommen Sie und Ihr Team mit diesen Menschen klar, die ziemlich unnötig im Extremfall ein Intensivbett belegen? Was sagen Sie denen, wenn die ansprechbar sind, hilft es, mit ihnen zu sprechen oder ist es in vielen Fällen vertan?

Michael Hallek [00:37:54]

Uns hilft es nur bedingt, wir sind oft fassungslos. Den Familien hilft es vielleicht und wir müssen es für die besprechen, die noch in der Situation sind, dass sie sich impfen lassen können und vielleicht dann nicht auf der Intensivstation liegen. Ich habe dazu ja formuliert, Desinformation kann tödlich sein und ich bin tatsächlich erstaunt, fassungslos manchmal, dass junge Menschen auch mit sehr gutem Bildungshintergrund tatsächlich glauben, also tief überzeugt sind, dass sie durch COVID nicht in Gefahr kommen können oder dass sie einfach, weil sie so gesund und kräftig und 30-jährig sind, überhaupt niemals in die Zone kommen. Wir haben natürlich auch durch Kommunikation suggeriert, dass es nur eine Erkrankung für die über 60-Jährigen ist. Natürlich ist die Mortalität dort stärker, aber was sich in die Bevölkerung nicht genügend hat kommunizieren lassen im Unterschied zu anderen Ländern ist, dass COVID ein gemeinschaftliches Problem ist, das zusätzlich auch noch junge Menschen gefährden kann durch den Tod oder durch Long-COVID, also Langzeit-Nebenwirkungen. Das wird im öffentlichen Diskurs gerne bagatellisiert. Es wird nicht so klar ausgesprochen und man kann nur in Formaten wie diesem dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen kapieren, dass das eine gefährliche Krankheit ist, die sich deutlich unterscheidet von anderen Infektionskrankheiten und dass man tatsächlich deswegen auch im Alter von 20, von 30 und 40 Jahren auf der Intensivstation landen kann. Und dann hat jeder eine ziemlich hohe Chance, an der Krankheit zu versterben.

Moderator [00:39:36]

Dank dafür. Herr Kluge, wir haben noch eine Frage bekommen zu den sozio-ökonomischen Merkmalen Sie haben eben gesagt, die Leute, die auf der Intensivstation liegen, sind zwischen 20 und 80 Jahre alt, können Sie noch mal genau differenzieren, welche Menschen sind das oder wen erreicht die Impfkampagne nicht?

Stefan Kluge [00:39:55]

Nach meiner Einschätzung, wir haben Umfragen gemacht in Hamburg, haben wir es bei 25 Prozent wirklich mit Menschen zu tun, die sich ganz bewusst gegen die Impfung entschieden haben und die würden wir auch mit einer weiteren Impfkampagne nicht erreichen. Aber 75 Prozent sind Impfzauderer oder Menschen, die Fehlinformationen aufgesessen sind, wie Herr Hallek das schon gesagt hat. Also wirklich diese Mythen, die Impfung macht unfruchtbar, ich kann keine Kinder bekommen, ich kriege Sehstörungen davon und diese ganzen Dinge, die wirklich grotesk sind. Oder auch Menschen, die sagen: Ich bin noch nicht dazu gekommen. Es gibt auch viele Menschen, die nicht jährlich zum Arzt gehen, zu Hautkrebsvorsorge und solche Dinge, die sich einfach überhaupt nicht kümmern. Wir haben jemand aufgenommen, der hat seit 20 Jahren keinen Arztkontakt mehr gehabt, ist 60 Jahre und ungeimpft. Und wir haben einen hohen Prozentsatz von Mitbürgerinnen und Bürgerinnen, die einen Migrationshintergrund haben, die Sprachprobleme haben, die nicht Deutsch sprechen. Das ist ein Riesenthema und das geht aber durch alle Gruppen und Kulturkreise. Ich kann jetzt gar keine Gruppen aufzählen, weil das nicht eine ethnische Bevölkerungsgruppe ist. Das geht durch alle Kreise. Es hat sicherlich viel mit sozialen Status auch zu tun, mit engen



Wohnraumverhältnissen. Wir sehen bei unseren Patienten, das im Regelfall die ganze Familie positiv ist durch die Delta Variante. Also wir haben auch Schwangere betreut, die sich durch Kinder angesteckt haben und wenn wir im Regelfall fragen, können die anderen gar nicht kommen, weil sie alle positiv sind, auch in größeren Familienverbänden oder die Erkrankung da schon durchgemacht haben. Ich habe schon das Gefühl, dass diese Gruppen durch die bisherige Impfkampagne nicht erreicht wurden, auch wenn man Informationsangebote macht, mehrsprachige Flyer anbietet. Ich glaube, hier hätte man mehr tun müssen, wenn ich mir diese doch wirklich sehr schlechten Impfquoten angucke in vielen Bundesländern. Und wenn wir es auch gesamt nochmal vergleichen mit vielen anderen westeuropäischen Ländern, wie kann es sein, dass Portugal und Spanien so fantastische Impfquoten haben und wir in Deutschland sind so weit abgeschlagen, zumindest bei den westeuropäischen Ländern. Also ich glaube, man hätte im Nachhinein mehr tun müssen und jetzt ist aber die Chance, auch wenn es jetzt natürlich Wochen und Monate dauert, bis so eine Impfung wirkt, jetzt mit der Booster-Impfung und auch mit der Erstimpfungen noch mal wirklich die Impfkampagne neu aufzuziehen. Ich glaube, es ist noch nicht zu spät. Die Hausärzte und Internisten im ambulanten Bereich werden das nicht schaffen. Wir hören alle, dass jemand keinen Termin zur Booster-Impfung kriegen konnte in den nächsten Wochen, obwohl er schon dran ist, 70 Jahre. Das geht nicht. Wir brauchen jetzt ein ganz, ganz schnelles nationales Konzept, um diesen Impffortschritt insbesondere hinsichtlich der Booster-Impfung noch mal anzukurbeln. Da gibt es Menschen, die kann man noch erreichen und wir müssen glaube ich mehr wohnortnah impfen. Solche Impfbusse, solche multilingualen Impfteams, die wirklich eher in die Supermärkte gehen als in die Elbphilharmonie. Dort trifft man nach meinen Erfahrungen jetzt nicht mehr die Menschen, die noch nicht überzeugt worden sind oder die das Impfangebot noch nicht erreicht hat.

Moderator [00:43:03]

Dazu ergänzend vielleicht auch eine Frage an Sie alle drei mit Bitte um möglichst kurze Antwort. Fordern Sie eine allgemeine Impfpflicht.

Michael Hallek [00:43:13]

Ich fange mal an. Ich würde sagen noch nicht, weil wir nach meiner Meinung das Kommunikationspotential nicht ausgeschöpft haben. Durch die auch zum Teil sehr stotterhafte, zögerliche, gegensätzliche Kommunikation durch Fachleute wie Politik haben wir es nicht geschafft, wie Portugal die Bevölkerung zu mobilisieren. Ich glaube nicht, dass die deutsche Bevölkerung dümmer ist oder anders informiert ist als die portugiesische. Dort wurde 97 Prozent Impfquote erreicht ohne Impfpflicht. Und ich fordere nachdrücklich die Politiker und sämtliche Verantwortungsträger auf, hier noch mal nachzulegen, aufzuhören mit ständigen Dissonanzen zu Marginalien und die Impfkampagne professionell generalstabsmäßig zu organisieren, um die Zahlen so schnell wie möglich in Richtung 90 Prozent zu kriegen. Das kann man erreichen und wenn das nicht greift, dann über Impfpflicht reden. Ich persönlich würde es nicht umgekehrt machen.

Reinhard Busse [00:44:13]

Es war ja auch in anderen Ländern die Debatte. In Frankreich haben wir das gesehen, vielleicht noch mehr sogar in Ländern wie Österreich, wo Impfskeptiker sind. Ich würde für den französischen Weg plädieren, dass man sagt, es gibt bestimmte Berufsgruppen, da gehört es dazu, dass man geimpft ist. Das fängt beim Pflegepersonal an, man muss dann natürlich auch über andere Personen in Schulen, Kindergärten und Busfahrer und so weiter nachdenken, wo ganz klar ist, dass beruflich bedingt Kontakt mit sehr, sehr vielen Menschen passiert. Da würde ich für eine Impfpflicht plädieren. Und dann das bevölkerungsweite als zweite Stufe, da stimme ich mit Herrn Hallek überein. Das wäre jetzt eine zu große Kraftanstrengung, auch hinsichtlich der Debatten und so weiter.



Aber ein paar Gruppen, wo wir wissen, dass die insbesondere mit den vulnerablen Patienten in Pflegeheimen zu tun haben, da muss meines Erachtens was passieren.

Stefan Kluge [00:45:15]

Von meiner Seite zwei Bemerkungen und dann die Sicht der DIVI. Ich denke, eine Impfpflicht für medizinisches Personal würde uns akut gar nicht helfen. Im Krankenhaus ist es so, dass wir alle Mitarbeiterinnen, die in der Patientenversorgung sind, zweimal pro Woche testen und die nicht geimpften werden täglich getestet. Ich glaube, wir haben einen guten Überblick, da würde uns eine Impfpflicht momentan wenig helfen. Ich denke, auch in den Senioren- und Altenheimen müssen die Mitarbeiterinnen natürlich einfach getestet werden. Also akut hilft das wenig. Man muss auch feststellen, wenn wir für medizinisches Personal eine Impfpflicht machen, dann gehe ich davon aus, dass bis zu 10, vielleicht sogar 15 Prozent der Pflegekräfte nicht mehr am Bett eingesetzt werden können, vielleicht auch kündigen. Wir verlieren noch mal sicherlich 10 bis 15 Prozent der gerade jetzt betreibbaren Intensivbetten. Das muss uns nur klar sein. Spricht nichts dagegen. Die DIVI hat sich natürlich auch Gedanken dazu gemacht und ich lese das noch mal ganz kurz vor, das geht schnell. "Die DIVI ist prinzipiell gegen eine Impfpflicht für bestimmte Berufsgruppen, sieht jedoch eine professionethische Verpflichtung für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen, sich impfen zu lassen. Wenn eine Impfpflicht politisch und verfassungsrechtlich opportun wäre, dann sollte diese prinzipiell für alle dafür infrage kommenden Menschen in Deutschland gelten."

Moderator [00:46:28]

Vielen Dank dazu. Ich möchte zum Schluss, wir haben leider nur noch zwei Minuten, noch mal einen Blick auf die vierte Welle werfen. Ich hätte gerne die Pflegekräfte auch noch mal kurz angesprochen, aber das wird jetzt ein bisschen schwierig, aber wir versuchen, es alles zusammen in eine Frage zu packen. Was machen die Intensivstationen, wenn die vierte Welle nicht rasch gebrochen wird, also wenn wir noch höhere Inzidenzen kriegen, das zusätzliche Pflegepersonal wird wahrscheinlich nicht von heute auf morgen bereitgestellt? Was kann man intensivtechnisch noch tun, außer Patienten überall hin zu transportieren?

Stefan Kluge [00:47:07]

Wie gesagt, wir müssen alle nicht dringlichen Operationen jetzt wirklich bundesweit verschieben. Das muss man machen, das hat erhebliche Auswirkungen auf die Bevölkerung. Wir müssen Personal wieder auf die Intensivstation transferieren, damit es nicht zur Triage kommt. Und wir müssen Patienten in Regionen verlegen, wo die Belastung noch nicht so hoch ist.

Reinhard Busse [00:47:35]

Im DIVI-Intensivregister sind ja immer noch diese Notfallreserven angegeben, die innerhalb von 7 Tagen mobilisiert werden können. Dafür braucht man Personal von anderen Abteilungen. Das ist ein größerer Organisationsaufwand und Motivationsaufwand innerhalb der Krankenhäuser. Da ist noch eine gewisse Reserve, aber natürlich auch nicht unendlich. Das muss einem auch klar sein. Irgendwann sind auch die zusätzlichen Kapazitäten wieder erschöpft. Wir müssen die Welle brechen, bevor sie zu hoch ist.



press briefing

Michael Hallek [00:48:11]

Dem möchte ich mich anschließen Wir können natürlich immer noch irgendwelche Reserven mobilisieren und dann immer noch mehr Personal in die Erschöpfung treiben. Ich formuliere deswegen ganz klar und kurz: Wir müssen jetzt in der Politik alle Weichen stellen, dass wir die Inzidenzen, die Fallzahlen runter kriegen. Es es gibt hervorragende Mittel und dazu brauchen wir eine einheitliche, einigige und professionelle Kommunikation durch die Verantwortlichen in unserem Land. Wir brauchen Leadership und dann kommen wir damit klar und zwar auch schnell. Es muss jetzt schnell passieren und ich würde mich sträuben zu sagen, die Krankenhäuser werden es wieder kompensieren. Dann sterben weiter Menschen, die unnötig sterben. Intensivmedizin ist nicht die Reparaturwerkstatt für eine fehlgeleitete Politik.

Moderator [00:48:59]

Vielen Dank Ihnen dreien und vielen Dank an die Journalisten für die zahlreichen Fragen. Wir konnten leider wahrscheinlich nicht alle stellen, es kamen einfach zu viele. Aber ich hoffe, wir konnten doch große Themenblöcke anreißen, sodass jeder auch was für sich mitnehmen kann. Ich danke Ihnen recht herzlich und machen Sie es gut und ich hoffe, dass für Sie demnächst ein bisschen Entspannung zumindest in den Häusern passiert.



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42-44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des § 18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz

