



20.04.2021

Transkript

„Aktuelle Belastung des Gesundheitssystems und künftige Beurteilung der Situation durch neue Indikatoren“

Expertin und Experten auf dem Podium

Prof. Dr. Uta Gaidys

Professorin für Pflegewissenschaft (Ethik, Kommunikation) und Leiterin des Departments Pflege und Management, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), Hamburg, und Mitglied des Wissenschaftsrat der Bundesregierung und der Länder

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Geschäftsführender Oberarzt und Leiter des ECMO-Zentrums sowie Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie und Intensivmedizin, Klinikum Köln-Merheim, und Professur für Extrakorporale Lungenersatzverfahren, Universität Witten/Herdecke, und Medizinisch-Wissenschaftlicher Leiter DIVI Intensivregister

Prof. Dr. Gérard Krause

Leiter der Abteilung Epidemiologie, Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI), Braunschweig

Prof. Dr. Helmut Küchenhoff

Professor am Institut für Statistik und Leiter des Statistischen Beratungslabors, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), München

Marleen Halbach

Redaktionsleiterin und Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany, und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://www.sciencemediacenter.de/angebote/press-briefing/details/news/aktuelle-belastung-des-gesundheitssystems-und-kuenftige-beurteilung-der-situation-durch-neue-indikatoren/>

Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Herzlich willkommen an alle Teilnehmenden zum nächsten Press Briefing des Science Media Centers. Mein Name ist Moderatorin, ich bin Redaktionsleiterin hier, und wir wollen heute das nächste Thema diskutieren virtuell, und zwar mit einer sehr schönen Experten- und Expertinnenrunde. Morgen früh stimmt nämlich der Bundestag in einer zweiten und dritten Lesung über eine erneute Änderung des Infektionsschutzgesetzes ab, und am Donnerstag soll das Ganze dann auch in den Bundesrat. Damit soll diese Woche dann eine bundeseinheitliche Notbremse zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie eingeführt werden. Eine erste Grenze, ab der verpflichtend Maßnahmen, zum Beispiel Ausgangssperren, strengere Kontaktbeschränkungen et cetera ergriffen werden sollen, ist die Sieben-Tage-Inzidenz von 100, die dort verankert werden soll in dieser Gesetzesänderung, (wenn) sich also 100 Personen pro 100 000 Einwohner innerhalb einer vergangenen Woche infiziert haben. Eine weitere Grenze ist bei einer Inzidenz von 165 erreicht, an die sind dann Schulschließungen gekoppelt. Generell ist es aber so, dass es an diesen Inzidenzen als Indikator auch einige Kritik gibt aus der Wissenschaft. Die Aussagekraft der Inzidenz ist eben stark gekoppelt an Teststrategien – wer getestet wird, wie viel getestet wird – und daher nicht länger geeignet, die relevante Infektionslage sinnvoll abzubilden, ist die Kritik. Und Gegenvorschläge gibt's auch schon, und zwar gänzlich neue Indikatoren, wie zum Beispiel die Neuaufnahme auf den Intensivstationen als Indikator einzuführen oder auch auf die Rate an positiven SARS-CoV-2-Tests zu gucken. Die kennen wir aber schon so ein bisschen länger in der Diskussion. Heute wollen wir uns vor allen Dingen um die beiden Themenbereiche kümmern: Einmal die aktuelle Belastung des Gesundheitssystems generell. Wie sieht es gerade aus auf den Intensivstationen und bei den Pflegekräften? Aber auch: Wie beurteilen wir denn die Situation in Zukunft? Das Gesetz wird morgen besprochen. Bisher ist die Inzidenz nicht rausgeflogen. Ich glaube, sie wird für diesen Gesetzesentwurf drinbleiben, ist aber meine ganz persönliche Meinung. Nur wichtig ist es eben zu schauen, was denn sinnvoller wäre. Das wollen wir heute mit Fachleuten tun, wie Sie hier auch schon sehen in den Videos. Und ich wollte Sie gerne noch mal darauf hinweisen: Wir benutzen wieder das Q-&A-Tool für Ihre Fragen, die Sie ab jetzt auch schon gerne stellen können. Das Frage-und-Antwort-Tool finden Sie unten in der Leiste. Schreiben Sie Ihre Fragen rein. Ich werde sie dann an geeigneter Stelle an die Fachleute richten. Und im Nachhinein gibt's wie bei uns auch immer ein Transkript und einen Video-Mitschnitt auf unserer Website. Jetzt würde ich gerne anfangen, die Runde vorzustellen. Und zwar haben wir da einerseits Prof. Dr. Uta Gaidys. Sie ist Professorin für Pflegewissenschaft (Ethik und Kommunikation) und Leiterin des Departments Pflege und Management an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Außerdem sind Sie auch neuerdings Mitglied des Wissenschaftsrats der Bundesregierung und der Länder. Herzlich willkommen Frau Gaidys. Das Gesundheitssystem stöhnt ja unter der erneuten Welle an COVID-19-Erkrankten. Sie sind auch im regelmäßigen wissenschaftlich motivierten Austausch mit Pflegekräften, aber, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, auch selbst als Intensivpflegekraft tätig. Wie ist denn die Lage derzeit unter den Pflegekräften auf den Intensivstationen?

Uta Gaidys [00:03:01]

Ja, vielen Dank, Frau Halbach. Ich bin jetzt nicht mehr tätig als Intensivpflegende, habe lange Zeit dort aber gearbeitet, zehn Jahre. Kolleginnen und ich, wir haben eine Studie gemacht oder machen sie immer noch, mit der wir die Pflegenden begleiten seit dem April 2020 (Frau Gaidys sagt hier fälschlicherweise 2000, meint aber 2020; Anm. d. Red.). Wir erheben jetzt die Daten für die dritte Welle und wir sehen schon in der ersten Welle – aber es hat sich noch mal gezeigt in der zweiten und dritten Welle – eine hohe Belastung der Pflegenden allgemein, aber insbesondere natürlich auch der Intensivpflegenden. Insgesamt haben wir ja 3687 Pflegenden und



834 Intensivpflegende in den drei Wellen befragt. Und es gibt schon einen Unterschied hinsichtlich der ersten Welle und den Wellen, die wir jetzt haben. Der Konflikt zwischen der eigenen beruflichen Tätigkeit und der eigenen Angst, sozusagen der eigenen Sicherheit – das ist etwas runtergegangen, das sehen wir, weil die Pflegenden natürlich jetzt auch auf den Intensivstationen fast vollständig geimpft sind. Das ist ein Erfolg, dass in einem Jahr der Pandemie wirklich geschafft zu haben für die Pflegenden. Auf der anderen Seite sehen wir jetzt aber gerade auch in der dritten Welle eine unglaublich hohe Belastung, weil es einfach keine Ruhepausen für die Pflegenden gibt, sowohl keine Pausen innerhalb der Dienste als eben auch keine Pausen, wenn der Dienst vorbei ist. Und wir sehen aus unseren Daten, dass alle Pflegenden sagen, in allen Bereichen, in der zweiten und auch in der dritten Welle, die Belastung ist gestiegen, sagen 80 Prozent der Pflegenden. Das haben in der ersten Welle nur 25 Prozent der Pflegenden gesagt. Wir interpretieren das so, dass in der ersten Welle elektive Eingriffe sehr stark zurückgefahren wurden, was jetzt eben nicht mehr passiert. Deswegen sehen wir in allen Bereichen eine unglaublich hohe Arbeitsbelastung. Die Intensivpflegenden, auf die wir jetzt sehr stark den Fokus haben, die haben eine Belastung in der unmittelbaren Versorgung der COVID-Patienten. Andere Pflegende in den ambulanten Pflegediensten, aber auch in den Pflegeheimen spüren eine Belastung auf eine andere Art und Weise. Dazu könnte ich dann noch mal kommen. Wir sehen auch, was die Intensivpflegenden uns sagen und was sich von der zweiten zur dritten Welle verändert hat – ich guck jetzt gerade noch mal in den Daten, deswegen dreh ich den Kopf so ein bisschen. In der zweiten Welle haben 75 Prozent der Intensivpflegenden gesagt, dass sie Einbußen in der Versorgungsqualität sehen, und zwar in der pflegerischen Versorgungsqualität. Und das sagen in der dritten Welle 84 Prozent. Das ist schon ein Unterschied. Und die Einbußen in der pflegerischen Versorgungsqualität beziehen sich beispielsweise auf pflegerische Tätigkeiten wie Lagerung, Mundpflege, Delirprophylaxe, also originär pflegerische Tätigkeiten. Aber die haben einen Impact auf das Outcome der Patienten, auf das unmittelbare Überleben der Patienten.

Moderatorin [00:06:23]

Das heißt, die Patienten werden gerade nicht mehr so gut versorgt wie zum Beispiel vorher, weil die Belastung so hoch ist.

Uta Gaidys [00:06:28]

Genau, weil die Belastung so hoch ist. Die Pflegenden sagen, sie können eben nicht mehr so pflegen, wie sie das eigentlich wollen. Sie müssen Abstriche machen, Priorisierung machen und eben auch Rationierungen. Also wir sprechen auch von Rationierung. Das haben die Pflegenden uns angegeben.

Moderatorin [00:06:48]

Vielen Dank. Vielleicht für die Journalist*innen, die zuhören: Die Daten können Sie auch später bekommen, wenn da Interesse besteht. Schreiben Sie einfach gerne eine Mail an uns, an redaktion@sciencemediacenter.de. Frau Gaidys stellt sie uns zur Verfügung. Dann brauchen Sie jetzt nicht jede Zahl mitschreiben oder sich merken, vielen Dank dafür, Frau Gaidys. Super! Ich würde erst mal zum Nächsten in der Runde kommen. Danke für den Input-Impuls. Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Sie können da vielleicht sehr gut anschließen. Sie sind geschäftsführender Oberarzt und Leiter des ECMO-Zentrums am Klinikum Köln-Merheim und haben auch noch eine Professur an der Universität Witten/Herdecke und sind medizinisch wissenschaftlicher Leiter des DIVI-Intensivregisters, über das man ja auch sehr viel hört, wo die Daten eben herkommen zu den Intensivstationen. Wie sieht die Lage aus Ihrer Sicht aus? Können Sie Punkte wiederfinden bei Frau Gaidys, die Sie auch so feststellen?



Christian Karagiannidis [00:07:39]

Ja, vielen Dank erst mal. Und auch für die Worte von Ihnen, Frau Gaidys, weil das ist das, was uns im Moment am allermeisten beunruhigt, um ganz ehrlich zu sein, diese enorme Belastung für das Personal. Und ich will auch die Ärzte mit einschließen, es sind nicht nur die Pflegekräfte, die so extrem belastet sind, weil die körperliche Belastung und die psychische Belastung auch mit diesen extrem vielen Todesfällen hat mit den Leuten was gemacht innerhalb der letzten zwölf Monate. Das kann man nicht von der Hand weisen. Und deswegen haben wir ja auch so häufig darauf hingewiesen, dass die Situation im Moment so kritisch ist. Ich will das mal mit ein paar Zahlen untermalen, die vielleicht auch nicht jeden Tag so im Fokus stehen. Und eine Zahl, die mich sehr beunruhigt, ist im DIVI-Intensivregister. In dem nichtöffentlichen Bereich fragen wir die Kollegen ja auch: "Könnt Ihr noch aufnehmen auf die Station oder seid Ihr schon sehr eingeschränkt?" Und es gibt überhaupt nur noch ein Drittel der Intensivstationen in Deutschland, die einfach so Patienten aufnehmen können und sagen: "Wir stehen auf Grün." Wir haben da so ein Ampelsystem. Und die Nachfrage danach ist dann immer: Woran liegt das, dass das nicht gutgeht? Natürlich, weil die Kapazitäten erschöpft sind, aber leider ist es im Moment auch so, dass uns allein schon 650 Kliniken von den 1300 ungefähr melden, dass sie das aufgrund des Personals nicht können. Und wir haben das im Winter schon gehabt, da waren wir bei etwas über 700. Dazu muss man aber sagen: Dienstpläne im Dezember sind immer deutlich schwieriger, weil in dem Schichtsystem die Feiertage immer eine große Rolle spielen. Das heißt, die Arbeitszeit pro Monat ist geringer als in Monaten ohne Feiertage, sodass das für mich ein ziemliches Warnsignal ist, dass da im Moment mit dem Personal was passiert, was wir eventuell auch in der zweiten Jahreshälfte und danach nicht mehr gut abfangen können. Und es wird ja immer so gesagt, dass wir so viele freie Kapazitäten haben in Deutschland. Ich will Ihnen aber auch sagen, dass die Kliniken im Moment sehr dynamisch reagiert haben. Viele sind schon aus dem Normalbetrieb rausgegangen, viele sind schon im eingeschränkten Regelbetrieb. Und ich kann das mal hier für Köln sagen: Wir machen nur noch 50 Prozent der OP-Kapazitäten, damit wir wieder für die COVID-Patienten genügend Kapazität zur Verfügung haben. Und das führt dazu, dass wir wahrscheinlich heute oder morgen schon wieder die Grenze von 5000 Intensivpatienten überschreiten werden mit COVID. Und um das auch mal in eine Relation zu setzen, weil man immer nur diese hohe Zahl hört, wir hätten ja 25.000 bis 30.000 Intensivbetten. Ich glaube, das ist eine ziemliche Überschätzung. Und Sie sehen jeden Tag bei uns im DIVI-Intensivregister in dem Report, dass wir 56 Prozent invasiv Beatmete haben. Dazu kommt aber, dass wir auch noch einen substanziellen Teil von Patienten haben, die eine Maskentherapie haben, diese nichtinvasive Beatmung. Die ist mindestens genauso personalaufwendig. Frau Gaidys wird das bestätigen. Das ist einfach etwas, was die Pflege enorm belastet. Das heißt, von diesen 5000 Patienten sind 75 Prozent beatmet. Und wir haben uns jetzt noch mal sehr gut die Daten auch aus den vergangenen Jahren angeguckt. Und es ist grundsätzlich in der deutschen Intensivmedizin so, dass übers Jahr hinweg so 8000 bis 10.000 – 2018 in der Spitze mit der Influenzawelle 12.000 – beatmete Patienten haben. Und wenn wir jetzt plötzlich 4000, 4500, 5000 Beatmete haben, dann sind das schon 50 Prozent von dem, was wir sonst so übers Jahr hinweg in Deutschland haben. Das heißt, diese Zahl ist eigentlich viel, viel höher und viel dramatischer, als wir das empfinden von der Intensivbettenbelegung her. Zur weiteren Prognose noch mal ganz kurz: Wir können sicherlich auch nochmal über das DIVI-Prognosemodell sprechen. Es gibt ganz sicher regionale Unterschiede. Schleswig-Holstein ist ein Bundesland, das wenig belastet ist im Moment. Das ist auch gut. Und wir sehen auch Bundesländer, wo die Intensivbelastung im Moment nicht ganz so stark steigt, das ist zum Beispiel Berlin. Das heißt, wir haben eine gewisse Verhaltensänderung in der Bevölkerung, vor allen Dingen Berlin möchte ich da ganz positiv hervorheben. Wir haben durch den Oster-Effekt eine gewisse Abbremsung gekriegt, dass wir nicht weiter exponentiell gewachsen sind, und man merkt, dass die Bevölkerung das auch ernst nimmt, was wir sagen. Und da sieht man, dass die Intensivzahlen in einigen Bereichen nicht so stark steigen. Auf der anderen Seite haben wir



Bundesländer wie Nordrhein-Westfalen, wo wir im Moment relativ stark steigen, und allein von gestern auf heute sind noch mal 300 COVID-Patienten in der Summe dazugekommen, nochmal 20 mehr auf der Intensivstation. Ungefähr 20 Prozent der Krankenhauspatienten werden intensivpflichtig, das heißt fast wieder das Doppelte von dem, was wir noch im November, Dezember hatten. B.1.1.7 mit seiner höheren Krankheitsschwere macht sich da im Moment auch sehr bemerkbar. Zum Abschluss möchte ich vielleicht noch einmal einen Punkt sagen, weil wir die ersten Sechs-Monats-Daten jetzt auch angeschaut haben von den COVID-Patienten aus Deutschland, 9000 Patienten mit der AOK zusammen. Und wir haben ein substanzielles Problem auch bei den Überlebenden, die das Krankenhaus verlassen. Von 6000 Patienten, die aus dem Krankenhaus rausgehen, auch von beatmeten Patienten, muss ein Viertel wieder stationär aufgenommen werden im Laufe der nächsten sechs Monate. Wir haben noch mal eine Steigerung der Sterblichkeit. Selbst wenn man das überlebt hat und wieder nach Hause geht, sterben noch mal einige Patienten in den folgenden sechs Monaten. Und ich glaube, deswegen sollten wir insgesamt gesellschaftlich darauf achten, dass wir jetzt jeden Fall verhindern, damit wir auch diese Langzeitfolgen verhindern und damit wir auch hoffentlich schnell aus dieser Welle rauskommen.

Moderatorin [00:13:23]

Vielen Dank. Ich würde an dieser Stelle erst mal einen Cut machen, haben Sie ja selber schon gemacht. Vielen Dank. Wir kommen gleich zu der regionalen Lage, weil da auch schon Nachfragen kommen hier im Chat, kommen wir gleich noch mal bei Herrn Küchenhoff (drauf). Zuerst will ich aber Professor Dr. Gérard Krause vorstellen: Er ist Leiter der Abteilung Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig. Und schon als das Infektionsschutzgesetz das erste oder zweite Mal geändert wurde, haben sie schon kritisiert, dass dort explizit die Inzidenzwerte implementiert werden. Vor der Bundestagsdebatte morgen haben Sie diese Kritik erneuert. Können Sie die vielleicht auch in diesem Rahmen noch einmal kurz zum Ausdruck bringen? Und am besten: Welcher Wert soll es denn stattdessen sein aus epidemiologischer Sicht?

Gérard Krause [00:14:06]

Ja, vielen Dank. Tatsächlich ist die Inzidenz ein wichtiger Wert, aber nur ein Wert zur Bewertung der Pandemie. Die Pandemie ist vielschichtig, sie hat viele Teilaspekte. Ich vergleiche das eigentlich zunehmend gerne mit dem Wetter. Das ist auch vielschichtig. Das benötigt auch sehr, sehr viele Messwerte, um es zu berechnen und sogar vielleicht vorherzusagen, und insbesondere auch Experten, die diese Messwerte interpretieren und auswerten. Und insofern ist die einfache Antwort: Wir brauchen mehrere Indikatoren, um das Bild sachgerecht abzubilden und auch unsere Maßnahmen sachgerecht zu begründen oder auch fokussiert zu gestalten. Wenn man nun gezwungen ist, sich auf nur einen Messwert zu beschränken – und das scheint so zu sein –, dann wäre die Zahl der Neuaufnahmen auf Intensivstationen das, was der Situation am ehesten gerecht wird, weil sie zum einen die zeitliche Dynamik abbildet, hinreichend gut, auch ziemlich zeitnah, nicht ganz so zeitnah wie die Inzidenz, aber weil sie vor allen Dingen auch ein guter Proxy ist, ein guter Indikator für die Krankheitsschwere. Das war eigentlich schon immer so, Sie haben es ja schon erwähnt, aber jetzt wird die Sache noch wichtiger, weil sich jetzt die Sieben-Tage-Inzidenz zunehmend von der eigentlichen gesundheitlichen Lage in der Pandemie entkoppelt. Und wir können das auch jetzt schon beobachten. Es sind zwei Faktoren, die dazu beitragen – und beide Faktoren sind erwünscht übrigens. Zum einen die Zunahme der Testaktivitäten, insbesondere in Bevölkerungsgruppen, die gemeinhin nicht oder nicht schwer an einer Infektion erkranken, also vor allen Dingen Schulen. Das führt zu einer massiven Steigerung der Fallmeldungen, die aber nicht proportional ist zu einer Steigerung der Krankheitslast. Zum anderen auch die Impfung. In dem Maße, indem es uns wirklich gelingt,



gerade auch die Zielgruppen prioritär zu impfen, wird die Krankheitslast runtergehen – hoffentlich. Gleichzeitig wird aber die Zahl der Infektionen nicht in demselben Maße runtergehen wie die Erkrankungen. Das heißt, Infektionen werden weiterhin festgestellt und gemessen werden. Die gesundheitliche Belastung wird aber hoffentlich runtergehen. Das heißt, wir haben zwei erwünschte Effekte, die in Bezug auf den Indikator, nämlich die Sieben-Tage-Inzidenz, deutlich machen, dass diese kein guter Orientierungspunkt mehr ist für die Lage der Pandemie. Wie gesagt, am besten wäre es eigentlich, man würde mehrere Faktoren gleichzeitig berücksichtigen, die in einen Gesamt-Score reingießen, entsprechend gewichtet, dann in einfache Stufen, sagen wir mal fünf Stufen unterteilen, sodass man sie leicht kommunizieren kann. Aber wenn wir nur einen Wert nehmen sollen oder müssen oder dürfen, dann sollte es aus meiner Sicht nach aktuellem Stand die Sieben-Tages-Neuaufnahmenzahl auf Intensivstation sein. Und dann ist noch ein wichtiges Detail zu ergänzen: Diese Zahl sollte erstens auch wie die anderen Indikatoren nach Alter, vielleicht auch nach Geschlecht stratifiziert werden und beobachtet werden, idealerweise auch nach Bevölkerungs-, nach Berufsgruppen und anderen soziodemographischen Eigenschaften. Aber ganz wichtig ist: Geografisch sollte es bezogen werden auf den Herkunftsort der Patienten und nicht auf den Standort der Intensivstation.

Moderatorin [00:17:37]

Dann ist aber jetzt die Frage: Wenn Sie sagen, ein mehrstufiges Modell und wir müssen mehrere Parameter mit einbeziehen, hört sich das sehr komplex an für die akute Lage. Haben wir denn die Daten zu dem, was Sie jetzt vorschlagen? Nehmen wir jetzt mal die Neuaufnahmen als Einzelindikator heraus, weil darauf kommen wir gleich noch mit Herrn Küchenhoff zu sprechen. Hätten wir theoretisch für dieses komplexe Instrumentarium, das Sie gerade vorgestellt haben, überhaupt die Daten?

Gérard Krause [00:18:02]

Das ist erstaunlich, was die Gesundheitsämter alles schon erheben. Und es ist noch frustrierender, wenn man sich anschaut, dass das Infektionsschutzgesetz zum Teil den Gesundheitsämtern verbietet, diese Informationen an die Landesstellen und ans RKI (Robert-Koch-Institut) zu übermitteln. Auch das Thema ist ja nicht neu, auch das hatte ich bei einer früheren Bundestagsanhörung schon mal angemerkt. Aber auch jetzt schon hat ja das Robert-Koch-Institut in seinen täglichen Berichten eine ganze Menge an Details, die es jeden Morgen berichtet. Nur leider werden die nicht berücksichtigt bei der Entscheidungsfindung. Und ich fürchte, dass wenn jetzt auch noch gesetzlich gekoppelt wird, verpflichtend gekoppelt wird, dass ein einziger Wert die Bemessungsgrundlage für das Handeln ist, dann wird dieses Problem noch größer werden.

Moderatorin [00:18:44]

Also, was Sie auch häufiger gesagt haben in der Pandemie: Wir brauchen ein bisschen mehr Pragmatismus in Deutschland. Gerade beim Impfen brauchen wir ein bisschen mehr Pragmatismus. Das hab ich bei Ihnen im Kopf, dass Sie das häufiger gesagt haben. Wenn jetzt der Effekt der Impfung jetzt gerade aber groß genug sein wird, dass wir das Blatt eben wenden können, dass es ein bisschen einfacher wird, die Krankheitslast zu reduzieren. Ja, es wird weiter Infektionen geben, wie Sie gerade auch schon gesagt haben. Aber ist es in dieser Situation noch pragmatisch zu sagen: Okay, wir müssen das Instrumentarium für diesen Gesetzesentwurf noch mal wechseln, der ja sowieso bis Ende Juni nur gelten soll? Wäre es nicht andererseits auch möglich zu sagen: Ja, komm, dann nehmen wir jetzt noch die Inzidenz, die überschätzt das Ganze zwar ein bisschen, aber dann kommen wir schneller aus der Welle raus. Und danach müssen wir auf jeden Fall was haben, das dann die Lage gut einschätzt für langfristige Prognose-



sen und Monitoring von COVID, wenn wir damit leben müssen in Anführungszeichen, dass immer noch mal ein paar Infektionen auftauchen werden. Kann man nicht an dieser Stelle noch ein bisschen Pragmatismus fordern? Ach komm, bis Juli kriegen wir das mit der Inzidenz auch noch hin – oder was wäre da Ihre Meinung?

Gérard Krause [00:19:50]

Das sind ja viele Themen auf einmal gewesen, deswegen muss ich mehrere Antworten geben. Also zunächst einmal: Pragmatismus, bin ich sicherlich ein Freund von. Aber in Bezug auf das Impfen möchte ich nicht falsch verstanden werden, möchte ich eher noch betonen, dass die kürzlich immer lauter werdenden Stimmen, man möge doch die Priorisierungsliste wieder verwerfen und das alles nicht so streng nehmen, dass ich da ganz anderer Meinung bin. Ich bin der Meinung, solange wir es noch nicht geschafft haben, dass wir alle über 80-Jährigen, die eine Impfung wollen, auch geimpft haben, und dass wir alle, die mit entsprechenden Vorerkrankungen auch geimpft haben, die eine wollten – und das ist noch nicht der Fall, und wir sind offenbar noch weit davon entfernt –, dann sollten wir wirklich auch noch nicht anfangen zu diskutieren, dass wir die Priorisierungsreihenfolge verwässern oder auflösen, bloß weil es dann so schön einfach wird. Man kann dann schon schön die Impfstatistiken frisieren und nach oben bringen. Aber man hat dann nicht unbedingt die Leute gesch tzt, die man hätte sch tzen sollen. Sonst widerfährt uns das gleiche Drama, in das wir absehbar Ende letzten Jahres reingeraten sind. So weit zum Thema Impfen und zum Thema Pragmatismus. Zum Thema Zeitpunkt: Man beobachtet es jetzt schon, dass dieser Inzidenzwert nicht gut korreliert mit der Lage. Es ist auch ein Irrglaube, dass dieser Inzidenzwert die Sache überschätzt. Der Inzidenzwert kann durchaus auch Risiken unterschätzen, (und) zwar nämlich dann, wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders anfällig und vulnerabel sind, in ihrer Zahl, in ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung vielleicht klein sind und sich in diesen Bevölkerungsgruppen vielleicht ganz besondere Dramen abspielen, weil dort schwere Erkrankungen auftreten. Nehmen wir nur an schlecht versorgte Heime, an Bevölkerungsgruppen, die unter engen Wohnverhältnissen leben müssen, deren Testergebnisse vielleicht auch nicht ganz so schnell und ganz so sensitiv in die Statistiken einfließen und die vielleicht durch andere Co-Erkrankungen sogar noch häufiger schwere Verläufe haben. Die würden dann bei der allgemein pauschalierten, auf 100.000 Einwohner bezogenen Inzidenz überhaupt nicht in Erscheinung treten und dann würden die entsprechenden Maßnahmen auch zu spät greifen oder gar nicht. Das heißt, es geht ja nicht nur darum, die Dinge vermeintlich zu verharmlosen oder die Dinge weniger dramatisch darzustellen, sondern es geht darum, sie sachgerecht darzustellen. Und deswegen muss man auch den richtigen Indikator wählen. Wenn es sich entkoppelt, entkoppelt es sich möglicherweise in beide Richtungen.

Moderatorin [00:22:25]

Vielen Dank! Es kommt noch eine Nachfrage, die würde ich einfach direkt mal in die Runde stellen, vielleicht auch an Herrn Karagiannidis noch mal zurück. Dann kommen wir zu Ihnen, Herr Küchenhoff, keine Angst. Kommt die Aufnahmezeit auf der Intensivstation nicht einfach viel zu spät, um dann noch nachsteuern zu können. Also wenn wir sagen, wir schauen die tägliche Neubelegung an, sind wir nicht dann schon so weit über den Zenit mit den Infektionen zuvor, dass es sowieso zu spät kommt?

Christian Karagiannidis [00:22:48]

Nein, die Angst habe ich nicht nach allem, was wir in den letzten zwölf Monaten gelernt haben. Wir haben eine gewisse zeitliche Latenz da drin, die sich vor allen Dingen daraus begründet, dass die Intensivpflichtigkeit ja erst ein paar Tage nach der Infektion einsetzt. Das ist sicherlich



nicht von der Hand zu weisen. Auf der anderen Seite haben wir eine ziemliche Robustheit in den Daten. Wir haben mehrere gute Prognosemodelle, zum Beispiel das von Herrn Schuppert, Herrn Weber-Carstens und mir, wo wir, glaube ich, im Moment noch sehr gut liegen. Und ich glaube, wir sollten auch niemals hergehen und sagen: Es gibt nur dieses eine, sondern wir müssen das insgesamt schon im Auge behalten. Der riesige Vorteil, den die Intensivbetten-Belegungszahlen natürlich haben, ist, dass dieser Parameter viel robuster ist. Wir sind nicht abhängig von täglichen Schwankungen. Wir sind nicht abhängig von der Berechnung des R-Wertes, der wirklich komplex ist, weil wir Meldeverzögerungen drin haben, sondern wir sehen ja wirklich das, was los ist. Und wir sind auch völlig unabhängig von Testfrequenzen. Das heißt, diese Latenzzeit von ein paar Tagen erkaufte man sich dann mit doch deutlichen Vorteilen, die man am Ende hat.

Moderatorin [00:24:03]

Wir wollen ja nicht die Inzidenz, wie Sie auch gerade sagen, vernachlässigen. Das wäre nicht die Idee. Aber wenn wir jetzt sehen, in den jüngeren Altersgruppen breitet sich das besonders stark aus. Ich spreche nicht von Schulkindern, da kann man nicht mehr vergleichen. Aber sagen wir mal bei 20- bis 30-Jährigen gibt's einen hohen Anstieg. Irgendwann schwappt es dann doch wieder in die höheren Altersgruppen über, die nicht geschützt sind. Mittlerweile haben da ja auch welche eine Impfung. Handeln wir uns da nicht ein neues Risiko ein, wenn wir jetzt sagen würden, wir lassen da unten erst mal laufen?

Christian Karagiannidis [00:24:43]

Das ist genau der Punkt. Wir dürfen halt nicht nur auf die Intensivzahlen gucken, sondern wir müssen den Rest schon im Blick behalten. Zwei Punkte dazu, zu den jungen Menschen. Natürlich ist es so, dass die das übertragen, insbesondere wenn junge Menschen berufstätig sind. Wir sehen das gerade hier bei uns in Köln: Es sind die Berufstätigen, die im Moment auf der Intensivstation liegen. Diese Altersklasse ist gerade da. Und natürlich haben wir so ähnlich wie von Kindern auf Großeltern, die haben das sehr gut gelernt, die Großeltern sich zu schützen, das merkt man auch. Die Bevölkerung zeigt ein gewisses Verhalten. Genauso haben wir natürlich auch einen Shift aus den jungen Berufstätigen zu den Älteren. Aber das muss man einfach im Blick behalten. Und ich glaube, was jetzt ganz wichtig ist, dass wir auch aus anderen Systemen lernen. Wir haben in Israel diesen Vorsprung mit der Impfung. Wir haben in England den Vorsprung mit der Impfung. Und diese Frage wird ja dann ganz besonders relevant, wenn wir zu dem Punkt kommen, dass wir Jüngere impfen. Wenn die Risikogruppen geschützt sind und man merkt, es sind Lockerungen da, das wird ja kommen im Laufe des Jahres, dann müssen wir vor allen Dingen in diese Altersgruppe gucken, dass die sich auch weiterhin schützt und dass die auch geimpft werden. Und da sollten wir aus den anderen Ländern lernen, die uns im Moment voraus sind mit dem Impfen.

Moderatorin [00:25:58]

Okay, super, vielen Dank. Jetzt würde ich erst einmal den Vierten im Bunde hier zu Wort kommen lassen. Das ist Prof. Dr. Helmut Küchenhoff. Er ist Professor am Institut für Statistik und Leiter des Statistischen Beratungslabors an der LMU (Ludwig-Maximilians-Universität München) in München. Sie haben sich ja schon im Herbst 2020 damit beschäftigt, welche Parameter den Pandemieverlauf gut beschreiben. Dafür hab ich einen Preprint gefunden. Damals haben sie den R-Wert empfohlen statt kumulativer Fälle. Jetzt schlagen auch Sie vor, statt der Inzidenz die täglichen Neuaufnahmen auf den Intensivstationen zu betrachten und haben eine Bestimmung des Grenzwertes entwickelt, den Sie in Ihrem neuen CODAG-Bericht Nr. 13 auch vorstellen. Könnten Sie uns noch mal kurz erklären, wie er funktioniert und inwiefern Sie die



Parameter dort in einer guten Datenlage vorliegen haben, die da eigentlich einfließen müssten, zum Beispiel die Liegedauer der COVID-19-Patienten?

Helmut Küchenhoff [00:26:49]

Gut. Also wir haben uns überlegt, wie machen wir das konkret? Wie schauen wir nach Grenzwerten, wie bestimmen wir rational Grenzwerte für Neuaufnahmen? Und dazu haben wir einen Ansatz gewählt, dass wir gesagt haben, wenn wir eine konstante Rate von Neuaufnahmen annehmen. Und dann haben wir gesagt: gut, wir haben Daten auch zu der Liegedauer von Patientinnen. Und aus dieser Liegedauer und der Anzahl der täglich hereinkommenden Neuaufnahmen kann man einfach anschauen, wo pendelt sich dann die Anzahl der belegten Betten ein. Und dann kann man für die Anzahl der belegten Betten eine Grenze bestimmen. Und aus dieser Grenze kann man dann eben zurückrechnen eine Grenze für die Neuaufnahmen. Ich zeigt das vielleicht mal kurz konkret an dem Beispiel hier, wo wir das haben ... Ich mach mal auf Vollbild ... Und jetzt gehen wir zurück ... Also das ist jetzt hier eine Berechnung, die wir mal gemacht haben, nur einfach mal, um das zu illustrieren. Wir haben hier von der DIVI die Kapazitäten an Betten insgesamt. Dann haben wir gesagt, wir nehmen jetzt mal als Ansatz: 30 Prozent dieser Betten sind für COVID-Patienten, und dann können wir daraus berechnen, was ist ein Grenzwert von täglichen Neuaufnahmen, so dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 Prozent diese Kapazität nicht überschritten wird. Und das sind dann die Grenzwerte für Deutschland. Insgesamt kommt dann ein Wert von 595 raus und so weiter. Dann haben Sie eben hier für Nordrhein-Westfalen, (für) Bayern dann jeweils Werte, die sich an der jeweiligen Kapazität orientieren. Dann kann man auch sagen – ich sag gleich dazu noch was, wie man das berechnet – dann haben wir ein Modell entwickelt, wie die Neuaufnahmen berechnet werden. Wir haben leider die täglichen Neuaufnahmen noch nicht. Bald haben wir sie hoffentlich. Die haben wir nur für gesamt Deutschland. Deswegen haben wir ein Modell entwickelt, wie man aus den Belegungen dann die täglichen Neuaufnahmen schätzen kann. Ergebnisse zeige ich Ihnen gleich. Das sind die aktuellen Ergebnisse, so wie wir sie gestern berechnet haben. Und da kommt eben raus: zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen sind wir bei 130, (da) sind wir knapp unter diesem Grenzwert. In Bayern haben wir 91, da sind wir über dem Grenzwert. Und wenig überraschend natürlich für die DIVI-Kollegen: in Thüringen haben wir 24, und da sind wir natürlich deutlich über diesem Grenzwert. Das deckt sich auch, denke ich, mit der Erfahrung. Und dann haben wir zusammengefasst Hamburg und Schleswig-Holstein, weil da auch einige Patienten von Schleswig-Holstein wohl nach Hamburg gehen. Und dort sind wir auch eben entsprechend unter diesem Grenzwert. Also wir können jetzt hier ganz konkret sehen, wo ist die Lage besonders dramatisch und wo ist die Lage weniger dramatisch. Und das korreliert natürlich mit den Inzidenzen. Wenn Sie sich die Inzidenzen anschauen, sind die natürlich auch so ähnlich, aber Sie haben hier einen Mehrwert. Und vor allen Dingen haben wir eine rationale Begründung für diese Grenzwerte. Diese Grenzwerte sind jetzt nach der Kapazität bestimmt. Aber man kann natürlich auch sagen: Wir überlegen uns als Gesellschaft, wie viele Betten sind wir bereit, mit COVID-Patienten zu belegen. Aus diesem Grenzwert haben wir da eine Rationalität ... also aus dieser Kapazität können wir dann sagen: Das sind die Grenzwerte, und dann greifen wir ein.

Moderatorin [00:30:33]

Da würde ich gerne nochmal eben kurz die Nachfrage an die beiden Fachleute für Intensivstationen stellen. Wenn wir jetzt Kapazität 30 Prozent – das sind ja Beispielrechnungen, haben Sie gesagt – 30 Prozent für COVID blockieren oder festsetzen. Ist das viel oder ist das wenig? Auch vielleicht an Frau Gaidys. Was ist denn so eine normale Belastung auf den Intensivstationen? Sind da 30 generell erst mal frei zu machen für COVID-Patienten?



Uta Gaidys [00:30:59]

Da bin ich keine gute Expertin, das zu beantworten. Also das kann vielleicht Herr Karagiannidis.

Christian Karagiannidis [00:31:08]

Ja, es ist so. Setzen wir das mal in den historischen Kontext. 2018, können sich viele daran erinnern, hatten eine sehr starke Grippewelle. Da lag die halbe Republik gefühlt flach. Und da war es so nach unseren Auswertungen, dass wir in der Spitze etwas über 3000 Intensivpatienten gleichzeitig hatten, bei einer Gesamtbettenzahl, die ungefähr so bei 30.000 lag. Das heißt zehn Prozent dieser Betten waren belegt, und die Krankenhäuser waren richtig voll damit. Und die Bevölkerung hat es gemerkt, dass viele krank geworden sind in diesem Winter 2018. Und wenn wir jetzt über 30 Prozent sprechen, sind wir sowieso schon weit über dem, was wir jemals in der Intensivmedizin hatten. Und ich glaube, auch da hilft wieder der Vergleich. Wenn Sie mal nach Frankreich gucken, wie es da aussieht. Da hat man die 30 Prozent an einigen Stellen sehr deutlich überschritten. Da wird mittlerweile in Paris eine Cafeteria umgebaut zur Intensivstation. Also das ist was für eine einzelne Erkrankung, was wirklich viel ist in der deutschen Medizin.

Moderatorin [00:32:09]

Danke schon mal dafür. Dann hatte eine Nachfrage an Herrn Krause. Sie haben ja jetzt gesagt, Sie haben regionale Werte ermittelt, weil die Daten noch nicht vorliegen. Also einerseits ... Vielleicht doch erst die Frage an Herrn Karagiannidis. Sie müssen doch diese Daten haben oder? Die täglichen Neuaufnahmen pro Bundesland, damit Herr Küchenhoff die nicht schätzen muss. Sind Sie da im Austausch? Werden vielleicht die dann auch öffentlich in den DIVI-Berichten? Das würde glaube ich auch einige Datenjournalisten interessieren.

Christian Karagiannidis [00:32:36]

Im Moment muss man es händisch machen. Das kann man schon ausrechnen von Tag zu Tag an den Tabellen, die wir im internen Bereich haben. Wir sind aber dran, dass wir das automatisiert zur Verfügung stellen. Man darf nur nicht ganz vergessen, wir haben dieses Intensivregister innerhalb kürzester Zeit aufgebaut, aus dem Nichts heraus quasi. Und wir sind da dran, das weiter zu verbessern. Wichtiger ist uns im Moment aber, um ehrlich zu sein, noch die Altersstruktur. Und das werden wir versuchen zu implementieren. (Der Grund): Ich habe ein bisschen Bauchschmerzen im Moment mit B.1.1.7. Die Patienten werden sehr schnell schlecht. Wir haben viele Junge da drunter, und das beeinflusst natürlich die Steuerung der Pandemie sehr stark. Wenn es wirklich so sein sollte, dass die Patienten jünger sind. Und deswegen versuchen wir das möglichst schnell zu implementieren.

Moderatorin [00:33:23]

Okay, super, da kommen wir gleich auch noch mal drauf. Aber Herr Küchenhoff, vielleicht machen Sie doch noch mal kurz weiter mit der aktuellen Lage. Ich muss ein bisschen auf die Tube drücken. Es ist schon viertel vor. Aber sagen Sie bitte noch mal, das sind jetzt Ihre neuen Berechnungen der regionalen Lage.

Helmut Küchenhoff [00:33:38]

Man kann natürlich drüber diskutieren, was man als Kapazitätsgrenzen nehmen will. Aber man hat hier eine, und das ist mir als Wissenschaftler besonders wichtig, eine rationale Begründung für diese Grenzwerte. Und man kann darüber natürlich diskutieren, und man kann sagen, wir nehmen 20 Prozent, dann rechne ich ihnen andere Grenzwerte aus. Aber das ist viel klarer als



diese unsäglichen 100, die völlig vom Himmel fallen, die keinerlei rationale Begründung haben bei den Inzidenzwerten. Und deswegen sind wir auch so stark dafür. Hier ist noch mal das Bild zur aktuellen Lage. Wie gesagt, wir haben das geschätzt. Ab nächster Woche werden wir das dann auch mit den realen Daten sehen. Das ist auf unserer Webseite immer abrufbar. Wir sehen hier: In Sachsen haben wir eine schwierige Lage, da sind wir deutlich höher. In Thüringen, Berlin und Brandenburg. Man sieht dann Trends. In Baden-Württemberg geht es leicht nach oben. Hamburg und Schleswig-Holstein, da haben wir keine so dramatische Situation. So viel dazu. Ich glaub, ich mach meinen Bildschirm wieder aus.

Moderatorin [00:34:41]

Danke. Jetzt haben wir ja gerade schon gesehen, man kann das auf die Bundesländer herunterbrechen. Das ist jetzt aber, wenn man die Inzidenz im Vergleich, die man ja pro Kreis jetzt irgendwie errechnet. Und wenn wir das neue Gesetz haben, dass, wenn pro Kreis die Inzidenz von 100 überschritten ist, Maßnahmen eingeleitet werden sollen ... Aus epidemiologischer Perspektive, Herr Krause, reicht es, das auf Bundeslandebene zu machen? Also wir kommen nicht tiefer runter, sage ich mal in der Regionalität. Reicht das, um gut die Pandemie zu beherrschen? Das ist ja sehr konservativ dann gerechnet. Also wenn das ganze Bundesland schon drüber ist, dann ...

Gérard Krause [00:35:14]

Warum kommen wir nicht tiefer runter?

Moderatorin [00:35:17]

Also detaillierter, meine ich, regional, also auf Kreisebene, oder?

Gérard Krause [00:35:23]

Warum nicht?

Helmut Küchenhoff [00:35:25]

Wir können sicher auf Bezirksebene kommen. Bei Kreisen werden die Zahlen – Gott sei Dank – so gering, dass es dann instabiler ist. Aber auf Bezirksebene kommt man – man muss nicht die ganzen Bundesländer nehmen, wenn man die entsprechenden Daten hat.

Moderatorin [00:35:37]

Aber das wäre sinnvoll. Also noch regionaler zu werden.

Helmut Küchenhoff [00:35:40]

Das feiner zu machen. Aber so ganz kleine Bezirke ... das ist vielleicht auch gar nicht sinnvoll. Und dann haben wir Statistiker natürlich auch in unserem Tools, wir können sozusagen eine räumliche Glättung machen und sowas. Da haben wir dann auch Möglichkeiten, das entsprechend durchzuführen.

Moderatorin [00:35:58]

Gut, aber das würde dann reichen an Regionalität, Herr Krause? Weil ich dachte, wenn man auf die Bundesländerebene guckt, ist das vielleicht ein bisschen großskalig.



Gérard Krause [00:36:05]

Nein, nein, wir müssen das natürlich möglichst lokalisieren. Und wir haben in der Epidemiologie Verfahren, um auch seltene Ereignisse in kleinräumigen Einheiten darzustellen. Herr Küchenhoff hat das gerade auch beschrieben. Denn tatsächlich sollten ja die Maßnahmen, das ist ja auch ein Wunsch, dass sie möglichst zielgerecht und dann eben auch geografisch und zeitlich zielgerecht orientiert werden. Aber das geht schon. Man muss sich halt daran gewöhnen, dass man kleinere Werte hat. Man muss die Trends stärker berücksichtigen als die absoluten Werte, was ja auch bei den Inzidenzzahlen sowieso auch schon eine Forderung ist. Der absolute Wert ist weniger wert als der Trend dieses Wertes. Also der Vergleich zum Beispiel: Ich habe einen kleinen Landkreis und habe stabile Zahlen. Das ist eine ganz andere Situation, als wenn ich dieselbe Zahl habe, aber das steigt die ganze Zeit schon an und wird absehbar weiter ansteigen. Oder es ist am Absinken. Ebenso, und da kommt jetzt diese räumliche Glättung mit rein und überhaupt die räumliche Zuordnung mit rein: wie die Situation in meinem Landkreis aussieht, ist eine Sache. Aber ich muss immer auch mit berücksichtigen oder sollte mit berücksichtigen, wie die Situation in meinen Nachbar-Landkreisen aussieht. Und da kommt dann diese räumliche Zuordnung ja auch noch mit rein.

Moderatorin [00:37:18]

Sehr gut. Frau Gaidys, ich würde Sie gerne nochmal mit reinnehmen. Da kommt eine Nachfrage an Sie ... Nehmen Sie auch wahr, dass aufgrund der zunehmenden Belastung immer mehr Pflegekräfte darüber nachdenken, ihren Job wirklich auch aufzugeben. Also rauszugehen aus der Pflege. Und was heißt das? Und noch eine Frage von mir, die on top kommt. Was heißt das für nach der Pandemie? Was müssten wir jetzt schon anders machen? Auf welche Probleme steuern wir da eigentlich zu? Das wäre mir nochmal wichtig, wenn Sie das nochmal klar ziehen.

Uta Gaidys [00:37:52]

Ja, der Ausstieg von Pflegenden aus dem Beruf war schon immer ein Problem, muss man einfach sagen. Und was wir eben sehen, auch in unserer Befragung, dass die Motivation der Pflegenden, also warum sie in die Pflege gehen, das ist relativ stabil. Die Menschen gehen in die Pflege, um anderen Leuten zu helfen, die krank sind, um sie zu unterstützen. Und das ist eine tolle Motivation. Wir schaffen es aber nicht im System, diese Motivation aufrechtzuerhalten. Und das ist eine Frage. Die Pflegenden gehen nicht raus, weil sie die Schnauze voll haben von dem Beruf, von der Tätigkeit, die sie machen, sondern weil sie mit den Rahmenbedingungen eben nicht mehr arbeiten können. Das ist das eine. Wir sehen, der Wert hat sich etwas erhöht, also vom April letzten Jahres zu jetzt, aber nicht signifikant erhöht, sag ich mal. Wir reden über 80 Prozent Frauen in dem Beruf. Und da muss man sagen, Frauen nutzen relativ häufig dann die Möglichkeit für sich selber, Teilzeit zu arbeiten. Und auch das ist ein Problem, für die Frauen, aber auch für das System selber. Weil, um den Beruf überhaupt ausüben zu können, müssen die Frauen Teilzeit arbeiten, um mit den Belastungen umgehen zu können. Sie individualisieren das Problem, das wir sozusagen als Gesellschaft auf die Schultern der Frauen verteilen. Und das finde ich, das geht überhaupt nicht. Die andere Sache ist, die Pflegenden, die also dann sagen, sie gehen raus aus dem Beruf, was wir eben zu großen Teilen haben. Jetzt würde ich sagen, aus unseren Zahlen würde ich 17 Prozent als ausstiegsgefährdet identifizieren. Das wird ein Problem nach der Pandemie werden, weil die Belastungen im Gesundheitssystem werden bleiben. Natürlich hoffen wir, dass es (nach) Corona eine gewisse Entlastung gibt. Aber dann wird die Frage stehen: Was passiert dann mit den Pflegenden? Und was wir sehen jetzt speziell auch noch mal an den Intensivpflegenden, dass die unglaubliche Kompetenz, die Intensivpflegende haben, die Spezialisierung, die sie machen, dass die nicht abgebildet wird in der Bewertung dieser Arbeit, also finanziell nicht abgebildet wird. Und das ist auch ein Riesen-



problem. Die Einstiegsgehälter für Pflegende sind gestiegen in der letzten Zeit, das ist auch gut. Aber die Möglichkeit dann, wenn ich mich weiterbilde, wenn ich ein Studium mache, wenn ich mich spezialisiere, das sozusagen nicht Bewährte zu bekommen, das, finde ich, ist etwas, was man sich überlegen muss.

Moderatorin [00:40:27]

Dazu kommt direkt eine Nachfrage. Werden wegen des Pflegeschlüsselt seit Februar 2021 ihres Wissens regional vielleicht sogar Bettenkapazitäten abgebaut, weil man sie wegen Personalmangel einfach nicht mehr belegen kann? Also ich erinnere mich daran irgendwie. Am Anfang haben wir drüber gesprochen, super, wir haben die meisten Betten pro Bevölkerung in Deutschland. Dann waren irgendwie doch die Beatmungsplätze knapp. Aber dann wurde klar: irgendwie braucht man das Personal dafür. Also inwiefern wurden auch die Ressourcen des Krankenhaus an das vorhandene Pflegepersonal angepasst, oder ist es eher andersherum?

Uta Gaidys [00:40:57]

Also das kennen wir ja auch schon, das Betten sozusagen gesperrt werden, wenn das Personal nicht da ist, um die Betten zu versorgen, die Patienten in den Betten zu versorgen. Das ist auch klar. Dass das großflächig passiert, das kann ich nicht sehen.

Christian Karagiannidis [00:41:14]

Darf ich da noch mal eingreifen, weil das ärgert mich kolossal. Dieses Wort "Bettenabbau". Ich sag Ihnen, da treiben Sie meinen Blutdruck auf 200 hoch mit. Und das kommt auch aus politischen Ecken, wo es wirklich nicht richtig ist. Wir bauen in Deutschland keine Betten bewusst ab. Ja, jede Klinik würde Pflegepersonal einstellen. Wir haben es einfach nicht. Und ich will das auch mal so klar und deutlich sagen. Da gibt's keinen bewussten Abbau, sondern wir können nur das betreiben, wofür wir Personal haben.

Uta Gaidys [00:41:43]

Dazu muss ich jetzt auch noch mal was sagen? In den 2000er Jahren wurden 40 000 Pflegeplätze, also Pflegestellen eingespart. Wir sind jetzt auf einem Weg ...Wir haben das nie wieder ganz kompensieren können. Jetzt sind zwar Bemühungen, die Menschen wieder in die Pflege zu holen, aber wir haben es nicht kompensiert. Es sind einfach Fehler gemacht worden in der Zeit der DRG-Umstellung, und die Auswirkungen sehen wir heute.

Christian Karagiannidis [00:42:11]

100 Prozent bei Ihnen. Aber im Jahr 2020 baut keiner mehr aktiv Intensivbetten ab. Weil das kam sehr viel auch aus einigen politischen Ecken. Und das kann man wirklich ganz klar sagen, jede Klinik will einstellen. Ich gebe Ihnen völlig recht. Die Fehler liegen weiter zurück, ganz klar.

Moderatorin [00:42:30]

Vielen Dank. Ich habe noch eine Frage, vielleicht auch an Herrn Karagiannidis. Wie hat sich im Zuge der Impfung der Altersschnitt auf den Intensivstationen verändert? Also da hört man immer, das ist jetzt so quasi das Paradox, was dadurch ausgelöst wird. Irgendwie haben ja gar nicht so hohe Zahlen, aber die liegen einfach nur super lang, deswegen sperren sie quasi Betten für weitere Intensivpatienten, die wir in den ersten Wellen hätten schneller entweder versorgen können oder weil sie einfach so schnell gestorben sind. Und wie hat sich dann deshalb



auch die Mortalität geändert? Und welche guten Daten gibt es eigentlich zur Liegedauer? Also gibt es da irgendwelche Datengrundlagen?

Christian Karagiannidis [00:43:06]

Also die Antwort ist sehr einfach und sehr schnell: Die Daten haben wir nicht. Vor allem haben wir sie nicht real time zur Verfügung. Wir haben sehr gute Daten aus dem Jahr 2020, jetzt auch noch mal aufgearbeitet. (Für) das ganze Jahr 2020 wissen wir genau die Alterszusammensetzung, genau die Liegezeiten. Wir haben aber zu B.1.1.7 zu wenig Real-Time-Information. Wir haben einzelne Stichproben, die nicht gut genug sind in meinen Augen. Über das Intensivregister müssen wir es irgendwie schaffen, zumindest die Altersstruktur abzufragen. Und letzten Endes wird uns die Intensivbetten-Belegung im Zusammenhang mit der Inzidenz und im Zusammenhang mit der Intensivpflichtigkeit und mit unseren Prognosen zeigen, wie es am Ende ist. Wir können irgendwann mal zurückrechnen aus diesen Daten, wie es ungefähr aussieht. Das ist momentan für mich die einzige echte Real-Time-Datenquelle: Wenn wir da eine Verschiebung bekommen würden, die uns anzeigt, die Patienten liegen wirklich länger und die sind wirklich jünger unterm Strich.

Moderatorin [00:44:06]

Okay, wissen wir einfach nicht. Aber solche Faktoren werden ja wichtig, um die zum Beispiel auch in die Berechnung der Grenzwerte mit einzubeziehen, Herr Küchenhoff, oder nicht? Weil die Dauer ist ja ein ganz wichtiges Kriterium oder Parameter für Ihre Berechnung.

Helmut Küchenhoff [00:44:20]

Ja, genau. Das ist der zentrale Parameter. Und es ist relativ einfach. Das ist die Anzahl der Neuaufnahmen mal der mittleren Liegedauer, das ist die Belegung. Also das ist eine ganz einfache Rechnung. Und wenn sich die Liegedauer verdoppelt, dann verdoppelt sich halt auch die Belegung. Das ist sozusagen auch intuitiv relativ klar. Und wir haben jetzt in unseren Rechnungen, um das auch noch mal zu sagen, wir sind eben von den Daten, die die Kollegen hatten, ausgegangen vom letztem Jahr. Aber wir haben dann eben einfach, da war die Liegedauer 11, aber wir sind jetzt um zwei Tage höher gegangen. Also das ist natürlich auch so ein Faustwert von den Kollegen, wo wir sagen, die Liegedauer ist jetzt etwas länger geworden durch die Mutation und durch die Altersstruktur. Aber das wissen wir nicht genau. Aber wir haben das schon in diese Grenzwertberechnung einbezogen, dass wir jetzt eine höhere Liegedauer haben als im letzten Jahr. Aber das sind eben alles Sachen, die man, um das noch mal zu betonen, in die man wohlbegründet dann auch diskutieren kann. Bei den 100 können die Gesundheitsämter das nicht nachvollziehen [...]. Das wurde ja immer als Argument (gebracht). Da kenne ich keine Studie, die das in irgendeiner Weise belegt. Und zur Liegedauer, da gibt's eben ein paar Studien, und da gibt's eben die guten Auswertungen von den Kollegen vom letztem Jahr, und da wird es auch wieder neuere Studien geben. Und dann kann man das dann entsprechend durchführen. Also wir haben eben generell das Problem, das muss ich hier vielleicht auch noch mal als Statistiker einfließen lassen, eben das Problem, dass wir eben nicht so gute Daten haben. Wir haben eben auch keine, wie die englischen Kollegen, keine Stichprobe. Wo wir eben zum Beispiel auch die Inzidenz, nicht die Meldeinzidenz, sondern die richtige Inzidenz alle Wochen oder alle vierzehn Tage bestimmen können. Also das sind auch Mängel, die hier jetzt uns auch in gewisser Weise auf die Füße fallen. Wenn wir eine Stichprobe hätten, dann könnten wir die Meldeinzidenz natürlich auch viel besser bewerten und sagen: Aha, jetzt ist die Dunkelziffer so, und vor drei Monaten war sie anders.



Moderatorin [00:46:15]

Ja, das war schon häufig Thema hier, die Datenverfügbarkeit. Herr Krause, ich hab noch eine Frage an Sie. Und zwar: Wie offen erleben Sie denn jetzt die EntscheidungsträgerInnen in Politik und Verwaltung für die Einführung solcher besser begründeten Indikatoren. Also für das jetzige Gesetz, das sieht ja nicht so gut aus, muss ich sagen. Aber haben wir da eine Chance, dass wir das irgendwie hinkriegen, auch so in einer langfristigen Beobachtung der Pandemie?

Gérard Krause [00:46:38]

Ach, da möchte ich mich eigentlich ungern zu äußern, muss ich sagen. Ich erlebe das sehr unterschiedlich. Es gibt auf allen Ebenen der Politik Abgeordnete, einzelne Minister, Ministerinnen (mit) sehr interessierte Rückfragen, auch Verständnis. Und das kann ich bestätigen. Ich habe auch das Gefühl, dass sich viele Regierende wirklich Gedanken machen und das auch alles sehr ernst nehmen. Aber parallel, und das ist irgendwie fast konträr dazu, habe ich auch das Gefühl, dass sich in dieser ganzen Dynamik wenig bewegt. Und wie das zustande kommt, das ist irgendwie ein Widerspruch, das kann ich nicht erklären.

Moderatorin [00:47:22]

Es kommt noch ziemlich viele Nachfragen zu regionalen Unterschieden. Vielleicht können wir das noch einmal kurz hier abfrühstücken, sag ich mal. Vielleicht an Herrn Karagiannidis. Woher kommt das, dass es in Berlin erst einmal soweit okay ist auf den Intensivstationen und auch in Schleswig-Holstein, und NRW ist so voll. Gibt's da irgendwelche regionalen Aspekte, die man auch noch diskutieren könnte? Oder ist es nur, in Anführungszeichen, unterschiedliches Verhalten in den Regionen?

Christian Karagiannidis [00:47:47]

Also ich glaube, das ist hauptsächlich schon das unterschiedliche Verhalten. Wir haben natürlich Sondersituationen wie in Hamburg, wo es schon eine Ausgangssperre gibt, wo man dann natürlich was anderes hat als in anderen Bundesländern. Wir haben auch Sondersituation in Schleswig-Holstein, das es halt grundsätzlich ein Bundesland ist, was eine niedrige Bevölkerungsdichte aufweist, wo die natürliche soziale Distanz schon größer ist in einigen Bereichen. Wo Sie weniger Hotspots haben, wenn Sie das hier mit Köln vergleichen, in den wirklich schwierigen Gebieten hier in der Stadt leben einfach extrem viel Menschen auf kleinem Wohnraum zusammen. Und diesen Zwang haben wir natürlich in einer Großstadt, weil es so wenig Wohnraum gibt. Und das haben sie in Schleswig-Holstein nicht. Ich finde aber auch, dass man zunehmend merkt, dass die Bevölkerung uns ernst genommen hat. Und sie hat uns ernst genommen in unseren Warnungen, dass es wirklich voll ist. Und ich glaube, wir sehen in einigen Bereichen auch wirklich eine Verhaltensanpassung. Und ich würde sagen auch in Berlin, dass die Zahlen da nicht ganz so stark steigen, ist auch Ausdruck dessen, dass die Bevölkerung uns ernst genommen hat. Und dafür sind wir auch dankbar.

Moderatorin [00:48:51]

Herr Küchenhoff, Sie wollten zu den regionalen Unterschieden ...

Helmut Küchenhoff [00:48:54]

Ich wollte vielleicht allgemein dazu sagen, es ist halt sehr schwierig und es gibt verschiedene Versuche. Das RKI macht auch solche Versuche, um die Auswertungen von Maßnahmen zu erklären. Aber man muss ehrlicherweise sagen, wir wissen das nicht. Ich kann sofort Herrn Karagiannidis jetzt sagen: ja, Berlin ist auch eng besiedelt. München ist auch eng besiedelt. Ostbay-



ern ist nicht so eng besiedelt, da haben wir Hotspots. Also das ist eine ganz komplexe und ganz schwierige Gemengelage. Und deswegen wissen wir auch nicht ... in München gibt's auch schon länger eine Ausgangssperre. Die Zahlen sind trotzdem relativ hoch. Also das ist eine ganz schwierige grundsätzliche Frage. Aber wir wissen einige Sachen. Wir kennen die vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Wir wissen, dass Kontakte eine Rolle spielen. Und deswegen würde ich auch gerne, statt zuviel über diese Maßnahmen zu diskutieren, auch Herrn Karagianidis zustimmen. Es kommt auch auf das Verhalten der Bevölkerung an und dass jeder auch versucht sich selber dann zu schützen in den Risikogruppen. Und das wirkt. Und das haben wir in einer Studie ... habe ich das in der ersten Welle auch schon gesehen, dass durch dieses Verhalten der Bevölkerung eben sehr viel passiert. Und deswegen sind diese Appelle auch gerade an die über 60-Jährigen zum Beispiel hier wichtig, da vorsichtig zu sein und sich entsprechend zu verhalten.

Moderatorin [00:50:09]

Ich glaube, das wird durch die Maßnahme irgendwie auch befördert, das Verhalten dann doch in die richtige Richtung zu lenken. Also kann man das eh nicht auseinander klamüsern. Aber ich würde Sie gern noch mal fragen, Herr Küchenhoff und auch Herrn Krause. Sie haben ja jetzt mit der neuen Grenzwertberechnung – Herr Krause, Sie waren ja auch beteiligt an dem letzten Report vom CODAG ... Wir haben jetzt immer noch nicht ein Äquivalent für die 100. Also wenn wir jetzt sagen die 100er-Inzidenz ist blöd. Wir wollen jetzt irgendwie auf die täglichen Neuaufnahmen gucken, was ist denn dann die Grenze? Also welche Zahl schreibe ich denn jetzt da rein? Wenn ich jetzt das Gesetz noch ändern wollen würde.

Helmut Küchenhoff [00:50:40]

Gut, ich hab das jetzt mal umgerechnet. Das Problem ist ja bei den Grenzwerten, die ich jetzt hier auf der Folie gezeigt habe, die stelle ich auch gerne zur Verfügung, da haben wir unterschiedliche Kapazitäten in den unterschiedlichen Bundesländern. Das heißt, es variiert dann, und da variieren die Zahlen dann auch pro Einwohnerzahl. Wenn wir aber jetzt mal Deutschland runterrechnen, ich hab das jetzt mal gemacht für Deutschland, und dann schaue, wie viele pro 100.000 Einwohner wir haben, dann haben wir täglich 0,7 Neueinweisungen pro 100.000 Einwohner, und das entspricht dann eben fünf pro Woche. Wenn Sie eine Faustzahl wollen, dann wäre das eine, aber das müsste man natürlich noch sorgfältig diskutieren. Das haben wir jetzt in den letzten Tagen uns überlegt. Aber das wäre dann so eine Hausnummer, dass man sagt: fünf pro Woche pro 100 000 (Neuaufnahmen auf Intensivstationen). Aber wie gesagt, mit aller Vorsicht. Ich bin auch nicht so ein direkter Fan von Grenzwerten. Ich stimme Herrn Krause da zu. Man muss sich auch fragen, wie ist der Verlauf? Wie sind die Prognosen? Was die DIVI-Leute machen. Aber das wäre sozusagen... Also wir können auch, wenn die Politiker das wollen, eine Hausnummer nennen.

Moderatorin [00:51:50]

Herr Krause gerne dazu noch, ja?

Gérard Krause [00:51:52]

Dabei tritt noch ein weiterer Vorteil bei diesem Verfahren auf, was Herr Küchenhoff gerade berichtet hat. Weil ja die stationäre Aufnahme nicht ganz so stark von den Wochentagen abhängt wie die Messung der Fallzahlen und der Diagnosen. Das heißt, dieser 7-Tages-Bezug, das ist ja eigentlich eine Krücke. Der ist ja erfunden worden, weil wir so ganz dramatische Unterschiede zwischen Sonntags-, Samstags-, und Montagszahlen haben. Das wäre bei den stationären Aufnahmen nicht ganz so stark ausgeprägt. Das heißt, hier haben wir ein etwas ausgewogeneres



Verhältnis. Das heißt, wir müssen uns nicht zwingend auf sieben Tage beschränken, oder wir müssen nicht unbedingt einen 7-Tages-Bezug wählen. Und selbst wenn wir das tun, können wir das fließend tun und haben damit also stets einen aktuellen Bezug. Weil ja die Neuaufnahmen tagtäglich neu dazukommen als neue Information. So wie die Fallmeldungen allerdings auch.

Moderatorin [00:52:49]

Vielen Dank! Wir sind jetzt, würde ich sagen, schon fast hier am Ende, wir sind sowieso schon fünf Minuten drüber. Es kamen dann doch viele Fragen, und es ist komplex darüber zu sprechen. Ich würde gerne Frau Gaidys noch mal fragen, in einem abschließenden Statement. Welche Lehren müssen wir aus der Corona-Pandemie ziehen, um unser Gesundheitssystem besser für die Zukunft zu rüsten, aus pflegender Perspektive? Das wäre mir noch mal sehr wichtig, weil wir diese Perspektive noch nicht sehr häufig hier abgebildet haben auf den Press Briefings. Deshalb würde ich gerne Ihnen noch mal das Wort erteilen.

Uta Gaidys [00:53:17]

Ja, vielen Dank. Also aus unseren Daten können wir sehen, Pflegende wollen mit einbezogen werden in die Entscheidung zur Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Sie haben hohe Kompetenz in der Versorgung sowohl von komplex kritisch erkrankten Patienten als aber auch in den Nachsorgeeinrichtungen. Das muss man auch noch mal sagen, in den Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung, in der psychiatrischen Versorgung. Das ist das eine, also der Einbezug in die Entscheidungen zur Versorgung. Das andere ist, was ich auch schon gesagt habe, die Abbildung von Kompetenzen vom Pflegenden, das heißt von Spezialisierung, Weiterbildung und Fortbildung. Das sehen wir eben bisher noch nicht. Und das ist ein Bereich, finde ich, der weiter ausgebaut werden muss. Es ist ganz klar, Pflegende werden dreijährig ausgebildet. Es gibt auch schon studierte Pflegende. Aber dass man mit der dreijährigen Ausbildung in spezialisierten Bereichen, wie es die Intensivversorgung beispielsweise ist, nicht mal eben so arbeiten kann, und dass man das Personal eben nicht einfach nur so aufstocken kann, sondern da steht eine Kompetenz hinter. Das muss anerkannt werden. Und dann muss ich auch noch mal sagen, dann ist es der Bereich, wie Pflegende in der Öffentlichkeit auch wahrgenommen werden. Über Pflegende wird nicht in erster Linie anhand ihrer Kompetenzen diskutiert, sondern es wird diskutiert anhand von Burnout-Bildern, die es sicherlich gibt. Aber ich würde mir wünschen, dass eher deutlich gemacht wird, welche Kompetenz der Pflegeberuf bedeutet, um damit eben auch Menschen in die Pflege zu bekommen.

Moderatorin [00:54:52]

Vielen Dank, Frau Gaidys. Herr Karagiannidis, Sie haben bestimmt auch noch dazu ein Statement aus Intensivmedizinersicht.

Christian Karagiannidis [00:54:58]

Ja, also aus unserer Sicht müssen wir Krankenhaus nach Corona neu denken. Wir müssen ganz klar dahin kommen, dass Intensiv- und Notfallmedizin Daseinsvorsorge der Bevölkerung ist und nicht ganz hart gekoppelt sein darf an ökonomische Aspekte. Und meine Empfehlung ist, wir müssen das Krankenhaus so neu denken, dass wir nicht vom Geld her kommen, sondern dass wir in erster Linie vom Personal her kommen. Was kann das Personal leisten? Wir müssen sehr klar nicht nur Pflegeuntergrenzen festlegen, sondern auch für Ärzte Untergrenzen festlegen. Und eigentlich sind Untergrenzen auch zu wenig. Wir müssten da hinkommen: ein Intensivbett wird betrieben von soundsoviel Pflegekräften, von soundsoviel Ärzten. Und dann muss ich gucken, was kann ich mit meiner Personaldecke leisten. Und ich glaube, wenn wir das nicht tun, werden wir in größte Probleme laufen in den nächsten Jahren.



press briefing

Moderatorin [00:55:48]

Vielen Dank, ich glaub, das ist noch mal klar geworden. Herr Krause, Herr Küchenhoff, haben Sie noch Punkte, die Sie gerne abschließend vorbringen würden, da wir schon acht Minuten über die Zeit sind? Hervorragend. Herr Küchenhoff, es kamen noch Nachfragen zu Ihrem Modell. Ich würde die noch mal eins zu eins weiterleiten oder zu Ihrer Grenzwertberechnung. Wenn Fragen sind, können Sie sich gerne auch noch bei Herrn Küchenhoff dazu melden, nehme ich an. Wenn da explizite Nachfragen sind, weil gerade DatenjournalistInnen da auch gerne was abbilden wollen auf ihren Seiten, können sie sich bei Ihnen melden. Wir erwarten die neuen Daten von der DIVI auf der Bundeslandebene zu den täglichen Neuaufnahmen. Ich bin gespannt. Schön, dass Sie da dran sind. Und ich bedanke mich auf jeden Fall in dieser Runde für Ihre Aufmerksamkeit. Erst mal bei den Journalistinnen und Journalisten da draußen und natürlich auch bei den Fachleuten, die hier auf dem Podium saßen. Vielen Dank. Wenn Nachfragen sind, wie gesagt, melden Sie sich gerne auch bei uns. Transkript und Video stellen wir so schnell es geht zur Verfügung, so wie wir das immer machen. Wenn Sie aber noch spezielle Nachfragen haben, melden Sie sich einfach unter [redaktion\(at\)sciencemediacenter\(dot\)de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de) Vielen Dank Ihnen! Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag und auf bald.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Marleen Halbach

Redaktionsleiterin und Redakteurin 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

