



19.10.2020

Transkript

„Wie gefährlich wird COVID-19 im Winter? - Bisherige klinische Erfahrungen und worauf sich Intensivstationen einstellen“

Experten auf dem Podium

Prof. Dr. Clemens Wendtner

Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin sowie Leiter der dortigen Spezialeinheit für hochansteckende lebensbedrohliche Infektionen, München Klinik Schwabing

Prof. Dr. Reinhard Busse

Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, TU Berlin und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies

Prof. Dr. Uwe Janssens

Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), und Chefarzt/Sektionsleiter Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital, Eschweiler

Volker Stollorz

Redaktionsleiter und Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany,
und Moderator dieser Veranstaltung

Video-Mitschnitt

Einen Mitschnitt finden Sie auf der SMC-Website:

<https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/wie-gefaehrlich-wird-COVID-19-19-im-winter-bisherige-klinische-erfahrungen-und-worauf-sich-intensivstationen-einstellen/>



Transkript

Moderator: [00:00:01]

Guten Morgen, herzlich Willkommen zum SMC Press Briefing zum Thema „Wie gefährlich wird COVID-19 im Winter?“ Mein Name ist Volker Stollorz und ich bin Redaktionsleiter. Ich begrüße unsere drei Experten, die sich ihre knappe Zeit nehmen. Die Wachstumskurven der bestätigten SARS-CoV-2-Fälle, das heißt die Infektionen und Erkrankungen sind in den vergangenen zwei Wochen von 95 auf in der Spitze über 70 Prozent gestiegen. Aktuell liegen wir bei 50 Prozent. Inzwischen stiegen 17 Kreise in 7-Tage-Inzidenz auf über 100 Fälle pro 100.000, 76 Kreise haben Werte zwischen 50.000 und 100.000. Bei derzeit 12.000 Fällen pro Woche handelt es sich um über 50-Jährige, die ein mit dem Alter steil ansteigendes Erkrankungsrisiko haben. Es scheint also, Deutschland nähert sich auch einem Tipping-Point, ab dem die intensivmedizinische Versorgung von COVID-19-Patienten und in der Folge auch von Patienten mit anderen Erkrankungen einem erneuten Stresstest unterzogen werden könnte. Auf dem bisherigen Höhepunkt der Epidemie im April waren zeitweise zehn Prozent der Intensivbetten mit COVID-19-Patienten belegt. Derzeit stehen bundesweit regulär rund 30.000 Intensivbetten für alle Kranken zur Verfügung. Hinzu kommt, soweit ich das verstanden hat, noch eine 7-Tages-Reserve. Ist die deutsche Intensivmedizin im Winter nun besser auf den zu erwartenden Anstieg von Patienten vorbereitet? Und wird SARS-CoV-2 im Winter gefährlicher als im April? Welche Erfahrungen haben Sie damit der Behandlung von COVID-19 Patienten gemacht und konnte die Sterblichkeit im Krankenhaus inzwischen verringert werden? Und natürlich: Wie sieht es in unseren europäischen Nachbarländern aus? An dieser Stelle noch der Hinweis an Journalisten und Journalistinnen: Wenn Sie Fragen haben, können Sie die gerne direkt in den Chat schreiben. Aber achten Sie bitte drauf, dass Sie eingestellt haben, dass Fragen an alle Teilnehmer versendet werden. Ich bekomme die von einer Kollegin, sammele sie und leite sie dann weiter, die Experten bitte nicht im Chat antworten.

So, dann stelle ich die Experten kurz vor. Ich freue mich und wollte gerne mit Herrn Professor Dr. Reinhard Busse beginnen. Er ist Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies. Wir erhalten derzeit viele Meldungen über den schnellen Anstieg der Fallzahlen aus europäischen Ländern. Sie haben einen guten Überblick über die Situation auf die Intensivstationen auch im europäischen Ausland. Wie ist die Lage derzeit und was ist daraus für Deutschland abzuleiten?

Reinhard Busse: [00:02:31]

Vielleicht müssen wir ja nochmal zur Erinnerung ehe ich auf die aktuellen Zahlen komme zu dem Beginn der Pandemie [zurückgehen]. Da hatten wir ja diesen Spruch: Flattening the Curve, dass wir die Neuinfektionenzahlen in allen Ländern absenken wollten. Und das war ja insbesondere vor dem Hintergrund der Ressourcennutzung des Gesundheitssystems damals sehr starken Fokus auf die Krankenhauskapazitäten. Und das war dadurch bedingt, dass wir in vielen Ländern sehr, sehr hohe Hospitalisierungszahlen gesehen haben. An der Spitze stand damals Frankreich, wo 70 Prozent, also mehr als zwei von drei neu Infizierten, stationär behandelt wurden. Aber auch in Spanien haben wir etwa gesehen, dass 50 Prozent der neu infizierten Patienten stationär behandelt wurden, in den Niederlanden 40 Prozent etwa. Bei uns war schon damals wegen einer anderen Strategie, dass wir mehr im ambulanten Sektor



getestet haben und dann abgewartet haben, ob die Patienten wirklich stationär behandelt werden mussten, dass wir damals eine Zahl von 20 Prozent hatten. Also 20 Prozent aller neu Infizierten wurden ins Krankenhaus aufgenommen. Von denen wiederum wurde dann nochmal jeder Fünfte etwa beatmungspflichtig, wenn wir insgesamt auf Intensivstationen gucken etwas mehr. Und jetzt ist ja die Befürchtung in Deutschland, vielleicht zur Einordnung, wir gucken ja jetzt immer pro 100.000, dass wir jetzt in den letzten sieben Tagen ziemlich genau die gleiche Zahl an neu Infizierten hatten, die wir zum Höhepunkt Anfang April hatten. Und da ist natürlich jetzt die Frage: Erleben wir wieder Ähnliches, wie wir damals erlebt haben, Anfang April? Und um uns der Frage zu nähern, habe ich hier mir ausgewählte Nachbarländer angeguckt, nämlich Belgien, Frankreich, Niederlande und Spanien. Ich habe jeweils hier die Zahl der neu Infizierten pro 100.000 über eine Woche. Also da, wo wir ja jetzt ungefähr um 40 liegen. Da, wo meine Tabelle endet am 13.10. lagen wir bei Anfang 30. Und man sieht, wenn man sich die Länder hier anguckt, Belgien etwa ist in den letzten sieben Wochen von 27 pro Woche auf 340 hochgegangen. Also die Neuinfektionszahlen haben sich fast verdreizehnfacht. In Frankreich schon von höherem Niveau haben sie sich nochmal verdreifacht, in den Niederlanden verzwölfacht und in Spanien bleiben sie auf hohem Niveau und steigen noch etwas. Insbesondere interessant sind Belgien und die Niederlande, weil die nämlich fünf Wochen vor uns ziemlich genau die Zahlen hatten an Neu-Infizierten, die wir heute haben. Was hier der Stand 8.9.2020 war, man sich 32 in Belgien, 31 in den Niederlanden. Interessant sind diese Länder, die sich natürlich alle die gleichen Sorgen machen wie wir: Wenn man sich jetzt anguckt, wie viele von den dortigen Neuerkrankten werden stationär behandelt. Ich habe hier jeweils zwei oder vier Spalten je Land, das heißt, wie viele Patienten werden neu aufgenommen und wie viele Patienten sind derzeit derzeit im Krankenhaus, das gleiche gilt für Intensivstationen. Wenn man sich die Prozentzahlen in den hellgelben Spalten anguckt, sieht man, dass derzeit in allen Ländern der Prozentsatz der Neu-Infizierten, die stationär aufgenommen werden, nur etwa bei drei bis sechs Prozent liegt. Auch in den Ländern – Sie erinnern sich, Frankreich hatte 70 Prozent im Frühjahr, derzeit vier Prozent. Natürlich ist ein Teil die andere Altersstruktur, aber das erklärt nicht den Großteil des einfach sehr unterschiedlichen Geschehens, den wir jetzt sehen. In den grünen Spalten sieht man die Anzahl der Patienten auf Intensivstationen. Man kann das dann immer für Deutschland hochrechnen. Interessant ist jetzt, wenn man sich Anfang September insbesondere Belgien und die Niederlande anguckt und das vergleicht mit dem deutschen Niveau. Da stellen wir fest, wenn wir uns die derzeit in Deutschland in den Krankenhäusern, insbesondere auf Intensivstationen liegenden Patienten angucken, entspricht das ziemlich genau dem Niveau von Belgien am 8. September. In den Niederlanden sind die Zahlen pro 100.000 Einwohner etwas niedriger. Insofern würde ich sagen, wenn wir vorhersehen wollen, was auf uns zukommt, dann können wir uns mit Belgien vergleichen. Und man sieht dann, dass in den darauffolgenden Wochen, also in den fünf Wochen nachdem Belgien und die Niederlande so hoch waren wie wir heute waren, dass sich die Krankenhausfälle ungefähr um den Faktor sechs beziehungsweise acht erhöht haben und die intensivmedizinischen Fälle um den Faktor fünf beziehungsweise sechs. Seit den letzten Tagen, ich habe mir das gerade noch einmal angeguckt, sind die Zahlen natürlich schon wieder etwas hochgegangen. Und wenn wir die Zahlen von Belgien heute übertragen würden auf Deutschland, dann wären wir so bei ungefähr 16.000 Krankenhauspatienten. Wir haben knapp 500.000 Betten, also das sind drei Prozent unserer Krankenhausbetten. Und es wären 2.700 intensivmedizinisch Betreute, das sind unter zehn Prozent unserer Intensivbetten und immer noch ein paar Intensivbetten-Nutzungen weniger, als wir im April gesehen haben. Wir haben jetzt eine ganz andere Zahlendynamik. Einerseits steigen die Fallzahlen deutlich schneller als im Frühjahr. Andererseits ist es so, dass in allen Ländern - auch wenn Ältere wieder mehr betroffen sind – der Prozentsatz von denjenigen, die stationär behandelt werden müssen und auf Intensivstationen beatmet



press briefing

werden, deutlich kleiner ist. Aber natürlich, wenn es sich unbegrenzt nach oben entwickelt, werden die Betten auch immer mehr gefüllt. Soweit vielleicht sogar zum Einstieg.

Moderator: [00:08:42]

Dann würde ich gleich mal weitergehen zu Herrn Prof. Dr. Uwe Janssens, er ist der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin DIVI und gleichzeitig Chefarzt und Sektionsleiter der Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler. Wir hatten gerade die europäische Situation. Ich habe gesehen, auch auf der DIVI-Karte in Deutschland sind erste rote Punkte von belegten Intensivstationen zu sehen. Wie schätzen Sie die Lage ein, was treibt Sie jetzt gerade um?

Uwe Janssens: [00:09:12]

Sehr geehrte Damen und Herren, erst einmal vielen Dank für diese Einladung, hier an diesem Press Briefing teilnehmen zu dürfen. Als derzeitiger Präsident der DIVI spreche ich hier für die vielen Kolleginnen und Kollegen, die sich seit nunmehr Monaten in allen Bereichen der Notfall- und Intensivmedizin tagtäglich mit diesem Thema SARS-CoV-2 beschäftigen. Deutschland wie auch alle anderen europäischen Länder wie auch alle Kontinente wurden von den SARS-CoV-2-Virus im Februar, März und in den nachfolgenden Wochen und Monaten ja unvorbereitet nahezu überrollt. Und obwohl es klare Hinweise und auch Pläne gab, die auf diese Pandemie in diesem Ausmaß weit im Vorfeld hingewiesen und davor gewarnt haben, traf das Virus uns in unterschiedlichem Ausmaß mit voller Wucht. In der Rückschau können wir jetzt zumindest für Deutschland sagen, dass trotz enormer Defizite vor allem im Bereich der persönlichen Schutzausrüstung diese sogenannte erste Welle im internationalen Vergleich hervorragend bewältigt wurde. Dazu zählen natürlich alle Bereiche der Medizin. Der ambulante Sektor hat den Krankenhäusern von Anfang an den Rücken freigehalten. Auch die Gesundheitsämter haben trotz der bekannten weiter persistierenden personellen Engpässe ihre Aufgabe, wie ich finde, hervorragend bewältigt und so die Notfallaufnahme und die stationären Bereiche der Krankenhäuser, wie Herr Busse das ja auch schon angedeutet hat, vor einer Überlastung bewahrt. Ein wesentliches Element ist hierbei sicherlich die Etablierung des DIVI Intensivregisters, welches Sie ja schon zitiert haben. Die DIVI hätte also ohne Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums und des Robert-Koch-Instituts dieses Projekt nicht alleine stemmen und realisieren können. Weltweit ist dieses Intensivregister sicherlich einmalig. Tagtäglich haben wir die zur Verfügung stehenden Bettenkapazität deutschlandweit detailliert ausgespielt und auch die Anzahl der aktuellen Patienten mit COVID-19-Erkrankung. Gerade angesichts dieser in der vergangenen Woche dramatisch ansteigenden täglichen Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 sind diese Zahlen für die Beurteilung der Behandlungskapazitäten, aber auch die Planung außerordentlich wichtig. Dabei zeigen die Zahlen im Vergleich zum Vorjahr sehr deutlich, dass nachweislich im Moment zwar die Anzahl der Neuinfektionen deutlich zugenommen hat, was sicherlich auch an der Anzahl der durchgeführten PCR-Testung liegt, parallel dazu aber der Anteil der intensivpflichtigen COVID-19-Patienten deutlich niedriger liegt. Ich gebe mal ein Beispiel: Am 3. April 2020 wurde mit 6.156 Neuinfektionen an einem Tag die Höchstmarke geknackt. An diesem Tag befanden sich 2.424. Patienten mit COVID-19 auf deutschen Intensivstationen und von denen wurden 84 Prozent beatmet. Am Freitag vergangener Woche registrierte das Robert-Koch-Institut 7.334 SARS-CoV-2- Neuinfektionen. Gleichzeitig befanden sich nur 690 COVID-19-Patienten in



intensivmedizinischer Behandlung. Und auch der Anteil der beatmeten Patienten lag mit 49 Prozent deutlich niedriger als im April. Und genau wie Herr Busse schätzen wir aktuell, dass zirka sechs Prozent der SARS-CoV-2 positiven Patienten im Krankenhaus behandelt werden müssen. Und davon müssen dann wiederum circa ein Drittel im Weiteren auf der Intensivstation versorgt werden, also zwei Prozent aller Infizierten. Sicherlich spielt das Alter der infizierten Personen hier eine dominierende Rolle. In der Kalenderwoche 15. April lag das mittlere Alter bei 52 Jahren, in der Kalenderwoche 32 Anfang August das mittlere Alter bei 32 Jahren, also 20 Jahre im Mittel jünger. Es ist deshalb absolut nachvollziehbar, dass bei einem großen Anteil jüngerer Patienten ohne besondere Begleiterkrankungen der Krankheitsverlauf COVID-19 gutartig ist, nur wenig intensivpflichtigen Patienten zu erwarten sind. Und dieses drückt sich in den aktuellen Zahlen aus. Aber unsere Sorge ist es, dass nunmehr es wieder zu einem zunehmenden Überspringen der Infektion auf die älteren Patientengruppen kommt und dieses ist nachweislich ab September der Fall. Genau an dieser Stelle möchte ich auf ein Kernproblem hinweisen, welches schon vor der Coronapandemie bestand. Der Mangel an Fachpflegepersonal in der Intensivmedizin. Und mit großer Sorge beobachten wir derzeit, dass sich in der Personalstärke gerade in der Intensivmedizin wenig getan hat. Das ist auch verständlich, da in der Kürze der Zeit die Defizite der vergangenen Jahre und Jahrzehnte nicht aufgeholt werden können. Die Pflegepersonal-Untergrenzen für die Intensivmedizin und andere Bereiche wurden ausgesetzt. Für die Intensivmedizin wurden sie ja jetzt wieder in Kraft gesetzt. Sollte es allerdings zu einem deutlichen Anstieg der intensivpflichtigen Patienten jetzt im Herbst und Winter kommen, müssen genau die gleichen Maßnahmen ergriffen werden wie im Frühjahr. Intensivbettenkapazität wurden ausgebaut und wir haben sogar Reservekapazitäten von nahezu 12.000 Betten, das haben Sie ja schon erwähnt. Doch wer, meine verehrten Damen und Herren, soll denn jetzt die möglichen Patienten in diesem Bett fachpflegerisch aber auch fachmedizinisch betreuen, wenn es zum äußersten kommen würde? Auf diese dringenden Fragen haben wir bisher keine Antwort erhalten. Genau diese Diskussion müsste jetzt wieder mit größter Entschlossenheit und Transparenz aufgegriffen werden. Zum Schluss möchte ich nochmals zurück zur Intensivmedizin und den medizinischen Möglichkeiten kommen. Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und die DIWI haben gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften schon im März unter der Federführung von Herrn Kluge in Hamburg eine erste Leitlinie zur intensivmedizinischen Behandlung von COVID-19-Patienten veröffentlicht. Derzeit arbeiten wir es an der vierten Version. Sie sehen damit, dass die COVID-19-Pandemie Mediziner und Pflegekräfte aus allen Fachdisziplinen an einen Tisch gebracht hat und wir strukturiert und standardisiert an Leitlinien arbeiten, die engmaschig und regelmäßig neu überarbeitet werden. Vor diesem Hintergrund blicken wir sehr gespannt auf die kommenden Wochen und Monate und werden uns sicherlich in diesen und anderen Zusammenhängen wieder gemeinsam austauschen. Vielen Dank!

Moderator: [00:15:13]

Ich gehe gleich weiter zu Prof. Dr. Clemens Wendtner, er ist Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin und Leiter der dortigen Spezialeinheit für hochansteckende lebensbedrohliche Infektionen an der Klinik Schwabing München. Wie gefährlich ist denn nun eigentlich COVID-19 im Vergleich zur Influenza-Grippe aus ihrer Sicht. Darüber tobt ja ein heftiger Streit, Journalisten fragen sich genau das, was sagt der Profi?



Clemens Wendtner: [00:15:40]

Bevor ich die Frage beantworte, noch ein Echo zu dem, was Herr Busse und Herr Janssens gesagt haben. Die Situation schätze ich sehr ähnlich ein. Ich denke, wir sollten wachsam sein, aber nicht panisch sein. Das heißt, wir haben viel gelernt in den letzten neun Monaten, wie wir mit COVID-19 umgehen. Testung sind erwähnt worden, die ausgeweitet wurden. Wir haben medizinisch viel gelernt, auch wenn wir, um ein Bonmot eines Politikers zu übernehmen, vielleicht noch nicht die Bazooka im medizinischen Feld verfügbar haben. Wir haben in der Logistik viel dazugelernt, wie wir Patienten gut triagieren uns so weiter. Trotzdem sollte man die Dinge nicht auf die leichte Schulter nehmen. Wir werden aber die Patienten aus meiner Sicht und Überzeugung auch gut versorgen können, wenn wir die Bevölkerung mitnehmen. Ich erlebe es zum Teil auch im privaten Umfeld, dass eine gewisse Müdigkeit herrscht. Und das ist die Kunst, die wir alle jetzt beherrschen müssen, zu motivieren, die einfachen Regeln auch weiterhin zur Anwendung zu bringen. Jetzt zu der Frage, was die Gefährlichkeit angeht. Ich glaube, am Anfang des Jahres im Januar waren wir noch unsicher, wie wir die COVID-19-Erkrankung im Vergleich mit Influenza einordnen sollen. Inzwischen gibt es gute Daten, was auch die Fatality Rates angeht, die Sterblichkeit angeht. Es gibt eine Schätzung für Influenza, dass diese Zahl bei 0,05 Prozent liegt und wir für COVID-19 circa von einem Prozent ausgehen müssen. Da ist auch eine Dunkelziffer mit eingerechnet. Das heißt, man ist im Bereich von einer circa zwanzigfach höheren Sterblichkeit. Wir wissen natürlich auch, da bin ich auch bei Herrn Janssens, dass wir jetzt insbesondere auch die älteren Patienten in den Schwerpunktzentren in den Kliniken versorgen werden und dass hier die Sterblichkeit zum Teil deutlich darüber liegt. Die jüngeren Patienten können sich gut schützen et cetera. Das wird eine gewisse Herausforderung sein und umso mehr, das ist ja auch Hintergrund der Frage, als es eine Doppelwelle Influenza plus COVID-19 zu verhindern gilt. Deswegen empfehlen wir, empfehle ich auch eine Gripeschutzimpfung im breiteren Kontext der Bevölkerung, also nicht nur für über 60-Jährige analog der alten STIKO-Regel, sondern ich empfehle auch meinen Patienten jüngerer Alters eine Influenza-Schutzimpfung, um eben keine Verstärkung des Infektionsgeschehens und auch entsprechenden Ausgang der Erkrankung zu riskieren.

Moderator: [00:19:04]

Aber nochmal die Nachfrage an Clemens Wendtner, nimmt die Zahl der älteren Patienten im Moment zu? Bisher sehen wir die Daten aus, wie Herr Janssens auch gerade gesagt hat, dass die Sterblichkeit und die Zahl der Intensivpatienten noch nicht so hoch ist. Aber das kann sich ändern. Oder wird sich das ändern, das ist ja die Frage, die alle haben.

Uwe Janssens: [00:19:48]

Wir sehen ja eindeutig seit September, das kann man schön nachschauen, einen Anstieg. Dennoch ist die große Hoffnung, Herr Wendtner, wie sehen Sie das, dass die Disziplin vor allem in den älteren Populationen, das sehe ich auch bei meinen Patienten, das sind Herz-Kreislauf Patienten, die sind ja alle älter, dass die wirklich immer noch unheimlich da. Die halten sich wirklich fern. Unsere Hoffnung ist, dass tatsächlich diese Riesenwelle im Februar, März, April, die dann wirklich die Alten erfasst hat, dass das vielleicht etwas abgemildert ist. Nichtsdestotrotz werden wir es erleben, aufgrund der klimatischen Veränderungen, aufgrund der Räumlichkeiten, die jetzt wieder alle enger werden, man ist nicht mehr draußen, sondern



wieder drinnen, dass es da zu Infektionsketten auch im familiären Bereich et cetera kommt. Deshalb sind die Appelle der Politiker nachvollziehbar, dass man genau diese Festivitäten, wo dann ja auch Ältere mit Jüngeren zusammentreffen tatsächlich meidet.

Moderator: [00:20:51]

Nochmal die Fragen an Herrn Wendtner: Würden Sie das besser bewältigen diesmal? Selbst wenn wieder mehr Ältere auf den Intensivstationen liegen?

Clemens Wendtner: [00:20:57]

Also, es ist so: Wir haben deutlich mehr Patienten als wir vor vier Wochen hatten. Zurzeit konkret haben wir 25 Patienten. Vor vier Wochen wären das unter zehn Patienten gewesen. Das Alterskollektiv ist deutlich über 70. Wir haben hier in München Ausbrüche in Altenheimen. Und das ist natürlich das Problem, dass diese Patienten dann auch einen leider schlechteren Verlauf haben und auch hier intensiv-medizinische Maßnahmen benötigen. Wir sehen jetzt noch keine Überforderung. Aber wenn wir noch einmal auf die Zahlen von Herrn Busse schauen: Wir sind quasi fünf Wochen hinter dem, was wir in unseren Nachbarländern zum Teil sehen. Und da kommt es dann eben auch nicht nur auf die Bettenkapazität an. Die ist vorhanden. Da bin ich sehr zuversichtlich. Sondern, Herr Jansen hatte schon darauf hingewiesen: Es muss auch die Menschen hinter den Maschinen geben. Das heißt: den Pflegern, die Schwester, den Arzt, der die Maschinen bedient. Und das muss einkalkuliert werden. Und wir haben alle mit nicht COVID-19-Erkrankungen, die mir genauso gut versorgen wollen und müssen. Das heißt, die leeren Betten müssen dann auch unter all diesen Patienten aufgeteilt werden. Und da muss eine Ressourcen-Fairness auch stattfinden und dass keiner über den Tisch gezogen wird oder hinten runterfällt. Das ist wichtig. Und deswegen finde ich auch die vorbereitenden Appelle der Politik in diesem Feld sehr wichtig. Wir müssen die Zahlen auch in den nächsten Tagen und Wochen sehr genau beobachten und uns darauf vorbereiten.

Reinhard Busse: [00:22:49]

Aber man muss eben auch sagen: ich war selber etwas beunruhigter, bevor ich diese Tabelle da erstellt habe, vorgestern. Dass eben auch in den anderen Ländern, wo natürlich die gleiche Debatte ist. Wie viel ist von der niedrigeren Hospitalisierungsrate auf die andere Altersstruktur zurückzuführen? Und wie viel ist einfach jetzt auch auf eine andere Herangehensweise (zurückzuführen), sowohl im ambulanten Bereich als auch auf die Krankheit, die Viruslast und durch die Masken, (die) auch zu einer Veränderung beigetragen haben. Und die Zahl, wenn man sie sich etwa in Frankreich anguckt und sich da anguckt, was das mittlere Alter ist der Patienten, die auf Station sind, hat sich das minimal verändert. Vor sechs Wochen waren 47 Prozent oberhalb von 75, jetzt sind es 51 Prozent. Die Altersstruktur ist gleichgeblieben. Natürlich mit den stark steigenden Zahlen pro Hunderttausend geht es insgesamt nach oben. Aber es ist nicht so, dass wir befürchten müssen, dass es zu stark diesen doppelten Effekt gibt. Das zusammen mit den Älteren nochmal deutlich stärker ansteigt. Aber es steigt halt an. Es steigt an. Das ist ganz klar.



press briefing

Uwe Janssens: [00:24:03]

Darf ich kurz kommentieren? Die Parallelisierung zu Belgien und Niederlande, ich bin ja direkt um die Ecke dieser beiden Länder. Das Verhalten der Bevölkerung dort war definitiv anders. Es kann ich ganz klar sagen Es war eigentlich so wie immer. Es gab überhaupt keinerlei Disziplin, es gab keine Masken, gar nichts in den Niederlanden. Wir haben auch im März und April gesehen, dass die Zahlen ganz anders gelaufen sind als in Deutschland, sodass ich wirklich hoffe, dass wir, selbst wenn es zu einer Parallelisierung des Anstiegs kommt, trotzdem es anders läuft wie in Belgien. Und da bin ich ganz fest überzeugt davon, definitiv.

Moderator: [00:24:37]

Hier gibt es eine Flut von Fragen. Ich schicke mal die erste rein, von der dpa. Wo sehen Sie denn in Anbetracht der aktuellen Vorgehens in den Krankenhäusern noch Nachhol-, noch Verbesserungsbedarf? Sie haben gerade schon die Situation in dem Personal (beschrieben). Das kann man ja nicht so schnell ändern. Und welche Faktoren sollen bei der künftigen Belegung der Intensivstation neben dem Niveau des Infektionsgeschehens noch mit einspielen? Es geht ja auch darum, wie die Patienten richtig regional verteilt werden, wenn ich das richtig verstanden. In einzelnen Regionen kann es ja sein, dass da mal die Kapazitäten knapp werden. Was passiert dann? Sind wir da besser aufgestellt bei der Verteilung und Steuerung der Patientenströme? Vielleicht fange ich mal mit Herrn Buse an: Wo gibt's noch Nachbesserungsbedarf aus Ihrer Sicht?

Reinhard Busse: [00:25:17]

Na ja, ich glaube, das DIVI-Register ist der ja erste Punkt, dass man überhaupt sieht: Wo gibt es regionale Ballungen, die dann verteilt werden müssen? Ich brauche immer erst die Information, die ist da. Und natürlich müssen dann, und ich glaube, meine klinisch tätigen Kollegen wie Herr Janssens, wie Herr Wendtner, die sind da voll dabei: Wir brauchen natürlich den Rückhalt auch von der Politik, was die Steuerung der Patienten angeht. Und da sehen wir, dass das noch nicht in allen Bundesländern aus meiner Sicht so richtig gut in Pläne umgesetzt ist, wie man sich das vorzustellen hat. Man könnte sich ja vorstellen, wenn sich so Hotspots entwickeln, dass dann – also wenn bei Herrn Janssens etwas ist – die Leute sollen ja nicht nach Görlitz transportiert werden, sondern es müsste einen abgestimmter Plan hin, wie Patienten welche Regionen erreichen, wo Kapazitäten frei sind. Aber wie gesagt: Bis auf einzelne Krankenhäuser ist es ja jetzt insgesamt noch nicht so, dass wir da jetzt die große Massenverschiffung von Patienten machen müssen.

Moderator: [00:26:24]

Herr Janssens, wie schätzen Sie das ein? Wird das ein Problem werden, die Kapazitäten regional zu steuern?



Uwe Janssens: [00:26:28]

Ich denke nicht. Wir haben für mich Vorreiterfunktion zum Beispiel in Berlin mit der Charité, die Steuerung in Berlin ist exzellent und, da muss man darauf hinweisen, Hessen läuft auch sehr gut. Die haben ganz fein abgestuften Plan, wo die einzelnen Krankenhäuser in ihren Zuständigkeitsstufen tatsächlich dann die Schwerstkranken – da haben wir dann die übergeordneten Zentren der Maximalversorgung, die sich dann darum kümmern, das ist gut abgestimmt. Da gibt es klare Pläne. Die Krankenhäuser sind benannt. Das ist ja mit dem Ministerium und Jürgen Graf (das ist der Ärztliche Direktor vom Universitätsklinikum Frankfurt) sehr schön organisiert. Das ist meiner Ansicht nach eine Blaupause auch für viele andere Bundesländer. Herr Wendler, ich weiß nicht, wie sie das sehen, aber – Wir haben ja regional hier in der Region Rheinland, wir waren ja Hotspot, am Anfang, von Anfang an eigentlich sehr gut funktioniert. Der Kölner Raum hat uns bedient, der Düsseldorfer Raum, der Aachener Raum bis hin nach Münster, die noch viele Kapazitäten hatten, sind die Patienten innerhalb dieser Fläche gut verteilt worden. Das hat auch schon im März / April gut funktioniert. Überregional würden wir uns von der DIVI eine etwas klarere, transparentere Steuerung zwischen den einzelnen Bundesländern wünschen. Im Moment ist das ja noch gar nicht nötig.

Moderator: [00:27:36]

Noch die Nachfrage von der FAS: Werden die Krankenhäuser wieder Gelder benötigen, um leere Betten für COVID-19 Patienten freizuhalten wie ist die Regelung, Herr Janssens und Herr Busse?

Reinhard Busse: [00:27:45]

Naja, vielleicht muss man da ja sagen, was viele gar nicht mitgekriegt haben: es gab diese Freihaltepauschalen, erst pauschal ja für alle, Krankenhäuser gleich, dann abgestuft. Und die sind jetzt zum 30. September ausgelaufen. Jetzt ist es aber so: Seit 1. Oktober ist die Verantwortung für die Krankenhausbudgets wieder in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Und die Krankenkassen haben ja schon zugesagt, zumindest für dieses Jahr – es wird aber sicherlich für nächstes Jahr verlängert – dass das Krankenhausbudget durch die leeren Krankenhausbetten nicht niedriger sein soll als letztes Jahr. Es gibt jetzt also nicht mehr die Pauschalen; die Verluste durch die niedrigeren Patientenzahlen werden jetzt kompensiert durch die Krankenkassen. Das ist weniger durch die Öffentlichkeit gegangen, aber das ist sozusagen das, was jetzt die Situation ist.

Moderator: [00:28:40]

Herr Janssens, sie nicken mit dem Kopf?

Uwe Janssens: [00:28:42]

Ja. Das ist tatsächlich gar nicht so öffentlich geworden. Genau das ist für die Krankenhäuser jetzt gut. Einige Krankenhäuser benötigen das tatsächlich dringend, die Center-



Maximalversorgung. Wir haben ja tatsächlich sogar gesagt, wir sind leicht unterfinanziert gewesen, das muss man sagen. Für den Aufwand, der da betrieben wurde, kann ich das auch nur bestätigen. Das haben wir auch immer diskutiert. Aber das wird dann diskutiert auf einer anderen Ebene. Und auch die haben eine Kompensation erfahren und kriegen sie auch noch weiterhin, gerade auch jetzt mit den Krankenkassenbudgets.

Moderator: [00:29:13]

Da habe ich eine praktische Frage vom NDR an Herrn Wendtner: es geht da um die Therapiemöglichkeiten. Die Kollegen interessiert ganz sicher: Sind die Therapiemöglichkeiten jetzt besser und ist auch das ein Grund für die etwas geringere Sterblichkeit? Und da ist die Frage: Wie schätzen Sie die Kombinationstherapie mit Remdesivir und Dexamethason ein? Wir hatten ja jetzt diese Studie zu Remdesivir, wo kein statistisch signifikanter Überlebensvorteil nachgewiesen wurde. Und: Kann das in einer Kombinationstherapie nochmal zum Tragen kommen oder wie wird das aktuell eigentlich gemacht? Wie gehen Sie um mit Remdesivir und Dexmethason und was hat das für Auswirkungen auf das Überleben der Patienten auf den Intensivstationen?

Clemens Wendtner: [00:29:58]

Also wenn die Frage vor einer Woche gestellt worden wäre, hätte ich gesagt, es ist eindeutig zu beantworten: Wir haben zwei Medikamente, Remdesivir in der früheren Phase; mit Remdesivir können wir Krankenhausverweildauern, Hospitalisationstage verkürzen, verringern und auch Patienten, die auf die Intensivstation gehen müssen, in ihrer Zahl reduzieren, das heißt, die Wahrscheinlichkeit, auf die Intensivstation zu kommen, wird durch Remdesivir verringert. Das waren die Ergebnisse aus dem ACTT1-Trial und auch aus anderen, weiteren Studien, und in der Spätphase Dexamethason, das ist ja auch ein Standard. Nun hat sich durch den Solidarity-Trial, der ja in letzter Woche dann auch publik geworden ist über die WHO, das Bild ein wenig relativiert. Wir haben doch leider eine gewisse Ernüchterung zur Kenntnis zu nehmen. Remdesivir – ich sage nicht, dass es keinen Effekt hat, aber der Effekt scheint wohl kleiner zu sein. Das Solidarity-Trial hat bei 2700 Patientinnen Remdesivir zum Einsatz gebracht und dann verglichen mit Standard-of-Care, also nicht Placebo, sondern Standard-of-Care. Dort ist weder eine Reduktion der Mortalität konstatiert worden noch eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer. Das ist jetzt, ein bisschen vorsichtig gesagt, irritierend. Die Daten in ihrer ganzen Fülle sind ja noch nicht publiziert, es gibt noch keine peer-reviewte Voll-Publikation. Aber es gibt schon erste Meldungen, dass auch die Zulassungsbehörden, auch die EMA, sich die Daten sehr genau anschauen wird. Die Zulassung ist ja für Remdesivir auch nur für ein Jahr erst einmal ausgesprochen worden. Wir werden aber, um konkret auch die Frage beantworten, zunächst noch Remdesivir einsetzen. Es ist gut verträglich. Wir haben den Eindruck auch, bei über 1000 Patienten, die wir hier versorgt haben – und ein Teil hat natürlich Remdesivir bekommen, dass es auch im Einzelfall geholfen hat. Aber man muss auch hier die Daten weiterverfolgen, und Dexamethason ist natürlich der andere Baustein. Das beides hat schon auch ein wenig dazu beigetragen, dass wir sicherer mit der COVID-19-Krise umgehen können.



press briefing

Moderator: [00:32:20]

Gibt es da eine Schätzung zu, wie viel die intensivmedizinischen Möglichkeiten jetzt dazu beitragen, die Sterblichkeit zu senken? Kann man da eine Zahl zu angeben, Herr Janssens, oder ist das im empirischen Bereich?

Uwe Janssens: [00:32:33]

Sie haben die Daten von der Recovery-Study. Das ist ja die britische Studiengruppe, die ja verschiedenste Therapieansätze, unter anderem Hydroxychloroquin und andere Substanzen, aber auch das Dexamethason getestet hat. Wir haben dann Daten, die das in der Metanalyse zusammengefasst haben. In JAMA gab es nahezu vier Publikationen in einer Ausgabe, die sich nur mit Corticosteroiden, also nicht nur das Dexamethason, beschäftigt haben. Hier sehen wir bei den schwer erkrankten Patienten, die beatmet werden, die haben einen tatsächlichen Überlebensvorteil. Der war sehr erstaunlich, zumindest in der Recovery-Study absolute 12 Prozent. Wir haben es kaum geglaubt, das ist schon ein sensationelles Ergebnis, aber wir vertrauen auf die guten Analysen im JAMA. Und das ist jetzt State of the Art. Ansonsten würde ich sagen, können wir keine belastbaren Daten Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt zeigen, wie sich denn unsere gesamten Strategien verbessert haben. Aber wir haben natürlich enorm dazugelernt in den ganzen Abläufen. Die Diskussion über das Beatmen wurde ja sehr kontrovers geführt, da kamen ja Vorwürfe, die deutschen Intensivmediziner würden zu früh intubieren. Ich glaube, das ist ein bisschen überspitzt diskutiert worden. Ich denke, deutsche Intensivmediziner, Herr Wendtner, werden Sie mir beispringen, sehen immer zu, dass die Patienten eben nicht invasiv beatmet werden, weil sie sehr wohl wissen, dass das problematisch ist. Auf der anderen Seite stellt uns aber das Krankheitsbild immer wieder vor Herausforderungen, die wir so am Anfang gar nicht erwartet haben. Dramatische Verläufe, wo wir dann schnellstmöglich eingreifen müssen und dann tatsächlich zur Intubation greifen. Die intubierten Patienten, das wissen wir auch, haben halt eine schlechte Prognose. Das ist einfach so. Ansonsten sind die Prinzipien der Therapie, der Beatmungstherapie bis hin zum extrakorporalen Kreislaufersatz eigentlich vergleichbar mit den Maßnahmen, die wir auch bei anderen schweren Viruserkrankung oder dem Akuten-Atemnot-Syndrom des Erwachsenen durchführen.

Moderator: [00:34:25]

Und Herr Wendtner vielleicht noch einmal kurz als Einschätzung? Oder war das ungefähr das?

Clemens Wendtner: [00:34:29]

Ja, ich würde dem absolut zustimmen, was Herr Janssens gesagt hat, wir haben sozusagen Sauerstoff-Therapien, High-Flow et cetera doch sehr stark angewendet. Es gibt auch sozusagen im supportiven Bereich – Antikoagulation als Stichwort – viele Erkenntnisse. Dass wir auch gelernt haben, dass ein Teil der Problematik eben auch durch Thromben-Bildung, also Blutgerinnsel, entsteht und dass wir diese Dinge dann auch sehr früh prophylaktisch



anwenden, also Periodisierung, zum Teil prophylaktisch, aber dann eben auch eine Voll-Antikoagulation, zum Teil auf Intensivstationen bei schweren Fällen. Das ist auch eine Lernkurve im medizinischen Sektor, die zur Prognose und Verbesserung beigetragen hat. Aber ich sage noch einmal: Wir dürfen uns auf diesen Dingen nicht ausruhen. Remdesivir, der Solidarity Trial hat auch gezeigt – oder uns aufgefordert – dass wir weiterhin auch an noch besseren Therapien forschen müssen. Und da ist jeder, wie er hier sitzt, auch dran beteiligt.

Moderator: [00:35:27]

Eine Frage nochmal an die beiden Intensivmediziner: Wie gut ist eigentlich das Klinikpersonal im Moment geschützt? Also auch jetzt, wenn das nochmal heftiger würde, ist da alles im grünen Bereich oder gibt es da Probleme? Oder was machen wir eigentlich mit Pflegepersonal, das vielleicht ausfällt – wegen Quarantäne und anderen Problemen, die bei steigenden Infektionszahlen ja zunehmen können. Also hier kommen mehrere Fragen: Woher denn das Klinikpersonal nehmen, wenn nicht stehlen, wenn es jetzt wieder eng würde? Vielleicht Herr Janssens.

Uwe Janssens: [00:35:58]

Da brauchen wir ja nur den Ausführungen von unserem Minister, Gesundheitsminister Laumann in NRW, wo ich ja bin, lauschen, der gestern genau das Gleiche gesagt hat. Wir können es ja jetzt auch nicht backen oder das Pflegepersonal von der Decke herunterholen. Das stimmt wohl. Eins muss man schon sagen: Am Anfang – Herr Wendtner, das sehen Sie genauso – haben wir wirklich gekämpft um diese persönliche Schutzausrüstung. Das war eine echte Achillesferse, und das war kein Spaß. Und das hat auch wirklich uns große Sorge gemacht, denn eins wollten wir nicht: dass das Personal sich infiziert, das geht gar nicht. Wir wissen sehr wohl aus Italien, Spanien, dass es da bis hin zu vielen, vielen Todesfällen im medizinischen Personal gekommen ist. Und da haben wir in Deutschland auch ein paar Todesfälle zu beklagen, aber bei weitem nicht so viel, wie wir das in Italien gesehen haben, wo die völlig ungeschützt rangegangen sind. Auch die Art und Weise des Umgangs des Personals mit den Schutzmaßnahmen hat sich etabliert. Und wir können – wenn wir wieder an den Punkt kommen, dass wir das Personal nicht mehr haben – dann werden wir Bereiche runterfahren, Operationen zurückfahren und dann das Anästhesie-Fachpflegepersonal – die haben ja die gleiche Ausbildung – die Anästhesisten können uns dann auch in der Intensivmedizin fachkundig mit Expertise und Ausbildung helfen. Das haben wir ja auch schon im März, April so gemacht.

Moderator: [00:37:11]

Ja, Clemens (Wendtner)?

Clemens Wendtner: [00:37:13]

Eine kurze Ergänzung, noch. Ich stimme absolut zu, was Herr Janssens gesagt hat. Zwei Punkte noch. Das wird Herr Janssens in seinem Klinikum nicht anders machen. Wir testen aggressiv



Mitarbeiter. Das heißt Mitarbeiter Screening ist inzwischen fester Bestandteil, jeder Mitarbeiter wird alle zwei Wochen hier getestet. Im Einzelfall natürlich auch noch frequenter, wenn es Verdachtsmomente gibt. Das schützt sozusagen das Personal auch und es gibt wenig Ausfälle. Das zweite: Wir schulen auch bereits wieder Personal für die Intensivstation, für die Infektstation, dass auch hier bei den Mitarbeitern, die vielleicht in einem anderen Bereich zurzeit tätig sind, eine Expertise entsteht und wir das Personal innerhalb des Klinikums auch shiften können.

Moderator: [00:37:59]

Herr Busse, sie haben sich noch gemeldet.

Reinhard Busse: [00:38:00]

Natürlich muss man ja auch nochmal darauf hinweisen, wir haben uns ja die Zahlen für diesen Expertenbeirat beim BMG angeguckt. Jetzt von der ersten Welle. Da war es ja so, dass für den Zeitraum Mitte März bis Ende Mai auch die Anzahl der Patienten insgesamt (abgenommen hat) – das sind ja nicht nur die abgesagten Operationen, sondern viele Patienten schätzen für sich derzeit auch das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Krankenhausaufenthalten anders ab. Da haben wir ja gesehen, dass die Zahl der Krankenhausfälle um 30 Prozent zurückgegangen ist im Schnitt. Das heißt natürlich auch, dass insgesamt mehr Pflegepersonal zur Verfügung steht. Das mag, wie Herr Wendtner gerade gesagt hat, nicht heißen, dass man sofort für Intensivstationen genug Personal hat. Aber die Personalreserve ist natürlich pro Patient betrachtet größer, wenn die Zahl der Patienten um 30 Prozent zurückgeht. Das muss man sozusagen im Hinterkopf haben, dass da auch das Personal herkommt, wenn weniger Patienten da sind.

Moderator: [00:39:02]

Hier kommt eine Frage: Werden wahrscheinlich demnächst Operationen schon wieder verschoben, elektive Eingriffe? Oder kann man das so noch nicht sagen oder sehen?

Uwe Janssens: [00:39:11]

Ja, in der Charité gab es vergangene Woche schon einen Rückfall der OP-Kapazitäten zumindest in Vorwegnahme der Infektionssituation in Berlin. 10, 20 Prozent haben die, glaube ich, schon reduziert. Das ging ja auch durch die Presse. Das wissen Sie auch. Und alle großen Häuser der Maximalversorgung et cetera, Herr Wendtner, bei Ihnen auch, haben die Pläne in der Tasche. Wir können eigentlich theoretisch von jetzt auf gleich die elektive Sachen sofort absagen. Das geht relativ rasch. Wir können innerhalb von 24, 48, 72 Stunden unser Programm so umshiften, dass da Kapazitäten freigesetzt werden – müssen wir aber im Moment noch nicht.



press briefing

Reinhard Busse: [00:39:51]

Das kann ja wirklich kurzfristig passieren, weil das Freihalten von Intensivbetten, da ist ja die durchschnittliche Liegezeit – also nicht die COVID-19 Patienten, sondern die Patienten, die postoperativ kommen – ist ja nur drei Tage. Insofern hat man da ja auch relativ kurzen Vorlauf, weil wirklich, wenn man Operationen zurückfährt, die Betten auch relativ zügig frei sind.

Moderator: [00:40:15]

Herr Wendtner, Sie wollten noch etwas sagen.

Clemens Wendtner: [00:40:17]

Es ist nicht der Fall, dass elektive Eingriffe, Therapien, auch Chemotherapien [...] verschoben werden müssen. Wichtig ist, dass man auch in den Krankenhäusern Bereiche definiert, die absolut COVID-19 frei sind. Deswegen haben wir für COVID-19 Patienten neben einem isolierten Infekthaus auch das Haus im Haus, sozusagen eine Pandemiestation, die mit dem Rest der Versorgung abgekoppelt sind, also eine hohe Sicherheit für die Patienten bieten, eben nicht an COVID-19 erkrankt sind. Jeder Patient, der ins Haus kommt, wird bevor er stationär aufgenommen wird, vorher abgestrichen. Erst wenn das Testergebnis negativ ist, kommt er zum Liegen. Im Notfall natürlich mit einem Schnelltest, das ist klar. Aber ich glaube, da haben wir schon alle höchstmögliche Sicherheit in den letzten Wochen und Monaten aufgebaut, dass genau diese Dinge nicht passieren, also elektive Operationen nicht aufgeschoben werden müssen zurzeit und notwendige Therapien auch an den Patienten gebracht werden können.

Uwe Janssens: [00:41:19]

Ein wichtiger Punkt, der ein bisschen untergegangen ist, sind die neuen nationalen Teststrategien. Man darf das gar nicht unterschätzen. Herr Wendtner hat betont, dass bei ihm in der Klinik alle 14 Tage Mitarbeitende getestet wurden. Das ist bisher finanziell gar nicht klar abgebildet gewesen. Herr Spahn und das Ministerium setzt jetzt auf die Antigen-Tests, und die gelangen in die Abrechnung, wenn die Krankenhäuser Pläne, Teststrategien vorlegen. Diese müssen von den Gesundheitsämtern beauftragt werden – das ist ein bisschen bürokratisch – und dann kann man diese regelmäßigen Teststrategien in Hochrisikobereichen oder flächendeckend genau definieren. Damit schützt man zum einen Mitarbeiter, zum anderen ist das auch Patientenschutz.

Clemens Wendtner: [00:42:03]

Die werden in München schon nach RVO abgerechnet mit dem Hinweis, dass es zur Verhinderung von Infektionsketten im Krankenhaus dient. Also in Bayern ist das bereits abrechenbar.

Uwe Janssens: [00:42:13]



press briefing

In Bayern war das so, in NRW nicht.

Moderator: [00:42:16]

Ich habe eine Frage an Herrn Busse von der Rhein-Zeitung. Müsste bei der Einstufung von innerdeutschen Risikogebieten auch die Auslastung der Krankenhauskapazitäten stärker berücksichtigt werden? Und wenn ja, gibt es dafür irgendwie einen Wert, eine Größe, die bei einer Art Corona-Ampel Berücksichtigung finden könnte?

Reinhard Busse: [00:42:37]

Das Land Berlin hat das in seiner Corona-Ampel. Da gibt es drei Werte. Einerseits den uns allbekannten Wert, wie viele Neuinfizierte gibt's pro hunderttausend? Dann gibt's den R-Wert, also wie viele steckt im Schnitt jemand weiter an? Und der dritte Faktor ist die Auslastung der Intensivkapazitäten. Das ist der Wert, der kontinuierlich, auch in Berlin, immer im grünen Bereich geblieben ist. Was uns nach dem, was wir hier diskutieren, auch was ich von den Nachbarländern gezeigt habe, nicht erstaunlich ist. Also ja, natürlich ist das eine Möglichkeit, wenn man eine Ampel schafft, die auf mehreren Faktoren beruht. Ich hatte eingangs gesagt, dass war die Grundüberlegung von flattening the curve. Das war sozusagen der Hauptausgangspunkt. Warum wir auch die rigiden Maßnahmen mit dem Lockdown begründet haben, war die Sorge nach einer Überforderung des Gesundheitssystems und ja, natürlich sollten wir das auch wieder aufgreifen und sozusagen als Wert vor Augen haben.

Moderator: [00:43:50]

Ich habe noch eine medizinische Fachfrage nach den Langzeitfolgen, wer davon betroffen ist und, ob es schon eine Annäherung dazu gibt, wie viele Menschen davon betroffen sind. Herr Janssens und Herr Wendtner, haben Sie eine Schätzung, oder gibt es Erkenntnisse dazu, die ein bisschen belastbarer sind oder nicht?

Clemens Wendtner: [00:44:09]

Es gibt das Phänomen des sogenannten Long-COVID-19, das auch in der Literatur bereits gut beschrieben ist. Es gibt zwei Kardinalsymptome, erstens Fatigue, also eine Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, die [den einzelnen Patienten] Wochen bis Monate anhalten kann und das zweite sind Atemwegsproblematiken. Das ist die zweite große Gruppe. Man unterscheidet post-akut innerhalb von zwölf Wochen und chronisch ab drei Monaten. Von der Frequenz: 30 Prozent aller COVID-19-Patienten, wenn wir das gesamte Kollektiv betrachten, entwickelt das. Bei Intensivpatienten ist die Quote bis zu 80 Prozent anzusetzen. Es gibt natürlich entsprechende Kliniken, die sich darauf spezialisiert haben. In Bayern haben wir mehrere von diesen, wo wir die Patienten dann auch nach einem stationären Aufenthalt, nach einem Intensivaufenthalt entsprechend zur weiteren Betreuung hinschicken. Da kommen Atemwegsproblematiken, Atemtraining dazu, aber – vielleicht noch ein wichtiger Punkt, nicht somatisch – man weiß, dass die Rate an Depressionen im Kontext COVID-19 um den Faktor drei ansteigen. Das kann auch bis zum Suizid gehen. Auch diesen Kontext darf man nicht außer Acht lassen. Das heißt,



man muss Patienten auch nach stationärem Aufenthalt, wenn sie virusfrei sind, auch von ärztlicher Seite unbedingt weiter betreuen.

Uwe Janssens: [00:45:50]

Die intensivmedizinischen Patienten – Herr Wendtner, genau das ist der Punkt – die nehmen einen dramatisch-längeren Verlauf, als wir das kennen. Die haben eine Liegedauer, die das weit übersteigt, was wir sonst kennen. Und eine intensivmedizinische Behandlung mit Beatmung, (das) betrifft ja alle Intensivpatienten. Aber die (COVID-19-Patienten) werden besonders betroffen, weil sie besonders lange behandelt (und) beatmet werden. Das heißt, sie haben ein schweres Post-intensiv Syndrom mit allem, was dazugehört: Muskelschwäche, neurologische Störungen. Die benötigen eine wirklich extensive Rehabilitation, Langzeitverfolgung, also Langzeitprobleme, die sich aus diese Mikro-Thrombosierungen ergeben – das wissen wir ja noch gar nicht ganz genau. Da sind wir sehr gespannt auf die Daten, die wir vielleicht im Jahr 2021 in der Nachbeobachtung, zwölf Monate Post haben. Oder Fibrosierung, das heißt Bindegewebsvermehrung in der Lunge als Folge der COVID-19-Lungenerkrankung: das werden wir noch sehen, was wir für Auswirkungen haben. Das können wir noch nicht ganz genau sagen.

Moderator: [00:46:45]

Gut, jetzt haben wir schon vier Minuten vor zwölf. Das heißt, wir haben noch vier Minuten. Ich würde Sie gerne noch einmal bitten mit all den gesammelten Erfahrungen auf den Ebenen, die wir jetzt bisher gelernt haben, und mit Blick auf das, was uns in den nächsten Wochen wahrscheinlich noch erwarten wird. Ich habe so ein bisschen verstanden, sie sind ein bisschen gelassener, aber nicht so richtig. Vielleicht können Sie das noch mal so ein bisschen einordnen. Wie schauen Sie jetzt auf diese weitere Entwicklung, wenn sich zum Beispiel die Fallzahlen nicht wieder durch das veränderte Verhalten der Menschen ändern wird?

Clemens Wendtner: [00:47:15]

Ja, ich würde sagen, es gilt (nach wie vor), dass man jederzeit vorbereitet sein sollte. Das gilt auch für COVID-19. Wir haben alle in den letzten Monaten Pandemiepläne entwickelt, die auch reaktiviert werden können. Das soll auch ein Stück weit Ruhe in die Diskussion reinbringen. Wenn die Zahlen wirklich steigen sollten, das heißt auch stationäre Patienten, das heißt auch Intensivpatienten, (dann) sind wir nach jetzigem Wissen, nach jetzigen Kalkulationen in Deutschland gut vorbereitet. Es wäre natürlich schöner, wenn wir diesen Stresstest für uns alle, für das Gesundheitssystem nicht hätten und nicht provozieren. Da hat jeder auch ein bisschen selbst Eigenverantwortung. So dass wir Infektionsketten sehr früh schon unterbinden und nicht das Problem dann in die Kliniken verlagert wird. Aber wie gesagt, mein Ausblick ist: Wachsam sein, aber trotzdem mit einer gewissen Zuversicht auch in die nächsten Wochen hineinzugehen.

Moderator: [00:48:29]



press briefing

Herr Janssens?

Uwe Janssens: [00:48:29]

Da schließe ich mich gerne an Herr Wendtner. Panik machen an der Stelle, bringt überhaupt nichts, gar nichts. Ich muss schon ganz ehrlich sagen, so konfus das vielleicht am Anfang erschien, war es dann am Ende dann doch nicht. Es hat eine gewisse Dynamik gehabt im März, April, und das hat uns alle schon ziemlich geradegerückt. Das muss man ganz ehrlich sagen. Wir persönlich in der Medizin – das diskutieren wir ja in unseren Gremien – würden uns tatsächlich im Moment wünschen, das nicht zu sehr eine Panik geschürt wird in der Bevölkerung, weil sonst diese Pendelbewegung, nämlich links und rechts, diese Ausschläge, diese polarisierenden Effekte, dann noch zunehmen. Und dass die Medizin – die Pflegekräfte und alle draußen in der ambulanten Medizin wie hier – alle sind in der Lage, das im Augenblick tatsächlich zu schaffen. Da bin ich fest von überzeugt. Meine Kollegen, alle! Ich kenne keinen Einzelnen, der sagt, das wird eine Katastrophe werden. Aber wir wissen ganz genau, wir stehen hier so angespannt und blicken da in die Zukunft, werden das aber mit Sicherheit schaffen. Das wird im Herbst klappen.

Moderator: [00:49:41]

Herr Busse, ihr Schlusswort?

Reinhard Busse: [00:49:43]

Ich finde, da kann ich mich anschließen. Wir müssen befürchten, dass es zu weiteren Anstiegen kommt. Die können natürlich nicht ewig andauern. Wir müssen irgendwie schon sehen, dass wir die Dynamik brechen. Aber die vorhersehbaren Anstiege, die jetzt schon auf dem Weg sind, die werden unser Gesundheitssystem etwas mehr fordern, als es genau derzeit ist. Aber sie werden es nicht überfordern. Aber trotzdem wollen wir ja nicht die unnötige gesundheitliche Belastung der Bevölkerung, die Langzeitfolgen, die wir noch nicht ganz kennen. Wir müssen Sorge tragen, dass wir die Dynamik brechen, aber nicht, weil ansonsten das Gesundheitssystem zusammenbrechen würde. Ich wollte noch sagen, dass die Zahlen, die ich gezeigt habe, dass die hinterher verfügbar sein werden.

Moderator: [00:50:40]

Damit sind wir auch am Ende. Genau, das werden wir verfügbar machen. Erstmal vielen Dank an die 130 Kolleginnen und Kollegen da draußen. Wir haben wahnsinnig viele Fragen, aber wir konnten nicht alle beantworten. Das heißt, wir werden weiter in Kontakt bleiben und je nachdem, wie es weitergeht, nochmal ein Press Briefing machen. Erst einmal Dank an die Experten, danke für ihre Zeit. In einer Stunde ist die Aufzeichnung des Press Briefings über einen Link auf unserer Homepage verfügbar, und wir bemühen uns auch, möglichst schnell ein Transkript zu veröffentlichen. Insofern wünsche ich uns erst einmal allen, dass wir gut durch den Winter kommen und dass das, was wir alle befürchten, nicht eintritt und hoffen, dass es so ist, wie sie es auch ein bisschen dargestellt haben. Man darf hoffen, dass wir das im Winter



auch wuppen können, wenn wir uns alle ein bisschen vernünftig verhalten. Vielen Dank, auf Wiedersehen!



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Volker Stollorz

Redaktionsleiter und 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 RStV/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

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer

Beate Spiegel, Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §55 Abs.2 RStV

Volker Stollorz

