



27.07.2021

## Transkript

# „Welche Inzidenz können wir uns zukünftig erlauben? Ausblick auf die nahende COVID-19-Welle“

## Experten auf dem Podium

---

- ▶ **Prof. Dr. Christian Althaus**  
Leiter der Forschungsgruppe Immuno-Epidemiologie, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern, Schweiz
- ▶ **Prof. Dr. Reinhard Busse**  
Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, TU Berlin, und Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies, Mitglied des Fachbeirates des Bundesgesundheitsministeriums
- ▶ **Prof. Dr. Andreas Schuppert**  
Arbeitsgruppenleiter am Institute for Computational Biomedicine und Direktor des Joint Research Center for Computational Biomedicine, Rheinische-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH), Aachen
- ▶ **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/welche-inzidenz-koennen-wir-uns-zukuenftig-erlauben-ausblick-auf-die-nahende-covid-19-welle/>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei benötigen, können Sie sich an [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de) wenden.



## Transkript

---

**Moderatorin** [00:00:00]

Herzlich willkommen, liebe Journalistinnen und Journalisten, beim nächsten Press Briefing des Science Media Center. Mein Name ist Marleen Halbach und wir möchten heute über das Thema sprechen: "Welche Inzidenz können wir uns eigentlich zukünftig erlauben? Ein Ausblick auf die nahende COVID-19 Welle". Ich glaube über die Basics sind sich mittlerweile alle einig. Also je mehr vollständig geimpft sind, desto weniger hart schlägt eine neue Welle auf. Dass sie kommt, ist auch unstrittig. Mittlerweile verzeichnen wir wieder ordentliche Wachstumsraten in vielen Ländern, auch in Deutschland, auch wenn es jetzt mittlerweile diese Woche leichte Hinweise auf eine Abschwächung des Wachstums gibt. Eine weitere Welle trifft natürlich Ungeimpfte besonders hart, das sieht man jetzt auch schon schön an den steigenden Fallzahlen unter den 15- bis 29-Jährigen zum Beispiel. Aber jüngere Personen, das haben wir mittlerweile ja auch gelernt, haben auch ein geringeres Risiko für schwere Verläufe und Tod. Also die Belastung des Gesundheitssystems dürfte bei gleichen Inzidenzen wie Winter deutlich geringer ausfallen. Aber um wieviel eigentlich genau? Modellierungen sollen helfen, das abzuschätzen. Zwei sind heute auch Thema, eine vom Robert-Koch-Institut, die auch in der Zusammenfassung angekündigt war, die wurde vergangene Woche veröffentlicht, und eine Modellierung der Belastung der Intensivstationen, an der Herr Schuppert maßgeblich beteiligt war, der auch heute hier ist und die werden wir heute auch besprechen. Die liefern allerdings keine konkrete Antwort auf die Frage, was ist denn nun der Grenzwert der Inzidenz, den wir uns erlauben können. Deshalb diskutieren wir heute auch nochmal mit Experten über diese Frage auch anhand eines Blicks in andere europäische Länder, den Herr Busse uns bieten wird. Ich habe jetzt schon zwei Experten vorgestellt. Wir haben 50 Minuten Zeit, darüber zu diskutieren und zwar mit Prof. Dr. Christian Althaus. Er ist Leiter der Forschungsgruppe Immuno-Epidemiologie am Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Uni Bern in der Schweiz. Wir haben Professor Dr. Reinhard Busse im Plenum, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin und Co- Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies und er ist auch noch Mitglied im Fachbeirat des Bundesgesundheitsministeriums. Und wir haben noch als Dritten im Bunde Professor Dr. Andreas Schuppert, er ist Arbeitsgruppenleiter am Institute for Computational Biomedicine und Direktor des Joint Research Center for Computational Biomedicine an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen. Wie immer können Sie schon Ihre Fragen, die Sie jetzt schon haben, in dem Q&A-Tool also Fragen- und Antworten-Modul von Zoom stellen. Mein Kollege wird die dann sammeln, mir reingeben und ich kann sie an geeigneter Stelle hier ins Plenum hineinreichen. Wie immer wird auch dieses Press Briefing aufgezeichnet und nachher auf der Website zusammen mit einem Transkript veröffentlicht. Da würde ich direkt mal einsteigen und zwar heute in alphabetischer Reihenfolge. Herr Althaus, wir haben ja die zwei Modellierungen schon angesprochen, die von Herrn Schuppert und vom RKI. Eingangs möchte ich gerne wissen, welche Inzidenz können wir uns denn konkret erlauben, die Modelle sind ja immer auch eine Abschätzung. Wie bewerten Sie die Werte, die bisher in den Ring geworfen wurden, beispielsweise hat der Bundesgesundheitsminister Spahn gesagt, 200 ist die neue 50, also eine 200er-Inzidenz können wir uns erlauben. Herr Drosten hat gesagt, [wir können uns] viermal mehr Infektionen erlauben als bei den Ü-60 Jährigen. Wie sind solche Abschätzungen zu bewerten und welche Grenzwerte an Inzidenzen legen Sie auch in der Schweiz an?

**Christian Althaus** [00:03:20]

Ja, es ist eine sehr gute Frage, vielen Dank für die Einladung zu diesem Briefing. Wenn man von Grenzwerten und Inzidenzen spricht, muss man sich natürlich klar werden, ob man tatsächlich über bestätigte Fälle spricht, wie wir das jetzt in den letzten eineinhalb Jahren vor allem gemacht haben oder ob man jetzt nicht vermehrt den Fokus auf die Hospitalisation legen wird. In allen europäischen Ländern geht man jetzt in eine Phase über, wo die meisten Leute, die das wollen, geimpft



sein werden und sich das Virus wahrscheinlich stärker ausbreiten wird. Zu einem gewissen Zeitpunkt wird die Inzidenz relativ hoch sein. Es ist vorläufig noch schwierig abzuschätzen, wie stark dadurch die Belastung des Gesundheitssystems wird, aber ein sehr deutlicher Indikator sind eben die Hospitalisationen und die sind ja jetzt nicht einfach Null diesen Sommer. Es gibt auch jetzt täglich Hospitalisationen in den europäischen Ländern und anhand dieses Faktors kann man ziemlich gut abschätzen, wie man die nächsten Wochen und Monate verfahren möchte. In der Schweiz ist man eigentlich davon weggekommen, Grenzwerte wirklich strikt zu benutzen, was die bestätigten Fälle anbelangt, es gibt damit Probleme. Diese Zahlen sind sehr stark abhängig vom Testregime, das gemacht wird, von der Art der Tests, die benutzt werden. Und über diese Sommerperiode mit den Ferien, wo sich vielleicht viele Leute vor den Ferien noch testen und dann erst anschließend wieder, kann das auch teilweise etwas verzerrt sein. Der wesentliche Faktor in der Schweiz ist jetzt doch eher die Hospitalisation. Da hat man einen Schwellenwert von 120, das ist kein strikter Schwellenwert, aber diesen Schwellenwert hat man im letzten Herbst erreicht. Falls es jetzt im Herbst oder Winter wieder dazu kommen würde, dass man diese Schwelle erreicht, dann wird es in der Schweiz wieder zu weiteren Maßnahmen führen.

**Moderatorin** [00:05:27]

Darf ich da vielleicht mal nachhaken. 120 heißt: Tägliche Neuaufnahmen in der Schweiz oder heißt es, es liegen gleichzeitig 120 in Behandlung im Krankenhaus.

**Christian Althaus** [00:05:35]

Das sind die täglichen Neuaufnahmen. Auch da muss man natürlich mit den Zahlen vorsichtig sein. Ich halte Inzidenzen immer für die besseren Faktoren, das sind die täglich neu bestätigten Fälle oder neuen Eintritte ins Spital oder neuen Einweisungen auf die Intensivstation und nicht die absolute Belegung. Die absolute Belegung lässt sich dann dadurch berechnen, wenn man davon ausgeht, dass die Leute vielleicht fünf oder sieben oder zehn Tage durchschnittlich im Spital oder auf der Intensivstation liegen. Also diese 120 das sind neue Hospitalisationen. Auf Deutschland [bezogen] würde das dann den Faktor 10 höher sein, also etwa zwölfhundert Hospitalisationen pro Tag als Stellenwert.

**Moderatorin** [00:06:16]

Genau, also 120 in der Schweiz. 1.200 würde das in Deutschland ungefähr heißen nach Ihrer Hochrechnung. Sie haben gerade gesagt, dass die Schweiz diesen Wert auch schon erreicht hat in der Winterwelle. Das heißt, man hat schon einen Wert genommen, bei dem sie schon einmal waren, von dem sie wissen, was das heißt fürs Gesundheitssystem. Das ist nicht jetzt ein Grenzwert, den man noch nie erreicht hat, sondern man weiß, wenn ich den übertrete, dann muss ich sofort was machen, weil da war die Grenze auch schon, es ist bekannt, dass das ein Problem wird.

**Christian Althaus** [00:06:42]

Ich denke, deshalb wurde dieser Grenzwert benutzt. Im letzten Jahr, ich weiß nicht, wie stark Sie das mitbekommen haben, hat man in der Schweiz sehr lange gezögert. Die Zahlen sind sehr stark angestiegen. Man hatte sehr wenige Maßnahmen im Oktober, man hatte sogar noch Großveranstaltungen. Deshalb ist es sehr schnell zu einer sehr starken Belastung des Spitalwesens gekommen, mit einer Spitze von etwa 90 oder 100 Todesfällen pro Tag. Und ich glaube etwa 250 Spitaleinweisungen pro Tag und das ist jetzt etwa die Hälfte. Man ist also sicher, wenn man sieht, dass man diesen Wert von 120 erreicht, dass man dann wirklich sich gut überlegt, was man jetzt in den nächsten Wochen machen möchte.



press briefing

**Moderatorin** [00:07:23]

Okay, also die ist fast noch einen Puffer von mal zwei drin zu dem, was man mal im Maximum hatte, könnte man so sagen.

**Christian Althaus** [00:07:29]

Da ist natürlich ein Puffer drin, aber wenn jetzt tatsächlich die Zahlen stark ansteigen würden, dann ist man ja auch irgendwann bei 50 oder 70 und dann beginnen die Diskussionen, was genau man bei einem Wert von 120 machen möchte.

**Moderatorin** [00:07:44]

Für den Moment würde ich es dabei belassen und zum nächsten Experten übergehen und zwar zu Herrn Busse. Sie haben eine kleine Präsentation vorbereitet.

**Reinhard Busse** [00:08:09]

Ja, vielen Dank Frau Halbach. Guten Tag, meine Damen und Herren. Ich möchte nur vier ausgewählte Slides bringen. Angesichts der derzeitigen Diskussion, die uns allen klar ist, ist es doch nochmal gut, einmal zurück zu gucken auf die Situation in Deutschland. Dazu habe ich ganz neu ergänzt, die habe ich bisher nicht gezeigt, die Daten, die wir vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bekommen, die noch etwas genauer sind, weil es ja die tatsächlich abgerechneten COVID-Fälle sind. Wir sehen hier in blauen Säulen die stationären Aufnahmen im Jahr 2020 und in orange die Zahlen von den ersten fünf Monaten so bis etwa Mitte, Ende Mai. Wir mussten das dann abbrechen, weil nur die Entlassenen schon drin sind bis Mitte Mai, die aufgenommen sind. Hier die Anzahl der Behandlungsfälle, das sind die neu aufgenommenen Fälle pro Woche. Das ist also ganz gut vergleichbar mit den Zahlen, die gerade Herr Althaus aus der Schweiz gebracht hat. Da war es ja pro Tag, er hatte gesagt, wenn wir das auf Deutschland übertragen würden, wären es ja zwölfhundert am Tag. Wenn das jetzt pro Woche ist, müsste man es mal sieben nehmen, dann wäre der Wert bei 8.400 gewesen. Und wir sehen, dass gegen Jahresende die Zahlen in Deutschland etwa bei 14.000 gelegen haben, also neu stationär aufgenommene Fälle pro Woche. Auch das muss man dann, um die gleichzeitige Belegung herauszubekommen, entsprechend mit der durchschnittlichen Verweildauer malnehmen. Die lag, das wissen wir bisher von den 2020er Zahlen, so bei elfeinhalb Tagen in Deutschland. Dann kommt man auf entsprechend höhere Werte. Man muss die wochenweisen Zahlen nochmal mal 1,5 nehmen. Was ich auch abgetragen habe, das sind die Linien mit den Punkten, das sind in dem gleichen Maßstab diejenigen, die auf Intensivstation behandelt worden sind in Deutschland. Und das kann man ins Verhältnis setzen. Wir sehen am Anfang in blau, Inzidenz 40. Wir müssen uns erinnern, in der ersten Welle hatten wir eine Inzidenz von 40 mit sehr hohen Krankenhaus-Aufnahmeraten im Vergleich dazu, dann hatten wir in der zweiten Welle den maximalen Inzidenzwert von etwa 250 und in der dritten Welle ungefähr 200. Wir sehen, dass bei der dritten Welle und der zweiten Welle die Krankenhausaufnahme proportional waren gegenüber der Inzidenz. Was ein bisschen angestiegen ist in der dritten Welle war die Anzahl der Patienten in Deutschland, die auf Intensiv behandelt worden ist, vielleicht kommen wir auf den Faktor ja auch nochmal zurück und den erläutere ich weiter hier in der nächsten Folie. Die nächste Folie ist ein Vergleich zu anderen europäischen Ländern. Ich vergleiche Deutschland hier mit Dänemark, Frankreich, Niederlande, Spanien, Großbritannien, also ausgewählten Ländern, die im Mittelpunkt des Fokus stehen und natürlich auch, wo wir Daten bekommen haben. Diejenigen, die bei der Pressekonferenz im März da waren, wissen, da hatte ich schon mal das, was hier gelb und grün ist, gezeigt. Ich habe jetzt das, was bei uns in Deutschland die dritte Welle war, ergänzt. Und für die je-



weiligen Länder habe ich drei Zahlen immer herausgesucht: Wieviel Prozent von allen Test-positiven Fällen denn überhaupt stationär aufgenommen worden sind. Da sehen wir, das waren in Deutschland in der ersten Welle 21 Prozent, in der zweiten Welle 11 Prozent und in der dritten Welle acht Prozent. Dann wie viele von denen, die schon im Krankenhaus waren, auf Intensiv gekommen sind. Das waren in der ersten Welle 30 Prozent, in der zweiten Welle 21 und in der dritten, wie gerade gesagt wieder etwas mehr mit 24 [Prozent]. Dann kann man natürlich auch ausrechnen, wie viele von allen Infizierten auf Intensiv waren: Das waren in Deutschland in der ersten Welle 6 Prozent, in der zweiten 2,3 und in der dritten ungefähr gleich viel mit 2,0 [Prozent]. Ich habe dann die anderen Länder zum Vergleich nochmal mitgebracht. Was man da sieht, ist ab der zweiten Welle im Vergleich zur ersten Welle ein deutlicherer Lernfortschritt oder eine Veränderung des Verhaltens bezüglich der stationären, aber auch der Intensiv-Aufnahmen. Wo bei uns 2,3 Prozent auf Intensiv gekommen sind, waren sie in den anderen Ländern mit kleinen Variationen am zweitmeisten in Frankreich 0,5 Prozent, das ist insgesamt in der dritten Welle, wo ja auch der Impffortschritt in den Ländern gerade erst angefangen hatte, ist das in vielen Ländern wieder angestiegen, so dass es dann zum Teil in Frankreich, aber auch in Spanien näher an dem deutschen Wert war, wir aber da trotzdem am höchsten liegen. Das ist vielleicht auch noch ein Faktor, auf den wir mal zurückkommen müssen. Die Koppelung von Inzidenz zu Krankenhausfällen bzw. Inzidenz zu Intensivfällen in anderen Ländern können wir nicht eins zu eins nach Deutschland übertragen, weil wir höhere Quoten haben von denjenigen, die auf Intensiv landen. Diese Grafik endet ja im Mai mit aus unserer Sicht der dritten Welle. Und interessant ist jetzt, was in den Ländern ist, wo bereits wieder eine Welle läuft oder sich schon wieder dem Höhepunkt nähert, nämlich Großbritannien und die Niederlande. Betrachten wir uns zunächst Großbritannien und dieses sind die Inzidenzzahlen dargestellt mit Tageswerten. Also 20 K sind 20.000 Neuinfizierte, 40 K sind 40.000 und so weiter. In Großbritannien ist das jetzt die vierte Welle und die ist von der Inzidenz ähnlich hoch wie die dritte Welle, die um Silvester war. Und jetzt stellte sich die Frage, wie stellt sich das dar in Bezug auf die Krankenhausaufnahmen. Im gleichen Maßstab, in der gleichen zeitlichen Dimension sind das die täglichen Krankenhausaufnahmen. Also wiederum diese Größenordnung, die wir von Herrn Althaus gehört haben aus Großbritannien. Es gibt schon diese vierte Welle ganz rechts, aber wenn man die in Bezug setzt zu den neu Infizierten, dann wissen wir, das hatte ja auch die vorherige Tabelle gezeigt, da waren 7 Prozent in Großbritannien in der zweiten und dritten Welle und da liegen wir jetzt bei 2 Prozent, also um den Faktor 3,5 niedriger. Natürlich kann man sagen, vielleicht gibt es einen kleinen Zeitverzug, dann ist vielleicht der Faktor 3 und nicht 3,5, aber doch deutlich. Was sich nicht verändert hat, ist der Zusammenhang von denjenigen, die dann überhaupt stationär kommen und denjenigen, die auf Intensivstationen sind. Da bleibt es ungefähr so, dass unter denjenigen, die überhaupt im Krankenhaus sind, gleich viele wie vorher dann intensivpflichtig und beatmungspflichtig werden, wie hier in Großbritannien dargestellt. Aber das sind dann entsprechend auch um den Faktor 3,5 weniger, weil es ja die stationären Aufnahmen gekoppelt ist. Ähnliches sehen wir aus den Niederlanden. Hier habe ich mal nur fokussiert auf die Intensiv-Aufnahmen pro Tag. Das ist nochmal um einen entsprechenden Faktor kleiner, hatten wir ja gesehen, dass je nach Land und je nach Welle nur 10 bis 20 Prozent der überhaupt stationär aufgenommenen auf Intensiv kommt. Dies sind die täglichen Neuaufnahmen in den verschiedenen niederländischen Wellen und auch da habe ich Ihnen mal mitgebracht, wie sich die Inzidenz entwickelt hat. Da sehen wir ein ähnliches Phänomen wie in Deutschland: Am Anfang bei eigentlich relativ niedriger Inzidenz aus heutiger Sicht ungefähr so wie in Deutschland mit 40 in der Spitze sehr, sehr viele Intensivaufnahmen. In den Niederlanden ist das die zweite, dritte, vierte Welle, wenn man sich das anguckt bei einer Inzidenz von 300, die also über unserer war, waren es auch ähnliche Aufnahmen auf den Intensivstationen von der Menge her. Und jetzt sind wir in den Niederlanden ja bei neuen Höchstwerten in der dortigen Inzidenz. Also die Inzidenzzahlen sind dort höher als sie jemals waren, liegen derzeit bei etwa 350. Wir erkennen aber, dass die täglichen Neuaufnahmen auch so um den Faktor 3 etwa niedriger liegen als in den letzten Wellen. Das ist also der Stand, wie er sich derzeit in den am meisten betroffenen Ländern, wo wir zeitnah Daten gewinnen können, die sehr übersichtlich dargestellt werden, darstellt. Wir sehen Faktor 3 bis 4 Unterschied zu den





press briefing

vorherigen Wellen. Ob sich das in Deutschland genauso widerspiegelt, hängt auch davon ab, wie in Deutschland von den Ärzten die Entscheidung getroffen wird, Patienten auf Intensivstation zu legen. Soweit von meiner Seite, vielen Dank.

**Moderatorin** [00:18:10]

Vielen Dank, Herr Busse. Hier kommen schon Nachfragen, auch im Chat. Wir hatten das bei dem letzten Press Briefing, das Sie ja auch schon angesprochen hatten, schon diskutiert, warum sind immer noch die Hospitalisierungen in Deutschland am höchsten? Die Intensivstationen gehen ja, da sind ja auch Länder, die ungefähr gleich sind, aber gerade die Hospitalisierungsraten sind ja immer noch höher als in anderen Ländern. Ganz kurz vielleicht so grob die Faktoren die da reinspielen.

**Reinhard Busse** [00:18:40]

Das ist ja bei uns mit allen Krankheiten so. Insgesamt haben wir 50 Prozent mehr pro Kopf der Bevölkerung Hospitalisierung als in den Ländern um uns herum. Gegenüber ausgewählten Ländern wie Dänemark ist es Faktor 2. Wollen die Patienten ins Krankenhaus, sicherlich nicht. Viele der Patienten gehen in Notaufnahmen. Wir wissen, das ist der Hauptunterschied zu anderen Ländern, dass die Wahrscheinlichkeit, von den Patienten, die in Notaufnahmen von Krankenhausärzten gesehen werden, stationär dabegehalten werden. Der Faktor ist doppelt so hoch wie in anderen Ländern. Also es gehen etwa gleich viele Leute in die Notaufnahme wie in anderen Ländern, aber die Wahrscheinlichkeit, dass man dort nach ambulanter Behandlung wieder nach Hause geschickt wird, ist halt ungefähr dreiviertel, während sie bei uns nur 50 Prozent ist.

**Moderatorin** [00:19:37]

Wenn man es grob sagt, könnte das auch wieder das Anreizsystem im deutschen Gesundheitssystem sein, was dazu führt, dass die Leute dann eher mal dabegehalten werden als nach Hause geschickt werden.

**Reinhard Busse** [00:19:47]

Es sind verschiedene Systeme. Es ist sicherlich die Finanzierung, es geht um Geld. Es geht darum, dass die Ärzte in Weiterbildung ihren Weiterbildungskatalog füllen müssen. Und es geht auch darum, dass bei uns nachts ganz häufig nur Assistenzärzte da sind, die keine endgültige Entscheidung treffen können und die dann, statt den Oberarzt anzurufen, den Patienten lieber aufnehmen. Während in anderen Ländern, etwa in Dänemark, haben die erfahrensten Oberärzte nachts Dienst.

**Moderatorin** [00:20:14]

Ich würde es dabei belassen, die Frage kann jetzt mehrfach rein, soll gar nicht unser Hauptthema sein, aber ich glaube ich wichtig, um die Zahlen auch europäisch, die wir jetzt auch nochmal diskutieren werden, einzuschätzen. Ich finde nämlich gerade die Zahlen aus den Niederlanden und aus UK sehr spannend, die sie gezeigt haben. Genau diese Faktoren, um die die Gesundheitssystembelastung zurückgeht durch den Impfeffekt. Da würde ich jetzt gerne auch nochmal deutsche Zahlen zu diskutieren, denn wir können ja noch so ein bisschen in die Zukunft gucken. Unsere Welle fängt ja gerade erst an. Wir merken es ja in den Inzidenzen schon, aber noch nicht so richtig in den Krankenhäusern. Herr Schuppert ist jemand, der moduliert hat, wo kann es denn hingehen in Deutschland. Herr Schuppert, ich würde Sie direkt mal fragen: Wieviel Puffer haben wir in Deutschland, was sehen Sie da in Ihren Modellen, wieviel mehr Inzidenz können wir vertragen? Können Sie



kurz erklären, welche Modellergebnisse Sie dort haben und welche Faktoren da einspielen, dass die Unterschiede anders sind zu anderen Ländern?

**Andreas Schuppert** [00:21:13]

Ja, sehr gerne Frau Halbach, ich habe dazu ein paar Slides mitgebracht. Die Frage ist nämlich leider nicht ganz so einfach zu beantworten, die Frage, die uns alle drückt: Warum ist es so? Wir haben eine relativ komplexe Ausgangslage und da spielen viele Faktoren eine Rolle. Es spielt zum einen natürlich eine Rolle: Wie sieht unser Impfstatus aus und das zweite ist: Wie sieht das Risiko aus, bei einer Infektion dann eine schwere, intensivpflichtige Erkrankung zu erleiden. Diese beiden Daten hab ich Ihnen mitgebracht. Zum einen, unser Impfstatus hängt, wie wir alle wissen, sehr stark vom Alter der Kohorte ab und auch der Krankheitsverlauf, das Risiko auf einer Intensivstation zu landen bei Infektion. Hier wurde altersstratifiziert, hier sehen Sie, das ist ebenfalls auch sehr stark vom Alter abhängig. Hier wurden Daten aus Berlin und Aachen verwendet, um diese Wahrscheinlichkeiten zu berechnen. Wenn wir jetzt den Impfstatus hernehmen und schauen mit Hilfe dieser Risikoverteilungen, wie viele Patienten, wie viele Menschen in Deutschland in den entsprechenden Altersgruppen sind denn noch nicht immunisiert, hätten bei Erkrankung ein echtes Risiko, dann sehen wir, dass in Deutschland doch eine erschreckend große Zahl von Menschen trotz unserer Impfkampagne bisher nur schwach geschützt ist. insbesondere haben immerhin noch 20 Millionen Menschen ein Risiko, auf der Intensivstation zu landen. Das heißt, sie sind nicht zumindest einmal geimpft. Das verteilt sich durchaus auch auf Altersgruppen, die bei Infektion ein erhöhtes Risiko haben. Wenn wir diese Risikofaktoren auf diese Zahlen loslassen, dann sehen wir in der Tat, dass wir heute noch 200.000 Menschen zwischen 18 und 59 Jahren und 182.000 Menschen mit 60 plus ungefähr in Deutschland haben, die, wenn alle infiziert werden, nicht durch Impfung oder Genesung geschützt sind, dann im Laufe der Zeit noch auf der Intensivstation landen, wenn sich keine dramatischen Änderungen in der Aufnahmepraxis bzw. Therapiepraxis ereignen. Das heißt, es sind Zahlen, die keine Freude machen. Man kann sich jetzt fragen, wie kommen solche Zahlen zustande und wie kann man ausrechnen, wie kann man modellieren, welche Faktoren eine höhere Inzidenz erlauben. Was muss man berücksichtigen, wenn man Aussagen wie 200 ist das neue 50 machen will. Er spielt natürlich zum einen die Impfquote eine Rolle, das heißt die Frage ist, wie viele Menschen sind mit erster und zweiter Impfung geschützt. Dann spielt dabei auch eine große Rolle der Impfschutz vor Infektionen. Wir wissen, dass auch die zweite Impfung zwar zu fast 100 Prozent vor einem schweren, intensivpflichtigen Verlauf schützt, aber eben nicht vor einer Infektion, die dann im PCR-Test nachgewiesen werden kann. Hier schwanken die Zahlen zwischen 70 und 90 Prozent Schutz insgesamt. Das heißt, selbst bei einer hundertprozentigen Impfung werden wir immer noch mit der Delta-Mutante Menschen haben, die sich infizieren können, wir werden Inzidenzen haben, aber es wird von denen praktisch niemand mehr so schwer erkranken, das er auf der Intensivstation behandelt werden muss. Ein weiterer Faktor, der berücksichtigt werden muss, ist die Altersverteilung der Infektionen. Hier spielt natürlich zum einen herein, dass die Impfquoten sehr stark altersabhängig sind. Es spielt aber natürlich auch der Faktor herein, in welchen Altersgruppen wird die Infektionsdynamik getrieben. In den Niederlanden und in Großbritannien sehen wir sehr deutlich, dass in den letzten Wochen, Monaten die Infektionen hauptsächlich von jüngeren Altersgruppen getragen worden sind, die schon per se auch ohne Impfung ein sehr niedriges Risiko für eine schwere Erkrankung haben. Das sehen wir ja zum Teil auch jetzt tatsächlich in Deutschland. Dann spielt eine weitere kleinere Rolle die Genesenen-Quote, weil auch Genesene einen Immunschutz genießen, zumindest vor schwere Erkrankungen und die Dunkelziffer, die wir leider nicht [beifizern] können. Wir haben alle diese Faktoren in ein Modell integriert und dann einmal die Zahl, die Sie wahrscheinlich alle interessiert, ausgerechnet. Welchen Faktor für verkraftbare Inzidenzen im Vergleich zur zweiten, dritten Welle können wir uns erlauben. Der Einfachheit halber habe ich hier in dem Bild angenommen, dass die Infektionsverteilung sich auf alle Altersgruppen, alle nicht immunisierten Menschen in jeder Altersgruppe gleichmäßig verteilt, nicht speziell bei den jüngeren Menschen besonders viele Infektionen auftreten. Und Sie sehen hier im Vergleich zu



ohne Impfung: Wenn wir jetzt die Impfquoten vom 23.7. reinnehmen, dann bekommen wir einen Faktor 2,5 bis 3. Sie sehen hier schon, dass es darauf ankommt, welchen Impfschutz wir annehmen, mit welchem Risiko werden auch immunisierte Menschen, die zwei Impfungen erhalten haben, noch eine Infektion davontragen. Wenn dieser Impfschutz klein ist, wie es z.B. eher bei AstraZeneca-Impfungen berichtet wird, die in Grossbritannien ja primär verimpft worden sind, dann werden wir mehr Infektionen sehen, die aber dann milde verlaufen werden. Wir können dann eine höhere Inzidenz formal verkraften, die dann nicht auf die Intensivstationen durchschlägt. Wenn wir stärker impfen, wenn wir dann zum Beispiel in der 35-bis 60 Jahre- Kohorte 75 Prozent Impfungen annehmen, 85 Prozent haben wir heute schon in der 60 plus, dann können wir bis zu einem Faktor 4 zwischen einem Faktor 3 und einen Faktor 4 liegen. Und wenn wir es schaffen sollten, die Impfquoten noch deutlich höher zu treiben, also auf 85 Prozent in der Altersgruppe zwischen 35 und 60 Jahren, wenn 95 Prozent sicher ein Traumziel in der Altersgruppe über 60 Jahren, dann sehen wir, dass wir bei gleicher Belastung der Intensivstationen noch einmal deutlich höhere Inzidenzen verkraften könnten. Es gibt leider keine ganz so einfache Antwort. Dieser Faktor hängt sehr deutlich von verschiedenen Faktoren ab und wir müssen das berücksichtigen, wenn wir die entsprechenden Maßnahmen dann designen wollen. Es kommt oft die Frage, in Großbritannien haben wir sehr hohe Inzidenzen gehabt, aber sehr wenig Intensivpatienten, Herr Busse hat gerade da die Daten gezeigt. Ich möchte darauf hinweisen, dass von Modellierungsseite auch oft die Frage ist, warum sind unsere Modelle so pessimistisch? Ein wesentlicher Grund für den "Pessimismus" ist, dass wir in den Daten vom Office of National Statistics [sehen], dass gerade in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland insbesondere in den vulnerable, älteren Altersgruppen ein sehr, sehr hoher Infektionsschutz besteht. Das trägt mit Sicherheit dazu bei, dass die Intensivbelastungen in Großbritannien sehr niedrig gewesen sind im bisherigen Verlauf. Und es trägt sicherlich auch dazu bei, dass ein großer Teil der Infektionen insbesondere bei jüngeren Bevölkerungsgruppen aufgetreten ist, so dass man sagen kann, beide Faktoren haben sicher wesentlich dazu beigetragen, dass bisher die Belastungen des Gesundheitssystems in Großbritannien sehr niedrig war. Von diesen Annahmen können wir leider in Deutschland im weiteren Verlauf nicht unbedingt ausgehen, so dass wir damit rechnen müssen, dass dieser Faktor niedriger ist als der, den wir im Moment in Großbritannien beobachten. So weit meine Ausführungen, ich möchte zurückgeben an Frau Halbach und dann Ihre Fragen beantworten.

**Moderatorin** [00:30:53]

Ich fasse nochmal zusammen: Sie haben jetzt vor allen Dingen den Altersfaktor als einen sehr großen Unterschied herausgearbeitet, der jetzt zwischen der Situation in Großbritannien und in Deutschland besteht, dass dieser hohe Puffer nicht auf Deutschland übertragbar wäre. Haben Sie denn mal Ihr Modell mit den UK-Daten gefüttert und geguckt, ob Sie da auf den gleichen Verlauf kommen würden wie es jetzt ist, wenn Sie die Impfquoten zum Beispiel in den Altersgruppen annehmen würden in ihrem Modell, kommen sie dann ungefähr auf den gleichen Verlauf in UK, haben Sie das validiert.

**Andreas Schuppert** [00:31:26]

Ja, da kommt man so ungefähr hin. Wie Herr Busse gesagt hat, die Aufnahmepraxis ist ein bisschen anders, das kommt ja auch noch dazu. Aber man sieht schon, dass man in UK deutlich drunter liegt.

**Moderatorin** [00:31:42]

Herr Althaus, wir haben vorab auch schon ein paar Faktoren diskutiert, die gerade die Modellierung beeinflussen. Wie plausibel, vielleicht kann sie da einfach nochmal drauf eingehen, sind die Faktoren, die Herr Schuppert vorgestellt hat und fehlen Ihnen dann noch welche?





**Christian Althaus** [00:31:56]

Nein, ich glaube, dass ein paar wichtige Faktoren, die Impfungen und die Impfrate in den unterschiedlichen Altersgruppen. Man muss sich bewusst sein, dass da überall relativ große Unsicherheiten bestehen was den Impfschutz der unterschiedlichen Impfungen anbelangt mit den neuen Varianten. Wir sprechen über die Situation im Herbst und im Winter. Wahrscheinlich werden wir dann wieder eine neue Variante haben und nicht mehr Delta. Das könnte das Ganze auch wieder etwas verändern. Ein wichtiger Faktor ist auch, dass wir wahrscheinlich meist kein sehr gutes Bild von der Bevölkerung, die nicht geimpft ist, was die Gesundheitsfaktoren oder oder Zusatzerkrankungen anbelangt. Ist das eine durchschnittliche Bevölkerung oder wenn jetzt beispielsweise ältere Leute sich nicht impfen, sind das die älteren, noch relativ fitten Leute, die dann auch ein tieferes Risiko für einen schweren Verlauf haben. Und da gibt es wirklich relativ große Unsicherheiten. Deshalb ist es einfach schwierig, hier wirklich längerfristige Prognosen zu machen.

**Moderatorin** [00:33:06]

Also nochmal bezogen auf die Daten, die Herr Schuppert gerade gezeigt, das könnte z.B. sein, dass diese Riesengruppe von 18 bis 59 sind es ja, dass da vor allem die, sagen wir mal 50 bis 59-Jährigen geimpft sind und dann auch noch die, die sowieso ein Risiko für einen schweren Verlauf hätten, auch in der gesamten Gruppe, so dass da eigentlich das Risiko mehr gemindert würde, als man annehmen würde, wenn man das gleich verteilt über die Riesengruppe von 18 bis 59, weil da ist ja ein Riesengefälle im Risiko. Wir haben keine besseren Daten in Deutschland oder Herr Schuppert?.

**Andreas Schuppert** [00:33:35]

Nein, leider nicht. Es gibt leider nur die Kohorte 18 bis 59, die publiziert ist deutschlandweit zumindest vom Robert-Koch-Institut.

**Moderatorin** [00:33:47]

Ich würde gerne nochmal, Herr Althaus, auf das zurückkommen, was Sie am Anfang gesagt haben, dass eben gerade die Hospitalisierungsraten auch ein wichtiger Faktor sein können, um die vierte Welle zu beobachten, also die vierte Welle in Deutschland. Ist es da nicht von Nachteil, dass das sehr weit nachläuft, ist die Frage von außen. Inzidenzen sieht man schnell, dann kommen nach einer Woche vielleicht die ersten ins Krankenhaus, dann später noch auf die Intensivstation. Ist es trotzdem aussagekräftig, ist der Puffer groß genug, um dann noch reagieren zu können, wenn man die Hospitalisierungsrate anlegt?

**Christian Althaus** [00:34:26]

Es ist natürlich so, dass eine zeitnahe Erhebung der Daten sehr wichtig ist und dass die öffentlich zur Verfügung gestellt werden, auch für die Forschung. Was jetzt hier die Hospitalisation anbelangt: In der Schweiz wird das sehr gut gemacht, also eine altersabhängige, regionale Aufspaltung der Hospitalisation mit sehr wenig Verzögerung. Also was tatsächlich passiert ist, dass die Personen etwa fünf Tage nach einer Infektion Symptome entwickeln, dann lassen sie sich vielleicht am siebten, achten Tag testen, am neunten Tag kommt das dann in die Statistik. Und wenn diese Personen ins Spital müssen, dann ist das am zehnten oder elften Tag. Die Zeit zwischen dem bestätigten Fall und der Hospitalisation ist eigentlich nicht so groß. Von daher hat man ein relativ gutes Bild oder nicht ein wesentlich schlechteres Bild, als wenn man die bestätigten Fälle anschaut. Man



hat ein sehr präzises Bild, weil sich diese Fälle sehr gut ermessen lassen und dann sehr repräsentativ sind für die tatsächliche Epidemie, die vor sich geht. Wenn man diese Fälle hat, dann sieht man diese auch. In der Schweiz gibt es jetzt etwa zehn Hospitalisationen pro Tag. Da sieht man dann schon, ob die jetzt tatsächlich auf 15 oder 20 ansteigen oder nicht. Das sind eigentlich gute Daten. Man sieht man dann auch die Trends, wie schnell sich diese Zahlen verdoppeln. Wenn man wieder in einer beispielsweise wöchentlichen Verdoppelung ist, dann ist klar, dass man sehr frühzeitig handeln muss. Aber wenn diese Zahlen langsam ansteigen, dann bleibt auch wirklich Zeit, um zu reagieren.

**Moderatorin** [00:36:03]

Herr Busse, wie sieht die Datenlage denn in Deutschland zu den Hospitalisierungsraten? Die Altersgruppeverteilung ist schon eher schlecht, um abschätzen zu können, wie gut die Impfquote in den einzelnen Altersgruppen ist. Wie sieht es denn dazu aus, es eine neue Verordnung. Sie hatten auch kurz schon mal auf unsere Anfragen dazu geantwortet. Vielleicht noch einen ganz kurzen Exkurs dahin.

**Reinhard Busse** [00:36:24]

Meines Erachtens müsste die deutlich besser sein. Auch mit der neuen Verordnung ist man ja wieder einen halben Schritt gegangen, weil er jetzt nur die Aufnahmen betrachtet werden. Also wir wissen zwar in Zukunft potenziell besser und schneller, welche Personen überhaupt ins Krankenhaus kommen, aber ob die dann einen Tag da sind oder 20 Tage da sind, ob sie zwischendrin auf Intensivstation kommen und beatmet werden, das wird ja nicht erfasst. Und da ist man eigentlich nur einen halben Schritt gegangen. Alles, was wir von den Intensivstationen wissen und selbst da ist es ja schon so, dass die Daten, die wir mit Zeitverzögerung von vom InEK, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, bekommen, die abgerechneten Daten, stimmen ja gar nicht überein mit den im Intensivregister vorhandenen Daten. Da fängt es ja schon mal an, welchen Daten traut man eigentlich mehr. Beide Datenquellen, sowohl die Abrechnungsdaten, die wir vom InEK bekommen, als auch die DIVI-Daten, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, sind fallbezogene Daten und keine personenbezogenen Daten. Ein Patient, der verlegt wird von einem Krankenhaus ins andere, der zählt doppelt und das passiert bei den COVID-Patienten relativ häufig. Das müssen wir sozusagen mit im Hinterkopf behalten, wenn wir uns Fallzahlen angucken. Beim DIVI-Register kommt ja noch hinzu, dass interne also innerhalb eines Krankenhauses erfolgte Verlegungen von der Intensivstation zurück auf die auf die normale Station und wieder auf die Intensivstation, auch dann sogar noch doppelt zählen. Wir denken, das sind personenbezogene Daten, aber es sind fallbezogene Daten und da hat sich leider nur in einem kleinen Punkt etwas verbessert.

**Moderatorin** [00:38:05]

Vielen Dank. Es kommt eine Frage von außen, die vielleicht an Herrn Schuppert und Herrn Althaus richten würde. Wir haben in den vergangenen Wellen ja gesehen, dass sich zunächst vor allem jungen Menschen mit geringem Risiko für Krankenhaus und Tod infiziert haben, aber im Laufe der Welle es doch immer bisher wieder übersprungen ist auf die höheren Altersgruppen. Müsste man dann nicht sagen, man weiß jetzt z.B. in UK noch gar nicht, inwiefern dieser Effekt noch kommen wird, weil sich dort eben bisher hauptsächlich die Jungen infiziert haben. Oder gehen wir davon aus, es kommt nicht mehr, weil eben so gut durchgeimpft ist. Könnten Sie dazu noch etwas sagen?



**Andreas Schuppert** [00:38:40]

Ja, da kann ich vielleicht etwas dazu sagen. In der Tat ist damit zu rechnen, dass auch zunehmend, wenn die Jungen sich infizieren, die Infektionen dann auch überspringen werden. Man müsste schon eine extrem gute Brandmauer aufbauen, um das abschirmen zu können. Das wird sehr wahrscheinlich nicht gelingen. Es gibt trotzdem einen Unterschied. Dadurch, dass gerade die älteren Altersgruppen doch eine sehr hohe Impfquote haben, halte ich es für eher unwahrscheinlich, dass sich innerhalb dieser Altersgruppe eine eigenständige Welle aufbauen kann. In der zweiten Welle gab es den Fall, dass eine Infektion in ein Altersheim eingetragen worden ist und sich zwischen den Menschen mehr oder viel lawinenartig eine eigene Infektionswelle aufgebaut hat. Das dürfte deutlich weniger ausgeprägt sein. Ich denke, dass innerhalb der Pflegeheime, Altersheime, der hochbetagten Menschen eine Herdenimmunität beinahe erreicht werden könnte, dass sich nur noch sehr langsam eine eigenständige Welle ausprägt, so dass also wirklich die Infektionen von außen eingetragen werden. Eine größere Sorge bereitet mir da die Altersgruppe zwischen 60 und 80, die in den Intensivstationen eigentlich das höchste Risiko hat. Diese Altersgruppe ist zum größten Teil nicht im Altersheim, sondern das sind Menschen, die normal einkaufen gehen, in Konzerte gehen, in die Kneipe gehen, ins Restaurant gehen und reisen. Und diese Menschen, die haben den ganz normalen Kontakt zu allen. Da kann man schon sagen, es wäre sicher klug, wenn sich gerade die nicht geimpften oder nicht immunisieren da schützen würden.

**Moderatorin** [00:40:53]

Herr Althaus, was Herr Schuppert gerade beschreibt, dass diese Welle nicht einfach so durchlaufen wird, das hatte ich auch schon in unserer Zusammenfassung anklingen lassen. Kann es sein, dass wir mittlerweile regional zumindest so eine natürliche Grenze erreichen können mit den Inzidenzen? Das, was man in UK sieht ist, dass manche ich nenne es jetzt mal Kreise auf Deutschland übertragen oder Provinzen, wie auch immer, ich weiß gerade nicht, wie es in UK heißt, dass die Inzidenzen erst hochgingen, aber dann wieder runter und sich auf einer 100, 200 Inzidenz einpendeln. Aber dieses exponentielle Wachstum, obwohl keine Maßnahmen eingezogen werden, eben gar nicht mehr sich ausbreiten kann. Kann es sein, dass einfach zu wenig Leute mittlerweile regional da sind, die sich das Virus schnappen könnte? Also gibt's eine natürliche Obergrenze.

**Christian Althaus** [00:41:37]

Das ist sehr schwierige Frage und ich glaube, die jetzige Situation ist schwierig zu interpretieren, wir hatten auch die Europameisterschaften, wir sehen ja jetzt diesen Effekt, wie überall die Zahlen angestiegen sind und in einigen Ländern und Regionen gehen sie plötzlich wieder runter und da könnte das seine Rolle spielen. Daneben auch die Sommerferien und das unterschiedliche Testverhalten. Dass regional tatsächlich so etwas wie eine Herdenimmunität erreicht wird, dass es ohne irgendwelche Maßnahmen zu einem Rückgang der Infektionen kommt, das ist noch zu früh. Jetzt müssen wir auch im Sommer noch mit ansteigenden Zahlen rechnen und dann im Winter mit einer beschleunigten Ausbreitung des Virus. Und wahrscheinlich wird es erst im nächsten Jahr zu einer gewissen Balance kommen, in verschiedenen Ländern, Regionen und dann auch weltweit, wo möglicherweise das Virus über den Sommer tatsächlich nur noch wenig zirkulieren wird. Aber ich denke, im Moment sind alle Regionen in Europa noch in einer Situation, wo sich das Virus ohne Maßnahmen gut ausbreiten kann.

**Reinhard Busse** [00:42:46]

Obwohl es ja schon Länder wie Slowenien etwa gibt, wo sich im Vergleich zu unseren Ländern sehr sehr viele Prozente sich auch tatsächlich testen, also im Laufe der Zeit deutlich mehr als bei uns positiv getestet waren.



**Moderatorin** [00:43:00]

Also die Genesenden quasi muss man auch nochmal drauf rechnen auf die Immunisierten, also durch Impfung immunisiert. Herr Busse, ich habe noch eine Frage an Sie. Wenn wir sagen, das Gesundheitssystem wird jetzt von der nächsten Welle auch gar nicht mehr so doll belastet sein können wir z.B. den ersten Wellen, wir haben ein bisschen mehr Puffer, heißt das aber trotzdem, wir lassen eine absolute Anzahl an Infizierten zu. Und bisher war ja diese 50er Grenze auch immer diskutiert im Rahmen von Kontaktnachverfolgung, dass die Gesundheitsämter das eben nur schaffen. Es wäre aber trotzdem wichtig, selbst wenn wir höhere Inzidenzen aufgrund des Gesundheitssystems zulassen könnten, dass wir die Leute noch nachverfolgen können, die auch wirklich infiziert sind, damit die in Quarantäne gehen, damit die eben nicht dann rumrennen und dann wiederum weitere Infektionsketten anstoßen können. Inwiefern wissen wir denn, dass das bei höheren Inzidenzen dann überhaupt noch klappen wird und haben wir da in Deutschland eine Übersicht mittlerweile, sind wir da besser aufgestellt. Herr Busse, ich frage Sie mal.

**Reinhard Busse** [00:44:01]

Schön wär's, wenn wir das genau wüssten. Man würde ja denken, dass der öffentliche Gesundheitsdienst nach anderthalb Jahren auch dazugelernt hat, heute noch seine Effizienz gesteigert hat. Vielleicht auch, dass sie tatsächlich mal sich Computer- und Internetzugänge beschafft haben. Womit man dann annehmen sollte, wenn sie vor einem Jahr es bis 50 geschafft haben, dass deren Grenze jetzt ja auch höher liegen sollte, das wäre ja zu hoffen. Das konnte man damals ganz klar durchrechnen, dass das tatsächlich auch eine gut durchkalkulierte Zahl war. Ich habe jetzt auch nichts mehr wieder gehört, wie sich deren Kapazitäten so verbessert haben. Und ich habe auch das Gefühl, dass zumindest die initiale Hinzuziehung von zusätzlichen Personal, ich habe das ja bei meinen Public Health -Studenten gesehen, die dann auch in die Gesundheitsämtern gearbeitet haben, sogar eher nachgelassen hat. Ich bin mir also nicht so ganz sicher über die Kapazitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

**Moderatorin** [00:45:01]

Herr Schuppert, haben Sie da irgendwie für die Modellerung noch eine Ahnung, haben Sie da bessere Quellen?

**Andreas Schuppert** [00:45:09]

Nein, das ist wirklich ein wichtiger Punkt. Die 50 hatte ja nichts mit den Intensivstationen oder Krankenhäusern zu tun, sondern das basierte auf der Rückverfolgbarkeit durch die Gesundheitsämter. Und da spielt eigentlich die Impfung/Nichtimpfung überhaupt keine Rolle. Von der Seite der Krankenhäuser und der schweren Fälle wäre es höchste Zeit, gute, belastbare Daten zu bekommen und die Unsicherheiten, die wir haben, möglichst schnell auszuräumen. Also ich glaube nach wie vor, dass die Inzidenzen ein gutes Maß sind, besonders in Deutschland, wo wir ja die Aufnahmedaten nicht haben, zumindest nicht in guter Qualität, sind die Inzidenzen ein guter, schneller Marker, den man nicht vernachlässigen sollte, wenn man ihn richtig gewichtet.

**Moderatorin** [00:46:05]

Herr Althaus, wie gehen Sie in der Schweiz damit um, gibt es die Diskussion, dass man irgendwann an einen Punkt kommen könnte, dass die Inzidenzen so hoch werden, dass es gar nicht mehr handelbar ist, nicht vom Gesundheitssystem, sondern von der Nachverfolgbarkeit. In UK sieht man das



ja jetzt auch schon, dass die Supermärkte eine Ausnahmeregel bekommen, dass die Mitarbeiter\*innen nicht in Quarantäne müssen, weil sonst einfach gar kein Personal mehr da wäre. Haben Sie das auch in diese Überlegungen mit einbezogen, wie viele man toleriert an hospitalisierten Patient\*innen?

**Christian Althaus** [00:46:35]

Ich kann mir vorstellen, das spielt auch eine Rolle bei diesen Überlegungen, dass man sich verstärkt auf die Hospitalisation konzentriert. Es gibt aber nicht wirklich eine Diskussion im Moment. Ich vermute eigentlich schon, dass man in vielen Ländern in Europa im Herbst oder später im Winter diesen Punkt erreichen wird, wo man sich schon die Frage stellt, müssten wir jetzt wirklich noch alle Leute testen und zählen wir überhaupt noch oder haben wir genügend Tests. Es kann schon dazu kommen, dass das Virus sehr stark in den jüngeren Altersgruppen zirkulieren wird und vor allem bei Kindern. Und dann ist es wichtig, wirklich auf die Hospitalisation zu schauen. Es wird dann vermutlich einen Punkt geben, wo der Verlauf der bestätigten Fälle nicht mehr sehr informativ ist. Und dann muss man sehr vorsichtig sein, dass man wirklich wieder gute Indikatoren verwendet. In vielen Ländern spricht man ja auch vom R-Wert, der wird normalerweise aufgrund der bestätigten Fälle berechnet. Auch das kann teilweise problematisch sein. Und wenn es wirklich dazu kommt, dass die bestätigten Fälle den Verlauf der Epidemie nicht mehr gut nachzeichnen, dann muss man sich da neue Lösungen überlegen. Ein R-Wert lässt sich ja auch aufgrund von Hospitalisation berechnen beispielsweise und dann muss man zu einem Wechsel kommen. Also das ist sicher wichtig und das sollte man frühzeitig ansprechen in meinen Augen, weil das hat dann relativ große Konsequenzen, ob man wirklich noch allen Fällen nachgehen möchte, ob die Leute wirklich noch strikt Quarantäne einhalten sollen oder ob es da gewisse Lockerungen gibt, solange die Situation in den Spitälern verkraftbar ist.

**Reinhard Busse** [00:48:13]

Es war ja auch eine Frage zu Österreich, ob das vergleichbar ist. Wenn man sich Österreich anguckt, dann sind halt die Testzahlen deutlich höher als in Deutschland. Also da wird viel, viel mehr getestet. Inzwischen ist der durchschnittliche Österreicher ja sieben Mal getestet worden. Was auch ein guter Indikator ist, von dem auch zu wenig geredet wird, ist die Test-Positiven-Rate, also wieviele werden überhaupt positiv getestet. Wenn sie hoch geht, dann sieht man, dass sich das Testen auf die tatsächlich Kranken konzentriert, wenn sie herunter geht, dann wird mehr Normalbevölkerung mitgetestet. Das macht natürlich auch nochmal einen Unterschied und die liegt in Österreich natürlich, weil sie viel mehr testen auch deutlich niedriger als bei uns. Auch bei uns war sie schon im Vergleich zu anderen Ländern niedriger gerade am Anfang. In Ländern wie Frankreich war ja am Anfang fast jeder positiv getestet.

**Moderatorin** [00:49:12]

Herr Althaus, ich habe noch eine Frage an Sie, bevor ich einmal so eine Abschlussrunde machen würde, weil es ist schon halb. Irgendwie ist dann doch immer 50 Minuten zu kurz, aber ist ja schön, wenn so viel Interesse da ist. Ich möchte nochmal darauf eingehen, jetzt gerade schon mal kurz versucht in eine Frage mit einzuflechten. Man sieht ja jetzt doch, dass sich das Wachstum ordentlich abschwächt. In UK sieht man, dass die Fallzahlen sogar schon wieder sinken, ohne dass jetzt irgendwie der Freedom Day zurückgenommen wurde. Und in Deutschland sieht man eben auch, dass das Wachstum nicht mehr bei 50, 60, sondern eher bei 30, 40 Prozent liegt. Offenbar in den Niederlanden wohl auch, sagt ja auch jemand. Warum ist das so, warum gehen jetzt die Inzidenzen schon wieder runter oder die die Wachstumsraten runter, ist es eine Art von Verhaltensän-





derung, ist es wirklich nur auf die Impfung zurückzuführen, welche Faktoren würden Sie da diskutieren, warum diese Entwicklung gerade so ist, wie sie ist.

**Christian Althaus** [00:50:03]

Ja, danke. Ich habe das vorher kurz angesprochen. In meinen Augen muss man da schon sagen, dass es vermutlich einen Zusammenhang gibt mit den Europameisterschaften, weil in vielen Ländern sind wirklich mit den ersten Spielen diese Zahlen sehr rasch angestiegen und sobald dann hier die EM vorbei war, sinken die Zahlen wieder. Und man hat ja auch das Publikum gesehen und die Public Viewings. Da gibt es dann wirklich vermehrt Situationen von Übertragungen, gerade unter jungen Leuten. In der Schweiz konnte man das sehr gut sehen, auch mit einer Tendenz gegenüber männlichen Infizierten, was man vorher so nicht gesehen hat. Das kam dann gleichzeitig mit verstärkten Lockerungen und natürlich auch mit der Ferienperiode, wo sich vielleicht viele Leute noch getestet haben, dass sie dann in die Ferien können. Das Testverhalten über die Sommerferien ist etwas unterschiedlich. Das haben wir auch im letzten Jahr gesehen und da werden wir dann nach den Ferien, also Ende August, September wieder ein bisschen ein besseres Bild haben, wenn die Kinder wieder in der Schule sind, wie hoch die Inzidenz dann tatsächlich ist in den unterschiedlichen Altersgruppen. Und auch hier macht es einfach Sinn, auf die Hospitalisation zu schauen, das ist die tatsächliche Belastung des Gesundheitswesens und dieser Anstieg oder kurzfristige Rückgang der bestätigten Fälle, der kann oft sehr trügerisch sein. Es hat sich auch im letzten Jahr gezeigt und deshalb sollte man die Indikatoren im Gesundheitswesen sehr gut im Auge behalten.

**Moderatorin** [00:51:37]

Ich finde es die total plausible Hypothese, wenn Sie sagen, kann doch nicht, das es einfach jetzt regional schon einfach die Impfung ist, weil so viele Menschen gerade schon geimpft sind in verschiedenen Bubbles und dann infizieren sich da die zehn, die sich noch infizieren können jetzt in der Welle und dann ist aber auch gut, weil der Rest ist halt geimpft.

**Christian Althaus** [00:51:56]

Also ich denke schon, dass es Regionen gibt, wo relativ viele Leute geimpft sind, wo vielleicht auch viele Leute bereits infiziert wurden in den letzten 18 Monaten und dann aufgrund eines bestimmten Verhaltens es nicht zu vielen Infektionen kommt. Aber ich denke schon, dass es zu früh ist, ohne irgendwelche Maßnahmen nicht ein Anstieg der Zahlen zu erwarten. Und natürlich in vielen Ländern und vor allem in Deutschland gibt es ja auch Maßnahmen. Es gibt die Masken im öffentlichen Verkehr, es wird mit diesem Zertifikat gearbeitet und das ist ja auch sehr sinnvoll. Und so kann man vielleicht in gewissen Regionen über den Sommer eine Stabilisierung erreichen. Aber im Winter gehe ich davon aus, dass die Zahlen in allen Regionen in Europa ansteigen werden. Die Frage ist einfach, ob es nochmals zu einer Überlastung des Gesundheitswesens kommen kann oder nicht. Und wenn das nicht der Fall ist, dann wäre das sehr gut und man könnte mit sehr wenigen Maßnahmen durch den Winter kommen.

**Moderatorin** [00:52:53]

Sie haben jetzt fast schon das Abschlussstatement gemacht. Ich frage Sie vielleicht trotzdem nochmal. Ich fange aber bei Herrn Schuppert an. Und zwar wäre meine Abschlussfrage: Wie gut vorbereitet gehen wir dann jetzt in die nächste Welle und welcher Aspekt verdient in der jetzigen Diskussion noch mehr Aufmerksamkeit, als er bisher erfahren hat?



press briefing

**Andreas Schuppert** [00:53:12]

Wir haben natürlich aus den vergangenen Wellen gelernt. Allerdings wie Herr Busse ja schon gesagt hat, unsere Datenlage ist immer bei weitem noch nicht so, wie sie eigentlich sein sollte. Wir wären klug beraten, die Sommermonate jetzt zu nutzen, ich rechne auch nicht mit großen Anstiegen, um uns für den Herbst vorzubereiten und wirklich belastbare Daten kontinuierlich zu erfassen, so dass wir dann auch rechtzeitig Maßnahmen ergreifen können bzw. warnen können. Ich glaube, das wäre ein großer Wunsch.

**Moderatorin** [00:53:50]

Herr Busse, wie sieht es bei Ihnen aus? Welcher Aspekt verdient mehr Aufmerksamkeit und wie gut vorbereitet gehen wir rein?

**Reinhard Busse** [00:53:58]

Ich mache mir um das Gesundheitssystem am wenigsten Sorge, es wird viele überraschen, aber ich war ja von Anfang an auch relativ entspannt und habe auch schon gesagt, dass wir auch dieses extra COVID- Krankenhaus in der Messe gar nicht gebraucht hätten. Das Gesundheitssystem ist glaube ich nicht, sondern wir müssen uns wirklich überlegen und da sind unsere Daten noch zu schwach, ob nicht Richtung Long COVID, wo wir jetzt so entspannt sind und mit den Kindern, die zwar nicht auf Intensivstation kommen, aber was da noch passiert. Deswegen ist natürlich jede vermiedene Infektion jenseits der Belastung oder Nicht- Belastung des Gesundheitssystems wichtig. Ich habe zwar keine schulpflichtigen Kinder, mache ich mir schon Sorgen. Also hier im Nordosten beginnt jetzt schon wieder die Schule und ich zumindest habe nicht mitbekommen, dass in den Schulen jetzt fieberhaft Lüftungsanlagen und so weiter eingebaut worden sind. Also als Bürger denke ich, die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass wir wieder den Sommer wie letztes Jahr doch ein bisschen verschlafen.

**Moderatorin** [00:55:04]

Herr Althaus, für Sie noch einen letzten Schlusssatz.

**Christian Althaus** [00:55:12]

In meinen Augen ist es sehr wichtig, dass man jetzt die Diskussion führt, die man eben im letzten Sommer nicht geführt hat, weil man dachte, dass das Problem sei bereits gelöst. Auch heute gibt es wieder diese Stimmen und man muss schon damit rechnen, dass es den meisten oder in allen europäischen Ländern auch in diesem Winter nochmal zu einer starken Belastung kommen wird und zu einer relativ hohen Anzahl Todesfälle. Aber das wird machbar sein mit relativ milden Maßnahmen. Aber man muss sich sehr gut überlegen, was man zu welchem Zeitpunkt machen möchte, um einerseits die Gesundheit und das Spitalwesen zu schützen, aber auch die gesellschaftlichen Freiheiten, dass man den Unterricht der Kinder wirklich sicher garantieren kann, ohne dass das Virus gerade extrem schnell durch die Schulen durchrast. Diese Diskussion muss man jetzt führen und dann bin ich eigentlich zuversichtlich, dass man dieses Jahr viel besser vorbereitet in den Herbst gehen kann.

**Moderatorin** [00:56:06]

Vielleicht ganz praktisch, was macht die Schweiz ab 120 Hospitalisierung pro Tag?



press briefing

**Christian Althaus** [00:56:14]

Da fragen Sie die falsche Person. Diese Diskussionen kommen jetzt auch langsam. In der Schweiz ist gerade im Vergleich zu Deutschland der Tenor klar, dass man nur noch sehr wenige Maßnahmen möchte, dass man sicher nicht mehr Schließungen möchte. Ich versuche diese Diskussionen so zu beginnen, dass es jetzt wichtig ist, die Freiheit der Geimpften zu schützen. Geimpfte Personen sollten eigentlich keine Einschränkungen mehr haben. Deshalb setze ich mich dafür ein, dass man mit dem COVID-Zertifikat wahrscheinlich vermehrt arbeiten muss. Natürlich eine etwas dystopische Vorstellung, dass man ein Zertifikat braucht, um gewissen Tätigkeiten nachzugehen oder Veranstaltungsorte zu besuchen. Aber ich glaube, das wird diesen Winter an vielen Orten noch nötig sein, wenn man umfassende strenge Maßnahmen verhindern möchte und dann in den nächsten Jahren, kann man wahrscheinlich auch darauf verzichten.

**Moderatorin** [00:57:11]

Vielen Dank auch an die Runde, Herr Schuppert, Herr Busse und Herr Althaus. Danke, dass Sie da waren. Wie gesagt, wir haben das aufgezeichnet und werden das so schnell wie möglich transkribieren und auf der Website zur Verfügung stellen. Und Herr Busse, Herr Schuppert, Sie stellen mir noch das zur Verfügung, was ich wiederum den Journalist\*innen weiterleiten darf an Material von dem, was Sie gezeigt haben. Wenn Sie das haben möchten, schreiben Sie einfach eine kurze E-Mail an [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de) und da leite ich Ihnen das direkt weiter. Dann können Sie da auch nochmal detailliert nachschauen, was die beiden hier vorgestellt haben. Vielen, vielen Dank an die drei. Ich wünsche noch einen schönen Tag und bis 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](mailto: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](http://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

