

CORONAVIRUS-UPDATE SONDERFOLGE

- 1 BEKE SCHULMANN**
WISSENSCHAFTSREDAKTEURIN, NDR INFO
- 2 CHRISTIAN KARAGIANNIDIS**
INTENSIVMEDIZINER, KÖLN-MERHEIM

Beke Schulmann

Die Situation ist ernst. Oder wie RKI-Präsident Lothar Wieler sagt: Es ist fünf nach zwölf. Die Gesundheitsämter haben 32.048 Neuinfektionen gemeldet. Damit hat die Inzidenz zum neunten Mal in Folge einen neuen Höchstwert erreicht. In einigen Regionen hat sie sogar schon die 1000er Marke überschritten.

ANZAHL VON COVID-PATIENT*INNEN AUF INTENSIVSTATIONEN

Sie sind ja wahrscheinlich selbst auch täglich auf der Intensivstation. Wie ist die Situation da gerade bei Ihnen im Haus? Können Sie uns da mal einen Einblick geben?

Christian Karagiannidis

Ja, unsere Intensivstation ist schon voll und es sind bevorzugt auch junge ungeimpfte Menschen mit ein, zwei Ausnahmen. So wie sich das deutschlandweit auch darstellt. Viele von denen hängen an einer künstlichen Lunge, was natürlich gerade bei jungen Menschen oder wenn sie schwanger sind oder frisch entbunden haben, natürlich besonders dramatisch ist. Wir erleben aber hier in Nordrhein-Westfalen im Moment nicht so einen enormen Druck, wie wir den in den ersten drei Wellen hatten. Der Anstieg hier bei uns im Westen ist durch die im Vergleich zum Rest des Bundesgebietes doch relativ hohen Impfquoten etwas moderater. So, dass wir zwar immer voll sind, aber es nicht so ist, dass die Anfragen alle Stunde reintrudeln und wir kaum wissen, ob wir einen Patienten übernehmen können. Und ich kann vielleicht auch sagen, dass wir in den ersten drei Wellen immer wieder die Situation hatten, dass wir viele Patienten auch einfach nicht übernehmen konnten, weil es keine Bettenkapazität gab. Die gibt es dann natürlich in anderen Kliniken, aber in großen Zentren war es schon sehr voll und es wird jetzt auch wieder sehr voll werden.

Beke Schulmann

Übernehmen heißt aus anderen Kliniken oder die von zu Hause kommen?

Christian Karagiannidis

Also von zu Hause kommen: Diese Versorgung ist ja wirklich breitflächig sichergestellt in Deutschland.

Und die hatten wir auch in den ersten drei Wellen zu keinem Zeitpunkt an irgendeinem Punkt, wo wir hätten denken müssen, dass das nicht klappt. Aber der Klinikalltag ist so, dass, wenn Sie einen Patienten in einem Krankenhaus aufnehmen, der dann vielleicht nicht mehr mit der Schwere der Erkrankung zurechtkommt, dass die Patienten dann verlegt werden an größere Zentren. Da sind die Betten einfach begrenzt und da gibt es natürlich auch eine gewisse Auswahl, wen ich übernehmen kann und wen nicht. Bedeutet: Der Patient hat ein Intensivbett, aber er hat es nicht immer bei einem Maximalversorger in einer Uni-Klinik.

KAPAZITÄTEN AUF DEN INTENSIVSTATIONEN

Beke Schulmann

Damit sind wir ja auch schon bei den Kapazitäten. Lassen Sie uns da noch mal für einen Überblick auf die Zahlen rund um die Intensivstationen gucken. Wie viele Menschen werden denn zurzeit wegen Covid-19 in Deutschland auf Intensivstationen behandelt?

Christian Karagiannidis

Ja, wir haben Stand heute über 3.250 Patienten mit Covid-Infektionen auf den Intensivstationen liegen. Man muss aber dazu sagen, dass wir erhebliche regionale Unterschiede sehen. Und das ist auch eine Besonderheit. Es ist jetzt auch anders in der vierten Welle, im Vergleich zur ersten und dritten Welle. Von diesen 3.250 Patienten, oder es werden wahrscheinlich sogar noch mehr im Laufe des Tages, entfallen alleine 40 Prozent nur auf Sachsen, Thüringen und Bayern. Und daran sieht man, wie ungleich die Infektionen und die Intensivbelegung im Moment in Deutschland verteilt ist.

Beke Schulmann

Auf die regionalen Unterschiede kommen wir gerne später noch mal zu sprechen. Gibt es Unterschiede zwischen großen, zum Beispiel Unikliniken und eher kleineren Häusern?

Christian Karagiannidis

Ja, wir erfassen im Intensivregister zwar auch die Krankenhausgröße und wo sie liegen, aber die systematische Auswertung haben wir aus den großen

Krankenkassen-Daten und das haben wir jetzt gerade noch einmal abgeschlossen für die letzten drei Wellen. Das Bild, das sich in der ganzen Pandemie gezeigt hat, war so, dass die PatientInnen schwerpunktmäßig an den großen Krankenhäusern in Deutschland behandelt worden sind. Will vielleicht sagen: Von den 1.300 Kliniken in Deutschland, die eine Intensivstation haben, war es so, dass alleine 60 Prozent der Fälle in nur 250 Kliniken behandelt worden sind und über 80 Prozent sind in ungefähr 500 Krankenhäusern behandelt worden. Das zeigt, wie stark zentriert die Patienten auch wirklich versorgt worden sind.

Beke Schulmann

Weil es da eben auch ECMO-Plätze gibt und in anderen Kliniken nicht. Also noch mal, das ist die Lungensatztherapie, bei der Maschinen die Funktion der Lunge übernehmen und die nicht in jedem Krankenhaus durchgeführt werden kann.

Christian Karagiannidis

Ich glaube, ECMO ist ein Grund. Da liegen wir so ungefähr bei einer Quote zwischen fünf und zehn Prozent, je nach Kalenderwoche über die Pandemie hinweg. Was aber hinzu kommt, ist, dass Covid wirklich eine extrem aufwendige Erkrankung ist.

INTENSIVSTATION-BELEGUNG

Und wenn wir über Intensivbelegung sprechen, muss man, glaube ich, auch einmal darüber sprechen, dass die Patienten sehr unterschiedlich sind. Es gibt leicht zu behandelnde Patienten mit wenig Pflege und ärztlichen Aufwand und es gibt das andere Extrem, wo der Aufwand extrem hoch ist, wo man viel Vielfachexpertise braucht. Und das konzentriert sich in Deutschland halt auf die großen Versorger.

Beke Schulmann

Einmal zum Verständnis, also alle die mehr Aufmerksamkeit brauchen und die, die weniger Aufmerksamkeit oder mehr Behandlung brauchen, mehr Pflege, die sind aber alle auf den Intensivstationen, sagen sie. Beide Gruppen.

Christian Karagiannidis

Beide Gruppen sind auf den Intensivstationen. Nur es ist so: Es gibt Erkrankungen, die brauchen eine intensivstationäre Behandlung, manchmal für ein, zwei, drei Tage. Und dann verlassen die Patienten die Intensivstation wieder. Und dann gibt es diese schweren Fälle wie Covid, wo PatientInnen wirklich wochenlang liegen, wo man extrem viel mit den Patienten machen muss. Also das heißt, die Qualität dessen, was ich am Tag erbringen muss, ist eine andere mit diesen Covid-Patienten. Und deswegen ist das auch so belastend für die Mitarbeiterinnen im Moment.

Beke Schulmann

Wie hoch ist denn gerade der Anteil von Covid-19-PatientInnen auf den Intensivstationen?

Christian Karagiannidis

Auch das hat eine extreme Regionalität gewonnen, jetzt in der vierten Welle. Wir haben Stand heute in Bayern beispielsweise 26 Prozent aller PatientInnen. In Thüringen: 28 Prozent sind Covid-Patienten auf der Intensivstation, während wir im Westen von Deutschland und im Norden, in Nordrhein-Westfalen zum Beispiel bei knapp zehn Prozent sind. Das Gleiche gilt für Hamburg, Bremen und Rheinland-Pfalz. Und man hat wirklich einen richtigen Gradienten von West nach Südost in Deutschland.

Beke Schulmann

Aber zehn, vielleicht auch bis 28 Prozent, das klingt ja eigentlich erst mal nach nicht so viel. Warum ist das trotzdem ein Problem?

Christian Karagiannidis

Ja, wir haben halt nicht nur Covid-Patienten auf den Intensivstationen und wir haben im Laufe der Pandemie relativ viel Bettenkapazität dadurch verloren, dass die Technik zwar da ist und das Bett auch im Zimmer steht, aber dass wir einfach kein Pflegepersonal haben, das die Betten auch wirklich bespielen kann. Und dadurch entsteht natürlich ein gewisser Druck, weil 80 Prozent der nicht-Covid-Patienten ja versorgt werden müssen, das heißt Herzinfarkte, Schlaganfälle, große Unfälle. Und wenn jetzt noch on top die Covid-Patienten mit ihrem enormen Aufwand hinzukommen, dann ist das bis zu einem gewissen Grad leistbar. Und diesen Grad haben wir auch im Moment, dass es leistbar ist. Aber da die Zahlen immer weiter steigen, steigen, steigen, befürchten wir halt, dass irgendwann auch eine Grenze erreicht ist.

UNGEIMPFT PATIENTINNEN

Beke Schulmann

Lassen Sie uns noch einmal über die Patient*innen sprechen. Wie viele der Menschen auf den Intensivstationen, die dort mit Covid-19 liegen, sind denn ungeimpft?

Christian Karagiannidis

Ja, wir haben immer noch die Situation, dass über 90 Prozent der Intensiv-Patient*innen ungeimpft sind. Das ist etwas anders als die Patienten insgesamt im Krankenhaus, da ist die Quote etwas höher. Aber man sieht daran, dass die Impfung halt immer noch sehr gut vor der Intensivpflichtigkeit schützt.

Beke Schulmann

Dass man jetzt eben auch von doppelt Geimpften hört, die auf Intensivstationen auch behandelt werden,

auch wenn es wenige sind, also mit Impfdurchbrüchen. Das ist ja tatsächlich ein immer noch gern genutztes Argument von Impfgegnerinnen, die sagen: Wenn ich mich sowieso infiziere und die Chance, dass ich schwer erkrankte, wenn das 50 zu 50 ist, dann brauche ich mich auch nicht impfen lassen. Aber die Rechnung stimmt ja so nicht?

Christian Karagiannidis

Genau, die Rechnung stimmt nicht. Wir müssen, glaube ich, wirklich ganz ehrlich kommunizieren, dass es wirklich Impfdurchbrüche gibt und dass man auch auf der Intensivstation landen kann mit Impfdurchbrüchen. Das ist, glaube ich, völlig ungenommen. Und das sollte man auch immer ehrlich sagen. Aber der Prozentsatz derjenigen, die einen Impfdurchbruch haben und dann auf der Intensivstation landen, ist im Gegensatz zu den Ungeimpften so viel niedriger, dass die Impfung auf jeden Fall die allermeisten sehr sicher von der Intensivstation abhält. Nichtsdestotrotz haben wir natürlich einzelne PatientInnen und das sind vor allen Dingen hochaltrige PatientInnen und oder Menschen, die eine Dämpfung des Immunsystems haben, zum Beispiel nach einer Transplantation. Und da wirkt die Impfung einfach nicht so gut.

Beke Schulmann

Eine sehr einfache Erklärung und auch sehr gute Vergleiche, wie ich finde, hat dafür übrigens die Wissenschaftsjournalistin Mai Thi Nguyen-Kim in ihrem neuesten maiLab-Video gefunden. Also die neue maiLab-Folge „Impfpflicht ist okay“, die gibt es jetzt auf YouTube. Schickt also alle den Link gerne an eure Freundinnen und Kolleginnen und vor allem eben auch an die, die noch unentschlossen sind.

GERÜCHTE RUND UM DIE IMPFUNG

Apropos Gerüchte und Argumente gegen die Impfung. Man hört jetzt auch immer mal von Pflegekräften, die sich nicht impfen lassen wollen und die sagen „Ich wechsel lieber den Job, bevor ich mich impfen lassen muss“, also sollte zum Beispiel eine Impfpflicht für Pflegepersonal kommen. Und da kann man natürlich als Laie schnell denken „Aha, wenn selbst die, die sich ja medizinisch auskennen, sich nicht impfen lassen wollen, dann mache ich das eben auch nicht“. Wie schätzen Sie das ein? Sind das eher einzelne, aber dafür besonders laute Stimmen? Oder hören Sie das tatsächlich auch öfter im Kollegenkreis?

Christian Karagiannidis

Ja, was man sagen muss, ist: Das ist ja eine hoch emotionale Debatte, die da geführt wird.

GROßTEIL DER KRANKENHAUS-BELEGSCHAFT IST GEIMPFT

Und wir müssen vielleicht mal positiv sagen, in den Krankenhäusern sind nach den letzten Stichproben über 90 Prozent der Mitarbeiterinnen geimpft. Und ich würde auch nicht einzelne Berufsgruppen herausgreifen. Eine Pflegekraft oder ein Arzt ist genauso wichtig wie eine Reinigungskraft. Auch die kann das Virus übertragen. Auch die spielt eine enorm große Rolle auf einer Intensivstation, weil sie einfach mit dazu beiträgt, dass Infektionen nicht übertragen werden. Deswegen sollten wir zuerst einmal nicht einzelne Berufsgruppen herausgreifen, sondern wenn, dann von der Gesamtheit der Mitarbeiterinnen in Krankenhäusern oder in den Pflegeheimen sprechen. Was mir relativ viel zugetragen wird, ist, dass schon eine gewisse Unsicherheit da ist. Ich begegne eigentlich gar nicht so vielen Menschen, die jetzt aus Überzeugung sagen: Ich will mich nicht impfen lassen, sondern es kommt gerade bei jungen Mitarbeiterinnen auch immer wieder das Argument – man weiß es ja doch noch nicht so genau mit den Langzeitfolgen. Und wie ist es mit der Fruchtbarkeit? Das ist wirklich etwas, was man, glaube ich, auch ernst nehmen muss, dass da gewisse Ängste bestehen. Und dem kann ich immer wieder nur entgegnen, dass die Daten, die wir im Moment zur Verfügung haben, so gut sind, dass man sich da keine Sorgen machen muss. Ich will vielleicht an der Stelle auch sagen, dass wir gerade in der vierten Welle so ein bisschen die Besonderheit sehen, dass auch zunehmend Schwangere auf den Intensivstationen landen. Aktuell auch bei uns und in England sogar ganz ausgeprägt. Und ich glaube, dass es umso wichtiger gerade für die jungen, unentschlossenen Frauen ist, dass man Vertrauen in die Impfung gewinnt. Sie ist wirklich sicher, sie macht nichts an der Fruchtbarkeit und ich glaube, wir sollten versuchen, nur noch mehr aufzuklären und die Ängste zu nehmen.

GESPRÄCHE MIT PATIENTINNEN

Beke Schulmann

Führen Sie denn auch Gespräche mit den Covid-PatientInnen auf den Intensivstationen? Also wenn das möglich ist, vielleicht, wenn sie wieder auf dem Wege der Besserung sind?

Christian Karagiannidis

Ja, wir fragen immer nach. Also in unserem täglichen Ablauf ist es sogar so: Wir bestimmen bei allen PatientInnen, die auf die Intensivstation kommen, die Antikörper, um auch zu wissen, ob vorher eine Impfung erfolgt ist oder nicht und wie der Antikörper-Status ist. Wir überprüfen mittlerweile auch die Impfweise. Das ist leider eine neue Qualität, über die ich nicht gerade glücklich bin, weil wir doch zunehmend Fälschungen von Ausweisen sehen. Das tut einem

dann immer doppelt weh, wenn man sieht, wie schwer jemand erkrankt, der vorher seinen Impfausweis gefälscht hat. Und wenn die Patienten das gut überstehen und glücklicherweise ist das im Moment so: Gerade bei den jüngeren Patienten mit Delta, dass sie diese Erkrankung relativ gut überstehen, dann fragen wir sie natürlich danach. Und ich habe keinen einzigen überzeugten Impfgegner hier bei uns in Köln gesehen, sondern das waren einfach normale Menschen, die sich einfach nicht aufraffen konnten zur Impfung oder ein bisschen Vorbehalte hatten und es im Großen und Ganzen hinterher bereut haben.

Beke Schulmann

Also keine Fälle, die man ab und zu hört, dass Impfgegner oder Impfgegnerinnen auf Intensivstationen randaliert haben oder sich gegen die Behandlung gewehrt haben?

Christian Karagiannidis

Ich glaube, diese Einzelfälle gibt es in Deutschland. Die, die wir jetzt erleben, da ist das Gros der PatientInnen eigentlich nicht so, sondern die meisten sind dann auch schon von der Erkrankung sehr gebeutelt und sind eher so ein bisschen traurig, dass sie sich vorher nicht haben impfen lassen.

DIE BEHANDLUNG AUF DER INTENSIVSTATION

Beke Schulmann

Ich würde gern einmal auch auf die Therapie an sich kommen. Welche Behandlung bekommen denn die Menschen, die mit Covid-19 auf die Intensivstation kommen?

Christian Karagiannidis

Ja, da hat sich im Laufe der Pandemie, glaube ich, noch mal ein deutlicher Fortschritt ergeben. Wir wussten ja am Anfang, als es losgegangen ist, mit der ersten Welle so gut wie gar nichts. Wir haben das übertragen, was wir von der Behandlung von anderen Patienten mit schweren Lungenversagen, wie zum Beispiel mit der Grippe, wussten und haben uns dann im Laufe der Pandemie auch mithilfe unserer Living Guideline, die wir haben, immer weiterentwickelt.

MEILENSTEINE BEI COVID-BEHANDLUNG

Und die Meilensteine in meinen Augen waren, dass wir im Sommer 2020 das Cortison eingeführt haben. Das hat auf die Sterblichkeit schon einen deutlichen Effekt gehabt. Im Laufe des Jahres ist dann hinzugekommen, dass man die Patienten, wenn sie sehr früh in der Erkrankungsphase sind, auch noch mit diesen neutralisierenden monoklonalen Antikörpern behandeln kann. Das gilt aber nur für diejenigen, die noch nicht auf der Intensivstation am Beatmungsgerät hängen, sondern

die, die nur Sauerstoff haben. Und dann haben wir noch zwei, drei Medikamente hinzugewonnen, die den Entzündungsprozess im Körper beeinflussen. Das ist vor allen Dingen das Tocilizumab und das Baricitinib. Gerade das Tocilizumab setzen wir hier in der Frühphase der Erkrankung extrem viel ein. Man sieht auch wirklich einen Effekt bei den Patienten, so dass ich sagen würde, dass wir therapeutisch schon einen Fortschritt gemacht haben. Und das kommt im Moment gerade diesen jüngeren Patienten zugute.

Beke Schulmann

Was die Medikamente angeht, da hat Christian Drosten vor ein paar Tagen bei Twitter das Foto eines britischen Kollegen geteilt, auf dem eine für mich als Laie riesige Menge an Medikamenten zu sehen war und darunter stand, dass alles bekomme eine Covid-Patientin, ein Covid-Patient an einem Tag auf der Intensivstation. Was ist das alles? Können Sie uns da mal so einen kleinen Einblick geben?

Christian Karagiannidis

Ja, das war sogar noch nicht mal so viel, was wir da gesehen haben. Der normale Patient auf der Intensivstation braucht natürlich Mittel gegen Schmerzen. Das ist ganz wichtig. Es ist das, was viele Patienten nach der Intensivtherapie berichten, dass sie doch die Schmerzen irgendwie mitbekommen haben. Und deswegen ist es ganz wichtig, dass man die abfängt. Es braucht Medikamente, damit man einen Schlaf erzeugen kann. Insbesondere dann, wenn die Patienten in der tiefen Narkose sind und einen Beatmungsschlauch haben. Dann gibt es Medikamente wie das Cortison, das man verabreichen muss. Manche Patienten brauchen zusätzlich zu der Ernährung Vitamine, die man entweder über die Vene gibt oder die man über eine Magensonde gibt. Und dann kommen halt noch die Medikamente dazu, die Entzündungsprozesse stoppen.

BAKTERIELLE LUNGENENTZÜNDUNG

Und was wir zunehmend sehen, vor allem in der vierten Welle, ist, dass sich auf diese Covid-Lungenentzündung noch eine Lungenentzündung mit Bakterien setzt und die Antibiotikagaben bei diesen Patienten sind doch deutlich hochgegangen. International berichten mir das gerade die Kollegen, die diese ECMO-Therapie sehr viel machen, dass das im europäischen Umland enorm zugenommen hat. Und das ist schon eine Menge, was die Patienten so am Tag bekommen.

Beke Schulmann

Weil das ja auch immer so ein Argument von Impfgegnerinnen ist, dass man nicht weiß, welche Nebenwirkungen die Impfung hat. Ich kann mir vorstellen, dass diese ganzen Medikamente auch gar nicht so ohne sind.

Christian Karagiannidis

Nein, diese Medikamente haben ganz erhebliche Nebenwirkungen. Das ist eines der großen Probleme der Intensivmedizin, mit dem wir uns seit zehn, 20 Jahren auseinandersetzen. Wo wir auch versuchen, halt möglichst dran zu denken, dass wir mit jeder Medikamentengabe auch die Langzeitprognose des Patienten beeinflussen. Ein Teil der Patienten wird wirklich gut und hat wenig Folgeerkrankungen. Ein Teil der Patienten hat aber insbesondere mit der Muskulatur und mit der Sensibilität der Nerven ein großes Problem nach der Intensivbehandlung. Und ich will vielleicht sagen, die letzte große Studie, die wir in Deutschland dazu gemacht haben, ist von Thomas Bein aus Regensburg. Da haben wir gesehen, dass ein Jahr nach Behandlung eines schweren Lungenversagens und so ist es jetzt mit Covid wahrscheinlich, dass ungefähr die Hälfte der Berufstätigen wieder im Beruf ist und die andere Hälfte aber nicht. Und so erwarte ich die Verteilung für Covid auch.

Beke Schulmann

Wie lange bleiben denn die PatientInnen durchschnittlich zurzeit auf der Intensivstation? Kann man das sagen?

Christian Karagiannidis

Wir haben keine aktuellen Daten, sondern wir haben immer nur die retrospektiven Daten aus den ersten drei Wellen. Und was wir gesehen haben, ist, dass die Covid Patienten da sehr lange liegen. Ich würde immer so einen Zeitbereich von 14 bis 20 Tagen angeben. Aber es gab ein paar Veränderungen. Zum einen ist es so, dass die, die versterben deutlich kürzer auf der Intensivstation sind, die liegen im Schnitt bis zu zehn Tage. Die, die überleben, bleiben deutlich länger und brauchen halt auch einfach zur Rekonvaleszenz. Was wir aber auch gesehen haben, dass es insbesondere zwischen der ersten und zweiten Welle einen deutlichen Unterschied gab in dem Gebrauch der sogenannten nicht-invasiven Beatmung. Das ist ein Verfahren, das über eine Maske den Druck und den Sauerstoff in den Patienten bringt. Und mit der zweiten und dritten Welle hat das deutlich zugenommen. Dadurch ist die Liegezeit bei den PatientInnen etwas runtergegangen. Jetzt in der vierten Welle, kriegen wir dadurch den Eindruck, dass wir viele junge Patienten haben, die auch besser überleben, dass die Liegezeiten eher wieder ein bisschen hoch gehen. Es wird aber sehr stark davon abhängen, wie viele versterben.

Beke Schulmann

In welchem Zustand verlassen die dann die Intensivstation?

Christian Karagiannidis

Es gibt einen Teil, die auch weiterhin bettlägerig sind und die dann eine wirklich lange Rehabilitationsbehandlung brauchen. Es gibt aber auch andere Patien-

ten und das versuchen wir in der Intensivmedizin ja wirklich ganz extensiv, dass wir frühzeitig mit Physiotherapie beginnen. Den Patienten auf die Bettkante helfen, selbst wenn sie noch schwer krank sind, damit sie gerade dann, wenn sie die Intensivstation verlassen, halt nicht so schwer bettlägerig sind, sondern viel schneller ins Leben zurückkommen.

STERBLICHKEIT IM VERLAUF DER PANDEMIE

Beke Schulmann

Sie haben es jetzt gerade auch schon angesprochen, die, die es nicht überleben. Wie viele sind das denn? Wie viele Intensivpatientinnen überleben die Krankheiten nicht?

Christian Karagiannidis

In der ersten Welle hatten wir ungefähr eine Sterblichkeit von etwas über 50 Prozent bei den beamteten Patienten. Das ist enorm viel. Das muss man mal dazu sagen. Bei der normalen Grippe ist es deutlich weniger. Wir haben in der zweiten und dritten Welle leider trotz des Einsatzes oder wegen, das kann ich nicht beurteilen, dieser nicht-invasiven Beatmung noch einen Anstieg gehabt auf 54 Prozent Sterblichkeit. Erst in der dritten Welle, das war die Alpha-Variante, da ist das Durchschnittsalter der PatientInnen zum Teil um sechs bis acht Jahre runtergegangen, so dass die Sterblichkeit dann mal deutlich unter 50 Prozent, oder vielleicht nicht deutlich, aber zumindest im Bereich zwischen 40 und 45 Prozent gelandet ist. Ich würde schätzen, mit unseren neuen therapeutischen Möglichkeiten und mit dem jüngeren Alter, dass wir jetzt auch in der vierten Welle mit der Sterblichkeit eher weiter runterkommen. Ich hoffe sehr, dass wir gen 40 Prozent und drunter kommen.

KAPAZITÄTEN DER INTENSIVSTATIONEN

Beke Schulmann

Sie haben vorhin schon die Betten-Kapazitäten angesprochen, mit denen wird ja jetzt auch in der Politik gerade viel argumentiert. Wie sieht es da aus? Sie haben schon gesagt, die Lage in den verschiedenen Bundesländern ist unterschiedlich. In einigen ist es entspannter. In Schleswig-Holstein zum Beispiel ist die Zahl der Behandelten geringer, besonders dramatisch ist es gerade in Bayern, auch in Sachsen und Thüringen. Müssen da schon PatientInnen in andere Bundesländer gebracht werden, wie wir das eben auch schon in anderen Wellen erlebt haben? Oder wie ist da gerade die Situation?

Christian Karagiannidis

Also ich glaube, wir sind kurz davor. Das Bundesland, das mit am meisten Sorgen bereitet ist Bayern. Insbesondere in Bayern höre ich von vielen Kolleginnen vor

Ort, dass die Kapazitäten wirklich ausgeschöpft sind. Und wir sehen wahrscheinlich in den kommenden Tagen, dass die vierte Welle jetzt die Spitze der zweiten und dritten Welle erreicht hat. Meine Empfehlung ist sehr stark, dass man genau jetzt, wenn noch ein bisschen Kapazität da ist, die Patienten überregional strukturiert in Deutschland verlegt, weil dann steht man nicht unter diesem extremen Druck, wenn gar nichts mehr geht, jemanden zu verlegen. Und dann kommt noch ein neuer Patient. Das erzeugt viel, viel mehr Unruhe und viel mehr Probleme, als wenn man es strukturiert ein paar Tage vorher macht. Wir haben in Deutschland dieses Kleeblatt-Konzept erarbeitet. Da drin sind fünf Kleeblätter zusammengefasst. Bayern und Nordrhein-Westfalen sind ihre eigenen Kleeblätter und die anderen Bundesländer sind dann jeweils zusammengefasst. Und ich glaube, dass jetzt ein sehr guter Zeitpunkt wäre, das zu aktivieren und dass wir insbesondere aus Bayern, Sachsen, Thüringen die Patienten über die Republik verteilen. Nämlich genau dann, wenn der Stress noch nicht so groß ist, dass auch dann so ein hoher Druck entsteht, dass dann vielleicht auch Fehler passieren.

Beke Schulmann

Wie würde das dann passieren? Sind es die Krankenhäuser, die dann zum Beispiel andere Krankenhäuser als Ansprechpartner haben und sagen, wir würden jetzt gerne verlegen, bevor es hier bei uns sehr brenzlich wird?

Christian Karagiannidis

Ja, das ist der normale Gang der Dinge in der deutschen Intensivmedizin, dass zwei Krankenhäuser miteinander Kontakt aufnehmen. Dann ist auch immer unabdingbare Voraussetzung, dass es ein Arzt-Arzt-Gespräch gibt, um natürlich mitzuteilen: Was hat der Patient oder die Patientin, was sind es für Probleme, wie viel Sauerstoff und so weiter. Für so eine strukturierte Patientenverlegung würden wir aber eher dafür plädieren, dass wir das über dieses Kleeblatt-Konzept machen. Und da gibt es regionale Koordinatoren, die miteinander in Kontakt treten. Das hat einfach auch den Vorteil, dass man dann strukturiert auch eine größere Menge von Patienten verlegen kann.

Beke Schulmann

Was gibt da den Anstoß, dass es jetzt gemacht wird?

Christian Karagiannidis

Das sind immer die regionalen Situationen. Also wenn Bayern, Sachsen oder Thüringen wirklich Schwierigkeiten mit den Kapazitäten haben, dann müssen die Bundesländer auch sagen, dass sie das haben und dann mit den Bundesländern Kontakt aufnehmen, die halt weniger belastet sind. Bisher war es immer so, dass es noch leistbar war und von den Zahlen her ist das sicherlich auch Stand heute noch so. Aber da wir mit den Inzidenzen weiter steigen, werden wir auch

mit der Intensivbelegung weiter steigen. Und deswegen denke ich, dass jetzt wirklich der optimale Zeitpunkt ist, das Ganze vorausschauend so zu machen, dass die Patienten sicher verlegt werden können.

Beke Schulmann

Wie viele freie Betten gibt es denn gerade?

Christian Karagiannidis

Wir haben immer so um die zehn Prozent freie Betten auf den Intensivstationen, auch da mit relativ großen regionalen Unterschieden. Aber ich glaube, wir müssen auch einmal etwas differenzierter auf die Bettenqualität gucken. Es heißt ja immer so pauschal: Wir haben 25.000 Intensivbetten in Deutschland und in Frankreich oder so sind es viel weniger. Wenn man das mal wirklich genau betrachtet, dann sieht man, dass Deutschland und Frankreich gar nicht so unterschiedlich sind. Wir haben, was die Beatmungsbetten betrifft, in Deutschland ungefähr vor einem Jahr noch 12.000 Betten zur Verfügung gehabt. Jetzt haben wir 9.000 Betten zur Verfügung. Im Vergleich dazu hat Frankreich ungefähr 6.000 Beatmungsbetten. Ich glaube auf 67 Millionen Einwohner. Das heißt, wir sind gar nicht so weit voneinander entfernt. Wir haben in Deutschland noch diese Low-Care-Betten-Qualität. Das bedeutet aber, ich kann nicht alles machen, was man sonst in der Intensivstation macht. Vor allen Dingen nicht diese tiefe Narkose, um den Patienten sehr tief schlafen zu lassen. Diese Betten helfen uns enorm, weil sie Entlastung schaffen. Aber diese eigentlichen Kernbetten, wo sie wirklich alles tun können, die würde ich mit ungefähr 9.000 im Moment beziffern. Und das ist deutlich weniger als das, was immer so kommuniziert worden ist, aber immer noch mehr als das, was wir in England oder Frankreich haben.

Beke Schulmann

Aber woran liegt es, dass in diesem Jahr so viel weniger Betten zur Verfügung stehen?

Christian Karagiannidis

Wir haben enorm viel Pflegepersonal im Laufe der Pandemie verloren. Die Belastung war vorher schon hoch und die Wurzeln der Pflegekrise liegen auch ganz sicher nicht in Covid, sondern die liegen zehn Jahre zuvor und vielleicht sogar länger. Es gibt eine enorme Belastung in der Intensivmedizin wie im gesamten Krankenhaus. Dieser hohe ökonomische Druck hat sicherlich mit dazu beigetragen, dass viele Mitarbeiterinnen den Dienst quittiert haben, weil die Arbeitslast einfach so groß ist, dass man das in dem Schichtbetrieb sieben Tage die Woche einfach nicht über viele Jahre hinweg gut aufrechterhalten kann. Die Pandemie hat dann wie ein Brennglas gewirkt. Also das, was vorher schon nicht ganz gut war, hat sich dann noch mal deutlich verstärkt. Und die Arbeitslast ist einfach so hoch gewesen, dass die Mitarbeiterinnen entweder den Beruf verlassen haben oder – was wir viel gesehen

haben, hier bei uns – ist, dass man die Arbeitszeit reduziert. Ich finde das prinzipiell sehr gut, weil dann erreicht man eine bessere Work-Life-Balance und das unterstütze ich auch sehr. Es hat aber den Nachteil, dass, wenn ich meine Arbeitszeit, um, ich sage mal, 20 Prozent reduziere, dann reduziere ich gleichzeitig auch 20 Prozent der Bettenkapazität.

Beke Schulmann

Weil dann nicht nach besetzt wird?

Christian Karagiannidis

Genau, weil dann nicht nachbesetzt wird. Der Markt ist völlig leer. Es gibt überhaupt gar keine Pflegekräfte auf dem freien Markt. Jedes Krankenhaus würde sie einstellen, würde ich fast behaupten. Und die kommen einfach nicht nach und deswegen ist unsere Kapazität dann weg.

Beke Schulmann

Aber das heißt, viel geringere Kapazität, viel weniger Personal, aber eine ähnliche Last wie vor einem Jahr.

Christian Karagiannidis

Das ist genau das große Problem. Und was dann hinzu kommt ist, wenn ich weniger Kapazität zur Verfügung habe, dann beginnt so ein gewisser Kondensations-effekt auf der Intensivstation. Das bedeutet, wenn ich sonst Patienten auch mal zwischendrin liegen habe, die vielleicht nicht so pflegeaufwendig sind, dann sind das natürlich die ersten, die dann die Intensivstation schnell verlassen müssen. Das kann man auch mit einem einigermaßen guten Gewissen bei vielen Patienten machen, führt aber dazu, dass ich dann auf den Stationen immer mehr dieser hoch aufwändigen Patienten habe. Damit steigt natürlich bei gleicher Bettenzahl noch mal zusätzlich die Arbeitslast und der Druck auf die ganzen Pflegekräfte und auch die Ärztinnen.

PROGNOSE FÜR DIE KOMMENDEN WOCHEN

Beke Schulmann

Wie sieht denn da Ihre Prognose für die kommenden Wochen aus? Wenn wir jetzt mal davon ausgehen, dass sich an den Maßnahmen nicht so viel ändern wird?

Christian Karagiannidis

An den Maßnahmen muss sich schon was ändern. Wir haben ja einen stetigen Anstieg der Inzidenzen und man kann das, glaube ich, auch selbst ganz einfach ausrechnen. Wir haben in den letzten 14 Tagen einen Zuwachs von 1.000 Covid-Patienten gehabt. Wir würden davon ausgehen, dass sich das noch etwas beschleunigt, dass wir vielleicht für die nächsten 1.000 Patienten zwölf Tage brauchen. Und wir haben im Moment eine Intensivquote, die so um die 0,8

Prozent liegt. Das heißt, bei einer Inzidenz von 10.000 hätten wir eine Woche später ungefähr, das hängt so ein bisschen an der Meldeverzögerung dieser Daten, wahrscheinlich 80 Patienten auf den Intensivstationen. So kann man es selbst hochrechnen, was immer on top dazu kommt. Das heißt, wir brauchen jetzt in irgendeiner Form eine Bremse, damit die Zahlen nicht ins Uferlose steigen. Es ist nicht so, dass wir sagen würden, es muss jetzt wieder auf Null runter gehen. Ich glaube, die Intensivmedizin kommt schon mit einer gewissen Last zurecht und das ist auch ihre Aufgabe. Und dem müssen wir auch nachkommen. Aber es darf nie zu diesem Punkt kommen, dass es eine Überlastung gibt.

VORSCHLAG DER AUSSETZUNG DER PERSONALUNTERGRENZEN

Beke Schulmann

Auf die Maßnahmen wollen wir gleich noch mal kommen. Als Lösung für dieses Problem kommt jetzt aus einigen Krankenhäusern aber auch schon der Vorschlag, die Personaluntergrenzen auszusetzen. Vielleicht können Sie uns das noch mal näherbringen. Worum geht es dabei genau?

Christian Karagiannidis

Ja, es geht darum, dass wir über viele Jahre hinweg, um die Last für die Pflegenden zu reduzieren, darum gekämpft haben, dass es eine gewisse Untergrenze dessen gibt, wie viel eine Pflegekraft an Patienten betreuen darf. Es ist seit Anfang dieses Jahres so, dass auf der Intensivstation am Tag eine Pflegekraft zwei Patienten betreuen soll und in der Nacht drei. Das sind die sogenannten Pflegepersonaluntergrenzen. Wenn man die aufweichen würde, so wie wir das früher hatten, dass man am Tag vielleicht drei Patienten betreut, in der Nacht vier, dann führt das genau zu dem Phänomen, das wir im letzten Jahrzehnt gesehen haben, dass die Überlastung so groß ist, dass die Kolleginnen einfach den Dienst quittieren. Das schafft zwar im ersten Moment Kapazitäten, das ist richtig, wenn man das aussetzen würde. Ich, und das ist meine ganz persönliche Meinung, würde aber dringend davon abraten, an die Pflegepersonaluntergrenzen zu gehen.

AUFGESCHOBENES PROBLEM

Wir löffeln die Suppe auf gut Deutsch gesagt dann nächstes Jahr aus. Die, die wir in den nächsten zwei bis drei Monaten überlasten, da können wir ganz sicher sein, dass davon noch mal zehn, 20 Prozent den Dienst quittieren werden. Ich glaube, wir sollten tunlichst schauen, dass wir jetzt alles dafür tun, dass wir nächstes, übernächstes Jahr immer noch gute Intensivmedizin machen können. Dazu gehört vor allen Dingen, dass man die Überlastung verhindert.

DEBATTE UM FREIE BETTEN

Beke Schulmann

Damit es nicht zu der Überlastung kommt, heißt es auch immer wieder: Es sollen Betten freigehalten werden. Aber was ist damit gemeint? Geht das überhaupt auf Intensivstationen? Also können Sie sagen: Wir nehmen jetzt hier niemanden mehr auf, damit die nächste Covid-Patientin hier sicher einen Platz hat?

Christian Karagiannidis

Nein, das ist an der Realität ein Stück weit vorbei. Es gibt Kliniken mit sehr hohen Kapazitäten, die das machen können und die auch diese Vorhaltequoten schaffen, die insgesamt extrem gut aufgestellt sind. Aber eine durchschnittliche Intensivstation in Deutschland hat ungefähr zwölf Betten und wir sind alle unter einem derartigen Druck, dass wir jetzt nicht einfach ein Bett leer stehen lassen können und sagen: „Och lieber Herzinfarkt-Patient, wir müssen das Bett leider freihalten für Covid“. Das geht in keinem Fall. Das ist medizinisch auch nicht richtig. Aus dem Alltag heraus kann ich Ihnen sagen: Jede Intensivstation bemüht sich immer irgendwie ein Notfall-Bett freizuhalten, weil, wenn der nächste Patient in der Notaufnahme vor Ihnen steht, müssen Sie den ja irgendwie versorgen. Daher rührt auch, dass wir ungefähr 90 Prozent Belegung haben und zehn Prozent nach Möglichkeit frei. Wenn Sie dran denken: Zwölf Betten, da bedeutet ein freies Bett acht Prozent. Das heißt, wenn wir unter zehn Prozent rutschen, wird es schon schwierig mit der Versorgung. Wenn die Kliniken weniger als fünf Prozent freie Betten haben, dann lebt man quasi ein bisschen von der Hand in den Mund und ist im Prinzip nicht mehr richtig handlungsfähig. Dann ist es wirklich eine Qual, am Tag die Patienten auch wirklich adäquat zu versorgen.

PRIORISIERUNG AUF DEN INTENSIVSTATIONEN VS. TRIAGE

Beke Schulmann

Aber was passiert dann, wenn man unter diese fünf Prozent Grenze rutscht? Alle Betten sind belegt und jetzt kommt aber noch ein Fall rein – ein Patient, eine Patientin, die auf der Intensivstation behandelt werden muss?

Christian Karagiannidis

Die Krankenhäuser haben schon auch den gesetzlichen Auftrag der Erstversorgung in der Notaufnahme dieser Patienten. Das heißt, wenn ein Patient kommt, muss er erstmal stabilisiert werden und das Leben muss sichergestellt werden. Das funktioniert in Deutschland auch sehr gut. Wenn ich dann sehe, dass ich keine Intensivkapazität zur Verfügung habe, dann muss ich mich darum bemühen, dass der Patient trotzdem sehr gut versorgt wird. Dann geht die große

Telefoniererei los und das zieht sich manchmal über Stunden hinweg, dass man versucht, irgendwo ein Bett zu finden. In Köln haben wir es glücklicherweise so gelöst, dass es einen zentralen Koordinator bei der Berufsfeuerwehr gibt, der sich darum kümmert, die Patienten zu verteilen. Und das kann auch bedeuten, und das hatten wir in der zweiten, dritten Welle, dass die Patienten zum Teil auch über 100 Kilometer aus Köln raus verlegt werden, weil man dann erst da ein Intensivbett findet.

Beke Schulmann

Das wäre dann aber der Patient, der neu hinzukommt? Oder würde dann geguckt werden, welcher der Patient*innen vielleicht am stabilsten ist und die Person würde dann verlegt werden?

Christian Karagiannidis

Also meistens ist es so, dass es die Patienten sind, die dann frisch in die Notaufnahme kommen, für die man versucht irgendwo anders ein Bett zu finden. Dieses strukturierte Verlegen von anderen Patienten ist sicherlich eine sehr gute Idee, da bietet es sich mal an, dass man gerade Patienten, die vielleicht schon einen längeren Zeitraum an so einer Beatmung sind, dann auch in spezialisierte Kliniken wie solche Weaning-Kliniken verlegt. Weaning bedeutet Entwöhnung von der Beatmung. Das sind Prozesse, die uns enorm geholfen haben, in den letzten drei Wellen wieder freie Kapazität zu schaffen. Das kriegt man aber nicht innerhalb von ein paar Minuten hin, sondern das braucht meistens mehrere Tage.

Beke Schulmann

Im vergangenen Winter wurde auch immer eindringlich davor gewarnt, dass im schlimmsten Fall das Mittel der Triage zum Einsatz kommt. Diese Warnungen werden jetzt auch immer wieder lauter. Vielleicht können Sie uns dann noch einmal erläutern: Was genau bedeutet das? Und wird das passieren? Bald?

Christian Karagiannidis

Das möchte ich ja wirklich ganz drastisch beantworten. Also eine Triage wäre eine Bankrotterklärung des deutschen Gesundheitswesens. Wir haben viele Krankenhäuser, wir haben auch eine hohe Dichte von den Krankenhäusern, wir haben viele Intensivbetten. Triage würde ja bedeuten, dass man das Leben eines Patienten zugunsten eines anderen Patienten beendet, um das vielleicht mal in einfache Worte zu fassen. Und bei der großen Kapazität, die wir in den Krankenhäusern haben und auch mit den vielen Medizinerinnen und Pflegekräften, darf das in Deutschland einfach nicht passieren.

PRIORISIERUNG

Was aber passieren kann und was auch passiert, ist, dass es eine gewisse Priorisierung gibt. Das ist genau diese Situation. Sie haben an dem großen Zentrum zehn Betten zur Verfügung. Zum Beispiel, bei uns haben wir die Möglichkeit, acht Patienten mit so einer künstlichen Lunge zu versorgen. Und dann hängen sieben Patienten dran und dann haben Sie dieses achte Bett. Und dann gibt es aber drei oder vier Kliniken, die sie kontaktieren, die das Bett haben möchten. Dann muss man natürlich eine Auswahl treffen und man kann sich dann nur für einen Patienten entscheiden. Man kann es auch nur richtig machen, egal für wen man sich entscheidet. Aber das zeigt, dass wir mit einem hohen Druck und mit wenig Kapazitäten zusehends eine Priorisierung bekommen werden, dass gewisse Patienten in den großen Kliniken behandelt werden und die Patienten, die vielleicht hochaltrig sind und eine schlechte Prognose haben, dann halt da kein Bett bekommen.

Beke Schulmann

Also man würde gucken, wer hat die geringste Chance? Oder würde man den fittesten der schwerkranken PatientInnen auf eine andere Station verlegen?

Christian Karagiannidis

Es spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Das Alter spielt eine Rolle, die Vorerkrankungen spielen eine Rolle, der Status spielt eine Rolle. Auch, wie geht es vielleicht die nächsten Tage weiter? Man kann ja auch telefonisch beraten und wir haben ja viel Erfahrung gewonnen bei Covid. Es kann auch mal sein, dass man sagt, ein junger Patient ist jetzt vielleicht nicht der richtige Kandidat, weil er auch eine gute Chance hat, in einem kleineren Krankenhaus mit Beratung zu überleben. Vielleicht ist es sogar fast besser, den Älteren manchmal zu nehmen, der mehr Probleme hat. Das ist immer eine individuelle Entscheidung, aber die trifft uns natürlich dann relativ hart, wenn die Kapazitäten eng werden.

Beke Schulmann

Durch die sozialen Netzwerke wurde in den vergangenen Tagen auch ein Begriff sehr viel getragen, nämlich der, der stillen Triage. Können Sie uns da mal erklären, was damit gemeint ist?

Christian Karagiannidis

Also gegen diesen Begriff wehre ich mich auch. Das ist auch eher wieder Priorisierung. Es ist natürlich schon so, wenn Sie jetzt die Situation haben, dass Sie Landkreise haben, die nicht so einen guten Zugang in der Fläche zu Krankenhäusern haben und die Krankenhäuser sind alle voll. Und beispielsweise kommt der Rettungsdienst bei einem Patienten zu Hause an und sieht, dass er eigentlich ins Krankenhaus müsste und

eigentlich viel Sauerstoff benötigt oder was auch immer. Aber auf der anderen Seite weiß man ja, das wäre damit verbunden, dass ich jetzt in dem regionalen Krankenhaus halt keine Möglichkeit habe, den Patienten unterzukriegen und dass ich deswegen vielleicht auch das vermeide, dass der im Krankenhaus aufgenommen wird. Aber mein Credo auch hier noch mal: Wir haben insgesamt in Deutschland sehr hohe Kapazitäten zur Verfügung und genau das sollte nie passieren.

Beke Schulmann

Das heißt, das ist etwas, was jetzt nicht tatsächlich schon vorkommt, beziehungsweise was eigentlich nicht vorkommen dürfte?

Christian Karagiannidis

Also wenn, dann sind es Einzelfallberichte aus Deutschland, in der Fläche kommt es ganz sicher nicht vor.

WAS MUSS JETZT PASSIEREN?

Beke Schulmann

Ich würde zum Schluss noch gerne mit Ihnen darüber sprechen, was jetzt noch getan werden kann oder was man tun muss. Der seit anderthalb Jahren geltende bundesweite Corona-Ausnahmestand soll jetzt Ende November auslaufen. Ist es aus Ihrer Sicht eine gute Idee diese epidemische Lage nationaler Tragweite aufzuheben?

Christian Karagiannidis

Also meine Meinung ist, dass es keine gute Idee ist und gar nicht so sehr aus der rechtlichen Perspektive. Sondern wir haben zwei Dinge in den letzten Monaten gehabt, die, glaube ich, auch mit dazu beigetragen haben, dass die Inzidenzen so hochgeschneit sind. Es war einmal diese Debatte um den Freedom Day, die den Eindruck vermittelt hat, dass ja alles total einfach ist.

Beke Schulmann

Also das Ende aller Maßnahmen.

Christian Karagiannidis

Genau das Ende aller Maßnahmen. Und dann kam vor ein paar Wochen, dass man diese epidemische Lage von nationaler Tragweite einfach auslaufen lassen kann. Auch das hat natürlich so diesen Eindruck vermittelt: „Och, ist ja eigentlich alles gar nicht mehr so schlimm“. für die Krankenhäuser. Und das hat uns schon weh getan. Ich glaube, dass man mit den Maßnahmen, die jetzt diskutiert werden, auch von der Ampelkoalition, dass man damit schon was erreichen kann und dass wir uns wirklich beeilen müssen. Eigentlich müssen wir morgen damit beginnen, die Maßnahmen umzusetzen, um eine Chance zu haben. Was ist aber, wenn die Kliniken wirklich richtig voll sind und

überlaufen? Und da bietet die epidemische Lage halt den ganzen Werkzeugkasten. Wenn ich die abgebe, dann fehlt mir aus diesem Werkzeugkasten halt ein bisschen was. Dieser absolute Notschutzschalter, der wäre glaube ich schon wichtig und deswegen würde ich es auch beibehalten.

Beke Schulmann

Sie haben ja auch gerade einen Aufruf unterzeichnet, ein Aufruf von 35 führenden Medizinerinnen und Wissenschaftlerinnen in dem sie einen Kurswechsel in der Coronapolitik fordern und auch noch mal ganz deutlich sagen, dass jeder Tag des Abwartens Menschenleben kostet, dass die Politik ihrer Verantwortung gerecht werden müsse und die Verantwortung nicht auf jeden einzelnen Menschen auslagern dürfe. Was fordern Sie also genau? Was muss jetzt getan werden?

Christian Karagiannidis

Ja, ich glaube, es gibt zwei ganz wichtige Punkte. Und der erste wichtige Punkt ist, dass es eine sehr klare, stringente Kommunikation braucht. Ich bin eher für eine generalstabsmäßige Planung bis in den April, Mai nächsten Jahres hinein, mit zum Beispiel „was wäre, wenn“-Szenarien. Ich weiß doch genau, was bei einer Inzidenz X passieren wird. Ich weiß genau, was passieren wird, wenn die Kliniken unter fünf Prozent freie Betten rutschen. Das kann ich Stand heute auch für den Februar, März, April nächsten Jahres festlegen. Ich glaube, wenn wir das extrem stringent machen, wenn wir das der Bevölkerung sehr klar kommunizieren zu einem sehr frühen Zeitpunkt, dann wissen alle, was auf sie zukommt, dann können sich alle darauf einstellen. Dieses Fahren auf Sicht ist etwas, was mir in der Pandemie nie gefallen hat und was, glaube ich, mit zu dieser Verunsicherung beigetragen hat.

BUNDESWEITE MAßNAHMEN

Ein zweiter, ganz wichtiger Punkt ist, glaube ich, dass wir alle Maßnahmen, die wir ergreifen, schon auch bundesweit ergreifen. Dass wir jetzt nicht sagen, nur weil Bayern überlastet ist, braucht es da ganz andere Maßnahmen als sonst wo. Ich glaube, der Maßnahmenkatalog muss in Deutschland gleich sein und auch das muss klar kommuniziert sein. Wie man ihn dann anwendet, würde ich dann von den regionalen Inzidenzen und von der Intensivbelegung abhängig machen.

NATIONALER KRISENSTAB

Der zweite Punkt, den wir gefordert haben, der mir auch noch mal sehr wichtig ist: Ich glaube, wir würden gut daran tun, wenn es einen nationalen Krisenstab gäbe, der nah an der Bundesregierung dran ist, der auch transparent ist und dass nicht irgendwas im Hintertürchen besprochen wird. Sondern in so einem Krisenstab, zusammengesetzt aus Wissenschaftlern,

aber auch aus Praktikern und auch aus anderen Bereichen des öffentlichen Lebens, weil das dürfen wir natürlich nicht aussparen, vor allen Dingen die Kinder nicht. Auch Bereiche des öffentlichen Lebens wie Künstler oder so, auch die müssen ihr Gehör finden in solchen Stäben, in meinen Augen. Und ich glaube, die nächste Bundesregierung gut täte gut daran, wenn wir so einen Krisenstab einrichten. Und wenn wir das dann ganz transparent kommunizieren und auch mit Weitblick über die nächsten Monate.

IMPFFEN

Beke Schulmann

Es gibt ja noch ein paar andere Maßnahmen oder Möglichkeiten, die man einsetzen könnte. Die können wir ja noch einmal ganz kurz durchgehen. Zum Beispiel das Impfen. Wie kann das weiterhelfen gegen die Überlastung des Gesundheitssystems?

Christian Karagiannidis

Das Impfen ist natürlich die Lösung, um aus dieser ganzen Krise rauszukommen. Ich glaube, das steht völlig außer Frage. Und unsere Erstimpfungen sind einfach im europäischen Vergleich zu gering. Das Paradebeispiel ist Portugal. Da sieht man, wie extrem gut es laufen kann, wenn der größte Teil der Bevölkerung geimpft ist. Was wir aber auch noch in der Hinterhand haben, ist der israelische Weg, dass man die Menschen boostert und ich für mich sage mittlerweile, dass eigentlich drei Impfungen zur Grundimmunisierung bei Covid gehören. Die ersten beiden Impfungen und dann die Booster-Impfung fünf bis sechs Monate später. Ich würde sehr empfehlen, dass gemäß der Stiko-Empfehlungen vor allen Dingen bei den Risikopatienten und den Hochaltrigen jetzt wirklich mit Turbo-Geschwindigkeit zu machen. Aber dass man das dann auch auf den Rest der Bevölkerung ausrollt. Der Hintergrund ist einfach, dass die Transmission, also die Übertragung des Virus, vermindert wird. Der R-Wert geht um sicherlich 0,2 und mehr zurück, wenn wir sehr viel Boostern würden. Das würde bedeuten, dass wir zum Beispiel Städte wie Köln unter Kontrolle hätten, alleine durch das Boostern. Dazu müssten wir aber die Geschwindigkeit wirklich blitzartig erhöhen. Wir brauchen, um Effekte zu sehen, ungefähr ein Prozent Booster-Impfungen pro Tag. Das entspricht so dem, was wir im Sommer gesehen haben.

Beke Schulmann

Also eine Millionen Impfung am Tag.

Christian Karagiannidis

Genau, eine Million Impfungen. Und wir haben im Moment vielleicht 0,1 oder 0,2 Prozent und sind weit davon entfernt. Hier sehe ich, glaube ich, insbesondere auch den ambulanten Bereich wirklich in der Pflicht, das sicherzustellen.

Beke Schulmann

Aber bis eben alle Ungeimpften einen Termin haben und sich der volle Schutz eingestellt hat und auch alle geboostert sind, das dauert ja Wochen. Damit können wir jetzt die Winter-Welle eigentlich nicht mehr abbremsen. Es ist natürlich wichtig, um die Pandemie an sich zu beenden, aber für die Überlastung des Gesundheitssystems tut das jetzt akut wenig, oder?

Christian Karagiannidis

Jein. Also für die akute Situation in den nächsten drei, vier Wochen bringt das Boostern heute natürlich nichts. Aber wir müssen daran denken, dass die Welle erst wieder auslaufen wird im März, April. Wir brauchen und insbesondere die Krankenhäuser brauchen eine Perspektive, dass es im Januar, Februar, März nicht völlig durch die Decke schießt. Wenn wir wirklich mit einem Prozent pro Tag Boostern würden, dann würden wir die ersten Effekte in ungefähr vier Wochen sehen. Und ich glaube, deswegen würde ich alles daransetzen, dass man diese Geschwindigkeit jetzt wirklich blitzartig nach oben schießt. Ich bin ehrlich gesagt die ganzen Ausreden auch mittlerweile leid, dass man das nicht machen kann.

Beke Schulmann

Ein anderes Mittel, was noch offen wäre, um die Überlastung des Gesundheitssystems abzuwenden, wäre ein Lockdown oder Shutdown.

Christian Karagiannidis

Ja, das wäre genau diese aller, aller, allerletzte Maßnahme eines Notschutzschalters. So haben wir es auch in einem unserer Papiere bewertet, dass wir versuchen sollten, es tunlichst zu vermeiden. Ich denke, dass wir, wenn wir uns jetzt richtig beeilen, mit all den Maßnahmen, die auch von der Ampelkoalition beschlossen worden sind. Wenn wir das Boostern jetzt wirklich endlich mal auf die Straße kriegen, dann haben wir auch eine Chance, das zu verhindern.

GLOSSAR

Erklärungen zu den Fachausdrücken finden Sie hier:

[ndr.de/coronaglossar](https://www.ndr.de/coronaglossar)

WEITERE INFORMATIONEN

[ndr.de/coronaupdate](https://www.ndr.de/coronaupdate)

QUELLEN

DIVI-Intensivregister

<https://www.intensivregister.de/#/index>

Wissenschaftsjournalistin Mai Thi Nguyen-Kim:

maiLab-Folge „Impfpflicht ist okay“

https://www.youtube.com/watch?v=KEggd1S9_9Y

Podcast-Tipps

Dieser [Laber-Podcast](#) mit Bildungsauftrag versorgt mit Klugscheißerwissen, mit dem man ordentlich flexen kann. Die Hosts Steffi Banowski und Anne Raddatz suchen nach Antworten auf Fragen, die sich gestellt werden sollten: Wie lügt man glaubwürdig? Wie werde ich Influencer*in? Wie mache ich Schluss, ohne gehasst zu werden?

Bastian Pastewka ist in der neuen Folge des NDR Podcasts [DIE IDEE](#) zu Gast. Er erzählt, wie Unterhaltung geht, wie er sich auf seine Shows vorbereitet und wie er als Komödiant zwischen Rolle und Privatleben trennt.