

SWR2 Wissen

## **Wie gut ist unser Gesundheitssystem? –**

Lehren aus der Corona-Krise

Von Martina Keller

Sendung: Mittwoch, 7. Oktober 2020, 08.30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Autorenproduktion

Produktion: SWR 2020

**Für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist das deutsche Gesundheitssystem bestens auf eine zweite Corona-Welle vorbereitet. Weil aus der ersten vieles gelernt wurde. Aber stimmt das?**

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

---

### **Bitte beachten Sie:**

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### **Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?**

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

### **Die SWR2 App für Android und iOS**

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...  
Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

## MANUSKRIFT

### *Musikakzent*

#### **Sprecherin:**

Die Situation spitzt sich zu: Seit dem Spätsommer steigt die Zahl der Covid-Infektionen wieder an. Die erste Welle hat Deutschland recht gut bewältigt, im internationalen Vergleich gab es wenige Tote. Viele Experten stellen dem deutschen Gesundheitssystem deswegen ein gutes Zeugnis aus, doch es gab auch eklatante Mängel, etwa bei der Versorgung mit Schutzkleidung und Mundschutz und der Datenübermittlung. Das Robert-Koch-Institut und viele Gesundheitsämter schienen überfordert; zumindest anfangs.

#### **Sprecher:**

„Wie gut ist unser Gesundheitssystem? – Lehren aus der Corona-Krise“. Von Martina Keller.

### *Musikakzent (langsam weg)*

#### **O-Ton 01 - Oliver Kappert:**

Wir haben frühzeitig hier unsere kleinen Beratungsgremien hochgefahren. Wir hatten sehr früh auch schon den Kontakt zu den Kliniken in unserer Zuständigkeit.

#### **Sprecherin:**

Oliver Kappert leitet das Gesundheitsamt Freiburg, zuständig für eine halbe Million Menschen in der Stadt Freiburg und im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald. Als Ende Januar 2020 der erste Covid-Fall in Deutschland gemeldet wurde, begann in Freiburg die Vorbereitung auf den Tag X. Am 27. Februar war es dann soweit: Die erste Covid-19-Infektion.

#### **O-Ton 02 - Oliver Kappert:**

Das war so ein bisschen so wie: Jetzt ist endlich die Bombe geplatzt, also es war dann fast schon auch ein bisschen mit Erleichterung verbunden, als der erste Fall endlich da war und wir dann endlich in die konkrete Arbeit gehen konnten.

#### **Sprecherin:**

Das Freiburger Gesundheitsamt hat frühzeitig mit allen wichtigen Akteuren Kontakt aufgenommen, eine Maßnahme, die sich während der Krise bewährte. Aber hat Kappert geahnt, welche Ausmaße die Pandemie annehmen würde?

#### **O-Ton 03 - Oliver Kappert:**

Geahnt schon, weil was eine Pandemie ist, wissen Gesundheitsämter. Dafür sind wir da, das ist eine unserer Kernaufgaben, in solchen Fällen gerüstet zu sein. Wie es sich anfühlen würde, wussten wir natürlich nicht, bei einem Erreger, der ja mittlerweile wirklich jeden gesellschaftlichen Bereich, alle Bereiche des Lebens erfasst hat. Das ist natürlich was, wo auch wir uns erst mal rein finden mussten.

**Sprecherin:**

Die Corona-Pandemie hat das deutsche Gesundheitssystem vor Herausforderungen gestellt, wie es sie in der Geschichte der Bundesrepublik noch nicht gegeben hat. Bis Anfang Oktober wurden dem Robert-Koch-Institut mehr als 300.000 Infektionen mit Covid-19 gemeldet. Mehr als 9.400 Menschen sind an oder mit dem Erreger gestorben. Diese Entwicklung war zu Beginn nicht absehbar. Überhaupt war vieles unklar, die Infizierten wurden den Gesundheitsämtern nur schleppend gemeldet.

**O-Ton 04 - Ferdinand Gerlach:**

Wenn wir uns noch mal zurückerinnern. Am Anfang wussten wir nur, da kommt eine gefährliche Krankheit. Wir wussten nicht, wie schlimm es wird, wir wussten nicht, wie viel Kapazitäten wir tatsächlich haben, und am Anfang – fast bis heute – las man am ehesten, was die Johns Hopkins University gesagt hat, bevor dann unsere zuständige Bundesoberbehörde, das Robert-Koch-Institut, irgendwelche Zahlen bekannt gab.

**Sprecherin:**

Ferdinand Gerlach ist Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

**O-Ton 05 - Ferdinand Gerlach:**

Und dann hatten wir am Anfang große Angst, dass unser Gesundheitssystem überlastet wird, weil wir nicht wussten, wie viel Kapazitäten wir haben. Wir wussten nicht, wie viele Klinikbetten stehen für die Versorgung von Covid-19-Patienten insbesondere auf Intensivstationen zur Verfügung, wie viele Beatmungsbetten haben wir eigentlich, wie viele von denen sind belegt, wie viele auch sehr spezialisierte Techniken haben wir für eine Sauerstoffzuführung zum Blut durch spezielle Maschinen bei Lungenversagen, was bei Covid-19 vorkommt. Und deshalb waren wir am Anfang viel mehr als heute – heute etwas weniger – im Blindflug.

**Sprecherin:**

Bereits Mitte März hatte Gesundheitsminister Jens Spahn die Kliniken in Deutschland aufgefordert, alle nicht zwingend notwendigen, planbaren Operationen zu verschieben. So wollte er erreichen, dass etwa die Hälfte der Intensivbetten für Covid-Patienten frei blieb. Damit die Kliniken ihre Einnahmeverluste ausgleichen konnten, stellte der Bundestag rund 8,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Die Krankenhäuser erhielten 560 Euro Freihaltepauschale je Bett pro Tag.

**O-Ton 06 - Ferdinand Gerlach:**

Dabei war von Anfang an klar, dass diese Art der Finanzierung ein Problem darstellt. Also erstens ist es so, dass es Häuser gibt, für die sind 560 Euro pro Bett deutlich mehr, als sie normalerweise Erlösen. Also eine Psychiatrie zum Beispiel hat normalerweise ungefähr die Hälfte an Erlös, für die ist das ein Fehlanreiz, Betten leer stehen zu lassen, das Personal womöglich noch in Kurzarbeit zu schicken, und da würden Sie für das leere Bett – das gilt auch für andere kleine Krankenhäuser – mehr Erlösen, als wenn sie Patienten dort behandeln. Während die spezialisierten Häuser, die sogenannten Maximalversorger, die Unikliniken, für die sind die 560 Euro zu wenig gewesen.

**Sprecherin:**

Fehlanreize auf der einen Seite – auf der anderen keine ausreichende Kostendeckung. Manches wurde zwischenzeitlich korrigiert. Zudem ist die Freihaltepauschale Ende September ausgelaufen. Nun können Krankenhäuser individuell bei den Kostenträgern Einnahmeverluste geltend machen. Im Nachhinein ist klar: Die Freihaltepauschale für alle hätte es gar nicht gebraucht.

**O-Ton 07 - Ferdinand Gerlach:**

Jetzt wissen wir eigentlich: Wir waren zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd ausgelastet. Es standen aber Hunderttausende von Krankenhausbetten leer. Wir hatten auch viele, viele Beschäftigte im deutschen Gesundheitssystem – Pflegekräfte, Ärzte sogar – in Kurzarbeit. Heute wissen wir: Diese scharfe Bremsung war Gott sei Dank nicht nötig, und inzwischen ist es sogar so, dass der Anteil der intensivpflichtigen Covid-19-Patienten noch weiter zurückgegangen ist. Im Augenblick sind es so zwischen 220 und 240, die in ganz Deutschland intensivmedizinisch behandelt werden, und man muss sich klarmachen: Wir haben ungefähr eine Intensivkapazität von 30.000.

**Sprecherin:**

Obwohl nicht alle 30.000 Intensivbetten technisch so ausgestattet sind, dass Covid-Patienten mit einem schweren Verlauf versorgt werden könnten, war das Gesundheitssystem doch nie an seiner Belastungsgrenze. Bloß wussten die Verantwortlichen es nicht. Erst ein sogenanntes Intensivregister, an das Kliniken ihre Intensivbetten inzwischen verpflichtend melden müssen, hat für Übersicht gesorgt. Nicht der Bundesgesundheitsminister hat die Initiative dazu ergriffen, sondern eine medizinische Fachgesellschaft, die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

**O-Ton 08 - Ferdinand Gerlach:**

Man fragt sich im Nachhinein, warum ist das nicht schon längst eingeführt worden, wie auch andere Digitalisierungsmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen uns in der Krise sehr viel hätten helfen können, wenn wir es früher eingeführt hätten. Wir können dann in Zukunft auch wesentlich besser steuern. Selbst wenn jetzt noch mal eine pandemische Welle käme, dann könnten wir zum Beispiel zwischen verschiedenen Landkreisen oder auch Bundesländern einen Ausgleich schaffen. Dann könnten zum Beispiel Patienten, wenn das Uniklinikum Freiburg überlastet ist, nach Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt geflogen werden, das wäre überhaupt kein Problem. Und dann hätten wir übrigens auch unseren europäischen Nachbarn schon früher besser helfen können.

***Musikakzent*****O-Ton 09 - Oliver Kappert:**

Damals fing es an mit Reiserückkehrern. Wir waren aus zwei Ecken hier betroffen: Zum einen waren es eben die Skiurlauber – es waren eben kurz vorher die Karnevalsfeiertage, die hier eben auch traditionell gerne für Ski-Urlaub genutzt werden und parallel dazu war im Elsass eben eine kirchliche Veranstaltung mit 20.000 Personen, die auch einfach viele Erkrankte dann generiert hat, und das waren letztlich die ersten beiden größeren Einträge.

**Sprecherin:**

Die Stadt Freiburg und der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald gehörten zu den bundesweit am stärksten betroffenen Regionen. Kurz vor Ostern war die Lage besonders angespannt.

**O-Ton 10 - Oliver Kappert:**

Der Höhepunkt bei uns mit den Infektionen war erreicht vom 7. auf den 8. April mit 144 Neuinfektionen an einem Tag. Wir haben damals das gesamte Gesundheitsamt nur in Corona arbeiten lassen. Wir haben versucht weiterhin mit jedem der Erkrankten zu sprechen. Das gab natürlich bei dieser Fallzahl dann auch mal Verzug von ein bis zwei Tagen.

**Sprecherin:**

Das Freiburger Gesundheitsamt stellte ein Meldeformular auf seine Webseite, in das betroffene Bürgerinnen und Bürger die wichtigsten Daten schon mal selbst eintragen konnten. Das half, die Telefonate zu verkürzen. Zudem bekam die Behörde personelle Unterstützung. Zu Beginn der Krise arbeiteten 13 Mitarbeiter in der für die Pandemie zuständigen Abteilung, Anfang September waren es 35 – nahezu das Dreifache.

**O-Ton 11 - Oliver Kappert:**

Das ist eine überfällige Entwicklung, mich überrascht, dass das andere überrascht. Mir war das, so wie vermutlich jedem Leiter eines Gesundheitsamtes, klar, dass wir für so etwas nicht aufgestellt sind. Also es ist so, dass wir schon auch regelmäßig drauf hinweisen, dass wir zu klein sind. Andererseits sind wir einfach auch Fachbehörden, und so ganz genau zu verstehen, was wir tun, das ist auch einfach eine Herausforderung.

**Sprecherin:**

Trinkwasserqualität überwachen, Hygiene in Schwimmbädern kontrollieren, Schulanfänger untersuchen – all das leistet beispielsweise ein Gesundheitsamt, doch während der Hochphase der Pandemie blieben die Aufgaben liegen. Eine besondere Herausforderung für Kappert und sein Team: der Mangel an Masken, Handschuhen und Kitteln während der ersten Wochen.

**O-Ton 12 - Oliver Kappert:**

Es gab einen Zeitpunkt, das war um Ostern herum, wo wir immer noch in der Materialknappheit standen und es so losging, dass die Altenheime in den Fokus rückten. Und ich weiß noch, wie wir ein Nichts von Lieferung irgendwie hatten, wo wir gesagt haben: Das reicht überhaupt nicht für alle Akteure, die sich natürlich auch alle bei uns gemeldet haben: *Habt ihr Schutzkleidung?* Und ich weiß, dass wir vor Ostern festgelegt haben: Wir werden alles in diesen Bereich geben, was wir an Schutzkleidung haben, um zu vermeiden, dass aus Versorgungsgründen die Bewohner der Alten- und Pflegeheime in Krankenhäuser verlegt werden.

**Sprecherin:**

Im gesamten Bundesgebiet fehlte es an Schutzkleidung, über einen erschreckend langen Zeitraum. Die Pandemiepläne müssen deshalb überarbeitet werden, zudem braucht es eine Logistik für die Lagerhaltung. Die Freiburger Pflegeheime immerhin

überstanden die Pandemie ohne größeren Corona-Ausbruch. Die Hausärzte der Region trugen dazu bei, indem sie Heim-Patenschaften übernahmen und Bewohner intensiv betreuten. Doch nicht überall in Deutschland lief es so gut. Obwohl nur ein Prozent der Bevölkerung in Pflegeheimen lebt, wurde dort die Hälfte aller Covid-19-Toten gezählt. Auch Pflegepersonal war betroffen, viele Heime arbeiteten am Rande ihrer Kapazität. Was ist schiefgelaufen?

**O-Ton 13 - Gabriele Meyer:**

Man dachte ja, wenn man die Heime abschließt, gegenüber der Außenwelt und Besucher rauslässt und alle Zugehenden reduziert, zum Beispiel die Anzahl der Ärzte bei aber gleichzeitig zugehendem Pflegepersonal, dass man die Corona-Infektionen reduzieren kann oder vermeiden kann. Das war offensichtlich ein Trugschluss, denn die Infektionen werden vom Pflegepersonal eingetragen worden sein.

**Sprecherin:**

Gabriele Meyer leitet das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg und ist Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit. Die strengen Besuchsverbote für Angehörige schützten nicht nur nicht vor dem Virus, sie schaden sogar, wie viele Heimleiter in Deutschland beobachten mussten: Manche Bewohnerinnen bekamen Depressionen, andere dachten an Suizid. Demenzerkrankungen haben sich verschlimmert.

**O-Ton 14 - Gabriele Meyer:**

Wir hätten zu Beginn der Pandemie Handlungsspielräume eröffnen müssen in den Einrichtungen, sprich Angehörige ansprechen, dass sie den Bewohner vielleicht möglicherweise über eine Zeit mit nach Hause nehmen, hotelähnliche Arrangements herstellen müssen, dann auch Einzüge von Angehörigen in Pflegeheime erlauben müssen, das heißt viel mehr Flexibilität.

**Sprecherin:**

Wochenlang kämpften verzweifelte Angehörige darum, wieder Zugang zu den Heimen zu bekommen. Anfang Mai beschlossen Bund und Länder, dass die strengen Besuchsverbote in Pflegeheimen gelockert werden sollten. Aber ist das Signal aus der Politik in den Heimen auch angekommen? Gabriele Meyer zum Stand im Spätsommer 2020.

**O-Ton 15 - Gabriele Meyer:**

Es gibt immer noch Einrichtungen, die die Besuche massiv einschränken und zum Teil nicht erlauben oder nur Freiluftkontakte ermöglichen. Das heißt: Wir haben dort immer noch eine nicht nachzuvollziehende Varianz im Handeln und immer noch teilweise haftähnliche Bedingungen für die Pflegeheimbewohner. Das finde ich eine unerträgliche und menschenverachtende Praxis, das muss ich einfach einräumen.

**Sprecherin:**

Wie wichtig die Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten für Pflegebedürftige sind, habe man stark unterschätzt, sagt Gabriele Meyer. Das liege auch daran, dass Pflegewissenschaftlerinnen nicht in den entscheidenden Gremien sitzen.

**O-Ton 16 - Gabriele Meyer:**

Im Ausland, in dem angloamerikanischen Bereich zum Beispiel, sitzt überall eine Nurse oder auch schon in den Niederlanden – wir brauchen gar nicht so weit gehen. Das heißt: Wir haben dort pflegefachliche Expertise in den Entscheidungsgremien. In Deutschland ist es so, dass noch nicht mal, wenn es um Pandemieforschung geht, Pflegewissenschaft hinzu gebeten wird. Das heißt: Es wird nicht wahrgenommen, dass Pflege hier etwas beizusteuern hat, eine Expertise, die andere nicht einfach ersetzen können, und das muss sich ändern.

**Sprecherin:**

Veränderungsbedarf gibt es auch in einem anderen Punkt, Stichwort Pflegenotstand.

**O-Ton 17 - Gabriele Meyer:**

Viel beklagt und häufig diskutiert ist zum Beispiel unsere Überversorgung mit vielen kleinen ineffizienten Krankenhäusern, die alle eben entsprechend Personal vorhalten müssen, und hier gibt es ja vielfältige Vorschläge, auch aus dem Sachverständigenrat Gesundheit, wie eben die Krankenhauslandschaft umgebaut werden muss, um diese Ineffizienzen zu reduzieren und das Personal nicht zu verschleifen. Und wenn wir besser die Krankenhäuser ausgestalten würden, mehr spezifizieren und hochspezifische Leistung an nur bestimmten Orten vorhalten würden, könnten wir natürlich das Personal auch viel effizienter einsetzen. Also dadurch können wir eine andere Umverteilung gestalten und auch Personalressourcen einsparen, die uns jetzt bei diesen doch sehr ineffizienten Strukturen fehlen.

**Sprecherin:**

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat unterdessen eine sogenannte S1-Leitlinie veröffentlicht. Sie macht Vorschläge, wie Heime die Corona-Pandemie in Zukunft besser managen könnten. Für Menschen mit Demenz ist Körperkontakt oft besonders wichtig. Angehörige und Bewohner sollten sich also berühren dürfen, und sei es mit Schutzausrüstung. Großen Wert legen die Autoren der Leitlinie darauf, die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner stärker zu berücksichtigen – für den Fall einer Covid-Infektion, aber auch bei anderen Gesundheitsproblemen.

**O-Ton 18 - Gabriele Meyer:**

Hier haben wir empfohlen, dass man sich sehr frühzeitig darüber verständigt, unter welchen Bedingungen eben eine Krankenhauseinweisung gewünscht ist, und auch im Falle der Infektion, ob nicht möglicherweise alternativ dann die Palliativbegleitung oder die symptomatische Begleitung im Pflegeheim bevorzugt wird.

**Sprecherin:**

Eines betonen die Verfasser der Leitlinie ausdrücklich: Bei Gesprächen mit Bewohnern über ihre persönlichen Behandlungspräferenzen verbiete es sich, Zitat: *Priorisierungsüberlegungen zum Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen* zu thematisieren. Soll heißen: Ein alter, womöglich kranker Mensch darf nicht gedrängt werden, auf eine Behandlung zu verzichten, weil Betten oder Beatmungsgeräte in Kliniken knapp sind. Diese Mahnung wurde mit gutem Grund formuliert. Während der Corona-Pandemie hat die Fachgesellschaft der Intensivmediziner gemeinsam mit anderen eine sogenannte Triage-Empfehlung entwickelt, für den Fall, dass die

Ressourcen nicht ausreichen, um alle Kranken zu behandeln. Diese Empfehlung ist vielfach auf Kritik gestoßen: Sie würde in der Konsequenz den Behandlungsanspruch älterer, kranker oder behinderter Menschen einschränken.

**O-Ton 19 - Sigrid Graumann:**

Der Anlass für die Triage-Empfehlung waren eben die Bilder, die man aus Italien vor allem hatte, also viele Menschen, die auf Intensivstationen waren oder im Krankenhaus waren und die ein Beatmungsgerät gebraucht hätten und die nicht alle versorgt werden konnten.

**Sprecherin:**

Sigrid Graumann ist Mitglied des Deutschen Ethikrats und Ethikprofessorin an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum.

**O-Ton 20 - Sigrid Graumann:**

Was in der Leitlinie gemacht wurde ist, dass Kriterien entwickelt wurden, anhand derer die Erfolgsaussichten für einzelne Patienten abgeschätzt werden sollten. Und bei diesen Erfolgsaussichten, da spielt die Gebrechlichkeit, der Grad der Gebrechlichkeit eine Rolle. Und wenn wir uns jetzt zwei Patienten vorstellen, die um ein Beatmungsgerät konkurrieren, dann würde jemand, der beispielsweise eine Behinderung hat, zurücktreten müssen gegen eine Person, die jetzt, was weiß ich, Mitte 20 und in voller Blüte des Lebens stehen würde.

**Sprecherin:**

Nach dem Grundgesetz ist jedes Leben gleich viel wert – unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder Lebenserwartung. Zwar dürfen und müssen Ärzte in Zeiten von Knappheit abwägen, wie sie einen Patienten behandeln. Aber sie dürfen das nicht tun, indem sie das Leben des einen gegen das des anderen ausspielen.

**O-Ton 21 - Sigrid Graumann:**

Rechtlich haben wir die Situation, dass jeder Patient, der zum Arzt kommt, einen Anspruch hat auf die notwendige Behandlung, die er braucht. Und da gilt erst mal das Prinzip, dass wer kommt muss versorgt werden, natürlich mit den Ressourcen, die zur Verfügung stehen. Was ein Arzt nicht darf bei uns ist, dass wenn er ein freies Bett hat und da kommt ein Patient, dass er sich dann überlegt: Nein, der ist mir zu gebrechlich. Vielleicht kommt in einer halben Stunde ein anderer Patient, dann bekommt der andere Patient das Bett.

**Sprecherin:**

Neun Bürger haben gegen die Triage-Empfehlung Verfassungsbeschwerde eingelegt, weil sie fürchten, bei der Behandlung zurückstehen zu müssen. Es sind zum Beispiel Menschen mit Muskelschwund, die beatmet und rund um die Uhr betreut werden müssen, auch ein Patient mit der Glasknochenkrankheit und ein älterer Mann, der schwer herzkrank ist und Diabetes hat. Das Bundesverfassungsgericht hat im August ihren Eilantrag abgelehnt, weil in Deutschland derzeit kein Therapieengpass zu befürchten ist, wird sich aber zu einem späteren Zeitpunkt mit der Beschwerde befassen. Für Ethikerin Graumann bedeutet die Triage einen Einschnitt.



**O-Ton 22 - Sigrid Graumann:**

Was aber problematisch ist an der Stellungnahme ist, dass wir das erste Mal jetzt ein utilitaristisches Prinzip haben – nämlich die Zahl der geretteten Menschenleben – das für Entscheidungen über begrenzte medizinische Ressourcen herangezogen wird. Das ist meiner Ansicht nach ein Tabubruch. Wir wollen, dass jeder einzelne Patient als Person mit gleicher Würde und gleichen Rechten behandelt wird, und ein utilitaristisches Prinzip würde diesen Ansatz unterminieren.

**Musikakzent****O-Ton 23 - Oliver Kappert:**

Wir haben bis Stand heute 2400 ca. Infektionen gesehen und mit etwa 150-155 Todesfällen zu tun gehabt.

**Sprecherin:**

Oliver Kappert und sein Team vom Gesundheitsamt Freiburg haben die erste Welle der Pandemie mit viel Engagement bewältigt. Doch seit dem Spätsommer steigen die Zahlen wieder an, auch in Freiburg und Umgebung.

**O-Ton 24 - Oliver Kappert:**

Wir haben sehr viel gelernt in dieser Zeit. Trotzdem sind wir jetzt ein bisschen zwischen den Zeiten. Also wir müssen ja irgendwie, solange wir jetzt nicht Impfstoff oder Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung haben, auch das Leben weiterführen können. Und das wird auszutarieren sein von der Politik, mit welchen Maßnahmen wir beschränken können und wollen, und auf der anderen Seite, was die Gesundheitssysteme leisten können.

**Sprecherin:**

Eines jedenfals braucht es nicht, um den Wiederanstieg der Fallzahlen zu bewältigen, sagt Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin:

**O-Ton 25 - Reinhard Busse:**

Die Politiker waren ja, wenn man so auf Mitte März zurückguckt, sehr stark auf diesem Krankenhaustripp, dass sie gesagt haben: Wir brauchen jetzt möglichst viele Betten. Das sieht man hier in Berlin mit diesem Umbau einer Messehalle, was natürlich ziemlicher Unsinn war von vornherein, also wir haben so viele Krankenhausbetten in Deutschland, wir haben ja 500.000 Krankenhausbetten.

**Sprecherin:**

In Berlin glaubte der Senat offenbar, 500.000 seien nicht genug. In einer Messehalle wurde ein provisorisches Krankenhaus eingerichtet, mit mittlerweile gut 800 Betten. Allerdings wurde dort bislang kein einziger Covid-Patient behandelt. Schwer Betroffene könnten dort auch gar nicht versorgt werden, denn dafür braucht es Minimalvoraussetzungen: etwa eine Computertomografie, die eine Milchglaslunge erkennen hilft, ein typisches Symptom der Covid-Infektion. Oder Beatmungsgeräte samt einem kompetenten Team von Spezialisten, die solche Geräte auch bedienen können.

**O-Ton 26 - Reinhard Busse:**

Deswegen wäre es viel besser, die Covid-Patienten gleich in den Krankenhäusern zu bündeln, die Beatmungskapazitäten haben, was eben längst nicht alle Krankenhäuser sind. Das ist sozusagen der theoretische Hintergrund, und der gilt für Covid-Patienten eben genauso, wie wir wissen, dass es für Herzinfarktpatienten gut wäre, wenn die in Krankenhäuser mit einem Herzkatheterlabor gehen, für Krebspatienten, die in ein Krankenhaus mit Krebszentrum gehen und so weiter.

**Sprecherin:**

Ein zentraler Krisenstab hatte unter Federführung der Charité das Konzept SAVE Berlin ausgearbeitet, zu dem das Corona-Behandlungszentrum in der Messehalle gehört. In einem Punkt ist das Konzept vorbildlich.

**O-Ton 27 - Andrea Grebe:**

Da gibt es eine ganz klare Abgrenzung und Aufgabenzuordnung für ganz schwer erkrankte Covid-19-Patientinnen, die eine ganz spezielle Beatmungsform brauchen, man nennt das Ecmo, dass das ausschließlich in der Charité erfolgt. Das nennt man dann Level eins.

**Sprecherin:**

Andrea Grebe ist Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, Deutschlands größtem kommunalen Krankenhaus- und Gesundheitsunternehmen mit Sitz in Berlin. Zudem hat sie an einer Ad-hoc-Stellungnahme der nationalen Akademie Leopoldina zur Corona-Pandemie mitgewirkt.

**O-Ton 28 - Andrea Grebe:**

Level zwei Kliniken – das waren 16 definierte Krankenhäuser in Berlin und von unseren Vivantes-Kliniken waren das fünf, die diesem Level zwei zugeordnet waren, die also auch auf den Intensivstationen Covid-19-Patienten gesteuert behandeln sollen. Und in den Level-drei-Kliniken, dort sollten eher keine Covid-19-Patientinnen und -Patienten auf Intensivstationen behandelt werden.

**Sprecherin:**

Um die Zusammenarbeit der Kliniken zu koordinieren, bekamen die Intensivstationen aller Berliner Level-2-Kliniken ein Telemedizin-Equipment, das zuvor drei Jahre lang in einem Projekt des Innovationsfonds erprobt worden war. Eine Form von Digitalisierung, wie sie auch die Leopoldina in ihrer Stellungnahme fordert.

**O-Ton 29 - Andrea Grebe:**

Dort gab's dann eben täglich Konferenzen mit den Expertinnen und Experten in der Charité, wo dann eben die Ärztinnen und Ärzte diskutiert haben: Sollte der Patient jetzt in die nächst höhere Versorgungsstufe verlegt werden? Anhand eben auch von Analysen und Parametern auf der Intensivstation, wie hoch ist die Sauerstoffsättigung – also alles das, was da an den vielen Daten zusammenläuft.

**Sprecherin:**

Für die Patienten hat diese Art der Steuerung gleich mehrere Vorteile: Zumindest zu Beginn der Pandemie war es für Nicht-Covid-Patienten riskant, in Krankenhäuser

aufgenommen zu werden, in denen auch Infizierte behandelt wurden. Zudem sind schwer Erkrankte in spezialisierten Zentren am besten aufgehoben.

### ***Musikakzent***

#### **Sprecherin:**

Was sich während der Corona-Pandemie bewährt hat, wäre für das gesamte Gesundheitssystem wünschenswert. Was nützt es etwa einem Herzinfarktpatienten, wenn er schnell ins nächstgelegene Krankenhaus gebracht wird, es dort aber keinen Herzkatheter gibt?

#### **O-Ton 30 - Reinhard Busse:**

Wir wären besser beraten, hätten wir weniger Krankenhäuser, weniger Betten, aber die Krankenhäuser würden alle etwa über Herzkatheter verfügen, würden alle über eine Schlaganfall-Einheit verfügen. Und natürlich müsste das Personal, was wir derzeit breit verteilen auf die vielen Krankenhäuser, also Pflegepersonal, die Ärzte müssten erhalten bleiben, würden sich auf weniger Krankenhäuser konzentrieren. Und es wäre dann pro Bett, pro Patient eben deutlich mehr Personal vorhanden. Und das würde helfen, dass die Patienten eben qualitativ besser behandelt werden würden.

#### **Sprecherin:**

Die Diskussion um die Krankenhausstrukturreform ist seit längerem im Gang. Viele Politiker in den Regionen sträuben sich dagegen, weil sie fürchten, dass ausgerechnet das Krankenhaus ihrer Kleinstadt schließen soll. Bewohner ländlicher Gegenden fürchten, dass die Wege in die Klinik länger werden.

#### **O-Ton 31 - Reinhard Busse:**

Ja, das Krankenhaus ist dann etwas weiter weg, aber dafür ist es eben so, wenn ich dahin komme, habe ich sofort einen Facharzt und die Diagnostik, die Therapie geht sofort los. Heute ist es ja so, was viele nicht wissen, wenn sie in kleines Krankenhaus gehen, hat das nicht nur keinen Herzkatheter, sondern wenn Sie dann nachts hingehen, sind da auch keine Fachärzte. Und die Fachärzte haben laut Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss 30 Minuten ins Krankenhaus zu kommen, also die Ärzte brauchen ja länger um ins Krankenhaus zu kommen als die Patienten. Und der Patient denkt, wenn er die Tür des Krankenhauses erreicht hat, wird ihm geholfen.

#### **Sprecherin:**

Wie in einem Brennglas zeigt die Corona-Pandemie Schwächen, aber auch Stärken unseres Gesundheitssystems, und wer weiß: Vielleicht hat die Krise am Ende auch etwas Gutes, weil sie Veränderungen anschiebt, die überfällig sind. Der Bundestag hat Mitte September das Krankenhauszukunftsgesetz beschlossen, Bund und Länder werden mehr als vier Milliarden Euro in moderne Notfalleinrichtungen und Digitalisierung investieren.

### ***Musikakzent***

**Sprecherin:**

Vorerst aber wartet eine andere Herausforderung. Wie ist Deutschland für die wieder steigenden Fallzahlen im Herbst und Winter gerüstet? Oliver Kappert, der Leiter des Gesundheitsamts Freiburg, sieht vorsichtig optimistisch in die Zukunft.

**O-Ton 32 - Oliver Kappert:**

Ich hatte am Anfang der Pandemie so das Bild bemüht: Wir müssen irgendwo über ein tiefes Tal und bauen eigentlich die Brücke, während wir über dieses Tal laufen und wir legen immer die nächsten Schritte so voran, und den Rest werden wir springen müssen. Und das werden wir jetzt auch wieder genauso tun.

**O-Ton 33 - Ferdinand Gerlach:**

Wir haben exzellente Kliniken, in denen Patienten bestmöglich versorgt werden können, gerade in den spezialisierten Kliniken, Maximalversorger, in Unikliniken.

**Sprecherin:**

Ferdinand Gerlach, der Vorsitzende des Sachverständigenrats Gesundheit.

**O-Ton 34 - Ferdinand Gerlach:**

Wir haben ein sehr gutes ambulantes System, das ganz viel abfangen kann. Im Augenblick werden über 90 Prozent der Infizierten rein ambulant behandelt, und das ist auch gut so. Wir wissen inzwischen sehr genau, dass wir genügend Kapazitäten haben, also Intensivplätze, Beatmungsplätze etc. Da haben wir eine Transparenz, die wir am Anfang gar nicht hatten, das wissen wir jetzt sehr genau. Von daher gehe ich davon aus, dass wir, selbst wenn die Zahlen jetzt steigen werden im Herbst und Winter, dass wir da insgesamt gut durchkommen.

**Sprecherin:**

Noch etwas ist dem Allgemeinmediziner wichtig, bei aller Kritik am Management der Krise, die auch er öffentlich geübt hat.

**O-Ton 35 - Ferdinand Gerlach:**

Also ich bin froh, dass ich diese Pandemie in Deutschland durchleben darf, wenn ich mir die Verhältnisse in Italien oder in Frankreich und in Spanien angucke. Da hat die Bevölkerung wesentlich mehr zu leiden. Da haben Sie gesehen, dass die Strukturen nicht so gut vorbereitet waren auf diesen Ausbruch wie bei uns. Insgesamt haben wir das relativ gut hingekriegt. Man kann immer drüber diskutieren, ob bestimmte Maßnahmen jetzt wirklich nötig waren, ob man es nicht besser machen kann. Da gibt es eine ganze Menge, was wir noch lernen werden, aber unterm Strich sind wir hier auf einem relativ guten Weg

**Sprecherin:**

Jeder einzelne kann dazu beitragen, indem er sich an Hygiene- und Abstandregeln hält. Aber erst wenn eine effektive Impfung entwickelt wird, kann die Ausbreitung des Virus wohl endgültig eingedämmt werden.

\* \* \* \* \*