

Dr. Michael Ziemons, Aachen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)368(8)
gel ESV zur öffentl Anh am
31.08.2021 - Aufbauhilfegesetz
31.08.2021

Aachen, den 30.08.2021

Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 31.08.2021 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens „Aufbauhilfe 2021“ und zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht wegen Starkregenfällen und Hochwassern im Juli 2021 sowie zur Änderung weiterer Gesetze (Aufbauhilfegesetz 2021 – AufbhG 2021) - BT-Drs. 19/32039

Hier: zu Artikel 12 und 13 (§ 28a des Infektionsschutzgesetzes und Einschränkung von Grundrechten)“

Als zur Anhörung geladener Einzelsachverständiger bedanke ich mich für die Einladung und nehme wie folgt Stellung:

Zwei Gründe waren für die bislang ergriffenen Maßnahmen maßgeblich: zum einen sollte die Überlastung der Gesundheitsämter vermieden werden, zum anderen die Überlastung des Gesundheitswesens, hier besonders der Krankenhäuser.

Entwicklung der Arbeit der Gesundheitsämter

Die Fallinzidenz war in Bezug auf die Überlastung der Gesundheitsämter schon immer eine volatile Größe. So löst ein Indexfall im Lockdown deutlich weniger Telefonate aus als derzeit: gelten weitreichende Schutzbeschränkungen, sind es oft nur 2-5 Kontaktpersonen, die nach einem Indexfall (also nach der Meldung und Kontaktierung einer infizierten Person) anzurufen und in Quarantäne zu schicken sowie täglich zwecks Symptommonitoring zu kontaktieren waren. Ohne weitreichende Schutzmaßnahmen steigt die Anzahl der zu kontaktierenden Personen schnell, derzeit werden etwa 15-20 Kontaktpersonen ersten Grades kontaktiert. Allerdings hat sich der Aufwand massiv geändert: viele Kontaktpersonen sind heute geimpft, werden also nicht in Quarantäne geschickt und müssen nachfolgend auch nicht weiter betreut werden. Durch die zunehmende Digitalisierung hat sich die Arbeit der Gesundheitsämter zusätzlich erleichtert. Eine Entlastung der Gesundheitsämter erreicht man derzeit vor allem über eine dringend notwendige Änderung der Quarantäneregeln in Kindergärten und Schulen.

Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser

Die Belastung der Krankenhäuser stellt sich derzeit in der vierten Welle vollkommen anders dar als noch in den ersten drei Wellen. Betrachtet man die zweite und dritte Welle hinsichtlich des Verhältnisses von aktiven Fällen, also an COVID-19 erkrankten Personen, und der Anzahl der Intensivbetten, die mit COVID-19-Fällen belegt sind, so lässt sich bereits jetzt ansatzweise eine Entkoppelung zwischen Fallinzidenz und Hospitalisierungsrate erkennen. Für eine endgültige Aussage,

ob es noch eine Koppelung der Werte gibt und wie diese aussieht, ist es allerdings noch zu früh, auch die Datenlage ist noch zu gering.

Aktuell (31.08.2021) beträgt die Anzahl der aktiven Fälle in der StädteRegion Aachen 1001 infizierte Personen, auf den Intensivstationen werden 18 Personen behandelt, die an COVID-19 erkrankt sind. Vergleichbare Werte gab es am 12.01.21 mit 1028 aktiven Fällen, damals wurden 42 Personen an COVID-19 auf den Intensivstationen der StädteRegion behandelt, am 24.05.21 waren es bei 1055 aktiven Fällen 49 Personen auf der Intensivstation. Zu beachten ist bei diesen Zahlen allerdings, dass sie nicht nach dem Wohnort aufgeschlüsselt sind. Betrachtet man aktuell die Zahl der auf der Intensivstation behandelten Fälle nach dem Wohnort, sind die Zahlen für Aachen noch geringer.

Auch auf den Intensivstationen der Stadt Köln zeigt sich ein ähnliches Bild. Am 27.08.2020 betrug die Inzidenzrate in Köln knapp 17, auf den Intensivstationen wurden damals elf Patienten an COVID-19 behandelt. Ein Jahr später, am 27.08.2021, betrug die Inzidenz 149 und die Anzahl der behandelten Fälle lag bei 41. Bei gleichem Inzidenzwert in Köln am 6.4.2021 (damals 144) lag die Anzahl der Intensivpatienten mit 91 mehr als doppelt so hoch. Ein gleiches Bild ergibt sich in Köln bei den Allgemeinstationen: bei einem Inzidenzwert von 144 am 6.4.2021 betrug sie dort 250, bei dem Wert von 149 am 27.8.2021 betrug sie 106.

Natürlich ist die Situation nicht 1:1 übertragbar: im Moment liegen vor allem ungeimpfte Personen auf den Intensivstationen, geimpfte nur dann, wenn es eine Immunsuppression gibt (z.B. nach Transplantation, Autoimmunerkrankung oder aufgrund von Medikamenten) oder es sich um hochaltrige Menschen handelt. Während die Schutzimpfung und Kontaktreduzierende Maßnahmen die Hospitalisierungsrate also positiv beeinflussen können, haben die Delta-Variante mit ihrer höheren Ansteckungsfähigkeit, Impfdurchbrüche bei Immungeschwächten und eine hohe „Beifangquote“ die Hospitalisierungsrate erhöht, also einen negativen Einfluss gehabt.

Diese „Beifangquote“ wird derzeit in den wöchentlichen Runden der Krankenhäuser der StädteRegion intensiv diskutiert. Mit einer hohen Inzidenz steigt auch die Rate der Personen, die wegen anderer Gründe in ein Krankenhaus eingeliefert werden, bei denen dann aber bei der Aufnahme auch COVID-19 festgestellt wird. So lag die Inzidenz bei 5-9jährigen Kindern in der StädteRegion Aachen am 25.08.2020 bei 444, bei 10-14jährigen bei 507. Seitdem werden Kinder im Krankenhaus mit COVID-19 geführt, allerdings z.B. mit einem gebrochenen Bein, Blinddarmentzündung o.ä. als eigentlichem Behandlungsgrund. Auf der Neonatologie finden wir COVID-19-Erkrankungen bei Neonaten (sog. „Frühchen“), die natürlich nicht aufgrund dieser Erkrankung auf der Intensivstation liegen.

Ich rege daher an, die Formulierung in Absatz 3 wie folgt zu ändern: „Wesentlicher Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen ist insbesondere die Anzahl der aufgrund einer Erkrankung an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) stationär zur Behandlung aufgenommenen Patienten, je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen.“

Regionalität der Entwicklung

Die StädteRegion hat zehn Krankenhäuser, darunter ein Maximalversorger, der über ECMO-Betten verfügt. Das führt dazu, dass in der StädteRegion immer wieder in relevanter Zahl Menschen behandelt werden, die hier keinen Wohnort haben. Es ist daher folgerichtig, dass Maßnahmen abhängig gemacht werden von dem Wohnort der in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen.

Krankenhäuser versorgen derzeit nicht nur Covid-19 Patienten, sondern holen auch weiter aufgeschobene Operationen aus den ersten beiden Wellen nach oder führen ihr Elektivgeschäft durch. Bei begrenzten Ressourcen, gerade in der StädteRegion mit einem durch das Hochwasserereignis weggefallenen Krankenhaus spürbar, wird eine Hospitalisierungsrate von Covid-Patienten letztlich auch von regional unterschiedlichen Situationen abhängen, d.h. wie schnell jemand eingewiesen wird, kann regional unterschiedlich sein.

Dazu werden regionale Absprachen getroffen, die die Verlegung der Patientinnen und Patienten und eine gegenseitige Entlastung der Häuser (z.B. bei Abmeldung im Meldesystem IG NRW) betreffen. Im Regierungsbezirk Köln gibt es beispielsweise ein eigenes Kleeblattkonzept (vgl. hierzu: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Kleeblattkonzept.html). Solche regionalen Systeme werden immer unterschiedlich sein, weswegen eine Zuständigkeit der Länder und eine Möglichkeit der Länder, diese Zuständigkeit zu übertragen, eine richtige Vorgehensweise darstellt.

Die Hospitalisierungsrate als zeitnahe Meldeverpflichtung wird die Krankenhäuser zusätzlich belasten. Daher sollte diese Meldeverpflichtung möglichst analog zu regional existierenden Melderegistern wie z.B. IG NRW an die Landesämter für Gesundheit erfolgen.

Für die kommunalen Krisenstäbe ist es wichtig, rechtzeitig agieren und Maßnahmen frühzeitig ergreifen zu können. Deshalb ist die Betrachtung alleine der Belegung der Intensivstationen ein zu später Faktor. Die Fallinzidenz der Neuinfektionen zu betrachten ist regional weiter sinnvoll, da sie der früheste Wert ist, den wir haben; solange wir keine klare Koppelung haben zwischen Fallinzidenz und Intensivquote definieren können, hierzu fehlen einfach wie dargestellt ausreichend Daten, ist die Hospitalisierungsquote ein guter Faktor, zumal wir feststellen, dass bei schweren Verläufen eine Hospitalisierung mittlerweile oft sehr schnell erfolgt, so dass derzeit die Hospitalisierungsquote der Fallinzidenz nicht mehr so stark „hinterherläuft“, wie das noch bei dem Wildtyp des Virus der Fall war.

Aachen, den 30.08.2021

Gez. Dr. Michael Ziemons