

Interview Isabell **Daniel (Ö24)** mit Infektiologe Richard **Greil**, Landeslinik Salzburg,
08.11.2021

Transkript von M.P und F.W.

Daniel: Die 7-Tages-Inzidenz in Österreich hat mittlerweile einen Rekordwert von über 600 erreicht, allein in Salzburg sind es über 900, und das tut sich erwartbar auch in den Spitälern auswirken. Einer, der seit Wochen gewarnt hat, auch vor der Situation in Salzburg, ist Professor Greil von der Landeslinik in Salzburg und ich freue mich ihn per Skype-Schaltung und aus Salzburg begrüßen zu können. Guten Abend Herr Professor.

Greil: Ebenfalls Guten Abend.

Daniel: Sie haben ja wirklich - ich hab Sie verfolgt in den letzten Wochen - immer wieder gewarnt, also rechtzeitig eigentlich gewarnt, wie schaut denn jetzt die Situation in den Spitälern in Salzburg aus?

Greil: Es ist eine dramatische Situation, die wir haben, das ist gar keine Frage. Wir haben in den letzten zehn Tagen alle drei Tage eine neue Covid-Normalstation - unter Anführungszeichen - eröffnet. Wir haben in der Hospitalisierung eine Anstiegssteilheit, also in der Aufnahmezahl der Patienten pro Tag, die einer Hauswand entspricht, also das geht senkrecht nach oben. Wir haben mit Zeitversetzung jetzt auch eine massive Zunahme der Intensivpflichtigkeit.

Ich versuche das vielleicht ganz kurz zu schildern: Wir müssen davon ausgehen, dass es einen massiven Bettenmangel nicht nur in Salzburg aufgrund des Pflegemangels gibt, sondern in ganz Österreich gibt, unabhängig davon, ob der jetzt artikuliert wird. Sie müssen sich vorstellen, wir haben bis zum Jahr 2030 hunderttausend Pflegepersonen in Österreich, die fehlen, dann fehlen die mit Sicherheit nicht nur in Salzburg, sondern überall. Das heißt, Sie haben unter Umständen eine unterschiedliche Diskussionsbereitschaft darüber, wie hoch der Bettenbedarf ist, denn wir bräuchten schon für die Normalversorgung - unter Anführungszeichen - die wir so schon unter Schwierigkeiten hinbekommen würden und jetzt kommt obendrauf Covid. Also wir haben beispielsweise nur im Landeskrankenhaus Salzburg 148 Betten gesperrt, auch ohne Covid, ja, die wir normalerweise für die Versorgung schwerster und schwer Kranker brauchen, und das ist in den anderen Krankenanstalten nicht anders. Das heißt, es gibt auch keine Austauschmöglichkeit. Wenn man sich das anschaut, wie viel wir verkraften können im Hinblick auf eine zusätzliche Covid-Versorgung unter massivster Einschränkung anderer Betten, dann liegt das - und andere schwerkranker internistischer Patienten - dann liegt das im Größenbereich von etwa 30 Betten. Hören Sie mich?

Daniel: Ja.

Greil: Aha, ich sehe Sie nämlich nicht mehr. Jetzt seh ich Sie. Wir sind jetzt, allein im LKH, bei einem, bei einer Anzahl heute von knapp 70 bzw über 70 Betten, die mit Covid-Patienten belegt sind. Wir nehmen jeden Tag und Nacht etwa zehn Patienten zusätzlich auf, und die wir müssen praktisch alle drei Tage andere Bettenstationen, die wir dringendst brauchen, leer machen. Und es ist klar, dass das

massiven Kollateralschaden auslösen wird.

Damit Sie vielleicht eine Zahl haben:

Wir haben maximal im Bundesland Salzburg im November 2020 knapp über 200 Patienten, 202, 203 Patienten, als Höchststand mit Covid-Patienten gehabt. Wir haben die Hälfte davon vor einigen Tagen erreicht und sind erst in der Anstiegssteilheit der Covid-Pandemie. Wir haben heute im Bereich der Intensivstationen für das ganze Bundesland, wenn ich das richtig sehe, 25 Intensiv-Betten belegt und das Maximum, das wir im vorigen Jahr hatten, war 32 Betten, das heißt, wir sind in einer extrem schwierigen Situation. Wir müssen annehmen, dass die Inzidenzen signifikant weiter steigen. Die Projektionen sagen ja 15.000 bis 20.000 pro Tag und die jetzt gesetzten Maßnahmen sind nicht in einem Ereignishorizont, wo man die Dämpfung ausreichend erwarten kann auf den jetzt erfolgenden Ansturm Schwerstkranker.

Daniel: Bevor wir auf diese Maßnahmen kommen und wie wichtig eigentlich der Zeitpunkt ist, wann man Maßnahmen setzt: In der Morgen-Meldung der Bundesländer steht drinnen, dass es in Salzburg nur noch zwei verfügbare Covid-Intensivbetten geben würde und nur noch 26 auf den Normalstationen. Da wir erst beim Beginn der Welle sind, Sie haben eigentlich die Kapazitätsgrenze bereits erreicht, oder?

Greil: Also wir haben dieses 26 verfügbaren Betten in Wirklichkeit auch im Normalstationsbereich nicht, weil noch einmal: Das ist eine Kannibalisierung all jener, die wir ja normalerweise aufnehmen müssen, mit schweren Krebserkrankungen, mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. und auch für allgemeine innere Medizin mit anderen Infektionskrankheiten und wir haben diese Betten definitiv nicht. Das heißt, wir müssen sie mit etwas freischaufeln, mit einer leeren rechten Hosentasche die leere linke Hosentasche freischaufeln, um das so plakativ auszudrücken. Und selbstverständlicherweise hat uns das jetzt auch im Intensivbettenbereich vollkommen getroffen und es ist klar, dass wir mit dem Rücken zur Wand diesbezüglich stehen.

Bin froh, dass (unverständlich) man schon artikuliert (unverständlich)

Es ist mit Sicherheit so, dass unsere jungen Ärzte nicht mehr wissen und Angst haben, was geschieht, wenn sie kein freies Bett mehr haben, in dem sie einen Patienten aufnehmen müssten. Ich mein', das ist einfach die Realität.

Daniel: Das heißt aber, damit es die Leute ganz klar verstehen: Mittlerweile sind wir in einer Situation, wo es ein Schaden für alle Patienten ist. Weil viele verstehen diesen Zusammenhang nicht und glauben, es geht immer nur um Covid. Es geht in Wirklichkeit um jeden Schlaganfall-Patienten, Herzinfarkt, Krebserkrankten oder Unfallopfer. Versteh ich Sie richtig?

Greil: Da verstehen Sie mich vollkommen richtig und genau so ist der Sachverhalt und deshalb muss man auch ganz klar sagen, dass die Unterscheidung zwischen Covid- und non-Covid-Patienten unangemessen ist, und zwar aus mehreren Gründen:

Das erste ist, die Medizin kennt keine Schuld. Ja, also, die ärztliche Versorgung muss völlig unabhängig davon sein, ob jemand zu seinem Krankheitszustand etwas beigetragen hat

oder nicht und viele der Wortmeldungen, die wir in den letzten Wochen gehört haben, kann man als reine Katastrophe bezeichnen im Hinblick auf ethisches, medizinisches und soziales Verständnis, und es ist besonders erstaunlich, von wem alle diese Meldungen gekommen sind.

Das zweite ist natürlich: Sind das alles kommunizierende Gefäße mit den Restriktionen, die wir haben, und jedes Bett, das wir für einen Covid-Patienten brauchen, müssen wir jemandem anderen - unter Anführungszeichen - wegnehmen und beide haben den gleichen, die gleiche Versorgungsberechtigung, das ist völlig klar.

Und es ist evident, vielleicht um das noch einmal zu sagen: Die Situation war voraussehbar schon zu dem Zeitpunkt im Juni, Juli, eigentlich, Juni, wo man eine Restriktionsaufhebung durchgeführt hat für die Kontakt-Maßnahmen. Zum damaligen Zeitpunkt konnte man sich ausrechnen, anhand der vorgegebenen Impfrate, die für Österreich erwartet war, von ungefähr 60 % - können wir extra darüber reden, ob, warum die so niedrig angesiedelt worden war - plus der Zahl der durchgemachten Infektionen, für die Sie einen Schutz annehmen müssen, plus letzten Endes dem Nachlassen der Impfwirkung, auch das war zum damaligen Zeitpunkt bekannt, und dann kommen Sie auf einen Anteil der alleine im Bundesland Salzburg etwa 300.000 Menschen als Reservoir für eine Neuinfektion darstellt, und das können Sie jetzt hochrechnen:

Wenn Salzburg 5 % der Einwohner hat rechnen Sie das hoch für ganz Österreich, das ist ein riesiger Pool, der mindestens eine Welle wie in der vierten, äh in der zweiten Welle ergeben kann. Unabhängig davon, dass man sich das selber ausrechnen kann, hat das European Centre for Disease Control im Juni festgestellt, für alle europäischen Staaten einzeln und damit auch für Österreich einzeln, dass eine vierte Welle sehr wahrscheinlich ist und das sie in der Lage ist, das österreichische Gesundheitssystem zu überkommen und zur Erschütterung zu bringen. Das gleiche haben zum damaligen Zeitpunkt die Direktoren des National Health System in Großbritannien geschlossen, und das ist deswegen wichtig zu wissen, weil Großbritannien zum damaligen Zeitpunkt die höchste Impfrate in Europa hatte und trotzdem und entgegen der politischen Entscheidungen haben diese NHS-Direktoren das festgestellt. Und so ist es auch 100 Tage nach dem, nach dem freedom day in Großbritannien gekommen und so kommt es im Moment in Dänemark. Es fehlt hier einfach die, ein grundsätzliches Verständnis.

Ich würde Ihnen das gerne an einem Beispiel schildern, wenn ich das darf: Covid-19 ist eine eine schwere Erkrankung im bildlichen Sinne der Gesamtgesellschaft. Das können Sie nicht trennen, in dessen... in dessen Zentrum das Gesundheitsproblem steht, mit allen Auswirkungen auf die sozialen Aspekte, auf die Polarisierung, auf die ökonomischen Aspekte, was immer Sie haben wollen. Und in der Medizin ist vollkommen klar, wenn Sie nicht die Ursache behandeln, werden Sie auch alle anderen Aspekte nicht unter Kontrolle bekommen. Das Zweite ist: Es ist eine schwere gesellschaftliche Erkrankung und in einer schweren... einer schweren Erkrankung beginnt man mit der wirksamstmöglichen Maßnahme und nicht mit einer Aneinanderreihung von homöopathischen Dosen. Alleine deswegen, weil die Wartezeit darauf, ob die wirksamste Therapie überhaupt wirkt, schon dazu führen kann, dass Sie den richtigen Zeitpunkt übersehen, um eine alternative Maßnahme einzuführen.

Und man muss auch ganz klar sagen: Wir haben das ja auch vorausschaubar bei der zweiten Welle erlebt und haben dann gesehen, dass durch dieses langsame Hintereinanderreihen von Maßnahmen nicht nur die Zahlen explodiert sind, sondern die Bereitschaft der Bevölkerung nicht mehr da war, dann den dritten Lockdown sozusagen auch haben zu wollen. Und das ist ganz klar, Menschen wollen Effektivität sehen und das ist der größte Heilungsfaktor auch gegenüber der Polarisierung, das ist der Erfolg, und der Erfolg muss sich möglichst schnell einstellen, dann sind auch alle Kollateralschäden am geringsten. Und wir sind jetzt in einer Situation, wo man annehmen muss, dass die getroffenen Maßnahmen, die ja absolut richtig sind, definitiv zu spät sind, die Durchimpfung, kann man annehmen, dass vielleicht Ende Dezember eine Wirkung entfaltet, aber das ist alles nicht mehr relevant für das, was wir im Moment sehen.

Daniel: Jetzt wurden offensichtlich die Fehler vom Sommer 2020 im Sommer 2021 wiederholt, also wir wissen es, die Masken und zu spät reagieren, aber Sie sagen es ja, wir haben jetzt zwar richtige Maßnahmen, aber die kommen zu spät. Was bräuchten wir jetzt, damit man einen wirklichen Kollaps im Gesundheitssystem verhindert?

Greil: Ja, ich denke dass der Gesundheitsminister maximal gefragt ist. Und ich sage das ganz bewusst auf eine Person bezogen, und zwar nicht, weil ich etwas gegen den Gesundheitsminister hätte - um Himmels Willen, aber eine verantwortungsvolle... ein verantwortungsvolles ärztliches Handeln in schwierigen Situationen legt ganz klar, dass dieser Arzt letzten Endes die ethische, die fachliche und die juristische Endverantwortung hat. Nun erwartet man und kann man nicht erwarten von einem Politiker, dass er eine juristische Endverantwortung hat. Dafür gibt es viele gute Gründe, warum das nicht so sein kann, aber selbstverständlicherweise muss es am ganz am Ende jemanden geben, der die Endverantwortung hat und die muss man einer Person festgemacht werden. Wenn Sie eine weitere Kollektivierung der Verantwortung sehen, dann disseminiert die Verantwortlichkeit so stark, dass nicht mehr festmachbar ist, wen Sie eigentlich adressieren sollen.

Und es ist in meinen Augen klar, dass die Dezentralisierung der Entscheidungen - die ist richtig in der Ebbe der Pandemie, also dann wenn Sie mit Contact Tracing arbeiten müssen, wenn Sie lokale Maßnahmen wirkungsvoll einsetzen können, dann ist diese Dezentralisierung mit Sicherheit richtig, weil Sie hier an die lokalen Bedürfnisse adaptieren können. In dem Moment, wo die Pandemie alles überschritten hat, das heißt, das Tracing nicht mehr funktioniert, und in einer derartigen Entwicklung ist sie jetzt, brauchen Sie massive zentrale Maßnahmen. Und diese Maßnahmen müssen Sie orientieren am schwächsten Glied und nicht am stärksten Glied, das heißt, dort wo, das Problem am größten ist, und das müssen Sie flächendeckend tun.

Und aus meiner Sicht ist folgendes notwendig: Es braucht mit Sicherheit akut massive Kontakt beschränkende Maßnahmen, wie immer man die benennen mag, aber ich denke der Gesundheitsminister sollte klarstellen, welche Parameter er jetzt eigentlich beobachtet um weiterführende massivere Restriktionen einzuführen, die uns im Gesundheitssystem noch helfen können. Und da braucht es ein tägliches Monitoring, und ich würde Ihnen, und auch eine tägliche Stellungnahme und es müssen endlich die Parameter genannt werden, die wichtig sind.

Ich sage das noch einmal: Das eine ist, es muss eine Vorstellung davon geben, wie der Pflegemangel und freie Betten sind, und ab welchem Zeitpunkt von Belastung durch COVID schwere kollaterale Schäden entstehen. Das sehen Sie nirgendwo dargestellt.

Das ist für die Kommunikation der Bevölkerung gegenüber für ihr Verständnis wichtig, und es ist wichtig gegenüber Ärzten und Pflägern in den Krankenanstalten, weil die ja sehen müssen, wo und wann dann irgendwann ein erfolgversprechendes... eine erfolgversprechende Maßnahme gesetzt wird, denn sonst macht sich überall Belanglosigkeit, Gleichgültigkeit, Frustration breit, und das können wir nicht brauchen im Gesundheitssystem. Wir brauchen jetzt sehr viele Kräfte, die ohnedies erschöpft sind, und es braucht sehr sehr viel mehr Klarheit.

Lassen Sie mich vielleicht auch etwas zur Kommunikation sagen, wenn ich das darf: Wenn Sie einen schwererkrankten Menschen haben, dann haben wir selbstverständlicherweise normalerweise eine sehr hohe Aufklärungspflicht. Und das ist wichtig, weil wir Menschen nicht Dinge versprechen dürfen, die wir nicht einhalten können. Und wir müssen ihnen im Vorhinein sagen, antizipativ vorausschauend, was kommen kann. Das ist bei schweren chronischen Erkrankungen und bei stark (unverständlich... vierenden) Erkrankungen so, in denen diese Notwendigkeit gegeben ist. Das können Sie nicht machen, indem Sie die Beendigung einer Welle erklären zu einem Zeitpunkt, wo man weiß, dass diese Welle mit Sicherheit wieder kommt. Das ermüdet die Menschen und das macht in einem hohen Ausmaß einen Verlust von Vertrauen. In schwierigen Situationen ist die Kohärenz, die Kontinuität der Kommunikation, und zwar die wahrheitsgebundene Kommunikation, das verstehen Menschen in noch viel, viel schwierigeren Situationen, aber man muss ihnen die Wahrheit sagen.

Das Zweite ist natürlich... Bitte... entschuldigen Sie.

Daniel: Nein. Reden Sie zu Ende, sie wollten noch einen zweiten Punkt sagen.

Greil: Es ist ja vollkommen klar, dass wir die, dass wir eine Reihe von Maßnahmen haben, die in einer Weise modifiziert worden sind, die unverständlich sind. Es ist mir unverständlich, warum man die FFP2-Masken-Pflicht nicht kontinuierlich aufrecht erhalten hat. Das ist weder ein besonderes, eine besondere Belastung für die Menschen, noch ist es eine besondere Einschränkung des Lebens in der Öffentlichkeit oder des wirtschaftlichen Lebens. Es ist aber hochgradig effizient, insbesondere auch in der Frühphase und, das ist ein ganz wesentlicher Problempunkt, der übersehen wird. Es gibt sehr gute Untersuchungen über die FFP2-Masken aus New York und einem anderen Bundesstaat in den Vereinigten Staaten, und die haben die Frühphase und die Spätphase von Covid-Inzidenzen verglichen und es ist völlig evident, dass der wirksamste Zeitpunkt für die FFP2-Masken die Frühphase der Infektion ist. Und damit landen wir immer wieder beim gleichen Thema.

Daniel: Ja, aber das heißt, wenn ich Sie richtig verstehe, müsste man jetzt eigentlich einen Lockdown machen, wie immer man den benennt.

Greil:

Das ist ein so belegter Begriff, dass ... von dem man hundertmal erklärt hat, dass er sozusagen nicht mehr kommen darf. Ich formuliere das anders:

Der Gesundheitsminister wird erklären müssen, wann er das tatsächlich Notwendige zu tun gedenkt, ja? Was sind die Kennzahlen dafür? Und wie sie das dann nennen, ist eine andere Frage, aber in meinen Augen - bis die jetzt gesetzten Maßnahmen, die richtig sind, wirken, braucht es zusätzlich dazu andere Maßnahmen, die perakut Wirkung entfalten, sonst ist das nicht sichtbar, wie wir das meistern können sollen.

Daniel: Wenn ich Sie richtig verstehe, sind Sie auch der Meinung, dass die Situation die wir derzeit in Salzburg sehen und vor der unmittelbar auch Oberösterreich steht, die sind, die haben vielleicht noch fünf, sechs Tage, um in eine ähnliche Situation zu kommen, in Wirklichkeit ganz Österreich betreffen werden?

Greil: Schauen Sie, es ist schwierig über einige Grundvoraussetzungen zu reden, die extrem wichtig sind, weil die Zahlen dafür nicht bekanntgegeben werden. Wir kennen nicht den Pflegemangel und den.. die Schließung von normalen Betten - unter Anführungszeichen - in anderen Bundesländern im Verhältnis zu der Gesamtversorgungsnotwendigkeit. Das ist aber eine ganz wesentliche Aussage darüber, wie hoch die Kompensationsfähigkeit des Systems ist. Dafür gibt es gar keine Zahlen, die belastbar wären, daher kann die Situation sehr unterschiedlich sein, aber klar ist, bei dieser Inzidenz, die wir im Moment haben, befinden wir uns sowohl bei den Durchbruchinfektionen als auch bei den Infektionen der nicht Geimpften in einem Bereich, der, der von Tag zu Tag sich so entwickelt, dass er mit einer erhöhten Impfung von einigen 1000 Menschen pro Tag in keinsten Weise kompensierbar ist.

Daniel: Sie haben vorher Israel angesprochen. Da hatte man ja im Juli schon gesehen und Israel hat ja auch die Studien sehr transparent veröffentlicht und allen EU-Gesundheitsministern auch weitergegeben, dass eben die Impfwirkung, also der Impfschutz nachlässt, nach... nach rund fünf Monaten. Sie hatten schon im Sommer gefordert, man sollte mit den Booster-Impfungen, also mit dem dritten Stich für Ältere, für Risikogruppen, rasch aufs Tempo drücken. Wenn wir das jetzt machen würden, so wie Israel es im August gemacht hat, und generalstabsmäßig wirklich massenhaft dritte Stiche setzen würden, könnte man da was einfangen?

Greil (17:44): Also zunächst einmal ist völlig klar, dass Israel die Dinge weitgehend richtig macht, weil sie eine perakute Reaktion haben und weil sie sehr unkonventionell sind und das Notwendige treffen... die notwendigen Entscheidungen treffen, unabhängig davon, was der Rest der Welt dazu sagt. Das ist der erste wesentliche Punkt. Und das unterstütze ich im vollen Ausmaß. Man muss auch kalkulierte Risiken kennen und darf sich nicht immer nur an Zulassungsindikationen halten. Wir haben alle einen gesunden medizinischen Hausverstand, um Dinge beurteilen zu können und an das muss man sich auch halten. Das hängt sicherlich auch damit zusammen, dass Israel bereit ist - unter Anfangszeiten - staatlich mögliche Kontrollschäden... oder Schäden die auftreten zu finanzieren. Darin liegt ja der Unterschied zwischen einem emergency approval und einem accelerated approval, das ist allgemein ist ein bisschen schwierig zu erklären, aber da ist der entscheidende Punkt wer haftet. In Israel, und das würde ich auch für Österreich perakut vorschlagen, es ist sicherlich notwendig, dass man auch für die Geimpften den grünen Pass deutlich in der Wirkdauer reduziert, das heißt auf sechs Monate.

Das Zweite ist sicherlich, dass die sonst von mir sehr geschätzte Impf-Kommission in Österreich in meinen Augen viel zu vorsichtig gewesen ist, das kann ich schwer

nachvollziehen. Jetzt ist man bei vier Monate in einigen Patienten, das muss vier Monate sein, oder besser gesagt: Der schnellstmögliche Zeitpunkt, unabhängig davon, wie lange der Zeitabstand ist. Das ist in meinen Augen klar.

Der dritte Punkt ist: Wer ist neben dem Planungs- und Koordinationssystem in Österreich dafür das operative System? Also ich vermisse, dass bekannt gegeben wird, wie man sich die Ausrollung dieser Impfung vorstellt und was die was die Milestones dafür sind. Und das kann man nicht nur damit machen, indem man irgendwo Impfbusse abstellt, sondern das muss man in einer militärischen Form planen die in meinen Augen in Österreich das Rote Kreuz kann, selbstverständlicher Weise das Militär kann, in einem relevanten Ausmaß auch die Krankenanstalten können, weil sie sehr sehr kurz in der Lage sind, in Friedens-Zeiten - unter Anführungszeichen - umzustellen, in der jetzigen Zeit könnten wir das gar nicht mehr übernehmen, weil wir das Personal dafür nicht haben. Aber man kann das nicht dem Zufall überlassen, also man würde einfach ganz gerne sehen: Was plant die Regierung, in welchem... in wie vielen Tagen wie viele Menschen geimpft sein sollen und wie soll das erreicht werden? Also es braucht einfach eine Bekanntgabe eines Fahrplans, den jeder einfordern kann, an dem jeder kontrollieren kann, ob die timelines eingehalten werden und es braucht auch eine Hinterlegung - es gibt ja eine Reihe sehr exzellenter österreichischer Mathematiker - es braucht eine Hinterlegung, wie wirksam die einzelne Maßnahme, ist um Glaubwürdigkeit zu erreichen. Und alles das, oder auch des Zeitraums, über den das auftritt, und das alles vermisse ich intensiv und das lässt die behandelnden Ärzte und Pfleger in den Krankenanstalten natürlich in einer völligen "black box" zurück.

Daniel: Ich würd' gern zu dem Punkt zurückkehren, den sie am Anfang gesagt haben: Mit junge ärzte die... die eigentlich Angst haben, dass sie entscheiden müssen, für wen es noch ein Bett gibt. Wie lebt man damit? Ich nehme an, dass das auch für ältere Ärzte, für jüngere natürlich besonders, schlimm ist, aber ich höre auch immer wieder vom Pflegepersonal, das wirklich am Ende mit den Nerven ist, auch.

Greil: Also es ist sicher so, dass wir als... als die letzten Endes für die einzelnen Abteilungen zuständigen Primärärzte die unmittelbare Verantwortung dafür haben, das ist ganz klar, aber man muss sich auch vor Augen halten, und das möchte ich schon ganz klar sagen, dass die rechtliche Verantwortung dafür, dass Patienten adäquate Hilfe bekommen, ganz am Schluss immer beim handelnden Arzt liegt, und zwar unabhängig davon, ob es die vorhandene Struktur dafür gibt, ja. Das muss man ganz klar feststellen, dass heißt das gehört "bottom up" inzwischen gemacht und nicht in die umgekehrte Richtung. Der Erschöpfungsfaktor ist sehr hoch, sowohl auf der Pflegeseite als auch da, auf der Ärzteseite. Es ist natürlich so, wenn Sie so viele Zugriffe auf Strukturen brauchen, die in Wirklichkeit für andere Aufgaben da sind, wenn Sie sehr viele Springer haben, die jeden Tag auf drei verschiedenen Stationen in der Versorgung sein müssen, dann leidet nicht nur in Wirklichkeit die Qualität enorm, sondern auch die Identifikation, und das erhöht natürlich auch die Friktionen innerhalb der Krankenanstalten, wie man sich gut vorstellen kann. Also, ich denke, dass jetzt wirklich der Gesundheitsminister gefragt ist. Ich möchte noch etwas dazu sagen: Man sollte nicht glauben, dass wenn Covid überwunden ist, was hoffentlich in absehbarer Zeit irgendwann geschehen wird, dass wir dann an den Problemen vorbei sind, die wir haben. Die Covid-Versorgung hat im letzten Jahr noch weniger Probleme gebracht, obwohl sie auch an der Grenze war, als das heurige Jahr, und wir werden auch nach dem abklingen noch tiefgreifende Verminderungen der Pflege-Kapazität und auch der Ärzte-Kapazität sehen, die über längere Zeit bei der Pflege 4, 5 und mehr Jahre erhalten

bleibt, bei den Ärzten überhaupt erst in der Intensität kommen wird, und auch länger anhalten wird, weil die Ausbildungszeiten viel länger sind. Das sind dramatische Veränderungen, und die... die Vorstellung, dass wir am Ende der Krise sind, ist ein Irrtum. Wir sind am Beginn der gesundheitspolitischen Krise und es ist daher extrem notwendig, die richtigen Maßnahmen zu setzen, und die liegen nicht in der Schaffung neuer Intensivbetten-Kapazitäten, die wir ohnedies nicht besetzen könnten.

Daniel: Ich möcht' zum Abschluss nur noch einmal auf die Impfungen kommen, weil Sie wissen auch: Salzburg ist leider mit der zweitniedrigsten Impfquote in Österreich, und Österreich hat ja generell eine niedrige Impfquote. In welcher Situation wären wir bei so einem Fallgeschehen, wenn es gar keine Impfungen gäbe?

Greil: Ich kann Ihnen das schildern, weil ich im März 2020 das grob kalkuliert habe, und damals angenommen habe, dass das, was in Deutschland von der Frau Merkel die Berechnungsgrundlage, war und auch von Epidemiologen in Hongkong und in London, die angenommen haben, dass 60 % der Bevölkerung infiziert werden würden. Ich habe diese Rechnung sofort aufgegeben, weil die Daten derartig monströs sind, dass sie außerhalb jeder Vorstellungskraft sind, was dann passieren würde, und habe mit einer 10 % Durchimpfungsrate gerechnet. Und da wären wir immer noch in einer Gegend gelegen, die Bergamo entspricht und wir hätten ein Behelfsspital mit fast 800 Betten gebraucht zu diesem Zeitpunkt. Das ist einfach die... die exponentielle Wachstumsrate, die entsteht. Also, die Impfung ist mit Sicherheit sehr wirksam, sie wirkt kürzer als gehofft und sie wirkt selbst verständlicherweise nicht bei allen Menschen gleich, auch das war von vornherein zu erwarten. Es ist nichts besonderes, das ist eine Kommunikations-Frage. Selbstverständlich, das ist das Instrument, das wir haben, es wird auch neue Medikamente geben, diese neuen Medikamente sind in Österreich weit weg von der Anwendbarkeit. Um auch dieses Beispiel zu erwähnen: Israel kauft diese Medikamente per sofort ein und wartet nicht mehr länger mit einem spezial-Kontrakt und man wird sich in Österreich auch sehr gut überlegen müssen, wie man Innovationen tatsächlich in der Geschwindigkeit schafft, die erforderlich ist.

Daniel: Gut, Herr Professor Greil, dann bedanke ich mich herzlich für das Gespräch. Alles Gute nach Salzburg!

Greil: Dankeschön!

Daniel: Danke.

Greil: Wiedersehen