

## Pflicht zur Impfung? Pflicht zu Fakten!

WISSENSCHAFT UND VERANTWORTLICHKEIT universität innsbruck MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

... aus der Sicht einer Klinikerin

**Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker**  
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin  
Medizinische Universität Innsbruck

### Vortrag

Donnerstag, 9. Dezember 2021, 17:00 Uhr  
[ONLINE via zoom](#) (Meeting ID: 883 0910 1401, Passcode: 291878)

### Gedanken einer Intensivmedizinerin (seit ca. 20 Jahren) ...

**Wenn wir über's Impfen reden,**  
muss ich als **Klinikerin**  
über **Überlastung des Gesundheitssystems**  
und über **medizinische Versorgung** unter **Triage**-Bedingungen reden,  
denn **ungeimpfte Menschen**  
**verursachen** derzeit hauptsächlich  
diese **Überlastungssituation** auf unseren **Intensivstationen**  
Wenn **alle ungeimpften COVID-ICU-PatientInnen geimpft** wären,  
würden die meisten **da nicht liegen** ...

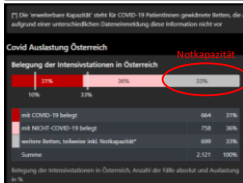
### Gedanken einer Intensivmedizinerin (seit ca. 20 Jahren) ...

- Unsere Teams **pfeifen aus dem letzten Loch** vor **körperlicher/emotionaler Erschöpfung**  
medizinisches Personal; ÄrztInnen/Pflegepersonen durch fast 2 Jahre unglaublich **belastende Arbeitsbedingungen**
- **Überlastung / „Rationierung“ medizinischer Leistung ...** bewirkt, dass medizinische Versorgung **schlechter** wird **für ALLE** (nicht mehr jeder bekommt, was er medizinisch bräuchte), **nicht nur für COVID-PatientInnen**

# Medizinische FACTS

Hospitalisierungen - AGES Dashboard COVID19 vom 6.12.2021

Österreich hat ca. 2100 ICU-Betten)



**>33% Anteil COVID-19-Belag an Gesamtkapazität = systemkritische Auslastungsgrenze**

Bei einer **Überschreitung des Schwellenwertes von 33%** wird davon ausgegangen, dass die **COVID-19-Patient:innen** in deutliche **Konkurrenz mit anderen intensivpflichtigen Patient:innen** treten.  
(Quelle: Manual Corona-Kommission, Stand 15.10.2021)

Die **Notkapazität** ermöglicht im Ausnahmefall, dass **mehr Patient:innen** intensivmedizinisch betreut werden können, **als im Normalfall** (z.B. ohne saisonalen Ereignissen wie Grippe- oder COVID-19-Wellen) möglich wäre.  
→ **Verschlechterung der gewohnten Spitalsversorgung**

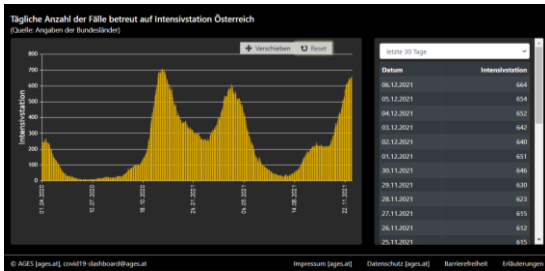
Bereits bei einer **Auslastung der Intensivbetten von >10%** mit COVID-19-Patient:innen kann es notwendig sein, **elektive Eingriffe** zu verschieben

**Normale ICU-AUSLASTUNG bei 85-95%**

Hospitalisierungen - AGES Dashboard COVID19 vom 6.12.2021

Bundesland	mit COVID-19 belegt	mit NICHT-COVID-19 belegt	weitere Betten, teilweise teilw. Notkapazität*	Summe
Burgenland	31%	41%	28%	100%
Kärnten	34%	44%	22%	100%
Niederösterreich	33%	41%	26%	100%
Oberösterreich	38%	32%	30%	100%
Salzburg	31%	37%	32%	100%
Steiermark	29%	43%	28%	100%
Tirol	37%	40%	23%	100%
Vorarlberg	43%	26%	31%	100%
Wien	23%	43%	34%	100%
<b>Österreich</b>	<b>31%</b>	<b>36%</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>

Alle Bundesländer an der **kritischen Grenze** zur ...  
**Priorisierung TRIAGE / Triage light**



## Klinische Facts

### Priorisierung / Triage

Wir sortieren/sichten,  
**wer bekommt welche med. Behandlung**  
 unter **Ressourcenknappheit**  
 Räumlich, Materiell, Zeitlich, **Personell**

→ Dh. wir haben **nicht** mehr – wie sonst immer –  
**genug Ressourcen**, um alle adäquat zu versorgen  
 → Pat. mit **bester Überlebenschance**  
 (Outcome-Prognose) bekommt Ressource!

### Triage ... Notfallmedizin

... Das kennen wir als Notärztinnen  
 rel. gut ...

**Neu ist TRIAGE**  
 aufgrund einer Infektions-KH  
**COVID -19**

### → „Triage light“ ... haben wir schon...

- **verschobene elektive Op's:**
    - z.B. elektiver Koronariker/Bauchortenaneurysma etc..., der dann doch an einem Herzinfarkt, geplatztem Aneurysma in der **Wartezeit stirbt**
    - **Tu-Pat**, der später operiert wird und **schlechteres Outcome** hat, da Tu-Progression + Metastasierung fortschreitet bis zur OP
  - **Transfer von Pat in Bereiche** (Aufwachbereiche, Observationsstationen, kleinere Krankenhäuser, CONTAINER) mit **weniger Ausstattung, Expertise & Know how** (Beatmung mit CPAP, Therapie des beginnenden MODS)
  - **ICU-Betten-Reservierung** für COVID-Pat.
    - längere **Wartezeiten** für andere Pat. &
    - oft **nicht korrekte Priorisierung** (schlechte COVID vs. bessere andere)
- Wir **verlieren** unseren **Handlungsspielraum**  
 normale ICU-Auslastung zwischen 85-95% (**COVID-Pat kommen zusätzlich !**)

**Harte TRIAGE** („Rationieren“)

- **Massenanfall** von PatientInnen und **Ressourcenknappheit**  
 Leidet **Qualität**: Entscheidungen unter **Zeitdruck/ Stress / zu wenig Information**  
 Leidet **Quantität**: **nicht alle** bekommen das, was sie bräuchten (**Rationierung**)
- Ziel: Möglichst **viele Menschen sollen überleben**
- Die mit der **besten Überlebenswahrscheinlichkeit** werden **prioritär** behandelt, bekommen Ressource (**Keine Individualmedizin** mehr!)
- **Scores** (ADL/Frailty/SOFA) dienen als **harte Entscheidungsgrundlage**, um nicht alleine nach dem **Alter** zu entscheiden  
 → Triage muss offiziell von KH Leitung **ausgerufen** werden, da sich die Qualität der Medizin für den Einzelnen maximal verschlechtert !!!

**Notfallmäßige Triage**

- wird mit der **Zeit besser**
- Pat werden abtransportiert und werden **weniger**
- **Kurzfristige, zeitlich begrenzte Belastung**

**Corona – Triage**

- bedeutet **schlechtere Medizin für Alle**
- **„Es hört nicht auf“** ... es kommen jeden Tag neue schlechte Pat. nach
- **... komplett neue Situation**

**Alter als alleiniges Triage Kriterium**  
 unter **katastrophenmedizinischen Bedingungen**

**„Alter als alleiniges Triage Kriterium“**

**Alter** wird immer wieder als **alleiniges Triage-Kriterium** unter **katastrophenmedizinischen** Bedingungen berichtet (Bergamo). Alter alleine zur Prognoseeinschätzung zu verwenden verletzt das verfassungsrechtlich verankerte **Diskriminierungsverbot**, weil ältere Menschen dann **„weniger wert“** wären als junge Menschen. Das **Gerechtigkeitsprinzip** bemühdend kann aber präsumiert werden, dass **steigendes Alter einschränkend auf die Überlebenswahrscheinlichkeit** wirkt, weil ältere Menschen häufiger **gebrechlich** sind und/oder an **Co-Morbiditäten** leiden.

Bei einem Massenanfall schwerst Erkrankter muss Alter daher im Falle **großen Triagedrucks** im Rahmen **kurzfristiger Prognosestellung** als **Risikofaktor für Sterblichkeit** berücksichtigt werden (z.B. **Alter > 85a bei SARS-CoV-2**).  
Auszug aus unserer ÖGARI SOP

Die derzeitige **andauernde Überlastungssituation** ist max. **körperliche und emotionale Belastung** für **medizinisches Personal** Pflegepersonen und ÄrztInnen

**Bilder**

Zurück von der Triage  
 zum **IMPFFEN**  
 aus der Sicht einer **Klinkikerin**

**IMPFFEN ...**

**VORTEILE:**

- **Man schützt sich selbst (Freiheitsgewinn)**
  - Dh. man kann durchaus **krank** werden, aber **nicht so schwer**
  - **geimpfte ICU-Patientinnen** haben meist **schwere Vorerkrankungen**
- **Man schützt andere (Solidarität)**
  - **Ansteckungsgefahr** durch Tröpfchen-Weitergabe **geringer**, aber nicht = 0 !!
  - D.h. man kann als geimpfte Person **weiterhin andere anstecken** und **Maskenpflicht** bei **engem Kontakt** und in **Innenräumen** ist **unabhängig** notwendig
- **Schutz vor Long-COVID** als Folge auch einer nur **leichten Erkrankung!**

**NACHTEILE:**

**Impfreaktion**  
 Schmerzen /Neurologie an der Einstichstelle

- Fieber
- Grippeähnliche Symptome
- Muskelschmerzen
- Leistungsabfall
- Müdigkeit/Erschöpfung
- Nebenwirkungen dauern u.U. mehrere Wochen an

→ mind. 2-3 Tage (evtl. Wochen) Ruhe geben nach Impfung  
 → Impf-NW gehen meist wieder weg /alles ist gut

**ALLES BESSER ALS LONG-COVID**  
 Das dauert bis zu **1 Jahr** und kann schwerste **ernsthafte** und **bleibende Schäden** verursachen (**Neurologie, Leistungsschwäche, Herzinsuffizienz, eingeschränkte Lungenfunktion, Nierenfunktion, etc...**)

Viele der Menschen, die derzeit schwerst krank auf unseren Intensivstationen liegen, würden dort **nicht liegen**, wären sie **geimpft**...

- **Ungeimpfte Menschen** tragen wesentlich
  - ...zur **Überlastung** unserer Intensivstationen bei
  - ...zur **Belastung** des medizinischen Personals bei
  - ...dazu bei, dass **ALLE Menschen schlechter versorgt** sind (Triage light → **harte Triage**, wenn's nicht bald umdreht !)
- Die vermeintliche „**Freiheit**“ der **Ungeimpften** macht auch mein **Team kaputt** und bringt meine MitarbeiterInnen an den **Rand der Belastbarkeit** und ins **Burnout**
- **Diese Arbeitsbedingungen** sind **nicht aushaltbar** über so eine lange Zeit

**Impfen ist nicht nur eine Frage der persönlichen Freiheit !**

Immanuel Kant über die **Freiheit** ...

**Die Freiheit des Einen hört an der Freiheit des anderen auf ...**

„Freiheit“ sich **nicht impfen** zu lassen und dann aber doch das „**volle Service**“ einer **Solidargesellschaft** in **Anspruch** zu nehmen, ist zumindest **fragwürdig / unsolidarisch** ...

Man **gefährdet** nicht nur sich, sondern **viele andere**:

- **Medizinisches Personal**  
(Ansteckung, Erschöpfung/Burnout)
- **Steckt andere an**  
(Geimpfte und v.a. Menschen, die sich nicht impfen lassen können)

• Viele Menschen verlieren sinnlos Ihre Lebensgrundlage

**Unvernunft in der Medizin ?**

Es gibt **viele „unvernünftige“** Pat., die wir regelmäßig auf unseren ICU's betreuen ...

- Schwere **Alkoholiker** mit seiner Leberzirrhose / Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Schwere **Übergewichtige** mit DMII, Wundheilungsstörung, Gelenkproblemen etc..
- Schwere **Raucher** mit COPD/Lungen-CA
- **Extremsportler**, die sich (und manchmal andere!?) gefährden
  - Paragleiterin
  - Reiterin
  - Taucherin
  - Kletterin
  - Tourenschifahrerin ...etc...

Es gibt einen **grundlegenden Unterschied** zu **COVID-Impfverweigerern** ... diese **gefährden nicht nur sich selbst** (länger und schwerer krank), sondern auch **andere** massiv ...

- **med Personal** (Ansteckung, Burnout)
- **andere Menschen**, geimpfte und v.a. die sich nicht impfen lassen können (med. Gründe etc..)
- **Gemeinwohl** durch **Überlastung des Systems** mit seinen **komplexen gesellschaftlichen Folgen**

**DAHER MEIN APPELL an Sie ALLE:**

**Unterstützen Sie uns** (medizinisches Personal) und **schützen Sie uns** und unser Gesundheitssystem **vor Überlastung** indem Sie sich **Impfen lassen** und **Werbung fürs Impfen** machen ...

Als **Klinikerin** bin ich der festen Überzeugung: Nur eine **hohe Durchimpfungsrate** wird uns auf Dauer aus dieser Situation herausbringen

Spannender Lesestoff...

Lassen Sie uns **aufräumen** mit den Märchen der **ImpfgegnerInnen** und **VerschwörungstheoretikerInnen** ...

**Das Phänomen Verschwörungstheorien in Zeiten der COVID-19-Pandemie**

[2632.pdf \(bmi.gv.at\)](#)

- ...
- **CORONA Impfung macht unfruchtbar**
- **Impfstoff gegen das Coronavirus enthält Metall oder gar einen Mikrochip**
- **Das Coronavirus existiert gar nicht, aber die Regierung scharf Panik, um unsere Grundrechte einzuschränken**
- **Bill Gates steckt hinter der "Pandemie", um einen globalen Impfwang durchzusetzen und so die Weltbevölkerung zu dezimieren**
- **"Antikörpertests sind ein Komplott, um unsere DNA zu sammeln" oder**
- **Das Coronavirus ist eine Bio-Waffe, die von China entwickelt wurde, um den Westen zu zerstören**,
- **Der tatsächliche Grund für den Lockdown liegt darin, eine Massenüberwachung durchzusetzen**.
- **uvm...**

**Handlungsleitfaden für ÄrztInnen an der Front ...**  
 und was **zum Lesen** für ALLE...

**Triage – Entscheidungshilfe der ARGE Ethik der ÖGARI / KEKO Innsbruck**

**Ausführliches Papier**  
**Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie**  
 Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen

**ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Checkliste**  
**ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Österr. Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin**  
<https://www.oegari.at/aktuelles.php>  
**Allokation = Verteilung knapper Ressourcen**

**Triage – Entscheidungshilfe der ARGE Ethik der ÖGARI / FASIM**

**Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie**  
 Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen

**ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Checkliste: ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Österr. Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin**  
<https://www.oegari.at/aktuelles.php>  
**Allokation = Verteilung knapper Ressourcen**

**Triage – Entscheidungshilfe der ARGE Ethik der ÖGARI / FASIM**

**Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie**  
 Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen

**ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Checkliste: ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel**  
 aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

**Österr. Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin**  
<https://www.oegari.at/aktuelles.php>  
**Allokation = Verteilung knapper Ressourcen**

Danke für Ihre Aufmerksamkeit  
 ... ich freue mich auf eine spannende Diskussion