

Droht Triage an deutschen Kliniken?

Prof. Dr. Gernot Marx, Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) berichtet über die Lage auf den Intensivstationen

VON ELISABETH HUSSENDÖRFER, 16.11.2021



Prof. Gernot Marx ist Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care des Aachener Universitätsklinikums, sowie Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

© DIVI/Daniel Carreño

Herr Professor Marx, die vierte Corona Welle rollt und wieder ist die Situation an den Krankenhäusern angespannt. Ist die Versorgung der Bevölkerung in Gefahr?

Die Lage ist im Moment regional recht unterschiedlich. In Nordrhein-Westfalen ist es vergleichsweise ruhig, in Bayern, Thüringen, Sachsen oder auch in Berlin ist es, wie Sie sagen: angespannt. In der Charité beispielsweise sind alle planbaren Operationen abgesagt worden. Das kann im Einzelfall gravierende Folgen haben.

Nämlich?

Stellen Sie sich vor, bei Ihnen steht für den nächsten Tag eine Herz-OP an, sämtliche Voruntersuchungen sind gelaufen, seit Wochen oder gar Monaten steuert alles auf diesen Moment hin. Und dann heißt es plötzlich, der Eingriff muss verschoben werden. Das bedeutet für den Betroffenen nicht nur unvorstellbaren Stress, es beeinflusst möglicherweise auch die Therapie. Eine Herz-OP macht man nicht einfach so und im schlimmsten Fall schreitet die Erkrankung wegen des Aufschubs voran. Doch selbst, wenn die Verzögerung sich nur terminlich auswirkt und wenn durch die aktuellen Verschiebungen vermutlich kein Mensch in Deutschland in eine lebensgefährliche Situation kommen wird: Man will so was weder als Patient noch als behandelnder Arzt haben.

Ist die jetzige Situation mit der vom letzten Jahr vergleichbar?

Derzeit haben wir rund 22000 betriebsbereite Intensivbetten in Deutschland. Damals waren es 26000 Betten. Belegt waren immer gut 20000 Betten, damals wie heute. Die Zahl ist also ähnlich hoch und doch ist die Situation kaum zu vergleichen. Der Grund ist, dass Prognosen viel schwieriger sind als damals.

Warum ist das so?

Aus zwei Gründen. Zunächst: Die Delta-Variante ist deutlich ansteckender als der damals noch vorherrschende Wildtyp. Und: Mit Delta waren wir bisher noch nicht in der kalten Jahreszeit konfrontiert, wo die Menschen sich mehr drinnen aufhalten und es leichter zu Übertragungen kommt. Da fehlt es uns zur epidemiologischen Bewertung also schlicht an Erfahrung. Dazu kommt, dass wir leider nicht wissen, wie unser derzeit größtes Sorgenkind sich weiter verhalten wird: Die Impfgegnerschaft. Tatsächlich wäre die Impfquote als Steuerungsinstrument der Pandemie ab dem Sommer gut beeinflussbar gewesen. Aber die Impfkampagne war in Deutschland nicht so erfolgreich, dass wir eine Quote weit über 80 Prozent erreichen konnten – und das stellt uns jetzt, vor allem in den Kliniken, vor große Herausforderungen. Herausforderungen, von denen andere Länder weit entfernt sind, um das mal klar zu sagen. Wenn wir eine völlige Überlastung des Systems vermeiden wollen, bleibt nur eines: Die Impfquote der Gesamtbevölkerung muss ganz schnell aufgehen, um mindestens zehn Prozentpunkte. Von der Frage, ob das gelingt, wird dieser Corona-Winter maßgeblich abhängen.

Nicht von der Booster-Impfung?

Die ist natürlich auch ein Thema und die Haltung der DIVI ist hier klar: Wir begrüßen das Boostern für alle. Viele Daten belegen die Wirksamkeit der Drittimpfung und in Israel zeigt sich eindrücklich, wie die vierte Welle mithilfe des Boosters abgeflacht werden konnte. Man kann nur hoffen, dass die entsprechenden Informationen bei den Menschen ankommen. Wer 60 oder älter ist sollte die Spritze so schnell wie möglich bekommen. Und spätestens sechs Monate nach der zweiten Impfung jeder andere auch. Dass Impfzentren geschlossen wurden und jetzt wieder neu Strukturen geschaffen werden müssen, macht vor diesem Hintergrund einigermaßen fassungslos. Genauso, wenn man jetzt hört, dass Impfwillige stundenlang vor Impfbussen und ähnlichem warten müssen. Tempo beim Impfen sieht definitiv anders aus. Diesbezüglich machen mir die Drittimpfungen übrigens vergleichsweise wenig Sorge. Der Booster wirkt schnell, bereits nach etwa zehn Tagen hat sich ein guter Immunschutz aufgebaut. Anders sieht es bei Menschen aus, die in diesen Tagen zum ersten Mal immunisiert werden. Die zweite Spritze folgt im Abstand von sechs Wochen. Plus rund zwei weitere Wochen, bis der Immunschutz voll da ist – macht insgesamt zwei Monate. Für den Idealfall einer Impfung, die jetzt, heute, also umgehend verabreicht wird, wohlgermerkt.

Wenn jemand heute zum ersten Mal geimpft wird, wirkt sich das erst Mitte Januar entlastend auf die Situation in den Krankenhäusern aus, meinen Sie?

Ganz genau! Eine lange Zeit, in der der exponentielle Anstieg der Infektionen ungebremst weitergeht. Wie bei einem ICE, bei dem ich jetzt die Notbremse ziehe und der erst ein paar Kilometer später zum Stehen kommt.

Ist es denn ein denkbares Szenario, dass planbare Operationen bald an allen deutschen Krankenhäusern verschoben werden müssen?

Leider ja, das ist zu erwarten. Anders wird der Klinikalltag realistisch nicht zu bewerkstelligen sein.

Und womit ist noch zu rechnen? Wie wird vorgegangen, wenn ein Krankenhaus keine Kapazitäten mehr hat, Patienten aufzunehmen?

Diese Situation kennen wir ja bereits aus der letzten Welle, als es teilweise Verlegungen in andere Häuser oder sogar in andere Bundesländer gab – nach dem so genannten Kleeblattkonzept. Auch darauf sind die Krankenhäuser jetzt wieder eingestellt.

Hätte man nicht anders vorsorgen können? Vor einem deutlichen Anstieg der Infektionszahlen in der kälteren Jahreszeit ist oft gewarnt worden.

Das ist richtig und es ist an vielen Stellen auch immer wieder sehr klar kommuniziert worden, dass es nicht reicht, allein auf die Anzahl der verfügbaren Betten zu schauen. Der Pflegekräftemangel, der uns jetzt übrigens die besagten 4000 Betten weniger im Vergleich zum Vorjahr beschert, beschäftigt uns bei der DIVI schon lange. Nicht erst seit Covid sind viele Pflegekräfte so erschöpft, dass sie in andere Arbeitsbereiche abwandern oder kündigen. Die Pandemie hat diese Entwicklung nun mit Sicherheit nochmal verstärkt. Sechs oder sieben Stunden am Stück mit FFP2-Maske und Handschuhen in Ganzkörperschutzkleidung Patienten wenden und Patienten absaugen, das ist einfach unglaublich anstrengend. Vergessen wir nicht: Auch für professionelle Kräfte ist das eine neue Situation. Wo man vor der Pandemie mal einen isolierten Patienten versorgt hat, ist das jetzt Dauerzustand. Dass es vor allem ungeimpfte Patienten sind, die versorgt werden müssen, belastet zusätzlich. Fakt ist: Ein Großteil derer, die da im Moment beatmet werden, hat keine Vorerkrankungen, viele der Patienten sind vergleichsweise jung und wurden, wie es so schön heißt, mitten aus dem Leben gerissen. Das ist alles so unnötig – diesen Satz höre ich derzeit oft...

Aber müssten Pflegekräfte mit sowas nicht eigentlich umgehen können? Auch den Motorradunfall mag manch einer unnötig nennen.

Wissen Sie, was ich glaube? Wenn es möglich wäre, das Motorradfahren mit einer Maßnahme wie einer Impfung sicher zu machen, würden sich Motorradfahrer um die Spritze reißen. Das Risiko der Impfung gegen Covid-19 steht in keinem Verhältnis zu den möglichen Folgen einer Infektion mit dem Virus. Und ich höre, sehe und fühle tagtäglich, was diese Tatsache mit Intensivpflegerinnen und -pflegern macht, die aus einem Mix an körperlicher und mentaler Belastung an Grenzen kommen. Und schlimmstenfalls wie gesagt gehen.

Können die Lücken denn durch Neueinstellungen geschlossen werden?

Die Ausbildung einer Intensivpflegekraft dauert mehrere Jahre. Wo sollen die Leute plötzlich herkommen? Wir müssen die Beschäftigten halten, das ist alternativlos. Finanzielle Anreize wären wichtig und mindestens genauso: Wertschätzung. Das vielzitierte „Care for the Carer“. Anfang März haben wir dem Pflegebeauftragten der Bundesregierung hierzu einen Maßnahmenkatalog mit sehr konkreten Vorschlägen unterbreitet. Leider sind die Vorschläge völlig verpufft. Die Folgen fehlenden politischen Handelns, sowohl in Sachen Impfkampagne als auch beim Thema Pflege, werden in diesen Tagen überdeutlich. Die Situation an Deutschlands Krankenhäusern spiegelt dies derzeit wider.

Wenn weder über die Stellschraube Immunisierung Ungeimpfter noch über die Stellschraube Pflege rasch positive Veränderungen zu erwarten sind: Könnte es in den nächsten Wochen und Monaten im schlimmsten Fall zu Szenarien wie im Frühjahr 2020 im italienischen Bergamo kommen?

Eine solche Situation halte ich für Deutschland mittlerweile für ausgeschlossen. Unser Gesundheitssystem ist insgesamt gut aufgestellt, auch für eine Krisensituation wie die, die wir gerade erleben. Gut heißt nicht optimal, besser geht immer. Aber verglichen mit anderen Gesundheitssystemen haben wir viele Betten, gut ausgestattete Häuser, sehr gut funktionierende Rettungskräfte, zum Glück immer noch viele hochprofessionelle Teams.

In Bergamo kam die so genannte Triage zum Einsatz...

Ja, Ärzte mussten anhand bestimmter festgelegter Kriterien entscheiden, wer behandelt wird und wer nicht. Bei zwei Kranken und wenn nur ein Beatmungsgerät zur Verfügung steht, kann so etwas notwendig werden. Eine fürchterliche Vorstellung für wohl jeden Mediziner.

Wäre es beispielsweise denkbar, dass dann ein geimpfter Infarktpatient mit einem ungeimpften Corona-Patienten um die Behandlung konkurriert?

Theoretisch ja und natürlich würde dann nicht auf den Impfstatus geschaut, sondern darauf, wer die besseren Überlebenschancen hat, medizinisch: Das bessere Outcome. Es gilt das Prinzip der Gleichbehandlung. Unsere Gesellschaft hat sich auf diesen Grundsatz verständigt und er ist richtig. Im Falle einer notwendigen Priorisierung bliebe dieser Grundsatz im Kern bestehen: Jeder Mensch hat die gleichen Ausgangschancen, behandelt zu werden. Wer fitter und kräftiger erscheint als der andere und eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, zu überleben, der würde in der Situation von mehreren Medizinern nach Punkten bewertet und für die Behandlung ausgewählt. Unsere Sektion Ethik hat sich mit der Thematik intensiv auseinandergesetzt und ein entsprechendes Paper erstellt. Aber nochmal: Ich sehe nicht, dass wir in Deutschland in eine solche Situation kommen werden.

Was lässt Sie so sicher sein, dass besagtes Papier in der Schublade bleiben wird?

Deutschland verfügt zusätzlich zu derzeit etwa 22.000 betriebsfähigen Intensivbetten über knapp 10.000 Intensivbetten, die im Notfall innerhalb von sieben Tagen aktiviert werden können. Das sind Betten, die derzeit anders genutzt werden oder in den Kliniken in Lagern und Nebenräumen untergebracht sind – oder eben derzeit wegen Personalmangel gesperrt. Um die Notfallreserve zu aktivieren rotiert die Klinik komplett in den Notfallmodus – und es werden sämtliche planbaren OPs abgesagt. Das setzt Personal vor allem aus den OPs frei für die Intensivstationen.

Es geht also vor allem um die Aktivierung weiterer Pflegekräfte?

Das ist das absolute Nadelöhr! In der Regel versorgt eine Intensivpflegekraft zwei Patienten. Im Krankenhausalltag gibt es aber immer wieder die Situation X plus eins, auch ohne COVID. Etwa, wenn bei einem Verkehrsunfall mehr Verletzte eingeliefert werden als Betten da sind. Die Intensivmedizin verfügt hier über zahlreiche strukturelle Möglichkeiten. Zum Beispiel bei der Verlegung von der Intensiv- auf die Normalstation oder andersrum. Hier kann es auch Zwischenstationen geben, ohne dass die Qualität der Versorgung leidet. Ich erlebe diese Flexibilität des Systems Krankenhaus seit vielen Jahren und allein das lässt mich darauf vertrauen, dass unser Gesundheitswesen auch dieses zweite Mal mit der pandemischen Herausforderung zurechtkommen wird. Vorausgesetzt, beim Impfen wird jetzt richtig Gas gegeben. Aber etwas anderes kann und will ich mir im Moment beim besten Willen einfach nicht vorstellen!