



Stark nachgefragte Klinikausstattung in Zeiten von Corona: Intensivbetten für die Behandlung von COVID-19-Patienten. © BERND WÜSTNECK/DPA

Erste staatliche Reaktionen – Exportverbote etwa für Schutzkleidung und Masken – waren ähnlich irrational wie das Horten von Klopapier. Es wird Wochen, wenn nicht gar Monate dauern, bis der Bedarf an Sachausstattung befriedigt werden kann – und es ist zu befürchten, dass die Cleveren und die mit den dicksten Geldbeuteln gewinnen werden. Und beispielsweise Kliniken in Italien, die die größte Not leiden, das Nachsehen haben.

Immense Erwartungen

Personalressourcen: Die Arbeitsbedingungen, speziell in Kranken- und Altenpflege, sind seit Jahren Dauerthema und spätestens seit dieser Legislaturperiode Nummer 1 auf der Agenda des Bundesgesundheitsministers. Nun stehen Ärzte und Pflegekräfte vor der Erwartung der Gesellschaft, dass sie die zu erwartende große Zahl an COVID-19-Patienten behandeln und versorgen werden – begleitet mit dem Risiko, sich selbst zu infizieren. Tatsache ist: Mit gegebenen Strukturen und Ressourcen wird das nicht zu leisten sein.

Jede Krise ist aber auch Herausforderung und Chance. Viele Ärzte scheinen diese Herausforderung angenommen zu haben: Bereits vor Wochen haben Medizinstudenten ihre Bereitschaft signalisiert, sich in der Krankenversorgung zu engagieren. Ärztekammern haben Aufrufe an pensionierte oder außerhalb der Krankenversorgung arbeitende Mediziner gestartet – mit beachtlicher Resonanz. Der Verzicht der Krankenhäuser auf planbare Eingriffe macht mehr ärztliche Arbeitskapazität verfügbar. Und rund ein Viertel der Klinikärzte arbeitet Teilzeit. Das sind starke Potenziale, die Hoffnung geben können, dass auch weitaus mehr Patienten behandelt werden können als vor der Krise. Wobei die hohe intrinsische Motivation von Ärzten gerade in Krisenzeiten starke Kräfte mobilisiert.

Das sieht in der Pflege völlig anders aus: In nackten Zahlen gibt es rein theoretisch ein hohes Mobilisierungspotenzial. Rund die Hälfte der 440 000 Pflegekräfte in Krankenhäusern arbeitet Teilzeit, in der Altenpflege sind es sogar 66 Prozent.

Als nicht sichtbare Reserve treten diejenigen hinzu, die in den letzten Jahren aus dem Pflegeberuf ausgeschieden sind, aber gleichwohl die Qualifikation hätten, ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Tatsächlich und anders als bei den Ärzten sind die Signale aus den Organisationen der Pflegeberufe wenig ermutigend: Es gibt nur wenige, etwa die Pflegekammer Niedersachsen, die eine Meldestelle für Berufsrückkehrer eingerichtet hat. Bundesweit wird deren Zahl auf bis zu 200 000 geschätzt.

Das Fazit ist: Die Bundesrepublik Deutschland ist im Krisenmodus. Jeder, der helfen kann, sollte dies auch tun. Der Rest lebt und arbeitet (wenn möglich) unter Quarantäne. Aber diese Krise wird politische Konsequenzen haben: Bei einer Neudefinition dessen, was staatliche Daseinsvorsorge sein muss. Wir brauchen neue politische Prioritäten.

 Schreiben Sie dem Autor: GP@springer.com

„Expertise muss gebündelt sein“

Deutschland hat zu viele Krankenhäuser – selbst mit Corona würden weniger reichen, sagt der Ökonom und Mediziner Reinhard Busse. Er fordert eine Bündelung der Expertise.

Das Interview führte Denis Nöblier

Ärzte Zeitung: Herr Professor Busse, in Italien sind die Klinikkapazitäten wegen der Vielzahl an COVID-19-Patienten erschöpft. Wie gut wären deutsche Kliniken auf eine vergleichbare Ausbreitung vorbereitet?

Professor Reinhard Busse: Das italienische System ist anders aufgestellt, sehr auf Effizienz getrimmt, mit sehr viel weniger Krankenhäusern, sehr viel weniger Krankenhausbetten als in Deutschland. Das ist für die meisten Behandlungen auch völlig ausreichend, und das italienische System steht insgesamt sehr gut da.

Allerdings gibt es einen Engpass bei den Intensivbetten. Wenn man nur die betrachtet, sind es noch mal deutlich weniger als bei uns, nur etwa 40 Prozent unserer Betten. Das wäre so, als wenn wir statt knapp 28 000 Intensivbetten nur 11 000 Betten hätten. Bei dem gleichen Ansturm wie jetzt in Italien wären wir deutlich besser gerüstet.

Jüngst haben Sie gesagt, wir bräuchten nur etwas mehr als 300 Kliniken, nähmen wir uns an Dänemark ein Beispiel. Wären wir danach noch hinreichend gerüstet für eine Situation wie jetzt in Italien?

Ja, auf jeden Fall. Wir haben die Fiktion, dass uns Gebäude, auf denen Krankenhäuser draufstehen und drinnen Betten sind, helfen würden. Das ist bei ganz vielen Erkrankungen aber nicht so, etwa bei Herzinfarkten, weil viele Krankenhäuser keinen Herzkatheter haben oder zu wenige Kardiologen. Und das gilt besonders bei neuen Erkrankungen wie COVID-19.

Da müssen wir die Expertise bündeln, denn wir können nicht erwarten, dass alle Krankenhäuser in Deutschland auf so etwas vorbereitet sind. Auch hier wäre es besser, wenn wir weniger Krankenhäuser hätten, die aber besser personell aufgestellt sind. Hinzu kommt gerade auch mit Blick auf die Niederlande und die skandinavischen Länder, dass die neuen Krankenhäuser dort nur mit Einzelzimmern gebaut werden. Die modernen Krankenhäuser in diesen Ländern um uns herum sind baulich besser geeignet, und die Expertise ist da rund um die Uhr gebündelt. Auch im vorliegenden Fall wären wir mit weniger aber besser ausgestatteten Krankenhäusern besser aufgestellt.

Kommen wir zum Personal: Die Sorge ist, ob das Pflegepersonal ausreicht. Die Rede ist vom Pflegekräftemangel. Ich würde sagen, wir haben einen relativen Pflegepersonalmangel. Wenn wir uns international vergleichen, dann sieht man, dass wir mehr Pflegepersonal je 1000 Einwohner haben als jedes andere EU-Land. Wenn wir es aber daran messen, wie viel Pflegekräfte je Patient eingesetzt werden, sind wir fast ganz unten in der Rangliste. Das liegt daran, dass wir eben so viele Patienten stationär behandeln. Ich hoffe, dass in einer Pandemiezeit wie jetzt, diese Patienten nicht mehr stationär eingewiesen werden ...

... die Kliniken haben ja bereits elektive Eingriffe verschoben ... genau! Ich hoffe, dass wir so deutlich mehr Pflegepersonal pro Patienten zur Verfügung haben.

Deutschland ist ja in Sachen Hüft- und Knie-TEP Weltmeister.

Es sind eben nicht nur die TEP, es sind die Patienten, die in den kleinen Krankenhäusern liegen. Die Häuser genießen ja als „Grund- und Regelversorger“ Welpenschutz. Das sind Patienten mit den Hauptdiagnosen Diabetes, Herzinsuffizienz oder Rückenschmerzen. Das sind alles Diagnosen, bei denen man sich fragt, warum diese Patienten bei uns stationär behandelt werden müssen.

Ein Appell an alle: „Rennt mit eurem Husten nicht in die Krankenhäuser“? So ist es! Krankenhäuser sind für die schwerer Erkrankten zuständig. Das ging bei uns auch ein bisschen falsch los, als die ersten COVID-19-Fälle in Bayern, obwohl sie relativ symptomlos waren und nur einen positiven Laborbefund hatten, ins Krankenhaus gebracht wurden. Das hat ein bisschen den falschen Ton gesetzt, dass wir meinen, die Patienten müssten ins Krankenhaus.

In den Regionen gibt es jetzt Schwerpunktpraxen und Abstrichzentren. Ist das eine gescheite Lösung?

Auf jeden Fall! Man muss sich klarmachen, dass Expertise die Versorgung verbessern würde. Natürlich haben wir noch nicht die Superspezialisten, weil die Krankheit noch ganz neu ist. Aber es fängt ja schon damit an, dass diejenigen, die sich auf Infektionen spezialisieren, geübt sind im Umgang mit Schutzzanzügen. Sie sind natürlich auch effizienter im Vorgehen, und das kommt am Ende den Patienten zugute. Eine gewisse Bündelung der Kapazitäten auf wenige ausgewählte Anlaufstellen, ist auf jeden Fall eine gute Idee.

Perspektive wechseln!

eingerrichtet werden könnte, inklusive telemedizinischer Versorgung, schlagen die Autoren vor.

So könnten sich die Krankenhäuser auf die Schwerkranken konzentrieren, würden Schutzmaterialien sparen und ihr Personal besser schützen. Es brauche zudem eigene COVID-19-Krankenhäuser, die von virenfreien Bereichen getrennt sind. Zudem wiesen die Ärzte aus Bergamo auch auf die Verantwortung humanitärer Organisationen hin. Lockdown und soziale Distanzierung haben in China die Übertragung des Virus um 60 Prozent gesenkt. Nun brauche es einen „gemeinsamen Bezugspunkt, um diesen Ausbruch zu verstehen und zu bekämpfen“. Die Krise zeige, dass es an Fachwissen fehle.

„Was wir schmerzlich lernen, ist, dass wir Experten für öffentliche Ge-

sundheit und Epidemien brauchen“, hieß es. Es fehle an Logistikern, Psychologen, Sozialarbeitern und Epidemiologen. Diese Krise sei mehr als ein Phänomen der Intensivpflege, „sondern eine Krise der öffentlichen Gesundheit und der humanitären Hilfe“.

Patienten teils nicht wiederbelebt

Die Autoren zeichnen indessen ein düsteres Bild der Versorgung von infizierten Patienten in Bergamo und Umgebung. Das Krankenhaus Papa Giovanni XXIII sei „stark kontaminiert“. 300 von 900 Betten seien mit COVID-19-Patienten belegt. 70 Prozent der Intensivbetten sind für schwer kranke Patienten „mit einer angemessenen Überlebenschance“ reserviert, hieß es. Man arbeite weit unter dem Pflegestandard. „Ältere Patienten werden nicht wiederbelebt

und sterben ohne angemessene Palliativversorgung.“ In den umliegenden Kliniken sei die Lage noch angespannter. Es fehle an allem: Schutzausrüstung, Beatmungsgeräte. Die Patienten liegen zum Teil auf Matratzen am Boden.

Man habe lernen müssen, dass Krankenhäuser die „Hauptträger“ des Virus sein könnten, „da sie schnell von infizierten Patienten besiedelt werden und die Übertragung auf nicht infizierte Personen erleichtern“, so die italienischen Ärzte. Auch Krankenwagen und ihr Personal können die Krankheit verbreiten. „Wir brauchen dringend einen gemeinsamen Bezugspunkt, um diesen Ausbruch zu verstehen und zu bekämpfen. Wir brauchen einen langfristigen Plan für die nächste Pandemie.“

Professor Dr. med. Reinhard Busse

■ 1984-1990: Studium Humanmedizin

■ 1999: Habilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

■ seit 2002: Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin; Fakultätsmitglied der Charité – Universitätsmedizin Berlin



© MEG/TECHNUNIBERLIN