„Krieg + Corona + Personalmangel + Streiks = Kollaps“ aus der Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 03.04.2022 von Sabine Hoffmann

© Alle Rechte vorbehalten. Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt. Zur Verfügung gestellt vom Frankfurter Allgemeine Archiv

Krieg + Corona + Personalmangel + Streiks = Kollaps

Deutschlandweit bereiten sich Kliniken darauf vor, Verletzte aus den ukrainischen Kampfgebieten aufzunehmen. Unfallchirurgen warnen aber auch: Zusammen mit den übrigen Belastungen im System könnte das die Behandlung aller Patienten gefährden.

Von Sabine Hoffmann

Die junge Frau aus der Ukraine hatte Glück im Unglück. Als Soldatin kämpfte sie im Donbass, dem umstrittenen Territorium im Osten der Ukraine. Seit Russland die Krim 2014 annektierte, herrscht dort ein bewaffneter Konflikt, in dem bis heute Menschen sterben. Die Mittzwanzigerin war im Gefecht schwer verletzt worden, Granatsplitter hatten ihre Beine zerfetzt. Das linke musste amputiert werden, das rechte konnten die Ärzte in der Ukraine retten. Doch der linke Beinstumpf entzündete sich, im rechten Bein fehlten sechs Zentimeter Unterschenkelknochen. Eine weitere Amputation drohte. Da die Ärzte vor Ort mit der Behandlung überfordert waren, wandte sich die ukrainische Regierung mit einem humanitären Hilfegesuch an die Bundesregierung.

Anfang 2021 wurde die junge Frau in das Chirurgische Zentrum des Bundeswehrkrankenhauses (BWK) Ulm eingeliefert. Ein Jahr lang behandelten Professor Benedikt Friemert und sein Team die Patientin. Der Mediziner ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Septische und Rekonstruktive Chirurgie sowie Sporttraumatologie am BWK Ulm. Er ist der erste Sanitätsoffizier, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) ist. Friemert erzählt den Fall der jungen Patientin, denn dieser zeigt exemplarisch, was schon bald auf deutsche Kliniken zukommt: "Da die Zahl der Kriegsverletzten immer ein Mehrfaches der Toten ist, rechnen wir mit Tausenden Patienten aus der Ukraine. Diese haben sich meist hochkomplexe Verwundungen zugezogen, deren Behandlung anspruchsvoll ist und oftmals Monate dauert. Zudem müssen auch kranke Flüchtlinge in deutschen Kliniken etwa aufgrund von Krebsleiden, Herzinfarkten oder Schlaganfällen behandelt werden", sagt er. "Das wird unser Gesundheitssystem vor massive Herausforderungen stellen. Schon jetzt ist die Lage aufgrund der Corona-Pandemie und des Pflegenotstands extrem angespannt."

Wie hoch die Zahl der Kriegsverletzten sein wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Aktuell laufen aber die Vorbereitungen auf Hochtouren, die ersten kriegsverletzten Patienten aus der Ukraine nach Deutschland einzufliegen. Welche Art der Verletzungen sie sich zugezogen haben und wie deren Behandlung aussieht, ist dem Oberstarzt schon jetzt klar. Der 59-Jährige ist Spezialist für Katastrophen-Chirurgie. Im Auftrag des Sanitätsdiensts der Bundeswehr absolvierte er unter anderem sechs Auslandseinsätze in Afghanistan und operierte zum Beispiel im Feldlazarett im umkämpften Mazar-i-Sharif. In den vergangenen Jahren behandelte er auch in Deutschland immer wieder Kriegsverletzte aus der Ukraine.

Seit Ausbruch des Krimkriegs brachte der Sanitätsdienst der Bundeswehr viermal bis zu zehn ukrainische Patienten zur Behandlung ins BWK nach Ulm. In kleiner Zahl erlebte der Mediziner, was bald in anderem Maßstab passieren wird: "Mit großer Wahrscheinlichkeit werden die Patienten keine akuten Verletzungen haben, denn die müssen sofort vor Ort behandelt werden, sonst

verbluten die Betroffenen. Die akute Phase des Überlebens hat sich bei den zu erwartenden Kriegsverletzten schon entschieden. Die Verletzung liegt zwei, drei Tage oder sogar noch länger zurück", sagt er.

Das große Thema werde die Rekonstruktion, also die Wiederherstellung des Körpers sein. Es handle sich um Menschen, die beispielsweise eine Bombenexplosion zwar überlebt hätten; die dabei entstehende Druckwelle habe aber Hohlorgane wie etwa Darm oder Lunge schwer beschädigt. Vielleicht seien sie auch selbst durch die Luft katapultiert worden, hätten sich durch herumfliegende Gegenstände wie Steine oder auch beim harten Aufprall schlimme Verletzungen zugezogen. Mal fehle ein Stück Knochen, dann wieder Haut oder Muskulatur. Diese sogenannten Defektwunden erschweren die Rekonstruktion des Körpers: "Das Hauptproblem ist, dass die Druckwelle auch Dreck aufwirbelt und Bakterien tief in die Wunde eindringen", sagt der Mediziner. "Diese sind extrem gefährlich. Es handelt sich um multiresistente Keime, die gegen viele Antibiotika widerstandsfähig sind."

Auch die junge Soldatin hatte sich so einen fiesen Erreger zugezogen. Bakterien hatten ihren amputierten Beinstumpf besiedelt. Es dauerte Monate, bis der Keim endlich besiegt war. Immer wieder musste Friemerts Team ihr Bein chirurgisch behandeln, infiziertes Gewebe herausschneiden. Zugleich wurde das fehlende Stück Unterschenkelknochen in ihrem rechten Bein mit speziellen Techniken wieder aufgebaut. Letztendlich dauerte es ein Jahr, bis sie links eine Prothese tragen konnte und der Knochen des rechten Beins wieder die alte Länge hatte und so belastbar war, dass er ihren Körper trug. Solche zeitintensiven Therapien könnten bald in Vielzahl auf deutsche Kliniken zukommen.

Es gibt zwar schon einen geplanten, aber momentan noch nicht sicheren Transportkorridor für Patienten, die gerade in der Ukraine verwundet werden. Der Korridor wird wahrscheinlich über die Westukraine und Polen führen. Wenn dieser sicher steht, wird damit begonnen, Patienten nach Deutschland zu fliegen. Grundsätzlich soll die zentrale Verteilung über das Kleeblatt-Prinzip erfolgen. Dieses wurde im Frühjahr 2020 während der Corona-Pandemie erarbeitet, um Krankenhäuser vor dem Kollaps zu bewahren. In die Verteilung der kriegsverletzten Patienten werden nun auch die Unfallchirurgen aus dem Traumanetzwerk DGU als Berater mit eingebunden, um den Schweregrad der Verwundung zu beurteilen. Darüber hinaus können sie eine Einschätzung der notwendigen Versorgungsressourcen vornehmen und Verletzte innerhalb des Netzwerks schnell und systematisch Krankenhäusern mit geeigneten Kapazitäten und Spezialisten zuordnen.

Das Traumanetzwerk wurde 2008 konzipiert, um Schwerstverletzte zu versorgen, und ist auf Masseneinlieferungen von Verletzten vorbereitet. Bundesweit sind 650 Kliniken Teil des Netzwerks. Es verbindet etwa 28 000 Betten miteinander und ermöglicht den elektronischen Austausch der Patientendaten. Die im Rahmen einer gemeinsamen Zertifizierung miteinander verflochtenen Kliniken haben unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte. In den Bundesländern Berlin und Brandenburg werden die Unfallchirurgen bereits fest in die Koordination mit eingebunden. In einigen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg sind Bundesland-Verantwortliche des Netzwerks für die Koordination der ukrainischen Kriegsverletzten zuständig.

Was bedeutet das alles für die allgemeine Patientenversorgung in Deutschland? Die Behandlung der Kriegsopfer ist zeitintensiv; zudem sind nur 40 Prozent aller Kriegsflüchtlinge geimpft. Es ist anzunehmen, dass auch die Zahl der Corona-Patienten in den Kliniken weiter ansteigt. Zudem hat der massive Personalnotstand in vielen Einrichtungen inzwischen zu einer unerträglichen Belastungssituation der Beschäftigten und dadurch zu einer hohen Fluktuation geführt. Bundesweit fehlen nach einer Verdi-Erhebung 162 000 Stellen in Krankenhäusern, allein 70 000 Stellen für Pflegefachkräfte. Mittlerweile werben sich Kliniken gegenseitig Pflegepersonal mittels

Kopfgeldzahlungen im vierstelligen Bereich ab; auf vielen Stationen werden freiberufliche Pflegekräfte eingesetzt, die über Agenturen vermittelt werden und deutlich mehr verdienen als ihre festangestellten Kollegen - Gift für das Betriebsklima.

Aus Sicht der DGU stellt sich die Lage differenziert dar: Die Akutversorgung nach Unfällen oder bei schwerwiegenden orthopädischen Erkrankungen ist aktuell nicht gefährdet. Wer dringend operiert werden muss, wird operiert. "Es besteht aber die Gefahr, dass planbare Operationen noch weiter nach hinten verschoben werden müssen", sagt Professor Michael J. Raschke, erster DGU-Vizepräsident und Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Münster. "Durch den zunehmenden Pflegemangel in den vergangenen Jahren kam es immer wieder zu Ausfällen von OP-Kapazitäten. Infolgedessen wurden auch dringliche Operationen in die Nacht verschoben." Dazu zählen etwa Frakturen im Bereich der Wirbelsäule oder der Extremitäten.

Die Pandemie hat das Problem noch verschärft. So wurde OP-Personal auf den Corona-Stationen eingesetzt - auch weil durch den Rückgang von Verkehrsunfällen im Traumabereich deutlich weniger los war. Es kam auch zu einer Verschiebung von Operationskapazitäten: Aufgrund von meist coronabedingten Personalausfällen meldeten sich kleinere Krankenhäuser vom Traumanetzwerk ab, größere Häuser wurden stärker in Anspruch genommen. Diese Spirale verschärfte sich im vergangenen Herbst noch weiter durch Warnstreikaktionen - die sich bis heute hinziehen. Unter anderem läuft für die sechs Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen gerade ein 100-Tage-Ultimatum. Damit will die Gewerkschaft Verdi bessere Arbeitsbedingungen an den sechs Universitätskliniken durchsetzen.

Verdi fordert, bis zum 1. Mai 2022 einen Tarifvertrag zur Entlastung der Beschäftigten abzuschließen. Wird keine Einigung erzielt, soll es erneut zum Streik kommen. "Das hätte eine weitere Reduktion der OP-Kapazitäten zur Folge", warnt Raschke. "Wenn zusätzlich Kriegsopfer behandelt werden, kämen die angekündigten Streikmaßnahmen zum denkbar schlechtesten Zeitpunkt. Dann steuern wir auf einen Kollaps zu." Geplante Operationen müssten dann auf ein Minimum reduziert, nur noch absolute Notfälle könnten behandelt werden. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft müssen wegen Belastungen durch Corona ohnehin schon drei von vier Operationen verschoben werden. Das Problem: Ist die Wartezeit etwa bei einer Tumorerkrankung zu lange, kann sich das Tumorstadium verändern, sodass sich die Prognose der Patienten verschlechtert.

Mittelfristig sollte nach Meinung von Raschke und Friemert in Kliniken eine Daseinsvorsorge ähnlich wie bei Feuerwehr und Polizei etabliert werden: ein System, das nicht auf Effizienz und Profit ausgerichtet ist, sondern ausreichend Mitarbeiter auch in der Pflege beschäftigt, um auf alltägliche Notfälle und Krisensituationen vorbereitet zu sein und weiterhin die bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können. Davon würden alle Patienten profitieren.