



# Pandemie: „Das Hauptproblem ist aktuell das Personal“

In der aktuellen Corona-Welle kämpfen die Kliniken vor allem mit einem: Personalengpässen, sagt Professor Christian Karagiannidis. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (GIIN) rät, dringend die Krankenhausstruktur neu zu organisieren und Kompetenzen zu verteilen.

Das Interview führte Taina Ebert-Rall

**Herr Professor Karagiannidis, wie ist aktuell die Situation in Ihrem Klinikum?**

**Professor Christian Karagiannidis:** Bei uns in Köln ist die Zahl der Corona-Patienten erkennbar zurückgegangen. Allerdings ist unsere Intensiv-Kapazität noch ausgelastet, aber das Spektrum der Patienten hat sich deutlich verschoben. Wir haben jetzt viel mehr immungeschwächte, ältere und mehr transplantierte Patienten, die auch mit Omikron immer noch schwer erkranken können. Aber die Zahl ist gegenüber den vorherigen Wellen deutlich geringer. Und bei den sehr schwer Erkrankten liegt die Sterblichkeit bei uns aktuell auf der Intensivstation bei ungefähr 30 Prozent.

**Welche Probleme verursacht die Omikron-Welle?**

Das Hauptproblem ist aktuell das Personal. Es gibt wirklich große Personalausfälle. Das trifft nicht nur uns, sondern mehr oder weniger alle Kliniken. Jetzt zeigen sich die Anstrengung der vergangenen zwei Jahre und die aktuell hohen Infektionszahlen. Die letzten beiden Jahre sind nicht spurlos an den Leuten vorbeigegangen; sie sind einfach ausgelastet. Und die, die jetzt Omikron durchmachen, auch die Geimpften, fallen zum Teil lange aus. Da sprechen wir nicht über zwei oder drei Tage. Die Leute haben Konzentrationsstörungen, sind wirklich müde. Manche fallen durchaus ein paar Wochen aus.

Auch Omikron sollte man wirklich nicht auf die leichte Schulter nehmen. Und die Krankenhäuser sind im Personalbereich ja nicht auf Rosen gebettet. Wir haben Phasen mit 30 Prozent Personalausfällen. Ich hoffe jetzt sehr auf die Osterferien, da wird es wahrscheinlich etwas runtergehen.

**... und inwiefern unterscheidet sich die aktuelle Lage von den vorherigen Pandemiewellen?**

Die Unterschiede sind insbesondere bei den Zahlen deutlich. Vor allem haben wir jetzt viel weniger Patienten mit einer schweren Lungenentzündung. Und wenn Patienten mit Corona auf die Intensivstation kommen, haben sie zu einem Drittel eine andere Erkrankung und sind eben zusätzlich Corona-positiv. Generell haben wir jetzt nicht mehr die Corona-positiven Massen an Intensivpatienten wie in den anderen Wellen.

**Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erkenntnisse aus den Auswertungen der AOK-Daten für den Krankenhaus-Report?**

Erstens ist die Sterblichkeit in Deutschland im internationalen Ver-

gleich ziemlich hoch gewesen. Das liegt aber auch daran, dass wir auch viele Ältere im Krankenhaus behandeln. Das machen andere Länder, etwa die Niederlande oder Großbritannien, nicht. Die Niederlande zum Beispiel gehen bei Menschen über 60 häufig restriktiv vor. Über 70-Jährige werden Sie dort auf der Intensivstation ganz selten sehen. Die zweite wichtige Erkenntnis war, dass die COVID-Fälle auf die großen Krankenhäuser zentriert waren. Das gibt auch Hinweise darauf, dass wir das Gesundheitswesen schon grundlegend umstrukturieren müssen. Die großen Krankenhäuser haben die Hauptlast getragen und sind jetzt auch die Häuser, deren Personal besonders ausgelastet ist.

**Welche Veränderungen zeigen sich im Verlauf der verschiedenen Pandemiewellen bei der Altersstruktur der schwer erkrankten COVID-Patienten?**

Die Impfpriorisierung von Anfang 2021 bildet sich in den Zahlen ganz gut ab. Durch die Impfungen hat sich sukzessive der Anteil älterer Menschen an den Krankenhauspatienten verringert. Wir haben gesehen, dass in der Delta-Welle im Herbst 2021 dann wieder viele jüngere Menschen auf der Intensivstation gelandet sind. Die Hälfte war unter 60 Jahre alt. Das war schon auffällig. Allerdings verschiebt sich das bei Omikron jetzt wieder deutlich hin zu den Älteren.

**Welche therapeutischen Fortschritte gab es in den letzten beiden Jahren der Pandemie?**

Ja, die gibt es ganz eindeutig. Zunächst einmal steht die Impfung über allem. Aber dann gibt es einige Medikamente, die wirklich etwas verändert haben. Durch die Gabe unterschiedlicher Medikamente wie Kortison, immunmodulatorischer Substanzen wie Tocilizumab oder durch die passive Immunisierung mit monoklonalen Antikörpern können schwere Verläufe schon in der Frühphase der Erkrankung vermieden oder abgemildert werden. Mit den durch den früheren US-Präsidenten Donald Trump erworbenen Antikörpern können während der ersten fünf Tage enorme Erfolge erzielt werden. Allerdings nicht im Krankenhaus, nach einer Einweisung ins Krankenhaus war es dafür meist zu spät.

Leider gibt es in Deutschland bisher keine große und relevante Studie zu COVID-19, in der Behandlungsmethoden evaluiert und Therapieerfolge schnell sichtbar gemacht werden können. Hier haben wir in Deutschland erheblichen Nachholbedarf.

Im nicht-medikamentösen Bereich konnte durch die Bauchlage bei wachen Patienten die Inkubationsrate vermindert werden.

**Wie ist die Zunahme des Anteils der nicht-invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten zu erklären?**

Die Veränderungen in der Beatmungstherapie waren im Pandemieverlauf sehr auffällig. In der ersten Welle wurden noch etwa 75 Prozent der Patienten primär invasiv beatmet, in der dritten und vierten Welle sank dieser Wert auf rund 30 Prozent. Entsprechend lag der Anteil der nicht-invasiven Beatmung in



Jetzt zeigen sich die Anstrengung der vergangenen zwei Jahre und die aktuell hohen Infektionszahlen.

## Prof. Christian Karagiannidis

- **ist Leitender Oberarzt** der Kliniken Köln und Leiter des ECMO Zentrums,
- **Präsident** der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (GIIN) und
- **Mitglied** des Corona-Expertenrats der Bundesregierung.

der zweiten bis vierten Welle höher. Das ist generell auch eine gute Methode. Sie hat aber ihre Grenzen – und die muss man kennen. Wenn man hier übertreibt, wird es eher kontraproduktiv.

**Wie sind die deutschen Behandlungsergebnisse im internationalen Vergleich zu bewerten?**

Wir haben wie erwähnt schon etwas höhere Sterblichkeitsraten als andere Länder. Das ist aber auch der Tatsache geschuldet, dass wir ältere Menschen auf den Intensivstationen behandeln und dass wir viele Krankenhäuser haben. Das ist international anders.

Wir haben eine deutlich größere Spannweite der Qualität der Krankenhäuser, als das in anderen Ländern der Fall ist. Das muss man weiter aufarbeiten. Dazu reicht unsere Datenlage derzeit nicht aus. In England zum Beispiel betreut eine Pflegekraft auf der Intensivstation einen beatmeten Patienten, bei uns betreut eine Pflegekraft mindestens zwei bis drei Patienten.

**Warum ist die Behandlung in einer spezialisierten Klinik mit guter Ausstattung und einem erfahrenen Behandlungsteam so wichtig für COVID-Patienten?**

Bei so schweren Erkrankungen brauchen die Patienten eine Behandlung von spezialisierten Teams rund um die Uhr und an sieben Tagen pro Woche. Man braucht große Teams, die spezialisiert sind und sich gut auskennen. Bei vielen Krankenhäusern ist das unmöglich zu organisieren. Das geht nur an großen Kliniken. International wird das auch so gesehen, in den meisten Ländern wird die Kompetenz zusammengezogen und es gibt einfach weniger Häuser.

**Welche Lehren kann man für die anstehenden Strukturreformen im Krankenhausbereich aus der Pandemie ziehen?**

Ich plädiere dafür, die Krankenhausstruktur neu zu organisieren und Kompetenzen und Aufgaben fest zuzuweisen. Das wären dann Basisversorger als erste Anlaufstelle, zum Beispiel im ländlichen Raum. Am anderen Ende wären das die Universitätskliniken als Maximalversorger, die hochtechnologische Medizin anbieten und dazwischen je nach Region eine erweiterte Basisversorgung. Nicht jede Klinik in Deutschland muss alles anbieten. Das Entscheidende ist, dass die Arbeitslast für das Personal runter geht. Für die Patienten wird die Qualität der Behandlung besser. Wenn mehr gut ausgebildetes Personal vorhanden ist, das ist evidenzbasiert, nimmt die Sterblichkeit ab.

**Was ist Ihre wichtigste Botschaft an Ihre Kollegen im niedergelassenen Bereich bei der Behandlung von COVID-Patienten?**

Ganz wichtig ist, dass die Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung noch viel enger werden muss, zum Beispiel durch spezialisierte Ambulanzen an großen Kliniken. In Köln haben wir das bei unserer Antikörperambulanz gesehen. Das ist ein sehr gutes Konzept für die Zukunft, einfach weil das Fachwissen da ist.

## KRANKENHAUS-REPORT 2022

### Starker Rückgang bei Fallzahlen

2021 sind die Fallzahlen in den Kliniken noch einmal deutlich gesunken. Für die Versorgung ist das aber nur bedingt schlecht.

Die Fallzahlen in den deutschen Kliniken sind 2021 in vergleichbarem Ausmaß wie im ersten Pandemiejahr 2020 gesunken. Das zeigt eine Auswertung zum Erscheinen des diesjährigen Krankenhaus-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) auf Basis der Abrechnungsdaten der stationär behandelten AOK-Versicherten. Danach war 2021 bei den somatischen Fällen ein Rückgang von 14 Prozent gegenüber 2019 festzustellen, nach einer Abnahme um 13 Prozent 2020.

Anlass zur Sorge geben nach Einschätzung von Experten die Entwicklungen in der Notfallversorgung: Beim Herzinfarkt wurden 2021 neun Prozent, bei Schlaganfall-Behandlungen sieben Prozent weniger Krankenhaus-Behandlungen festgestellt als 2019. Der Rückgang bei den Brustkrebs-Op schwächte sich 2021 mit minus ein Prozent deutlich ab, während er bei den Darmkrebs-Op mit minus 13 Prozent gegenüber 2019 sogar noch stärker ausgeprägt war als im Vorjahr. Außerdem wurden in den Kliniken pandemiebedingt weniger Darmspiegelungen durchgeführt. Bei den planbaren Op bewegen sich die Rückgänge 2021 gegenüber 2019 ungefähr auf dem gleichen Niveau wie im ersten Pandemiejahr.

„Bei den planbaren Op und Behandlungen im ambulant sensiblen Bereich handelt es sich allerdings um Eingriffe, die tendenziell zu häufig und teilweise ohne leitliniengerechte Indikationsstellung durchgeführt werden. Insofern gab es im Zuge der Pandemie offenbar auch einen Abbau von Überversorgung bei diesen Eingriffen“, so WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klaubner. Die anstehende Struktur- und Finanzreform im Krankenhausbereich sollte laut AOK-Vorstandschefin Dr. Carola Reimann für einen „klug geplanten, gesteuerten und qualitätsorientierten Umbau der Versorgungsstrukturen“ genutzt werden. (Ebert-Rall)

 Der Krankenhaus-Report erscheint jährlich als Buch und als Open-Access-Publikation im Springer-Verlag [www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/](http://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/)

## Die Praxis-Serie

**Lesen Sie am 22. April:** Die Zahl der Tonsillektomien nimmt in Deutschland seit einigen Jahren stetig ab. Dieser Effekt hat sich während der Pandemie deutlich verstärkt. Das hat aber nicht dazu geführt, dass es wegen ausbleibender oder verzögerter Behandlungen zu Komplikationen gekommen ist. Das geht aus einer aktuellen Analyse des WIdO hervor. **Kontakt:** Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: [prodialog@bv.aok.de](mailto:prodialog@bv.aok.de).



©KLINIKEN KÖLN