

# CORONA HÄLT DIE WELT IN ATEM

**Der Kampf gegen die Corona-Pandemie hat den Ausnahmezustand fast zum Normalzustand gemacht. Weltweit kämpfen die Länder mit der gewaltigen Aufgabe, die Pandemie zu beenden. Was anfangs noch als kleiner unbekannter Virus in China – und somit ganz weit weg von Deutschland – schien, entwickelte sich rasch zu einer weltweiten Krise.**

Auch in Deutschland fährt das bis dahin gewohnte Leben drastisch zurück: Risikogebiete, Quarantänen, Ausgangssperren, AHA-Regeln, Kontaktbeschränkungen, Reiseverbote, Kultur- und Einzelhandelssterben, KITA- und Schulschließungen sowie Systemrelevanzen gehören auf einmal zum täglichen Leben dazu. Genau wie die Erfahrung, dass Klopapier, Nudeln, Mehl und Hefe auf einmal heftig umkämpfte Mangelware sind.

Tagungen, Sitzungen und Besprechungen sind in Präsenzform kaum noch möglich. Vieles wird umgestellt auf Videokonferenzen. Informationsaustausch, Fortbildung und auch Abstimmungen erfolgen sicherheitsgeprüft online.

Zum Jahr 2020 gehört aber auch: Die Bundesregierung spannt milliardenschwere Rettungsschirme; Menschen musizieren auf Balkonen, andere klatschen für die Pflege und Wissenschaftler stellen mit enormen Tempo Corona-Impfstoffe her.

## Der Zeitraffer zeigt die Entwicklung:

### Ende Dezember 2019

Die chinesischen Behörden informieren die Weltgesundheitsorganisation über mehrere Fälle einer mysteriösen Lungenerkrankung im chinesischen Wuhan.

### Januar 2020

China baut innerhalb von Tagen in Wuhan eine Spezialklinik für Infizierte.

Das Virus hat Deutschland erreicht: Ein Mann in Bayern hat sich infiziert.

Die chinesischen Behörden berichten von einem ersten Toten

Deutschland fliegt 120 Staatsbürger von Wuhan nach Deutschland aus. Als Vorsichtsmaßnahme werden sie in einer Unterkunft in Germersheim isoliert.

### Februar 2020

Der Schwerpunkt der Erkrankungen liegt weiterhin in China. Die Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland schätzt das Robert Koch-Institut (RKI) als gering ein. 16 Menschen sind in Deutschland mit dem Virus infiziert.

Die neuartige Lungenerkrankung aus China bekommt einen eigenen Namen: Covid-19.

Deutschland setzt die Empfehlung des EU-Gesundheitsministerrats um. Flugreisende aus China werden nach Kontakt mit Infizierten und Aufhalten in Infektionsgebieten befragt.

Angesichts der Entwicklung in Italien rechnet Bundesgesundheitsminister Jens Spahn damit, dass sich das Virus auch in Deutschland ausbreiten kann.

Erstmals werden Infektionen in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen bestätigt.

Bundesinnen- und Bundesgesundheitsministerium setzen einen im Pandemieplan des Bundes vorgesehenen Krisenstab ein.

Die Weltgesundheitsorganisation ruft wegen des Virus-Ausbruchs einen internationalen Gesundheitsnotstand aus.

Erste Kreuzfahrtschiffe stehen unter Quarantäne; erste Flüge sind gestrichen und Messen abgesagt.

Der Bundesgesundheitsminister schließt eine weltweite Pandemie nicht aus.

### März 2020

Der Export von medizinischer Schutzausrüstung ins Ausland wird verboten. Das Bundesgesundheitsministerium ist für die zentrale Beschaffung von medizinischer Schutzausrüstung verantwortlich.

Großveranstaltungen mit mehr als 1.000 erwarteten Teilnehmern werden abgesagt.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fordert die Kliniken auf, planbare Operationen zu verschieben. Zugleich garantiert er, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Kranken-



häuser von den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden.

Bundeskanzlerin Angela Merkel nennt Corona die größte Herausforderung seit dem Zweiten Weltkrieg und verteidigt die getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung: „Es sind Einschränkungen, wie es sie in der Bundesrepublik noch nie gab.“

**Der erste Lockdown tritt in Kraft. Er dauert bis 19. April 2020.**

Das Auswärtige Amt spricht erstmals in seiner Geschichte eine Reisewarnung für alle Länder der Welt aus.

Das „COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz“ soll die wirtschaftlichen Folgen für Krankenhäuser und Vertragsärzte auffangen. Das „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ soll die Reaktionsfähigkeit auf Epidemien verbessern.

Der Bundestag beschließt einen Nachtragshaushalt zur Finanzierung der Hilfspakete in der Coronakrise.

#### April 2020

Die Infektionszahlen in Deutschland steigen. Seit Ausbruch der Pandemie sind erstmals mehr als 100.000 Menschen mit dem Coronavirus infiziert oder infiziert gewesen.

Das Auswärtige Amt holt über 240.000 Deutsche, die im Ausland gestrandet waren, mit über 240 Sonderflügen aus 62 Ländern zurück.

Insgesamt 37 Millionen Schutzmasken sind in Deutschland angekommen.

Der Bundesgesundheitsminister macht die Meldung freier Intensivbetten zur Pflicht.

Die Kontaktbeschränkungen werden bis 3. Mai verlängert.

**In allen Bundesländern gilt eine Maskenpflicht.**

*Videokonferenz statt Präsenzsitzung: auch der Vorstand der Landesärztekammer tagt digital.*

*Die Sacharbeit und der Austausch gehen online weiter wie hier beim Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer.*



Fotos: Engelmohr

#### Mai 2020

Der Bundestag beschließt das „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. Infizierte sollen damit schneller gefunden, getestet und versorgt werden. Außerdem sieht das Gesetz umfassendere Meldepflichten für Labore und Gesundheitsämter vor. Pflegekräfte sollen einen Bonus erhalten und pflegende Angehörige besser unterstützt werden.

Bundeskanzlerin und Ministerpräsidenten besprechen erste Lockerungen.

#### Juni 2020

Das Konjunkturpaket sieht 9,5 Milliarden Euro vor. Vier Milliarden Euro sollen in einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ fließen.

Die neue Testverordnung tritt in Kraft: Personen, die keine Symptome aufweisen, können auch getestet werden. Bezahlt werden die Tests von den gesetzlichen Kassen.

Auch umfassende Tests in Pflegeheimen, Schulen oder Kindertagesstätten sind möglich.

**Die Corona-Warn-App startet.**

Deutschland fährt die Corona-Beschränkungen zurück.

#### Juli 2020

Reiserückkehrer aus Risikogebieten müssen sich testen lassen.

#### August 2020

Jeder, der aus dem Ausland nach Deutschland einreist, kann sich innerhalb von 72 Stunden kostenlos im Testzentrum oder durch einen niedergelassenen Arzt testen lassen. Mit einer weiteren Anordnung verpflichtet Minister Spahn Einreisende aus Risikogebieten, sich auf Aufforderung durch die zuständigen Behörden testen zu lassen.

Wer aus einem Risikogebiet kommt und nach Deutschland einreist, soll bis zu 14 Tage in Quarantäne gehen. Ein Test nach frühestens fünf Tagen kann die Quarantäne verkürzen, wenn das Ergebnis negativ ausfällt. Die neue Regelung löst die Testpflicht ab.

Bund und Länder einigen sich auf Bußgelder bei Maskenpflicht-Verstößen.

#### September 2020

In Großbritannien wird erstmals eine neue Virusvariation festgestellt. Ähnliche Mutationen zeigen auch Varianten, die in Südafrika und Brasilien aufgetreten sind.

#### Oktober 2020

Personen in patientennahen Einrichtungen können mit Antigen-Schnelltests getestet werden. Getestet werden sollen Angestellte, Besucher und Bewohner.

#### November 2020

**Der Lockdown „Light“ beginnt.**

Die Mainzer Pharmafirma BioNtech und ihr US-Partner Pfizer melden einen Durchbruch beim Corona-Impfstoff. Deutschland sichert sich bis zu 100 Millionen Impfdosen von BioNtech. Das Unternehmen Moderna aus den

USA meldet sehr gute Zwischenergebnisse für seinen Corona-Impfstoffkandidaten.

Die Quarantäne-Zeit von Kontaktpersonen – unter der Bedingung eines negativen Testergebnisses – wird auf zehn Tage verkürzt.

Der bestehende Teil-Lockdown wird verlängert.

Die Infektionszahlen in Deutschland überschreiten erstmals die Marke von einer Million.

#### Dezember 2020

**Der zweite, harte Lockdown beginnt.**

Der Bundesgesundheitsminister unterzeichnet die Coronavirus-Impfverordnung. Sie legt fest, wer zuerst geimpft wird.

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA spricht sich für die Zulassung des COVID-19-Impfstoffs von BioNtech aus. Die EU-Kommission erteilt die Zulassung.

Das Bundesgesundheitsministerium verhängt ein generelles Beförderungsverbot für Reisende aus Großbritannien, Nordirland und Südafrika, um eine Ausbreitung von Varianten des Corona-Virus nach Europa zu verhindern.

Krankenhäuser, die Intensivbetten für Covid-Patienten freihalten, werden finanziell unterstützt.

In allen EU-Mitgliedstaaten beginnt am 26. Dezember die Verteilung des Impfstoffes.

BioNtech liefert die ersten hunderttausenden Corona-Impfstoffdosen an Deutschland aus.

#### Januar 2021

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Wir haben ausreichend Impfstoff für Deutschland und die EU bestellt. Das Problem ist die geringe Produktionskapazität zu Beginn – bei weltweit extrem hoher Nachfrage. Es war bekannt, dass wir priorisieren müssen.“

Die EU-Kommission lässt einen zweiten Impfstoff zu. Deutschland hat sich 50 Millionen Dosen des Moderna-Impfstoffes gesichert. Zusammen mit den Impfstoffen von BioNtech soll Deutschland mehr als 130 Millionen Impfstoffdosen erhalten.

Die erste Lieferung des Coronaimpfstoffs des US-Herstellers Moderna trifft in Deutschland ein.

Über 34 Millionen Bürgerinnen und Bürger – über 60-Jährige und Menschen mit Vorerkrankung – werden mit FFP2-Masken ausgestattet.

Die Europäische Kommission erteilt dem Impfstoff des britisch-schwedischen Konzerns AstraZeneca eine bedingte Marktzulassung für Personen zwischen 18-64 Jahren.

Die Infektionszahlen in Deutschland überschreiten erstmals die Zwei-Millionen-Marke.

Bundeskanzlerin und Ministerpräsidenten verlängern den Lockdown.

Medizinische Masken im Supermarkt und Nahverkehr werden Pflicht.

Foto: Universitätsmedizin Mainz/Peter Pulkowski



BioNtech und Pfizer geben Impfstoff-Lieferengpässe bekannt. Auch bei Moderna verzögert sich die Auslieferung.

Impftermine müssen verschoben werden.

#### Februar 2021

Die Bundesregierung verlängert den Lockdown bis zum 7. März. Lockerungen sollen erst ab einer Sieben-Tage-Inzidenz von 35 möglich sein.

Weitere Impfstoffe (Johnson&Johnson, CureVac) befinden sich im europäischen Prüfverfahren; mit einer Zulassung wird derzeit gerechnet.

Nach WHO-Angaben werden derzeit weltweit 63 mögliche Impfstoffe in klinischen Studien an Freiwilligen getestet. Es gibt vereinzelte Warnungen vor einer möglichen dritten Welle.

#### März 2021

Der Lockdown wird verlängert – allerdings mit Öffnungsmöglichkeiten je nach Infektionslage. Bund und Länder verständigen sich auf einen Fünf-Stufen-Plan für die Lockerungen der Corona-Auflagen.

AstraZeneca-Impfung wird auch für über 65-Jährige freigegeben.

Bei Redaktionsschluss haben sich fast 2,6 Millionen Menschen in Deutschland angesteckt; über 73.900 Menschen sind gestorben.

Vorläufiger Impfstopp für AstraZeneca in Deutschland und anderen Ländern.

Ines Engelmohr

# Die Geschichte der Pandemien und der Schutzimpfungen

**Sie kennen keine Grenzen: die Erreger übertragbarer Krankheiten. Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sind somit eine globale Herausforderung. Und ohne die Hilfe schützender Impfungen würden viele Nationen heute nicht so gut dastehen. Denn Schutzimpfungen und groß angelegte Impfprogramme führten in den Industrienationen und auch weltweit zu einem drastischen Rückgang zahlreicher Infektionskrankheiten.**

## Pest

Die Pest kam in drei Wellen über die Welt. Als die erste große Pandemie den europäischen Kontinent Mitte des sechsten Jahrhunderts erreichte, ist Aufzeichnungen zufolge im Römischen Reich innerhalb von zweihundert Jahren jeder Vierte an Pest gestorben.

Die zweite Pestwelle ging als eine der verheerendsten Pandemien in die Geschichte ein. Die Zahlen hierzu schwanken: Jeder dritte oder gar jeder zweite Europäer soll im 14. Jahrhundert dem sogenannten Schwarzen Tod zum Opfer gefallen sein.

Die Pest wütete im 14. Jahrhundert in Europa; über 20 Millionen Menschen starben. Behandlungsversuche wie Kräuterverbrennungen, Essigwaschungen und Aderlass blieben erfolglos. Man setzte früh auf Isolationen. Erstmals 1377 erfolgte im dalmatinischen Ragusa (heute Dubrovnik) laut Norddeutschem Rundfunk (NDR) die erste Isolation: Der Rat der Handelsstadt Ragusa verbot Schiffen, die aus einem pestverseuchten Gebiet kamen, die Einfahrt in den Hafen, um Gefahren von der eigenen Bevölkerung fernzuhalten. Die fremden Seeleute und Händler wurden 30 Tage auf einer nahen Felseninsel (italienisch „Isola“) festgehalten. Wenn sie keine Krankheitssymptome zeigten und den Monat überlebten, durfte ihr Schiff in den Hafen einlaufen. Während dieses Monats durfte niemand in ihre Nähe kommen; nur vom Rat beauftragte Menschen versorgten die Isolierten mit Essen. Bei Verstößen gegen dieses Gesetz drohte den Bürgern 30 Tage Isolation mit den Pestverdächtigen.

Ähnliche Maßnahmen sollen in diesen Jahren laut NDR auch Venedig, Pisa und Genua eingeführt haben. In Marseille wurde die Isolationszeit 1383 auf 40 Tage verlängert. Venedig trennte ab 1468 Kranke von Verdachtsfällen und brachte sie auf unterschiedlichen Inseln unter. Das Verlassen der Stationen war bei Todesstrafe verboten. Bald gab es in vielen großen Hafen- und Handelsstädten Europas solche Quarantänestationen.

Deutschland beschloss 1400 (im damals zu Deutschland gehörenden Basel) ein erstes Seuchengesetz. Es entstanden zudem erste Pesthäuser, um Erkrankte zu isolieren. Darüber

hinaus durften an Pest Erkrankte keinen Kontakt zu anderen Menschen haben. Gesunden war es phasenweise verboten, in Kirchen, auf Märkte und auf Feste zu gehen. Händler, die infiziert waren, durften keine Nahrungsmittel verkaufen.

Als 1720 in Marseille die Pest ausbrach, ergriff England umfassende Quarantänemaßnahmen und provozierte damit hitzige Debatten mit verschwörungstheoretischen Zügen, so PD Dr. André Krischer vom Exzellenzcluster „Religion und Politik“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Zielscheibe der Anschuldigungen war der Arzt Richard Mead mit seinen strikten Empfehlungen zum Eindämmen der Pest. Kritiker hielten jede Prävention für unnötig.

Während der letzten großen Pest-Pandemie, die in China begann, starben vom späten 19. Jahrhundert bis Mitte des 20. Jahrhunderts weltweit 15 Millionen Menschen. Bei dieser dritten Pestwelle kam Europa mit etwa 500 Toten recht glimpflich davon.

Heutzutage gilt die Pest als eingedämmt. Zwischen 2010 und 2015 registrierte die WHO weltweit 3.248 Pest-Erkrankungen, darunter 584 Todesfälle. Heutzutage werden zur Behandlung der Pest Antibiotika eingesetzt.

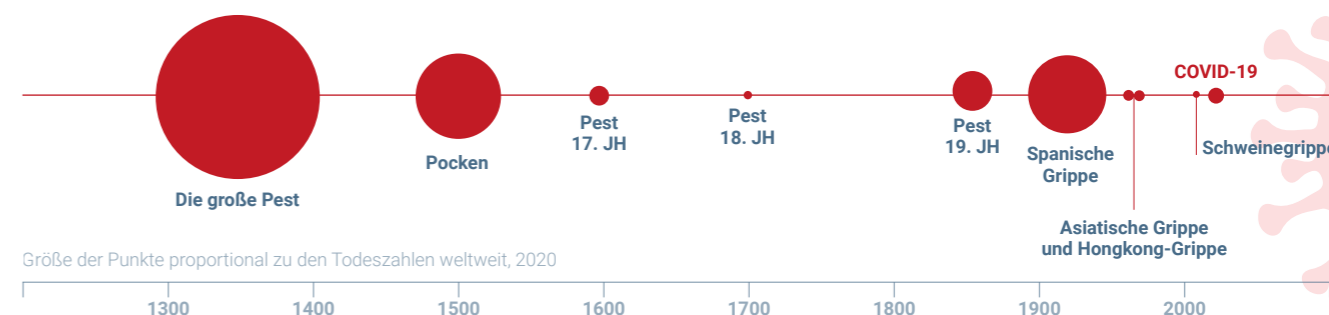
## Pocken

Pocken waren eine der tödlichsten Pandemien. 1870/71 starben in Deutschland während einer Pockenepidemie rund 125.000 Menschen. Die erste Impfung, die es gab, war die gegen Pocken: Die Vakzine wurde erstmals im Jahr 1796 hergestellt und angewendet. 1874 wurde das Reichsimpfgesetz erlassen. Es sah vor, dass Kinder sowohl im ersten als auch im zwölften Lebensjahr geimpft werden müssen. Bei Nichtbefolgung drohten Geld- und Haftstrafen. Übrigens: Das Königreich Bayern und das Großherzogtum Hessen führten bereits 1807 die Impfpflicht ein.

Alleine im 20. Jahrhundert starben weltweit 300 bis 500 Millionen Menschen an den Pocken, die Sterblichkeitsrate lag laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei bis zu 30 Prozent. 1967 startete die WHO ein bisher einzigartiges weltweites Impfprogramm und arbeitete sich von Kontinent zu Kontinent vor. Dreizehn Jahre später erklärte die WHO die Erde für pockenfrei.

## Poliomyelitis

Auch die weitgehende Polio-Eliminierung zeigt die Effektivität von Impfungen. Im Jahre 1952 erkrankten in Deutschland an Polio fast 10.000 Kinder. Die letzte Infektionswelle war 1961 mit fast 5.000 Erkrankungen. Dann wurde die Polio-Impfung zur Pflicht. Und mit der Einführung des oral zu gebenden Lebendimpfstoffes kam es zu einer raschen Abnahme



der Erkrankungs- und Todesfälle. Der Werbeslogan für diese Schluckimpfung ist sicher vielen noch in Erinnerung: Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam.

Die Polio-Impfung erreichte vor 60 Jahren auch Rheinland-Pfalz, wie der damalige Südwestfunk berichtete. Der Impfstoff wurde aus den Vereinigten Staaten importiert, kam am Flughafen in Frankfurt am Main an und wurde, begleitet von Polizisten, nach Koblenz, Landau und Trier gebracht. Dort befanden sich die Einsatzzentren, die den Wirkstoff wiederum an die Impfstellen verteilten. In Ludwigshafen fand im März 1962 die erste Polio-Schluckimpfung in Rheinland-Pfalz statt. Die ersten Impflinge erhielten die verdünnte Impfstofflösung in einem Becher mit Zuckerwasser.

## Spanische Grippe

Sie gilt als schlimmste Grippeepidemie der Geschichte: Die Spanische Grippe tötete in nur wenigen Monaten Schätzungen zufolge zwischen 27 bis 50 Millionen Menschen. Damit starben an der Spanischen Grippe mehr Menschen als im Ersten Weltkrieg (17 Millionen).

Die Pandemie brach in drei Wellen vom Frühjahr 1918 bis 1920 weltweit über die Menschen herein. Die erste Welle überzog im Frühjahr 1918 die USA und Europa und verbreitete sich weltweit weiter. Die meisten Todesfälle gab es in der zweiten Welle im Herbst – in einem Zeitraum von nur 16 Wochen. Die Pandemie endete nach der dritten Welle im Sommer 1919.

Der Ausbruch traf die Menschen weltweit völlig unvorbereitet. Ihren Ursprung soll sie in den USA gehabt haben. Am schnellsten soll New York City reagiert haben: Es wurden umfangreiche Isolierungs- und Quarantänemaßnahmen angeordnet und provisorische Einrichtungen errichtet, in die die Kranken, wenn die Krankenhäuser überfüllt waren, eingeliefert wurden. Wer Kontakt mit Kranken hatte, wurde sofort in häusliche Quarantäne geschickt. Häuser, in denen Quarantäne herrschte, wurden von außen deutlich sichtbar markiert.

Während der Spanischen Grippe-Pandemie steckte die Impfstoffforschung noch in den Kinderschuhen. Das Grippevirus kannte man damals noch nicht. Auch Therapien wie invasive Beatmung gab es damals noch nicht.

## Grippe

In Erinnerung sind weitere Grippe-Pandemien: die Asiatische Grippe Ende der 50er Jahre und die Hongkong-Grippe der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts. Beiden erlagen Schätzungen zufolge jeweils eine bis vier Millionen Tote.

In Deutschland verursachen saisonale Influenzawellen jährlich zwischen einer und sieben Millionen zusätzliche Arztkonsultationen - in Jahren mit starken Grippewellen auch deutlich mehr. Eine außergewöhnlich starke Grippewelle erlebte Deutschland 2017/18 mit über 25.000 Toten. Guten Schutz vor einer Influenza-Erkrankung bieten seit vielen Jahrzehnten die jährlichen Gripeschutzimpfungen.

## SARS

Das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (severe acute respiratory syndrome, SARS) wurde erstmals im November 2002 in der chinesischen Provinz Guangdong beobachtet und breitete sich über mehrere Länder aus. Es infizierte bis Ende Juli 2003 weltweit 8.096 Menschen. Das Virus forderte nach Angaben von Statista Research Department in dieser Zeit 774 Todesopfer.

## Vogelgrippe

Die Vogelgrippe infizierte laut WHO zwischen 2003 und 2020 weltweit 861 Menschen; 455 von ihnen starben. Zur Behandlung werden antivirale Medikamente eingesetzt.

## Schweinegrippe

Die unter dem Namen „Schweinegrippe“ im Jahr 2009 entdeckte Influenzavirus-Variante weitete sich im Laufe des Jahres zur Pandemie aus. Als die WHO die Pandemie-Phase im August 2010 für beendet erklärte, wurde die Zahl der weltweiten Todesfälle auf 200.000 beziffert. In Deutschland starben etwa 350 Menschen an der Schweinegrippe. Zur Therapie werden Medikamente eingesetzt. Auch einen Impfstoff gegen die Schweinegrippe gibt es.

## Ebola

Einen großen Ebola-Ausbruch gab es 2014/2015 in Westafrika. Laut WHO erkrankten zwischen 2014 und 2016 mehr als 28.600 Menschen; über 11.300 davon starben. Einige Ebola-Patienten wurden zur Behandlung nach Deutschland gebracht.

Ines Engelmohr



## Hausärzterverband: Wenn Corona-Impfungen in Praxen möglich sind, wird dies der niederschwelligste und produktivste Weg sein

Die Corona-Pandemie hat Hausärztinnen und Hausärzte vor ganz besondere Herausforderungen gestellt. Zusätzlich zum Praxisalltag haben sie sich in den vergangenen Monaten intensiv um Corona-Patienten gekümmert und sie versorgt, haben Strukturen und Abläufe den neuen Verordnungen angepasst und somit auch einen wichtigen Schutzwall gebildet, damit die Krankenhäuser unter der Pandemie nicht zusammenbrechen. Die Vorsitzende des rheinland-pfälzischen Hausärzterverbandes Dr. Barbara Römer, Hausärztin im rheinhessischen Saulheim, zieht Schlüsse aus dem vergangenen Corona-Jahr.



Foto: privat

### Wie unterscheiden sich die hausärztlichen Erfahrungen aus der ersten von der zweiten Corona-Welle?

Die erste Welle ist abrupt auf unsere Praxen eingebrochen. Unsere Arbeit war bestimmt von Unsicherheit. Wir hatten Angst um die Gesundheit unserer Mitarbeiter und um unsere eigene. Dass Schutzausrüstungen anfangs nicht vorhanden waren, hat uns und unsere Teams sehr belastet.

In kürzester Zeit hatten wir in den Praxen Konzepte erarbeitet, um unsere nicht-infizierten Patienten getrennt von Infizierten einzubestellen. Diese neue Infektsprechstunde hat den Patienten Sicherheit gegeben. Wir konnten so den regulären hausärztlichen Betrieb weiter aufrechterhalten. Unsere Patientinnen und Patienten haben diese neue Sprechstunde gerne und sehr dankbar angenommen. Sie kamen aber zum Glück auch weiterhin wegen anderer Erkrankungen in die Praxen. Das war wichtig.

Jetzt in der zweiten Welle scheint es zu kippen. Die Hausarztpraxen sind inzwischen sehr gut aufgestellt mit Trennung der Sprechstunden und mit Schutzausrüstungen. Doch wir spüren eine starke Verunsicherung unter den Patienten. Die Angst der Patienten nimmt deutlich zu, so dass sie nun auch zunehmend reguläre Termine in der vertrauten Hausarztpraxis meiden oder akute gesundheitliche Probleme auf die lange Bank schieben.

### Welche Auswirkungen wird das haben?

Wenn wir beispielsweise bei unseren chronisch kranken Patienten anrufen und sie an ihre Kontrolltermine erinnern, hören wir immer häufiger: „Nein danke; ich komme erst wieder, wenn Corona vorbei ist.“ Das ist nicht gut.

Durch diese zunehmende Vermeidungshaltung fällt das kontinuierliche Monitoring sehr schwer. Wir sehen, dass es beispielsweise zu Entgleisungen beim Blutzucker oder Bluthochdruck kommt. Das kann man normalerweise bei regelmäßiger Therapiekontrolle gut vermeiden. Auch Erstdiagnosen schwerer Erkrankungen müssen wir aktuell häufiger feststellen, weil Patienten nicht frühzeitig genug die Hausarztpraxis aufsuchen.

### Welche Schutzmaßnahmen haben Hausärzte für die eigene Praxis umgesetzt?

Die meisten Praxen haben Plastikscheiben als Spuckschutz in den Anmeldebereichen installiert sowie Sitzplätze in den Wartebereichen gesperrt oder weggeräumt, um Abstände einzuhalten. Es wird regelmäßig gelüftet und auf Abstand in allen Praxisbereichen geachtet. Und natürlich tragen Ärzte, Personal und Patienten FFP2-Masken. Ich hoffe ja, dass wir dann, wenn wir alle geimpft sind, auch wieder auf das Maskentragen verzichten können. Denn die Masken erschweren schon sehr die so wichtige nonverbale Kommunikation im Praxisalltag. Das Händeschütteln als zwendendes Begrüßungsritual wird aber sicherlich langfristig entfallen.

Zu den neuen Maßnahmen gehört auch die Etablierung einer Infektsprechstunde. In unserer Praxis können wir uns beispielsweise eine offene Sprechstunde gerade während der Infektmonate gar nicht mehr vorstellen. Wir haben auch erreicht, dass Patienten bis auf wenige Ausnahmen grundsätzlich anrufen, bevor sie in die Praxis kommen. Somit können die Patientenströme bereits am Telefon gesteuert werden. Hierfür möchte ich auch den Patienten für ihr Verständnis ausdrücklich danken.

### Haben die Hausärzte aufgrund von Corona mehr auf Videosprechstunden gesetzt?

Digitale Instrumente sind durchaus hilfreich. Wir bieten zum Beispiel die Möglichkeit der Online-Rezeptbestellung oder Kommunikation über unsere Homepage an. Auch unsere telefonische Beratung ist seit Corona-Beginn geradezu explodiert. Wir nutzen viele technische Varianten, um so unseren Patienten verschiedene Möglichkeiten anzubieten, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Die Videosprechstunde ist bei uns aber kaum gefragt. Das hängt an der fehlenden Verfügbarkeit einer guten und stabilen Internetverbindung. In unserer eher ländlichen Region sind wir davon leider weit entfernt. Hier liegen noch immer Kupferkabel aus den 80er Jahren, die der hohen Inanspruchnahme in Zeiten von Homeoffice und Lockdown schlichtweg nicht standhalten und das Netz regelmäßig zusammenbrechen lassen.

Es ist gerade in den Corona-Monaten immer klarer geworden: Insbesondere in den ländlichen Regionen ist das Internet häufig keine verlässliche Stütze. Das ist umso bedauerlicher, da wir dieses besonders hier wegen des Ärztemangels dringend gebrauchen könnten. Bedarf und Realität klaffen viel zu weit auseinander. Ich sehe den Staat in der Pflicht, hier massiv und schnell zu investieren.

### Wie hat Corona Ihren eigenen Praxisalltag verändert?

Es hat uns immens belastet. An unser Team möchte ich daher auch ein großes Lob aussprechen. Die Mitarbeitenden in allen Praxen sind extrem flexibel und haben sich auf die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen, Vorschriften und Verordnungen sowie auf sich laufend ändernde Abrechnungsmodalitäten immer sehr gut eingestellt. Die emotionale Belastung war noch nie so hoch wie in den vergangenen Monaten, auch der Beratungsaufwand war sehr groß. Ich empfinde es deshalb besonders bitter, dass Medizinische Fachangestellte keinen Corona-Bonus erhalten analog den Pflegekräften in den stationären Einrichtungen. Hier muss sich etwas tun. Ich fordere einen Corona-Bonus auch für nicht-ärztliches Praxispersonal.

### Sind die Hausarztpraxen – sobald genügend Impfstoff vorhanden ist – vorbereitet, das Impfen in den Praxen zu übernehmen?

Ja, selbstverständlich sind sie das. Ich werde immer öfter gefragt, wann es endlich soweit ist. Die Hausärzte wollen endlich loslegen mit dem Impfen in ihren Praxen. Und auch von unseren Patienten hören wir regelmäßig, dass sie am liebsten vom Arzt ihres Vertrauens in der Praxis geimpft werden möchten. Wenn das Impfen in den Praxen möglich sein wird, wird dies der niederschwelligste und produktivste Weg sein. Impfen ist schließlich unsere Kernkompetenz.

### Welche Systemschwächen hat die Pandemie zutage gefördert?

Mich stört derzeit gewaltig, dass der mediale, ständig wechselnde und hoch komplexe Informationsgehalt über Corona uns so massiv überflutet, dass viele Menschen ihn einfach nicht mehr einordnen können. Die Folge: Es wachsen diffuse Ängste und das führt zum Rückzug. Wir brauchen aber Vertrauen, Zuversicht und eine perspektivische Strategie. Denn wir müssen lernen, mit dem Virus zu leben. Es wird keine Zeit „nach Corona“ geben.

Gestört hat mich zudem die monothematische Fixierung des Bundes allein auf virologische Kompetenz. Uns Niedergelassene, die direkt vor Ort mit den Patienten arbeiten, hat man nicht eingebunden. Auch Patienten wurden häufig nicht in ihrer Ganzheitlichkeit betrachtet, dabei sind Menschen doch viel mehr als nur Infektionsziele.

Sehr verärgert waren wir zudem, als nach den Sommerferien urplötzlich festgelegt wurde, dass Hausarztpraxen Anlaufstelle für die Abstriche der Reiserückkehrer sein sollen. Wir sind doch nicht die „Abstreicher der Nation“, sondern mehr denn je dringend benötigte Patientenversorger.

Auf Landesebene wurde nun seit dem Jahreswechsel erfreulicherweise ein anderer Weg eingeschlagen. Seit Beginn der Impfkampagne wird Wert gelegt auf gemeinsame, sektorenverbindende Abstimmungen, um die Durchimpfung der Bevölkerung in unserem Land zum Erfolg zu bringen. Dies begrüße ich ausdrücklich. Denn nur gemeinsam erreichen wir das Ziel.

### Hat Corona auch Systemstärken zutage gefördert?

Ja. Es hat sich deutlich gezeigt, wie essenziell der ambulante Sektor ist. Neun von zehn Corona-Patienten werden ambulant und in erster Linie von Hausärzten betreut. Die Hausarztpraxen haben einen Schutzwall für die Krankenhäuser gebildet. So können sich diese auf die schweren Erkrankungsverläufe konzentrieren. Beide Sektoren - ambulant und stationär - haben sich bewährt und leisten in der Pandemie hervorragende Arbeit. Darauf können wir alle gemeinsam stolz sein.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

„Die Hausärzt\*innen wollen endlich loslegen mit dem Impfen in ihren Praxen. Impfen ist unsere Kernkompetenz.“

„Beide Bereiche – ambulant und stationär – haben sich in den Corona-Monaten bewährt.“

## Krankenhaushygiene: Herausforderungen und Aufgaben, auch und gerade in Pandemie-Situationen

**Für die Krankenhaushygiene steht die Prävention im Vordergrund allen Handelns. Wesentliche Bausteine sind unter anderem: Desinfektion von Haut, Flächen und Medizinprodukten; Barriere-Maßnahmen, insbesondere die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie Impfungen.**

**Regelmäßig erfolgen Aktualisierungen. Neben den relevanten Veröffentlichungen weltweit spielen auch Hygiene-Kongresse mit der Diskussion aktueller Themen, aber auch die Empfehlungen der KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) eine besondere Rolle. In den vergangenen 20 Jahren gab es immer wieder Ergebnisse, die dazu führten, dass intensive Vorbereitungen initiiert wurden: 2001 Pocken; 2003 SARS-CoV-1, 2006 A/H5N1 Vogelgrippe; 2009 A/H1N1 Schweinegrippe, 2011 EHEC, 2012 Anthrax, 2014 MERS-CoV, 2020 SARS-Cov-2 / COVID-19.**

Oft konnten die Krisen- und Alarm-Pläne, Vorgaben zum Umgang bei der Desinfektion, welche Mittel erforderlich sind, der PSA und der Entsorgung in der Schublade bleiben. Manchmal gab es, wie bei der Schweinegrippe, besondere Impfkationen, an denen wir uns auch beteiligten. Im Katholischen Klinikum Mainz (kkm) ist es üblich, auch für die genannten Fälle, Kurz-Merkblätter zu erstellen – eine Seite (Vorder- und Rückseite) mit farblicher Kennzeichnungen inklusive rechtlicher Bestimmungen.

Bei dem Corona-Virus kam es dann aber ganz anders. Am Sonntag, den 19.1.2020 berichtete die Tagesschau von der Situation in Wuhan (China). Mit diesen Informationen und weiteren sachbezogenen Recherchen erstellte das Team Krankenhaushygiene des kkm vorsorglich ein Merkblatt, Desinfektionspläne, Vorgaben für die PSA und Katastrophen-Pläne für SARS-CoV-2.

Uns erreichte aber schon am gleichen Tag gegen 17:30 Uhr ein Anruf des Gesundheitsamtes, dass es einen Reiserückkehrer aus China mit verdächtigen Symptomen gibt. In den folgenden Wochen und Monaten überschlugen sich die Ereignisse. Zunächst folgten Reiserückkehrer aus Finnland mit einem kritischen Kontakt zu einer chinesischen Reisegruppe aus einem Risikogebiet in China. Bei beiden war der, noch in der Entwicklungsphase befindliche SARS-CoV-2 Test, glücklicherweise negativ. Sie konnten die Sonder-Isolationsstation des kkm rasch wieder verlassen. Wie seit vielen Jahren gewohnt, war die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Mainz und dessen Leiter sehr eng und effektiv, mit einer Begehung im kkm und einer direkten Befragung beider Patienten durch den Amtsarzt.

Danach nahmen die Zahlen auch in Deutschland zu. Schließlich waren wir gezwungen, die Routine-Aufgaben der Abteilung - soweit vertretbar – zu reduzieren, um alle SARS-CoV-2 bezogenen Arbeiten erledigen zu können.

Im Jahr 2020 wurden fast 2.300 Hygienekonsile bearbeitet, viele auch in Bezug auf die neue Virus-Erkrankungen. Außerdem gingen 1.700 Anfragen von Mitarbeiter\*innen ein, in

der Regel als Selbstauskunftsbögen, bei denen die Kontakte und notwendige Maßnahmen mit den Mitarbeiter\*innen und der Aufsichtsbehörde abgestimmt werden mussten. Etwa 200 Mitarbeiter\*innen mussten 2020 vorübergehend in Quarantäne gehen, um Patient\*innen und Kolleg\*innen nicht zu gefährden. Außerdem wurde schon frühzeitig eine Testung von Ausrüstungsgegenständen für die PSA eingeführt. MNS (Mundnasenschutz), FFP-2-Masken, Schutzkittel und Einmal-Handschuhe wurden für die gesamte Unternehmensgruppe im kkm getestet und erst dann freigegeben. Zwischen 40 bis 70 Prozent der Artikel bestanden den Test nicht, es erfolgte dann auch keine Beschaffung. Nach einer kurzen Phase der Entspannung im Sommer, folgte die zweite Welle mit einer nochmaligen Steigerung der Belastung für alle Mitarbeiter\*innen.

Nach wie vor stellt uns die derzeitige Pandemie-Situation vor besondere Herausforderungen. Die sehr enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin und dem Gesundheitsamt hat sich hierbei sehr bewährt. Nach anfänglichen Besprechungen bei Kaffee und Kuchen an den Sonntagnachmittagen waren schnell nur noch Telefonkonferenzen möglich. Die sehr enge Abstimmung aller pandemiebedingt notwendigen Maßnahmen trug wesentlich zur Akzeptanz bei Besucher\*innen und Mitarbeiter\*innen bei und wird bis heute weiter so praktiziert.



Foto: kkm/Joachim Gies

*Autor  
Dr. Hubert L. Holz  
Leitender Krankenhaushygieniker im Katholischen Klinikum Mainz (kkm) der Marienhaus Kliniken GmbH*

## Pandemie-Herausforderungen auch für die psychiatrische Klinik

**Corona verlangt uns Ärztinnen und Ärzten sehr viel ab. Vielen Herausforderungen haben wir uns gestellt und Lösungen hierfür gefunden. Beispielsweise unterscheiden sich die Stationen unserer psychiatrischen Klinik im Aufbau von Stationen somatischer Abteilungen; auch die therapeutische Arbeit ist nur im multiprofessionellem Team möglich.**

**A**uf den psychiatrischen Stationen findet Gemeinschaft in großen Aufenthaltsbereichen statt, in denen normalerweise auch gemeinsam gegessen, aber auch gemeinsam ferngesehen oder gespielt wird. Einige dieser Aktivitäten werden durch das therapeutische Team begleitet oder aber vom Pflegestützpunkt werden die Interaktionen in diesen Situationen beobachtet. Dadurch können Rückschlüsse über den Verlauf und die Entwicklung des Krankheitsverlaufs der Patient\*innen geschlossen werden.

Durch die Notwendigkeit der Einhaltung der AHA-L-Regeln mussten die beschriebenen Abläufe geändert werden, das Essen wird von den Patienten und Patientinnen jetzt in den Zimmern eingenommen, der Gemeinschaftsbereich wird deutlich eingeschränkter genutzt und dem therapeutischen Team fehlen somit wichtige Beobachtungen.

Stationsübergreifend stattfindende Komplementärtherapien (Sport-, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie) sowie psychotherapeutische Gruppentherapieangebote wurden auf ein stationsbezogenes Angebot umgestellt. Um das stationsbezogene Angebot umsetzen zu können, war ein hohes Maß an Flexibilität des therapeutischen Teams notwendig.

Bei durchschnittlichen Liegezeiten von etwa 20 Tagen in unserer Abteilung ist das Besuchsverbot besonders belastend für die Patient\*innen, auch mehrwöchige bis mehrmonatige Aufenthalte sind bei besonders schweren Krankheitsverläufen keine Seltenheit. Wenn aus medizinischer Sicht möglich, konnten die Patient\*innen sich mit einem Angehörigen außerhalb der Stationen treffen. Für Patient\*innen, die durch einen Rechtsstatus in einer Psychiatrie untergebracht sind und/oder aufgrund des Schweregrads ihrer Erkrankung die Stationen nicht verlassen können, wurden Besuche mit einer Ausnahmeregelung ermöglicht.

Damit verbunden ist ein zusätzlicher zeitlicher und organisatorischer Aufwand durch die Notwendigkeit eines Abstrichs für einen AG-Schnelltest sowie die Dokumentation des Tests.

Vor der stationären Aufnahme von Patient\*innen müssen durch die diensthabenden Ärzt\*innen Abstriche auf SARS-CoV-2 für PCR- und AG-Schnelltests durchgeführt werden. Einem Patienten mit einer Schizophrenie, der sich verfolgt fühlt und möglicherweise zunächst gegen seinen Willen zu-

geführt wird, oder einer deliranten dementen Patientin, die vermutet, dass sie vergiftet wird, die Untersuchung so nahe zu bringen, dass sie zugelassen wird, erfordert ein hohes Maß an Zeit und Fingerspitzengefühl.

Durch das Tragen von Masken sind die Kommunikation und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung deutlich erschwert. Ohne die Mimik sehen zu können, sind Aussagen von Patient\*innen schwerer psychopathologisch einzuordnen, damit kann auch eine diagnostische Einordnung erschwert sein.

Team-Gespräche und stationsübergreifenden Besprechungen finden seltener statt. Der schnelle und unkomplizierte Austausch sowie die schnelle Informationsweitergabe über organisatorische Abläufe aber auch über Patientinnen und Patienten fehlt.

Aktuell behandeln wir eine hohe Zahl an schwer erkrankten und (nach PPP-RL) Intensivpatient\*innen, die mehr Personalressourcen in der Behandlung erfordern. Dies ist unter anderem auch auf die eingeschränkte Verfügbarkeit von ambulanten komplementären Hilfen von psychisch erkrankten Menschen und damit verbundenen fehlenden Früherkennung sich verschlechternder Krankheitsbilder zurückzuführen.

Für das Corona-Gemeinschaftskrankenhaus aber auch für die Mitarbeiter\*innen des Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen und des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder wurde von Psychologen und Psychologinnen beider Krankenhäuser ein Kriseninterventionsteam gegründet, das aber auch mit CoVid-Patient\*innen sowie deren Angehörigen arbeitet.



Foto: Engelmohr

*Autorin  
Mariza Oliveira Galvão  
Oberärztin Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen Trier*



## Gesundheitsamt Landkreis Kusel: Wir sind an unsere Grenzen gekommen

Das Gesundheitsamt des Landkreises Kusel ist zuständig für drei Verbandsgemeinden: Oberes Glantal, Kusel-Alten- glan und Lauterecken-Wolfstein; 72.000 Menschen leben in dieser Region. Das Gesundheitsamt hat seinen Sitz in Kusel bei der Kreisverwaltung. „Uns hat Corona zweimal hart getroffen, aber ohne Kontrollverlust“, fasst Andrea Missal, die Ärztliche Leiterin des dortigen Gesundheitsamtes, die Pandemie-Herausforderungen zusammen.

### *Bekamen und bekommen Sie zusätzliche Unterstützung beispielsweise vom Kreis oder der Bundeswehr?*

Als ländliche Region haben wir gemessen an der Einwohnerzahl zwar rechnerisch genauso viele Personalstellen wie andere Gesundheitsämter. In der Summe sind dies jedoch bei uns nur 1,6 besetzte Stellen mit Hygieneinspektoren. Damit konnten und können wir eine Nachverfolgung unter Pandemiebedingungen einfach nicht schaffen. Zumal wir zu Beginn über 50 Kontakte bei einem Positivfall hatten, denen wir nachgehen mussten.

Wir haben Unterstützung bekommen: zwölf Bundeswehrsoldaten, drei Landesbedienstete und zwei RKI-Scouts. Und jede Menge Mitarbeiter, auch Azubis der Kreisverwaltung. Um fachfremde Mitarbeiter optimal einbinden zu können, mussten Arbeitsabläufe in überschaubare Teilbereiche aufgeteilt werden. Doch dadurch waren natürlich auch viele Mitarbeiter mit einem Fall befasst. Und das war dann mit unserem Softwareprogramm nicht mehr abbildbar. Das war der Zeitpunkt als wir pragmatisch wieder zum Papier-Laufzettel zurückgegriffen haben. Relativ schnell war ein Zusatzmodul auf dem Markt, mit dem wir wieder digital arbeiten konnten.

### *Sind die angekündigten Bundesgelder bei Ihnen angekommen?*

Diese Gelder sind noch nicht da, aber sie wurden uns in Aussicht gestellt.

### *Hat Ihr Amt Digitalisierungsfortschritte erlebt?*

Bundesweit ist das Meldeprogramm DEMIS verbessert worden, über das Labore melden können. Ärzte und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen müssen dennoch weiterhin per Fax, Telefon oder Mail melden. Es wäre einfacher, wenn alle über ein Portal melden könnten.

### *Welche Ihrer Forderungen bestehen weiterhin?*

Die Vergütung für die Ärzt\*innen und auch die Hygieneinspektoren\*innen ist nach wie vor nicht angemessen. Die Wertschätzung ist mit Worten zwar da, aber ich fürchte, dass sie sich finanziell nicht bemerkbar machen wird.

### *Können Sie aus der Corona-Pandemie auch einen guten Aspekt mitnehmen?*

Wir haben erlebt, wie der hohe Druck uns als Team noch mehr zusammengeschweißt hat: Die Mitarbeiter passen aufeinander auf und sind füreinander da. Und wir haben mit der Pandemie gelernt. Die gesamtgesellschaftlich negativen Auswirkungen durch das neue Coronavirus sind jedoch so erheblich, dass ich dem Ganzen nichts Gutes abgewinnen kann.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr



Andrea Missal, Leiterin des Gesundheitsamtes im Landkreis Kusel:

„Uns hat Corona zweimal hart getroffen, aber ohne Kontrollverlust“

### *Gab und gibt es in Ihrer Region besondere Herausforderungen?*

Die vergangenen Monate waren für uns heftig. Die erste Welle im Frühjahr hat uns schon hart an unsere Grenzen gebracht; im Sommer hatten wir das Geschehen dann gut im Griff, weil die Anzahl der Kontakte von positiv Getesteten sich deutlich reduziert hatte. Damit war es im Herbst jedoch wieder vorbei.

Wir hatten bis Oktober 2020 knapp 200 positive Fälle. Diese Zahl ging danach sprunghaft in die Höhe auf über 1.500 neue positiv getestete Fälle (Stand 5.2.21). Das Amt war durchweg an sieben Tagen die Woche besetzt. Wir haben sehr viele Überstunden gemacht, zeitweise keinen freien Tag gehabt und sind an unsere Belastungsgrenzen gekommen.

Der Anstieg in der zweiten Welle war für uns absehbar gewesen. Wir konnten auf der Landkarte verfolgen, wie immer mehr Landkreise von Nachbarlandkreisen mit hohen Inzidenzen angesteckt wurden. Da kam etwas auf uns zu, was wir nicht mehr alleine stemmen konnten. Wir haben rechtzeitig Unterstützung angefordert und bekommen. Somit konnten wir weiter sehr ehrgeizig ermitteln.

Wir hatten häuserweise Ausbrüche in unserer Kuseler Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende, mussten diese Einrichtung bisher glücklicherweise nie komplett schließen. Die Ausbrüche in unseren Pflegeheimen waren große Herausforderungen für das dortige Pflegepersonal.

Die ständigen Änderungen von Bundes- und Landesverordnungen oder den RKI-Empfehlungen haben immer wieder Schulungen der Mitarbeiter notwendig werden lassen. Das hat viel Zeit in Anspruch genommen.

## Gesundheitsamt Trier: Wir haben früh um Hilfe gerufen und diese auch bekommen

Das Gesundheitsamt Trier ist zuständig für die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg und ist bei der Kreisverwaltung Trier-Saarburg angesiedelt. Die Pandemie hat „uns sehr viel abverlangt und unsere Arbeit im Gesundheitsamt dominiert“, beschreibt Dr. Harald Michels, Leiter des Trierer Gesundheitsamtes, die Arbeitssituation der vergangenen Monate. Stadt und Landkreis sowie die Gesundheitseinrichtungen haben eng zusammengearbeitet, um Corona einzudämmen. Regelmäßig habe es Besprechungen gegeben, teilweise auch virtuell, an denen neben Vertretern der Stadtverwaltung Trier, der Kreisverwaltung Trier-Saarburg, dem Gesundheitsamt, der Bezirksärztekammer unter anderem der Rettungsdienst, die Berufsfeuerwehr Trier sowie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und das Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen teilgenommen und die Zusammenarbeit abgestimmt haben.

### *Gab und gibt es in Ihrer Region besondere Herausforderungen?*

Wir hatten beispielsweise recht große Corona-Ausbrüche in den beiden Aufnahmeeinrichtungen für die Asylbegehrenden. Ferner hatten wir hohe Todesfallzahlen in Seniorenzentren. Es galt, vernünftige Strukturen zu schaffen und wir haben früh um Hilfe gerufen. So haben wir Ende Februar 2020 ein Lagezentrum eingerichtet und bereits kurze Zeit später ein zweites.

Inzwischen haben wir hier im Gesundheitsamt viele externe Mitarbeiter, sodass wir selber in unseren eigenen Räumen kaum noch den notwendigen Abstand halten können. Wir haben daher inzwischen großzügige Räume mit guten Lüftungsmöglichkeiten extern angemietet. Dort arbeiten nun corona-konform knapp 30 Mitarbeiter.

Zusätzlich haben wir eine Hotline eingerichtet und hierbei die Behördennummer 115 eingebunden, an der eine Art Vor-Check erfolgt. Das hat sich sehr bewährt: Es schont unsere Ressourcen für die wirklich fachlich-fundierte Anfragen.

### *Bekamen und bekommen Sie zusätzliche Unterstützung beispielsweise von der Stadt, dem Kreis oder der Bundeswehr?*

Die Kreisverwaltung und die Stadtverwaltung haben uns früh unterstützt und uns Mitarbeiter aus ihren Reihen als Unterstützung zur Seite gestellt. Seit November 2020 unterstützen uns zudem acht Bundeswehrsoldaten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Bundes- und Landesbehörden, Ruheständler und Containment-Scouts, die über ein Bundesprogramm finanziert werden.

Darüber hinaus bekommen wir in diesem Jahr 13 neue Vollzeitstellen für Gesundheitsaufseher, EDV, Verwaltung und Ärzte. So viele neue Stellen hatten wir hier noch nie.



Dr. Harald Michels, Leiter des Trierer Gesundheitsamtes:

„Wir brauchen nach wie vor ein Landesgesundheitsamt“

Foto: Engelmohr

### *Sind die angekündigten Bundesgelder bei Ihnen angekommen?*

Bis jetzt noch nicht, aber die Gelder sollen ja auch erst im Laufe dieses Jahres eintreffen. Bei der Verbesserung der elektronischen Anbindung der Gesundheitsämter hat der Bund viel zu lang geschlafen. Die durch die Pandemie ausgelöste Hauruck-Bewegung kann daher auch nicht sofort greifen.

### *Hat Ihr Amt Digitalisierungsfortschritte erlebt?*

Marginal haben uns EDV-Gelder schon erreicht. Unser Kreis ist jedoch in Vorlage getreten und wir haben technisch aufgerüstet.

### *Welche Ihrer Forderungen bestehen weiterhin?*

Das ist ganz klar die Forderung nach einer angemessenen Honorierung der ÖGD-Mitarbeiter. Und zwar nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Hygieneinspektoren; sie haben eine deutlich höhere Eingruppierung verdient. Wenn wir sie nicht gehabt hätten, hätten wir einpacken können.

Auch brauchen wir nach wie vor ein Landesgesundheitsamt, das uns miteinander vernetzt und regional mehr Service ermöglicht.

Und ganz wichtig ist es, dass wir ein funktionsfähiges System bekommen, mit dem wir sicher untereinander kommunizieren können – auch bundesweit. Ebenfalls vonnöten ist die Aktualisierung von Internetauftritt und Social-Media-Kanälen. Hier haben wir Nachholbedarf, um die modernen Kommunikationsmittel am Leben zu halten.

### *Können Sie aus der Corona-Pandemie auch einen guten Aspekt mitnehmen?*

Ja. Denn durch die Pandemie mit der extremen Belastung ist gesellschaftspolitisch bewusstgeworden, wie wichtig und wertvoll ein funktionierender Öffentlicher Gesundheitsdienst ist. Diese Wertschätzung müssen wir aufrecht halten, denn auch in Zukunft brauchen wir einen gut aufgestellten ÖGD. Meine Vision ist ein moderner ÖGD mit Public-Health-Ansatz.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

## Gesundheitsamt Mainz-Bingen: Kraftakt, mit stets neuen Verordnungen Schritt zu halten

Das Gesundheitsamt Mainz-Bingen ist zuständig für den Kreis und die Stadt Mainz; etwa 430.000 Einwohner leben hier. Das Gesundheitsamt hat seinen Sitz in Mainz. Dr. Dietmar Hoffmann, langjähriger Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Gesundheitsamt Mainz-Bingen, berichtet nicht nur von physischer Extrembelastung, sondern auch von seelischer Last.



Dr. Dietmar Hoffmann, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Gesundheitsamt Mainz-Bingen:

„So extrem war es noch nie.“

### Gab und gibt es in Ihrer Region besondere Herausforderungen?

In meinen Dienstjahren habe ich schon einige Belastungsphasen erlebt, aber so extrem war es noch nie. Wir hatten einen sehr hohen Arbeitsdruck. Mainz liegt nun mal dicht am Rhein-Main-Gebiet und somit hatten wir auch dadurch sehr hohe Fallzahlen; wir kamen in der zweiten Welle mit der Arbeit kaum noch nach. Wir mussten vieles gleichzeitig bewältigen: Erfassung, Kontaktverfolgung und Einarbeitung zusätzlicher Mitarbeiter.

Sehr vielen Mitarbeitern ist die Situation auch psychisch sehr nahegegangen. Wir hatten in der zweiten Welle eine sehr hohe Zahl an Todesfällen. Viele der Toten waren in Heimen zu beklagen, in denen wir die Abstriche gemacht hatten. Wir kannten auch viele Erkrankte durch unsere regelmäßigen Telefonkontakte, das hat uns sehr berührt. Diese Verluste haben viele von uns mit nach Hause genommen. Die Arbeit wurde auch am Wochenende fortgesetzt, an ein Abschalten war oft nicht zu denken. Das war eine enorme seelische Last.

### Bekamen und bekommen Sie zusätzliche Unterstützung?

Ja, die Kreisverwaltung hat uns Mitarbeiter zur Seite gestellt und es erfolgten viele Neueinstellungen. Wir bekamen auch sechs RKI-Scouts und darüber hinaus haben uns bis zu 16 Bundeswehrbedienstete unterstützt. Unsere Mitarbeiterzahl hatte sich zeitweise mehr als verdoppelt.

### Sind die angekündigten Bundesgelder bei Ihnen angekommen?

Meines Wissens nach sind diese Gelder leider noch nicht eingegangen. Was angekommen ist, sind die Landesgelder.

### Hat Ihr Amt Digitalisierungsfortschritte erlebt?

Unsere Kreisverwaltung hat eine hervorragende IT-Abteilung. Wir konnten stets sehr kurzfristig beispielsweise zusätzliche Räume mit EDV vernetzen; wir haben auch verbesserte Ausstattung mit Laptops, iPads und Diensthandys bekommen. Wir haben zudem

mitten in der Krise einen Wechsel der Software zur Kontaktnachverfolgung gehabt, damit kann vom Infizierten ein digitales Symptomtagebuch geführt werden. Unsere Technik wird fortlaufend aktualisiert.

Daher ärgert es mich auch, dass von der Bundespolitik und den Medien der ÖGD immer wieder so dargestellt wird, als ob wir alle nur mit Bleistift und Fax arbeiten. Das war noch nie so! Natürlich bekommen wir auch noch vereinzelt Faxe, aber dies aus Datenschutzgründen und wegen Zweifeln gegenüber Mails, aber diese kommen nicht als Papier an, sondern landen digital in unseren PCs. Wir sind in Mainz komplett papierlos. Manchmal fehlen zugegebenermaßen noch Schnittstellen, damit alle Ämter bundesweit in einem Programm arbeiten können. Digitalisierung braucht eben Zeit.

### Welche Ihrer Forderungen bestehen weiterhin?

Wir brauchen bundesweit ein bisschen mehr Einheitlichkeit, Es bereitet Probleme, wenn Bundesbeschlüsse in verschiedene Landesgesetze fließen und an der Grenze zum nächsten Bundesland auf einmal ganz andere Regeln gelten. Man sollte Gesetze auch so prägnant abfassen, dass diese nachvollziehbar und verständlich sind; beispielsweise wird die grundsätzliche Quarantäneverpflichtung für Reiserückkehrer durch die vielen Ausnahmen bis zur Unkenntlichkeit verstümmelt.

Anstrengend war es auch, mit allen Verordnungen Schritt zu halten. Wir hatten bislang 17 Corona-Verordnungen; jede von ihnen hat Updates erfahren. Somit mussten wir uns in 50 bis 80 Versionen einlesen, sie verstehen und auch umsetzen. Dazu kamen unzählige weitere Verordnungen auf Bundes- und Landesebene und eben die ständig aktualisierten fachlichen Empfehlungen des RKI. Wenn wir als Fachleute schon Probleme hatten, immer auf aktuellem Stand zu bleiben, wie ist es dann wohl dem Durchschnittsbürger ergangen?

### Können Sie aus der Corona-Pandemie auch einen guten Aspekt mitnehmen?

Im Vergleich zu europäischen Nachbarländern sind wir besser durch die Pandemie gekommen. Unsere Stützen hierbei: unsere Krankenhäuser, unsere niedergelassenen Ärzt\*innen und unser Öffentlicher Gesundheitsdienst, alle haben Hand in Hand gearbeitet.

Zudem zeigt sich inzwischen, dass die AHA-Regeln auch dafür gesorgt haben, dass wir deutlich weniger Grippefälle und Norovirus-Erkrankungen haben als sonst zu dieser Jahreszeit. Ich glaube, dass Hygiene in der Öffentlichkeit und in den Schulen auch langfristig einen höheren Stellenwert behält. Und was besonders guttut: Wir haben sehr viel Wertschätzung erfahren.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

## Corona-Spätfolgen: Patienten gelten zwar als genesen, fühlen sich aber weiter krank



Dr. Ulrich Matt betreut Patienten in der Gießener Covid-Nachsorge-Ambulanz

Foto: privat

Patientinnen und Patienten, die eine Corona-Erkrankung überstanden haben, leiden meist noch lange nach ihrer Genesung an unterschiedlichen Symptomen und kämpfen mit Spätfolgen. Im Universitätsklinikum Gießen können sich diese Patienten an die Covid-Nachsorge-Ambulanz wenden. Bundesweit gibt es etwa 18 solcher Ambulanzen; in Rheinland-Pfalz ist aktuell keine derartige Ambulanz bekannt. Die Gießener Ambulanz gehört zur Medizinischen Klinik II und ist eine Abteilung des Zentrums für Infektiologie. Oberarzt Dr. Ulrich Matt, PhD, kümmert sich um die Patienten in der Covid-Nachsorge-Ambulanz. Seine Eindrücke über die Arbeit in der Ambulanz fasst er zusammen:

### Welche Patientinnen und Patienten kommen zu Ihnen in die Ambulanz?

Anfangs hatten wir sowohl ambulante als auch stationäre Patienten. Der Andrang war Ende 2020 sehr groß; wir wurden fast überannt. Wir können uns auch derzeit vor Anfragen kaum noch retten. Anfangs kamen die Patienten auch aus anderen Häusern. Aber das schaffen wir nicht mehr. Jetzt nachbehandeln wir nur noch Patient\*innen, die bei uns auf Station waren. Das sind aktuell 80 bis 90 Patienten.

### Wie oft und wie lange sind die Patienten in der Nachsorge?

Unsere Nachbetreuung erfolgt nach Symptombeginn dreimal: Nach drei, sechs und zwölf Monaten sehen wir die Patienten wieder.

### Wie viele Patienten haben nach überstandener Erkrankung Beschwerden?

Hierzu gibt es noch keine kompletten Zahlen. Wir werden unsere Evaluation in Kürze starten. Eine der ersten Studien zu „Post-Covid“ geht davon aus, dass rund 80 Prozent der Patienten auch 60 Tage nach ihrer Genesung noch Beschwerden haben. Das deckt sich mit unseren Beobachtungen, wobei „Beschwerden“ hier sehr weit gefasst sind.

### Über welche Beschwerden klagen die Patienten?

Viele Patienten klagen auch nach leichten Verläufen über Atemnot, Brustschmerzen, teils starke Müdigkeit, Geschmacks- und Geruchsverlust. Nach schweren Verläufen kann es auch zu Lungenveränderungen kommen (fibrotische Veränderungen, COP), die sich in der Regel aber wieder zurückbilden.

### Wie lange dauert es, bis die nachträglichen Beschwerden verschwunden sind?

Das ist schwer einzuschätzen. Genau wie beim Krankheitsverlauf ist das sehr unterschiedlich. Manche sind schnell wieder fit; andere haben nach der Infektion noch lange Leidensdruck.

### Sind die Spätfolgen greifbar?

Wir stellen immer wieder fest, dass die subjektiv geschilderten Beschwerden nicht mit unseren Befunden korrelieren. Aber keineswegs bilden sich diese Patienten ihre Beschwerden ein. Sie fühlen sich krank, und sie sind es auch. Es ergeben sich aber in Lungenfunktionsprüfungen, im Status oder im Labor keine wesentlichen pathologischen Befunde. Wir erfassen die Lebensqualität mittels standardisiertem Fragebogen, und diese Befunde korrelieren nicht mit Einschränkungen der Lungenfunktion oder anderen pathologischen Befunden. Dieser Leidensdruck korreliert nicht mit den Befunden.

### Wie können Sie helfen?

Die Patienten gelten zwar als genesen, fühlen sich aber weiter krank. Sie sind erleichtert, dass wir ihre Beschwerden ernstnehmen, sie untersuchen und dass sie uns alles erzählen können. Und sie sind froh, wenn wir keine Auffälligkeiten feststellen. Das hilft auch viel. Selten können wir auch mit Medikamenten helfen beispielsweise mit Asthmaspray bei gereizten Atemwegen helfen. Die Stabilisierung nach überstandener Infektion braucht Zeit und viel Geduld.

### Wie stehen Sie zur Impfung?

Wir sehen hier auf Station seit vielen Monaten, welche schweren Verläufe eine SARS-CoV-2 Infektion – bis zum Tod - nehmen kann. Ganz zu schweigen von den sozialen und wirtschaftlichen Folgen. Und wir erleben, wie lange die Infektion auch nach der Genesung noch belasten kann. Und wenn auch nur ein Bruchteil der Beschwerden, die wir während des Krankheitsverlaufs bei ungeimpften Patienten erleben, während Entwicklung und Testung des Impfstoffs als Nebenwirkung aufgetreten wären, dann wäre der Impfstoff doch nie in die Zulassung gegangen. Impfungen ersparen sehr viel Leid, bringen uns aus der aktuellen Pandemie-Situation, und jeder sollte diesen Schutz annehmen.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr



## Die Pandemie und ihre finanziellen Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Im Februar 2020 wurden die ersten Corona-Patienten an deutschen Krankenhäusern behandelt, so auch bei uns in der Westpfalz-Klinikum GmbH am Standort Kaiserslautern. Noch bevor die Bundesregierung im März 2020 die Krankenhäuser aufgefordert hatte, Betten freizuhalten, haben wir als eine der ersten Maßnahmen die Aufnahme und Behandlung von Elektivpatienten reduziert.

Ab dem 12.03.2020 wurde der Rettungsschirm gespannt, verbunden mit einer Zusage von Bundeskanzlerin Angela Merkel und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die versicherten: „Die Bundesregierung stellt durch gesetzliche Maßnahmen zügig sicher, dass die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser seitens der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden und kein Krankenhaus dadurch ins Defizit kommt.“ Beschlossene Maßnahmen waren insbesondere:

- Minderbelegungspauschale pro freiem Bett im Vergleich zum Durchschnitt des Vorjahres 2019 in Höhe von 560 Euro (befristet bis zum 30.09.2020).
- Zuschlag in Höhe von 50 Euro für reguläre beziehungsweise 100 Euro für Covid-19-Patienten ab dem 01.04.2020 für jeden voll- oder teilstationären Fall zum Ausgleich für pandemiebedingte Preis- und Mengensteigerungen (insbesondere bei der persönlichen Schutzausrüstung).
- Verkürzung der Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen auf fünf Tage.
- Senkung der maximalen Prüfquote des MDK von 12,5 auf 5 Prozent.

Die zweite Welle der Pandemie erreichte uns im September 2020. Allerdings wurde von der Bundesregierung erst zum 18.11.2020 ein zweiter Rettungsschirm verabschiedet. Resultierend aus den Erkenntnissen des ersten Rettungsschirms und seiner Fehlallokation wurden neue Hürden für die Auszahlung von Ausgleichszahlungen errichtet:

- Inzidenz über 70 Fälle pro 100.000 Einwohner in einem Sieben-Tages-Zeitraum.
- Freie betreibbare Intensivbetten unter 25 Prozent.
- Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung beteiligt sind, werden ausgeschlossen.
- Ausgleichszahlungen sind gestaffelt von 360 Euro bis 760 Euro (Westpfalz-Klinikum ist der Versorgungsstufe mit 560 Euro zugewiesen).

Zweifellos wurden hierdurch Liquiditätsgengpässe verhindert, da die Ausgleichszahlungen recht schnell erfolgten und die Rechnungen von den Kassen zeitnah bezahlt wurden.

Überbeuerte Preise bei der Beschaffung von persönlichen Schutzausrüstungen stellten das Haus jedoch vor weitere große Herausforderungen. Der an das Westpfalz-Klinikum ausgezahlte Zuschlag des Bundes in Höhe von insgesamt 1,6 Millionen Euro konnte die zusätzlich entstandenen Kosten unserer GmbH bei Weitem nicht decken.

Darüber hinaus fehlten die Einnahmen aus den Wahlleistungen, den ambulanten Behandlungen und auch Einnahmen der vorhandenen Tochterunternehmen.

Mit den oben genannten Maßnahmen wurden alle Krankenhäuser gleichbehandelt, egal ob Grund- oder Maximalversorger, unabhängig von einem schlechten oder herausragenden Vergleichsjahr 2019.

Bei derart pauschalen Regelungen gibt es naturgemäß Gewinner und Verlierer. Diejenigen, die sich als Verlierer fühlen, können im Jahr 2021 mit einer Option über einen „Ganzjahresmindererlösausgleich“ mit den Kassen verhandeln. Diese Verhandlungen könnten sich allerdings schwierig gestalten, da viele Häuser noch keine Verhandlungsergebnisse mit den Kassen für das Jahr 2019 abgeschlossen haben.

Im Nachhinein zeigte sich für das Westpfalz-Klinikum in Bezug auf die Höhe der Ausgleichszahlungen, dass der Krankenhausverbund mit vier Standorten unterschiedlicher Größen und Versorgungsstufen durchaus sinnvoll ist und sich gegenseitig ergänzen kann.

Die Pandemie wird uns voraussichtlich noch fast das ganze Jahr über beschäftigen, ihre finanziellen Auswirkungen aber sicherlich noch darüber hinaus bis ins Jahr 2022. Mit dieser Ungewissheit müssen die Verantwortlichen in den Krankenhäusern leben und agieren.

Mein Appell an die Regierung: Bitte erlassen Sie bereits jetzt eine Regelung für die Übergangs- und Wiederaufbauzeit. Eine Planungssicherheit wäre eine große Unterstützung im Hinblick auf die extrem schwierige Finanzlage der Krankenhäuser!



Foto: Westpfalz-Klinikum GmbH

Autor  
Peter Förster  
Geschäftsführer der  
Westpfalz-Klinikum GmbH  
und Landesvorsitzender  
des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Landesgruppe  
Rheinland-Pfalz/Saarland

## Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer: Ich bin richtig stolz auf unsere Mitarbeiter, die sich so über das Normalmaß hinaus engagiert haben



Foto: Universitätsmedizin Mainz/Peter Pulkowski

**Die Corona-Pandemie stellt Kliniken, Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegerinnen und Pfleger vor sehr große Herausforderungen. Seit über einem Jahr herrscht immer wieder Ausnahmezustand: Arbeiten weit über das Normalmaß hinaus, Hochfahren der Kapazitäten in der Intensivmedizin und gleichzeitiges Runterfahren des Normalbetriebs. Das trifft auch die Universitätsmedizin Mainz mit voller Härte. Über die unterschiedlichen Aspekte dieses außergewöhnlichen Jahres spricht Univ.-Prof. Dr. Norbert Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender und Medizinischer Vorstand der Universitätsmedizin Mainz.**

### **Die Belastung der Mitarbeiter war und ist enorm.**

Ja, die Belastung ist in der Tat sehr hoch. In der ersten Welle waren wir unsicher, was auf uns zukommen wird. Wir hatten alle die apokalyptischen Bilder aus Norditalien vor Augen. In der zweiten Welle war die Belastung immer noch höher, aber wir gehen inzwischen routinierter damit um.

In der Welle im Winter hatten wir auch auf den Intensiv- und Normalstationen viel mehr kränkere Corona-Patienten als im Frühjahr, und deren Krankheitsverläufe hatten auch einen höheren Schweregrad als in der ersten Welle. Das hat wiederum zur Folge gehabt, dass auch auf den Normalstationen mehr Patienten verstorben sind.

### **Die COVID-19-Pandemie hat auch die Besucher getroffen, die nicht zu ihren Angehörigen konnten.**

Dass wir so harte Regelungen für die Besucher treffen mussten, hat mir sehr leidgetan. Wir mussten anfangs aber so

streng sein, haben jedoch später Besuche unter strengen Maßgaben erlaubt - insbesondere für Kinder, werdende Eltern und Schwerkranke. Wir wissen, wie wichtig Angehörige für die seelische Stabilität der Kranken sind.

### **Bemerken Sie Unterschiede zwischen der ersten und der zweiten Welle?**

Wir haben inzwischen mehr Erfahrungen dazu gesammelt, wann sich etwa der Zustand der COVID-19-Patienten verschlechtert und sie auf Intensivstation verlegt und/oder beatmet werden müssen. In der ersten Welle haben wir die Patienten sehr früh auf Intensivstationen gelegt und beatmet. Jetzt warten wir länger, bis wir intensivmedizinisch behandeln. Auch mit der Beatmung starten wir inzwischen später. Denn die Entwöhnung der Patienten von langer Beatmung ist auch nicht so einfach, und deshalb sollte man diesen Prozess sehr bewusst beginnen.

### **Wie kommen Ärzte und Pfleger mit der extremen Dauersituation klar?**

Ich bin beeindruckt, wie gut unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Corona-Herausforderungen meistern. Corona-Patienten sind ja keine Patienten mit sonst bekannten Verläufen. COVID-19-Patienten liegen häufig wochenlang auf der Station und sterben nach schweren Verläufen dann tragischerweise manchmal doch. Das ist natürlich schwer für Ärzte und Pfleger, die um das Leben der Menschen mit maximalem Einsatz kämpfen. →



Foto: Universitätsmedizin Mainz



Univ.-Prof.  
Dr. Norbert Pfeiffer:

*„Der Netzwerkgedanke ist stärker geworden.“*

**Welche physischen und psychischen Probleme machen sich bemerkbar und welche Hilfsangebote gab und gibt es?**

Wir haben sowohl im Frühjahr als auch jetzt Unterstützung angeboten. Es gibt psychologische Unterstützung und auch eine Telefon-Hotline haben wir installiert, bei der sich die Mitarbeitende melden können. In der ersten Welle meldeten sich viele; sie konnten nur noch schlecht schlafen oder waren in Sorge, sich und ihre Familien anzustecken.

Wir merken jedoch, dass sich derzeit weniger Mitarbeitende bei der Hotline melden als im Frühjahr. Vermutlich auch, weil alle inzwischen viele Erfahrungen aus der ersten Welle gesammelt haben. Gerade beim Thema Ansteckung: Mit einer Gefahr, die man kennt, lässt es sich viel besser arbeiten als mit unbekanntem Gefahren. Und je professioneller man mit der Zeit damit umgehen kann, desto mehr schwindet die eigene Angst. Ich bin jedenfalls richtig stolz auf unsere Mitarbeiter, die sich so über das Normalmaß hinaus engagiert haben, sich so flexibel gezeigt haben und in relativ kurzer Zeit enorme Kapazitäten geschaffen haben. Das ist toll!

**Covid-Patienten sind meist sehr schwer krank und bleiben länger auf Intensivstation als andere Patienten. Welche Auswirkungen hat dies auf die Personaldecke?**

Tatsächlich hatten wir im Frühjahr planbare Operationen abgesagt und verschoben und auch zeitweise über ein Dutzend Stationen geschlossen. Ganze Stationen parallel weiter zu betreiben, ist nicht möglich gewesen. Das Personal der geschlossenen Stationen war somit frei, und diejenigen mit Intensivverfahren konnten auf den Intensivstationen mithelfen. Die anderen haben wir geschult.

**Wie viele Pfleger\*innen konnten bislang zusätzlich für die Betreuung der Covid-Patienten geschult werden?**

Wir haben knapp 900 Mitarbeiter aus dem Pflegebereich geschult, damit diese auf den Intensivstationen unterstützen können. Damit haben wir schon

früh im März vergangenen Jahres angefangen. Und immer wieder nachgeschult.

**Wie viele Mitarbeiter\*innen mussten in Quarantäne?**

Wir hatten glücklicherweise nur sehr wenige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Quarantäne gehen mussten. Von rund 9.400 Mitarbeitenden waren maximal bis zu 50 in Quarantäne. Die Hygieneschulungen waren da sicherlich hilfreich. Auch haben wir früh eine Maskenpflicht auf dem gesamten Gelände eingeführt. Das war richtig und hat sich bewährt.

**Um mehr Betten vorhalten zu können, mussten planbare Operationen verschoben werden. Wie sehr hat dies die Leistung des Klinikums betroffen?**

Ziemlich. Und zwar über alle Kliniken hinweg. In der ersten Welle haben wir alles Elektive abgesagt. Aber eine Universitätsmedizin muss für einige Erkrankungen, beispielsweise Tumore und für Transplantationen trotzdem immer Vorhaltungen treffen, und die Patienten auch weiter behandeln. Auch Notfallpatienten haben wir ja weiter kontinuierlich versorgt.

In der Spitze der ersten Welle mussten wir innerhalb weniger Tage die Leistung des Klinikums um die Hälfte herunterfahren. Während des Sommers herrschte wieder Normalbetrieb. Im Herbst/Winter hatten wir in der zweiten Welle etwa ein Viertel weniger Patienten. Aktuell (2/21, Anm.d.Red.) liegen wir bei rund 20 Prozent unterhalb des Normalbetriebs.

**Die Universitätsmedizin Mainz hat einen sechsstufigen Eskalationsplan. Welche Stufen mussten im vergangenen Jahr geschaltet und bewältigt werden?**

Zum Glück sind wir über Stufe zwei nicht hinausgekommen. Wir mussten zwar kurz vor Weihnachten und in der ersten Januarwoche Vorkehrungen für Stufe drei treffen. Letztlich konnten wir aber Entwarnung geben.

**Welche Vorbereitungen waren das?**

Wir waren dabei, eine Intensivstation in einem OP-Aufwachraum einzurichten. Wir hatten auch Dienstpläne dafür gemacht, alles war vorbereitet und startklar. Das war für uns schon die Oberkante. Aber es musste sein, denn das Hochwasser stieg sozusagen bis zur Deichkrone; aber es ist zum Glück nicht übergeschwappt. Darüber waren wir alle froh, denn in einer normalen Intensivstation kann man besser arbeiten als in einem hergerichteten OP.

**Was sieht der Eskalationsplan vor?**

Stufe Null ist der Normalzustand mit 85 Intensivbetten. In Stufe eins kommen zehn Intensivbetten dazu. In Stufe zwei sind 103 Intensivbetten erreicht und bei Stufe drei erhöht sich diese Zahl auf 113. Ab Stufe vier (125 Intensivbetten) sind dann nur noch Notfälle und lebenswichtige Operationen und Versorgung möglich. Bei Stufe fünf sind 145 Intensiv-

betten vorgesehen und bei der höchsten Stufe sechs sind es 151 Intensivbetten. In dieser Phase wäre keine andere Versorgung mehr möglich; Stufe sechs würde fast Feldlazarett-Niveau bedeuten.

**Waren Sie in der ersten Welle mit Schutzausrüstungen gut ausgestattet?**

Niemand war vor Corona wirklich bevorratet. Ein Krankenhaus hat normalerweise eine Bevorratung, beispielsweise bei Schutzausrüstung für drei bis vier Wochen. Und es gab deshalb anfangs auch eine Phase, in der wir täglich durchgerechnet und gezählt haben, ob die Schutzausrüstungen auch wirklich reichen - besonders die leichten Schutzkittel und eine bestimmte Art der Handschuhe oder FFP3-Masken. Aber es war nie so, dass einer der Mitarbeitenden ungeschützt arbeiten musste.

**Wie wirkt sich Vorhaltung auf das DRG-System aus?**

Das DRG-System belohnt Vorhaltung nicht; es bezahlt Leistung. Würden wir beispielsweise für sechs bis zwölf Monate bevorraten wollen, dann müssten wir pro Jahr für rund eine viertel Milliarde liquide sein. Dieses Geld gibt uns aber keiner. Und nicht nur das, wir müssten auch Räume für die Lagerung haben.

Vorhaltung betrifft ja aber nicht nur Material oder Intensivbetten, sondern auch die Vorhaltung von Spezialisten. Man könnte sich fragen, muss man denn wirklich beispielsweise ständig eine Virologie vorhalten? Ja, muss man. Es hat sich ja gezeigt, wie wichtig es ist, auf diese Expertise zurückgreifen zu können.

**Sollte Vorhaltung bezahlt werden?**

Unbedingt. Vorhaltung muss bezahlt werden. Wenn es nicht Corona ist, dann ist es vielleicht ein anderes Mal etwas anderes Unerwartetes. Die Feuerwehr bekommt auch nicht nur dann Geld, wenn sie ausrücken muss.

**Reicht die finanzielle Unterstützung aus?**

Wir bekommen zwar einen finanziellen Ausgleich, aber die üblichen Kosten laufen normal weiter wie sonst auch. Die Freihalteprämie ist zwar gut, aber ist deutlich weniger als der normale Umsatz pro Bett. Das ist längst nicht auskömmlich, um alles zu finanzieren.

**Welche positiven Erlebnisse gab und gibt es trotz Corona?**

Wir haben gemeinsam Stärken entwickelt. Wir sind interdisziplinär zusammengedrückt: Medizin, Technik und Management. Wir erleben derzeit ein größeres Verständnis für andere Bereiche. Man hilft sich gegenseitig mehr.

Wir haben im Februar 2020 angefangen, regelmäßig mit allen unseren Kliniken gemeinsame Lagebesprechungen zu machen. Wir ahnten, es kommt was auf uns zu. Zusätzlich gab es jede Woche eine Telefonkonferenz mit den Häusern in der Region. Wir können uns gegenseitig aushelfen - mit Erfahrung oder auch mit Material. Der Netzwerkgedanke ist stärker geworden.

Und sehr beeindruckt hat mich auch die Resonanz auf den Unterstützungsauftrag an die Medizinstudierenden; über 1.000 haben sich sehr rasch gemeldet.

**Wie liefen bei Ihnen die Impfungen?**

Das Impfen liegt mir sehr am Herzen. Auch bei uns an der Unimedizin Mainz gab es zum Teil schwierige Diskussionen. Wir haben unsere Impfvorgänge transparent gemacht und eine Impfkommision eingerichtet. Somit haben wir uns bemüht, Klarheit in den Impfprozess zu bekommen.

**Was nehmen Sie persönlich aus der Corona-Krise mit?**

Die Pandemie ist für uns alle eine ganz schwierige Situation. Die Belastungen sind über die ganze Gesellschaft hinweg zum Teil existenziell. COVID-19 hat uns gezeigt: Wir wissen eben nicht alles, sondern müssen viel lernen.

Die Pandemie mahnt uns, dass Gesundheit nicht nur für jeden einzelnen fragil ist, sondern auch für die Gesellschaft fragil sein kann. Hoffentlich vergessen wir diese Demut nicht.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr

*„Die Pandemie mahnt uns, dass Gesundheit nicht nur für jeden einzelnen fragil ist, sondern auch für die Gesellschaft fragil sein kann.“*

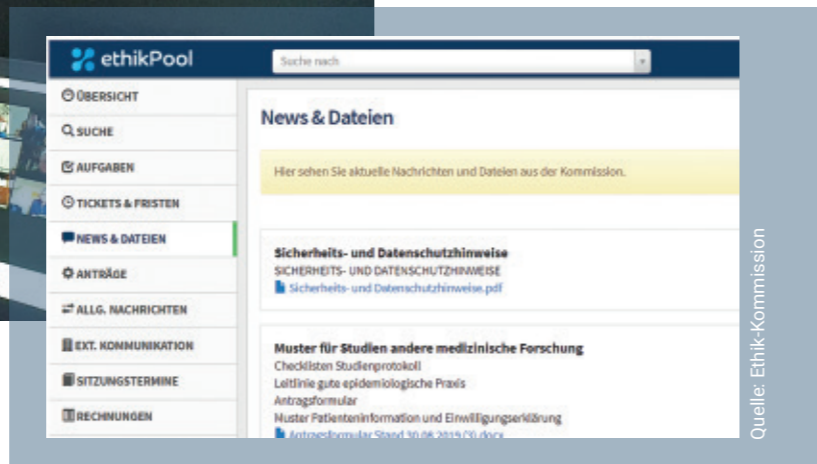
*„Wir haben knapp 900 Mitarbeiter aus dem Pflegebereich geschult, damit diese auf den Intensivstationen unterstützen können.“*

*„Vorhaltung muss bezahlt werden. Die Feuerwehr bekommt auch nicht nur dann Geld, wenn sie ausrücken muss.“*





Komfortabel und sicher: Das Online-Portal ermöglicht die digitale Aktenführung und Antragsbearbeitung.



Quelle: Ethik-Kommission

Virtuelle Beratung: Ihre regelmäßigen Sitzungen hat die Ethik-Kommission von Präsenz- auf Videokonferenzen umgestellt.

## Ethik-Kommission: Unser Online-Portal ist außerordentlich hilfreich

Die Corona-Pandemie hat sich nicht nur auf den Arbeitsalltag in Arztpraxen und Kliniken gravierend ausgewirkt. Auch für die Arbeit in den Büros gab es Veränderungen, um den Corona-Verordnungen und den AHA-Regeln gerecht zu werden. Digitalisierung und Homeoffice haben geholfen, hier rasch reagieren zu können. So beispielsweise auch in der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Hier war es von großem Nutzen, dass die Ethik-Kommission schon vor einigen Jahren auf den Ausbau digitaler Angebote gesetzt hat. So hat sie ihre Aktenführung und Antragsbearbeitung inzwischen auf ein elektronisches Antragsportal umgestellt. Die Bearbeitung von Anträgen erfolgt seitdem ausschließlich digital. Über ihre Erfahrungen berichten gemeinsam der Vorsitzende der Ethik-Kommission, Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Stephan Letzel, und die Geschäftsführende Ärztin der Ethik-Kommission, Dr. Andrea Wagner.

**Wie lief das vergangene Corona-Jahr aus Ihrer Sicht?**  
Überraschend gut! Alle Beteiligten zeigten überwiegend großes Verständnis für die Herausforderungen, die von uns zu meistern waren. Die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle haben täglich mit großem Engagement Fragen von Antragstellern zum Online-Portal und Fragen von Kommissionsmitgliedern bei technischen Problemen mit Videokonferenzen beantwortet und nebenher den reibungslosen Ablauf in der Geschäftsstelle am Laufen gehalten.

**Wie hat die Umstellung zum Online-Portal geklappt?**  
Bestens. Es hat sich als außerordentlich hilfreich erwiesen, dass wir bereits seit 2018 die Umstellung auf eine elektronische Aktenführung konsequent vorangetrieben haben und auch seit Ende 2018 die Anträge nach AMG und auf berufsrechtliche Beratung elektronisch eingereicht werden können. Unsere Arbeit konnte damit unkompliziert fortgeführt werden; es kam auch zu keiner nennenswerten Verlängerung von Bearbeitungszeiten – und das sogar bei deutlich erhöhtem Antragsaufkommen. Dies ist auch mit Blick auf die oft knappen Bearbeitungsfristen, die sich mit Inkrafttreten der EU-Verordnung 536/2014 noch einmal drastisch verkürzen werden, ein großer Vorteil.

**Wie haben die Kommissionsmitglieder den Wandel erlebt?**  
Die Rückmeldungen sind auch hier ganz überwiegend positiv. Die Mitglieder unterstützen die Arbeit der Geschäftsstelle so gut sie können. Dafür ein ganz großes Dankeschön an Alle! Die Sitzungen wurden – soweit erforderlich – als Online-Konferenzen durchgeführt, so dass auch hier alles getan wurde, um einen optimalen Infektionsschutz zu gewährleisten. Die Mitglieder bekommen die Antragsunterlagen seit 2018 ebenfalls nur noch in digitaler Form zur Beratung. Somit sind sie inzwischen mit der digitalen Bearbeitung von Antragsunterlagen gut vertraut und mussten ihre Arbeitsweise nicht extra umstellen.

**Wie ist die Akzeptanz der Antragsteller?**  
Ganz klar: Corona hat die Akzeptanz des Online-Portals bei den Antragstellern noch einmal deutlich erhöht. Inzwischen werden alle Neuanträge nur noch elektronisch eingereicht. Die Forschenden wissen zu schätzen, dass sie auch beim Arbeiten im Homeoffice über ihr Benutzerkonto jederzeit vollen Zugriff auf die Unterlagen haben und alle Bearbeitungsschritte online erledigen können. Das beginnt beim Einreichen von Neuanträgen oder Amendments, geht über die Nachreichung von Unterlagen bis hin zur Kommunikation mit uns und dem elektronischen Versenden von Stellungnahmen und Voten als pdf-Dateien.

**Profitieren auch die Mitglieder von der Digitalisierung?**  
Unsere Mitglieder kommen aus ganz Rheinland-Pfalz. Für viele ist es eine Erleichterung, wenn die teilweise langen Anfahrtswege für die Sitzungen entfallen und sie stattdessen von zu Hause aus an einer Videokonferenz teilnehmen können.

**Und welche Vorteile hat dies für die Geschäftsstelle?**  
Durch die bereits vollzogene Umstellung auf die elektronische Aktenführung war es möglich, unsere Sitzungen sehr kurzfristig auf Videokonferenzen umzustellen und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle Homeoffice anzubieten. Dies bedeutete aber auch, dass bewährte Arbeitsabläufe neu organisiert werden mussten. Bereits seit mehreren Wochen sind wieder viele Mitarbeiterinnen im Homeoffice. Dies erfordert von allen Beteiligten ein hohes Maß an Flexibilität und gute Kommunikationsstrukturen.

**Gab es besondere Herausforderungen?**  
Viele. Wir tagen beispielsweise etwa alle zwei Wochen in wechselnder Zusammensetzung. Diese Präsenzsitzungen mussten wir gemeinsam mit den Mitgliedern kurzfristig auf ein virtuelles Format umstellen und hierfür sichere Konferenztools finden. Mit diesen neuen Arbeitstools mussten wir uns alle auch erstmal vertraut machen. Bei 65 Mitgliedern in der Ethik-Kommission eine Herausforderung. Selbstverständlich gab und gibt auch immer wieder mal technische Probleme, für die dann wir in der Geschäftsstelle Ansprechpartner sind.

Und nicht zuletzt gibt es die Herausforderung mit der landesweit recht unterschiedlichen Internetanbindung. Diese ist nicht überall so gut, dass für jeden die Teilnahme an einer Videokonferenz problemlos möglich ist. Aber bis jetzt konnte jede Sitzung ordnungsgemäß durchgeführt werden.

**Hat sich die Beratung der Studienanträge verändert?**  
Unsere Beratung lebt vom persönlichen Austausch der Mitglieder. Es gibt immer wieder Forschungsprojekte, die grundsätzliche Fragen aufwerfen oder deren ethische Vertretbarkeit ausführlich diskutiert werden muss. Die Beratung solcher Forschungsvorhaben ist bei einer Videokonferenz

sehr herausfordernd für alle Beteiligten, denn es muss sichergestellt werden, dass alle Stimmen Gehör finden und alle Bedenken angemessen berücksichtigt werden.

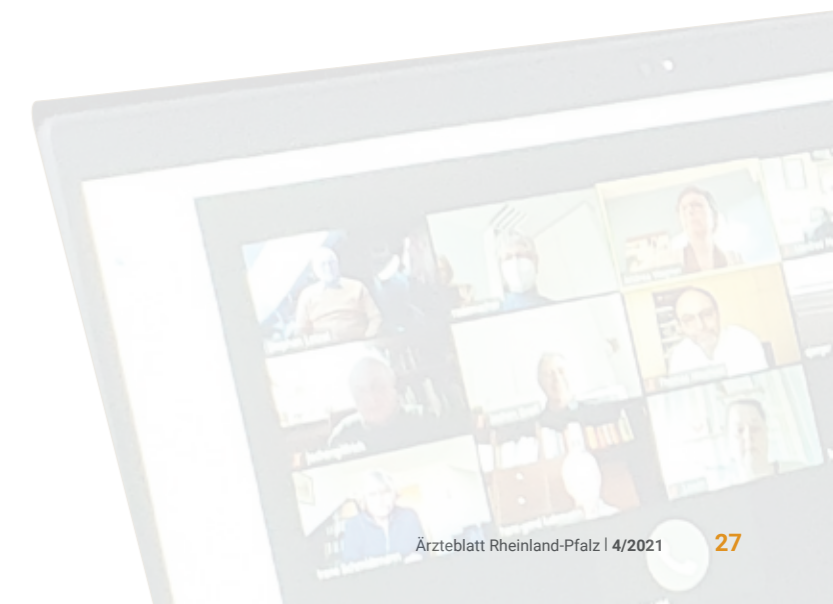
Es werden zum Beispiel gerade viele Studien mit Patienten, die akut an einer COVID-19-Infektion erkrankt sind, durchgeführt. Diese Patienten sind als besonders vulnerable Gruppe anzusehen. Bei schwerem Krankheitsverlauf ist zu prüfen, ob der Patient noch eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Studienteilnahme treffen kann. Hier muss bezogen auf jeden Einzelfall nach angemessenen Wegen gesucht werden, dass einerseits das Instrumentalisierungsverbot ohne Einschränkung beachtet wird und andererseits der notwendige Kenntniserwerb möglichst ist.

Wegen des drängenden Problems, rasch Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie zur COVID-19-Erkrankung zu gewinnen, werden Studien zu COVID-19 zudem bevorzugt bearbeitet und je nach Art der Studie innerhalb nochmals deutlich verkürzter Fristen beraten.

**Was ist der Ethik-Kommission auch in Corona-Zeiten immer wichtig?**  
An erster Stelle steht für uns immer das Wohlergehen der Studienteilnehmer, aber auch die Versorgung der Gesellschaft mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie sicheren und wirksamen Therapien und Diagnostika.

Die Corona-Pandemie war und ist für alle in unserer Gesellschaft eine Herausforderung. Mit voller Unterstützung aller Beteiligten haben wir bis jetzt die Pandemie in der Ethik-Kommission gut gemeistert und schauen positiv in die Zukunft. Corona hat uns gelehrt, dass sich vieles sehr schnell ändern kann, mit Tatkraft und Unterstützung sind aber auch solche Herausforderungen zu bewältigen. Sicherlich werden wir zukünftig positive Erfahrungen aus diesen Zeiten in die Routine unserer Arbeit übernehmen. Unser Dank gilt allen, die in den letzten Monaten so gut und verständnisvoll mit uns zusammengearbeitet haben.

Das Gespräch führte Ines Engelmohr





# Wie hat sich die **Universitätsmedizin Mainz** im **Pflegedienst** aufgestellt?

Die gegenwärtige Situation stellt uns alle vor eine große, bisher nie dagewesene Herausforderung. Seit Mitte März vergangenen Jahres arbeiten wir tagtäglich mit Hochdruck in interdisziplinären Arbeitsgruppen, um eine bestmögliche Versorgung von COVID-19-Patienten sicherzustellen und unsere Mitarbeitenden vor allem in der direkten Patientenversorgung bestmöglich zu schützen, ihnen Ängste zu nehmen und Sicherheit zu geben. Denn der Schutz von Patienten und Mitarbeitenden hat für uns oberste Priorität.

Bereits während der ersten Welle der Corona-Pandemie reagierte die Universitätsmedizin Mainz mit Hygieneaufklärungen. Beispielsweise haben wir die Kapazität der Basishygieneschulungen, einschließlich Händehygiene – eine jährliche Pflichtveranstaltung für unsere Mitarbeitenden in der direkten Patientenversorgung –, deutlich erhöht und um spezifische Aspekte betreffend des SARS-CoV-2-Virus ergänzt. Diese Veranstaltungen sind auf sehr großes Interesse gestoßen. Aufzeichnungen dieser Fortbildungen haben wir in unser Intranet gestellt – und auch dieses Online-Angebot wird von unseren Mitarbeitenden rege genutzt.

Die Universitätsmedizin Mainz wappnet sich zudem unter dem Motto „Wir für dich, du für alle“ gegen die COVID-19-Pandemie. Den Start machte eine Aufklärungsoffensive, die mithilfe eines Leitsystems, Boden- und Spiegelaufklebern sowie Plakaten dazu motivieren soll, die Hygiene- und Abstandsregeln einzuhalten. Auch haben wir früh eine Maskenpflicht auf dem gesamten Gelände eingeführt. Zudem hält die Universitätsmedizin Mainz, dank größtem Einsatz ihrer Apotheke, ausreichend Schutzkleidung vor.

Darüber hinaus haben wir die apparative Ausstattung für die Intensivbehandlungs- und Beatmungsbereiche sichergestellt. Mit dem Ziel, zusätzliches Pflegefachpersonal für die Intensivstationen und den Intermediate Care-Bereichen (IMC) aus dem Normalstationsbereich/Überwachungsbereich zu gewinnen und eine Hilfestellung im Umgang mit COVID-19 Patienten zu geben, haben wir außerdem frühzeitig ein Nachqualifizierungsprogramm für Pflegefachkräfte etabliert. Es umfasst sowohl theoretische als auch praktische Inhalte sowie Lernvideos. Besonders hervorheben möchte ich die „Kitteltaschenkarten“ mit Checklisten für die Intensivbetreuung von COVID-19 Patienten. Durch diese Maßnahmen ist es uns gelungen, unsere Kapazitäten für die intensivmedizinische Versorgung von COVID-19 Patienten kurzfristig und fachgerecht zu erhöhen.

Das Schulungsprogramm unterteilt sich in folgende Qualifikationsgrade:

- 1) **„Refresher-Kurs Intensiv für Wiedereinsteiger“** für Pflegefachpersonal mit Intensivfachweiterbildung/Intensivverfahren.
- 2) **„Kurz-Qualifizierung Intensivpflege“** für Pflegefachpersonal aus den IMC- und Überwachungsbereichen ohne Fachweiterbildung in der Intensivmedizin und ohne Erfahrung in der Versorgung von beatmungspflichtigen Intensivpatienten.
- 3) **„Kurz-Qualifizierung für den IMC- und Überwachungsbereich“** für Pflegefachpersonal, das in den IMC- und Überwachungsbereichen unterstützt.
- 4) **„Kurz-Qualifizierung für Medizinische Fachangestellte“**, die bei der Grundversorgung von Patienten auf den Normalstationen unterstützen.

Es macht mich besonders stolz, dass bisher rund 900 Mitarbeitende freiwillig an den Schulungen teilgenommen haben. Hier spiegelt sich deutlich das hohe Verantwortungsbewusstsein für die Patientenversorgung wider. Alle Mitarbeitenden der Universitätsmedizin Mainz, sowohl in der direkten Patientenversorgung, als auch hinter den Kulissen (ErzieherInnen für die Kindernotbetreuung, Logistik, Technik, IT, Verwaltung, etc.) sind hoch motiviert und sehr engagiert. Für uns alle gilt es, sich täglich neu mit der Thematik COVID-19 auseinanderzusetzen, um zeitnah auf Veränderungen der Situation reagieren zu können. Ein wichtiger Faktor dabei sind die regelmäßigen Informationen, die unsere Mitarbeitenden erhalten, wie Updates zur aktuellen Corona-Situation oder Impfbriefe, beispielsweise mit Informationen zu den einzelnen Impfstoffen.

Daher kann und darf ich Ihnen als Pflegevorstand gerne berichten, dass wir alle gemeinsam dazu beigetragen haben, dass es an der Universitätsmedizin Mainz auch unter den derzeitigen Umständen so gut läuft. Es zeigt mir zu meiner großen Freude, dass wir in Krisenzeiten zusammenhalten und uns aufeinander verlassen können.

Autorin  
Marion Hahn  
Pflegevorstand der  
Universitätsmedizin  
Mainz



Foto: Peter Pulkowski