



Der herzkranke Diabetiker
Stiftung in der Deutschen Diabetes-Stiftung

Stiftung in der
Deutschen
Diabetes-Stiftung

Patienten gehen erst in Klinik, wenn es keine Alternative mehr gibt

Die Corona-Pandemie hält die Welt in Atem, in Kliniken verändert sich die Welt. Als Direktor des Herz- und Diabeteszentrums Mecklenburg-Vorpommern (MV) in Karlsburg sind Sie für eine Klinik der Maximalversorgung verantwortlich, in der Menschen mit komplexen Krankheitsbildern behandelt werden. Zudem leiten Sie als Ärztlicher Direktor auch die Curschmann-Klinik Timmendorfer Strand, eine Rehabilitationsklinik für herzkranken Patienten mit und ohne Diabetes. Mit Blick auf beide Standorte: Wie haben Sie das letzte Jahr unter dem Zeichen von Corona erlebt?

Prof. Dr. Wolfgang Motz: Zunächst muss ich gestehen, dass ich die Situation anfangs unterschätzt habe. Ich konnte mir nicht vorstellen, dass es zu einer solchen Katastrophe weltweiten Ausmaßes kommen kann. Wir erhielten am 13. März 2020 von der Landesregierung MV die Aufforderung, sämtliche planbaren Eingriffe abzusetzen. Die Folge war, dass unser Herz- und Diabeteszentrum nahezu leergezogen wurde. Erwartet wurde, dass unsere Intensivkapazitäten zur Versorgung von COVID-19-Patienten noch benötigt werden. Hintergrund waren die grauenhaften Bilder von Bergamo. Eine solche Entwicklung sollte verhindert werden. Allerdings blieb der Nordosten in der ersten Welle von Corona weitgehend verschont, die freien Betten wurden nicht benötigt, sodass wir im Verlauf des Monats Mai 2020 wieder sukzessive das Klinikum belegen konnten. Im November 2020 entwickelte sich die zweite Welle. Jetzt war auch der Nordosten betroffen. Wir ent-

deckten bei Patienten und Mitarbeitern mit PCR-Screenings zunehmend SARS-CoV-2-Infektionen, die zu Schließungen von Stationen und Quarantänen für Mitarbeiter führten. In der dritten

Im Interview:



Professor Dr. Wolfgang Motz gehört zu den Gründern der Stiftung DHD (Der herzkranke Diabetiker). Er ist Klinikdirektor der Kardiologie am Klinikum Karlsburg und Ärztlicher Direktor des Herz- und Diabeteszentrums Mecklenburg-Vorpommern (MV).

Welle aktuell hat sich im Umgang mit der Situation eine Routine entwickelt. Mitarbeiter und Patienten werden engmaschig sowohl mit PCR- als auch mit Schnelltests untersucht, alle neu aufgenommenen Patienten am ersten Tag im Sinne einer Vorsorgemaßnahme isoliert. Das hat allerdings dazu geführt, dass wir nur noch 80 % unserer Betten belegen können. Unser 2016 eröffnetes Wundzentrum zur Behandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen und Iso-

lierzimmern hat jetzt die Funktion des Corona-Quarantänebereichs und steht der Diabetesklinik nicht mehr zur Verfügung. Unsere Besprechungen führen wir jetzt virtuell durch. Fortbildungen finden nur noch vereinzelt digital statt. Speisesaal und Cafeteria sind geschlossen. Insgesamt leidet die gesamte interne Kommunikation der Klinik atmosphärisch erheblich in der Corona-Pandemie. Auch fehlen mir die persönlichen Kontakte mit meinen Zuweisern.

In unserer Rehabilitationsklinik Timmendorfer Strand sind wir bisher von größeren Corona-Ausbrüchen glücklicherweise verschont geblieben. Die Patienten hier werden in der Regel von den großen Herzzentren Norddeutschlands postoperativ übernommen und wurden dort schon präoperativ auf SARS-CoV-2 getestet.

Was waren in Zeiten der Pandemie der schwierigste Moment und die größte Herausforderung für Sie als Klinikdirektor des Herz- und Diabeteszentrums Mecklenburg-Vorpommern? Welche Probleme mussten gelöst werden? Wie stellt sich die Situation aktuell dar?

Der wirklich schwierigste Moment war Ende Januar 2021 mitten in der zweiten Welle, als wir einen Corona-Ausbruch auf unserer Intensivstation hatten. Bei zwei Patienten, die initial mittels PCR-Tests negativ getestet worden waren, demaskierte sich eine SARS-CoV-2-Infektion mit schwerer pulmonaler Beteiligung. Wir konnten deswegen keine Notfälle und postoperativen Herzpatienten mehr auf der Intensivstation aufnehmen und mussten die gesamte

Klinik von der Notfallversorgung der Region Vorpommern abmelden. Im Gefolge des Ausbruchsgeschehens traten dann auch auf peripheren Stationen bei Patienten und Mitarbeitern zahlreiche SARS-CoV-2-Infektionen auf. Deshalb mussten mehrere Stationen für zwei Wochen geschlossen werden. Die Klinik war über drei Wochen weitgehend nicht mehr handlungsfähig. Dank der kollegialen Unterstützung durch das Universitätsklinikum Greifswald und unsere benachbarten Kliniken konnte die Patientenversorgung gesichert werden. Wir haben letztlich die Situation gemeistert und belegen jetzt wieder mit 80 % unser Klinikum. Ein großes Problem ist, dass man sich auf einen initial negativen PCR-Test nicht verlassen kann. Deswegen führen wir jetzt bei allen Patienten zusätzlich am Tag 0 und 10 des stationären Aufenthalts PCR-Tests durch, bei Patienten auf der Intensivstation täglich. Sämtliche Mitarbeiter mit Patientenkontakt werden schichtbezogen täglich mittels Antigen-Schnelltests untersucht.

Diabetiker gehören nicht nur zur Risikogruppe für schwere Krankheitsverläufe bei COVID-19, sie zählen noch mehr zur Risikogruppe für schwere Verläufe bei Herzproblemen. Was sind aktuell die größten Herausforderungen in der Versorgung von herzkranken Patienten mit Diabetes?

Ein großes Problem ist, dass Patienten aus Angst vor Ansteckung derzeit die Kliniken meiden. Die Aufforderung der Medien „Stay at home“ kann zusätzlich eine Rolle spielen. Während des ersten Lockdowns 2020 wurden in unserem Haus etwa 30 % weniger Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom behandelt als 2019. Auch hatten wir den Eindruck, dass Patienten mit ausgedehnten ST-Hebungsinfarkten häufiger verspätet in die Klinik kamen als im Jahr zuvor. Insgesamt hat man den Eindruck, dass Patienten momentan zurückhaltend sind, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, und sich häufig erst in die Notaufnahme einer Klinik begeben, wenn die Symptomatik so ausgeprägt ist, dass es keine Alternative mehr dazu gibt. Dies betrifft natürlich in einem besonderen Maß herzkranken Dia-

betiker, die eine kardiovaskuläre Hochrisikogruppe darstellen. Im April 2020 im Lockdown der ersten Welle wurden im Klinikum Karlsburg 50 % weniger Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt (ICD I21) behandelt als im April 2019. Gerade auch durch die Hygieneanforderungen aufgrund der Pandemie müssen viele Patienten in Einzelzimmern untergebracht werden. Dies führt auch dazu, dass insbesondere elektive Diabetesbehandlungen abgesagt werden.

Über den Rettungsschirm der Regierung gibt es seit dem letzten Jahr Ausgleichszahlungen an Einrichtungen, die COVID-19-Patienten behandeln und Intensivkapazitäten zusätzlich bereitstellen. Wozu hat das geführt? Welche Kriterien müssen Kliniken erfüllen, um Ausgleichszahlungen zu erhalten?

Insbesondere bei der ersten Welle wurden Einrichtungen, die COVID-19-Patienten behandelten und zusätzlich Intensivkapazitäten bereitstellten, großzügig mit Ausgleichszahlungen versorgt. Kleine Kliniken waren finanziell durch die Ausgleichszahlungen sogar bevorteilt, während Kliniken der Maximalversorgung unterfinanziert waren. Im Rahmen der Pandemie wurde diese Schieflage bis Oktober 2020 weitgehend beseitigt. Jetzt gibt es wesentlich differenziertere Kriterien für die Gewährung von Freihaltepauschalen. Als wichtige Kriterien gelten die Teilnahme eines Hauses an der Notfallversorgung, die Höhe der Inzidenz im Landkreis und die Anzahl noch freier Intensivbetten im Landkreis.

Noch eine letzte Frage zur möglichen Triage: Es gibt Experten, die meinen, dass sich die Selektion von Patienten bei Überlastung der Intensivstationen nicht vermeiden lässt. In einigen Regionen Deutschlands ist sogar die Rede davon, dass die verdeckte Triage schon längst stattfindet, z. B. durch Nichtaufnahme oder Verlegung von COVID-19-Patienten in andere Zentren. Wie realistisch ist dieses Szenario? Muss eine Triage befürchtet werden?

Glücklicherweise hat Deutschland eine „XXL-Krankenhausmedizin“,

deren Ausmaß oft kritisiert wurde. In Deutschland gibt es 34 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner, in Italien 8,6/100 000 und in Frankreich 16,3/100 000. Diese gute Ausstattung an Intensivbetten hat uns bei der ersten und zweiten Welle sehr geholfen. Zurzeit gibt es nur in Hotspots regionale Engpässe an Intensivbetten. Dort besteht auch die Möglichkeit, COVID-19-Patienten in Kliniken mit freien Intensivkapazitäten zu verlegen. Wenn sich eine Überlastung anbahnt, könnte man sofort alle planbaren Operationen einstellen und hätte damit enorme Reservekapazitäten. Ich bin optimistisch und gehe davon aus, dass wir keine Triage befürchten müssen.

Interview: Katrin Hertrampf, Stiftung DHD