

Management der Corona-Pandemie in deutschen Hautkliniken

Die Einschätzung des Einflusses der Corona-Pandemie auf die Hautkliniken hat sich über die Zeit erheblich verändert. Während der ersten Patienten in Bayern wurde von Seiten der Experten, der Politiker und aber auch von den Entscheidungsträgern in den Kliniken das Risiko für die Gesellschaft als gering angesehen. Insbesondere die Entwicklung in Italien, die mit entsprechenden Kommentaren und Bildern in den Medien verbreitet wurde, hat die Situation zügig verändert. Mit den vielen zurückkehrenden Skifahrern und Besuchern von Konzerten und Faschingsveranstaltungen tauchten rasch multilokale Hotspots von COVID-19-Erkrankungen auf. Vor diesem Hintergrund veränderte sich die Einschätzung der Lage und die Vorbereitungen zielten nun darauf ab, „italienische Verhältnisse“ in Deutschland zu vermeiden.

In allen Bundesländern kam es zu einer teils dramatischen Reduktion von Patientenkontakten durch eine rasche Reduktion oder weitgehender Einstellung der elektiven Behandlung von ambulanten aber auch stationären Patienten. Ziel hierbei war:

- Reduktion des Risikos der Infektion von Patienten und Personal durch Kontaktminimierung
- Reduktion des Einsatzes von relevantem Material (Schutzausrüstung), Personal (Intensivmediziner, Anästhesisten, Anästhesie- und Intensivpflege,) oder Infrastruktur (Intensivstation)
- Aufrechterhaltung des Versorgungsauftrages von schwererkrankten Nicht-COVID-19-Patienten

Jede Hautklinik führte spezifische Maßnahmen im stationären und ambulanten Bereich durch, um die o.g. Ziele zu erreichen. Dieses wurde regional aber sehr unterschiedlich umgesetzt. Im stationären Bereich kamen folgende Mechanismen zum Tragen:

- Generelles Besuchsverbot für Patienten
- Reduktion oder Aussetzen von Neuaufnahmen elektiver konservativer Patienten und rasche Beendigung des Aufenthaltes aktueller Patienten
- Reduktion des stationären OP-Programmes auf notwendige (größtenteils onkologische) Fälle, Kategorisierung von Operationen nach Dringlichkeit in verschiedene Stufen
- Überprüfung der Notwendigkeit einer Allgemeinanästhesie und möglichst Umwandlung in OPs in lokaler Anästhesie bzw. Tumesznanästhesie (Notwendigkeit des Aufwachraumes und der Intensivstation entfiel)
- Umwandlung von dermatologischen Stationen in COVID-19-Stationen (bzw. – Verdachtsstationen)

Auch die ambulante Versorgung erfuhr massiver Veränderungen:

- Reduktion bzw. zeitweise komplettes Pausieren von elektiven Spezialsprechstunden
- Konzentration der Behandlung auf Notaufnahmen und dringliche Indikationen (onkologische Fälle, lebendbedrohliche allergologische Fälle, schwere entzündliche Dermatosen u.ä.)

Die Definition der „schweren Erkrankung“ bzw. der dringlichen Indikation wurde von den Kliniken unterschiedlich ausgelegt, zumeist in Abwägung mit der regional unterschiedlichen Bedrohung durch unterschiedliche Infektionszahlen.

In manchen Kliniken stand das Personal plötzlich vor leeren Stationen und Ambulanzen. Gleichzeitig wurde aber immer mehr Personal auf COVID-19-Stationen und Intensivstationen gebraucht. Hierdurch wurden außergewöhnliche Personalmaßnahmen notwendig:

- Bildung interdisziplinärer Teams mit Dermatologen auf Intensivstationen, COVID-19-Stationen und –Verdachtsstationen
- Tagesaktuell wurde Personal (Ärzte, med. Fachangestellte und Pflegepersonal) in Urlaub oder Überstundenabbau geschickt
- Versetzung von Personal in andere Bereichen (zu Einlasskontrollen, Nachverfolgung von COVID-19-Kontaktpersonen, Ärzte auf internistischen Stationen zur Entlastung von Internisten, welche wiederum auf den Intensivstationen eingesetzt wurden)
- Abordnung von nicht am Patienten eingesetzten Personal ins Homeoffice

Überall ist es zu einer teils massiven Reduktion der Patientenzahlen gekommen, wobei nicht in gleichem Maße die Personal-Einsatzzeiten sanken, da die veränderten Strukturen unter verschärften Hygienemaßnahmen einer höhere Personalquote bedurften.

Deutschlandweit konnte erfreulicherweise bis Ende April eine Überforderung der Intensivstationen verhindert werden, so dass ab Anfang Mai, bei rückläufigen COVID-19-Zahlen, langsam die ambulante und stationäre Versorgung von dermatologischen Patienten wieder beginnen konnte. Die o.g. Ziele waren dabei gleich geblieben. Es wurde jedoch klar, dass nunmehr Maßnahmen getroffen werden mussten, mit denen über Monate hinweg auch im Krankenhaus ein Leben „mit und neben Corona“ möglich ist. Zu diesen Maßnahmen gehören:

- Alle Mitarbeiter und Patienten tragen Mund- Nasenschutz
- Eingangsscreening mit Fragebögen und Kontrolle von Infektparametern (Fieber, Sauerstoffsättigung)
- Ausweitung der PCR-Testung (teilw. bei allen stationären Aufnahmen, teilw. bei allen OP-Patienten, teilw. nur bei Patienten mit respiratorischen Symptomen)
- Das Besuchsverbot bleibt bestehen bzw. Besuche werden eingeschränkt
- Anfänglich reduzierte Patientenzahlen mit Konzentration auf die schweren Fälle, die Patienten werden hierbei nach Diagnose- und Beschwerden-Kriterien triagiert
- Freihalten von Betten oder ganzen Stationen für COVID-19-Patienten
- „Abarbeiten“ der Warteliste von in der Anfangszeit abbestellten Patienten
- Ausdehnung von Wartebereichsflächen und Sprechstundenzeiten sowie Vergrößerung des Abstandes zwischen Stühlen, um wartende Patienten auf engem Raum zu vermeiden
- Schaffung spezieller Warte- und Behandlungsbereiche für Risikopatienten (aus Altersheimen, aus „Hotspots“) sowie für Verdachtsfälle
- Vorstellung der Patienten möglichst ohne Begleitpersonen
- Einführung von Videosprechstunden mit von der KV zertifizierten Systemen

Die föderale Struktur Deutschlands führte bei unterschiedlichen behördlichen Vorgaben zu regional differenzierten Konzepten zur Eindämmung der Pandemie, angepasst an die Infektionsraten vor Ort. So wurde beispielsweise in Bayern ein komplettes Verbot der Behandlung von elektiven Patienten ausgesprochen, in anderen Bundesländern hingegen nur eine Verringerung angemahnt.

Erfreulicherweise war jedoch trotz der teils massiven Maßnahmen auch in den Kliniken mitten in den „COVID-19-Hotspots“ zu jeder Zeit und an allen Standorten die ambulante und stationäre Versorgung von schwererkranken dermatologischen Patienten sichergestellt.

Autoren: Harald Löffler, Peter Elsner, Peter von den Driesch und Tilo Biedermann