

NOTRUF AUS DEM SPITAL

Wenn die Zahl der Corona-Neuinfektionen nicht rasch sinkt, droht auf den Intensivstationen bald der Kollaps

BERICHT: NINA HORACZEK, GERLINDE PÖLSLER



Drei Patienten sind in der Nacht gestorben. Zwei von ihnen wurden erst als Tote entdeckt. So schlimm, wie es auf ihrer Covid-Normalstation seit Tagen zugeht, habe sie es in ihren 20 Dienstjahren nicht erlebt, erzählt eine Krankenpflegerin. „Bei uns sterben die Patienten völlig einsam.“ Aus Angst vor beruflichen Konsequenzen möchte sie, wie auch andere Ärzte und Pflegekräfte, mit denen der *Falter* sprach, anonym bleiben. Ihre Schilderungen decken sich aber mit jenen aus zahlreichen Spitälern quer durch das Land.

Das Coronavirus flutet die Spitalsaufnahmen mit Patienten, die mit schwerer Atemnot und Fieber jenseits von 40 Grad, dehydriert und durch Sauerstoffmangel verwirrt in den Notaufnahmen landen. Beatmungsgeräte aus den Aufwächerräumen nach OPs wurden abmontiert und auf die Corona-Intensivstationen gebracht. Auch „Transportrespiratoren“, die benötigt werden, um Intensivpatienten in den OP schieben zu können, spülen nun Covid-Patienten lebensretten Sauerstoff in die Lungenflügel. „Es ist wie im Krieg“, sagt die Intensivpflegerin. Und will damit ausdrücken, wie ernst die Lage in den Spitälern schon jetzt ist.

Während sich draußen die Welt in einem „Lockdown light“ weiterdreht, als wäre nichts passiert, fragen sich die Ärzte auf den Intensivstationen, ob es sich noch ausgeht, dass trotz Coronapandemie die Intensivbetten nicht knapp werden. War der Corona-Frühling eine Welle, rollt jetzt ein Tsunami auf Österreichs Spitäler zu.

Die Rechnung ist simpel: Statistisch gesehen landen 6,9 von 100 Corona-Infizierten im Spital. 1,1 von 100 benötigen ein In-

tensivbett. Fast 41.800 Neuinfizierte allein in der ersten Novemberwoche ergeben etwa 420 Menschen, die in den nächsten Tagen in einer Intensivstation aufschlagen werden. 459 Covid-Kranke waren bereits am Montag in Intensivbetreuung. Gehen die Zahlen nicht rasch deutlich zurück, könnten Österreichs Intensivmediziner gezwungen sein, die gefürchtete Triage vorzunehmen: also zu entscheiden, welcher Patient eine Intensivbehandlung erhält und damit eine Chance auf Leben und wem mit Schmerztherapie das Sterben erleichtert wird.

Hat die Bundesregierung nach dem erfolgreichen Lockdown im Frühling diesmal zu spät reagiert? Hätten Bund und Länder besser vorsorgen müssen?

Im Gegensatz zum Frühjahr ist das Material diesmal nicht das Problem. Etwa 18 Millionen FFP2- und FFP3-Schutzmasken, 88 Millionen Schutzhandschuhe, 1,5 Millionen Schutzoveralls und -mäntel liegen vom Bundesheer bewacht in Lagern. Auch 685 zusätzliche Beatmungsgeräte stehen bereit. Nur: Wer soll diese Geräte bedienen? Das Personal auf den Intensivstationen wird schon jetzt knapp.

Gesundheitsminister Rudolf Anschober (Grüne) erklärt auf Anfrage, die Spitäler hätten sich „intensiv auf die zweite Welle im Herbst vorbereitet“. Sie hätten Stufenpläne entwickelt, die „neben einer geordneten Freimachung bestehender Kapazitäten, etwa durch die Verschiebung planbarer Eingriffe, vielfach auch den Personaleinsatz betreffen“. Die Grenzen würden aber „durch das Fachpersonal gesetzt, das in dieser Kürze nicht ausgebildet werden kann“.

Wer mit Ärzten quer durch Österreich spricht, hört aber lange Aufzählungen ver-

Alltag auf der Intensivstation:
„Vor kurzem ist uns eine Intensivschwester in der vollen Schutzausrüstung kollabiert“

absäumter Maßnahmen. Der neuerliche Lockdown „hätte mindestens 14 Tage früher kommen müssen“, kritisiert Wolfgang Weismüller, Vizepräsident der Wiener Ärztekammer. Der Infektiologe Richard Greil, Primar am Uniklinikum Salzburg, sieht die jüngsten Maßnahmen sogar sechs Wochen zu spät. „Wir haben zwar deutlich mehr Kapazitäten als im Frühling“, sagt Weismüller, „aber spätestens ab 10.000 Neuinfektionen pro Tag kommen wir in die Triage, in die Lazarettmedizin.“ Vorigen Samstag war die Zahl bereits auf einen neuen Tagesrekord von 8241 geklettert.

Bei schweren Covid-19-Verläufen habe man es mit zwei verschiedenen Gruppen zu tun, erklärt Michael Zimpfer, langjähriger Vorstand der Intensivmedizin am Wiener AKH: „Da gibt es die kleine Gruppe an Schwersterkrankten, die zum Überleben eine sogenannte extrakorporale Membranoxygenierung benötigen.“ Dabei handelt es sich vereinfacht gesagt um eine künstliche Lunge. Das Blut des Patienten fließt durch eine Maschine, die es mit Sauerstoff anreichert, weil die durch Covid schwer geschädigte Lunge das nicht mehr schafft.

„Die viel größere Gruppe sind Patienten, die zwar zu krank sind für eine Normalstation, aber auch nicht das volle Programm einer Intensivstation benötigen.“ Sie haben zwar auch massive Atemprobleme und brauchen eine Überdruckmaske; mit einer einfachen Sauerstoffmaske ist es nicht getan. Sie sind aber ansprechbar und können selbstständig atmen. „Diese Patienten wären auf einer Intermediate Care bestens aufgehoben“, sagt Zimpfer. „Aber leider haben wir in Österreich viel zu wenige von

FOTO: APA/ÖÖG

diesen IMC-Betten.“ Seit Beginn der ersten Welle habe man es verabsäumt, solche Überwachungsstationen auszubauen. Denn dort könnte das Pflegepersonal aus der OP-Anästhesie, das sonst bei Operationen im Einsatz ist, unter Anleitung von Intensivpflegekräften die leichteren Intensiv-Covid-Patienten überwachen.

Das „Corona-Prognose-Konsortium“, ein Zusammenschluss aus Wissenschaftlern der Technischen Universität Wien, der Medizinuniversität und der Gesundheit Österreich GmbH, prognostizierte am 6. November eine Verdoppelung der Corona-Intensivfälle auf 760 Patienten und etwa 3500 Covid-Patienten auf den Normalstationen der Spitäler am 18. November. Das aber nur, wenn der von der Regierung verordnete „Lockdown light“ Wirkung zeigt, die Altersstruktur der Infizierten konstant bleibt und keine sprunghaften Anstiege älterer Erkrankter, etwa durch Cluster in Alten- und Pflegeeinrichtungen, auftreten.

Doch genau dort haben die Erkrankungen zuletzt stark zugenommen. Zu Wochenbeginn wurden 1507 infizierte Heimbewohner und 877 positive Pflegekräfte gezählt. Seit in ihrem Heim fünf Infizierte entdeckt wurden, haben alle Bewohner Zimmerarrest, erzählt eine Krankenschwester. „Nur ein paar, die so schwer dement sind, dass sie sich nicht drinnen halten lassen, gehen halt herum.“ Auch die an Corona Erkrankten sind hochgradig dement und verstehen nicht, warum ihre Betreuerinnen nun in Schutzmantel und Maske an ihrem Bett stehen. Besucher dürfen nur aus einem Grund ins Haus: um dabei zu sein, wenn ihr Angehöriger stirbt. Eine Bewohnerin, sie war über 90, ist bereits am zweiten Tag im



Gesundheitsminister Rudolf Anschober: „Spitäler sind auf zweite Welle vorbereitet“



Wiener Ärztekammer-Vize Wolfgang Weismüller: „Der zweite Lockdown kam zu spät“

Spital verstorben. Ein weiterer Bewohner liegt derzeit auf der Intensivstation.

Die Kurve mit den Corona-Kranken auf den Intensivstationen ist zuletzt steil nach oben geschneilt. „Wir hatten kürzlich auf einen Schlag sechs frische Covid-Patienten auf unserer Intensivstation“, sagt Walter Hasibeder, Leiter der Operativen Intensivstation im Tiroler Zams, dort, wo vergangenen März die ersten Ischgl-Covid-Erkrankten auftauchten.

Um die Lungen seiner Patienten zu unterstützen, erhalten diese Vollgesichtsmasken, die luftdicht an ihren Kopf gebunden werden. Denn die durch Corona geschädigten Lungen können den Körper nicht mehr mit ausreichend Sauerstoff versorgen. Oft müssen Patienten die Masken wochenlang tragen. „Sosehr sich unsere Pflege bemüht, nach einiger Zeit bekommen diese Patienten schmerzende offene Stellen auf dem Nasenrücken, den Wangen oder seitlich am Kopf.“ Reicht die Vollgesichtsmaske nicht mehr, wird der Patient in den künstlichen Tiefschlaf gelegt und bekommt einen Beatmungsschlauch in die Luftröhre gesteckt. Als Nächstes werden die Aufwachbetten, wo Patienten nach einer Operation liegen, in zusätzliche Intensivbetten umgewandelt, sagt Hasibeder. Dann müssten notfalls auch Pflegerinnen und Pfleger von der Normalstation das Intensivpersonal bei der Basispflege unterstützen.

So einfach sei das nicht, sagt Michael Urschitz, Intensivpfleger und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft für Intensiv- und Anästhesiepflege im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband. „Ein Streifenpolizist kann auch nicht über Nacht Dienst im Spezialeinsatzkom-

mando Cobra machen.“ Selbst fertig ausgebildete Intensivpflegekräfte würden einige Monate Anleitung von erfahrenen Kollegen benötigen. Noch dazu sind Covid-Intensivpatienten besonders pflegeintensiv.

„Um die angegriffenen Lungenareale besser belüften zu können, müssen diese Patienten zum Beispiel in Bauchlage positioniert werden. Allein für diese Lagerungsmanöver brauchen wir mindestens einen Arzt und drei erfahrene Pflegepersonen, damit der Tubus beim Drehen nicht aus dem Hals rutscht und keine Zugänge abgeklemmt werden“, sagt Urschitz.

Nicht nur in Zams werden es immer mehr, die eine Sauerstoffmaske benötigen. „Normalerweise haben wir von den zehn Betten drei bis vier mit nichtinvasiver Beatmung“, berichtet eine Intensivärztin aus dem Wiener Krankenhaus Nord. „Jetzt sind es alle zehn.“

Für das Pflegepersonal sei der Einsatz in Schutzanzügen und enger Atemschutzmaske unglaublich anstrengend, sagt die Ärztin. „Vor kurzem ist uns eine Intensivschwester nach fünf Stunden in der vollen Schutzausrüstung kollabiert.“

Eine Intensivschwester aus einem Tiroler Spital kann das gut nachvollziehen. Zu Dienstbeginn überlegt sie genau, wie viel Schluck Wasser sie trinkt: Hat sie erst die gesamte Schutzmontur an, soll sie diese möglichst lange anbehalten. „Wir wurden gebeten, uns vier bis sechs Stunden nicht auszuschleusen, um Material zu sparen“, erzählt sie. Einmal drinnen, kann man weder trinken noch essen noch auf die Toilette. „Trinken wir zu viel, müssen wir uns zu

Fortsetzung nächste Seite

Mit Lösungen von gestern gewinnt man nicht die Talente von morgen.

Mit den Recruiting-Produkten von XING nutzen Sie die Chancen, die Digitalisierung bietet: schneller, agiler und attraktiver. Genau das zählt im Wettbewerb um die Besten. Denn auch morgen gilt: Erfolgreiche Unternehmen leben von den richtigen Mitarbeitern.

Starten Sie mit 15 Minuten Beratung zu den digitalen Chancen für Ihr Recruiting.

Jetzt kostenlos beraten lassen

+43 1 236 7359-6615



xing.at/digitale-chancen



XING



Spätestens ab 10.000 Neuinfektionen pro Tag kommen wir in die Triage, in die Lazarettmedizin“

WOLFGANG WEISMÜLLER, ÄRZTEKAMMER WIEN

Fortsetzung von Seite 23

schnell wieder ausschleusen. Trinken wir zu wenig, besteht die Gefahr, dass wir uns nicht mehr konzentrieren können.“

Schon jetzt werde „bei jeder Covid-Aufnahme von uns in einem Patientengespräch gescort, wie weit der Patient vor der Infektion die Tätigkeiten des täglichen Lebens selbstständig erledigen konnte“, berichtet eine Pflegerin aus einem Krankenhaus in Oberösterreich. Da werde zum Beispiel gefragt, ob der Patient sich noch selbst wusch, selbst einkaufen war und sich das Essen kochte. Die Ärzte erheben wiederum den sogenannten Frailty-Score, der die Wahrscheinlichkeit prognostiziert, dass aus dem Patienten ein Pflegefall wird. Und sie fragen die Patienten, ob sie im Fall des Falles künstlich beatmet werden wollen.

Zwar werde das nicht offiziell so kommuniziert, „aber das Ergebnis dieser Scores entscheidet, ob ein Patient bei einer Verschlechterung seines Zustands die Intensivstation von innen sehen wird oder nicht“, erzählt die Krankenschwester.

Noch versuchen zahlreiche Spitäler, Ressourcen freizuschaukeln, indem sie geplante Operationen verschieben. Operiert wird dann nur, wer etwa eine dringend nötige Krebsoperation benötigt, oder eben Notfälle. Auch die fachlichen Grenzen werden in Österreich mittlerweile ausgedehnt. Ab dieser Woche sei er wie auch Kollegen anderer Abteilungen von der Gastroenterologie, Nephrologie und Onkologie verpflichtet, Covid-Patienten zu betreuen, die verstreut auf mehreren Abteilungen und auf einer eigenen Covid-Teststation liegen, erzählt ein Kardiologe aus St. Pölten. Verpflichtende Einschulungen zur Therapie von

Covid-Fällen habe es nicht gegeben. „Ich habe mich eben privat im Internet und Intranet informiert“, sagt der Arzt. Im AKH in Wien wurden in den vergangenen Wochen Pflegekräfte aus den Normalstationen in nichtinvasiver Beatmung geschult, um so die Intensivstationen entlasten zu können, berichtet AKH-Direktor Herwig Wetzlinger. „Und die Intensivpflege erhält Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten, um sich auf die Patientenbehandlung konzentrieren zu können.“

Viele Krankenhäuser kämpfen auch damit, dass Mitarbeiter sich nicht gerade darum reißen, in der Corona-Abteilung zu arbeiten. So berichtet eine Krankenschwester, in ihrem Spital habe man es verabsäumt, für die neu eingerichtete Corona-Normalstation ein fixes Team zusammenzustellen. Auf dieser Station liegen Patienten, die vor allem Sauerstofftherapie benötigen. In jedem Dienst arbeite hier jemand anderer, das Personal müsse von allen Stationen des Hauses einspringen. Infizierte könnten das Virus in die verschiedensten Abteilungen des Hauses tragen. Der Plan, dass sogar Intensivpfleger dort Dienst machen sollten, wurde gerade noch verworfen. „Zufrieden ist mit diesem Radldienst keiner“, sagt die Krankenschwester. „Aber sie hatten einfach keine andere Idee.“

„Es braucht dringend einen finanziellen Anreiz, damit qualifiziertes Pflegepersonal auch auf Covid-Stationen arbeitet“, sagt der Intensivmediziner Michael Zimpfer. Derzeit würde eine Pflegekraft auf einer Aids-Station, auf der das Infektionsrisiko vergleichsweise gering ist, die große Infektionszulage bekommen, auf einer Covid-Station aber

6,9 von 100 Covid-Infizierten landen im Spital, ein Prozent der Erkrankten benötigt ein Intensivbett

nicht. „Man hätte längst Medizinstudenten im letzten Ausbildungsjahr unterstützend an den Covid-Stationen einsetzen und jene des fünften Studienjahrs ebenfalls an die Spitäler holen müssen“, sagt ein Leiter einer Intensivstation in Wien, „genauso wie Schüler der Fachhochschule für Pflegewissenschaften, die bereits Praktika absolviert haben.“

Es gibt aber auch Beispiele dafür, wie die Ruhe vor dem Sturm sinnvoll genutzt wurde. „Wir haben im Frühling begonnen, Pflegekräfte aus der Anästhesie, die normalerweise in den OP-Sälen den Ärzten beim Intubieren assistieren und während der Narkose die medizinischen Geräte bedienen, auf Intensivpflege umzuschulen“, erzählt Tobias Huber, Oberarzt an der Intensivstation am Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck. „Dadurch kann die Anästhesiepflege bei uns auf der Intensiv aushelfen, wenn es zu Engpässen kommt.“ Vöcklabruck ist mit dieser vorausschauenden Planung eine Ausnahme. Flächendeckend gab es solche Schulungen nicht.

Doch selbst für Patienten, die kein Corona haben, ist das Spital nicht immer ein sicherer Ort. In Wien ist in allen Spitälern ein Covid-Test bei der Aufnahme Standard. In anderen Krankenhäusern, etwa in Oberösterreich, wird nur im Verdachtsfall getestet. „Wir hatten eine ältere Dame, die sehr verwirrt war, aber weder Fieber hatte noch hustete“, erzählt ein Arzt aus der Notaufnahme einer oberösterreichischen Klinik. Nach einigen Tagen stellte sich heraus, dass die Verwirrung vom Coronavirus kam. Da hatte die Dame schon Mitpatienten und Personal angesteckt. „So kommt es zu zahlrei-

FOTO: APA/HELMUT FOHRINGER

chen Krankenständen beim Personal, was die Situation zusätzlich verschärft.“

Auch für das Personal von Krankenhäusern und Pflegeheimen stellte Gesundheitsminister Anschober erst am Abend vor Allerheiligen eine einheitliche Teststrategie vor: Künftig sollen alle Mitarbeiter wöchentlich getestet werden. Bisher testeten einige Spitäler und Heime regelmäßig, andere stellten zumindest im Anfall rasch einen Test zur Verfügung.

In manchen Häusern haben die Mitarbeiter aber auch den Eindruck, ihre Dienstgeber seien gar nicht besonders interessiert daran, dass sie sich einfach so testen lassen – solange die Angestellten keine Symptome haben, sollen sie arbeiten, auch weil sonst vielerorts die Versorgung zusammenbrechen würde. In den Pflegeheimen blieb vielen Angestellten mit Symptomen nichts anderes übrig, als wie alle anderen auch die Hotline 1450 anzurufen. Selbst wenn sie erklären, dass sie im Pflegeheim arbeiten, kommen sie nicht schneller dran. Noch im September brauchte es in einem Grazer Heim mit zwei infizierten Pflegerinnen erst ein Hin und Her, bis endlich das ganze Haus getestet wurde – Land und Stadt schoben einander die Schuld dafür zu. Am Ende gab es in dem Haus 42 Infizierte.

Warum hat man auf diese für die Bewältigung der Krise so wesentliche Gruppe bisher nicht besser geschaut? Warum kommen erst jetzt bundeseinheitliche Vorgaben? Aus dem Ministerium heißt es, in den Heimen seien seit Juni immerhin 100.000 Tests durchgeführt worden, und allein vergangene Woche sei dieselbe Zahl an Antigen-Tests an die Heime geliefert worden. Anschober's neue Vorgabe, das gesamte Spi-



Ökonomin Maria Hofmarcher-Holz: Es fehlt der Austausch mit den Ländern



Covid-Intensivarzt Walter Hasibeder: „Laborwerte der Patienten explodieren“

tals- und Pflegepersonal solle nun jede Woche getestet werden, stößt auf Widerstand. Flächendeckend sei das aus Gründen der Personalkapazität und der Kosten „nicht durchführbar“, sagt Ärztekammer-Vertreter Weismüller. „Man hätte viel früher anfangen sollen zu testen, wenn jemand ein schlechtes Gefühl hat.“ So rigoros wie jetzt geplant sei es aber nicht notwendig.

Die Ökonomin Maria Hofmarcher-Holz vom Institut Health System Intelligence sieht ein generelles Problem der Abstimmung und Koordinierung innerhalb des Gesundheitssystems: Der Austausch zwischen Bund und Ländern sei ebenso mangelhaft wie jener zwischen Krankenhaus- und Pflegebereich. All das zeige sich auch daran, dass bis heute nicht klar sei, wo wie viele Intensivplätze oder Einheiten, wo kritisch Kranke vor der Intensivstation betreut würden, zur Verfügung stünden: weil es unterschiedliche Zählweisen gebe. „Dass ein Land wie Österreich das nicht auf die Reihe bringt, ist skandalös.“ Dabei, sagt Hofmarcher, „haben wir eine Bundesgesundheitskommission, in der Bund, Länder und soziale Krankenversicherung vertreten sind.“ Sie verstehe nicht, warum sie nicht aktiviert werde und einmal pro Woche zusammentrete.

Auch Anschober's Ankündigung der neuen Teststrategie sorgte für Verwirrung: nämlich jener Part, wonach positiv getestete Mitarbeiter von Heimen und Spitälern weiterarbeiten dürfen, wenn ein ärztliches Gutachten bestätigt, dass keine Übertragung möglich ist. Ärztekammer und Gewerkschaft sahen eine „vorsätzliche Gefährdung von Patienten“. Inzwischen sei die Vorgangsweise im Detail geklärt und in Ordnung,

sagt Ärztekammer-Vertreter Weismüller: Infizierte dürfen frühestens zehn Tage nach Symptombeginn und nur mit negativem PCR-Test und ab einem bestimmten Ct-Wert an den Arbeitsplatz zurückkehren. Laut Gewerkschafter Josef Zellhofer sind viele Mitarbeiter nach wie vor beunruhigt, dass Arbeitgeber sie zu früh in den Dienst zurückrufen könnten.

Gesundheitsminister Anschober hat längst neue Sorgen. Am Sonntag kündigte er eine Verschärfung der Maßnahmen an, sollten die Zahlen der Neuinfektionen und Intensivpatienten nicht sinken: „Die nächsten Tage werden zu Tagen der Weichenstellung“, sagt er. Sie werden zeigen, ob die Kapazitäten noch haarscharf ausreichen – oder ob die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus diesmal zu spät gekommen sind.

In Zams steht Intensivmediziner Hasibeder wieder in Schutzmontur bei seinen Patienten. Er und sein Team verabreichen Cortison, versuchen mit starker Blutverdünnung zu verhindern, dass die Patienten an Blutgerinnseln sterben. Sie versuchen alles, um die Menschen über die hyperinflammatorische Phase zu retten, in der der Körper im Kampf gegen das Virus auf Totalangriff umschaltet, dabei gesundes Gewebe attackiert „und die Laborparameter in einer Art und Weise explodieren, wie ich es in fast 30 Jahren als Intensivmediziner nie erlebt habe“. Sie sehen die blanke Angst in den Augen ihrer Patienten, die gepeinigt sind vom Gefühl, bei vollem Bewusstsein zu ersticken. Sie sehen, wie die Intensivbetten sich füllen, und wundern sich, dass draußen das Leben weitergeht, als wäre nichts passiert. „Aber was der Mensch nicht sieht“, sagt der Intensivmediziner, „vor dem fürchtet er sich nicht richtig.“

FOTOS: ORF, PRIVAT

Nachhaltigkeit, nachvollziehbar heißt:

Bei regionalem Futter beißen alle an.

Weitergehen heißt, dass bei Zurück zum Ursprung nicht die Leistung, sondern das Wohlergehen der Tiere zählt. Deshalb gehen sie jeden Tag hinaus ins Freie und fressen dort und daheim im Stall nur das Beste. Und das beste Futter kommt nicht von irgendwo, sondern schon immer direkt aus der Region. Und das ist nach dem Geschmack von uns allen.



Da bin ich mir sicher.

Alle eingesetzten Futtermittel aus österreichischer BIO-Landwirtschaft.



Bio, das weiter geht.



Technische und optische Änderungen sowie Satz- und Druckfehler vorbehalten.