

Hochfahren auf Sicht – Der Weg zurück in den Regelbetrieb während der Krise

Die deutschen Krankenhäuser haben bewiesen, dass sie in wenigen Tagen alles auf die Behandlung von COVID-19-Patienten ausrichten können und somit die Hälfte der Betten auf Normal- und Intensivstation für die Behandlung von Corona-Erkrankten frei machen konnten. Dabei wurden die Non-COVID-Patienten aber nie aus dem Blick verloren und die Behandlung von schweren anderen Erkrankungen zu jeder Zeit gewährleistet. Vier Wochen konsequente Umsetzung der landespolitischen Vorgaben haben in der Kombination mit dem Rückgang der Neuinfektionen aufgrund der Kontaktbeschränkungen dauerhaft zu einem mindestens 50%-igen Leerstand der Krankenhäuser geführt. Wie Bundesgesundheitsminister Spahn in seiner Pressemitteilung vom 17. April richtigerweise bemerkt, müssen die Krankenhäuser jetzt aber wieder schrittweise eine neue Balance finden und damit zumindest zum Teil wieder in einen Regelbetrieb zurückkehren.

Hierbei ist ein Regelbetrieb während der Corona-Pandemie und nicht nach der Corona-Pandemie gemeint. Das bedeutet wiederum eine besondere Herausforderung für das Gesundheitssystem und speziell für die Krankenhäuser. Die Kliniken müssen mit Weitsicht, besonderer Organisationsstruktur und gezielten Maßnahmen dringliche, aber planbare stationäre Behandlungen wieder hochfahren. Dabei muss stets die Anzahl der Neuinfektionen wie auch die Hospitalisierungsquote eng im Blick gehalten werden und die Krankenhäuser müssen „auf Sicht“ fahren. Dies benötigt ein abgestimmtes konzeptionelles Vorgehen, welches in den kommenden Tagen erarbeitet werden muss. Hierzu möchten wir einige Leitplanken zur weiteren Ausarbeitung vorschlagen.

Leitplanken für ein Konzept zur Rückkehr in den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen

- Sicherstellung der Kapazitäten zur Behandlung von COVID-Patienten innerhalb von 48 Stunden wieder zu erhöhen
- Leerstände auf Normalstationen können bis auf 20% Reservekapazität wieder mit planbaren stationären Aufnahmen gefüllt werden (Auslastung 80%)

1 Strukturelle Voraussetzungen und Empfehlungen

1.1 Patientenschutz durch räumliche Strukturierung

- Klare räumliche Trennung der COVID-Bereiche von den Nicht-COVID-Patienten (stationär, ambulant und auch in der Notaufnahme)
- COVID-Bereiche können Normalstation, IMC und ICU umfassen. Dieser Bereich ist damit von dem normalen Krankenhausbetrieb separiert.
- Feste Mitarbeiterteams in der Pflege für die COVID und Non-COVID-Bereiche

- Im Idealfall zweistufige Trennung: Bereiche zur Behandlung nachgewiesener COVID-Patienten und davon gesonderte Bereiche zur Aufnahme und Isolierung von Verdachtsfällen und Risikogruppen in Klärung des Infektionsstatus
- 3-Bett-Zimmer (und größer) auch bei Elektivpatienten nur als 2-Bett-Zimmer betreiben
- Klärung der maximalen Kapazitäten in den Bereichen administrative Aufnahme, prästationäre Vorbereitung / Aufnahme und Prämedikation unter Beachtung der Abstandsregelungen – aus diesen Kapazitäten ergeben sich die maximale Anzahl einzubestellender Patienten

1.2 Patientenschutz und Testung

- In Abstimmung mit der Leitung der Krankenhaushygiene erfolgt die Abstimmung, ob der Nachweis einer negativen Testung max. 48h vor Aufnahme durch den Hausarzt / einweisenden Arzt durch Patienten erbracht werden soll
- Sicherstellung der klinischen Überprüfung der Patienten am OP-Tag vor Betreten der geplanten Station auf evtl. zwischenzeitlich eingetretene Infektzeichen oder Änderung der Einstufung (z.B. Kontaktperson) – Dokumentation (→ Zusammenarbeit mit Krankenhaushygiene)
- Schutzmaskenpflicht für Krankenhausmitarbeiter / Patienten

1.3 Patientenselektion

- Jeder chirurgische Chefarzt erstellt für seine Abteilung eine Liste ausgewählter geeigneter Eingriffe
- Das Medizincontrolling sollte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung unterstützen (DBII der Eingriffe sollte größer als 560 EUR sein).
- Schriftliche ärztliche Dokumentation der Dringlichkeit sicherstellen
- Medizinische Dringlichkeit muss gegeben sein – je elektiver der Eingriff und je höher das individuelle Risikoprofil des Patienten je restriktiver die Entscheidung den Patienten nicht aufzunehmen
- Nur Eingriffe mit hoher Planungssicherheit (VWD max. 5 Tage, niedriges Komplikationsrisiko)
- Keine Patienten mit zu erwartenden (langen) Intensivaufenthalten (Ausnahme Tumorpatienten)
- Keine immunsupprimierten Patienten unabhängig vom Alter des Patienten
- Keine relevanten chronisch pulmonalen und / oder kardialen Nebenerkrankungen unabhängig vom Alter des Patienten
- Keine Dialysepatienten (außer dringliche Eingriffe, wie z.B. Shuntanlagen, um die Dialyse zu ermöglichen)
- Keine multimorbiden Patienten
- Bei Patienten über 65 Jahre kritische Bewertung der Gesamtrisikosituation (Alter, Grunderkrankung und Nebenerkrankungen)
- Keine Patienten über 80 Jahre

- Geplante Patienten / Notfälle, die trotz eines Infektionsverdachtes oder aufgrund der Herkunft als abklärungsbedürftig (aus Alten- und Pflegeeinrichtungen, aus anderen Krankenhäusern) eingestuft werden und trotzdem aufgrund ihrer medizinischen Dringlichkeit operiert / behandelt werden sollen, müssen auch bei geplanten Eingriffen in den Bereich für Verdachtsfälle aufgenommen werden, hier muss die Dringlichkeit in besonderer Weise bestehen.

Anforderungen an die Dringlichkeit sind in den Fachbereichen HNO sowie MKG deutlich höher, da hier naturgemäß das Infektionsrisiko am Höchsten ist. Endprothetik sollte auf Grund der notwendigen Reha-Anschlussbehandlung eingeschränkt werden. Risiko besteht, dass Patienten nicht abverlegt werden können, weil Reha-Kapazitäten nicht vorhanden sind.

2 Organisatorische Voraussetzungen und Empfehlungen

- Sinnvoll dürfte eine Checkliste für die geplanten Patienten sein, die alle genannten infektiologisch wichtigen organisatorischen Maßnahmen patientenbezogen strukturiert dokumentiert (sh. Anhang).
- Bitte beachten Sie auch, dass Änderungen von Dienstzeiten / Dienstplänen mitbestimmungspflichtig sind, d.h. der Betriebsrat / Mitarbeiter-Vertretung muss formal zustimmen.
- Stufenweises Vorgehen, um die Systemkapazitäten zu testen und ggf. strukturelle und organisatorische Anpassungen vornehmen zu können, hat sich bewährt.

2.1 Hochfahren auf Sicht – OP-Kontingente und zentrale Steuerung

- Die Inkubationszeit beträgt bis zu 5 Tagen. Danach vergehen durchschnittlich 10 Tage bis ein möglicher Krankenhausaufenthalt notwendig werden kann. Demnach kann auf Basis der aktuellen Ausgangssituation immer für die kommende Woche plant werden.
- Am Donnerstag der laufenden Woche werden die OP-Kontingente für die nächste Woche geplant.
- Zentrale Planung und Einbestellung der Patienten über alle Fachabteilungen sicherstellen – klare Verantwortlichkeiten benennen. Wenn kein zentrales Aufnahme- und Belegungsmanagement eingerichtet ist, Aufgaben und Organisation dafür herstellen.
- Die OP-Termine werden auch über das zentrale Belegungsmanagement vergeben
- Neben der OP-Kapazität auch die Bettenkapazitäten planen
- Planung der Einbestellung (zeitliche gestaffelte Einbestellungen) der Patienten nach vorhandenen Kapazitäten (administrative Aufnahme, ärztliche und pflegerische Aufnahme und Prämedikation) zur Sicherstellung der Einhaltung der Abstands- und Kontaktregeln

2.2 Verweildauermanagement

- Stationäre Abläufe anpassen, um eine zügige Entlassung der Patienten zu gewährleisten.
- Fachärztliche Indikationsstellung sicherstellen
- Verweildauerreduktion um einen Tag schafft die Möglichkeit, die Freihaltepauschale abzurechnen.

3 Öffentlichkeitsarbeit

Die Patienten, die Bevölkerung und auch die Mitarbeiter müssen durch die umgesetzten Maßnahmen wieder das Vertrauen gewinnen, sich mit einem guten Gefühl in die Kliniken begeben zu können.

- Begehung mit dem örtlichen Gesundheitsamt, um die umgesetzten Maßnahmen vorzustellen
- Wertschätzende interne Kommunikation mit Dank für den Einsatz der Mitarbeitenden in der Krisenphase und Erklären der Rückkehr in den Regelbetrieb, insbesondere der dazugehörigen Schwerpunktverlagerung sowie der geplanten Marketingaktivitäten, damit Mitarbeitenden externen Personen gegenüber sprech- und auskunftsfähig sind. Dabei ist es besonders wichtig, zuerst die Führungskräfte zu informieren und diese mit ausreichend Informationen zu versorgen, um mögliche Rückfragen der Mitarbeitenden beantworten zu können
- Verständliche und erklärende externe Kommunikation, beispielsweise:
 - Pressemitteilungen zu Maßnahmen, um vom Krisen- in den Regelbetrieb zu kommen sowie Themen des Regelbetriebes (z. B. neue Behandlungsmethoden)
 - Pressetermine zu Themen des Regelbetriebes (nach Aufhebung des Betretungsverbot in einzelnen Bundesländern) in den Krankenhäusern durchführen (z.B. zu neuen Behandlungsmethoden, neue Angebote, neues ärztliches Personal o.ä.)
 - Anregung von und Teilnahme an Aktionen der Medien (z.B. Telefonaktionen, Sonderbeilagen etc.), die den Regelbetrieb betreffen
 - Veranstaltungen zu Themen des Regelbetriebs (z.B. Vorsorgeveranstaltungen oder Informationsveranstaltungen zu neuen Behandlungsmethoden)
 - Aktualisierung der Internetseite mit Hinweisen zum Wechsel vom Krisen- in den Regelbetrieb (z. B. zu Besuchszeiten o.ä.)
 - Aussagengleiche Information über die verschiedenen Social-Media-Kanäle (Facebook, Instagram, Twitter etc.) mit Hinweis auf zentrale Informationsplattform (z.B. Internetseite)
 - Sofern genutzt: Aktuelle Flyer und Broschüren zu Themen der Regelversorgung herstellen und verteilen

