

## DER LANDARZT



## EINE WELLE DER EGOISTEN

VON DR. THOMAS ASSMANN

Spielplatzkletterlaufschwelmeister – die beiden Geschwister schauten mich verwirrt an, als ich dieses magische Wort sagte. Magisch für mich, weil es eines der wenigen Dinge ist, die ich von meiner Grundschulzeit noch behalten habe. Und magisch für die Kinder, weil ich die Kleinen damit von der Corona-Impfung ablenken wollte.

Ich machte einen Wettbewerb, wer denn von den beiden dieses merkwürdige Wort am schnellsten und ohne zu stolpern aufsagen konnte. So beschäftigt durch dieses Spiel, merkten die beiden Mädchen gar nicht, dass ich sie schon geimpft hatte.

Wir impfen normalerweise keine Kinder, jedoch waren das die Kinder unserer Mitarbeiterinnen. Natürlich sind die Mitarbeiterinnen geimpft und teilweise auch schon geboostert, aber wir wollen besonders vorsichtig sein – damit keine Patienten infiziert werden, aber auch, damit wir geschützt sind, gerade in Hinblick auf die fünfte Covid-Welle.

Wir machen in allererster Linie zurzeit die dritte Impfung, den sogenannten Booster, um den schwächer werdenden Schutz der beiden ersten Impfungen zu stärken, durch die Delta-Welle zu kommen und nicht von der kommenden Omikron-Welle erschlagen zu werden. Nach der vierten Welle ist vor der fünften.

Bezeichnend war ein Webinar von Biontech vom letzten Mittwoch. Dort wurde klar gesagt, dass der Name „Booster“ eigentlich falsch ist. Besser sollte man von der dritten Impfung sprechen, die zur Komplementierung des Impfschutzes notwendig ist. Ähnlich wie beispielsweise beim Schutz vor Hepatitis. Auch hier sind drei Impfungen notwendig, um eine starke Wirksamkeit zu entfalten.

Die Ergebnisse nach der dritten Impfung mit dem Biontech-Impfstoff sind ermutigend; gegen Delta und Omikron wurde eine Wirksamkeit zwischen 75 und 80 Prozent festgestellt. Das bedeutet, dass bis zu 80 Prozent der Geimpften nicht erkranken, und die allermeisten der doch Erkrankten werden nicht auf die Intensivstation kommen.

Eine dritte Impfung ist zwingend, weil die Wirkung der Zweitimpfung vom vierten Monat an abnimmt. Es wurde aber auch die Hoffnung geäußert, dass die Schutzwirkung der Komplettimpfung länger andauernd ist als nur vier bis sechs Monate, vielleicht ein Jahr.

Ab März soll ein Impfstoff von Biontech kommen, der auch besonders auf die Omikron-Variante des Virus abgestimmt ist und hochwirksam sein soll. Wir werden bis dahin aber auf alle Fälle weiter impfen, solange wir können.

Ich habe zurzeit zwei große Sorgen. Erstens: dass von unseren Impfungen nur etwa vier Prozent Erstimpfungen sind. So werden wir nie eine Herdenimmunität bekommen.

Und zweitens: dass immer mehr Patienten, die sich bei uns zum Impfen eingetragen haben, sich schon außerhalb unserer Praxis eine Impfung „organisiert“ haben. Natürlich ist nicht das meine Sorge. Das ist sogar absolut in Ordnung.

Was aber nicht in Ordnung ist: dass sie den gebuchten Termin nicht absagen, weil egal: Hauptsache, ich habe meine Impfung bekommen. Die Folgen sind stundenlanger Leerlauf und Anrufe bei Ersatzkandidaten, damit der Impfstoff nicht verfällt. Und massive Belastung und Frustration im Team.

Wir haben leider nicht nur eine Virus-Welle, sondern auch eine Egoisten-Welle.

Liebe Leser, ich bleibe trotzdem Optimist, gerade vor Weihnachten. Wenn wir die Impfungen gut durchziehen, Masken benutzen und die Abstandsregel einhalten, können wir das Virus in Schach halten.

Herzlichen Gruß, trotz alledem ein sehr frohes Weihnachtsfest, und bleiben Sie gesund – Ihr Landarzt

Dr. Thomas Assmann, 58 Jahre alt und Internist, hat eine Praxis im Bergischen Land. Er schreibt hier alle 14 Tage.

In der immer verbitterter geführten Diskussion über die Unvernunft einer ungeimpften Minderheit ist es gerade ziemlich still um manch anderen wahren Leidtragenden dieser andauernden Pandemie. Wiederholt sich, was vor eindreiviertel Jahren schon einmal passierte – nur jetzt unter anderen vermeidbaren Vorzeichen?

Nachdem das neue Virus uns gerade erst ereilt hatte, starben Alte und Kranke einsam, ohne ihre engsten Angehörigen. Auch den Beisetzungen im kleinsten Kreis mangelte es an rituellem Trost, den der gemeinsame Abschied spenden kann. Und Menschen trauten sich nicht zum Arzt – noch nicht mal, wenn sie sehr eindeutige Symptome für Krankheiten hatten, die sofort behandelt werden müssen, um eine Chance auf Genesung zu haben. Der frühere Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sagte selten weise: „Wir werden uns alle viel verzeihen müssen.“

Als die Intensivstationen vor vier Wochen erneut vollliefen, dieses Mal mit mehrheitlich ungeimpften Covid-19-Erkrankten, als die Kliniken speziell im Süden und Osten der Republik vor dem Scheitel der vierten Welle bibberten, waren wenigstens kurz einmal jene Patienten Thema, denen ein beatmeter Covid-Kranker womöglich das Intensivbett streitig machen könnte: Menschen mit Herzinfarkt, Schlaganfall, einem Unfall. Das war und ist auch richtig so.

Doch was ist mit all denen, die gerade jetzt eine Diagnose erhalten, die nicht direkt lebensbedrohlich, aber sehr erschreckend und vor allem lebensverändernd ist? Jedes Jahr wird in Deutschland bei etwa 500 000 Menschen eine Krebserkrankung festgestellt. Das sind mehr als 1300 am Tag. Jeder kennt Menschen, die Krebs haben oder hatten. Viele von ihnen müssen zügig operiert oder anderweitig therapiert werden, wohl alle wollen die Tumorzellen so schnell wie möglich loswerden. Ende November teilte die Deutsche Krebsgesellschaft mit, schon bald würden wegen der angespannten Situation bundesweit in den Krankenhäusern keine Kapazitäten mehr für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen wie etwa Krebs zur Verfügung stehen. Diktieren eine vergleichsweise kleine Anzahl von Patienten einer deutlich größeren die Regeln?

Im Dresdner Universitätsklinikum Carl Gustav Carus werden zurzeit 67 Menschen mit Corona auf der Covid-Überwachungsstation und der Intensivstation behandelt. Hinzu kommen 93 Patienten mit mittlerweile negativem Testergebnis, die aber wegen immer noch vorhandener Symptome weiter behandelt werden müssen. Verteilt sind sie auf mehr als ein Dutzend Stationen.

160 Patienten zusätzlich – eine Belastung, die auch an einem Maximalversorger wie dem Uniklinikum in der sächsischen Landeshauptstadt nicht spurlos vorübergeht. In Sachsen lag die Inzidenz in den vergangenen Tagen bei über 800. Auf der Klinik-Homepage ist ein Aufruf zu lesen: Aufgrund des Infektionsgeschehens werden Freiwillige gesucht, unter anderem ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte, gerne auch im Ruhestand, Helfer für Serviceleistungen und ganz generell Unterstützer aus der Bevölkerung.

In den vergangenen Wochen mussten mehrfach Krebsoperationen in den Januar verschoben werden. Beate Hornemann, Psychologische Psychotherapeutin und Leiterin der Psychoonkologie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, betont, dass keiner der betroffenen Patienten dadurch eine schlechtere Prognose habe und die Verschiebungen aus medizinischer Sicht absolut vertretbar seien. Deutlich alarmistischer klingt das bei der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Deren Vorstand Eugen Brysch stellt fest, ungezählte Patienten, wohlgerne nicht an Corona Erkrankte, seien Teil einer stillen Triage und müssten das hilflos hinnehmen. Verbindliche Kriterien für die Verschiebung planbarer Operationen und Therapien seien überfällig. Das Bundesgesundheitsministerium schreibt dazu: „Über die medizinische Vertretbarkeit einer Verschiebung oder Aussetzung einer Aufnahme, einer Operation oder eines Eingriffs kann allein die behandelnde Krankenhausärztin oder der behandelnde Krankenhausarzt nach medizinischen Kriterien entscheiden.“

Nicht jeder Krebspatient kann und muss sofort nach der Diagnose operiert und therapiert werden. Für spezifische Laboruntersuchungen oder Bildgebungsverfahren wird oft eine gewisse Zeit benötigt. Doch: „Diese Vorbereitungen sind dann ja im Sinne des Patienten, weil sie einer individualisierten Tumorthherapie dienen“, sagt Therapeutin Hornemann. Behandlungsverschiebungen durch Corona seien hingegen psychisch viel belastender, da sie als vermeidbar und sinnlos angesehen würden.

Die Betroffenen erleben durch die für sie irrationale Begründung einer coronabedingten Verzögerung einen „zusätzlichen Kontrollverlust und existenzielle Ängste“, die bei der Diagnose Krebs grundsätzlich stärker ausgeprägt seien als bei anderen Krankheiten. Daher gibt es auch die Disziplin der Psychoonkologie, die sich ausschließlich mit der psychi-



# Das stille Bangen der anderen Kranken

Die Deutsche Krebsgesellschaft warnt, für Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen würden die Betten knapp. Stimmt das?

Von Eva Schläfer

schen Unterstützung von Krebspatienten beschäftigt. Viele Menschen mit entsprechender Diagnose stellen sich die Frage, warum gerade sie betroffen sind. Wird die Erkrankung bei einer Frühdiagnose durch eine Mammographie oder Darmspiegelung erkannt, gibt es häufig auch keine Symptomlast. Aus einem quasi gesunden Zustand heraus wird Menschen eine lange Behandlungsdauer von oft mehr als einem Jahr eröffnet. Und auch danach gibt es keine Garantie, wieder gesund zu sein.

Die Psychotherapeutin erzählt von einer jungen Patientin, die wegen einer genetischen Vorbelastung eine Brust-OP in einer anderen Klinik hatte. Nach Komplikationen wird sie in der Uniklinik noch einmal operiert werden müssen, das aber geht erst im nächsten Monat. Hornemann und ihr Team aus zwölf Kolleginnen und Kollegen bieten für solche „Wartepatienten“ mittlerweile eine Videosprechstunde an. Die besagte Patientin habe dabei „Dampf ablassen müssen über die Situation“, sagt Hornemann, die zurzeit auch mehr Gesprächsbedarf bei Angehörigen erlebt, die mit den Erkrankten gemeinsam warden zu Hause sitzen.

Diese Belastung geht auch den Profis an die Nieren. „Untereinander äußern wir schon unser Unverständnis“, so die Psychotherapeutin. Teambesprechungen und Supervisionen seien daher momentan besonders wichtig. Das helfe auch im Umgang mit spezifischen Verschwörungserzählungen. Hornemann berichtet von einer Patientin mit einem Kopf-Hals-Tumor, die vor Kurzem operiert wurde. Natürlich war der Betroffenen im Vorfeld ärztlich empfohlen worden, sich impfen zu lassen, aber Angehörige erzählten ihr, eine Impfung könne die Krebserkrankung wieder anfachen. Eine Behauptung, für die es keinen wissenschaftlichen Beleg gibt. Die Patientin entschied sich gegen eine Impfung, infizierte sich nach Entlassung im häuslichen Umfeld und ist nun statt in der Reha auf der Covid-Überwachungsstation, wodurch sich ihre Rekonvaleszenz massiv verzögern wird.

Etwas weniger angespannt ist die Situation im Universitätsklinikum Frankfurt (UKF). Zum einen liegt die Inzidenz in Hessen weit unter der sächsischen, momentan bei etwa 230. Zum anderen beobachtet Professor Thomas Oellerich, Leitender Oberarzt der Fachabteilung Hämatologie und Onkologie, zumindest

bei seinen Patienten eine sehr hohe Impfquote. Oellerichs Spezialgebiet sind Lymphome und Leukämien, beides Formen des Blutkrebses. Sein klinischer Fokus liegt daher auf internistischen Behandlungen von Krebserkrankungen, sprich Chemo- und Immuntherapien. Operationen führen sein Team und er nicht durch.

Etwas 80 Betten stehen für die stationäre Versorgung in der gesamten Medizinischen Klinik 2 zur Verfügung, zu der auch die Infektiologie gehört. Dort liegen die Covid-Patienten, die zwar ins Krankenhaus eingeliefert werden, aber keinen ganz schweren Verlauf erleiden. Angaben zu ihrer Anzahl macht das Klinikum nicht. Oellerichs Bereich umfasst 20 Betten; seine Patienten benötigen oftmals starke Chemotherapien, die eng überwacht werden müssen, da diese zu Komplikationen führen können. Dann kann auch plötzlich ein Intensivbett benötigt werden.

Auch am UKF ist der sogenannte Regelbetrieb eingeschränkt – wie an 75 Prozent aller Krankenhäuser mit Intensivstation. Das erklärt Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, auf Anfrage. Oellerich sagt dazu: „Wir können nicht die volle Kapazität

In Konkurrenz mit dem Virus? Die Pandemie stellt Krebskranke vor neue Herausforderungen.  
Foto Plainpicture

wie vor der Pandemie aufrechterhalten.“ Durch Corona benötigt die Infektiologie phasenweise mehr Betten; auch die Intensivstation ist mit zusätzlichen Patienten belegt. „Dann müssen wir im Haus schauen, wie wir es mit dem Personal, das zur Verfügung steht, schaffen können, zusätzlich Corona-Patienten zu versorgen. Gleichzeitig müssen wir dafür sorgen, jeden anderen Bereich nicht so stark runterfahren zu müssen, dass es zu einem Versorgungsproblem kommt“, so der Internist. In der Onkologie und in anderen Bereichen verfolgen sie das Konzept, bei drohenden zeitlichen Verzögerungen zu prüfen, ob Patienten in anderen regionalen Häusern behandelt werden können. Thomas Oellerich sagt: „Wir schauen, welche Behandlung um ein paar Tage verschoben werden darf und wo die entsprechenden Therapien durchgeführt werden können, priorisieren also auf medizinischer Seite.“ Wenn sie feststellten, momentan nicht in der Lage zu sein, alle Patienten ambulant oder stationär versorgen zu können, gebe es kooperierende Praxen und Kliniken, so dass die medizinische Versorgung zurzeit sichergestellt sei. „Aber es ist aktuell eine vulnerable Situation. Die Krankenhäuser in der Region sind am Rande ihrer Kapazitätsgrenzen. Das muss den Leuten klar sein.“

Thomas Oellerich, der im Jahr 2019 Professor und Oberarzt am Frankfurter Uniklinikum wurde, bezweifelt jedoch, dass dieses Bewusstsein für die gesellschaftlichen Zusammenhänge schon überall angekommen ist. Er macht deshalb sehr deutlich: Eine Entscheidung gegen eine Impfung und eine gleichzeitige Entscheidung für eine aktive Teilnahme am Gemeinschaftsleben hat Konsequenzen. Zum einen für die Person selbst, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit irgendwann ansteckt, möglicherweise krank, vielleicht sogar sehr krank wird. „Aber darüber hinaus hat das auch Konsequenzen für die Gesellschaft und für die Kranken in der Gesellschaft, deren Versorgung in Engpässen geraten kann, die nicht unproblematisch sind“, sagt Oellerich. „Die Menschen müssen sich ein Bild davon machen, was ihr Verhalten auch für die Gesellschaft bedeutet. Verantwortung zu übernehmen geht nur über die Impfung und die Einhaltung der darüber hinausgehenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie.“ Dabei verurteilt er Zögernde nicht, hat selbst mehrmals erlebt, dass Patienten viele Fragen zur Impfung hatten. Und er hofft: „Wenn Leuten klar wird, dass andere Patientengruppen wie zum Beispiel Krebskranke einen Nachteil bekommen, weil man sich selbst nicht impft, ist das sicherlich ein Aspekt, der dem ein oder anderen noch mal zu denken gibt.“

Was ihm und seinen Kollegen bundesweit besondere Sorgen bereitet: Auch jetzt werden wieder Diagnosen verschleppt. In allen bisherigen Wellen gab es weniger sogenannte Neuverstellungen, die dann im Sommer 2020 und ebenso in diesem Sommer nachgeholt wurden. Auch momentan sei es wieder ein riesiges Problem, dass Leute Angst hätten, in die Kliniken oder in Praxen zu gehen. Mit teilweise fatalen Folgen: „Wenn onkologische und auch andere Erkrankungen später erkannt, später operiert oder therapiert werden können, dann kann das einen großen Einfluss auf die Erfolgchancen einer Therapie haben“, so Thomas Oellerich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat dazu Zahlen parat: In der Welle vor etwa einem Jahr seien rund 18 Prozent weniger Darmkrebsoperationen und etwa sieben Prozent weniger Operationen bei Frauen mit Brustkrebs durchgeführt worden. „Das mindestens gleiche Bild werden wir am Ende dieser Welle feststellen müssen“, konstatiert Präsident Gaß.

Thomas Oellerich macht sich Gedanken um seine Patienten, die momentan sehr unter dem wiedererhängten Besuchsverbot zu leiden haben, nach fast zwei Jahren Pandemie aber auch um seine Kollegen: Für Pflegerinnen und Pfleger sei es eine Belastung, aus ihren eigentlichen Teams gerissen zu werden, um Lücken zu stopfen und mal auf der einen Station arbeiten zu müssen, mal auf einer anderen. Zusätzlich führe die Situation zu einer Überlastung des Personals und viel zusätzlicher Koordinationsarbeit. „Da ein Ende der Pandemie aktuell noch nicht absehbar ist, ist zu erwarten, dass das so anhält. Dadurch bleibt das Gesundheitssystem unter einem enormen Druck, welcher in allen Bereichen der Krankenversorgung spürbar ist.“