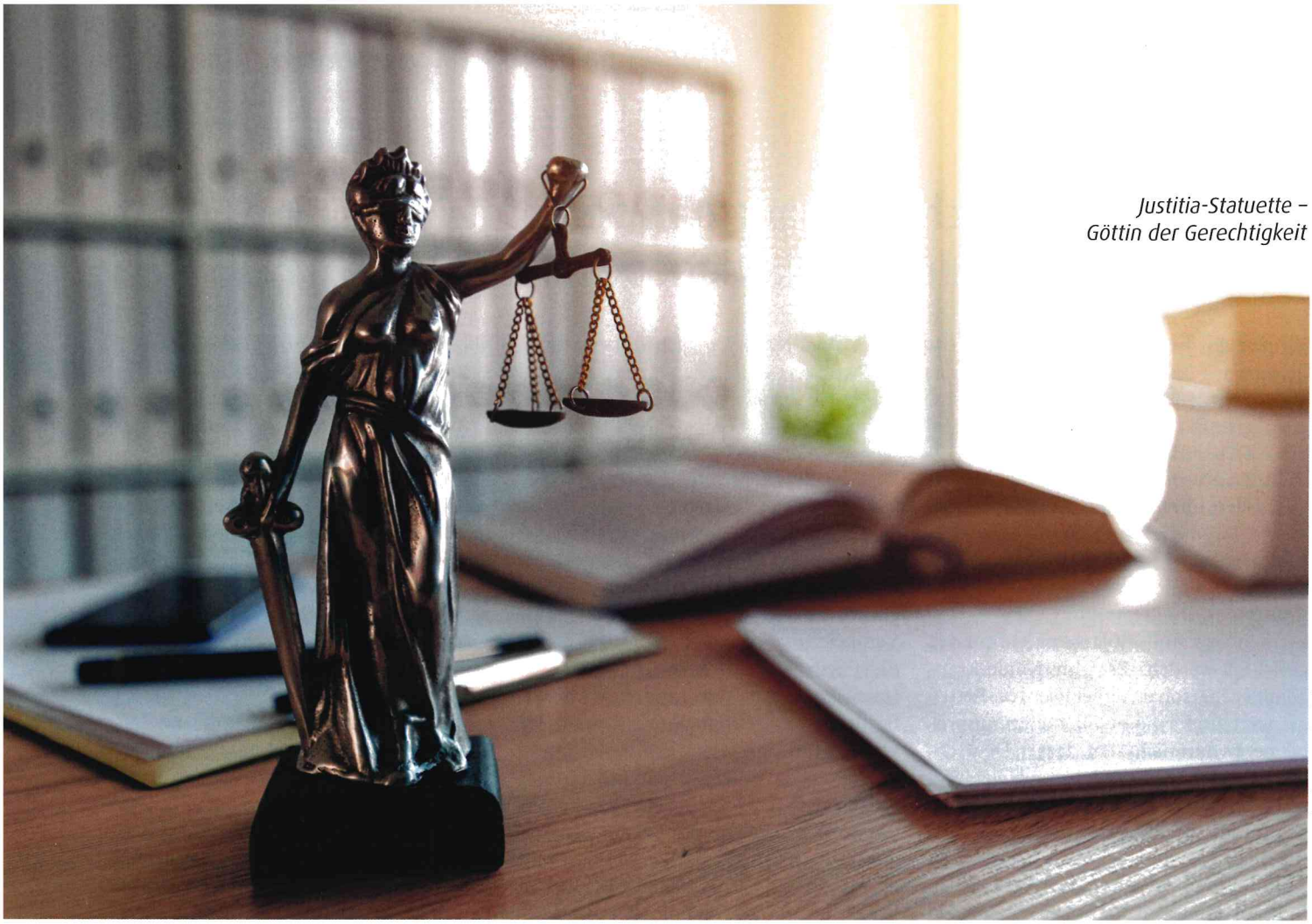

Justitia-Statuette – Göttin der Gerechtigkeit

Foto: © Bits and Splits – stock.adobe.com

Vom Umgang mit **Katastrophen**

Die COVID-19-Pandemie war und ist nach allen nur erdenklichen Maßstäben national und international eine Katastrophe gewesen. Dazu wird es bei vernünftiger Betrachtung keine zwei Meinungen geben können. Ziel der Anstrengungen in Deutschland war es, vermeidbare schwere Erkrankungen und Todesfälle sowie mögliche Langzeitfolgen zu minimieren und den von der COVID-19-Pandemie Betroffenen und allen anderen Menschen die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Axel Näther

Dafür sind die politischen und gesellschaftlichen Entscheidungsträger sämtliche denkbaren Wege gegangen, die vielversprechend waren. Ob es sich um die Akutversorgung für Erkrankte handelte, Anreize zur Entwicklung von Impfstoffen, Aufenthaltseinschränkungen, Maskenpflicht, Besuchseinschränkungen in Pflegeeinrichtungen, Isolationsanordnungen usw.

Bestandteil der Bemühungen, die Folgen der Pandemie abzumildern, war auch, Stellen in die zivile Versorgung einzubinden, die üblicherweise und im Normalfall nicht involviert sind: So zum Beispiel die Bundeswehr. Faktisch begann im März 2020, mit dem Aufbranden der Pandemie in Deutschland, der umfangreichste Hilfseinsatz der Bundeswehr in ihrer Geschichte. Sie unterstützte im Wege der Amtshilfe Behörden im Kampf gegen die Ausbreitung des Corona-Virus. Insgesamt 111.000 Bundeswehrangehörige wurden im Zuge dieser Maßnahmen eingesetzt. In der Spitze waren an einem einzigen Tag – dem 15.2.2021 – rund 19.000 Bundeswehrangehörige in der Pandemie im Einsatz.

Dabei konnte – allein bis Mitte Januar 2022 – von den knapp 10.000 Amtshilfeersuchen, die von Kommunen und Bundesländern an die Bundeswehr herangetragen wurden, etwa 90% entsprochen werden. Der Schwerpunkt der Unterstützung lag bei den „Helfenden Händen" in der Kontaktnachverfolgung, den Impfzentren und bei nicht-pflegerischen Tätigkeiten in Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Im Laufe des Frühjahrs 2022 nahm der Umfang der geleisteten Amtshilfe deutlich ab und nachdem das Kontingent zunächst auf 4.000 Kräfte reduziert worden war, unterstützten (nur noch) rund 200 Soldatinnen und Soldaten zivile Stellen, bis mit Wirkung zum 31.3.2022 das „Hilfeleistungskontingent Corona" aufgelöst wurde.

Im Hintergrund stand nachvollziehbar ein enormer Organisationsaufwand. Der so genannte Nationale Territoriale Befehls-

haber – seit 2015 Generalleutnant Martin Schelleis, Inspekteur der Streitkräftebasis – ist für den Einsatz militärischer Kräfte im Inland zur Erfüllung von territorialen Aufgaben verantwortlich. Neben Strukturen in seinem eigenen Stab verfügt dieser Befehlshaber insbesondere über das Kommando über die Einrichtung „Territoriale Aufgaben der Bundeswehr" in Berlin. Dieses verfolgt mit einer rund-um-die-Uhr betriebenen Operationszentrale Lageentwicklungen und erarbeitet erforderliche Maßnahmen – inklusive Maßnahmen zum Einsatz von Kräften im Zusammenhang mit der Amtshilfe. Maßgabe jeder Amtshilfe ist, dass die Bundeswehr (nur) unterstützend und auf Antrag von Behörden in deren jeweiligem Aufgabenbereich helfen kann.

Im direkten Verantwortungsbereich des o. g. Kommandos Territoriale Aufgaben befinden sich unter anderem das territoriale Netzwerk mit den 16 Landeskommandos sowie die zugehörigen Bezirks- oder Kreisverbindungskommandos. Insbesondere die Verbindungskommandos in den Landkreisen und kreisfreien Städten, so der Hintergrund, kennen die Fähigkeiten der Bundeswehr, sind ortskundig und mit zuständigen Ansprechstellen vernetzt und wissen um die Strukturen der Amtshilfe. Die Unterstützung erfolgt nach dem Subsidiaritätsprinzip: Bevor Kontingente aus den Streitkräften unterstützen, sollen sämtliche zivile Unterstützungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein.

Auf dieser Basis erfolgte der umfassende Einsatz von Kräften der Bundeswehr, der gerade während der ersten und heftigen Pandemiewellen sicherlich nicht unerheblich zur Entlastung ziviler Strukturen beigetragen hat. So sind z.B. durch die Impfunterstützung Krankenhäuser und Arztpraxen massiv entlastet worden. Voraussetzung für (auch) diese Maßnahme, also den flächendeckenden Einsatz der Bundeswehr und ihrer Sanitätsdienste, war, dass man auf gesellschaftlicher Ebene *erkannt* hat und einen *Konsens* darüber gefunden hat, dass es angesichts der prekären Situation (im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie) nicht alltäglicher Maßnahmen bedurfte. Man war sich gesamtgesellschaftlich bewusst, dass die vorhandenen Strukturen den Belastungen, wie sie durch die grassierende Pandemie auftraten, ohne besondere Maßnahmen nicht gewachsen sein würden.

Betrachtet man die aktuelle Situation der Kinderkrankenpflege in Deutschland, bietet sich - insbesondere im Zusammenhang mit der seit Dezember 2022 grassierenden RSV- und Influenzawelle - folgendes Bild:

- Kinder werden zum Teil mehrere hundert Kilometer transportiert, um angemessen versorgt zu werden.
- Oder müssen mehrere Stunden in Krankenhaus-Notaufnahmen mit ihren Eltern verbringen.
- 40 % der verfügbaren Betten in Kinderkliniken könne nicht belegt werden, weil Kinderkrankenpflegepersonal fehlt.
- Im November/Dezember 2022 musste laut einer Umfrage unter den 130 Kinderkliniken, die am bundesweiten Kleeblattkonzept zur Patientenverlegung teilnehmen, jede zweite Klinik einmal pro Tag ein Kind, das zur Behandlung vorgestellt wurde, ablehnen.
- Kinder, die eigentlich auf Intensivstation gehören, werden auf Normalstationen behandelt.

In der Konsequenz, so der Leitende Oberarzt der kinderintensivmedizinischen Abteilung einer großen niedersächsischen Universitätsklinik, müsse, wenn ein gerade reanimierter Säugling in einer eigentlich voll belegten Kinderklinik aufgenommen werde, dort z. B. ein Dreijähriger den dritten Tag in Folge auf seine dringend notwendige Herzoperation warten. Das bedeutet, dass die Versorgung schwerkranker Kinder kaum noch gesichert werden kann und eine wohnortnahe Versorgung von akut oder chronisch erkrankten Kindern zur reinen Glückssache wird.

Als Therapie wurde von politischer Seite, nämlich aus dem Bundesgesundheitsministerium, ein Fünf-Punkte-Plan vorgestellt, der insbesondere beinhaltete, dass eine Umverteilung von Pflegefachpersonen aus der Erwachsenenpflege in die Kinderpflege erfolgen solle und dass die Berücksichtigung von Vorschriften zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen in allen Bereichen eines Krankenhauses ausgesetzt werden könne , d. h. die Prüfung zur Einhaltung von Personaluntergrenzen wird ausgesetzt, sodass Verstöße gegen die entsprechende Verordnung keine Konsequenzen haben. Tatsächlich stellt dies einen Aufruf zur Umverteilung von Pflegepersonal z.B. aus der Intensivpflege von Erwachsenen hin in den Bereich der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege dar.

Es darf bezweifelt werden, ob diese Maßnahme angesichts des hohen Anteils an besonderem, hoch spezialisiertem Fachwissen, das – wie in anderen medizinischen Bereichen – eben auch in der neonatologischen und pädiatrischen Intensivpflege erforderlich ist, die Versorgungssicherheit in deutschen Kinderkliniken erhöhen kann. Insofern stellt sich sehr dringend die Frage, worauf auch die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. im Rahmen einer Stellungnahme vom 6.12.2022 zutreffend hingewiesen hat, ob die Einschränkung in anderen (Erwachsenen-) Bereichen sinnvoll und gerechtfertigt sein kann, wenn dadurch in diesen

vom (auch dort) erforderlichen Personal entblößten Bereichen Patienten potenziell gefährdet werden.

Die von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehenen Maßnahmen mögen von dem Gedanken getragen sein, dass die RSV- und Influenzawelle womöglich nach wenigen Wochen wieder abebbt und in der Kinderkrankenpflege dann „nur noch" wieder die üblichen Defizite vorhanden sind, mit denen man zu leben gelernt habe. Wichtig ist aber darauf hinzuweisen, dass die Situation insgesamt so angespannt ist, dass es eine simple Viruserkrankung schafft, das medizinische Versorgungssystem im Bereich der Kindermedizin in einem hochentwickelten westlichen Industrieland an den Rand des Kollapses zu bringen.

Das Grundproblem besteht darin, dass Kinderkrankenpflegepersonal fehlt, also nicht genügend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist, dass die Arbeitsbedingungen - und dazu gehört auch die Vergütung - nicht attraktiv genug sind und dass es insgesamt ein Finanzierungsproblem in dem Bereich der Kinderkrankenpflege gibt, der, gemessen an anderen medizinischen Disziplinen, nicht lukrativ (genug) ist. Diese Problemfelder müssen grundsätzlich angegangen werden und sicher nicht erst dann, wenn infolge eines singulären Ereignisses (Virusinfektion) die Versorgung von Kindern Gefahr läuft zusammenzubrechen.

Man fragt sich, welche Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, dass politische Akteure in Zusammenarbeit mit Expertinnen/Experten aus dem Bereich der Kinderkrankenpflege das aktuelle und grundsätzliche Problem in diesem Bereich als das erkennen, was es darstellt: Eine Katastrophe.

Natürlich soll an dieser Stelle kein direkter Vergleich mit den Folgen der COVID-19-Pandemie angestellt werden, bei der es von Januar 2020 bis Januar 2023 in Deutschland zu etwa 161.000 Todesfällen gekommen ist. Aber die Frage, die sich stellt, ist, ob man hinsichtlich der Defizite in der Kinderkrankenpflege, die gerade so offen zutage treten, tatsächlich warten möchte, bis sich Todesfälle im Zusammenhang mit von Krankenhäusern wegen Mangels an qualifiziertem Personal abgewiesener Kinder oder nicht standardgerechter Versorgung ereignen. Die Konstellationen, die dem fachkundigen Mediziner oder einem Rechtsanwalt, der arzthaftungsrechtliche Schadensfälle bearbeitet, dazu in den Sinn kommen, sind sicherlich nicht exotisch:

Z.B. eine Mutter, die ihr Kleinkind mit Symptomen wie zunehmenden Kopfschmerzen, erhöhter Temperatur, Übelkeit, Erbrechen und Lichtscheue in der völlig überforderten kinderärztlichen Notaufnahme eines personell unterbesetzten Krankenhauses vorstellt und mit dem Hinweis abgewiesen wird, dass es sich wahrscheinlich nur um einen Infekt handele. Zeigt sich dann im Nachhinein womöglich eine bakterielle Meningitis, kann dies für das Kind mit einem hohen Grad der Wahrscheinlichkeit tödlich enden und stellt mit Sicherheit einen Haftungsfall dar.

Es ist bei der derzeitigen Situation wohl nur eine Frage der Zeit, bis solche Konstellationen auftreten und/oder sich mehren. Die Anfänge der COVID-19-Pandemie haben dafür gesorgt, dass die Verantwortlichen sich des Umstandes bewusst geworden sind, dass unmittelbar weitreichende Maßnahmen ergriffen werden müssen, um der gefährlichen Lage zu begegnen. Dies ging so weit, dass man auch die Bundeswehr mit ihren Kapazitäten im Rahmen eines für die Bundesrepublik ungewöhnlichen Akts in die zivile Versorgung eingebunden hat. Seit dem Beginn des Krieges in der Ukraine am 24.2.2022 hat die Bundeswehrführung wiederholt darauf hingewiesen, dass sie sich angesichts dieser Lageentwicklung auf die Kernaufgaben der Bundeswehr, nämlich die äußere Sicherheit, konzentrieren müsse und dass der Ausbildungs- und Übungsaufwand sowie die Unterstützungsaufgaben im Militärbündnis im Grunde keine Spielräume für das dauerhafte Vorhalten eines Hilfeleistungskontingentes (wie im Falle von COVID-19) erlaube.

Es mag also durchaus sein, dass die Einbindung der Bundeswehr (und ihrer Sanitätsdienste) im Hinblick auf die Probleme der Kinderkrankenpflege aktuell keine Entlastung bieten kann - zumal es, wie bereits dargestellt, in der Kinderkrankenpflege eines hohen Anteils an spezialisiertem Fachwissen bedarf und zudem eine ausreichende Einarbeitungszeit erforderlich ist.

Der grundlegende und sehr wichtige erste Schritt wäre aber, dass Entscheidungsträger überhaupt erkennen, wie desolat der Zustand der Kinderkrankenpflege in Deutschland wirklich ist, um – ebenso, wie es im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie war – in wirklich alle Richtungen zu denken, wenn es um eine Verbesserung der Situation geht und eben nicht (nur) wie gewohnt versuchen zu wollen, eine Katastrophe mit Provisorien, die zudem an anderen Stellen Probleme schaffen, zu begegnen. Darauf zu warten, dass Eltern gegen Ärzte und Kliniken Haftungsverfahren wegen ihrer womöglich schwergeschädigten oder infolge unzureichender/nicht möglicher Behandlung verstorbenen Kinder anstrengen, ist offensichtlich nicht der richtige Weg.

AUTOR

Axel Näther
Rechtsanwalt
und Fachanwalt
für Medizinrecht

NÄTHER I KRÜGER I PARTNER
Fachanwälte für Medizinrecht
Rheinallee 27, 53173 Bonn
mail@naetherkrueger.de
www.naetherkrueger.de