

DIA 1

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Minister Müller,

als ich vor einem halben Jahr von der Else Kröner Fresenius Stiftung gefragt wurde, ob ich heute anlässlich der Preisverleihung zu Ihnen sprechen könne, zögerte ich zunächst. Ein deutscher Intensivmediziner, der in einem der reichsten und bestausgestatteten Gesundheitssysteme der Welt als Chefarzt einer Klinik, als Präsident einer intensivmedizinischen Fachgesellschaft arbeitet, soll zu Ihnen sprechen, die heute einen Preisträger ehren, der in einem Entwicklungsland ein Projekt in der Intensivmedizin und Notfallmedizin betreut.

Ich habe deshalb gezögert, weil ich mir unsicher war ob ich, ohne jemals ausserhalb von Deutschland in der Medizin gearbeitet zu haben, geschweige denn in einem Entwicklungsland, einen sinnvollen Beitrag zu dieser Thematik beisteuern könnte. Nach längerem Überlegen wurde mir immer klarer, dass ich sehr wohl hier etwas zu sagen habe. Seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit ethischen Fragen in der Intensivmedizin und hier v.a. mit den schwierigen Prozessen am Lebensende von Patienten. In meiner langen Tätigkeit in diesem Bereich musste ich erkennen, dass die Medizin und insbesondere die Intensivmedizin in Deutschland mehr als anderswo in eine teilweise nicht mehr zu verantwortende **Überversorgung** hereinsteuert. Und genau diese Sorge hat mich überzeugt, dass es sehr wohl sinnvoll und sogar notwendig ist, angesichts der in vielen Teilen der Welt herrschenden unfassbaren medizinischen **Unterversorgung** von Menschen Ihnen heute an diesem Abend einen Einblick in diese unermessliche Diskrepanz hier und dort zu geben.

Was ist die Aufgabe der Intensivmedizin

DIA 2

Die (Intensiv)therapie stellt medizinische, pflegerische sowie medizintechnische Verfahren, fachliches Wissen und eine hohe Personaldichte zur Verfügung, um Zeit für das Wiedererlangen gestörter oder verloreener Körper- und Organfunktionen zu gewinnen.

Diese sehr knappe aber gelungene Definition führt Ihnen vor Augen, welche komplexen Voraussetzungen für das gewünschte Ergebnis einer Notfallmedizinischen oder intensivmedizinischen Behandlung vorliegen müssen:

- wir benötigen ausreichendes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal
- Dieses Personal muss über spezielle Ausbildungen sowohl im theoretischen Bereich aber auch im praktischen Bereich verfügen und es muss eine ausreichende Personaldichte vorhanden sein
- Um diese schwerstkranken Patienten zu einem eigenständigen Leben wieder rückführen zu können, benötigen wir neben ausreichendem Personal und der fachlichen Expertise auch medizintechnische Verfahren wie Überwachungsgeräte, Beatmungsgeräte, Nierenersatzgeräte bis hin zu den schon genannten Herz-Lungen-Maschinen. Ich werde weiter unten auf die Grundausstattung noch etwas genauer eingehen.

DIA 3

Das angestrebte Therapieziel einer intensivmedizinischen Behandlung ist, dass Patienten selbst mit den eventuell verbleibenden Defekten ein Leben unabhängig von der (Intensiv)station führen können. Im Erfolgsfall überleben die Patienten und kehren in ein möglichst unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zurück.

DIA 4

Ein unerwünschter, aber möglicher Ausgang einer intensivmedizinischen Behandlung ist

- Eine komplette, teilweise irreversible Abhängigkeit des Patienten von lebensunterstützenden Apparaturen
- Ein Überleben der Behandlung nur mit schweren seelischen und körperlichen Defiziten

in diesen Fällen müssen die Patienten eine erhebliche und langfristige Einschränkung ihrer Lebensqualität hinnehmen.

DIA 5

Meine sehr verehrten Damen und Herren: Derzeit erleben wir in Deutschland eine sehr intensiv geführte Diskussion, die sich in allen Bereichen der stationären Medizin auf den zunehmenden Pflegepersonalmangel fokussiert. Tatsächlich haben wir es über Jahre, wenn nicht Jahrzehnte versäumt, die Anzahl der Pflegekräfte an den zunehmenden Bedarf angesichts einer schon lange bekannten demographischen Entwicklung mit immer mehr älteren Patienten mit den entsprechenden komplexen Erkrankungen anzupassen. Schlimmer noch: Wir haben es versäumt den Pflegenden in allen Bereichen der Medizin eine adäquate Wertschätzung entgegenzubringen, die nicht nur pekuniärer Art sein muss, sondern vor allem den Respekt vor den außerordentlichen Leistungen benennt und würdigt. Folge ist, dass sich immer weniger junge Menschen für diesen Beruf interessieren und viele der Pflegenden vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden und sich anderen Betätigungsfeldern zuwenden.

Angesichts der vom Bundesgesundheitsminister eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen und dem gleichzeitig vorliegenden Pflegepersonalmangels müssen wir mittlerweile regelmäßig auf vielen Intensivstation in Deutschland Betten sperren.

DIA 6

Dabei sind wir zahlenmäßig Weltmeister in der Intensivmedizin:

Im Jahr 2012 verfügten wir als europäischer Spitzenreiter über 29 Intensivbetten pro Hunderttausend Einwohner, mittlerweile sind es fast 33 Betten auf 100.000 Einwohner: Blicken wir einfach in unser Nachbarland die Niederlande, dort sind es 6,4 Betten pro Hunderttausend Einwohner, in Großbritannien mit seinem vielgescholtenen National Health Service sind es 6,6 Betten / 100.000 Einwohner. Im Mittel verfügt Europa über 11,5 Betten / 100.000 Einwohner. Wenn wir aber denken, dass sich durch die hohe Anzahl an Intensivbetten unsere Gesundheit und unser Überleben mit einer von uns als akzeptabel betrachteten Lebensqualität deutlich besser darstellt als in den Ländern mit weniger Intensivbetten muss ich Sie enttäuschen. Dieses Mehr an Versorgung bedeutet keinesfalls einen tatsächlichen Überlebensvorteil.

DIA 7

Es gibt nur wenige verlässliche Daten zur tatsächlichen Anzahl intensivmedizinischer Versorgungsstrukturen in den Ländern der Dritten Welt. Hier sehen Sie einige Angaben zu Bangladesch, Sri Lanka und Malaysia. In der Sub Sahara Region liegt die Anzahl der Intensivbetten zwischen 0,1 und 0,2 auf 100.000 Einwohner. Ganz rechts der Vergleich zu Deutschland.

Neben der geringen Anzahl an Intensivbetten stellt **dort** die stetig zunehmende Bevölkerungszahl vor allen in den urbanen Regionen ein zusätzliches Problem dar. Das rasche Bevölkerungswachstum **dort** wird nicht begleitet von einer Zunahme der Intensivkapazitäten, gleichzeitig steigen durch das Wachstum der Bevölkerung die Anzahl der relevanten Behandlungsfälle.

Fehlendes Geld und fehlende Strukturen sind allerdings nicht unbedingt das Hauptproblem.

DIA 8

Das für eine Intensivmedizin erforderliche Personal mit einer hohen Fachlichkeit fehlt schlichtweg in diesen Ländern.

Ich zeige Ihnen hier exemplarisch Zahlen aus dem Jahr 2009/2010.

Während in Nigeria gerade einmal 380 Intensivpflegekräfte für eine Bevölkerungszahl von 140 Million zur Verfügung standen, arbeiteten in den Vereinigten Staaten 500.000 Intensivpflegekräfte für eine Gesamtpopulation von damals 314 Millionen Menschen. Umgerechnet bedeutet diese: Nigeria verfügt über 2,7 Fachpflegekräfte bezogen auf 1 Millionen Einwohner und die USA 2.714 auf 1 Millionen Einwohner. Die gleichen dramatisch unterschiedlichen Zahlen gelten natürlich auch für das ärztliche Personal.

Während wir in Deutschland ein solidarfinanziertes Gesundheitssystem haben, um welches uns viele auch wohlhabende Länder weltweit beneiden, gibt es in den allermeisten Ländern der Dritten Welt keinerlei staatlich oder andersartig organisierte Versicherungssysteme. Hier müssen Patienten und deren Angehörige für die Behandlungskosten selbst aufkommen. Auch wenn im Vergleich zu den westlichen Ländern die tatsächlichen Kosten um ein deutliches niedriger liegen, stellt das gerade für die Ärmsten der Armen eine dort nicht zu nehmende Hürde dar. Die Folgen sind klar: Entweder wird diesen Patienten der Zugang zu dieser Versorgungsstufe verwehrt oder potenziell lebensrettende Behandlungen werden aufgrund der damit verbundenen Kosten frühzeitig beendet. Eine aus unserer Sicht und vor allem unter ethischen Gesichtspunkten unerträgliche Situation.

Lassen Sie mich Ihnen kurz weitere fundamentale Probleme schildern, mit denen man dort zu kämpfen hat.

DIA 9

Eine reguläre Versorgung mit **Wasser und Strom** ist nicht gewährleistet, das gilt auch für Hauptstädte, aber vor allem für die ländlichen Gebiete. An die Unterversorgung mit Wasser passen sich die Mitarbeiter in den Krankenhäusern an und finden Möglichkeiten, Wasser zu rationieren und vorsorglich auf den Stationen zu lagern.

Schwieriger sind die permanenten Mängel bei der **Stromversorgung**, vor allem wenn Sauerstoffkonzentratoren mit Strom betrieben werden. Zwar kann die Stromversorgung von Generatoren übernommen werden, dennoch entstehen kritische Lücken der Versorgung vor allem bei der Überwachung und strombetriebenen Organunterstützungssystemen wie Beatmungsgeräten.

Sauerstoff ist für die Notfallmedizin und Intensivmedizin essenziell. Beispielsweise berichten Anästhesisten aus Uganda, dass ihnen Sauerstoff nur in 63% der Zeit zur Verfügung steht. Die Versorgung von Ambulanzen und Stationen mit Sauerstoffzylindern ist teuer und stellt eine logistische Herausforderung dar. Daher ist es ein Segen, dass mittlerweile Sauerstoffkonzentratoren zur Verfügung stehen. Zwar bedeutet dieses einmalige hohe Anschaffungskosten, danach ist die Herstellung von Sauerstoff jedoch kostengünstig und nur noch von einer Stromversorgung abhängig.

Eine rationale Therapie mit Sauerstoff kann einfach mit sogenannten **Pulsoxymetern** überwacht werden, die aber ebenfalls nur in den seltensten Fällen gerade in ländlichen Gebieten zur Verfügung stehen. Dabei sind diese kleinen technischen Hilfsmittel relativ kostengünstig und würden in allen Bereichen der Notfall- und Intensivmedizin für die Behandlungsteams eine große Hilfe darstellen.

Intensivmedizin benötigt die **Bildgebung**. Hierzu zählen Ultraschallverfahren, Röntgenuntersuchung und hier besonders die Computertomografie. Bei uns eine Selbstverständlichkeit – in

den meisten Behandlungseinrichtungen in Entwicklungsländern aber kaum bis gar nicht vorhanden.

Gerade Patienten mit einer schweren Infektion, der sogenannten **Sepsis**, benötigen zur differenzierten Therapie eine mikrobiologische Diagnostik. Diese ist in der Regel überhaupt nicht verfügbar. Das gleiche gilt für eine ausreichende Versorgung mit Blutprodukten - hier natürlich besonders zu nennen Blutkonserven. Neben einer besonderen Logistik scheitert es häufig auch an der notwendigen Stromversorgung um eine funktionierende Blutbank betreiben zu können

Und so erscheint es nahezu selbstverständlich, dass aufgrund der kaum vorhandenen und in vielen Zonen völlig fehlenden intensivmedizinischen Versorgung der Anteil der Todesfälle, die mit einer funktionierenden Intensivmedizin zu verhindern wäre, in den Ländern mit einem besonders niedrigem Einkommen unverhältnismäßig hoch sind.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, dies ist Ihnen allen bekannt und es steht mir fern die multiplen Gründe, die hierfür verantwortlich sind Ihnen heute Abend im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung aufzuzeigen. Eines scheint jedoch klar zu sein: Solange gesellschaftliche und politische Systeme nicht mit der Unterstützung der westlichen Welt geändert werden, solange wir immer wegschauen und unsere Augen vor dem unendlichen Mangel verschließen, wird sich in großen Teilen nichts ändern.

Wo keine Hilfsmittel sind, kann man nicht therapieren wo keine Diagnostik vorhanden ist, nicht behandeln.

Dort gibt es noch nicht einmal Defibrillatoren, die Leben nach einem Herzstillstand tatsächlich und nachweislich retten könnten. Eine einfache Herzdruckmassage nützt hier nichts. Keine Rettungsmittel – keine Hilfe. Hilflose Helfer!

DIA 10

Es lohnt sich an dieser Stelle beispielhaft den Blick nach Venezuela zu richten. Politische und wirtschaftliche Faktoren führen **dort** derzeit zu einer humanitären Katastrophe. Ein ehemals gut funktionierendes Gesundheitssystem ist nahezu völlig zusammengebrochen. Ich hatte die Gelegenheit vor kurzem mit Tankred Stöbe, Internist, Intensivmediziner sowie Notfallmediziner zu sprechen, der seit vielen Jahren für Ärzte ohne Grenzen in verschiedenen Krisenherden der Welt im Einsatz ist. Vor kurzem konnte er sich ein Bild über die Situation in Venezuela verschaffen. Neben der nahezu völligen Zerstörung der Infrastruktur findet hier auch eine Flucht gut ausgebildeter Pflegekräfte und Mediziner aus dem Lande statt. Die Versorgung der Bevölkerung ist auf einem Nullpunkt angelangt. Die New York Times berichtete schon 2015 über diese katastrophalen Zustände.

Wo in Ländern wie Venezuela aber auch anderswo gar keine Versorgung mehr angeboten werden kann, gibt es auch hier in unserem Gesundheitssystem zunehmende Missstände - aber genau in der **entgegengesetzten Richtung**. Sie alle haben in den letzten Monaten und Jahren mitbekommen, dass deutsche Notaufnahmen zunehmend nahezu überschwemmt werden von Behandlungsfällen, die prinzipiell auch im ambulanten Bereich der Kassenärztlichen Versorgung gut und ausreichend versorgt wären. Das Internet und die Medien sind voll von Berichten von Patienten und deren Angehörigen, die sich über lange und für sie unverständliche Wartezeiten in Notaufnahmen beschweren. Patienten mit banalen Erkrankungen verstopfen die Notaufnahmen und führen zu einer dramatischen Überanspruchung eines teilweise vor dem Kollaps stehenden Systems.

Das Bild dieser armen venezuelanischen Patienten in einer dortigen Notaufnahmeeinrichtung müsste uns alle beschämen. Was bedeutet Warten und sei es für 6 Stunden in einer deutschen Notaufnahme im Vergleich dazu?

DIA 11

Ich will Ihnen ein anderes eklatantes Beispiel von Intensivmedizin hier und dort nennen.

Sie erinnern sich an die Ebola Epidemie in mehreren westafrikanischen Ländern zwischen 2014 und 2016. Diese gilt als bisher größte ihrer Art seit der Entdeckung des Ebolavirus im Jahre 1976. Insgesamt erkrankten im Verlauf der Epidemie einschließlich der Verdachtsfälle 28.639 Menschen, davon verstarben 11.316.

Eine sehr detaillierte Analyse der ersten 9 Monate dieser Epidemie untersuchte 4.010 Fälle. Die Sterblichkeit lag bei knapp 71%.

Im international renommierten wissenschaftlichen Journal, dem New England Journal of Medicine wurden im Jahr 2016 die Daten von 27 westlichen Patienten sehr detailliert dargestellt, die sich mit dem Ebolavirus infiziert hatten. 24 dieser Patienten wurden aus Westafrika nach einer Infektion evakuiert, 3 Patienten hatten sich in Amerika bzw. Europa infiziert. Alle 27 Patienten wurden nach allen Regeln der intensivmedizinischen Kunst in den USA bzw. Europa versorgt:

Alle Patienten erhielten ausreichende intravenöse Flüssigkeit und Elektrolyte. 33% wurden invasiv oder nichtinvasiv beatmet, eine Nierenersatztherapie wurde bei 5 Patienten durchgeführt, 22 Patienten bekamen Antibiotika zur Therapie von Begleitinfektion und nahezu alle Patienten (85%) experimentelle Therapieverfahren, wie z.B. in Erprobung stehende Antikörper. Diese Intensivtherapie hatte zum Ergebnis, dass in dieser Kohorte die Sterblichkeit nur **18,5%** betrug.

Wie Sie ebenfalls wissen, wütet das Ebolavirus aktuell im Kongo. Auch von dort werden die aktuellen Zahlen im New England Journal of Medicine publiziert. Bis Anfang Mai diesen Jahres erkrankten dort 1600 Patienten, die Gesamtsterblichkeit lag hier bei 67%.

Eine regelrechte Behandlung, Isolation, Prävention sowie Impfkampagnen werden dort immer wieder durch erhebliche soziale und politische kriegerische Auseinandersetzungen unterbrochen und sogar verhindert. Die betroffenen Gebiete Beni und Butembo konnten aufgrund der Epidemie im Dezember 2018 nicht an der Präsidentenwahl teilnehmen. Die Bevölkerung mutmaßte darauf hin, dass das Ebolavirus bewusst dort verbreitet wurde, um die Menschen von der Wahl auszuschließen. Viele der gewalttätigen Attacken richteten sich auch gegen Hilfseinrichtungen und Behandlungszentrum. Die genauen Analysen zeigen, dass es hiernach immer zu einer nachweislichen Zunahme der Ebolainfektion kommt.

DIA 12

Hier sehen Sie noch einmal die Sterblichkeit an der Ebolainfektion. Westafrika 71%, Kongo 67% und amerikanische/europäische Patienten 18,5%.

Eine aus unserer Sicht völlig selbstverständliche intensivmedizinische Behandlung mit viel Flüssigkeit, im Einzelfall Beatmung, Nierenersatz und Antibiotikatherapie kann die Sterblichkeit dieser schweren Erkrankung dramatisch senken. Auch wenn wir aus der großen Ebola Epidemie von 2014-2016 in Westafrika viel gelernt haben, führen diese Erkenntnisse, wie die aktuellen Daten aus dem Kongo zeigen, für die betroffenen Menschen dort nur zu einer marginalen Verbesserung der Prognose.

DIA 13

Ich möchte am Ende meines Beitrags den Bogen zurück in unser Land finden.

Seit dem Jahre 2005 beobachten wir in Deutschland eine dramatische und völlig unerklärliche Zunahme an schwer erkrankten Patienten, die langfristig außerhalb von Krankenhäusern in einer sogenannten außerklinischen Intensivmedizin behandelt

und zu einem großen Teil sogar beatmet werden. Genaue Zahlen sind nicht zu bekommen, doch schätzen wir, dass derzeit 25.000-30.000 Menschen außerklinisch in ihren eigenen 4 Wänden oder sogenannten Beatmungs-Wohngemeinschaften zum Teil mit einer 1 zu 1 Pflege 24 Stunden betreut werden. Es gibt aus intensivmedizinischer Sicht ganz klare und gerechtfertigte Indikationen, wie z.B. schwere neurologische Erkrankungen wie die amyotrophe Lateralsklerose oder andere schon in der Kindheit erworbene oder angeborene schwere Krankheiten, die ein dauerhaftes Leben ohne diese intensivmedizinische Unterstützung nicht möglich machen.

Dennoch sind wir Intensivmediziner der festen Überzeugung, dass diese Ausweitung einer Therapie sehr kritisch hinterfragt werden muss. Sie ist beispiellos in Europa und macht den Einsatz erheblicher finanzieller Mittel erforderlich. Es wird geschätzt, dass wir derzeit bis zu 6 Milliarden € pro Jahr für die Versorgung dieser Patienten aufwenden. Es muss befürchtet werden, dass ökonomische Triggerfaktoren hier eine gewisse und möglicherweise dominierende Rolle spielen: Die sehr intensive und aufwendige Betreuung dieser Patienten führt zu einem monatlichen Erlös von zwischen 25.000 € und 30.000 € pro Patient. Nationale wie internationale Investorengruppen haben dies längst erkannt und investieren erhebliche Gelder in die überall zunehmende Gründung von außerklinischen Beatmungszentren vor dem Hintergrund einer hohen zu erwartenden Gewinnmarge.

DIA 14

Ich möchte Ihnen das Ergebnis einer Studie vorstellen, die wir vor kurzem in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht haben. In dieser Studie analysierten wir die stationären Behandlungsfälle von Patienten, die mehr als 3 Monate außerklinisch beatmet wurden.

Sie sehen die deutliche Zunahme der Behandlungsfälle über die Jahre. Im Jahr 2016 waren 1500 außerklinisch beatmete Patienten zwischen 90 und 100 Jahre alt. Pro Monat geben wir allein für diese sehr alte Patientenkohorte 37,5 Millionen € aus! Sicherlich mag das im Einzelfall berechtigt sein, dennoch befürchten wir, dass bei einem Großteil dieser Fälle weder eine regelrechte ärztliche Indikation gestellt wurde noch der Patientenwille Berücksichtigung gefunden hat. Deshalb sind wir sehr froh, dass der Bundesgesundheitsminister Spahn derzeit eine Gesetzesinitiative vorbereitet, die diesen sehr komplexen Bereich der außerklinischen Intensivmedizin in den Fokus nimmt.

Wir Intensivmediziner müssen allerdings zugeben, dass auch wir Bestandteil dieses Systems sind und dass viele dieser Patienten sich zunächst in unserer Behandlung befanden. Daher fordern wir eine sehr gründliche, kritische und unabhängige Überprüfung der Indikation für eine außerklinische Beatmung unter Berücksichtigung einer ethisch geführten Diskussion, die zwingend den Patientenwille mit einbezieht.

DIA 15

Zurück zur Pflege: Abschließend möchte ich bemerken, dass die Anwerbung von Fachpflegepersonal auf den Philippinen, in Mexiko oder Albanien aus meiner Sicht sehr kritisch zu bewerten ist. Der Mangel an Fachpflegepersonal in Deutschland ist hausgemacht und muss jetzt in Deutschland vernünftig langfristige und belastbar geregelt werden. Das Abwerben von Fachkräften aus dem Ausland und vor allem aus Regionen, die selbst mit Fachpflegepersonal unterversorgt sind, halte ich für außerordentlich problematisch: Dort verstärken wir mit einer Abwerbung den Mangel im Sinne eines Brain drain. Darüber hinaus ist bis jetzt überhaupt noch nicht bewiesen, dass sich hierdurch die Situation in unserem Land tatsächlich verbessern lässt.

DIA 16

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe ich lasse Sie mit meinen Ausführungen nicht irritiert zurück, sondern konnte Ihnen hoffentlich einige Denkanstöße und kritische Einblicke in das komplexe Feld der Intensivmedizin hier und dort geben. Angesichts der unglaublichen und fortwährend dramatischen Unterversorgung von Menschen in vielen Zonen dieser Welt sollten wir etwas demütiger die fantastischen Errungenschaften der Notfallmedizin und Intensivmedizin in unserem Land zu würdigen wissen und dankbar sein, dass wir hier eine so exzellente Versorgung erfahren. Gleichzeitig sollten die Politik aber auch Sie als Bürgerinnen und Bürger alle Möglichkeiten ergreifen, um die Not andernorts zu lindern.

DIA 17

Ich schließe mit einem Zitat von Albert Schweitzer: „Wer sich vornimmt, Gutes zu wirken, darf nicht erwarten, dass die Menschen ihm deswegen Steine aus dem Wege räumen, sondern muss auf das Schicksalhafte gefasst sein, dass sie ihm welche darauf rollen“.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit