

Ein neuer Alltag auch für den Klinikbetrieb in Deutschland

Deutschland hat die Zeit zum Aus- und Aufbau weiterer intensivmedizinischer Kapazitäten wie wenige andere nutzen können. Zugute kommt uns dabei die im europäischen und internationalen Vergleich grundsätzlich sehr hohe Ausstattung von nahezu 34 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner. Durch die frühzeitige Aufforderung an die Kliniken, ab dem 16. März 2020 alle medizinisch nicht zwingend notwendigen planbaren Aufnahmen und Operationen zu verschieben und damit Behandlungs- und Intensivkapazitäten in den Kliniken frei werden zu lassen, war es gelungen, bis zu 50 % der Intensivbetten frei zu halten. Diese werden nun nach und nach zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten genutzt.

Die Kliniken in Deutschland bekommen durch das vom Bundestag bereits beschlossene COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eine finanzielle und organisatorische Planungssicherheit im Umfang von rund 8,5 Milliarden Euro, um den Normalbetrieb auf das notwendige zu reduzieren, planbare Operationen und Aufnahmen soweit medizinisch verantwortbar zu verschieben und die Intensiv- und Beatmungskapazitäten auf eine wachsende Zahl von COVID-19-Patientinnen und -Patienten vorzubereiten. Die dadurch entstehenden freien Bettenkapazitäten können somit für Patientinnen und -Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, vorgehalten werden. Zudem erhalten Krankenhäuser für einen befristeten Zeitraum eine Pauschale je durchgeführter voll- oder teilstationärer Behandlung zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen bei der persönlichen Schutzausrüstung.

Mit dem Ziel der Erweiterung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit erhalten die Kliniken darüber hinaus für jedes in dieser Weise zusätzlich eingerichtete Bett einen Betrag von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zudem wird für die Krankenhäuser die Finanzierung des Pflegepersonals wesentlich verbessert.

Einen Überblick über die vorhandenen Intensivkapazitäten gibt online das Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) und des Robert Koch-Instituts (RKI). Um zu gewährleisten, dass insbesondere die Rettungsleitstellen jederzeit über freie Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeiten informiert sind, wird durch Rechtsverordnung vorgegeben, dass alle Kliniken täglich eine aktuelle Eintragung ihrer diesbezüglich vorhandenen Kapazitäten in das DIVI-Intensivregister vornehmen müssen.

Folgende Schritte sind zu tun:

1. In den Krankenhäusern werden die Kapazitäten wegen der Unsicherheiten über die weitere Entwicklung der Corona-Pandemie aktuell nicht vollständig genutzt, obwohl in der Woche nach Ostern der erste Höhepunkt des intensivmedizinischen Bedarfs in der ersten Welle der Corona-Epidemie erreicht wurde. Die Zahl der Corona-Neuinfektionen entwickelt sich aufgrund der getroffenen Maßnahmen derzeit linear. Dies lässt es nach fast sechs Wochen Aufschub und Absage verschiebbarer planbarer Operationen und Aufnahmen in den Kliniken zu, auch für die Kliniken schrittweise einen neuen Alltag zu entwickeln und ab Mai einen Teil der Krankenhauskapazitäten auch wieder für planbare Operationen zu nutzen. Dies ist wichtig, da auch das Verschieben von dringlichen Eingriffen, etwa bei Tumoren, oder von planbaren Operationen, etwa

zum Hüftersatz, für die betroffenen Patienten gesundheitliches und seelisches Leid nach sich ziehen. Eine dauerhafte ausschließliche Priorisierung nur einer bestimmten Patientengruppe unter Ausschluss anderer Gruppen von Erkrankten lässt sich insbesondere aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes nicht rechtfertigen.

2. Um trotz der Unsicherheiten über die epidemiologischen Wirkungen der zwischenzeitlichen gesellschaftlichen bzw. wirtschaftlichen Lockerungen diese Öffnung anpassungsfähig zu gestalten, gilt es im nächsten Schritt, die permanente Vorhaltung von COVID19-(Intensiv-)Betten besser und zielgenauer zu planen. Trotz der Öffnung werden die Kapazitäten für planbare Operationen weiter begrenzt sein. Daher muss eine Entscheidungsgrundlage entwickelt werden, nach welchen Kriterien diese Operationen priorisiert werden.
3. Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der DIVI und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wird folgendes stufenweises Vorgehen empfohlen:
 - a. Bis auf weiteres wird die von den Krankenhäusern freizuhaltende Intensivkapazität für COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf 25 % der insgesamt vorhandenen Intensivbetten festgelegt und die OP-Kapazität kann in einem ersten Schritt zu 70 % für Elektiveingriffe geöffnet werden. Über diese Vorgabe hinaus sollten die Krankenhäuser in der Lage sein, je nach Pandemieverlauf innerhalb von 72 Stunden weitere Intensiv- und Beatmungskapazitäten zu organisieren.
 - b. Planung einer schrittweisen Erhöhung der OP-Kapazität für Elektiveingriffe um jeweils 10 % alle zwei Wochen bei gleichzeitiger sorgfältiger Re-Evaluation der vorhandenen regionalen und nationalen Intensivbettenkapazität und der auftretenden Neuinfektionen. Bei Bedarf Anpassung vor Ort, wenn die 25 %-Grenze unterschritten wird.
 - c. Ab einer elektiven OP-Kapazität von 90 % schrittweise Anpassung der Intensivbetten-Reserve in 5 %-Schritten alle 21 Tage – in Abhängigkeit von der Zahl der Aufnahmen aufgrund von SARS-CoV-19-Neuinfektionen im Verhältnis zu den entlassenen Patientinnen und Patienten. Die untere Grenze der Intensivbetten-Reserve ist dabei abhängig von den Ergebnissen der epidemiologischen Entwicklung zu definieren.
 - d. Die Behandlungsrealität in den Krankenhäusern zeigt bei COVID-19-Patienten ein Belegungsverhältnis von 1:3 bezogen auf die Zahl der im Intensivbereich und der im Normalbereich behandelten Patienten. Dies gilt es auch bei der Freihaltung von Kapazitäten in der Normalversorgung, räumlich abgegrenzt von der Non-COVID-19-Versorgung, zu berücksichtigen.
4. Die AWMF hat zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine Orientierung erarbeitet, nach welchen Kriterien die nicht für COVID-19-Patientinnen und -Patienten frei gehaltenen Kapazitäten genutzt werden sollen. Eine Priorisierung ist aufgrund der weiterhin beschränkten Kapazitäten erforderlich. Hierzu bedarf es einer nachvollziehbaren Entscheidungsgrundlage und einer transparenten Kommunikation.

Unter der Berücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sollten beispielsweise Operationen bei schnell fortschreitenden Erkrankungen

sowie bei überschaubarer Komorbidität bevorzugt erfolgen. Die konkreten Entscheidungen können nur die Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall (patientenbezogen) im Verhältnis zu allen anderen Patientinnen und Patienten vor Ort treffen. Dazu sollte in jedem Krankenhaus ein interdisziplinäres Team aus allen operativen Disziplinen, Anästhesisten sowie der Pflege die Entscheidung über die durchzuführenden Operationen treffen. Diese Planung elektiver Operationen sollte von Woche zu Woche erfolgen. Darüber hinaus wird empfohlen, vor Aufnahme im Krankenhaus jede Patientin und jeden Patienten auf das Corona-Virus zu testen und diese auch auf das mögliche Infektionsrisiko im Krankenhaus hinzuweisen.

5. Es gibt Anzeichen, dass Patientinnen und Patienten in Corona-Zeiten Notfälle wie Herzinfarkte und Schlaganfälle aber auch Beschwerden aufgrund ihrer bestehenden chronischen Erkrankungen weniger zum Anlass nehmen, ärztliche Hilfe zu beanspruchen. Dies führt zu einer Verschlechterung der Versorgung in Deutschland insgesamt. Es muss auch in Corona-Zeiten selbstverständlich bleiben, dass die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten höchsten Stellenwert hat. Bürgerinnen und Bürger müssen neu dafür sensibilisiert werden, dass sie bei solchen Notfällen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Die Angst vor einer Corona-Infektion darf hier nicht überwiegen.
6. Entwicklung eines Stufenkonzepts durch die Länder: Den Ländern wird empfohlen – soweit noch nicht geschehen – jeweils ein auf ihren regionalen Versorgungsstrukturen aufsetzendes (Stufen-)Konzept für die Versorgung und die Vorhaltung der Kapazitäten zu entwickeln. Die Länder können dabei regional die je Krankenhaus grundsätzlich 25 % vorzuhaltenden Intensivbettenkapazitäten in geeigneter Weise auch auf andere Krankenhäuser übertragen, etwa um Spezialkliniken von COVID-19- Patientinnen und -Patienten zu entlasten und dort vermehrt (spezialisierte) elektive Eingriffe vornehmen zu lassen. Die Konzepte sollten folgende Punkte zu umfassen:
 - a. Festlegung der Krankenhäuser, in denen die o.g. Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freigehalten werden sollen,
 - b. Benennung von Krankenhäusern, in welchen vorrangig bzw. erst nachrangig COVID-19-Patientinnen und -Patienten aufgenommen und behandelt werden sollen,
 - c. Auswahl von Krankenhäusern, in denen planbare Operationen von Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen vorgenommen werden sollen und
 - d. Eskalationsstrategie, wie gegebenenfalls die Kapazitäten bei einer wieder ansteigenden Zahl von im Krankenhaus behandlungsbedürftigen COVID-19-Patientinnen und -Patienten angepasst werden können, zum Beispiel durch die Nutzung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen oder durch Bedarfs- und Notfallkrankenhäuser.
7. Das DIVI-Intensivregister wird aktuell schnellstmöglich zu einem Tool weiterentwickelt, das anhand bekannter Parameter eine Prognose für den COVID-19-bedingten Bedarf an Intensivbetten bundesweit und regional für die nächsten zwei Wochen vorhersagt. Dieses Tool wird vom Bundesministerium für Gesundheit weiter gefördert und im laufenden Betrieb beständig weiter verbessert und ausgebaut.

8. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde ein Expertenbeirat eingerichtet, um die finanzielle Lage der Krankenhäuser angesichts der getroffenen Maßnahmen zu begleiten und zeitnah Empfehlungen zur Nachsteuerung zu geben. Dieser nimmt Ende April seine Arbeit auf.