

Dritte Adhoc-Stellungnahme der Autorengruppe vom 16./17.5.2021,
Ergänzende Materialien Nr. 2: Bettenverfügbarkeit auf Länderebene (23.7.2021)

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19:
Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie

Zusammenfassung

Bereits vor der SARS-CoV-2/CoViD-Epidemie übertraf der Bestand an Intensivbetten in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern den OECD-Durchschnitt bei weitem. Die Förderung von zusätzlichen Intensivbetten i.R. der CoViD-19-Epidemie lässt in den Bundesländern keinen Zusammenhang mit der maximalen Melderate erkennen, und zwar weder für die Gesamtzahl der Intensivbetten einschließlich der geförderten Betten noch für die prozentuale Zunahme der Betten durch die Förderung. Soweit man die Melderate als Surrogat für den im jeweiligen Bundesland gegebenen Bedarf an Intensivbetten annimmt, ist eine bedarfsgerechte Förderung der Intensivbettenausstattung daher nicht zu konstatieren. Im Übrigen lag in allen Bundesländern die Zahl von intensivmedizinisch versorgten Corona-Patienten deutlich unterhalb der Intensiv-Gesamtkapazität.

Die Autorengruppe Thesenpapiere hat beginnend mit Thesenpapier 4 (30.08.2020, Kap. 1.1.3, Abb. 6a/6b¹) und Thesenpapier 6 (22.11.2020, hier Kap. 3.3²) in der Dritten Adhoc-Stellungnahme (SN3) mit dem Titel „**Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 – zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie**“ vom 16./17.05.2021 (SN3) einen analytischen Schwerpunkt gesetzt³, diesen am 06.06.2021 mit einer ersten Ergänzung noch weiter vertieft⁴ und eine intensive öffentliche Diskussion in Gang gesetzt. Am 9. Juni 2021 hat der Bundesrechnungshof in einem 42seitigen Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages unter dem Titel „**Bericht nach §88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter Corona bedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds (Abgabe von Schutzmasken an vulnerable Personengruppen, Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Aufbau von Intensivbettenkapazitäten)**“ eine umfassende Kritik

¹ Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.05.20.1866-0533.2248>

² Monitor Versorgungsforschung, <http://doi.org/10.24945/MVF.06.20.1866-0533.2267>

³ Monitor Versorgungsforschung doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2335>

⁴ <https://corona-netzwerk.info/autorengruppe-zur-intensivmedizinischen-versorgung/>

zur Ausgabenpolitik der Bundesregierung veröffentlicht, in dem die Kritik der Autorengruppe in weiten Teilen aufgegriffen und bestätigt wurde.⁵

Inzwischen haben sich auch verschiedene Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband und das BMG des Themas angenommen. Die in den Medien andauernde Diskussion zeigt, wie groß der Bedarf an Aufklärung und Transparenz ist. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob die Zahl der von den Krankenhäusern als betreibbar gemeldeten Intensivbetten als Maßstab für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gelten kann und auch künftig als Parameter für zu ergreifende Maßnahmen im Rahmen der Pandemiebekämpfung herangezogen werden sollte, ohne dass objektive Kriterien für ein „betreibbares Intensivbett“ vorliegen, die auch einer externen Überprüfung standhalten.

Folgenden drei Fragen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu:

- Qualität der zugrundeliegenden Daten zur Bettenverfügbarkeit,
- adäquate Verwendung der zusätzlich geflossenen Finanzmittel und
- Bereitstellung von Personal, das für die Betreuung von intensivmedizinisch versorgten Patienten eingesetzt wird.

Die Ergänzenden Materialien Nr. 1 vom 6.6.21 bezogen sich im Schwerpunkt auf den ersten Punkt, also auf die Qualität der zugrundeliegenden Daten zur Bettenverfügbarkeit, und konnten zeigen, dass erhebliche Mängel sowohl in der Qualität der erhobenen Daten als auch in der Verfügbarkeit von Daten bestehen. Die jetzt vorgelegten Ergänzenden Materialien Nr. 2 beziehen sich nun schwerpunktmäßig auf die **Bettenverfügbarkeit auf Länderebene**, insbesondere im Hinblick auf die Frage, inwieweit die Anzahl der bereits vorhandenen Intensivbetten den Bedarf bereits gedeckt haben bzw. **inwieweit der Ausbau der Intensivkapazitäten gemessen an der Melderate als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann**. Auch hier soll ähnlich wie in SN3 und in den Ergänzenden Materialien Nr. 1 vorausgeschickt werden, dass die Analyse auf großer Wertschätzung der Mitarbeiter „vor Ort“ in der Betreuung von Patienten mit (und ohne) CoViD-19 beruht (s. SN3, S. 14/15). Die Kritik richtet sich also in keiner Weise an die individuellen Ärzte und Pflegenden, sondern konzentriert sich auf die Wahrnehmung, dass von allen finanziellen Zuwendungen nur wenig am „*frontend*“ angekommen ist und Unterstützung oft nicht umgesetzt wurde. Hier sind politische Gremien gefordert, die Analyse weiterzuführen.

Die den Grafiken zugrunde liegenden Daten und Zahlen entstammen Veröffentlichungen von BMG⁶, RKI⁷ und DIVI⁸ (abgerufen letztmalig am 19.07.2021). Die Zahlen für Bayern liegen nicht vollständig vor und werden daher nicht berücksichtigt.

⁵ <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2021/massnahmen-des-bundes-zur-corona-bewaeltigung-im-gesundheitswesen>

1. Anzahl der Intensivbetten vor und nach Förderung: Sowohl in ganz Deutschland wie auch in jedem einzelnen Bundesland übertrifft die Anzahl der Intensivbetten den OECD-Durchschnitt um mindestens das Doppelte – und das bereits vor der Pandemie (s. Abb. 1).

2. Intensivbetten im Verhältnis zur Melderate: Wenn man die Melderate („Inzidenz“) als Annäherung an den Bedarf an Intensivkapazität akzeptiert, dann wäre zu erwarten, dass der Ausbau durch die Investitionsbeihilfen entsprechend der Melderate zunehmen würde. Die Analyse wurde auf die maximal zu beobachtende Melderate bezogen (06.05.2020 bis 19.07.2021). Die Zahl der Intensivbetten ohne und einschließlich geförderter Betten zeigte im Ergebnis jedoch keinen Bezug zur maximalen Melderate (s. Abb. 2 und 3). Ein Zusammenhang zwischen der maximalen Melderate und der *prozentualen* Steigerung der Intensivkapazität durch die Investitionsbeihilfen ist ebenfalls nicht nachweisbar (s. Abb. 4). Auffällig ist, dass in Mecklenburg-Vorpommern, im Saarland und in Schleswig-Holstein schon ohne zusätzliche Betten theoretisch jedem Infizierten ein Intensivbett zur Verfügung gestanden hätte, ohne die Intensivbettenkapazität zu überschreiten.

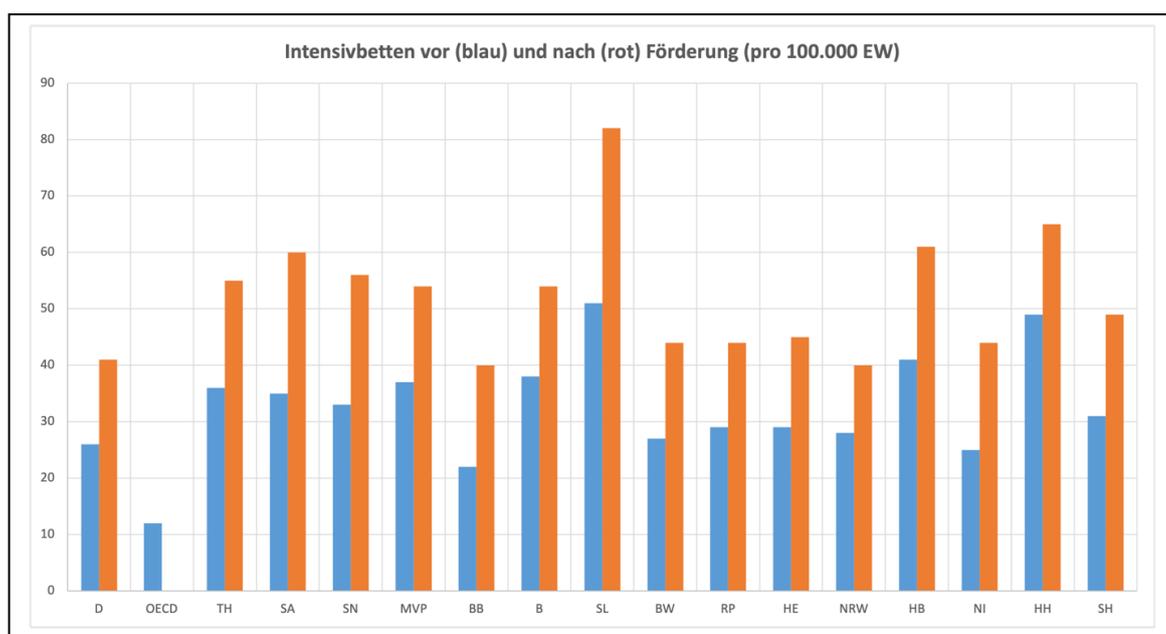


Abb. 1: Anzahl Intensivbetten pro 100.000 Einwohner im OECD-Durchschnitt, in Deutschland und in den einzelnen Bundesländern, jeweils vor (blau) und nach (rot) der Förderung (ohne Bayern, dort Zahlen nicht komplett).

⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/bericht-expertenbeirat.html>

⁷ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html

⁸ <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>

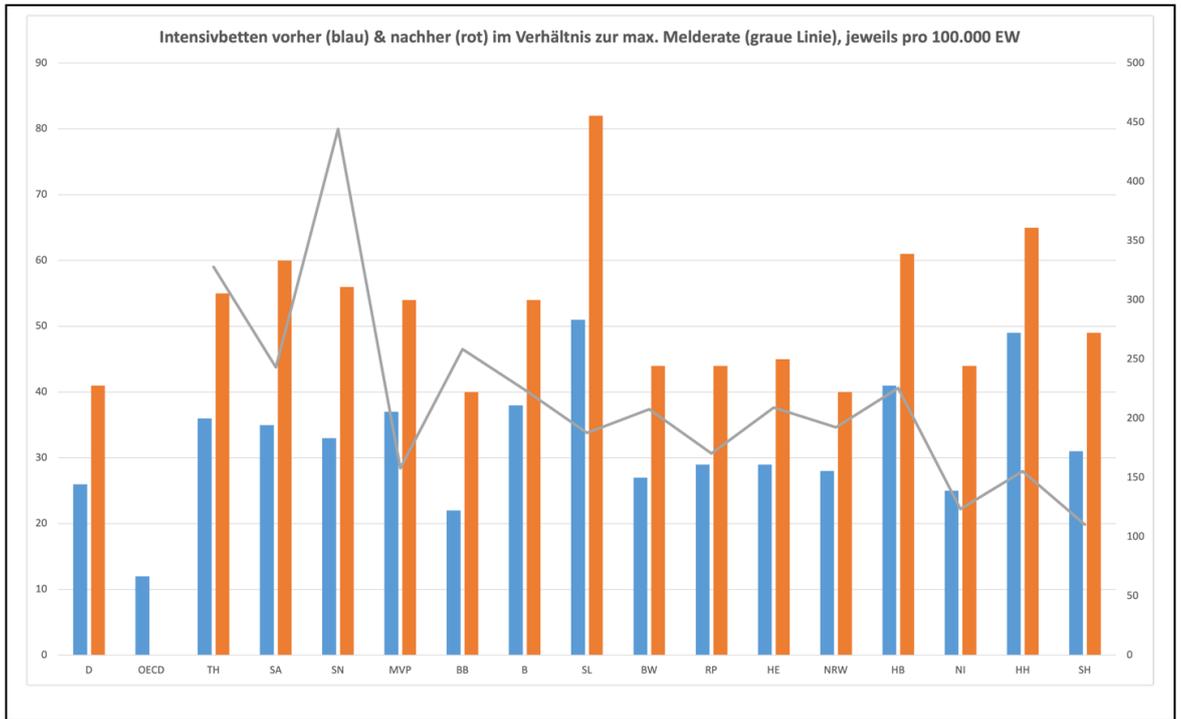


Abb. 2: Wie Abb. 1, aber zusätzlich ist die maximale Melderate aufgetragen (graue Linie)

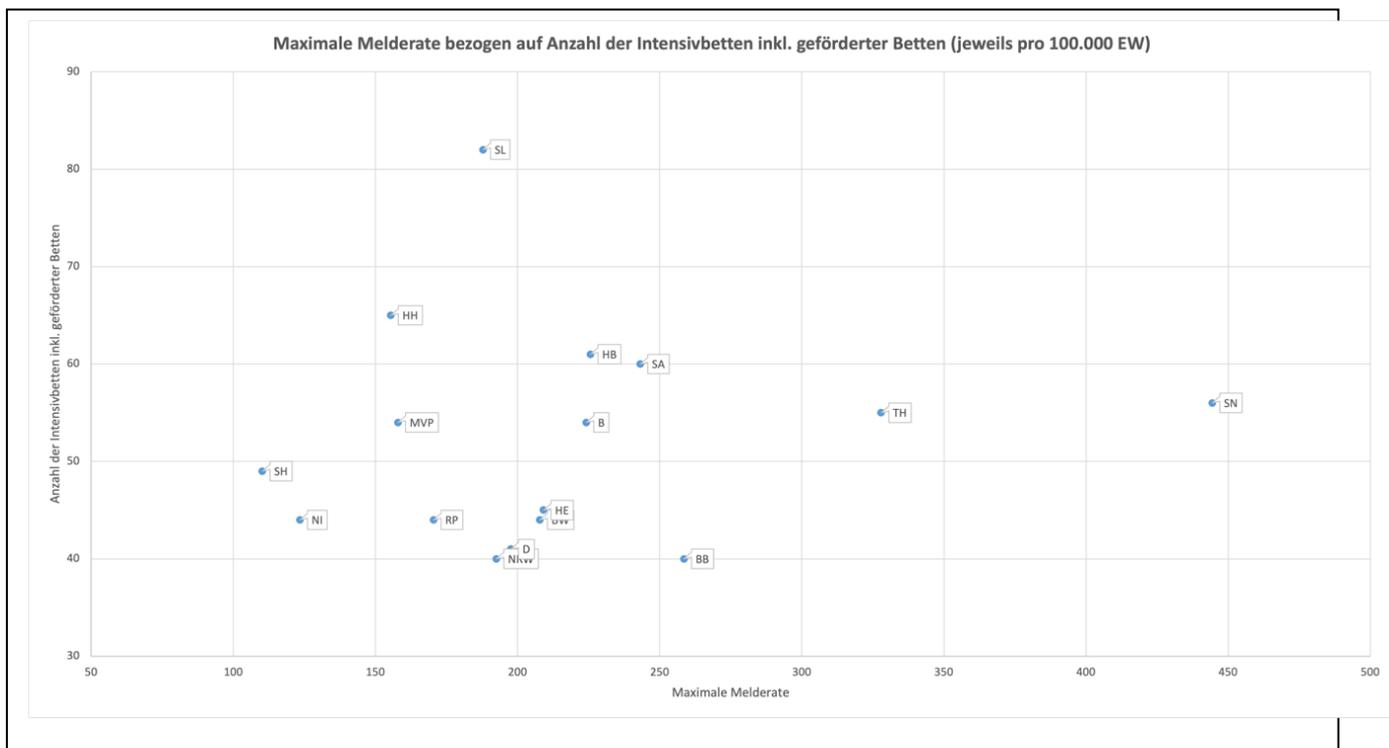


Abb. 3: Keine Abhängigkeit zwischen maximaler Melderate und *Gesamtzahl* der Intensivbetten (vorbestehend plus gefördert). Angaben für Bundesländer außer Bayern.

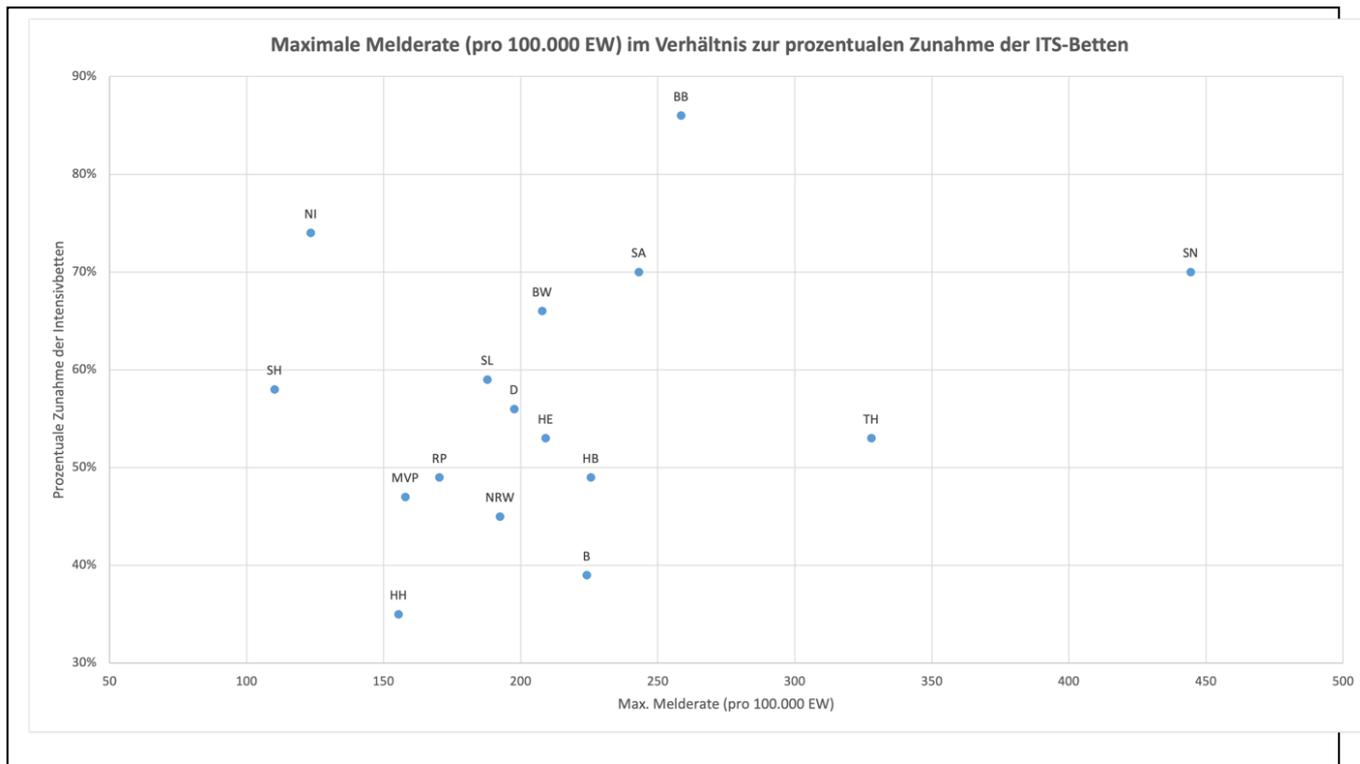


Abb. 4: Maximale Melderate als Surrogat für den Bedarf und *prozentuale* Erhöhung der Intensivkapazität durch die Investitionsförderung stehen in keinem Zusammenhang (außer Bayern).

3. Intensivbetten in absoluten Zahlen im Verhältnis zur Melderate: Schon vor dem Ausbau der Kapazitäten war CoViD-19 nicht für eine dramatische Überbelastung der Intensivstationen verantwortlich zu machen (s. Abb. 5), unter Einbeziehung der geförderten Betten (rot) schon gar nicht. Am dramatischsten stellte sich die Situation noch in Sachsen dar, wo am 21.12.2020 auf dem Höhepunkt der zweiten Welle 595 der verfügbaren 2.309 Betten (inkl. 947 geförderter Betten) mit Covid-Patienten belegt waren.

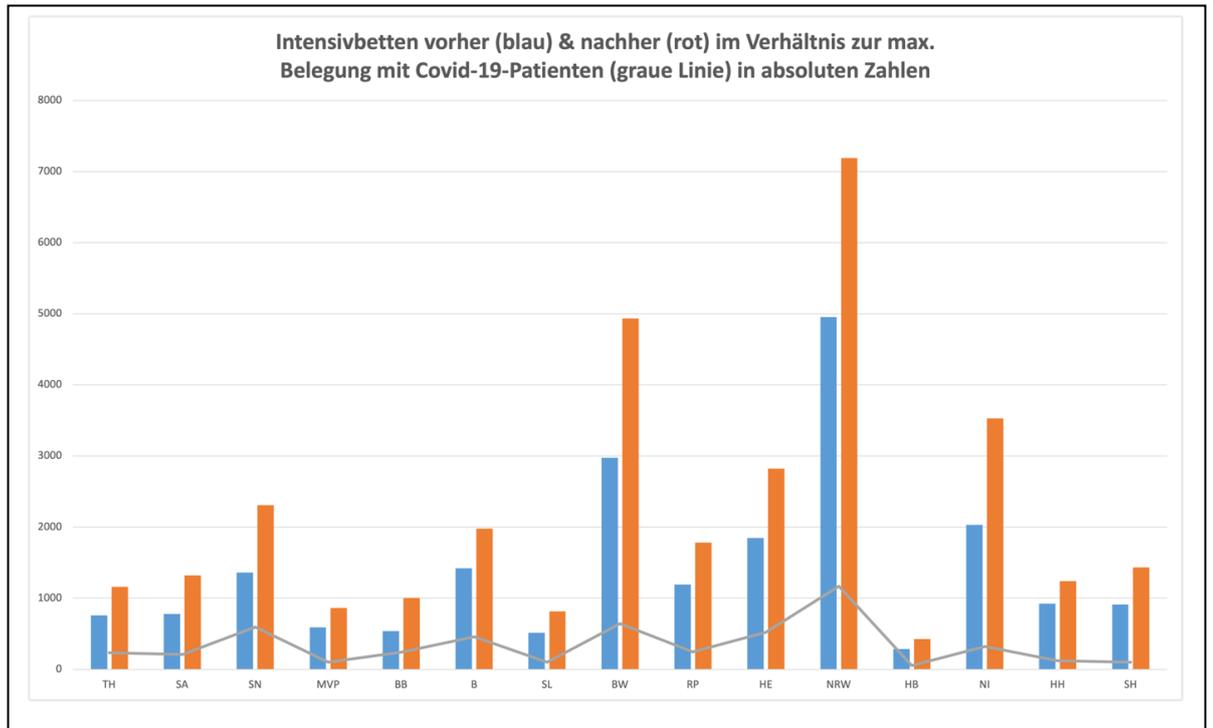


Abb. 5: Anzahl der vorbestehenden (blau) und geförderten (rot) Intensivbetten im Vergleich zur Anzahl von intensivmedizinisch versorgten Patienten in den Bundesländern (graue Linie), die deutlich unterhalb der jeweiligen Intensiv-Gesamtkapazität lagen. (Angaben außer Bayern)

Autorengruppe

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Hedwig François-Kettner

Pflegemanagerin und Beraterin, ehem. Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

Franz Knieps

Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

Dr. med. Andrea Knipp-Selke

Ärztin und Wissenschaftsjournalistin

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow

Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Prof. Dr. med. Klaus Püschel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske

Universität Bremen, SOCIUM Public Health, ehem. Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit

Kontakt

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30, 50672 Köln
matthias@schrapp.com
+49 163 5818 797

Dr. med. Andrea Knipp-Selke
Waldhausstr. 32, 51069 Köln
andrea.knipp@t-online.de
+49 221 3401457

Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 23.7.2021