

**Herrn
Bundesminister für Gesundheit
Jens Spahn
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin**

Berlin, 22.04.2020

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

Sie baten um Empfehlungen bezüglich der Wiederöffnung der Krankenhäuser in der aktuellen Situation der Covid-19-Pandemie.

Aus Sicht der AWMF halten wir das folgende Vorgehen für angemessen:

Stufe 1: Behalten einer Reserve von 25% aller Intensivbetten für Covid-19 Patient*innen und Öffnen von 70% der OP-Kapazität für Elektiveingriffe.

Stufe 2: 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 (mit europäischer Abstimmung) und der auftretenden Neuinfektionen. Bei Bedarf standort-spezifische Regelungen, wenn die Intensivbetten-Reserve unter 25% fällt.

Stufe 3: Ab einer elektiven OP-Kapazität von 90%, schrittweise Anpassung der Intensivbetten-Reserve in 5% Schritten alle 14 Tage - abhängig von der Zahl der Aufnahmen aufgrund von Covid-19-Neuinfektionen im Verhältnis zur Zahl der entlassenen Patient*innen. Die untere Grenze der Intensivbetten-Reservekapazität ist dabei abhängig von den Ergebnissen der kontinuierlichen epidemiologischen Re-evaluationen zu definieren.

Begründung und detailliertere Ausführung:

1. Eine Entscheidung zur Wiederaufnahme elektiver Operationen sollte nach einem Zeitraum von mind. 14 Tagen getroffen werden, in dem die Zahl der täglichen Neuinfektionen an Covid-19 zurückgegangen ist oder stabil blieb¹. Dies erscheint aus Gründen des Krankheitsverlaufs sinnvoll und ist in Deutschland der Fall: die Zahl der Neuinfektionen war am 03. April am höchsten. Ferner liegt die Reproduktionsrate inzwischen bei 1 und darunter². In diesen Bereich gibt es Erfahrung aus der H1N1-Epidemie 2009/10³.
2. Aufgrund der Zahlen an Intensivbetten und deren Auslastung, die das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in

¹ In Übereinstimmung mit American College of Surgeons, American Society of Anesthesiologists, Association of periOperative Registered Nurses, American Hospital Association Joint Statement: Roadmap for Resuming Elective Surgery after COVID-19 Pandemic vom 17.04.2020 und „Proposed State or Regional Gating Criteria <https://www.whitehouse.gov/openingamerica/#criteria>

² Robert Koch Institut, Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 20.04.2020 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html

³ Zu diesem Zeitpunkt gab es ausreichend OP-Kapazität und ausreichend Intensivbetten-Kapazität in Deutschland siehe ARDS – Register DIVI 2009; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/145234/Extrakorporale-Lungenersatztherapie-bei-akutem-Lungenversagen-durch-H1N1-Infektion>

Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut (RKI) tagesaktuell ermittelt⁴, erscheint eine Freigabe von Intensivbetten (bisher vorhandene und anlässlich der Covid-19-Pandemie freigehaltene bzw. neu geschaffene) für elektive Patient*innen ab sofort möglich. Eine Reserve von 25% an frei gehaltenen Intensivbetten für Covid-19 Patient*innen ist auf Basis konservativer Annahmen (u.a. in Bezug auf Reproduktionsrate und Länge der Intensivbehandlung) aus Sicht der AWMF aktuell ausreichend. Diese Zahl wird auch von der DIVI als interdisziplinärer und interprofessioneller Fachgesellschaft mitgetragen. Die Freigabe der Betten für nicht an Covid-19 erkrankte Patient*innen erscheint aus medizinischen Gründen dringend erforderlich, um eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu verhindern. Die Berichte der klinisch tätigen wissenschaftlichen Kolleg*innen verschiedener medizinischer Professionen sind von Erfahrungen geprägt, die „Kollateralschäden“ in interventionellen und chirurgischen Bereichen zeigen u.a. bei Patient*innen mit Tumorerkrankungen, akuten Gefäßverschlüssen und weiteren, vulnerablen Gruppen, z.B. Menschen aus Altenpflegeheimen, die akut verlegt werden müssen⁵. Auf diese Problematik hat auch die Aktion Patientensicherheit mit Nachdruck hingewiesen⁶

3. Eine Re-evaluation sollte alle 14 Tage erfolgen. Dem hier vorgeschlagenen Plan folgend sollte die Kapazität zur operativen/interventionellen Versorgung elektiver Patient*innen im ersten Schritt bis auf 70% des Stands vor der Corona-Krise hochgefahren und 14-tägig um 10% bis auf 100% erhöht werden. Bei Veränderung der Situation kann das elektive OP- / Interventions-Programm eingeschränkt werden, wenn die Zahl der reservierten Intensivbetten unter die 25% Kapazitätsgrenze fällt oder ein höherer Bedarf aufgrund der Anzahl der Neuinfektionen resultiert. Die Angabe der tagesaktuellen Intensivbettenbelegung wird vom BMG bereits eingefordert und im RKI / DIVI Register berichtet. Das BMG behält so die bundesweite Steuerung über den Prozess.

4. Die Steuerung der Intensivbettenreserve erfolgt auf zwei Ebenen:

- A. Krankenhaus-individuell und
- B. Auf regionaler respektive deutschlandweiter Ebene

Ad A) Auf Krankenhaus-individueller Ebene empfehlen wir eine zentrale Intensivbettenkoordination durch das jeweilige Krankenhaus, die unter Einbeziehung der regionalen Daten eine Anpassung der 25%-igen Reserve vornimmt. Eine schrittweise Erhöhung respektive Verminderung der OP-Kapazität für Elektiveingriffe erscheint in Schritten von 10% in einem Zeitraum von zwei Wochen sinnvoll. Die Datengrundlage für diese Entscheidung stellen patientenindividuelle Verläufe aller intensivpflichtigen Patient*innen dar, ebenso wie das interventionelle Spektrum der Krankenhäuser mit den zu erwartenden Intensivbettenbelegungen. Hier können krankenhausspezifische Erfahrungen der letzten Jahre unter Einbeziehung der jetzigen COVID-19 Erfahrung hilfreich sein. Ebenso können spezifische krankenhausspezifische Prognosemodelle genutzt werden, wie dies zurzeit u.a. vom Save-Berlin@Covid-19 Zentrum der Charité eingesetzt wird. Dieses steuert für den Raum Berlin die Koordination der intensivmedizinischen Covid-19-Kapazitäten. Mit dem Prädiktionsmodell können standort-spezifische Kapazitäten basierend auf Daten des jeweiligen Krankenhauses wochenweise im Voraus mit hoher Zuverlässigkeit bestimmt werden. Damit kann standort-spezifisch und regional adaptiert reagiert werden.

Ad B) Diese krankenhausspezifische Intensivbettenreserve muss in Abstimmung mit der regionalen sowie überregionalen und sogar europäischen Bettenbelegung erfolgen. Hierzu sollten zeitnah zu erstellende Prognosemodelle (Kooperation des RKI mit der DIVI) Verwendung finden. Diese Prognosemodelle werden mit höchster Priorität unter Einbeziehung verschiedener Variablen aus unterschiedlichen Datensätzen für COVID19 und NON-COVID 19 Intensivpatient*innen erstellt und im Laufe der kommenden Wochen in ihrer Tiefe und Qualität verfeinert.

⁴ Siehe: <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>),

⁵ Mündliche Berichte verschiedener Chefärzt*innen

⁶ https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/200408_APS-Positionen_Corona.pdf

Diese Empfehlungen sind mit der DIVI abgestimmt.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.



Prof. Dr. Rolf Kreienberg
Präsident der AWMF
kreienberg@awmf.org

Prof. Dr. Claudia Spies,
Mitglied des Präsidiums der AWMF
Charité Berlin, Ärztliche Direktorin
Klinik für Anästhesiologie
claudia.spies@charite.de

Unter Mitarbeit von Dr. Monika Nothacker und Prof. Dr. Ina Kopp
AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement, imwi@awmf.org