

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling zur Ad-hoc-Stellungnahme einer Autorengruppe um Matthias Schrappe zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19- Epidemie

Dr. Ulf Dennler (MBA, Facharzt für Anästhesiologie, Zusatzweiterbildung Spezielle Intensivmedizin), Beirat des Vorstandes, Leiter des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung), 19.05.2021

Am 16.05.2021 hat eine Autorengruppe um Matthias Schrappe ein Thesenpapier (http://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/thesenpapier_adhoc3_210517_endfass.pdf) zur intensivmedizinischen Versorgung während der Corona-Pandemie veröffentlicht. Am 17.05.2021 folgte eine in einigen Punkten korrigierte Version.

Das Thesenpapier löste eine breite Welle der Entrüstung und Gegendarstellungen seitens des intensivmedizinischen Personals, institutioneller Leistungserbringer, der politischen Vertreter der Krankenhäuser und der Fachgesellschaften aus (z.B. <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/pressemeldungen-nach-themen/covid-19/210517-GemPMIntensivstationen-haben-gro%C3%9Fartige-Arbeit-geleistet.pdf>).

Matthias Schrappe ist Facharzt für Innere Medizin mit Weiterbildungen in den Bereichen Infektiologie, Hämatologie und Onkologie sowie Gastroenterologie, der zuletzt 1996 klinisch tätig war.

Als „wissenschaftliche“ Quellen für die Ad-hoc-Stellungnahme werden 11 Artikel, Thesenpapiere und weitere Ad-hoc-Stellungnahmen aufgeführt, die ohne Ausnahme durch den Erstautor Matthias Schrappe verfasst wurden. Eine qualifizierte Berücksichtigung der nationalen oder internationalen wissenschaftlicher Literatur fehlt.

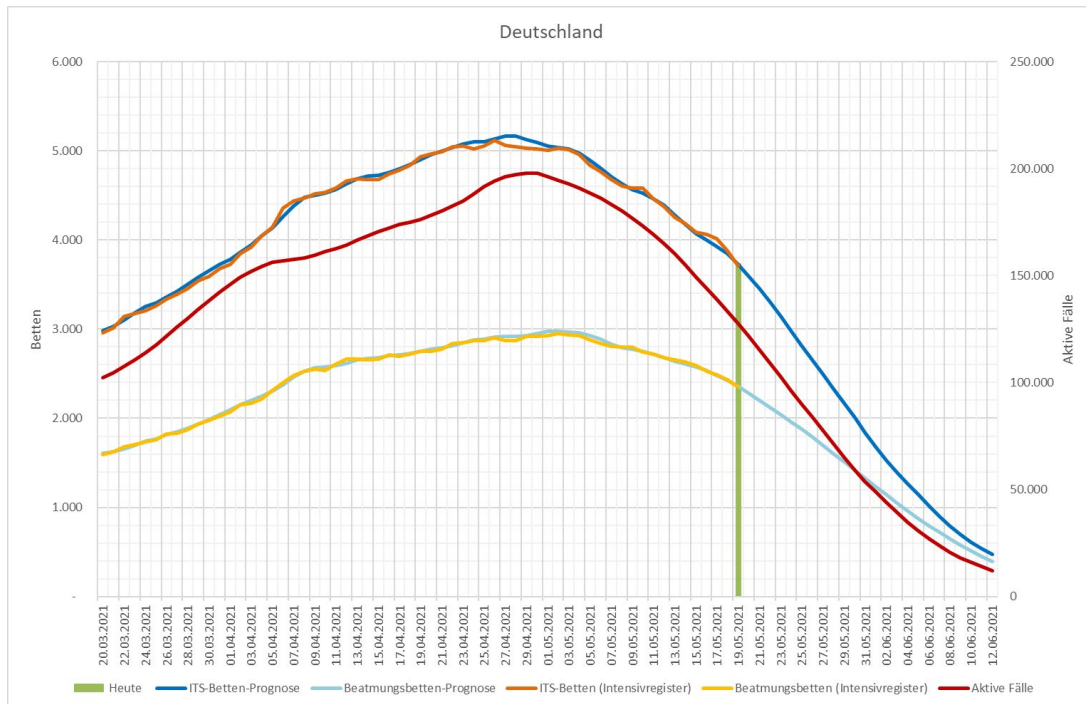
1. Matthias Schrappe bemängelt die Verfügbarkeit von Daten zum Alter der Patienten, zu Komorbiditäten und Aufnahmeindikationen, so dass nicht nachvollziehbar sei, ob Patienten „mit oder wegen COVID-19“ aufgenommen seien. Er hält deshalb das Schüren von Angst durch Intensivmediziner, dass Patienten nicht mehr intensivmedizinisch versorgt werden könnten, für unverantwortliche Panikmache.

Fakt ist: Alle Informationen stehen in den sogenannten §21-Datensätzen (Alter, Verweildauer, Beatmungsdauer, Komorbiditäten) für Auswertungen zur Verfügung. Diese Daten können für

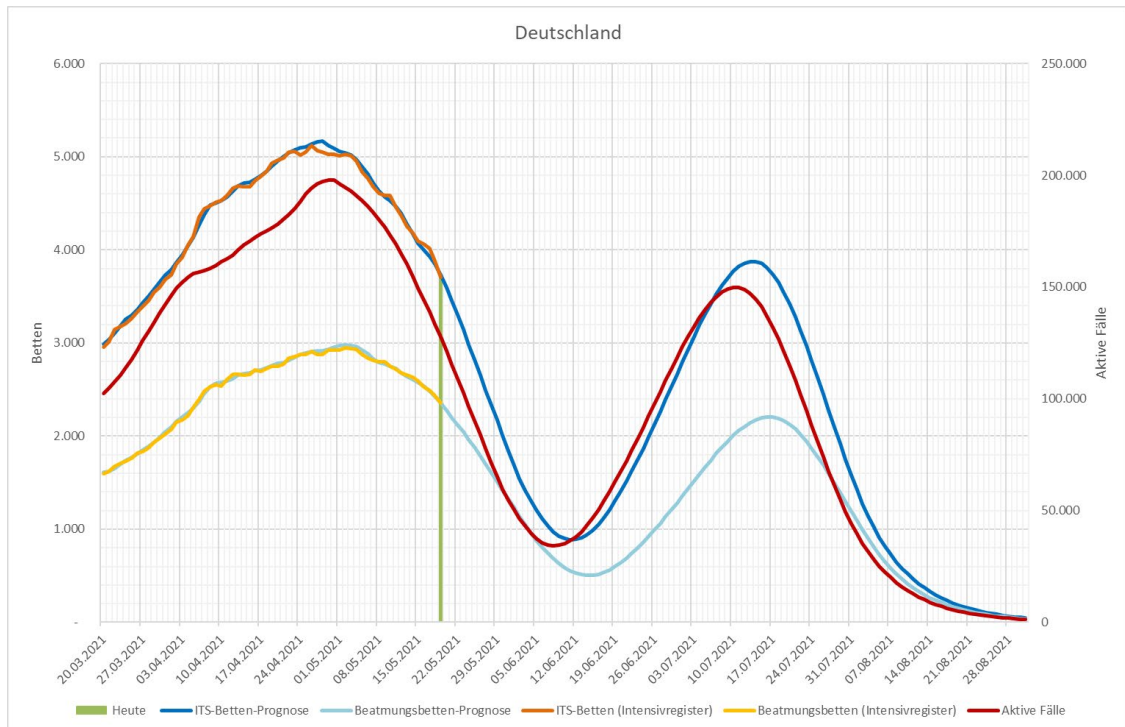
wissenschaftliche Auswertungen genutzt werden, wenn auch mit einer zeitlichen Latenz zum Behandlungszeitpunkt.

Die Autoren der Ad-hoc-Stellungnahme verkennen bei ihrer Kritik einerseits die Funktion des Intensivregisters und andererseits die quantitativen Zusammenhänge von sich exponentiell ausbreitenden Krankheiten:

- Das Intensivregister weist keine Intensivpatienten im Sinne von Fällen, sondern belegte Intensivbetten und die an einem Tag gleichzeitig invasiv beatmeten Patienten aus.
- Die erhobenen Daten werden nach drei Versorgungsleveln differenziert: Intermediate-Care-Unit, Intensiv-Care-Unit, ECMO-Versorgung. Nur bei vergleichbarer Datenstruktur und -qualität sind Angaben aus Deutschland mit anderen Ländern vergleichbar.
- Das Intensivregister hat die Funktion der Steuerung der Sicherstellung der regionalen Intensivversorgung durch Vernetzung mit anderen Versorgungsgebieten. Dazu waren unter Berücksichtigung des aus dem Qualitätsmanagement bekannten Deming-Zyklus mehrfach Anpassungen des Datenumfanges und der Datenfelddefinitionen erforderlich. Beispielsweise betrifft dies die gesonderte Erfassung und Ausgrenzung von neonatologischen und pädiatrischen Intensivbetten, die für die Versorgung von COVID-19-Patienten irrelevant sind. Die Nutzung von Zeitreihen dieser Daten für oberflächliche epidemiologische Betrachtungen, Vergleiche und Spekulationen ohne die Kenntnis intensivmedizinischer Versorgungsstrukturen führt zwangsweise zu Fehleinschätzungen.
- In der dritten Welle wurden maximal 5120 belegten Intensivbetten gleichzeitig behandelt. Diese Zahl ist eine Schnittmenge der „Aktiv Infizierten“. Die Zahl der „Aktiv Infizierten“ berechnet sich aus der Zahl der kumulativ Infizierten abzüglich der Zahl der Genesenen und der Verstorbenen. Dabei stammt die Zahl der Intensivpatienten ganz überwiegend aus der Altersgruppe der über 35-jährigen mit einem Maximum in der Altersgruppe der 50-70-jährigen.
- Der Quotient aus belegten Intensivbetten und aktiven Fällen im Alter über 35 Jahre liegt zwischen 2 und 3,2 Prozent, für beatmete Patienten zwischen 1,1 und 1,8 %. Die Höhe des Quotienten variiert im zeitlichen Verlauf in Abhängigkeit von der Entwicklung der Neuinfektionen und der Verweildauer der Patienten.
- Für ca. 5.000 Intensivpatienten sind somit etwa 200.000 Aktive Fälle erforderlich, die entstehen, wenn sich über 18 Tage durchschnittlich 11.100 Menschen täglich mit SARS-CoV2 infizieren. Dieser Zusammenhang bestätigt sich in der Darstellung der aktiven Fälle und der belegten Intensivbetten während der letzten Wochen:



- 11.100 Menschen im Alter von über 35 Jahren entsprechen 2 von 10.000 Menschen in dieser Altersgruppe (52.657.587 Einwohner).
- In einem Landkreis mit 100.000 Einwohner entspricht dies 350 aktiv Infizierten, von denen gleichzeitig 9 Patienten auf einer Intensivstation behandelt und davon etwa 6 beatmet werden müssen. 4 bis 5 dieser Patienten werden an COVID-19 versterben.
- Wenn in dem Landkreis nur bis zu zwanzig Intensivbetten vorhanden sind, resultiert bei der täglichen Infektion von 0,02 Prozent (!) der Einwohner ganz offensichtlich eine schwerwiegende Überlastung der Intensivstation.
- Am 26.04.2021, dem Tag der höchsten Anzahl von belegten Intensivbetten gab es in 127 von 401 Kreisen weniger als 10 Prozent freie Betten.
- Eine geringe Zunahme der Infektionsrate von 2 auf 3 Neuinfektionen pro Tag und 10.000 Einwohner hätte zum Kollaps der Intensivstationen geführt.
- Steigt der R-Wert in den kommenden Tagen wieder von derzeit 0,9 auf 1,2, also Werte wie im letzten Jahr im Oktober, wird eine Entwicklung prognostiziert, die zu einer ausgeprägten vierten Welle führen würde:



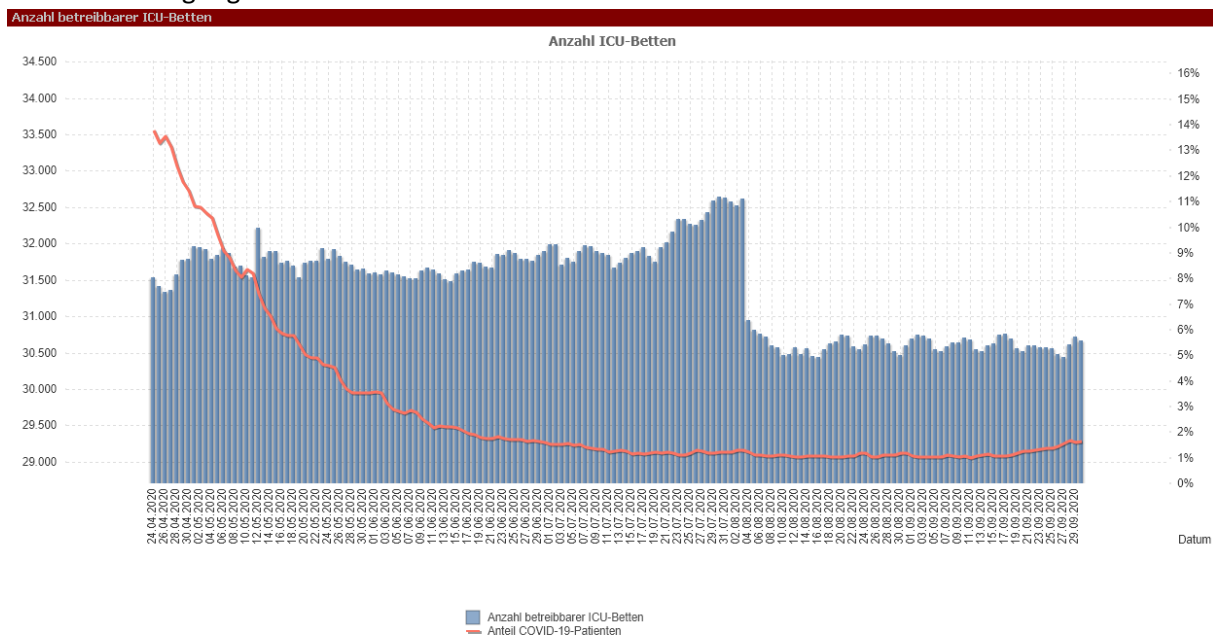
- Die Welle im Juli wird bereits durch die Impfungen gedämpft. Ohne den Effekt der Impfungen wäre das Ergebnis fatal.
- Wenn also intensivmedizinische Fachgesellschaften vor einer drohenden Überlastung der Intensivstationen gewarnt haben, war dies das Resultat mehrerer wissenschaftlich fundierter Analysen angesichts einer sehr realen Gefahr. Durch gesetzlich verordnete Änderungen des Sozialverhaltens und von Kontaktbeschränkungen konnte das Risiko der Überlastung vermieden werden. Wenn Prognosen durch Einleitung von Prävention vermieden werden, haben sie ihre Funktion erfüllt.

2. Matthias Schrappe und sein Autorenteam verstehen nicht die Änderung der Anzahl der im Intensivregister gemeldeten Bettenzahlen im zeitlichen Verlauf der Pandemie und vermutet wie auch immer geartete Manipulationen.

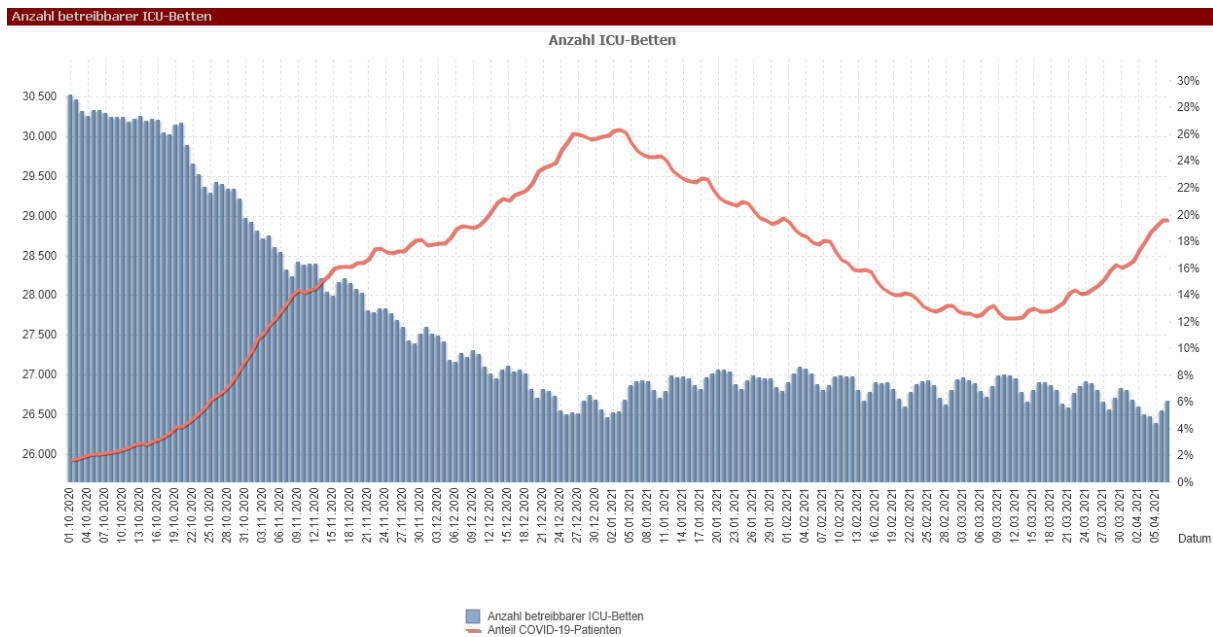
Fakt ist: Die jeweils gemeldeten Bettenzahlen sind das Resultat der durch die Kliniken geforderten Differenzierung der Betten nach Versorgungsleveln und der Altersstrukturen der Patienten sowie der tatsächlichen Personalverfügbarkeit.

- Anfänglich wurden die technisch als Intensivbetten ausgestatteten Behandlungsplätze gezählt. Zur technischen Ausstattung gehören Beatmungsgeräte, Spritzen- und Infusionspumpen, Monitore für die Vitalparameter sowie spezielle Intensivbetten. Die Kosten für diese Ausstattung übersteigen die Förderung, die das BMG für die Ausweitung der Intensivversorgungskapazitäten (50.000 € je Bett) zur Verfügung gestellt hat.
- Im Verlauf der Pandemie wurde deutlich, dass die technische Ausstattung allein nicht zur Versorgung der Patienten ausreicht. Die erforderliche personelle Ausstattung (5 qualifizierte Intensivpflegekräfte für 2 Betten) war nicht kurzfristig zu rekrutieren oder auszubilden. Für die Erfassung der „betreibbaren“ Intensivbetten wurde deshalb vorgegeben, dass nur die Betten angegeben werden sollten, für die auch das Personal zur Verfügung steht.

- Die von Matthias Schrappe postulierte Annahme, dass in der dritten Welle wegen der Impfungen des Personals mehr Mitarbeiter zur Verfügung stünden, entbehrt der fachlichen Grundlage. Gerade durch die in der intensivmedizinischen Versorgung eingesetzte persönliche Schutzausrüstung und die permanenten Hygieneschulungen haben sich während der gesamten Pandemiezeit unterdurchschnittlich wenige intensivmedizinische Mitarbeiter:innen beruflich bedingt infiziert.
- In der ersten Welle wurde die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV), die am Tag eine 1:2-Personalbindung und in der Nacht eine 1:3-Personalbindung vorsieht, ausgesetzt. Deshalb waren zu Beginn der Pandemie mehr Betten betreibbar als nach dem Wiederinkrafttreten der Verordnung.
- Durch die Erfahrungen der ersten Welle wurde deutlich, dass neonatologische und pädiatrische Intensivbetten für die Versorgung von COVID-19-Patienten bedeutungslos sind. Diese Erkenntnis wurde bei der Darstellung der für die Versorgung der COVID-19-Patienten verfügbaren Betten berücksichtigt und kann in den Tagesreports differenziert analysiert werden. Dabei steht diese **abrupte** Änderung nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Versorgung der COVID-19-Patienten.



- Bei einem Anteil von mehr als 20 Prozent COVID-19-Patienten sinkt angesichts der hohen körperlichen Belastung der Arbeit mit Vollschutzausrüstung und der so erhöhten Personalbindung **kontinuierlich** die Zahl der betreibbaren Betten:



3. Matthias Schrappe bemüht sich, aus internationalen Daten eine angebliche Überversorgung abzuleiten.

Fakt ist: Testhäufigkeit, medizinische Versorgungsstrukturen, Meldeverhalten insbesondere der Todesfälle und Altersstruktur unterscheiden sich sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den weiteren Staaten der Europäischen Union. Im internationalen Vergleich ist die Bewältigung der Pandemie in Deutschland dank des hervorragenden Gesundheitssystems und insbesondere der intensivmedizinischen Versorgung überdurchschnittlich gut gelungen.

Unter 56 europäischen Ländern steht Deutschland bei der Kennzahl Fälle je 100.000 Einwohner nur auf Platz 43

Country	Cases/100.0000 Residents
Sweden	9758
France	8581
Switzerland	7799
Austria	7044
Italy	6893
Denmark	4465
Germany	4241

Bei den Todesfällen je 100.000 Einwohner befindet sich Deutschland trotz einer ungünstigen Altersstruktur (Deutschland liegt im Altersmedian an zweiter Stelle) auf Platz 34.

Italien mit einer ähnlichen Altersstruktur verzeichnet 64 Prozent mehr Fälle je 100.000 Einwohner und 100 Prozent mehr Todesfälle.

Country	Deaths/100.0000 Residents
Italy	206
France	158
Sweden	137
Switzerland	117
Austria	113
Germany	101
Denmark	42

Zusammenfassung:

Im Frühjahr 2020 wurde in kürzester Zeit in einer enormen Kraftanstrengung durch Fachgesellschaften und das RKI ein Instrument entwickelt, dass die überregionale Koordination der Versorgung von Intensivpatienten gestattet.

Wie jede Software bestand infolge der Nutzung der Daten das Erfordernis der stetigen Weiterentwicklung.

Die Daten sind hervorragend für die Steuerung der intensivmedizinischen Versorgung auf regionaler und überregionaler Ebene sowie die Berechnung von Prognosen und Simulationen geeignet.

Bei Berücksichtigung der Entwicklung des zugrundeliegenden Datenmodells gibt es keinen Hinweis für eine Manipulation des Datenmodells. Die Änderungen sind ausschließlich durch Datendifferenzierungen und Präzisierungen entstanden. Eine unterstellte Manipulation dieses oben dargestellten Ausmaßes hätte einer Absprache über alle Krankenhäuser hinweg bedurft.

Die Mehrzahl der Thesen von Matthias Schrappe hält einer fachlichen Prüfung nicht stand. Es ist bedauerlich, dass diverse Medien wie z.B. die WELT solche Thesen unkritisch publizieren und die erforderliche journalistische Sorgfalt bei der Recherche vermissen lassen.

Datenquellen:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>

<https://www.arcgis.com/home/item.html?id=f10774f1c63e40168479a1feb6c7ca74>

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