



Persönliche Schutzausrüstungen und Corona-Tests im Krankenhaus

Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. Karl Blum

Robin Heber

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

Ansprechpartner:

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 17

E-Mail: karl.blum@dki.de

Datum: 07. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
1 HINTERGRUND	5
2 ZIELE	6
3 METHODIK	6
4 CORONA-TESTS	8
4.1 CORONA-TESTS BEI PATIENTEN	8
4.2 CORONA-TESTS BEI MITARBEITERN	10
4.3 PROBLEME BEI CORONA-TESTS	11
4.4 DURCHFÜHRUNG DER LABORTESTS	13
5 PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNGEN (PSA)	15
5.1 BESCHAFFUNGSPROBLEME BEI PERSÖNLICHEN SCHUTZAUSRÜSTUNGEN	15
5.2 BEDARFSDECKUNG AN PSA BEI 2. PANDEMIEWELLE	16
5.3 PRODUKTQUALITÄT VON PSA	18
6 AUSWERTUNG DER OFFENEN SCHLUSSFRAGE	20

Zusammenfassung

Die deutschen Krankenhäuser haben früh seit Ausbruch der Pandemie damit begonnen, Verdachtsfälle von Covid-19-Patienten, etwa Patienten mit einschlägiger Symptomatik oder Kontakt mit Infizierten, flächendeckend zu testen. Faktisch jedes Krankenhaus (98 %) hat bei diesen Patienten Tests einmalig oder mehrfach durchgeführt. Weitere Schwerpunkte von Corona-Tests bildeten Risikogruppen, wie Patienten mit bestimmten Vorerkrankungen, Hochbetagte oder Patienten, die aus Alten- und Pflegeheimen aufgenommen oder dorthin entlassen werden. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) von Anfang Juni 2020.

Die COVID-19-Pandemie stellt die Krankenhäuser in Deutschland vor große Herausforderungen. Dazu zählt auch der Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor einer Infizierung mit dem Virus. Persönliche Schutzausrüstungen (PSA) und Corona-Tests spielen dabei eine zentrale Rolle. Mit der Befragung sollten die Verfügbarkeit und Qualität von PSA sowie Häufigkeit und Probleme von Corona-Tests im Krankenhaus untersucht werden. An der DKI-Blitzumfrage haben sich bundesweit 724 Krankenhäuser beteiligt.

Auch bei den Krankenhausmitarbeitern waren Verdachtsfälle für Infektionen der Schwerpunkt von Corona-Tests, etwa Mitarbeiter mit bestimmter Symptomatik und Kontakt zu Infizierten. Fast alle Häuser (90 %) testen diese Mitarbeiter regelmäßig. Einen weiteren Schwerpunkt von Testungen bildeten Mitarbeiter auf Isolier- und Intensivstationen.

Die größten Probleme mit Corona-Tests bildeten Schwierigkeiten bei der Patientenüberleitung, z. B. aufgrund von Verunsicherung bei Nachversorgern wie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (85 % der Krankenhäuser), und die unzureichende Finanzierung von Tests (83 %). Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser problematisiert unklare rechtliche Regelungen für die Tests, ihren hohen zeitlichen Aufwand und längere Verweildauern aufgrund von ausstehenden Testergebnissen. Auch die Belegung von Mehrbettzimmern stellt wegen der einzuhaltenden Abstandsregelungen eine besondere Herausforderung für die Krankenhäuser dar.

Die Befragung bestätigt Probleme bei der Beschaffung von Schutzausrüstungen in vielen Krankenhäusern bei Ausbruch der Pandemie im März 2020. Dies galt insbesondere für Schutzmasken und Schutzkittel. Im Zuge der Pandemie hat sich nach Auffassung der Krankenhäuser zudem die Produktqualität vor allem bei Schutzmasken und Schutzkittel teilweise verschlechtert.

Nach Einstellung der zentralen Beschaffung von PSA über den Bund Ende Juni 2020 erwartet die Mehrzahl der Krankenhäuser, im Fall einer 2. Pandemiewelle ihren Bedarf an PSA über den Direktbezug bei Herstellern und Lieferanten in relativ hohem Maße decken zu können. Mögliche Engpässe werden vor allem bei FFP3-Masken und Schutzkitteln befürchtet.

Zwischenzeitlich wurde durch eine Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit die Testung von Patienten und Mitarbeitern im Krankenhaus grundlegend geregelt. Danach können Patienten, unabhängig von einer etwaig vorliegenden Symptomatik, ggf. wiederholt zu Lasten der Krankenkassen getestet werden, Mitarbeiter nach Vorgaben der Gesundheitsämter. Es bleibt abzuwarten, wie oft asymptomatische Patienten und Krankenhausmitarbeiter künftig getestet werden und ob die Testvergütungen kostendeckend sind. Bundesländer haben angekündigt, Vorratslager für PSA anzulegen oder auszubauen. Auch hier ist noch nicht absehbar, inwieweit die zentrale Beschaffung und Verteilung von PSA im Fall einer 2. Pandemiewelle zur Bedarfsdeckung in den Krankenhäusern beiträgt.

1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie stellt die Krankenhäuser in Deutschland vor große Herausforderungen. Dies betrifft nicht nur die Auswirkungen der Pandemie auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und die Kompensation von Zusatzkosten und Erlösausfällen im Rahmen des Krankenhausentlastungsgesetzes.¹ Dazu zählt insbesondere auch der Schutz von Patienten und Mitarbeitern vor einer Infizierung mit dem Virus. Persönliche Schutzausrüstungen (PSA), z. B. Schutzmasken, Schutzbrillen und Schutzkittel, sowie Corona-Tests spielen dabei eine zentrale Rolle:

- Mit dem Krankenhausentlastungsgesetz werden Preis- und Mengensteigerungen der Corona-Pandemie, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, mit einem Zuschlag in Höhe von 50 Euro pro Patienten zumindest dem Grunde nach pauschal abgegolten. Die Finanzierung dieser Mehrkosten sichert aber noch keine bedarfsgerechte Versorgung der Krankenhäuser mit persönlichen Schutzausrüstungen.
- Vor diesem Hintergrund hat der Bund im März 2020 mit der zentralen Beschaffung persönlicher Schutzausrüstungen begonnen und sie, vermittelt über die Bundesländer und Kommunen, bei entsprechenden Bedarfsmeldungen u. a. an die Krankenhäuser verteilt. Laut Bundesgesundheitsministerium soll die Bundesbeschaffung von PSA Ende Juni 2020 eingestellt werden, weil die Pandemieentwicklung erlaube, wieder auf die etablierten Vertriebswege zurückzugreifen.
- Die Testung von Patienten und Mitarbeitern im Krankenhaus ist grundlegend in der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ des Bundesministeriums für Gesundheit geregelt, die am 08.06.2020 in Kraft trat.² Danach ist, unabhängig von einer etwaig vorliegenden Symptomatik, die Testung von stationär im Krankenhaus behandelten Patienten Teil der Krankenhausbehandlung. Dies schließt auch wiederholte Testungen ein, sofern diese erforderlich sind, um eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 festzustellen. Die Kosten der Testungen werden durch die Kostenträger über ein Zusatzentgelt erstattet, das für den Zeitraum vom 14.05.2020 bis 15.06.2020 63,00 € betrug und ab dem 16.06.2020 bei 52,50 € liegt.³

¹ Vgl. hierzu die aktuelle DKI-Befragung zu den „Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes auf die Krankenhäuser“. Abgerufen von: <https://www.dki.de/sites/default/files/2020-05/2020-05-28%20Corona-Befragung.pdf> (am: 19.06.2020).

² Abgerufen von: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Co-rona-Test-VO_BAnz_AT_09.06.2020_V1.pdf (am 19.06.2020)

³ § 2 der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG über ein Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus.

- Auch asymptomatische Krankenhausmitarbeiter können unter Berücksichtigung der jeweiligen epidemiologischen Lage getestet werden, um die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zu verhüten. Testungen können für jeden Einzelfall bis zu einmal bei Tätigkeitsbeginn und ansonsten bis zu einmal alle zwei Wochen wiederholt werden. Die Kosten von 50,50 € pro Test werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Die o. g. Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit trat am 08.06.2020 in Kraft und somit erst im Laufe der Erhebungsphase der Krankenhausbefragung (vgl. Kap. 3). Die Befragungsergebnisse spiegeln insofern auch bis dahin bzw. vorher bestehende Unsicherheiten mit Blick auf die Durchführung und Finanzierung der Tests wider.

2 Ziele

Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Krankenhausbefragung zu persönlichen Schutzausrüstungen und Corona-Tests im Krankenhaus durchgeführt.

Mit der Befragung sollte untersucht werden, welche Maßnahmen die Krankenhäuser konkret ergreifen, um Patienten und Mitarbeiter zu schützen, und mit welchen Problemen sie dabei konfrontiert sind.

Thematische Schwerpunkte waren dabei insbesondere die Verfügbarkeit und Qualität von persönlichen Schutzausrüstungen sowie die Häufigkeit von Corona-Tests bei Patienten und Mitarbeitern sowie Probleme bei den Testungen.

3 Methodik

Die Kurzbefragung („Blitzumfrage“) wurde vom 4. bis zum 12. Juni 2020 durchgeführt. Die Auswirkungen der Corona-Testverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 08.06.2020 (vgl. Kap. 1) konnten insofern in den Ergebnissen kaum Berücksichtigung finden.

Grundlage der Befragung bildete ein eigens vom DKI entwickelter und mit der DKG abgestimmter weitestgehend standardisierter Fragebogen. Die Befragungsunterlagen waren an die Geschäftsführungen der teilnehmenden Krankenhäuser adressiert. Die Teilnehmer konnten den Fragebogen schriftlich oder online über die DKI-Homepage beantworten.

Die amtliche Krankenhausstatistik unterscheidet nach dem *Krankenhaustyp* zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien.⁴ Grundgesamtheit der Blitzumfrage bildeten alle deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten sowie alle Psychiatrien. Allgemeinkrankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Laut Statistischem Bundesamt umfasst die Grundgesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland 1.299 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten und 285 Psychiatrien.⁵ Die Blitzumfrage war als Vollerhebung angelegt. Beteiligt haben sich insgesamt 724 Krankenhäuser, davon 609 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten und 115 Psychiatrien.

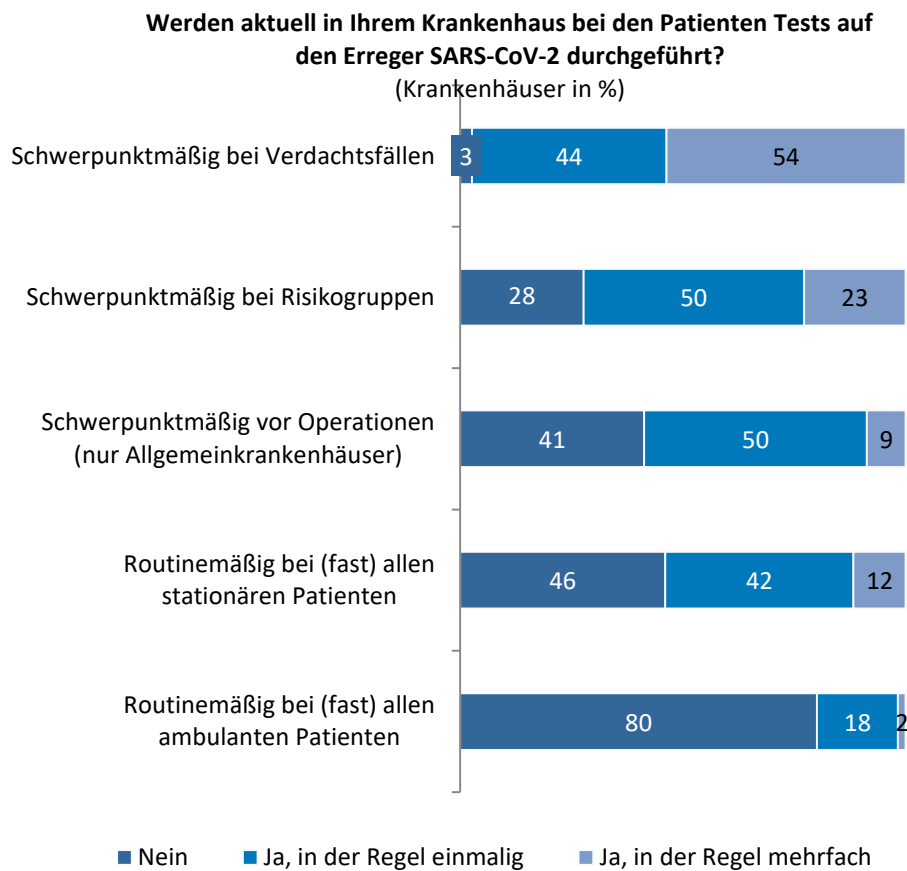
⁴ Gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes handelt es sich bei Psychiatrien um Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten oder mit ausschließlich psychosomatischen Betten sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und / oder geriatrischen Betten. Alle anderen Krankenhäuser mit Betten in vollstationären Fachabteilungen sind danach Allgemeinkrankenhäuser. Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1. Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (am: 19.06.2020).

⁵ Statistisches Bundesamt (2017): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1. Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (am: 19.06.2020).

4 Corona-Tests

4.1 Corona-Tests bei Patienten

Aktuell werden in den deutschen Krankenhäusern Verdachtsfälle von Covid-19-Patienten flächendeckend getestet (Abb.1). Dabei handelt es sich beispielsweise um Patienten mit einer einschlägigen Symptomatik oder mit Kontakt mit Infizierten. 98 % der Häuser führen entsprechende Tests in der Regel einmalig (44 %) oder mehrfach während eines Krankenhausaufenthalts dieser Patienten durch (54 %).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Corona-Tests bei Patienten

Einen weiteren Schwerpunkt von SARS-CoV-2-Tests bilden Risikogruppen, etwa Patienten mit bestimmten Vorerkrankungen oder Hochbetagte. Knapp drei Viertel der Krankenhäuser testen Risikogruppen in der Regel einmalig (50 %) oder mehrfach (23 %) während eines stationären Aufenthalts. Speziell in Allgemeinkrankenhäusern werden darüber hinaus Patienten vor Operationen mehrheitlich auf den Erreger getestet.

Regelmäßige SARS-CoV-2-Tests bei (fast) allen stationären und ambulanten Patienten waren zum Erhebungszeitpunkt aufgrund der bestehenden Unsicherheiten mit Blick auf die Durchführung und Finanzierung der Tests (vgl. Kap. 1) noch nicht flächendeckend etabliert. 54 % (stationäre Patienten) bzw. 20 % der Häuser (ambulante Patienten) führen sie einmalig oder mehrfach bei ihren Patienten durch.

Im Rahmen einer offenen Frage wurden des Weiteren noch explizit weitere Risikogruppen genannt, die in einer Reihe von Häusern regelhaft getestet werden. Dazu zählen insbesondere Patienten, die aus Alten- und Pflegeheimen oder anderen Versorgungseinrichtungen (andere Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Tageskliniken, Flüchtlingsheime etc.) aufgenommen oder dorthin entlassen werden, sowie Patienten aus dem Ausland oder mit Auslandsaufenthalten kurz vor Aufnahme.

Bei den SARS-CoV-2-Tests für Patienten resultierten kaum Unterschiede nach Krankenhausgröße und Krankentyp, d. h. die Testroutinen sind in den verschiedenen Bettengrößenklassen sowie in den Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien in hohem Maße vergleichbar (Ergebnisse nicht dargestellt).

Ergänzend zu ihren Testroutinen sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie aktuell die stationäre Aufnahme von Patienten erfolgt, die nicht wegen einer COVID-19-Erkrankung aufgenommen werden. In 59 % der Krankenhäuser werden die Patienten, mit Ausnahme von Verdachtsfällen, ohne Test direkt auf der behandelnden Station aufgenommen. 41 % der Häuser isolieren (fast) alle Patienten bis zum Testergebnis bzw. nehmen sie erst auf einer separaten Station auf. Aus naheliegenden Gründen korreliert die Aufnahmepraxis mit den Testroutinen. Die Krankenhäuser, die routinemäßig (fast) alle stationären Patienten testen, isolieren auch mehrheitlich ihre aufgenommenen Patienten bis zur Vorlage des Testergebnisses (Tab. 1).

Tab. 1: Aufnahmepraxis bei nicht infizierten Patienten nach Testroutinen

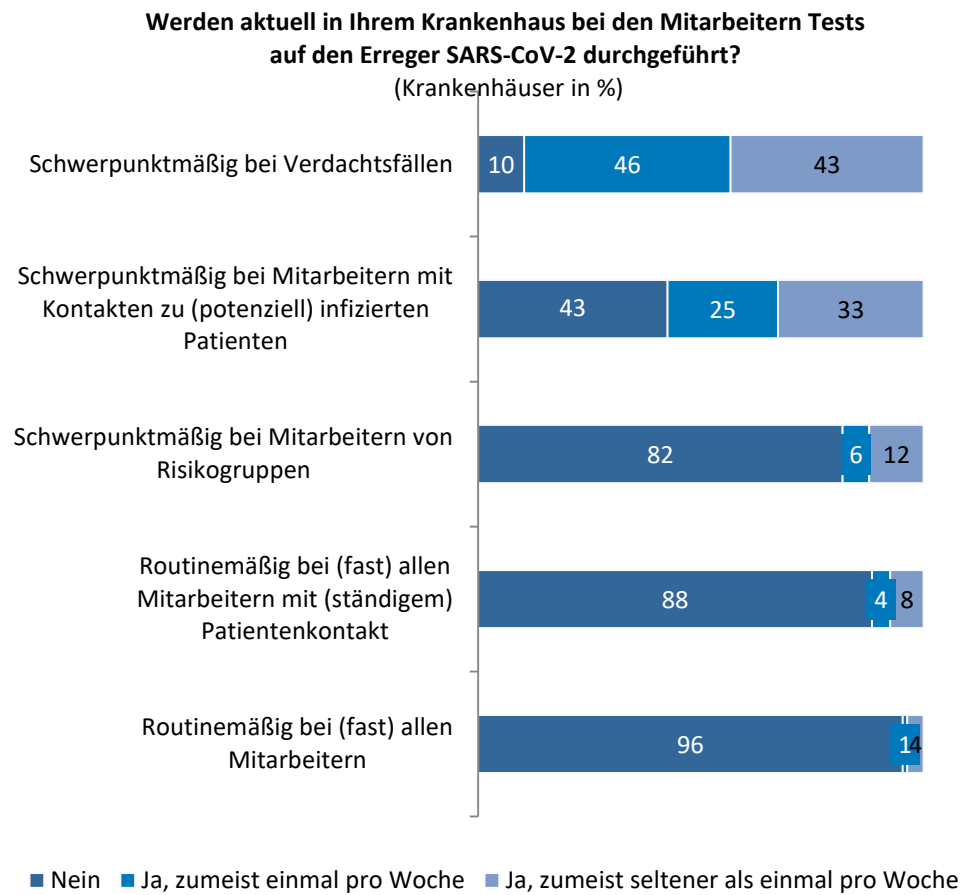
Wie erfolgt aktuell die stationäre Aufnahme von Patienten, die nicht wegen einer COVID-19-Erkrankung aufgenommen werden?	Routinemäßig Testung bei (fast) allen stationären Patienten?			
	Nein	Ja, in der Regel einmalig	Ja, in der Regel mehrfach	Gesamt
(Fast) alle Patienten werden bis zum Testergebnis isoliert / erst auf einer separaten Station aufgenommen (im Sinne einer Schleuse).	6,2%	69,6%	77,1%	40,6%
Mit Ausnahme von Verdachtsfällen werden die Patienten ohne Test direkt auf der behandelnden Station aufgenommen.	93,8%	30,4%	22,9%	59,4%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.2 Corona-Tests bei Mitarbeitern

Ähnlich wie bei den Patienten bilden auch bei den Krankenhausmitarbeitern Verdachtsfälle für Infektionen den Schwerpunkt von SARS-CoV-2-Tests. Dabei handelt es sich etwa um Mitarbeiter mit bestimmter Symptomatik und mit Kontakt zu Infizierten außerhalb des Krankenhauses. Fast 90 % der Häuser testen diese Mitarbeiter regelmäßig, sei es zumeist einmal pro Woche (46 %) oder seltener als einmal pro Woche (44 %).

Einen weiteren Schwerpunkt von SARS-CoV-2-Tests bilden Mitarbeiter mit Kontakt zu (*potenziell*) infizierten Patienten, z. B. auf Isolier- oder Intensivstationen. Im Rahmen einer offenen Frage wurde zudem vielfach ergänzt, dass bei Mitarbeitern mit Kontakt zu *nachweislich* infizierten Patienten entsprechende Tests Standard sind.

Etwaige Risikogruppen unter den Mitarbeitern, z. B. ältere Mitarbeiter oder Mitarbeiter mit bestimmten Vorerkrankungen, bilden hingegen keinen Schwerpunkt der Testung von Mitarbeitern. Auch routinemäßige Tests bei (fast) allen Mitarbeitern oder bei Mitarbeitern mit (ständigem) Patientenkontakt bildeten zum Erhebungszeitpunkt aufgrund der bestehenden Unsicherheiten mit Blick auf die Durchführung und Finanzierung der Tests (vgl. Kap. 1) bislang die Ausnahme (Abb. 2).



© Deutsches Krankenhausinstitut

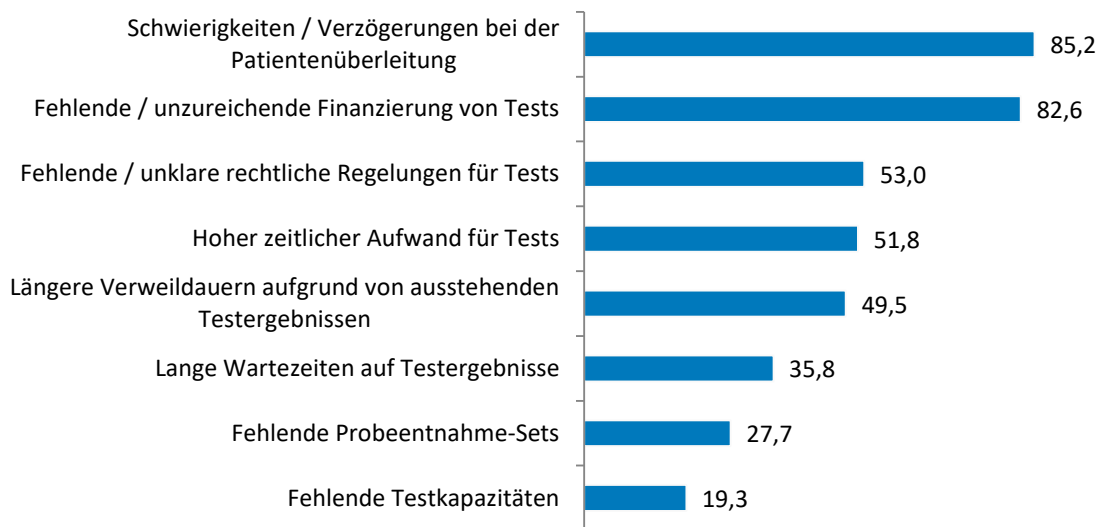
Abb. 2: Corona-Tests bei Mitarbeitern

In der Tendenz testen große Krankenhäuser ab 600 Betten Mitarbeiter mit ständigem Patientenkontakt bzw. mit Kontakt zu potenziell Infizierten sowie Verdachtsfälle und Risikogruppen unter ihren Mitarbeitern häufiger als kleinere Einrichtungen. Nach dem Krankenhaustyp resultierten keine Unterschiede für SARS-CoV-2-Tests bei Mitarbeitern (jeweilige Ergebnisse nicht dargestellt).

4.3 Probleme bei Corona-Tests

Hinsichtlich der Tests auf den Erreger SARS-CoV-2 sollten die Krankenhäuser angeben, welche Probleme es diesbezüglich in ihren Häusern gibt. Die entsprechenden Häufigkeiten können der Abb. 3 entnommen werden.

Welche Probleme gibt es aktuell in Ihrem Krankenhaus bei SARS-CoV-2-Tests?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Probleme bei Corona-Tests

Die mit Abstand größten Probleme bilden einerseits Schwierigkeiten oder Verzögerungen bei der Patientenüberleitung, z. B. aufgrund von Verunsicherung bei Nachversorgern wie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. 85 % der Krankenhäuser sind mit diesem Problem konfrontiert. Andererseits bemängelten 83 % der Teilnehmer die fehlende bzw. unzureichende Finanzierung von Tests.

Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser problematisiert fehlende bzw. unklare rechtliche Regelungen für die Tests, ihren hohen zeitlichen Aufwand und längere Verweildauern aufgrund von ausstehenden Testergebnissen.

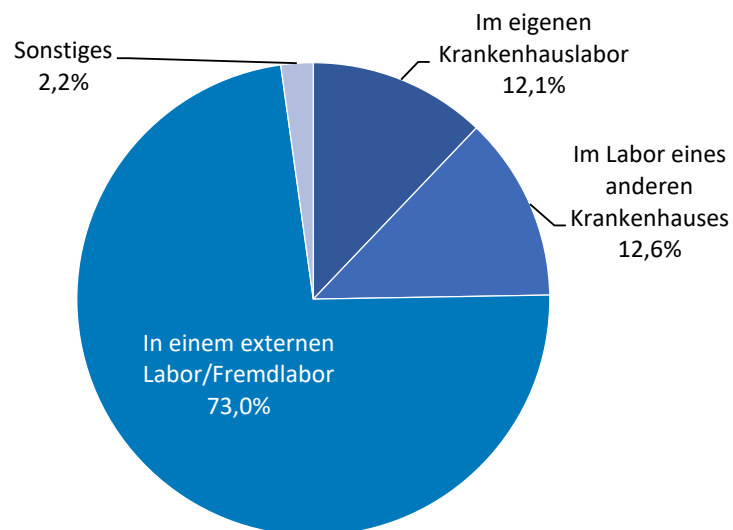
Hingegen stellen lange Wartezeiten auf die Testergebnisse, fehlende Probeentnahme-Sets und fehlende Testkapazitäten für die Mehrzahl der Befragten kein Problem bei der Testung auf den Erreger SARS-CoV-2 dar.

Nach Krankenhausgröße und Krankentyp gab es nur wenige Unterschiede. Tendenziell beklagen größere Krankenhäuser ab 600 Betten häufiger fehlende Testkapazitäten und fehlende Probeentnahme-Sets als kleinere Häuser. Schwierigkeiten oder Verzögerungen bei der Patientenüberleitung und verlängerte Verweildauern wegen ausstehender Testergebnisse treten in den Allgemeinkrankenhäusern häufiger auf als in den Psychiatrien (jeweilige Ergebnisse nicht dargestellt).

4.4 Durchführung der Labortests

Die meisten Krankenhäuser lassen ihre SARS-CoV-2-Tests in der Regel in externen oder Fremdlaboren durchführen. Dies ist in 73 % der befragten Einrichtungen der Fall. Jeweils rund 12 % der Häuser testen im eigenen Krankenhauslabor oder im Labor eines anderen Krankenhauses (Abb. 4). Vor allem größere Krankenhäuser ab 600 Betten (55 % dieser Größenklasse) führen die Tests im eigenen Krankenhauslabor durch.

Wo werden die SARS-CoV-2 Tests für Ihr Krankenhaus in der Regel durchgeführt? (Krankenhäuser in %)

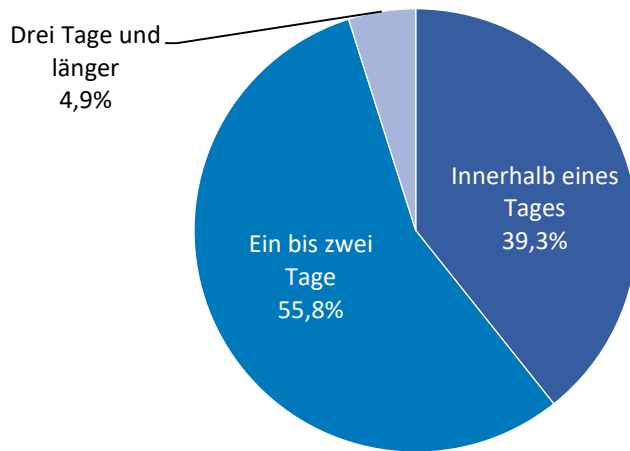


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Durchführung der Labortests

Die Ergebnisse von SARS-CoV-2 Tests für das eigene Krankenhaus liegen in der Regel kurzfristig vor (Abb. 5), sei es innerhalb eines Tages (39 %), sei es binnen ein bis zwei Tagen (56 %). In 87 % der Krankenhäuser mit eigenem Labor stehen die Testergebnisse sogar regelhaft innerhalb eines Tages zur Verfügung.

Wie lange dauert es in der Regel, bis das Ergebnis eines SARS-CoV-2 Tests vorliegt? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

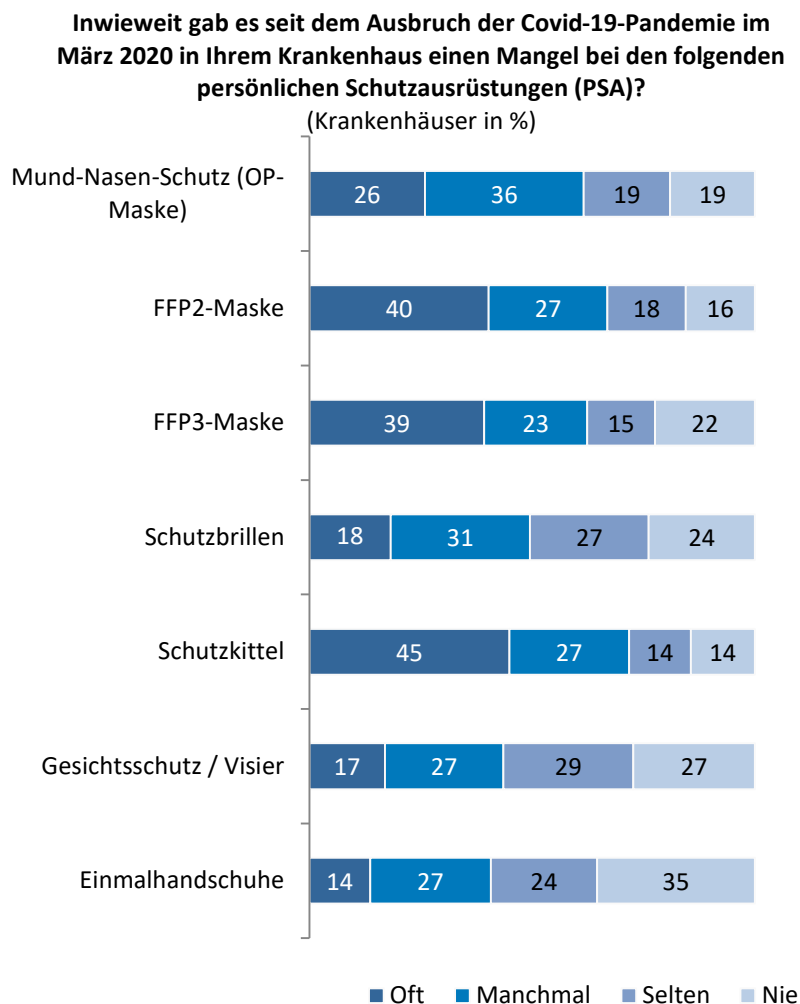
Abb. 5: Vorliegen der Testergebnisse

5 Persönliche Schutzausrüstungen (PSA)

5.1 Beschaffungsprobleme bei persönlichen Schutzausrüstungen

Persönliche Schutzausrüstungen (PSA) zur Abwehr von Infektionskrankheiten sind durch die Corona-Pandemie weltweit zu einer kritischen und daher stark nachgefragten Ware geworden. Insbesondere in den Krankenhäusern ist es wichtig, dass ausreichend PSA vorhanden sind und Ansteckungen vermieden werden. Die Teilnehmer sollten daher berichten, inwieweit seit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im März 2020 ausgewählte Schutzausrüstungen in ihren Häusern hinreichend verfügbar waren.

Die Befragung bestätigt Beschaffungsprobleme an Schutzausrüstungen in vielen Krankenhäusern bei Ausbruch der Pandemie im März 2020 (Abb. 6).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Beschaffungsprobleme bei persönlichen Schutzausrüstungen

Dies trifft in erheblichem Maße auf Schutzmasken (OP-Masken, FFP2- und FFP3-Masken) zu, bei denen jeweils rund zwei Drittel aller Befragten entsprechende Probleme *manchmal* oder *oft* anführten. Auch bei Schutzkitteln war die Lage sehr angespannt. Hier berichtete knapp die Hälfte (45%) der Krankenhäuser, seit dem Ausbruch der Pandemie *oft*, und gut ein Viertel (27%), *manchmal* von Beschaffungsproblemen betroffen gewesen zu sein.

Die Verfügbarkeit von Schutzbrillen, Gesichtsschutz (Visiere) und Einmalhandschuhen war im Vergleich weniger problematisch. Hier gab jeweils gut die Hälfte der Kliniken an, nur *selten* oder sogar *nie* mit einem Mangel konfrontiert gewesen zu sein.

Auswertungen nach Krankenhausgröße ergaben, dass tendenziell mittelgroße Krankenhäuser mit 300-599 Betten am häufigsten mit relevanten Beschaffungsproblemen bei PSA zu kämpfen hatten. Hinsichtlich des Krankenhaustyps lagen zumeist nur geringe Unterschiede vor (jeweilige Ergebnisse nicht dargestellt).

5.2 Bedarfsdeckung an PSA bei 2. Pandemiewelle

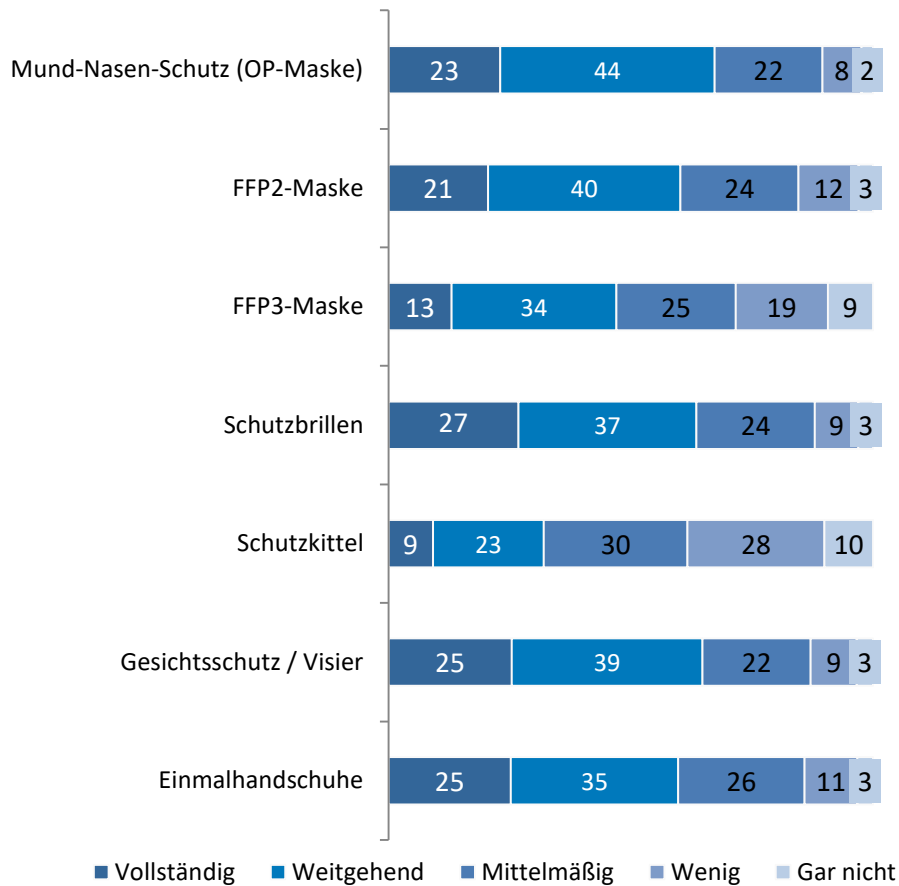
Die Bundesbeschaffung von PSA sollte laut Bundesgesundheitsministerium Ende Juni 2020 eingestellt werden (vgl. Kap. 1). Die Krankenhäuser sollten angeben, inwieweit sie aktuell davon ausgehen, im Fall einer 2. Welle der Covid-19-Pandemie ihren Bedarf an PSA dann nur über den Direktbezug bei den Herstellern und Lieferanten decken zu können. Die Ergebnisse sind in Abb. 7 dargestellt.

Mehrheitlich erwarten die Krankenhäuser, dass sie im Fall einer 2. Pandemiewelle auch ohne ein öffentliches Beschaffungsprogramm persönliche Schutzausrüstungen in hohem Maße über ihre eigenen Einkaufsnetze organisieren können.

Jeweils etwa zwei Drittel aller Befragungsteilnehmer geht davon aus, ihre Bedarfe bei Mund-Nasen-Schutz (OP-Maske), FFP2-Masken, Schutzbrillen, Visieren und Einmalhandschuhen weitgehend (37-44 %) oder vollständig (21-27 %) mittels Direktbezug decken zu können. Knapp ein Viertel der Häuser gibt an, im Falle einer zweiten Ausbruchswelle noch eine mittelmäßige Deckung gewährleisten zu können. Wenig bis gar nicht gewappnet sieht sich eine Minderheit von 10-15 % der Häuser.

Kritischer schätzten die Krankenhäuser hingegen die Situation bei FFP3-Masken und Schutzkitteln ein. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer antwortete, dass sie im Fall einer 2. Welle eine vollständige oder weitgehende Deckung über den Direktbezug sicherstellen können.

Inwieweit gehen Sie bei Einstellung der Bundesbeschaffung davon aus, im Fall einer 2. Welle der Covid-19-Pandemie Ihren Bedarf an PSA über den Direktbezug bei den Herstellern / Lieferanten decken zu können?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

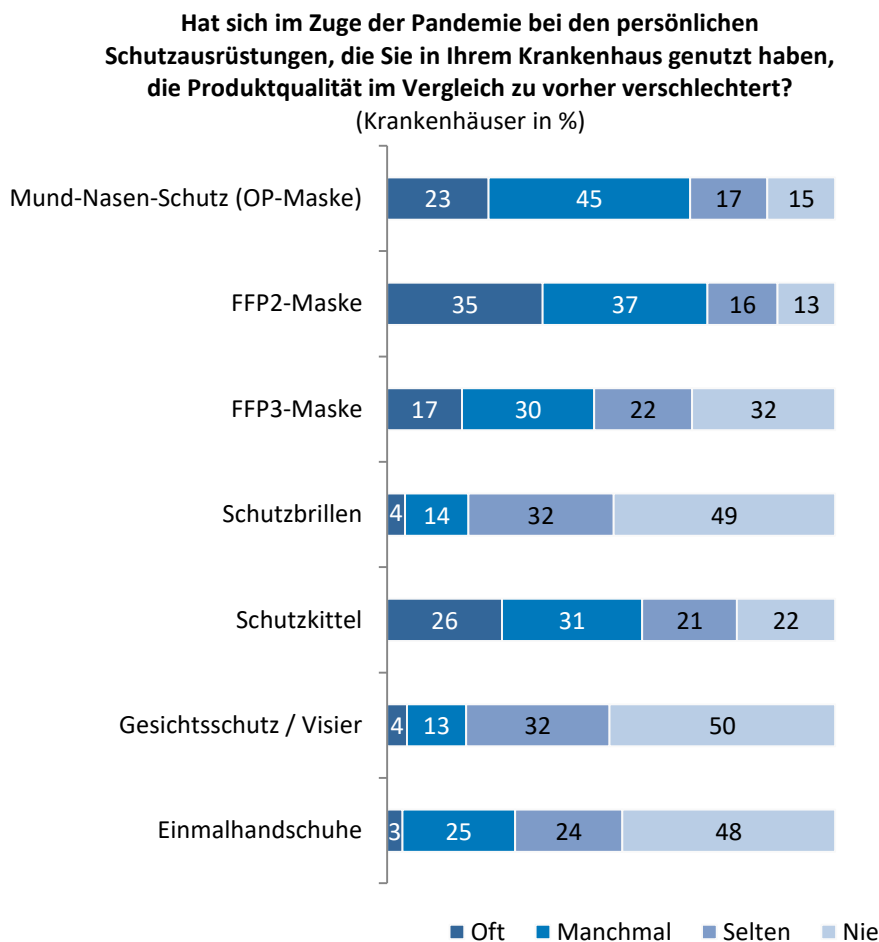
Abb. 7: Bedarfsdeckung an PSA bei 2. Pandemiewelle

Die Zuversicht, im Fall eines erneuten Anstiegs der Covid-19-Infizierten den Bedarf an PSA ohne staatliche Unterstützung decken zu können, steigt mit der Größe der Kliniken. Es lassen sich keine wesentlichen Unterschiede nach dem Krankenhaustyp ausmachen (jeweilige Ergebnisse nicht dargestellt).

5.3 Produktqualität von PSA

Die Krankenhäuser sollten angeben, ob sich im Zuge der Pandemie die Produktqualität der verwendeten persönlichen Schutzausrüstungen im Vergleich zu vorher verschlechtert hat (Abb. 8).

Dies war laut der Umfrage in relevantem Ausmaß der Fall. In Bezug auf Mund-Nasen-Schutz (OP-Masken) und FFP2-Masken berichteten mehr als zwei Drittel der teilnehmenden Häuser, eine verschlechterte Qualität *manchmal* oder *oft* beobachtet zu haben. Auch bei FFP3-Masken und Schutzkitteln entsprach die Produktqualität häufig nicht den Erfahrungen vor Ausbruch der Pandemie.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Produktqualität bei PSA

Eine Analyse nach der Krankenhausgröße ergab, dass insbesondere die mittleren Kliniken mit 300-599 Betten von Qualitätsmängeln bei persönlichen Schutzausrüstungen betroffen waren. Es sind keine nennenswerten Unterschiede nach dem Krankenhaustyp erkennbar (jeweilige Ergebnisse nicht dargestellt).

6 Auswertung der offenen Schlussfrage

Abschließend wurden die Krankenhäuser gebeten, im Rahmen einer offenen Frage weitere Probleme im Zusammenhang mit PSA und Corona-Tests oder allgemein zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu schildern. Die Ausführungen bestätigen insgesamt die Ergebnisse zu den standardisierten Fragen, ergänzen sie und vertiefen sie aber vielfach im Detail.

Gut ein Fünftel der Krankenhäuser hat hier Angaben gemacht. Die Anmerkungen wurden verschiedenen Kategorien zugeordnet. Ein Großteil der Häuser hat mehrere Aspekte benannt, so dass den Kliniken oftmals mehrere Kategorien zugeordnet wurden. Die Krankenhäuser haben überwiegend negativ oder kritisch bewertete Sachverhalte bzw. Verbesserungspotenziale angeführt. Die nachfolgende Abbildung fasst die Top-10-Kategorien der Rückmeldungen zusammen.



Abb. 9: Top-10-Kategorien Anmerkungen zu PSA und Corona-Tests

Die Krankenhäuser bemängeln hier vor allem die massive Kostenentwicklung für persönliche Schutzausrüstung. So berichtete ein Krankenhaus, dass die Kosten

- für den Mund-Nasenschutz (DIN:EN14683:2005Typ4R) von 0,04 Euro auf über 0,50 Euro (+1.150%),
- für Schutzkittel (EN13485) von 0,58 Euro auf 7,00 Euro (+1.100%) und
- für FFP2/KN95 Masken von 1,68 Euro auf 4,98 Euro (+200%)

gestiegen seien. Ein weiteres Krankenhaus monierte, dass die verstärkte Nachfrage nach persönlichen Schutzausrüstungen von Seiten des Bundes und der Länder dazu geführt habe, dass die Verfügbarkeit gesunken und der Preis gestiegen seien.

Andere Krankenhäuser berichteten aber auch, dass es im Laufe der Pandemie zu einer Entspannung am Markt gekommen sei und die Preise für persönliche Schutzausrüstungen sinken würden. Allerdings sind die betreffenden Krankenhäuser teilweise schon so gut mit persönlichen Schutzausrüstungen ausgestattet, dass sie die aktuell für die preisgünstigeren Schutzausrüstungen keinen Bedarf haben würden.

Des Weiteren berichteten Krankenhäuser von Lieferschwierigkeiten bei persönlichen Schutzausrüstungen durch Bund und Länder. So seien Lieferungen erst spät oder gar nicht angekommen. Die gelieferte Menge würde nicht mit dem Bedarf übereinstimmen. Ein weiteres Problem wurde wie folgt geschildert: „Es gab chaotische Anlieferungen ohne klaren Begleit- und Rechnungsschein und ohne Erkennbarkeit der gelieferten Qualität.“

Ein Krankenhaus machte folgenden Verbesserungsvorschlag: „Es wäre hilfreich, wenn man die Artikel und die Mengen, die man über den Bund beschafft, selbst festlegen kann und nicht zugewiesen bekommt. Man kauft dort ja wirklich nur in einer Notlage ein!“

Unter der Kategorie „Probleme im Zusammenhang mit Test“ wurden unterschiedliche Problembereiche zusammengefasst. Insbesondere geht es hier um die unzureichende Finanzierung der Tests. Ein Krankenhaus gab zur Antwort: „Unsere Testkosten haben eine Höhe von ca. 74 Euro, Ausgleich nur ca. 53 Euro.“ Ein häufig genanntes Problem stellt die Finanzierung der Testkosten speziell für die Krankenhausmitarbeiter dar.

Wiederholt wurde die Qualität der zur Verfügung stehenden persönlichen Schutzausrüstungen moniert. So seien sowohl Produkte, die über den freien Markt, als auch über die Lieferungen von Bund und Ländern beschafft worden sind, nicht CE-zertifiziert. Sie seien für den medizinischen Bereich eigentlich nicht verwendbar.

Zunehmend treten Belegungsprobleme auf. So seien die aktuell freizuhaltenden stationären Versorgungskapazitäten zu hoch angesetzt, so dass normale Patientenversorgung dadurch stark eingeschränkt werde. Auch durch die Schaffung von separaten Bereichen für neue Patienten, bei denen noch kein Negativbefund vorläge, sowie von Quarantänezimmern für nachgewiesene SARS-Cov-2-Infektionen, stehen für die Regelversorgung weniger Behandlungsplätze zur Verfügung. Mehrere Krankenhäuser erwähnten Probleme im Zusammenhang mit Mehrbettzimmern: „Die Belegungsproblematik von Mehrbettzimmern macht aufgrund des i.d.R. nicht realisierbaren Abstandes von 1,50 Metern die Aufnahme des Normalbetriebes unmöglich!“

Häufigere Lieferengpässe nannten die Krankenhäuser bei sterilen OP-Kitteln, OP-Handschuhen und OP-Hauben.

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen funktioniert nicht durchgängig problemlos. Teilnehmer berichteten, dass Pflegeheime zwei negative Corona-Tests vor Entlassung verlangen würden. Die Krankenhäuser ihrerseits würden Patienten aus Pflegeeinrichtungen nur auf der Isolierungsstation aufnehmen. Die Patienten würden dort so lange verbleiben, bis ein negatives Abstrichergebnis vorliegen würde. Erst dann würden diese Patienten auf die Stationen verlegt.

Krankenhäuser machten auf die unzureichende Finanzierung der eingeleiteten Maßnahmen aufmerksam. Das betreffe nicht nur die direkten Kosten für persönliche Schutzausrüstungen und Corona-Tests, sondern auch wegfallende Erlöse im Wahlleistungs- und Ambulanzbereich.

Auch die Lieferprobleme gerade bei FFP-Masken wurden von den Krankenhäusern nochmals explizit thematisiert.

Von Krankenhäusern, die regelhaft Patienten aus anderen Bundesländern bzw. Gesundheitsamtsbereichen behandeln, wurden einige besondere Problemebereiche geschildert:

- Sehr unterschiedliche Strategien der unterschiedlichen Gesundheitsämter in Bezug auf Quarantäneanordnungen für Mitarbeiter, Verteilung von Schutzausrüstungen und Vorgehen bei der Testabnahme bei Mitarbeitern.
- Im Kontakt mit den Krankenhäusern benachbarter Landkreise ist eine sehr unterschiedliche Handhabung und Unterstützung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst aufgefallen.
- Bundeseinheitliche Regelungen wären wünschenswert. Schwierigkeiten in Bundesland-grenzgebieten, da unterschiedliche Regelungen.

Über die Top-10-Kategorien hinaus äußerten sich die Kliniken vereinzelt zu den folgenden Aspekten:

- Hohe Personalausfälle durch positive Tests / vorsorgliche Quarantäne sowie insgesamt erhöhten Krankheitsstand führen zu Leistungseinschränkungen.
- Die Versorgung mit Händedesinfektionsmittel ist ebenfalls teilweise problematisch.
- Gute Kooperation mit den Gesundheitsämtern.
- Ständige Änderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, insbesondere der wirtschaftlichen Daten.