



Folgen der Auslastung der Intensivstationen

Die Intensivstationen stehen seit November 2020 an der Grenze ihrer Kapazitäten. Bei einer grossen Zahl von Patienten – wir gehen von ungefähr 19'000 Fällen aus – mussten geplante medizinische Eingriffe verschoben werden. Der Anteil von auf die Intensivstation verlegten COVID-19-Patienten nahm im Herbst ab. Dies könnte auf erfolgreiche Behandlungen hinweisen oder, was weitaus problematischer wäre, auf eine Art informelle Patienten-Triage.

Normalerweise werden in der Schweiz durchschnittlich etwa 600 Patienten auf Intensivstationen behandelt. Im Lauf der zweiten COVID-19-Welle hat dieser Durchschnitt im November 2020 die Schwelle von 865 überschritten, d.h. er übersteigt nun die Zahl der in der Schweiz verfügbaren zertifizierten Intensivbetten mit garantierter Versorgungsqualität. Um die Epidemie zu bewältigen, wurden zusätzliche, nicht zertifizierte Betten bereitgestellt, so dass die theoretische Kapazität an betriebsfähigen Betten nun bei etwa 1400 liegt. Es gibt jedoch keinen historischen Präzedenzfall, der garantieren könnte, dass die Schweizer Intensivstationen in der Lage sind, eine solche Belegung zu bewältigen. Die Schweizer Krankenhäuser funktionieren also seit einigen Monaten am Rande der Auslastung. Zwei Konsequenzen werden hier analysiert.

Erstens wurden sehr viele elektive (d. h. geplante) Operationen verschoben, um Intensivbetten für schwere COVID-19-Fälle freizumachen. Die Zahl der von Nicht-Covid-19-Patienten belegten Betten (für elektive Eingriffe oder Notoperationen) sank von etwa 600 im Sommer 2020 auf 300 im Herbst. Gemäss unserer Schätzung hätten seit Beginn der zweiten Welle normalerweise ungefähr 19'000 Patienten nach einem geplanten medizinischen Eingriff auf die Intensivstation verlegt werden müssen, sind jedoch aufgrund des Aufschubs der Prozedur nicht eingeliefert worden. Solche Verzögerungen können sich natürlich, je nach Art des Leidens und der Natur der geplanten Eingriffe, durchaus negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirken.

Unsere Einschätzung stimmt mit den von verschiedenen Universitätskliniken kommunizierten Wartelisten überein. Es ist zu beachten, dass sie nur die Verschiebung von Verfahren berücksichtigt, die eine Aufnahme auf der Intensivstation erfordern. Weitere Prozeduren, die aufgeschoben wurden, um Standard-Krankenhausbetten freizugeben, müssen dazugezählt werden. Eine Rückkehr zu einer Situation der Nicht-Sättigung der Intensivpflege ist frühestens ab dem 10. Februar 2021 zu erwarten.

Zweitens legt unsere Analyse die Hypothese nahe, dass viele stationäre Covid-19-Patienten aufgrund einer informellen Triage-Situation im Krankenhaus nicht auf die Intensivstation verlegt werden konnten. Tatsächlich sank der Anteil solcher auf der Intensivstation aufgenommenen Patienten um die Hälfte: von 22% im Sommer 2020 auf 10% in der zweiten Welle.

Eine andere Erklärung für diesen Rückgang könnte sein, dass weniger schwere COVID-19-Verläufe im Spital auch weniger Verlegungen auf die Intensivstation erforderlich machten. Grund dafür könnte die verbesserte Behandlung von COVID-19 in den Spitälern sein (z. B. mit Dexamethason) oder die Tatsache, dass die hospitalisierten Patienten jünger wären. Diese

Annahmen werden allerdings durch zwei Tatsachen widerlegt: Das durchschnittliche Sterbealter ist von 82 auf 84 Jahre gestiegen und das Verhältnis zwischen den täglichen COVID-19-bedingten Todesfällen und der Anzahl der ins Krankenhaus eingelieferten Personen hat sich zwischen Sommer und Herbst mehr als verdoppelt (von unter 1% auf über 2%; es handelt sich hierbei um eine Schätzung, da die Todesstatistik nicht zwischen Todesfällen im Spital, im Pflegeheim oder zu Hause unterscheidet).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Überbelegung der Krankenhäuser zu einer informellen Triage-Situation führt, in der einigen Patienten der Zugang zur notwendigen Intensivpflege vorenthalten wird. Von einer solchen Situation dürften am Höhepunkt der zweiten Welle ungefähr 12% aller Patienten betroffen gewesen sein, wenn man davon ausgeht, dass der im Sommer verzeichnete Anteil von 22% der Normalsituation entspricht, in der eine ausreichende Krankenhausversorgung gewährleistet werden kann.