



Engpässe in deutschen Krankenhäusern

6. November 2020

Am Personal mangelt's zuerst

Autor

Eric Heymann
+49(69)910-31730
eric.heyman@db.com

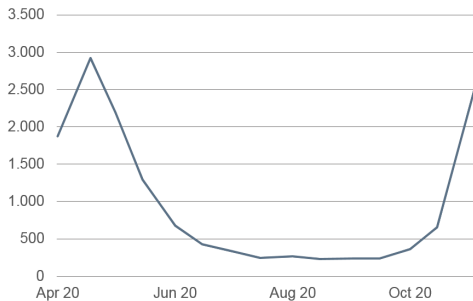
www.dbresearch.de

Deutsche Bank Research Management
Stefan Schneider

Die Warnungen vor Engpässen in deutschen Krankenhäusern werden angesichts steigender COVID-19-Fallzahlen lauter. Zwar dürften auch 25.000 Neuinfektionen pro Tag zu verkraften sein. Regional könnte qualifiziertes Personal aber zum Knappheitsfaktor werden. Wie im Frühjahr sollten die Krankenhäuser in Regionen mit intensivem Infektionsgeschehen damit beginnen, freie Kapazitäten vorzuhalten und – falls notwendig – nicht notwendige OPs verschieben. Dafür bedarf es wieder einer Entschädigung durch den Staat.

Wieder mehr Intensivbetten belegt

Zahl der COVID-19-Patienten in intensiv-medizinischer Betreuung*



* Grundsätzlich ist jeweils die Zahl der Intensivpatienten zum Monatsanfang und zur Monatsmitte dargestellt. Im April ist der damalige Höchstwert vom 18. April dargestellt, im November der Wert vom 5. November.

Quelle: DIVI

Die Zahl der COVID-19-Patienten in intensivmedizinischer Behandlung ist in den letzten Wochen stetig gestiegen. In den Sommermonaten wurden über mehrere Wochen deutschlandweit lediglich etwa 250 COVID-19-Patienten intensivmedizinisch behandelt. Noch am 01. Oktober waren es 362 Intensivpatienten. Inzwischen ist die Zahl jedoch auf 2.653 gestiegen (5. November). Damit wird der bisherige Höchstwert vom 18. April 2020 (2.922 Intensivpatienten) in Kürze wohl überschritten werden.

Die Zahl der Intensivpatienten entspricht etwa 1,4% aller Infizierten, die das RKI offiziell ausweist (195.000 am 05. November 2020). Obwohl wir aktuell deutlich mehr aktiv Infizierte feststellen als im Frühjahr (etwa 48.000 am 18. April), liegt die Zahl der Intensivpatienten noch immer leicht unter dem damaligen Höchstwert. Gründe hierfür sind, dass sich im Durchschnitt inzwischen mehr Jüngere infizieren sowie eine bessere Medikation. Bei älteren Menschen ist das Risiko deutlich größer, intensivmedizinisch betreut werden zu müssen. Zudem dürften damals viele symptomfreie Fälle bei Jüngeren nicht entdeckt worden sein, weshalb die Zahl der akut Infizierten im März/April höher war als offiziell ausgewiesen.

Nächste Welle rollt auf Krankenhäuser zu

Die Zahl der Intensivpatienten folgt der Zahl der Neuinfektionen mit einer gewissen Zeitverzögerung. Beispielsweise lag der 18. April zwei bis drei Wochen hinter dem damaligen Peak bei den täglichen Neuinfektionen. Allerdings gab es schon Anfang April relativ viele Intensivpatienten, als die Grenze von 2.000 überschritten wurde. Damals kam es relativ früh zu Infektionen in Alten- und Pflegeheimen, weshalb auch die Todesfallzahlen recht schnell angestiegen waren.



Engpässe in deutschen Krankenhäusern

Aufgrund der geschilderten Zeitverzögerung zwischen Neuinfektion und eventuell notwendiger intensivmedizinischer Betreuung ist klar, dass die Zahl der Intensivpatienten in den kommenden Tagen/Wochen weiter steigen wird. Die Warnungen vor Engpässen in Krankenhäusern sind in einzelnen Regionen daher lauter geworden. Der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hatte bei einer Pressekonferenz Anfang November betont, dass die Zahl der hospitalisierten COVID-19-Patienten aktuell schnell steigt. Ferner erwartet er, dass etwa ein Drittel der hospitalisierten Patienten zu einem späteren Zeitpunkt auch intensivmedizinische Betreuung benötigt. Dies wird die Krankenhauskapazitäten in den kommenden Wochen noch mehr unter Druck setzen.

Gleichwohl sind noch immer offiziell etwa 24% aller Intensivbetten in Deutschland nicht belegt. Dieser Anteil ist erst in den letzten Tagen leicht gesunken. Zum Höhepunkt der ersten Welle im April waren sogar noch mehr Kapazitäten frei (40%), weil nicht notwendige Operationen verschoben und Krankenhäuser angehalten wurden, Kapazitäten für schwer erkrankte COVID-19-Patienten freizuhalten. Hierfür wurden die Hospitäler vom Staat finanziell entschädigt.

In absoluten Zahlen sind aktuell knapp 6.900 Intensivbetten nicht belegt. Insgesamt gibt es in Deutschland laut DIVI-Intensivregister knapp 29.000 Intensivbetten; weitere Notkapazitäten könnten mit etwas Vorlaufzeit bereitgestellt werden. Zuletzt wurde jedoch immer lauter die Frage gestellt, ob für alle gemeldeten freien Intensivbetten auch genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung stünde, falls dieses gebraucht würde.

25.000 Neuinfektionen pro Tag wären zu verkraften

Nehmen wir in einem Szenario an, dass sich die Zahl der täglichen Neuinfektionen auf 25.000 erhöht und dann in etwa stabilisiert, weil die Lockdown-Maßnahmen Wirkung zeigen. In der Folge würde die Zahl der aktiven Fälle (bei einer durchschnittlichen Infektionsdauer von zehn Tagen) steigen und sich bei etwa 250.000 Patienten einpendeln. Nehmen wir zudem an, dass der Anteil der Intensivpatienten an allen (offiziell) akut Erkrankten von jetzt 1,4% auf 2% steigt, etwa weil es wieder zu mehr Infektionen in Einrichtungen mit Risikopatienten kommt. Unter diesen Annahmen würde die Zahl der intensivmedizinisch zu betreuenden COVID-19-Patienten bei ca. 5.000 liegen. Selbst dann würde es im landesweiten Durchschnitt rechnerisch keine Engpässe in Krankenhäusern geben. Die Zahl würde jedoch höher ausfallen, wenn die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten auf Intensivstationen länger als zehn Tage wäre.

Für diese Überlegungen ist entscheidend, dass ausreichend Personal für die Intensivpflege verfügbar ist und bleibt. Dem Gesundheits- und Arbeitsschutz dieser Beschäftigtengruppe muss eine hohe Priorität eingeräumt werden. Der geplante Einsatz von Schnelltests wird hier helfen. Ohne entsprechend qualifiziertes Personal nutzen Intensivbetten wenig. Insofern sollten die täglichen Meldungen an das DIVI-Register künftig auch die Personalsituation berücksichtigen.



Engpässe in deutschen Krankenhäusern

Trotz der rechnerisch ausreichend hohen Bettenkapazitäten ist zu befürchten, dass es in den Wintermonaten zumindest in einzelnen Städten/Regionen mit hohem Infektionsgeschehen zu Engpässen kommt. Grund ist, dass die Belegungsquote bei Intensivbetten in den Wintermonaten in der Regel ansteigt und auch ohne Corona regional nicht selten die 90%-Marke überschreitet.

Freihaltepauschale wieder einführen

Die DIVI plädiert daher dafür, den Regelbetrieb der Krankenhäuser in Regionen auszusetzen, wo das Infektionsgeschehen besonders intensiv ist. Damit würden freie Kapazitäten vorgehalten und nicht notwendige OPs verschoben. Die Krankenhäuser müssten – wie bereits im Frühjahr – finanziell vom Bund kompensiert werden (sogenannte Freihaltepauschale). Laut Gesundheitsminister Spahn soll es hierzu in der kommenden Woche Beratungen geben.

Eines der wichtigsten Ziele im Kampf gegen Corona wurde bislang erreicht, nämlich Engpässe in Krankenhäusern zu verhindern. Wie sich im Frühjahr gezeigt hat, kann das Risiko durch eine Freihaltepauschale verringert werden. Insofern wäre dieses Instrument auch nun gerechtfertigt. Zudem ist eine koordinierte regionale Verschiebung von COVID-19-Patienten zu erwägen, um unterschiedliche Auslastungen auszugleichen. Da das Personal zuerst zum limitierenden Faktor werden könnte, planen die Krankenhäuser bereits, Personal aus anderen Bereichen für die Intensivstationen abzustellen.

Ab 400.000 akut Infizierten könnte es kritisch werden

Bei den oben gesetzten Parametern kämen die Krankenhauskapazitäten ab etwa 400.000 (offiziell) akut Infizierten in einen beunruhigenden Auslastungsbereich. Je mehr ältere Patienten unter den akut Infizierten wären, desto kritischer wäre die Lage. Sollte es wie im März/April gelingen, mehr freie Kapazitäten in den Krankenhäusern vorzuhalten und werden die Risikogruppen gut geschützt, kämen die Krankenhäuser auch bei 500.000 oder mehr akut Infizierten in Deutschland nicht an ihre Kapazitätsgrenze. Voraussetzung dafür bleibt natürlich, dass das Personal in den Krankenhäusern gut vor Infektionen geschützt werden kann und dass genügend medizinische Ausrüstung sowie insbesondere für Beatmungssituationen notwendige Medikamente vorhanden sind.

Es wird deutlich, dass ein besonderer Schutz der Risikogruppen massiv dazu beitragen kann, eine Überlastung des Gesundheitssektors zu vermeiden. Gelingt dies, können – unabhängig vom verhängten Lockdown – einschränkende Corona-Maßnahmen milder und zeitlich begrenzt ausfallen, sodass die wirtschaftlichen und sozialen Schäden ebenfalls eingedämmt werden. Mit einem „besseren Schutz der Risikogruppen“ ist übrigens nicht gemeint, die über 20 Mio. Menschen mit Vorerkrankungen „wegzusperrn“, wie manche Kritiker dies interpretieren. Es hilft bereits enorm, Infektionen durch verbesserte Schutz- und Zugangsmaßnahmen in jenen Einrichtungen zu reduzieren, wo viele Menschen aus Risikogruppen auf engem Raum zusammenleben, also in Alten- und Pflegeheimen. Damit können



Engpässe in deutschen Krankenhäusern

Klumpenrisiken und lokale Überlastungen der Krankenhäuser im Falle eines Ausbruchs verhindert werden.

Bessere Bezahlung schützt vor Engpässen

Abgesehen von der akuten Corona-Krise sollte es ein gesellschaftliches Ziel sein, den Gesundheitssektor vor allem auch personell für die nächsten Jahre zu stärken, um für ähnliche Krisen gewappnet zu sein und allgemein die Versorgungsqualität zu steigern. Gegen den Personalmangel in Krankenhäusern (sowie in Pflege- und Seniorenheimen) helfen mittel- bis langfristig eine höhere Bezahlung sowie verbesserte Arbeitsbedingungen.



Engpässe in deutschen Krankenhäusern

© Copyright 2020. Deutsche Bank AG, Deutsche Bank Research, 60262 Frankfurt am Main, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Deutsche Bank Research“ gebeten.

Die vorstehenden Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung des Verfassers wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Deutsche Bank AG oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Deutsche Bank veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche oder sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

In Deutschland wird dieser Bericht von Deutsche Bank AG Frankfurt genehmigt und/oder verbreitet, die über eine Erlaubnis zur Erbringung von Bankgeschäften und Finanzdienstleistungen verfügt und unter der Aufsicht der Europäischen Zentralbank (EZB) und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) steht. Im Vereinigten Königreich wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Filiale London, Mitglied der London Stock Exchange, genehmigt und/oder verbreitet, die von der UK Prudential Regulation Authority (PRA) zugelassen wurde und der eingeschränkten Aufsicht der Financial Conduct Authority (FCA) (unter der Nummer 150018) sowie der PRA unterliegt. In Hongkong wird dieser Bericht durch Deutsche Bank AG, Hong Kong Branch, in Korea durch Deutsche Securities Korea Co. und in Singapur durch Deutsche Bank AG, Singapore Branch, verbreitet. In Japan wird dieser Bericht durch Deutsche Securities Inc. genehmigt und/oder verbreitet. In Australien sollten Privatkunden eine Kopie der betreffenden Produktinformation (Product Disclosure Statement oder PDS) zu jeglichem in diesem Bericht erwähnten Finanzinstrument beziehen und dieses PDS berücksichtigen, bevor sie eine Anlageentscheidung treffen.