

Pressekonferenz des AOK-Bundesverbandes und des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zum Krankenhaus-Report 2022
5. April 2022, Berlin

Statement von Jürgen Klauber,
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Fallzahlentwicklung in den Krankenhäusern

Es gilt das gesprochene Wort.

Der Krankenhaus-Report 2022 widmet sich umfassend dem Thema „Patientenversorgung in der Pandemie“. Im Rahmen meines Statements gehe ich darauf ein, wie sich die Fallzahlen bei unterschiedlichen Behandlungsanlässen seit Pandemiebeginn entwickelt haben. Ich werde hier auf die Notfallversorgung, die Krebsversorgung, die Versorgung mit planbaren Leistungen und die Behandlung sogenannter ambulant-sensitiver Fälle zu sprechen kommen. Grundsätzlich sind damit ganz unterschiedliche Fragen zur in der Pandemie beobachteten und zukünftigen stationären Versorgung verbunden.

Für die Pressekonferenz wurden Auswertungen zu den Fallzahlentwicklungen auf Basis der AOK-Daten aktualisiert. Der Beobachtungszeitraum für die Analysen erstreckt sich damit bis Dezember 2021, so dass die ersten vier Pandemiewellen vollständig erfasst sind.

Fallzahlentwicklung insgesamt

Im Jahr 2021 zeigt sich bei den somatischen Fällen im Vergleich zu 2019, dem Jahr vor der Pandemie, erneut ein deutlicher Rückgang der Krankenhausaufnahmen von 14 Prozent, nachdem er 2020 bei 13 Prozent gelegen hatte (Folie 2). Zweistellige Fallzahlrückgänge zeigen sich auch für die Psychiatrie.

In den verschiedenen Pandemiewellen ist es immer wieder mit steigenden Infektionszahlen zu starken Fallzahleinbrüchen gekommen (Folie 3). Selbst in den Sommermonaten, bei konstantem und vergleichsweise niedrigem Infektionsgeschehen, wurden in beiden Pandemie Jahren acht Prozent weniger Fälle behandelt als noch im Sommer 2019.

Die Ursachen der einzelnen Entwicklungen sind vielfältig. In der ersten Pandemiewelle (März bis Mai 2020) waren noch alle Krankenhäuser aufgefordert, Behandlungen soweit medizinisch vertretbar zu verschieben. Die Finanzierung wurde zugleich flächendeckend durch Freihaltepauschalen abgesichert. Der Fallzahleinbruch in der Somatik erreichte hier mit minus 27 Prozent den höchsten Wert. In den Folgewellen zwei bis vier lagen die Einbrüche im DRG-Bereich mit minus 20, minus 16 und minus 13 Prozent deutlich niedriger – trotz höherer Covid-19-Fallzahlen. Offenbar haben sich die Krankenhäuser nach dem Schockmoment der ersten Welle mehr und mehr organisatorisch eingestellt. Tests, Impfungen und neue Behandlungsmöglichkeiten waren zunehmend verfügbar, und auch die Rahmenbedingungen der finanziellen Absicherung wurden zielgenauer ausgestaltet. Undifferenzierte Freihaltepauschalen zu Pandemiebeginn mit hohen Kosten wurden durch eine Feinsteuerung ersetzt, das heißt, mit immer wieder angepassten Regelungen wurde die Liquidität der Kliniken gestuft sichergestellt. Dabei wurden primär zu berücksichtigende Krankenhausgruppen, das regionale Infektionsgeschehen und die Auslastung der Intensivkapazitäten berücksichtigt.

Ein erster, ganz aktueller Blick auf die Omikron-Welle zeigt für Januar und Februar 2022 einen erneuten Fallzahleinbruch von 22 Prozent und damit den zweithöchsten Wert an Rückgängen aller Pandemiewellen, trotz eines im Vergleich zu den früheren Virusvarianten geringen Risikopotenzials von Omikron. Hat sich die Belastung der Krankenhäuser mit Covid-19-Fällen in der Omikron-Welle als zunächst vergleichsweise stabil erwiesen, so ist der Einbruch in dieser Höhe vor allem den hohen Infektionszahlen in der Bevölkerung geschuldet, die auch das Krankenhauspersonal erfassen und aktuell zu deutlichen Personalengpässen in den Krankenhäusern führen. Über die weiter zuge-spitzte Lage im März und damit verbundene Versorgungseinschränkungen in den Krankenhäusern wird ja aktuell breit berichtet, die entsprechenden Daten liegen uns aber leider noch nicht vor.

Generell bemerkenswert bleiben die durchgängig hohen Fallzahleinbrüche in beiden Pandemie Jahren. Dies wirft die Frage auf, ob das „vorpandemische“ stationäre Fallzahlniveau nach der Pandemie überhaupt wieder erreicht beziehungsweise benötigt wird und was dies für die zukünftige Aufstellung der Krankenhauslandschaft und Gesundheitsversorgung in Deutschland bedeutet. Ich möchte nun einen differenzierten Blick auf einzelne stationäre Versorgungssegmente während der bisherigen Pandemie werfen.

Notfall-Behandlungen

Betrachten wir zunächst die Entwicklung bei sehr häufigen lebensbedrohlichen Notfallindikationen: Herzinfarkt und Schlaganfall (Folie 4). Die stationären Fallzahleinbrüche beim Herzinfarkt und beim Schlaganfall, über die für das Jahr 2020 bereits berichtet wurde, haben sich auch in den Pandemiewellen des Jahres 2021 fortgesetzt. Beim Herzinfarkt lag der Rückgang gegenüber 2019 in 2020 bei sieben Prozent und in 2021 sogar bei neun Prozent. Die Rückgänge beim Schlaganfall belaufen sich auf fünf Prozent und sieben Prozent.

Fallzahleinbrüche bei diesen Notfallindikationen sind nicht auf Deutschland beschränkt, sondern wurden auch international beobachtet. Als eine Erklärungshypothese steht im Raum, dass Patientinnen und Patienten – möglicherweise aus Angst vor einer Infektion beziehungsweise einer Überlastung des Notfallsystems – darauf verzichtet haben, bei leichteren Beschwerden das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen.

Erkenntnisse aus den Routinedaten liegen bezüglich der Patientinnen und Patienten vor, die im Krankenhaus angekommen sind. In einer aktuellen Analyse für den Krankenhaus-Report auf Basis der AOK-Daten wurde das stationäre Versorgungsgeschehen bei Herzinfarkt und Schlaganfall im ersten Pandemiejahr (März 2020 bis Februar 2021) mit dem Vorjahreszeitraum verglichen. Für beide Indikationen zeigt sich eine Verschiebung hin zu einem höheren Anteil schwererer Fälle mit eindeutiger Symptomatik. Beim Herzinfarkt sind die weniger schweren Nicht-ST-Hebungsinfarkte (NSTEMI) stärker rückläufig als die ST-Hebungsinfarkte (STEMI), beim Schlaganfall die transitorisch-ischämischen Attacken (TIA) – die oft als „kleiner Schlaganfall“ bezeichnet werden – stärker als Hirninfarkte beziehungsweise Hirnblutungen. Folie 5 zeigt diese unterschiedliche Entwicklung für den gesamten Pandemiezeitraum. Für beide Indikationen zeigt sich in der Analyse im Krankenhaus-Report für das erste Pandemiejahr für die im Krankenhaus aufgenommenen schwereren Formen eine höhere 30-Tage-Sterblichkeit im Vergleich zum Jahr vor der Pandemie. Diese Ergebnisse verweisen auf eine Verschiebung der Fallzusammensetzung im Krankenhaus, die möglicherweise auf verzögerte oder vermiedene medizinische Behandlungen – insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit mildereren Symptomen – zurückzuführen ist.

In einer Auswertung der Todesursachenstatistik zeigten sich gegenwärtig keine Hinweise auf eine höhere Sterblichkeit an Herzinfarkt oder Schlaganfall, die dann natürlich im Zusammenhang mit der verminderten Inanspruchnahme der Notfallbehandlung stehen könnten. Folgeschäden bei leichteren, nicht adäquat behandelten Herzinfarkten und Schlaganfällen sind nicht auszuschließen und werden letztlich erst mittelfristig in Studien deutlich werden können. So ist es zum Beispiel denkbar, dass verstärkt Herzinsuffizienzen auftreten. Generell hat natürlich weiterhin der Appell an die Bevölkerung Bestand, auch unter den Bedingungen der Pandemie bei Notfallsymptomen nicht zu zögern und unmittelbar den Kontakt zum Arzt beziehungsweise zum Rettungssystem zu suchen.

Krebsoperationen

Für den Bereich der Krebserkrankungen betrachten wir beispielhaft zwei häufige Operationen bei bösartigen Neubildungen: Eingriffe bei Brustkrebs und Darmkrebs (kolorektales Karzinom). Auch hier zeigen sich deutliche Fallzahlrückgänge (Folie 6).

Beim Brustkrebs fokussiert sich der Einbruch auf das erste Pandemiejahr, insbesondere auf die erste Welle (minus zehn Prozent), in der auch das Mammographie-Screening temporär ausgesetzt war. Im Gesamtjahr 2020 sank die Zahl der Brustkrebsoperationen bei bösartigen Neubildungen um fünf Prozent gegenüber 2019, während die Entwicklung in 2021 weitgehend unauffällig ist (minus ein Prozent).

Anders stellt sich die Situation bei der operativen Entfernung von Darmkrebs dar. Hier zeigt sich in beiden Jahren ein deutlicher Fallzahlrückgang (2020 minus zehn Prozent gegenüber 2019, 2021 sogar minus 13 Prozent). Auch die Diagnostik war reduziert. Es wurden weniger Koloskopien durchgeführt, vor allem bestimmt durch die stark rückläufige Entwicklung im stationären Bereich. In den AOK-Daten zeigt sich, dass 2020 die Zahl der im Krankenhaus durchgeführten Koloskopien (ambulant oder stationär) gegenüber 2019 um 15 Prozent sank, im ersten Halbjahr 2021 sogar um 18 Prozent (Folie 7).

Es steht zu befürchten, dass fehlende Diagnostik und spätere Behandlung zu schwereren Krebserkrankungen, fortgeschrittenen Tumorstadien bei der Erstdiagnostik und einer Erhöhung der Sterblichkeit führen, insbesondere beim Darmkrebs.

Planbare Operationen

Bei den planbaren, verschiebbaren Eingriffen zeigen sich deutliche Rückgänge besonders in der ersten Pandemiewelle – entsprechend den damaligen politischen Vorgaben zur Freihaltung von Krankenhausbetten (Folie 8). Die Rückgänge betragen hier beim Hüftgelenkersatz bei Arthrose 44 Prozent, bei der Gebärmutterentfernung bei gutartigem Hintergrund 41 Prozent und bei den Mandelentfernungen 57 Prozent.

Beim Hüftgelenkersatz zeigten sich in den Sommermonaten Zunahmen, die jedoch nicht den Fallzahleinbruch im gesamten Pandemiezeitraum kompensieren konnten (minus elf Prozent in 2020 und minus zehn Prozent in 2021 gegenüber 2019). Stärker rückläufig sind mit einer Abnahme von 14 Prozent 2020 und 16 Prozent 2021 gegenüber 2019 die Gebärmutterentfernungen bei gutartigen Erkrankungen. Besonders augenfällig ist im bisherigen Pandemiezeitraum der anhaltende Einbruch bei den Mandelentfernungen (minus 33 Prozent im Jahr 2020 und minus 49 Prozent im Jahr 2021).

Neben der Planbarkeit beziehungsweise Verschiebbarkeit der Eingriffe stellt sich hier natürlich auch die Frage, in welchem Umfang Nachholeffekte zu erwarten sind. Sicher ist dies auch eine Frage der Indikationsstellung. Das hohe deutsche Fallzahlniveau bei den elektiven Hüftendoprothesen im internationalen Vergleich ist im letzten Jahrzehnt häufig hinterfragt worden. Ein kritischer Blick gilt auch der Indikationsstellung bei den hier betrachteten Gebärmutterentfernungen und Mandeloperationen. Regionale Unterschiede bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung bei gutartigen Erkrankungen haben Fragen aufgeworfen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat vor diesem Hintergrund jüngst vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) den Auftrag erhalten, eine Patientenbefragung als qualitätssicherndes Instrument zu entwickeln. Hinsichtlich der in der Pandemie deutlich rückläufigen Mandeloperationen wurde auf Basis von Analysen wiederholt darauf hingewiesen, dass die gemäß Leitlinie vor OP-Indikation geforderten antibiotisch behandelten Episoden einer Mandelentzündung häufig nicht vorliegen. Die hier betrachteten Beispiele verweisen also auch darauf, dass im Zuge der Pandemie teilweise auch unnötige Operationen entfallen sind und dass bei planbaren Operationen keineswegs immer eine vollständige Rückkehr zum vorpandemischen Fallzahlniveau sinnvoll erscheint.

Ambulant-sensitive Behandlungen

Dies gilt erst Recht, wenn man die Entwicklung bei den sogenannten ambulant-sensitiven Fällen betrachtet (Folie 9). Bei diesen Indikationen geht man davon aus, dass in einer Reihe von Fällen eine qualifizierte ambulante Behandlung reicht, wenn das Gesundheitssystem entsprechend aufgestellt ist. Hohe Fallzahlen in den entsprechenden Indikationen gelten international als Hinweis auf unzureichende ambulante Behandlung. Sie werden auch als Indikator für Überkapazitäten des stationären Sektors gedeutet, wie im neuen Krankenhaus-Report ausgeführt wird. Die aktuelle Analyse der AOK-Daten zeigt für 2020 und 2021 durchgängig starke Fallzahlrückgänge, die in den Pandemiewellen stärker ausgeprägt sind, aber auch in den Sommermonaten anhalten. Die Fallzahlrückgänge im Jahr 2021 gegenüber 2019 reichen von 13 Prozent bei Herzinsuffizienz bis zu mehr als 30 Prozent bei Rückenschmerzen und COPD.

Inwieweit die etwas niedrigeren Fallzahlrückgänge im zweiten Halbjahr 2021 als Abschwächung der rückläufigen Entwicklung bei den ambulant-sensitiven Fällen zu deuten sind, bleibt abzuwarten.

Fazit

Insgesamt zeigt die Analyse der Fallzahlentwicklung in den beiden Pandemie Jahren 2020 und 2021 zweierlei (Folie 10):

Einerseits geben Entwicklungen im Bereich der Notfallversorgung, das heißt, der Versorgung von Herzinfarkten und Schlaganfällen und im Bereich der Krebsversorgung – mit Blick auf Darmkrebs – Anlass zur Sorge. Es ist allerdings noch unklar, in welchem Umfang Diagnostik und Behandlungen nicht, nur verzögert oder noch nicht stattgefunden haben – mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen. Hierzu besteht noch Forschungsbedarf. Klar ist aber auch, dass es in kritischen Pandemiephasen mit hoher Belastung essenziell ist, primär die stationäre Notfallversorgung und die onkologische Versorgung abzusichern.

Andererseits hat die bisherige Corona-Pandemie mit ihren Fallzahleinbrüchen auch den Blick auf Probleme in der stationären Versorgung geschärft. Der Rückgang bei manchen elektiven Leistungen sollte dazu führen, dass bei der Indikationsstellung künftig noch genauer hingesehen wird. Insbesondere die deutlichen Fallrückgänge bei den ambulant-sensitiven Behandlungen deuten auf eine Überversorgung im Krankenhaus hin. Die entsprechenden Erkenntnisse aus der Pandemiephase sollten im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform aufgegriffen werden. Mit dem Ziel einer angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung sollten jedenfalls nur die Patienten stationär aufgenommen werden, für die eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist. Wenn der zukünftige Mix aus ambulanten und stationären Leistungen nicht geklärt wird, ist es eher wahrscheinlich, dass wir nach der Pandemie automatisch zum vorherigen stationären Leistungsniveau zurückkehren. Sobald die Gründe zur Zurückhaltung auf Patientenseite entfallen, dürften sich vorhandene Kapazitäten im Krankenhaus schnell wieder ihre Nachfrage schaffen.

Kontakt und Information

Kai Behrens | AOK-Bundesverband | 030 346 46 2309 | presse@bv.aok.de