

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

Inhalt der Pressemappe

- **Ihre Gesprächspartner**
- **Pressemitteilung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**
- **Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes**
- **Statement von Dr. Carola Reimann**
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes
- **Statement von Jürgen Klauber**
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
- **Folien zum Statement von Jürgen Klauber**
- **Statement von Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis**
Wissenschaftlicher Leiter des Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären
Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIN)
und Mitglied des ExpertInnenrates der Bundesregierung
- **Folien zum Statement von Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis**

Kontakt und Information

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

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

Ihre Gesprächspartner



Dr. Carola Reimann

Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes



Jürgen Klauber

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)



Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis

Wissenschaftlicher Leiter des Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIN) und Mitglied des ExpertInnenrates der Bundesregierung



Pressemitteilung

Berlin, 5. April 2022

HAUSANSCHRIFT Rosenthaler Str. 31 · 10178 Berlin
POSTANSCHRIFT Postfach 11 02 46 · 10832 Berlin
TELEFON +49 30 34646 – 2393
FAX +49 30 34646 – 2144
INTERNET www.wido.de
E-MAIL wido@wido.bv.aok.de

Krankenhaus-Report 2022: Starker Rückgang bei Fallzahlen auch im zweiten Jahr der Pandemie

Nach wie vor hohe Sterblichkeit bei Covid-19-Fällen, aber Fortschritte in der Therapie

Berlin. Im vergangenen Jahr sind die Fallzahlen in den deutschen Krankenhäusern in vergleichbarem Ausmaß zurückgegangen wie im ersten „Pandemiejahr“ 2020. Das zeigt eine aktuelle Auswertung zum Erscheinen des diesjährigen Krankenhaus-Reports des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) auf Basis der Abrechnungsdaten der stationär behandelten AOK-Versicherten. Danach war 2021 bei den somatischen Fällen ein Rückgang von 14 Prozent gegenüber 2019 festzustellen, nachdem er 2020 bei 13 Prozent gelegen hatte.

„Ein erster, ganz aktueller Blick auf die Omikron-Welle zeigt, dass sich die Fallzahl-Einbrüche auch in diesem Jahr fortsetzen. So waren im Januar und Februar 2022 gegenüber 2019 Rückgänge von 22 Prozent bei den somatischen und von 14 Prozent bei den psychiatrischen Fällen zu verzeichnen (Abbildung 1). Das ist der zweithöchste Wert aller bisherigen Pandemiewellen“, berichtet WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. „Der Hauptgrund für die aktuellen Einbrüche sind die hohen Infektionszahlen in der Bevölkerung, die zu deutlichen Personalengpässen in den Krankenhäusern und in der Folge zur Absage von Behandlungen und Operationen führen.“

Weniger Fälle und höhere Sterblichkeit bei Herzinfarkten und Schlaganfällen

Nach wie vor Anlass zur Sorge geben nach Einschätzung von Expertinnen und Experten die Entwicklungen im Bereich der Notfallversorgung (Abbildung 2): Beim Herzinfarkt waren 2021 insgesamt 9 Prozent weniger Krankenhaus-Behandlungen festzustellen als 2019 – der Rückgang war damit noch ausgeprägter als 2020 (minus 7 Prozent). Die Zahl der Schlaganfall-Behandlungen lag 2021 um 7 Prozent niedriger als im Vergleichsjahr 2019 (2020: minus 5 Prozent). „Eine Detailanalyse für den Krankenhaus-Report zeigt, dass in den Kliniken eher schwere Fälle angekommen sind“, berichtet WIdO-Geschäftsführer Klauber. Bei diesen schweren Fällen sei auch eine höhere 30-Tage-Sterblichkeit im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie festzustellen. „Die Verschiebung hin zu einem höheren Anteil schwererer Fälle mit höherer Sterblichkeit ist ein Hinweis darauf, dass Patientinnen und Patienten mit mildereren Symptomen vielfach nicht oder nur verzögert den Rettungsdienst alarmiert haben“, so Klauber.

Der Rückgang bei den Brustkrebs-Operationen hat sich 2021 mit minus 1 Prozent deutlich abgeschwächt (2020: minus 5 Prozent), während bei den Darmkrebs-Operationen der Rückgang mit minus 13 Prozent gegenüber 2019 sogar noch stärker ausgeprägt war als im ersten Pandemiejahr (2020: minus 10 Prozent). Außerdem wurden in den Krankenhäusern pandemiebedingt weniger Darmspiegelungen durchgeführt (minus 15 Prozent im Jahr 2020, minus 18 Prozent im ersten Halbjahr 2021). „Hier steht die Befürchtung im Raum, dass fehlende

Diagnostik und spätere Behandlung zu mehr schweren Krebserkrankungen, höheren Tumorstadien bei der Erstdiagnostik und einer Erhöhung der Sterblichkeit führen“, so Klauber. In den Krebsregistern seien diese Effekte bisher allerdings noch nicht sichtbar; die Daten müsse man weiter im Blick behalten.

Anhaltende Rückgänge bei planbaren OPs und ambulant-sensitiven Fällen

Bei den planbaren Operationen wie der Implantation künstlicher Hüftgelenke (2021: minus 10 Prozent, 2020: minus 11 Prozent) oder der Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (2021: minus 16 Prozent, 2020: minus 14 Prozent) bewegen sich die Rückgänge 2021 gegenüber 2019 ungefähr auf dem gleichen Niveau wie im ersten Pandemiejahr (Abbildung 2). Sie haben sich aber in der vierten Pandemiewelle Ende 2021 deutlich abgeschwächt. Auffällig ist der anhaltende Einbruch bei den Mandelentfernungen (2020: minus 33 Prozent, 2021: minus 49 Prozent). „Bei allen genannten Operationen handelt es sich um Eingriffe, die tendenziell zu häufig und teilweise ohne leitliniengerechte Indikationsstellung durchgeführt werden. Insofern gab es im Zuge der Pandemie offenbar auch einen Abbau von Überversorgung bei diesen Eingriffen. Eine vollständige Rückkehr zum Fallzahl-Niveau vor der Pandemie erscheint keineswegs sinnvoll“, betont WIdO-Geschäftsführer Klauber. Dies gelte erst recht für die sogenannten „ambulant-sensitiven“ Krankenhausfälle, die nach Einschätzung von Fachleuten häufig auch ambulant versorgt werden könnten. Hier gab es 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 durchgängig starke Fallzahl-Rückgänge, die auch in den Sommermonaten zwischen den Pandemiewellen anhielten. Sie reichten 2021 von minus 13 Prozent bei Herzinsuffizienz-Behandlungen bis zu minus 34 Prozent bei der Behandlung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). „Es liegt nahe, dass die Erkenntnisse zur Fallzahlentwicklung während der Pandemie helfen können, einen dauerhaften Strukturwandel zu befördern. Jedenfalls sollten sie im Rahmen der aktuell anstehenden Krankenhaus-Reform aufgegriffen werden“, fordert Klauber. „Wenn der zukünftige Mix aus ambulanten und stationären Leistungen nicht geklärt wird, werden wir nach der Pandemie wahrscheinlich zum vorherigen stationären Leistungsniveau zurückkehren. Sobald die Gründe für die Zurückhaltung auf Patientenseite entfallen, dürften sich vorhandene Kapazitäten im Krankenhaus schnell wieder ihre Nachfrage schaffen.“

Covid-19-Fälle vor allem in großen Kliniken behandelt

Bei der Versorgung der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Covid-19 zeigt sich eine Konzentration auf Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung: Ein Viertel der Kliniken hat laut der Auswertung für den Krankenhaus-Report knapp zwei Drittel (62 Prozent) aller stationären Covid-19-Fälle behandelt (Abbildung 3). Dabei handelte es sich um Kliniken mit durchschnittlich rund 700 Betten. Auf der anderen Seite haben sehr viele Krankenhäuser mit einer Durchschnitts-Bettenzahl von unter 300 nur eine geringe Zahl der Patientinnen und Patienten behandelt. „Die Versorgung dieses Krankheitsbildes ist sehr komplex und aufwendig und sollte in erster Linie an Schwerpunktzentren mit entsprechender Ausstattung und Erfahrung erfolgen. Dies gilt besonders, wenn die Patientinnen und Patienten beatmet oder sogar an eine künstliche Lunge angeschlossen werden müssen. Die Zahlen zeigen, dass es trotz einer bereits vorhandenen Konzentration der Versorgung noch Optimierungspotenzial gibt“, sagt Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIN) und Mitglied des ExpertInnenrates der Bundesregierung.

Die Analyse der Krankenhausdaten von insgesamt rund 230.000 AOK-versicherten Covid-19-Erkrankten zeigt im bisherigen Verlauf der Pandemie eine hohe Sterblichkeit der stationär behandelten Patientinnen und Patienten von 19 Prozent (Abbildung 4). Bei den Beatmeten liegt sie sogar bei 51 Prozent. Besonders hoch ist die Sterblichkeit in der Altersgruppe der über 80-Jährigen mit 76 Prozent. Die Einführung der Impfungen sei der wichtigste Meilenstein im Kampf gegen Covid-19 und zum Schutz der älteren Menschen vor einer schweren Erkrankung gewesen, betont Karagiannidis. Dadurch sei der Anteil der stationär behandelten älteren Patientinnen und Patienten über 70 Jahre vor allem in der dritten Pandemiewelle von März bis Mai 2021 deutlich gesunken. Zuletzt sei ihr Anteil in der vierten Pandemiewelle von Oktober bis Dezember 2021 aber wieder auf über 50 Prozent gestiegen. „Das hat mit der immer noch zu geringen Impfquote gerade bei den älteren Menschen zu tun“, so Karagiannidis. Covid-19 führe nach wie vor zu schweren Erkrankungen, auch wenn sich die Lage auf den Intensivstationen in der Omikron-Welle etwas entspannt habe.

Deutlicher Rückgang bei invasiven Beatmungen im Pandemieverlauf

Auffällig sind laut Karagiannidis Veränderungen in der Beatmungstherapie im bisherigen Pandemieverlauf: Während in der ersten Welle 2020 noch etwa 75 Prozent der Patientinnen und Patienten primär invasiv beatmet wurden, waren es in der zweiten Welle 37 Prozent. In der vierten Welle Ende 2021 lag der Wert nur noch bei rund 30 Prozent. „Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Zeitpunkt der Intubation für die Gesamtprognose hat“, so Karagiannidis. Hier gebe es noch Forschungsbedarf, eine Studie zu diesem Thema sei überfällig.

Der Intensivmediziner betonte, dass es im Verlauf der Pandemie deutliche Fortschritte in der Therapie von Covid-19 gegeben habe. So habe beispielsweise durch die Bauchlage bei wachen und beatmeten Patientinnen und Patienten die Intubationsrate vermindert werden können. Auch die Entwicklung von Medikamenten wie Tocilizumab oder der Einsatz von monoklonalen Antikörpern in der Frühphase der Erkrankung seien wichtige Meilensteine. „Für schnellere Fortschritte in der Therapie sollten aber wesentlich mehr betroffene Menschen in Deutschland in Studien eingeschlossen werden; hier haben wir im internationalen Vergleich deutlichen Nachholbedarf“, kritisiert Karagiannidis.

Krankenhaus-Report 2022 zur Patientenversorgung in der Pandemie

Der Krankenhaus-Report, der jährlich als Buch und als Open-Access-Publikation im Springer-Verlag erscheint, greift 2022 als Schwerpunktthema die Patientenversorgung während der Pandemie auf. Neben Fragen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit und ohne Covid-19 sowie zur Finanzierung der Krankenhäuser in der Krise geht es um die in der Pandemie benötigten Prozesse zur Steuerung der Versorgung in den einzelnen Kliniken, auf regionaler Ebene und auf Bundesebene. Daneben bietet das Buch Grunddaten zur Situation der Kliniken und eine krankenhauspolitische Chronik.

Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2022

Patientenversorgung während der Pandemie

1. Aufl. 2022, XXIII, 430 Seiten, 80 Abb. in Farbe

Auch verfügbar als Open-Access-Publikation: <https://link.springer.com/book/9783662646847>

Mehr Infos im Internet: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/>

Pressekontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK

Peter Willenborg

Telefon +49 30 34646 – 2467

Mobil +49 1738 607866

E-Mail presse@wido.bv.aok.de

Rezensionsexemplare:

Springer-Verlag

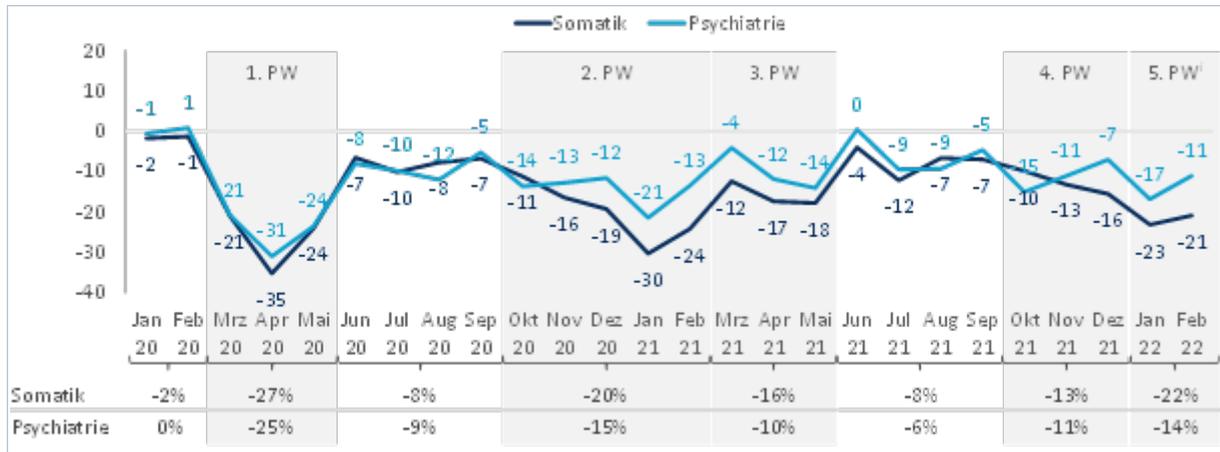
Uschi Kidane

Telefon +49 6221 487 – 8166

Fax +49 6221 487 – 6 8166

E-Mail uschi.kidane@springer.com

Abbildung 1: Vergleich Fallzahlen nach Aufnahmemonat im Jahr 2020 bis 2022 mit 2019, Veränderung in Prozent



Anmerkung: (i) 5. PW bisher nur bis Februar darstellbar. Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder Feiertagen können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Somatik und Psychiatrie. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020 bis 2022 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird die Veränderung in Prozent.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2022

Abbildung 2: Vergleich Fallzahlen nach Behandlungsanlass im Jahr 2020/2021 mit 2019, Veränderung in Prozent

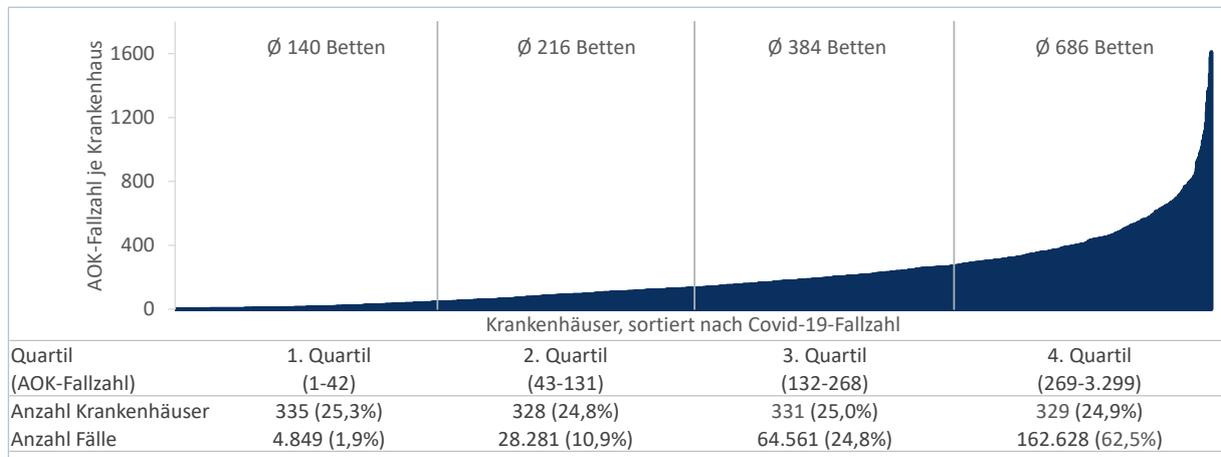
Behandlungsanlass	2020 zu 2019	2021 zu 2019
Alle Fälle (Somatik)	↓ -13%	↓ -14%
Notfall-Behandlungen		
Herzinfarkt	↘ -7%	↘ -9%
ST-Hebungsinfarkt (STEMI)	→ -3%	→ -5%
Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	↘ -9%	↓ -11%
Schlaganfall (Hirnfarkt/-blutung)	↘ -5%	↘ -7%
Transitorische ischämische Attacke (TIA)	↓ -13%	↓ -14%
Krebs-Operationen		
Operative Entfernung von Brustkrebs	↘ -5%	→ -1%
Operative Entfernung von Darmkrebs	↘ -10%	↓ -13%
Planbare, weniger dringliche Operationen		
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	↓ -11%	↓ -10%
Gebärmutterentf. bei gutartiger Neubildung	↓ -14%	↓ -16%
Mandelentfernung	↓ -33%	↓ -49%
Ambulant-sensitive Behandlungen		
Herzinsuffizienz	↓ -14%	↓ -13%
Chronisch obstr. Lungenerkrankung (COPD)	↓ -29%	↓ -34%
Bluthochdruck	↓ -18%	↓ -26%
Diabetes mellitus	↓ -16%	↓ -20%
Rückenschmerzen	↓ -29%	↓ -33%

Anmerkung: ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, → Änderung zw. -5 % und +5 %.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2022

Abbildung 3: Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Fallzahl

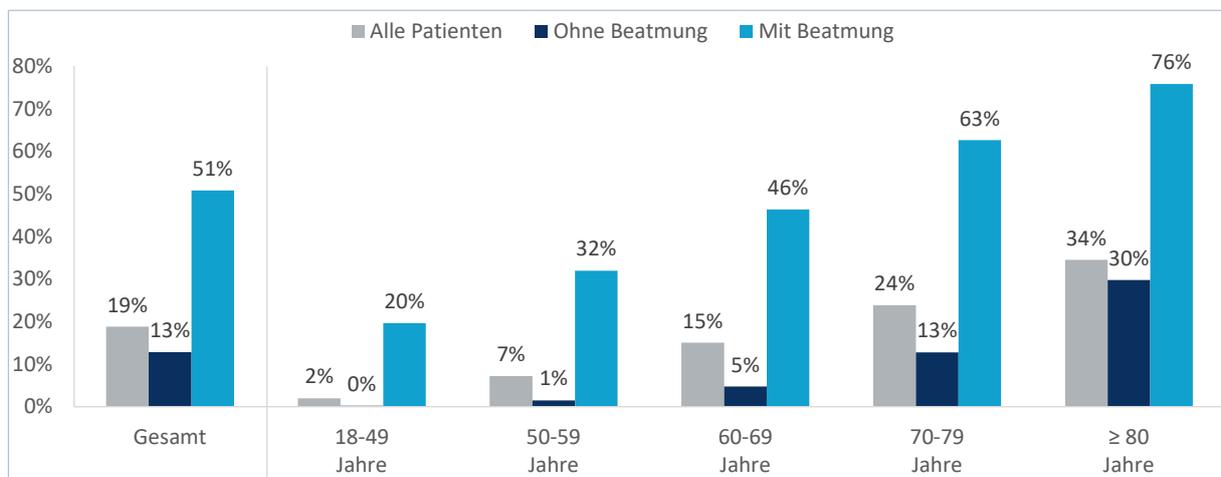


Anmerkung: N = 260.319 Fälle und 1.323 Krankenhäuser. Ein Krankenhaus im 4. Quartil mit mehr als 1.700 Fällen nicht dargestellt. Quartileinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da Krankenhäuser mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2022

Abbildung 4: Krankenhaussterblichkeit nach Altersgruppen, in Prozent



Anmerkung: N = 260.319 Fälle und 1.323 Krankenhäuser. Ein Krankenhaus im 4. Quartil mit mehr als 1.700 Fällen nicht dargestellt. Quartileinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da Krankenhäuser mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2022

Pressemitteilung

Reimann zum Krankenhaus-Report: Reform ineffizienter Krankenhaus- Strukturen zügig angehen

Erfahrungen aus der Pandemie sprechen für klug geplanten und qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft

Berlin, 05.04.2022

Die Erfahrungen aus der Pandemie haben aus Sicht des AOK-Bundesverbandes gezeigt, dass in der Krankenhausversorgung in Zukunft mehr Spezialisierung von Kliniken und eine Konzentration von Leistungen notwendig sind. „Gerade ein herausforderndes Krankheitsbild wie Covid-19 braucht eine Versorgung durch spezialisierte und routinierte Behandlungsteams an gut ausgestatteten Kliniken“, sagt die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, anlässlich der Vorstellung des Krankenhaus-Reports 2022.

In einigen Regionen hätten Stufenpläne dazu beigetragen, dass schwer erkrankte Patientinnen und Patienten mit Covid-19 in erster Linie in Unikliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung mit der nötigen Ausstattung und erfahrenen Teams behandelt worden sind. Laut einer Auswertung für den Krankenhaus-Report hat ein Viertel der Kliniken in Deutschland etwa 62 Prozent der schwer erkrankten Patientinnen und Patienten mit Covid-19 behandelt, aber es gibt auch viele Kliniken, die nur wenige Fälle behandelt haben. „Die Pandemie zeigt erneut, wie dringlich eine Krankenhausreform ist, die Zentrenbildung, mehr Kooperation und mehr Spezialisierung der Kliniken forciert“, so Reimann.

„Ärzte und Pflegekräfte in den Kliniken machen einen hervorragenden Job, gerade auf den Intensivstationen und bei der Behandlung der schwer erkrankten Patientinnen und Patienten mit Covid-19“, betont Reimann. Nach Einschätzung der AOK ist die extreme Belastung des Personals in den Kliniken aber auch eine Folge der historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft in Deutschland: „Wir verteilen unsere gut ausgebildeten Mediziner und Pflegekräfte auf viel zu viele Klinikstandorte“, so die AOK-Vorständin. Dies sei ineffizient und erhöhe die Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Reimann fordert, die anstehende Struktur- und Finanzreform im Krankenhausbereich für einen „klug geplanten, gesteuerten und qualitätsorientierten Umbau der Versorgungsstrukturen“ zu nutzen. Aus Sicht der AOK brauche es einen neuen ordnungspolitischen Rahmen für eine sektorenübergreifende Versorgung mit einer sinnvollen Leistungs- und Mengensteuerung. Die im Krankenhaus-Report 2022 berichteten starken Fallzahleinbrüche bei den sogenannten „ambulant-sensitiven“ Diagnosen im bisherigen Verlauf der Pandemie seien ein deutlicher Hinweis darauf, dass in Deutschland wesentlich mehr Krankenhaufälle ambulant versorgt könnten als bisher. Die Planung ambulanter und stationärer Leistungen müsse künftig zusammengefasst werden und durch sogenannte „3+1“-Gremien mit Beteiligung von Vertragsärzten, Kliniken, Krankenkassen sowie Vertreterinnen und Vertretern des jeweiligen Bundeslandes gemeinsam verantwortet werden. Klinikstandorte, die in dieser Form nicht mehr benötigt werden, sollten zu interprofessionellen Gesundheitszentren umgebaut werden, die ambulante Leistungen erbringen.

Mehr GKV-Mittel für weniger Krankenhausleistungen

Reimann hebt hervor, dass die gesetzliche Krankenversicherung in der Corona-Pandemie für eine auskömmliche, faire und leistungsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser steht: „Trotz der vielen ausgefallenen Behandlungen und Operationen ist durch die GKV in den vergangenen beiden Jahren sogar mehr Geld an die Krankenhäuser überwiesen worden als vor der Pandemie.“ Allein im ersten Pandemie-Jahr 2020 waren es etwa 1,3 Milliarden Euro mehr als 2019. „Auch 2021 und 2022 ist der Rettungsschirm mit Corona-Ausgleichsregelungen, Freihaltungspauschalen und Versorgungsaufschlägen weit aufgespannt worden“, so Reimann. Die jüngst vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten Daten zu den Krankenhausaussgaben der GKV zeigen, dass es 2021 bei den Ausgaben im stationären Bereich einen weiteren Anstieg von rund 3,6 Mrd. Euro gab – das sind 4,4 Prozent mehr. Zudem wurden 2020 etwa zehn Milliarden Euro und 2021 mehr als fünf Milliarden Euro aus Steuermitteln an die Krankenhäuser ausbezahlt. „Von einer flächendeckenden finanziellen Notlage der Kliniken kann also

keine Rede sein – im Gegenteil: Das Insolvenzrisiko ist für die Kliniken seit Jahren geringer als in der Gesamtwirtschaft“, sagt Reimann. Die von der AOK angebotenen unbürokratischen Liquiditätshilfen für Kliniken, die von einer finanziellen Schieflage bedroht sind, seien in diesem Jahr bisher noch gar nicht in Anspruch genommen worden.

Auch angesichts der sich abzeichnenden Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung von 17 Milliarden Euro im kommenden Jahr sei es wichtig, die bisherigen ineffizienten Strukturen im Krankenhausbereich zu reformieren. „Die Chancen für eine grundlegende Struktur- und Finanzreform im Krankenhausbereich sollten jetzt genutzt werden“, fordert Reimann. „Die von Minister Lauterbach angekündigte Expertenkommission zur Krankenhausreform sollte daher nun zügig ihre Arbeit aufnehmen – mit Beteiligung der Wissenschaft, aber auch unter Einbeziehung der Krankenkassen.“

Mehr Informationen zum Krankenhaus-Report 2022: www.aok-bv.de

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

Statement von Dr. Carola Reimann,
Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Krankenhausreform jetzt zügig angehen

Es gilt das gesprochene Wort.

Die deutschen Krankenhäuser haben im bisherigen Verlauf der Pandemie Herausragendes geleistet. Ärzte und Pflegekräfte in den Kliniken machen einen hervorragenden Job, gerade auf den Intensivstationen und bei der Behandlung der schwer erkrankten Patientinnen und Patienten mit Covid-19.

Aktuell führen die hohen Inzidenzen erneut zu einer starken Belastung der Kliniken. Im Unterschied zu früheren Pandemiewellen sind auch die Normalstationen durch Personalausfälle extrem belastet. In der Folge müssen wieder Operationen und Behandlungen abgesagt werden – genau wie in den früheren Wellen.

Ich möchte eingangs vor allem auf die Frage eingehen, welche Erkenntnisse sich aus der Pandemie für die anstehenden Reformen im Krankenhausbereich ableiten lassen. Aus unserer Sicht lassen sich drei zentrale Schlussfolgerungen ziehen:

Erstens: Die Pandemie hat bestätigt, dass wir mehr Spezialisierung und mehr Konzentration der Krankenhausversorgung brauchen und nicht weniger. Die von Krankenhausvertretern zuweilen geäußerte These, es sei ein Segen gewesen, dass wir in der Pandemie so viele Kliniken zur Versorgung hatten, ist viel zu kurz gesprungen. Gerade ein herausforderndes Krankheitsbild wie Covid-19 braucht eine Versorgung durch spezialisierte und routinierte Ärztinnen und Ärzte an gut ausgestatteten Kliniken. Außerdem braucht sie erfahrene und speziell ausgebildete Pflegekräfte. Es sind die qualifizierten Behandlungsteams, die hier viele Leben gerettet haben.

Daher ist es gut, wenn in Regionen früh Stufenpläne gegriffen haben. Sie haben dazu geführt, dass die schwer erkrankten Patientinnen und Patienten in erster Linie in Unikliniken und in Häusern der Maximalversorgung mit der nötigen Ausstattung und mit erfahrenen Teams behandelt worden sind. Aber es gibt auch viele Kliniken, die nur wenige Fälle behandelt haben. Generell gilt: Schwere Krankheitsbilder brauchen für die Behandlung die Konzentration von Erfahrung in entsprechend ausgestatteten Häusern. Das gilt allemal für Patientinnen und Patienten mit Covid-19, die beatmet oder gar an eine „künstliche Lunge“ (ECMO) angeschlossen werden müssen. Die Pandemie zeigt erneut, wie dringlich eine Krankenhausreform mit Zentrenbildung, mehr Kooperation und einer stärkeren Spezialisierung der Kliniken ist.

Zweitens: Die extreme Belastung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegekräfte in der Pandemie hat auch damit zu tun, dass wir unsere gut ausgebildeten Mediziner und Pflegekräfte auf viel zu viele Klinikstandorte verteilen. Auch das ist eine Folge der historisch gewachsenen Krankenhauslandschaft in Deutschland. Die Pandemie lässt uns noch deutlicher erkennen, dass die Krankenhausstrukturen in Deutschland nicht zukunftsfähig sind. Die Verteilung der Fachkräfte auf so viele Standorte ist nicht effizient und erhöht die Arbeitsbelastung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Deutschland wird kurz- und mittelfristig nicht mehr Personal schaffen können. Eine bessere Personalallokation durch Konzentration und eine sinnvolle Reduktion der Krankenhausbehandlungen könnten hier Entlastung schaffen.

Damit bin ich beim dritten Punkt: Wir behandeln zu viele Fälle stationär statt ambulant. Das machen die starken Fallzahleinbrüche insbesondere bei den ambulant-sensitiven Krankheitsbildern deutlich, die über den gesamten Zeitraum der Pandemie festzustellen sind. Sie sind ein deutlicher Hinweis darauf, dass viel mehr Krankenhausfälle ambulant versorgt werden könnten als bisher – und zwar ohne Qualitätsverlust. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass wir hier in Deutschland bisher einen Sonderweg gehen. Bei uns werden im internationalen Vergleich viel weniger Behandlungen ambulant durchgeführt als in anderen Ländern.

Um das Zusammenwirken von ambulant und stationär zu verbessern, braucht es aber einen neuen ordnungspolitischen Rahmen für eine sektorenübergreifende Versorgung mit einer sinnvollen Leistungs- und Mengensteuerung. Beide Bereiche sollten künftig in einer gemeinsamen Planung ambulanter und stationärer Leistungen zusammengefasst werden. Die aktuell bestehende Krankenhaus-Rahmenplanung der Länder auf Basis von Betten und einzelnen Fachrichtungen ist nicht mehr zeitgemäß. An ihre Stelle sollten regionale Versorgungsaufträge auf Basis von Leistungsgruppen treten, die genau festlegen, welche Leistungen ein Krankenhaus erbringen und abrechnen kann. Klinikstandorte, die nicht mehr benötigt werden, sollten zu interprofessionellen Gesundheitszentren umgewandelt werden, die ambulante Leistungen erbringen und ergänzende Überwachungsbet-

ten anbieten. Diese Gesundheitszentren können dann die primäre Anlaufstation für die Patientinnen und Patienten vor Ort sein. Vertragsärzte, Kliniken und Krankenkassen sowie die Landespolitik sollten die Versorgung in einem „3+1-Gremium“ gemeinsam verantworten. Dann sitzen alle Partner an einem Tisch und können eine gemeinsame, auch die Sektorengrenzen überwindende Versorgung auf den Weg bringen.

Es geht uns also nicht um die komplette Schließung von Standorten oder eine angebliche „kalte Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft, sondern um einen klug geplanten, gesteuerten und qualitätsorientierten Umbau der Strukturen.

Erlauben Sie mir abschließend noch ein paar Worte zur Finanzierung der Krankenhäuser: Die gesetzliche Krankenversicherung steht für eine auskömmliche, faire und leistungsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser. Während der Corona-bedingten Belastungen konnten sich die Kliniken auf zuverlässige Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen verlassen. Trotz der vielen ausgefallenen Behandlungen und Operationen ist durch die GKV in den vergangenen beiden Jahren sogar mehr Geld an die Krankenhäuser gezahlt worden als vor der Pandemie.

Angesichts der sich abzeichnenden Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung von 17 Milliarden Euro im kommenden Jahr braucht es in nächster Zeit aber auch Reformen im größten Ausgabenbereich – und das ist die stationäre Versorgung. Mit den bisherigen ineffizienten Strukturen im Krankenhausbereich können wir jedenfalls nicht weitermachen, die sind auf Dauer nicht mehr finanzierbar.

Mein Fazit lautet: Wir sehen im Krankenhausbereich akuten Handlungsbedarf auf vielen Ebenen, der durch die Pandemie noch deutlicher geworden ist oder sich sogar verschärft hat. Der Strukturwandel ist jetzt dringend notwendig – und sollte zügig umgesetzt werden. Die Chancen für eine grundlegende Struktur- und Finanzreform im Krankenhausbereich sollten jetzt genutzt werden. Die von Minister Lauterbach angekündigte Expertenkommission zur Krankenhausreform sollte zeitnah ihre Arbeit aufnehmen – mit Beteiligung der Wissenschaft, aber auch unter Einbeziehung der Krankenkassen.

Kontakt und Information

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

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

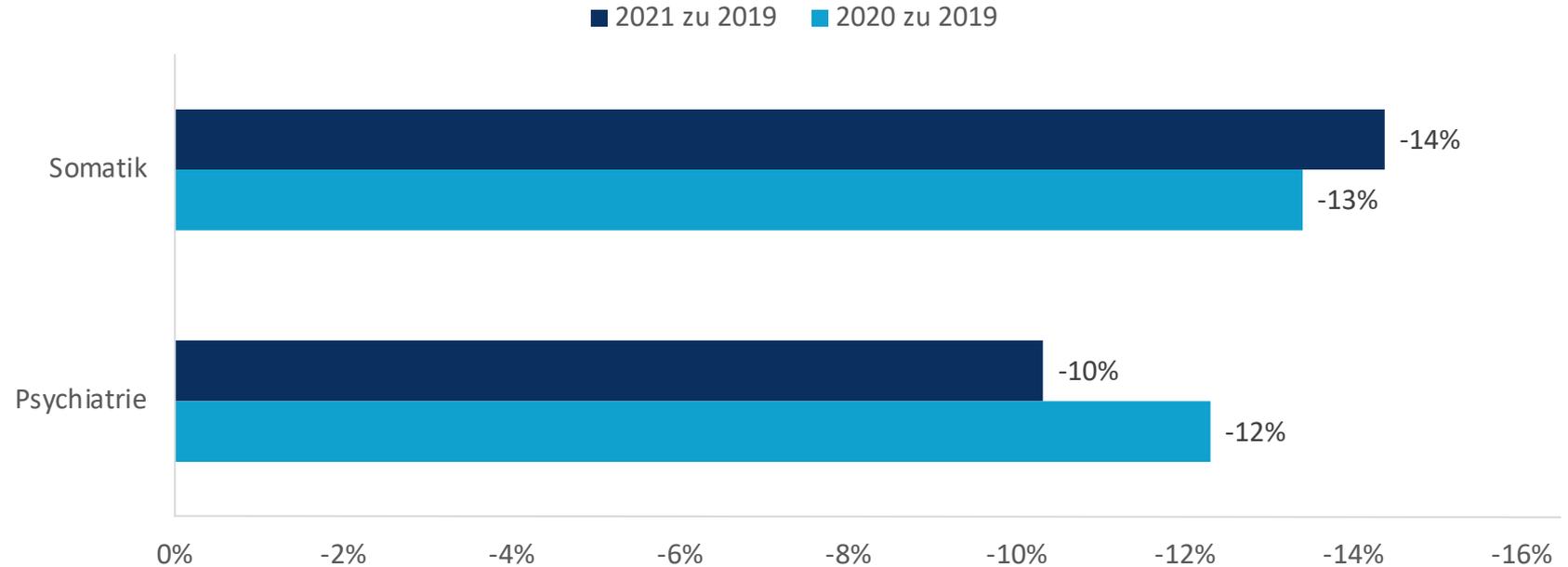


Auswirkungen der Pandemie auf die Fallzahlentwicklung im Krankenhaus

Pressekonferenz
Berlin, 5. April 2022
Jürgen Klauber

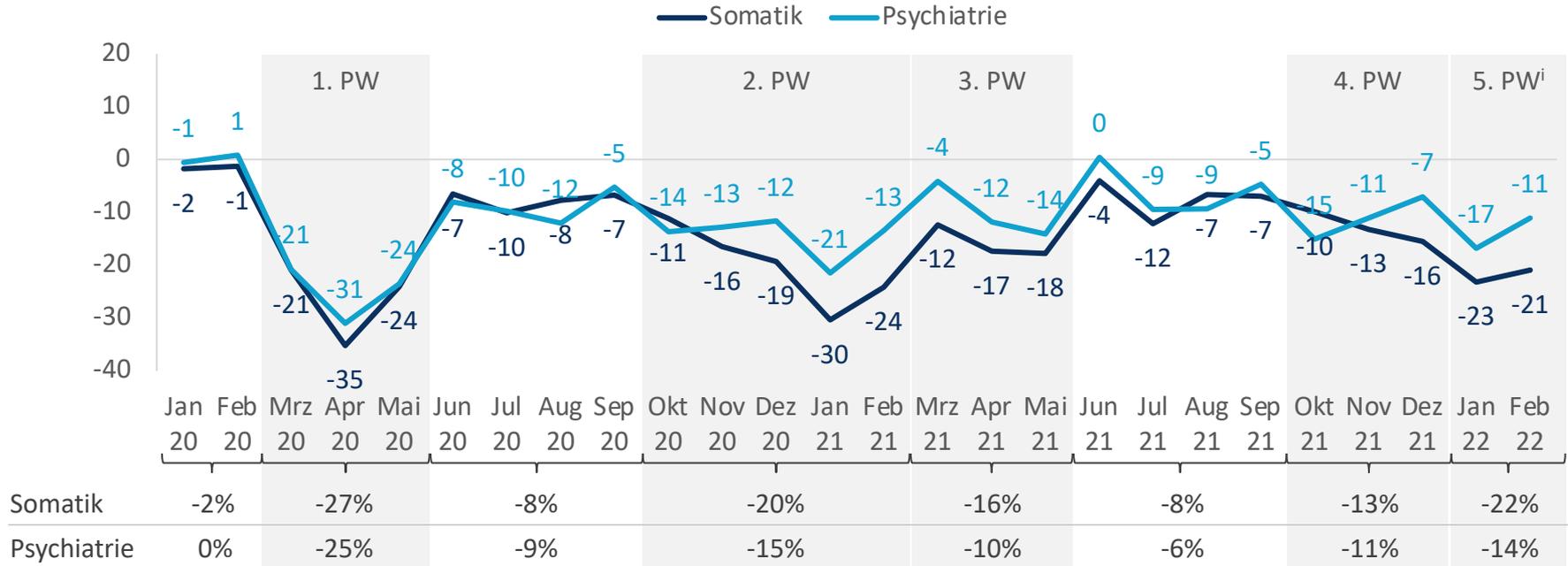
Starke Fallzahlrückgänge auch im Jahr 2021 im Vergleich zu 2019

Vergleich Fallzahlen 2020 und 2021 mit 2019, Veränderung in %



Steigende Inzidenzen führen immer wieder zu verstärkten Fallzahleinbrüchen in den Krankenhäusern

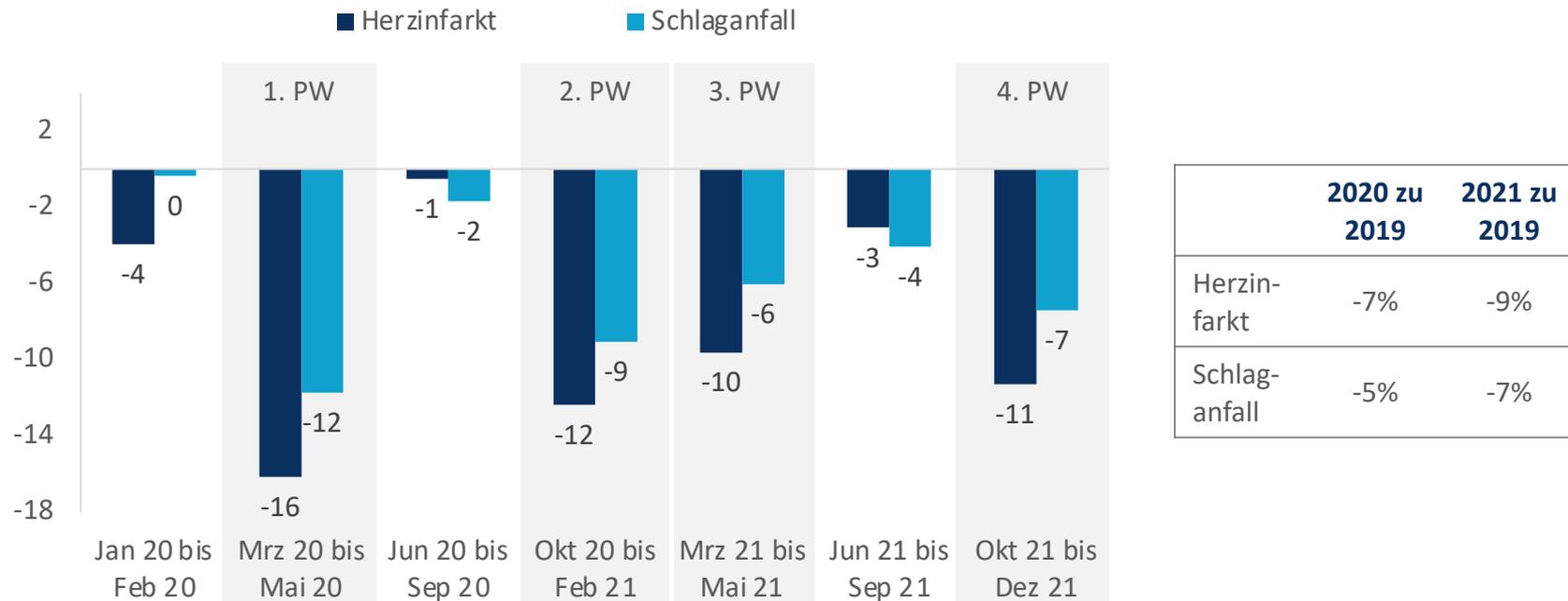
Vergleich Fallzahlen nach Aufnahmemonat im Jahr 2020-2022 mit 2019, Veränderung in %



Anmerkung: (i) 5. PW bisher nur bis Februar darstellbar. Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder Feiertagen können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Somatik und Psychiatrie. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021/2022 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Deutliche Fallzahlrückgänge bei Herzinfarkten und Schlaganfällen in allen Pandemiewellen, Normalisierung im Sommer

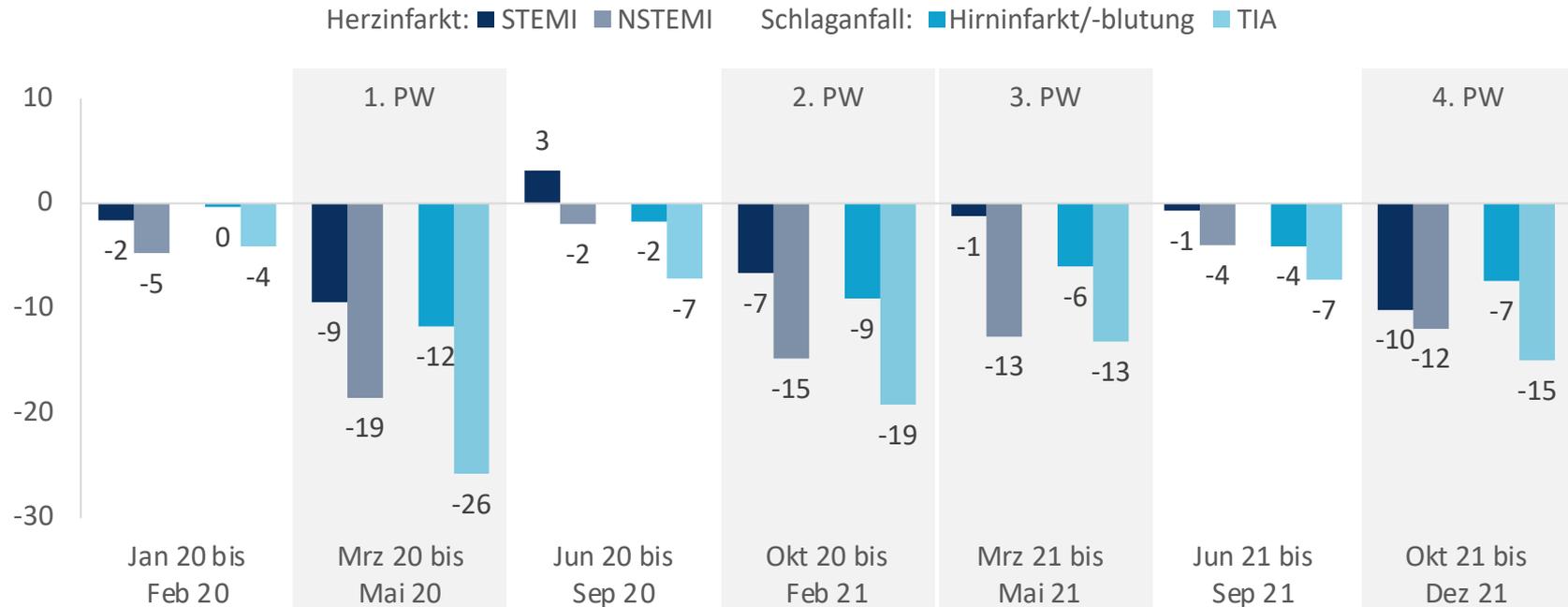
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei Notfällen, Veränderung in %



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Bei Herzinfarkt und Schlaganfall sind die weniger schweren Formen stärker rückläufig

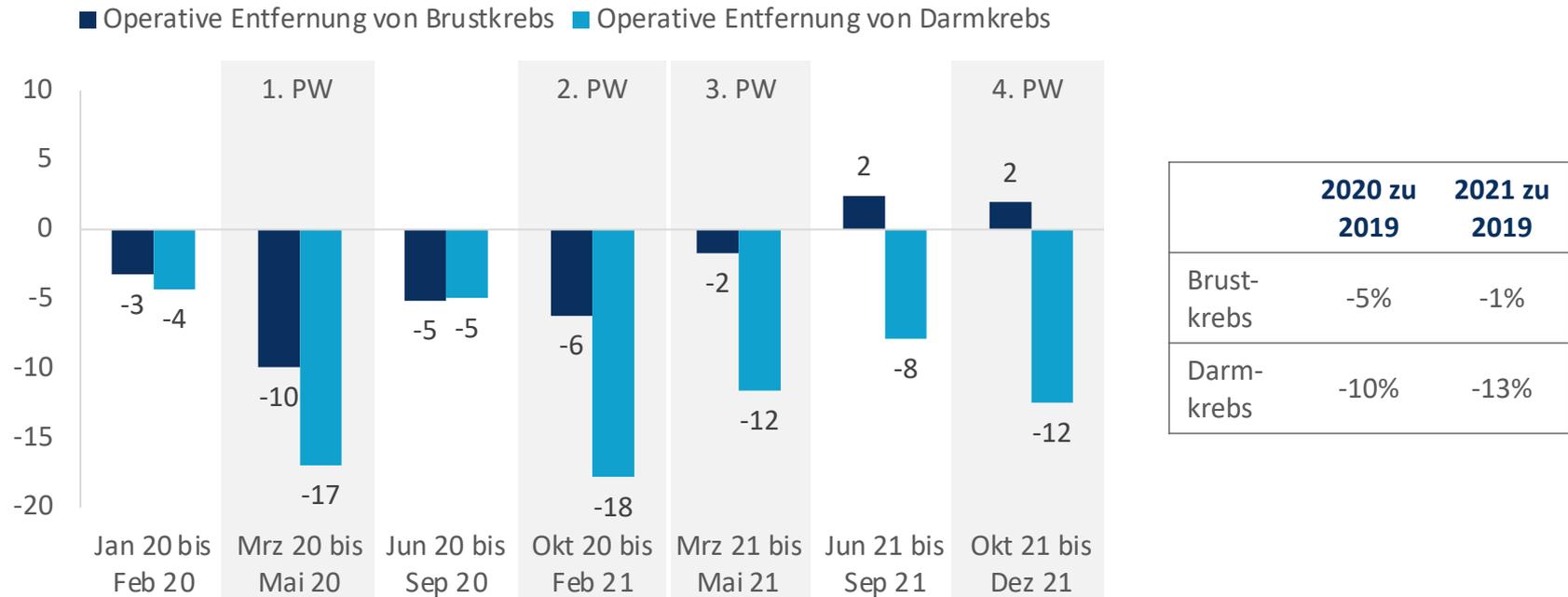
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei Notfällen, Veränderung in %



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahme Monat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle. STEMI – ST-Hebungsinfarkt, NSTEMI – Nicht-ST-Hebungsinfarkt, TIA – transitorische ischämische Attacke.

Durchgängig deutlicher Fallzahlrückgang bei OPs von Darmkrebs – bei OPs von Brustkrebs 2021 wieder ähnliches Fallzahlniveau wie vor der Pandemie

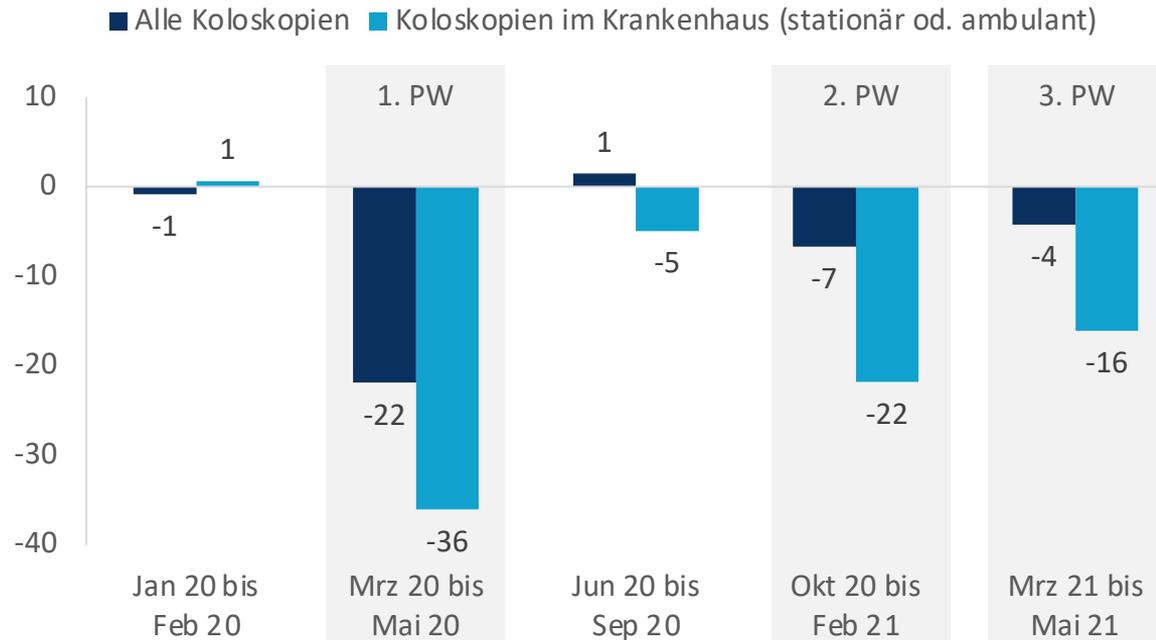
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei bösartigen Neubildungen, Veränderung in %



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Auch die durchgeführten Koloskopien sind im stationären Bereich stark rückläufig

Vergleich Anzahl Koloskopien im Jahr 2020/2021 mit 2019, Veränderung in %



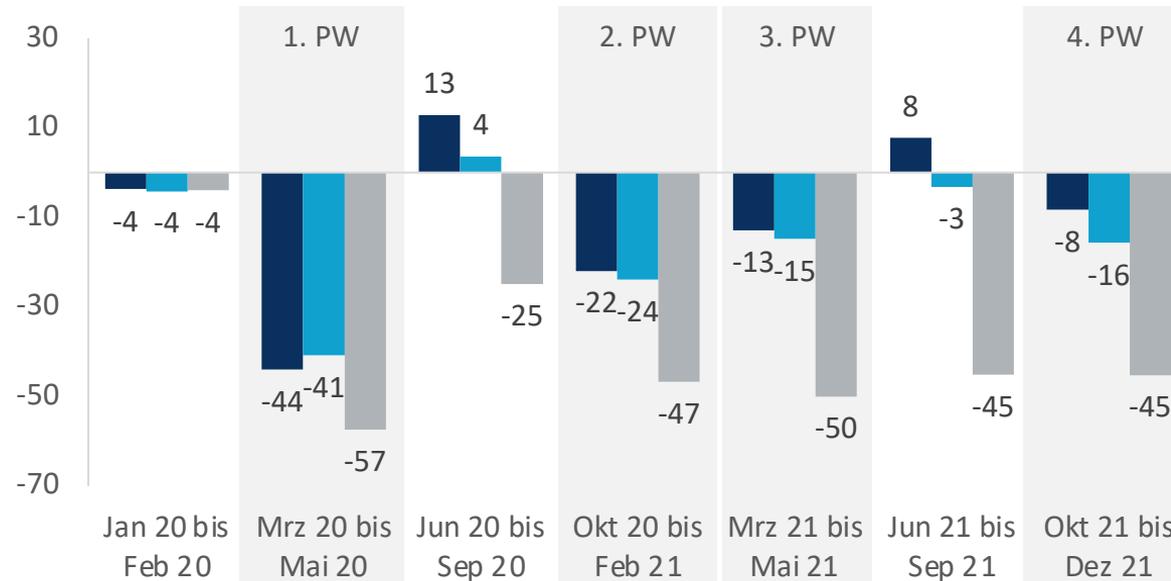
	2020 zu 2019	2021 zu 2019 (1. HJ)
Alle	-6%	-4%
Im KH	-15%	-18%

Anmerkung: Alle Koloskopien umfassen Koloskopien im Krankenhaus (stationär oder ambulant), diagnostisch/therapeutische Koloskopien in der Arztpraxis und Früherkennungs-koloskopien in der Arztpraxis. HJ – Halbjahr. KH – Krankenhaus.

Bei Hüftprothesen und Gebärmutterentfernungen abgeschwächter Fallzahlrückgang nach erster Welle, Mandelentfernungen durchgängig rückläufig

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei planbaren Eingriffen, Veränderung in %

■ Hüftprothesenimpl. bei Arthrose ■ Gebärmutterentf. bei gutart. Neubildung ■ Mandelentf.

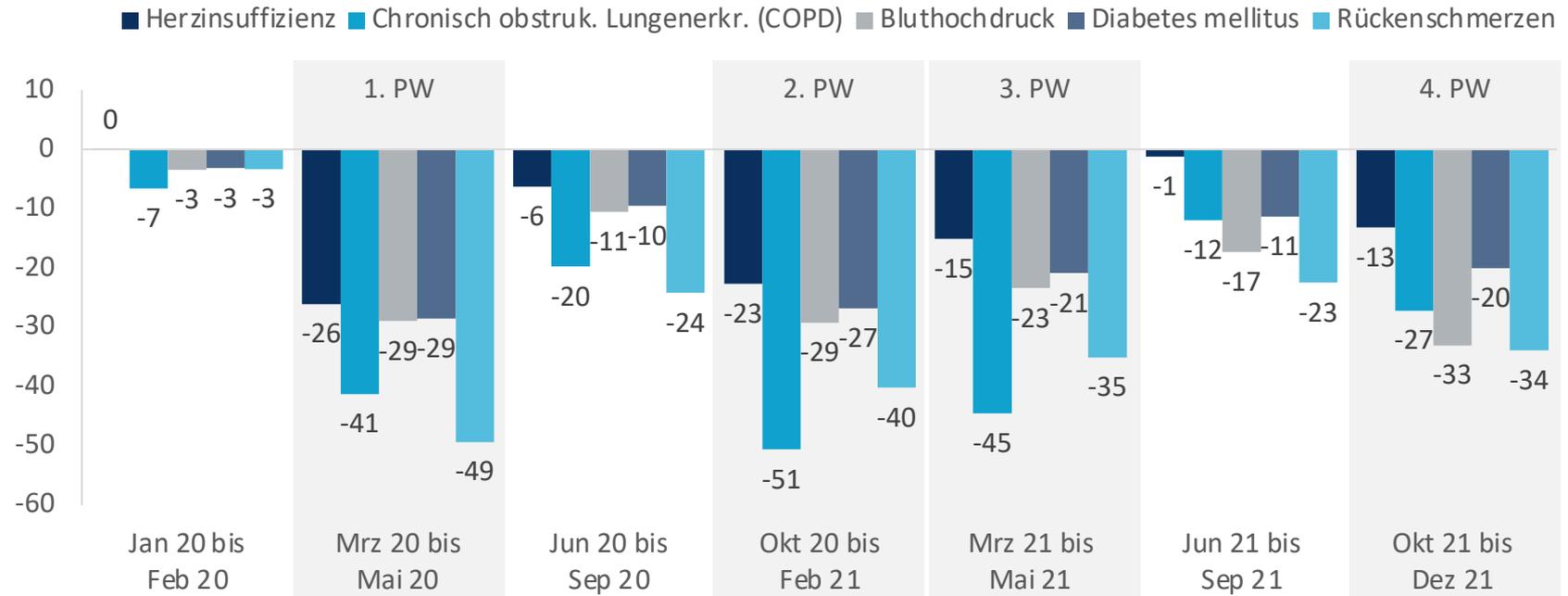


	2020 zu 2019	2021 zu 2019
Hüfte	-11%	-10%
Gebärmutterentf.	-14%	-16%
Mandelentf.	-33%	-49%

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Bei COPD, Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Diabetes und Herzinsuffizienz durchgängig Fallzahlrückgänge, auch im Sommer

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei amb.-sensitiven Behandlungen, Veränderung in %



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Fazit

- Starker Einbruch der Fallzahlen in beiden Pandemie Jahren bei vielen Leistungen im Krankenhaus.
- Auswirkungen der Einbrüche in der Notfallversorgung (Herzinfarkt und Schlaganfall) und in der Onkologie (Darmkrebs) bedürfen der weiteren Analyse.
- Die Absicherung der Versorgung von Notfällen und Krebserkrankungen ist in Pandemiephasen essenziell. Patienten sollten bei der Leistungsanspruchnahme nicht zögern, sich im Notfall ins Krankenhaus zu begeben.
- Die Fallzahl-Rückgänge bei ambulant-sensitiven Leistungen und bei bestimmten elektiven Eingriffen deuten auch auf einen Abbau von stationärer Überversorgung hin.
- Anstehende Krankenhausreformen sollten die Erkenntnisse aus den Entwicklungen in der Pandemie aufgreifen.



Vielen Dank

Überblick (1/2): In der Jahresbetrachtung deutliche Fallzahlrückgänge gegenüber 2019

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019, Veränderung in %

Behandlungsanlass	2020 zu 2019	2021 zu 2019
Alle Fälle (Somatik)	↓ -13%	↓ -14%
Notfall-Behandlungen		
Herzinfarkt	↘ -7%	↘ -9%
STEMI	➔ -3%	➔ -5%
NSTEMI	↘ -9%	↓ -11%
Schlaganfall (Hirnfarkt/-blutung)	↘ -5%	↘ -7%
Transitorische ischämische Attacke (TIA)	↓ -13%	↓ -14%
Krebs-Operationen		
Operative Entfernung von Brustkrebs	↘ -5%	➔ -1%
Operative Entfernung von Darmkrebs	↘ -10%	↓ -13%

Anmerkung: ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%.

Überblick (2/2): In der Jahresbetrachtung deutliche Fallzahlrückgänge gegenüber 2019

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019, Veränderung in %

Behandlungsanlass	2020 zu 2019	2021 zu 2019
Planbare, weniger dringliche Operationen		
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	↓ -11%	↓ -10%
Gebärmutterentf. bei gutartiger Neubildung	↓ -14%	↓ -16%
Mandelentfernung	↓ -33%	↓ -49%
Ambulant-sensitive Behandlungen		
Herzinsuffizienz	↓ -14%	↓ -13%
Chronisch obstr. Lungenerkrankung (COPD)	↓ -29%	↓ -34%
Bluthochdruck	↓ -18%	↓ -26%
Diabetes mellitus	↓ -16%	↓ -20%
Rückenschmerzen	↓ -29%	↓ -33%

Anmerkung: ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%.

Überblick (1/2): Immer wieder Fallzahleinbrüche bei Notfallbehandlungen und Krebsoperationen

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 nach Monatsgruppen, Veränderung in %

Behandlungsanlass	1. PW		2. PW		3. PW		4. PW	
	Jan 20 bis Feb 20	Mrz 20 bis Mai 20	Jun 20 bis Sep 20	Okt 20 bis Feb 21	Mrz 21 bis Mai 21	Jun 21 bis Sep 21	Okt 21 bis Dez 21	
Alle Fälle (Somatik)	➔ -2%	↓ -27%	↘ -8%	↓ -20%	↓ -16%	↘ -8%	↓ -13%	
Notfall-Behandlungen								
Herzinfarkt	➔ -4%	↓ -16%	➔ -1%	↓ -12%	↘ -10%	➔ -3%	↓ -11%	
STEMI	➔ -2%	↘ -9%	➔ 3%	↘ -7%	➔ -1%	➔ -1%	↓ -10%	
NSTEMI	➔ -5%	↓ -19%	➔ -2%	↓ -15%	↓ -13%	➔ -4%	↓ -12%	
Schlaganfall (Hirnfarkt/-blutung)	➔ 0%	↓ -12%	➔ -2%	↘ -9%	↘ -6%	➔ -4%	↘ -7%	
Transitorische ischämische Attacke (TIA)	➔ -4%	↓ -26%	↘ -7%	↓ -19%	↓ -13%	↘ -7%	↓ -15%	
Krebs-Operationen								
Operative Entfernung von Brustkrebs	➔ -3%	↘ -10%	↘ -5%	↘ -6%	➔ -2%	➔ 2%	➔ 2%	
Operative Entfernung von Darmkrebs	➔ -4%	↓ -17%	➔ -5%	↓ -18%	↓ -12%	↘ -8%	↓ -12%	

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%. PW – Pandemiewelle.

Überblick (2/2): Fallzahleinbrüche bei weniger dringlichen Eingriffen in der vierten Pandemiewelle nicht mehr so stark

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 nach Monatsgruppen, Veränderung in %

Behandlungsanlass	1. PW		2. PW		3. PW		4. PW	
	Jan 20 bis Feb 20	Mrz 20 bis Mai 20	Jun 20 bis Sep 20	Okt 20 bis Feb 21	Mrz 21 bis Mai 21	Jun 21 bis Sep 21	Okt 21 bis Dez 21	
Planbare, weniger dringliche Operationen								
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	➔ -4%	↓ -44%	↑ 13%	↓ -22%	↓ -13%	↗ 8%	↘ -8%	
Gebärmutterentf. bei gutartiger Neubildung	➔ -4%	↓ -41%	➔ 4%	↓ -24%	↓ -15%	➔ -3%	↓ -16%	
Mandelentfernung	➔ -4%	↓ -57%	↓ -25%	↓ -47%	↓ -50%	↓ -45%	↓ -45%	
Ambulant-sensitive Behandlungen								
Herzinsuffizienz	➔ 0%	↓ -26%	↘ -6%	↓ -23%	↓ -15%	➔ -1%	↓ -13%	
Chronisch obstr. Lungenerkrankung (COPD)	↘ -7%	↓ -41%	↓ -20%	↓ -51%	↓ -45%	↓ -12%	↓ -27%	
Bluthochdruck	➔ -3%	↓ -29%	↓ -11%	↓ -29%	↓ -23%	↓ -17%	↓ -33%	
Diabetes mellitus	➔ -3%	↓ -29%	↘ -10%	↓ -27%	↓ -21%	↓ -11%	↓ -20%	
Rückenschmerzen	➔ -3%	↓ -49%	↓ -24%	↓ -40%	↓ -35%	↓ -23%	↓ -34%	

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%. PW – Pandemiewelle.

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

Statement von Christian Karagiannidis,

Wissenschaftlicher Leiter des Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIN) und Mitglied des ExpertInnenrates der Bundesregierung

Versorgung der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Covid-19

Es gilt das gesprochene Wort.

Ich stelle Ihnen eine Analyse der stationär behandelten Covid-19-Patientinnen und -Patienten der AOK vor, in die mehr als 230.000 Erkrankte einbezogen worden sind. Eingeschlossen wurden Patienten, die bis Dezember 2021 stationär aufgenommen worden sind. Insgesamt zeigt sich bei diesen Patientinnen und Patienten eine hohe Sterblichkeit von 19 Prozent; bei den beatmeten Patienten liegt die Sterblichkeit sogar bei 51 Prozent (Folie 3). Im Vergleich zu anderen Atemwegsinfektionen zeigt sich eine deutlich längere Verweildauer der Covid-19-Patienten im Krankenhaus von durchschnittlich 15 Tagen, bei beatmeten Patienten sogar von 31 Tagen.

In den letzten beiden Pandemie Jahren hat sich in der medizinischen Behandlung der Covid-19-Erkrankten ein erheblicher Fortschritt ergeben (Folie 4). So gab es aufgrund der außergewöhnlichen Situation erstmals eine sogenannte Living Guideline mit wöchentlich aktualisierten Empfehlungen zur Behandlung der Covid-19-Patienten aus einer Fachgruppe am RKI sowie eine vielfach aktualisierte S3 Leitlinie. Im nicht-medikamentösen Bereich konnte durch die Bauchlage bei wachen Patienten die Intubationsrate vermindert werden. Auch im medikamentösen Bereich gab es klare Fortschritte. Durch die Gabe unterschiedlicher Medikamente wie Kortison, immunmodulatorischen Substanzen wie Tocilizumab oder auch durch die passive Immunisierung mit monoklonalen Antikörpern können schwere Verläufe schon in der Frühphase der Erkrankung vermieden werden.

Allerdings gibt es in Deutschland bisher keine große und relevante Studie zu Covid-19, in der die Behandlungsmethoden evaluiert und Therapieerfolge schnell sichtbar gemacht werden können. In Großbritannien gibt es dazu beispielsweise die große Plattformstudie RECOVERY. In Deutschland haben wir im internationalen Vergleich deutlichen Nachholbedarf.

Die Altersstruktur der stationären Covid-19-Patientinnen und -Patienten hat sich im Pandemieverlauf verändert. Lag der Anteil der über 70-Jährigen Patienten in den ersten beiden Pandemiewellen noch bei bis zu 55 Prozent, so sank der Anteil in der dritten Pandemiewelle im Mai 2021 auf 33 Prozent (Folie 5). Ältere Patienten sind gemäß der Impfpriorisierung vom Beginn des Jahres 2021 an geimpft worden, denn das Alter ist der Hauptrisikofaktor für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung. Entsprechend hat sich der relative Anteil der älteren Menschen an den Krankenhauspatienten mit Einführung der Impfungen verringert. In der vierten Pandemiewelle war dann wieder ein Anstieg des Durchschnittsalters im Krankenhaus zu beobachten, was nicht zuletzt auf eine Immunitätslücke insbesondere bei den älteren Menschen zurückzuführen ist.

Die Sterblichkeit der Covid-19-Patientinnen und -Patienten steigt mit dem Alter erheblich an. Im Durchschnitt liegt sie bei 19 Prozent, erreicht aber bei den Patienten ab 80 Jahren 34 Prozent (Folie 6). Die höchste Sterberate weisen die über 80-Jährigen beatmeten Patienten mit 76 Prozent auf. Über alle Altersgruppen hinweg liegt die Sterblichkeit bei den beatmeten Patienten deutlich höher als bei den Patienten ohne Beatmung.

Sehr auffällig waren die Veränderungen in der Beatmungstherapie im Pandemieverlauf (Folie 7). Während in der ersten Welle noch etwa 75 Prozent der Patientinnen und Patienten primär invasiv beatmet wurden und nur wenige nicht-invasiv, waren es in der zweiten Welle nur noch 37 Prozent mit einer primär invasiven Beatmung, in der dritten und vierten Welle sank dieser Wert sogar auf rund 30 Prozent. Der Anteil der Patienten mit nicht-invasiver Beatmung, aber leider auch der Anteil derer, die bei einem Versagen der nicht-invasiven Beatmung dann verzögert intubiert und invasiv beatmet werden mussten, lag in der zweiten bis vierten Welle höher als in der ersten Pandemiewelle. Hier spielen sicher Unterschiede in den Patientencharakteristika der verschiedenen Wellen eine Rolle für die unterschiedliche Wahl der Beatmungsverfahren. Es drängt sich aber auch die Frage auf, welche Rolle der Zeitpunkt der Intubation für die Gesamtprognose spielt – insbesondere mit Blick auf ein mögliches späteres Versagen der nicht-invasiven Beatmung. Zu diesem Thema ist eine randomisiert-kontrollierte Studie überfällig.

Auffällig in der Krankenhausbehandlung der Covid-19-Fälle war deren sehr ungleichmäßige Verteilung auf die Krankenhäuser. Fast zwei Drittel aller im Krankenhaus aufgenommenen Covid-19-Fälle (62 Prozent) wurden in etwas mehr als 300 Krankenhäusern (329) mit durchschnittlich rund 700 Betten pro Krankenhaus (686) behandelt (Folie 9). Bei den Beatmungsfällen ist eine ähnliche Konzentration auf 260 Krankenhäuser mit 61 Prozent der beatmeten Patienten zu beobachten (Folie 10). Sehr viele Krankenhäuser haben aber nur eine geringe Zahl von Patienten behandelt. Meist sind dies Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von unter 300. Die Hauptlast bei der Behandlung der Covid-19-Patienten während der Pandemie haben also die großen Kliniken, etwa Universitätskliniken und Krankenhäuser mit Maximalversorgung, getragen. Die Zahlen zeigen aber auch, dass es trotz dieser bereits vorhandenen Konzentration noch Optimierungspotenzial gibt. Die Versorgung dieses Krankheitsbildes ist sehr komplex und aufwendig und sollte in erster Linie an Schwerpunktzentren mit entsprechender Ausstattung und Erfahrung erfolgen. Dies gilt besonders, wenn die Patienten beatmet oder sogar an eine künstliche Lunge angeschlossen werden müssen.

Mein Fazit lautet: Bei Covid-19 handelt es sich um eine Erkrankung, die nach wie vor zu einem schweren Krankheitsverlauf führen kann. Ein hoher Anteil der Patienten muss beatmet werden. Darüber sollte die etwas entspanntere Lage auf den Intensivstationen in der aktuellen Omikron-Welle nicht hinwegtäuschen. Im Verlauf der Pandemie konnten einige Verbesserungen in der Therapie der Covid-19-Patienten erzielt werden. Um schneller therapeutische Fortschritte erzielen zu können, sollten in Deutschland mehr Patientinnen und Patienten in Studien eingeschlossen werden.

Eine wichtige Lehre der Pandemie ist, dass schwere Erkrankungen vor allem in spezialisierten Kliniken mit guter Ausstattung und erfahrenen Teams behandelt werden sollten, während kleinere Krankenhäuser weiterhin eine wichtige Rolle in der regionalen Primärversorgung spielen können. Apparative Techniken und spezielle Therapieformen sollten an bestimmte Versorgungslevel geknüpft werden. Das Ziel sollte letztlich immer die qualitativ bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sein.

Kontakt und Information

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



Behandlung und Versorgung der Covid-19-Patienten

Pressekonferenz zum Krankenhaus-Report 2022
Berlin, 5. April 2022
Prof. Dr. med. Christian Karagiannidis
(Universität Witten/Herdecke, Kliniken Köln)

Agenda

- 
- ① Charakteristika und Behandlung der Covid-19-Patienten
 - ② Versorgung der Covid-19-Fälle

Übersicht: Charakteristika der Covid-19-Patienten

	Alle Patienten	Ohne Beatmung	Mit Beatmung
 Stichprobe	N = 231.228	N = 194.815	N = 36.413
 Anteil Beatmet	16%		
 Männlich	50%	47%	63%
 Alter (Ø)	66 Jahre	66 Jahre	66 Jahre
 Verweildauertage (Ø)	15 Tage	12 Tage	31 Tage
 Beatmungsdauer (Ø)			14 Tage
Verstorben im Krankenhaus	19%	13%	51%

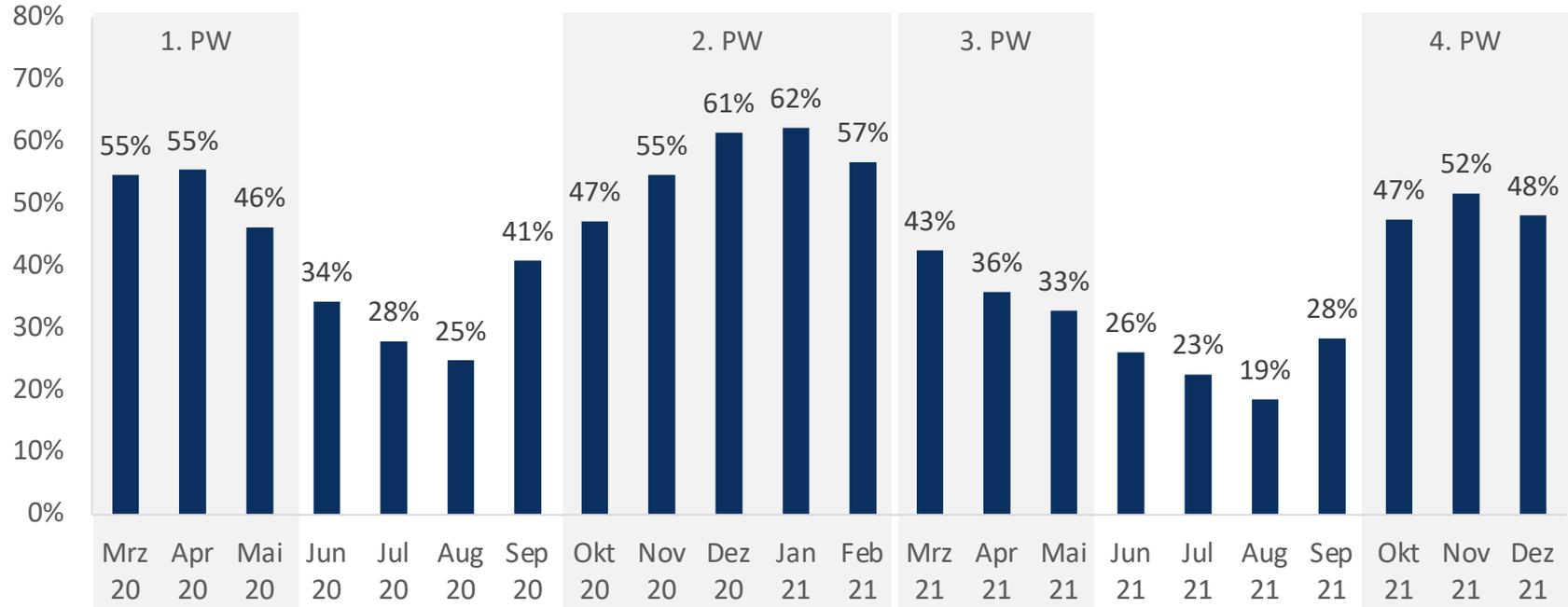
Anmerkung: Entlassene Covid-19-Patienten (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02.2020 und 31.12.2021.

Medizinische Entwicklung in zwei Jahren Pandemie

- Erstmals eine **Living Guideline**: S3-Leitlinie der Fachgesellschaften und wöchentlich aktualisierte Empfehlungen der Fachgruppe COVRIIN am RKI
- **Meilensteine der Pandemie:**
 - mRNA-Impfung
 - Passive Immunisierung mit monoklonalen Antikörpern
 - Kortison
 - Immunmodulatorische Substanzen wie Tocilizumab
 - Bauchlage bei wachen und beatmeten Patienten im Krankenhaus
- Bedenklich: Keine relevante große klinische Studie aus Deutschland zu COVID-19 (wie z.B. RECOVERY aus UK)

Anteil der über 70-Jährigen stationären Covid-19-Patienten steigt in der vierten Pandemiewelle wieder auf 50 Prozent an

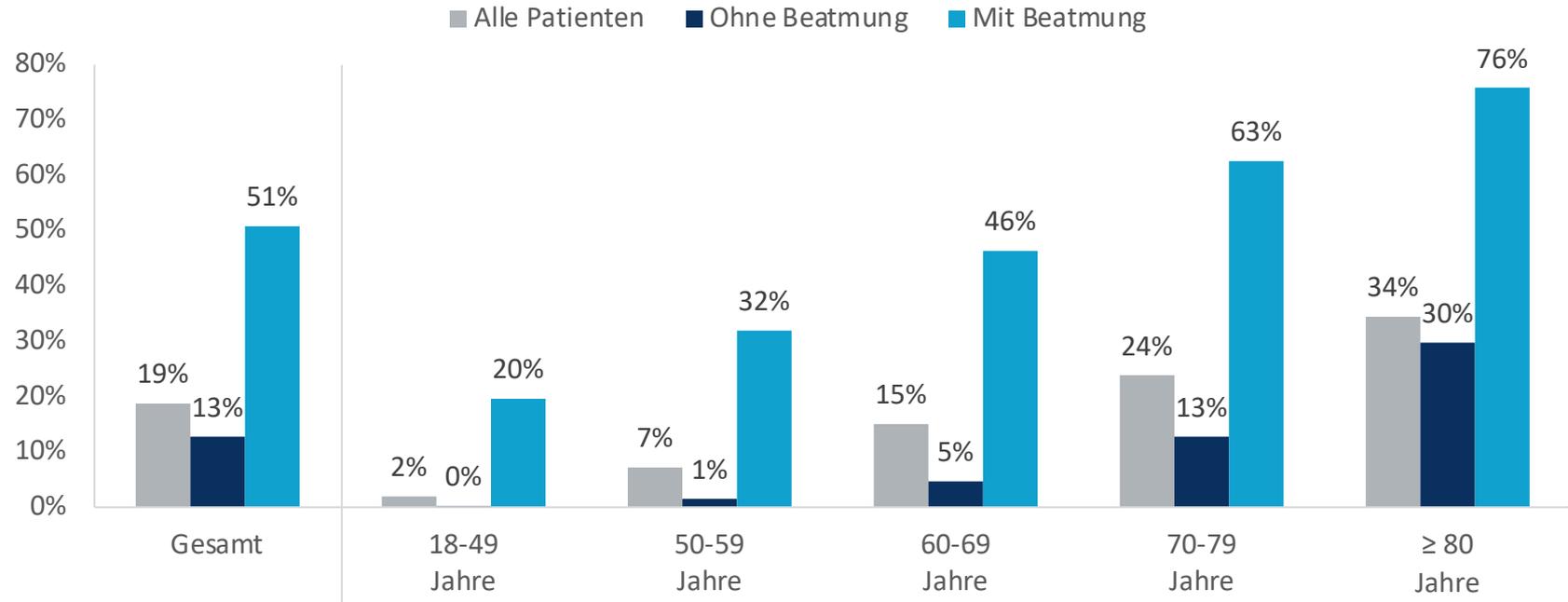
Über 70-Jährige Covid-19-Patienten nach Aufnahme Monat, Anteil in %



Anmerkung: N = 231.228. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02.2020 und 31.12.2021. Patienten mit Aufnahme im Feb. 2020 dem März 2020 zugeordnet. PW – Pandemiewelle.

Krankenhaussterblichkeit steigt mit dem Alter der Covid-19-Patienten an und liegt bei beatmeten Patienten immer deutlich höher

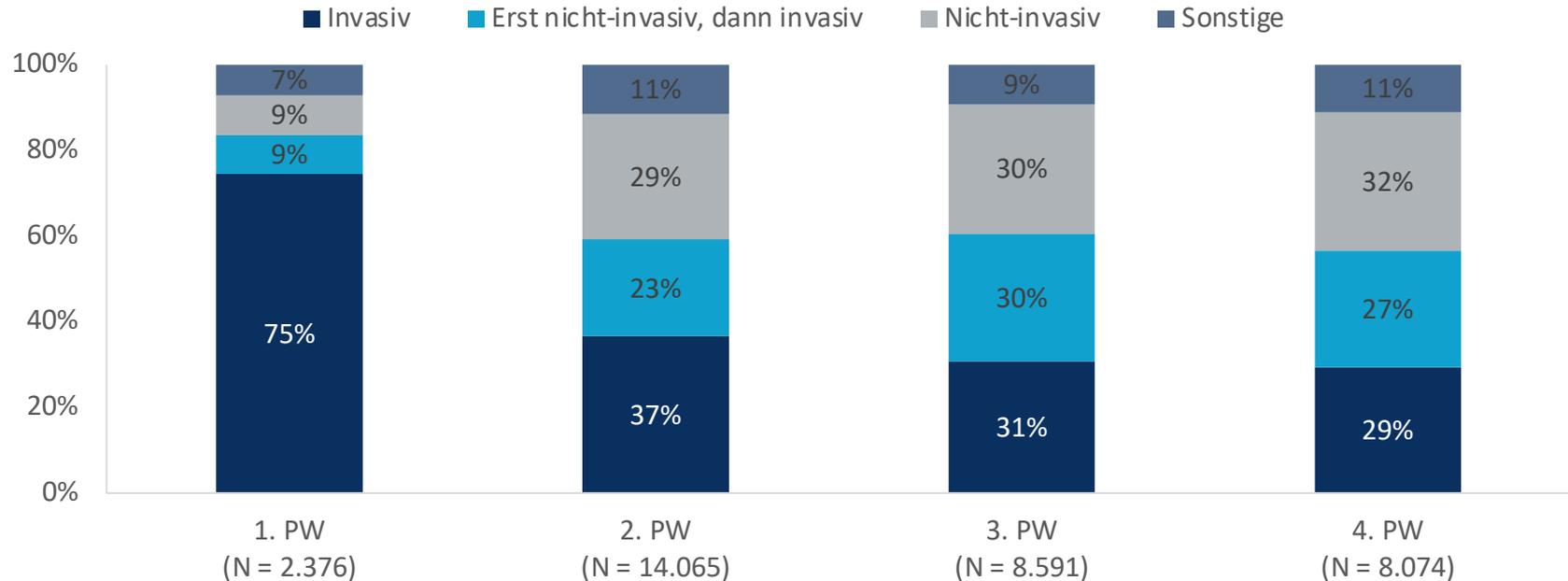
Krankenhaussterblichkeit nach Beatmungsstatus und Altersgruppen, in %



Anmerkung: N = 231.063. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02.2020 und 31.12.2021.

Beatmungsverfahren bei Covid-19-Patienten: Zunahme der nicht-invasiven Beatmung

Beatmungsverfahren nach Zeitpunkt der Behandlung, Anteil in %



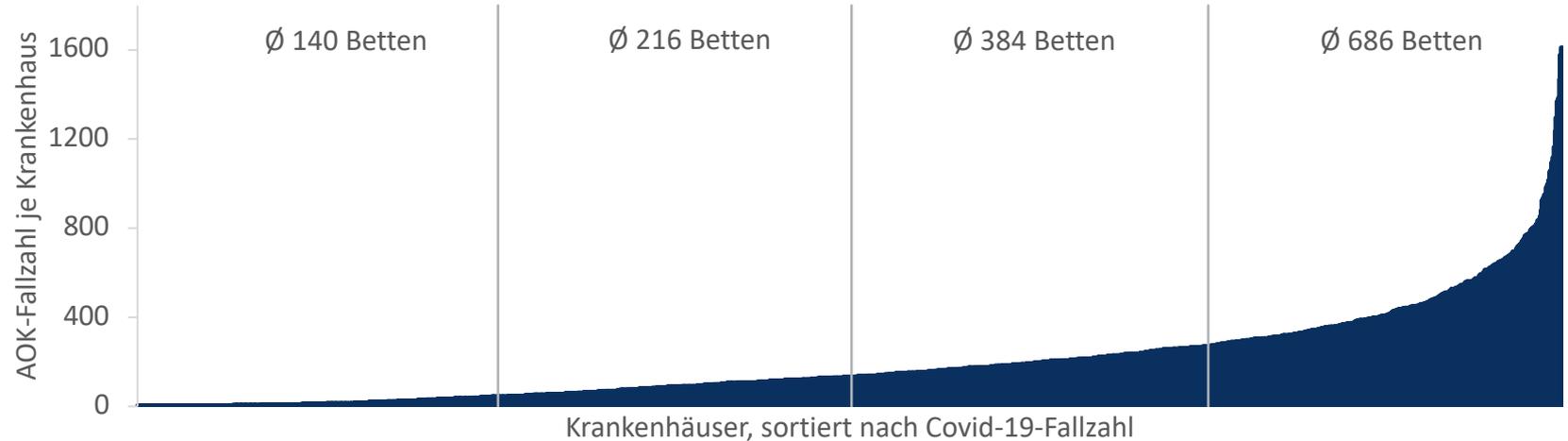
Anmerkung: Einteilung in die Beatmungsverfahren bei Beatmungsdauer von mind. 6 Stunden und entsprechendem Prozedurenkode. Gruppe „Sonstige“ sind Patienten mit weniger als 6 Stunden Beatmung oder fehlendem Prozedurenkode. Patienten in den Sommermonaten 2020 und 2021 nicht dargestellt. PW – Pandemiewelle.
1. PW: 03/20-05/20; 2. PW 10/20-02/21; 3.PW 03/21-05/21; 4. PW 10/21-12/21.

Agenda

- 
- ① Charakteristika und Behandlung der Covid-19-Patienten
 - ② Versorgung der Covid-19-Fälle

Versorgung der Covid-19-Fälle: Ein Viertel der Kliniken behandelt 62 Prozent der Fälle

Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Fallzahl

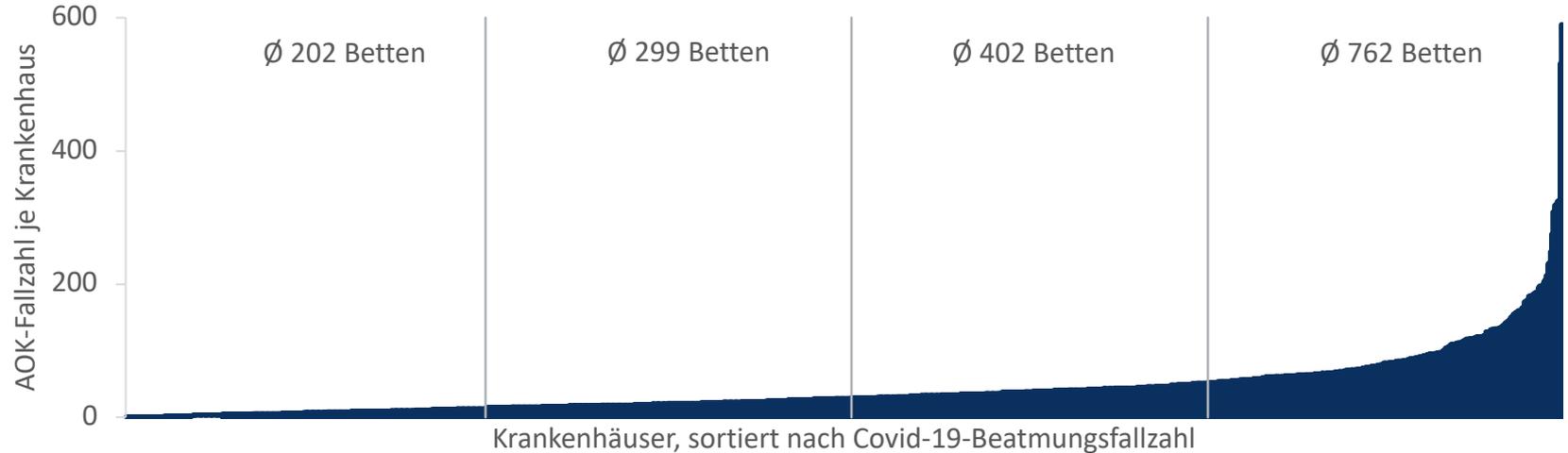


Quartil (AOK-Fallzahl)	1. Quartil (1-42)	2. Quartil (43-131)	3. Quartil (132-268)	4. Quartil (269-3.299)
Anzahl Krankenhäuser	335 (25,3%)	328 (24,8%)	331 (25,0%)	329 (24,9%)
Anzahl Fälle	4.849 (1,9%)	28.281 (10,9%)	64.561 (24,8%)	162.628 (62,5%)

Anmerkung: N = 260.319 Fälle und 1.323 Krankenhäuser. Ein Krankenhaus im 4. Quartil mit mehr als 1.700 Fällen nicht dargestellt. Quartileinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da KH mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Versorgung der beatmeten Covid-19-Fälle: Ein Viertel der Kliniken behandelt 61 Prozent der Fälle

Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Beatmungsfallzahl



Quartil (AOK-Fallzahl)	1. Quartil (1-13)	2. Quartil (14-28)	3. Quartil (29-51)	4. Quartil (52-590)
Anzahl Krankenhäuser	264 (25,1%)	267 (25,4%)	261 (24,8%)	260 (24,7%)
Anzahl Fälle	1.764 (4,0%)	5.474 (12,5%)	10.067 (23,0%)	26.549 (60,5%)

Anmerkung: N = 43.854 Fälle und 1.052 Krankenhäuser. Quartileinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da KH mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Fazit

- Covid-19 ist eine Erkrankung, die zu einem schwerem Krankheitsverlauf führen kann.
- Im Pandemieverlauf gab es Verbesserungen der Therapie → für schnellere therapeutische Fortschritte sollten mehr Patienten in Deutschland in medizinische Studien eingeschlossen werden.
- Die Covid-19-Versorgung fand vorwiegend in den großen Kliniken statt (vor allem Universitätskliniken und Maximalversorger).
- Eine Lehre der Pandemie: Es braucht eine deutlich bessere Strukturierung der Patientenverteilung mit dem Ziel der Bildung von Zentren zur Verbesserung der Versorgungsqualität.



Vielen Dank

Covid-19-Stichprobe

Datengrundlage: AOK-Abrechnungsdaten § 301 SGB V (ca. ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland)

Entlassene **Covid-19-Fälle** (Diagnose-Kode U07.1)

Aufnahme im Krankenhaus zwischen **01.02.2020 und 31.12.2021**

Mindestalter: 18 Jahre

Einteilung nach **Pandemiewellen**

- 1. Pandemiewelle Februar 2020 bis Mai 2020
- Sommer 2020 Juni 2020 bis September 2020
- 2. Pandemiewelle Oktober 2020 bis Februar 2021
- 3. Pandemiewelle März 2021 bis Mai 2021
- Sommer 2021 Juni 2021 bis September 2021
- 4. Pandemiewelle Oktober 2021 bis Dezember 2021



Übersicht über Charakteristika der Covid-19-Patienten nach Pandemiewelle

		1. PW	2. PW	3. PW	4. PW
		Feb 20 bis Mai 20	Okt 20 bis Feb 21	Mrz 21 bis Mai 21	Okt 21 bis Dez 21
	N	13.202	98.969	46.568	51.512
	Beatmete Patienten (Anteil in %)	18%	14%	18%	16%
	Alter (Jahre, Ø)	68	70	62	66
	Verweildauer (Tage, Ø)	18	15	13	13
	bei Patienten ohne Beatmung	14	13	10	11
	bei Patienten mit Beatmung	37	32	30	25
	Beatmungsdauer (Tage, Ø)	17	13	15	12
	Sterblichkeit	22%	22%	15%	19%
	bei Patienten ohne Beatmung	16%	16%	8%	13%
	bei Patienten mit Beatmung	51%	54%	46%	54%

Anmerkung: Patienten in den Sommermonaten 2020 und 2021 nicht dargestellt. PW – Pandemiewelle.