



Pressemitteilung

Berlin, 30. März 2021

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

WIdO-Analyse zu Krankenhausbehandlungen in der zweiten Pandemiewelle: Erneute Fallzahlrückgänge bei planbaren Eingriffen und Notfällen

Aktuelle Auswertungen von AOK-Abrechnungsdaten für den Krankenhaus-Report 2021 beleuchten die Auswirkungen der bisherigen Pandemie-Phasen auf die Versorgung in den deutschen Kliniken

Berlin. Eine aktuelle Datenauswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für den Krankenhaus-Report 2021 nimmt die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen in der zweiten Pandemiewelle genauer unter die Lupe. Danach ist in den Monaten Oktober 2020 bis Januar 2021 insgesamt ein etwas geringerer Fallzahlrückgang zu verzeichnen als im Frühjahr des letzten Jahres. Anlass zur Sorge geben die Rückgänge bei Notfällen wie Herzinfarkten und Schlaganfällen, aber auch bei Krebs-Operationen, bei denen die Fallzahlen in der zweiten Pandemiewelle wieder stark eingebrochen sind. Die Auswertungen des WIdO beleuchten zudem die Versorgung der stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Covid-19, bei denen weiterhin eine hohe Sterblichkeitsrate festzustellen ist (18 Prozent). Dies gilt insbesondere für die beatmeten Patienten, von denen jeder zweite stirbt. Menschen unter 60 Jahren stellen ein Drittel der Covid-19-Patienten im Krankenhaus beziehungsweise ein Viertel der Beatmeten. Die Versorgung erfolgt zwar weitgehend in größeren, beatmungserfahrenen Krankenhäusern, es zeigen sich aber auch Verbesserungspotenziale.

Der Blick auf die Entwicklung der Gesamt-Fallzahlen der AOK-Versicherten in den Krankenhäusern (ohne psychiatrische Kliniken) zeigt: Der Rückgang der Fallzahlen fiel trotz höherer Infektionszahlen in der zweiten Pandemiewelle zunächst geringer aus als im Frühjahr 2020 (Abbildung 1). Ab Dezember lag der Fallzahlrückgang mit Werten von mindestens 20 Prozent auf einem vergleichbaren Niveau wie in den Monaten März bis Mai.

Eine Auswertung zu einzelnen Indikationen zeigt Unterschiede im Detail: Bei den planbaren, weniger dringlichen Eingriffen waren nach leichten Nachholeffekten im Sommer zuletzt wieder sinkende Fallzahlen zu verzeichnen (Abbildung 2). So sank beispielsweise die Zahl der Hüftprothesenimplantationen bei Arthrose im Zeitraum von Oktober 2020 bis Januar 2021 um 21 Prozent. Der Rückgang war jedoch bei Weitem nicht so stark ausgeprägt wie in der ersten Pandemiewelle. Hier lag der Rückgang noch bei 44 Prozent. „Das hat vermutlich auch mit den geänderten Regelungen zur Freihaltung zu tun, die in der zweiten Pandemiewelle wesentlich differenzierter ausgestaltet waren“, sagt Jürgen Klauber, Geschäftsführer des WIdO.

Erneuter starker Einbruch bei Notfall-Behandlungen gibt Anlass zur Sorge

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Notfall-Behandlungen (Abbildung 2): Die Zahl der Herzinfarkt-Behandlungen sank zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 um 13 Prozent und damit fast genauso stark wie in der ersten Pandemiewelle (minus 16 Prozent zwischen März und Mai 2020). Das Gleiche gilt für die Zahl der Schlaganfall-Behandlungen, die in der zweiten Pandemiewelle um elf Prozent zurückgingen (erste Pandemiewelle: minus zwölf Prozent). „Diese erneuten Einbrüche sind Anlass zur Sorge – zumal wir in einer früheren Auswertung für den Qualitätsmonitor 2020 in der ersten Pandemiewelle bereits eine signifikante Steigerung der Sterblichkeit bei den Schlaganfall-Patienten festgestellt haben“, erläutert Klauber. „Wiederholt haben Ärzte aus den Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass Herzinfarkt-Patienten gehäuft verspätet und mit fortgeschrittener Schädigung des Herzens im Krankenhaus angekommen sind. Wir können angesichts der Zahlen nur den Appell an die Bevölkerung erneuern, bei Notfallsymptomen auch unter den Bedingungen der Pandemie nicht zu zögern, den Notruf zu wählen“.

Starke Fallzahlrückgänge waren auch bei den Krebsoperationen festzustellen (Abbildung 2): Bei der operativen Entfernung von Brustkrebs und Darmkrebs zeigten sich in der ersten Pandemiewelle Rückgänge von zehn bzw. 17 Prozent. In der zweiten Pandemiewelle sind Unterschiede zwischen den Indikationen festzustellen: Während es bei den Brustkrebs-OPs in der zweiten Pandemiewelle – wohl auch infolge der Wiederaufnahme des Mammographie-Screenings nach dem Ende der ersten Lockdowns – zu geringeren Fallzahlrückgängen gegenüber 2019 kam (minus fünf Prozent), waren diese bei Darmkrebs-OPs stärker ausgeprägt (minus 20 Prozent). „Hier gab es offenbar auch in der zweiten Pandemiewelle eine deutlich reduzierte ambulante Diagnostik“, so Klauber. „Inwieweit bei den Koloskopien Patienten mit Beschwerden bzw. bei der Früherkennung gezögert haben oder ob das Leistungsangebot aus Kapazitätsgründen reduziert wurde, können wir auf Basis der vorliegenden Daten allerdings nicht beantworten.“

Ein Drittel der Covid-19-Patienten war jünger als 60 – hohe Beatmungsquote ab 50 Jahren

Eine Auswertung der Abrechnungsdaten zur stationären Behandlung der AOK-versicherten Covid-19-Patienten bestätigt die im Sommer 2020 veröffentlichten Ergebnisse. Danach sind Männer deutlich häufiger von einem schweren Verlauf der Erkrankung betroffen als Frauen: 66 Prozent der Patienten mit Beatmung waren Männer. Zudem steigt das Risiko mit dem Alter: 52 Prozent der stationär behandelten Covid-19-Patienten waren 70 Jahre oder älter (Abbildung 3). „Allerdings sehen wir auch viele schwere Krankheitsverläufe bei Jüngeren“, betont Klauber: Ein Drittel der im Krankenhaus behandelten Covid-19-Patienten waren jünger als 60 Jahre – und immerhin rund ein Viertel der Beatmeten entfiel auf diese Altersgruppe.

Auch die Beatmungsquote der mit Covid-19 im Krankenhaus behandelten Patienten steigt ab 50 Jahren deutlich an und liegt bei den 60 bis 79-Jährigen mit 22 Prozent am höchsten (Abbildung 4). Dabei werden bei den 50- bis 69-jährigen mit durchschnittlich 16 Tagen die längsten Beatmungsdauern erreicht – gegenüber zehn Tagen bei Menschen ab 80 Jahren. „Die Zahlen verdeutlichen, dass sich die Intensivstationen angesichts steigender Infektionszahlen schnell mit Menschen mittleren Alters füllen können, die noch nicht geimpft sind“, so Klauber. Die Intensivmediziner der DIVI berichteten aktuell schon über entsprechende Beobachtungen auf den Intensivstationen.

18 Prozent der Covid-19-Patienten sind während des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Unter den beatmeten Patienten war die Mortalität mit 51 Prozent deutlich höher als bei den nicht beatmeten Patienten mit 13 Prozent. Ausgewertet wurden die Daten von rund 52.000 AOK-versicherten Covid-19-Patienten, die von Februar bis November 2020 in den deutschen Kliniken behandelt worden sind. „Eine gute Nachricht ist, dass wir gegen Ende dieses Auswertungszeitraums eine niedrigere Beatmungsquote und ein niedrigeres Sterberisiko der Patienten ohne Beatmung sehen. Das hat vermutlich mit der Verbesserung der medikamentösen Therapie zu tun“, so Klauber.

Die Hälfte der Kliniken behandelte 86 Prozent der Covid-19-Fälle

An der Versorgung der AOK-versicherten Patienten mit einer Covid-19-Erkrankung waren laut der WIdO-Analyse von Februar bis November 2020 insgesamt rund 1.250 Krankenhäuser beteiligt. Rund die Hälfte dieser Häuser behandelten 86 Prozent der Covid-19-Fälle (Abbildung 5). „Hier zeigt sich, dass die stationäre Versorgung der erkrankten Patientinnen und Patienten in den allermeisten Fällen bereits in größeren Krankenhäusern erfolgt“, betont Jürgen Klauber. Jedoch wurden auch 14 Prozent der stationär behandelten Covid-19-Fälle in mehr als 600 Kliniken behandelt, die zum Teil nur sehr kleine Fallzahlen aufwiesen.

Die Sachlage verdeutlicht eine weitere Analyse, bei der die Beatmungserfahrung der an der Versorgung beteiligten Kliniken berücksichtigt wird (Abbildung 6): 18 Prozent der AOK-versicherten Covid-19-Fälle, die eine Beatmung benötigten, sind – gemessen an der Beatmungserfahrung im Jahr 2019 – in Kliniken mit unterdurchschnittlicher Beatmungserfahrung behandelt worden. Am anderen Ende des Spektrums wurden 59 Prozent der beatmeten Covid-19-Fälle in Krankenhäusern mit sehr viel Erfahrung behandelt. Dies waren in den meisten Fällen sehr große Kliniken mit durchschnittlich 731 Betten. „Wir wissen nicht, wie gut die Beatmungspatienten in den meist kleinen Häusern mit wenig Erfahrung im Einzelfall versorgt wurden. In den Zeiten der höchsten Auslastung mag es regional unvermeidbar gewesen sein, dass auch diese Kliniken an der Versorgung beteiligt waren“, so Klauber. Das Zielbild bleibe aber unstrittig: „Bei der Schwere des Krankheitsbildes Covid-19, das unterschiedliche Organe betreffen kann und häufig eine Beatmung erfordert, sollten möglichst direkt besonders geeignete Krankenhäuser mit erfahrenen Behandlungsteams angesteuert werden“, so Jürgen Klauber. „Um das zu gewährleisten, braucht es zur Bewältigung derartiger Krisen gute, zentral gesteuerte Stufenkonzepte, die Behandlungskapazitäten nach Erfahrung zuschalten und zugleich die Normalversorgung sichern.“

Krankenhaus-Report 2021 mit Schwerpunkt-Thema „Versorgungsketten“

Die Auswertungen des WIdO zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Versorgung in den deutschen Kliniken sind unter anderem in den aktuellen Krankenhaus-Report eingeflossen. Sie wurden für die Pressekonferenz zur Vorstellung des Buches noch einmal aktualisiert. Das Schwerpunkt-Thema des Krankenhaus-Reports 2021, der heute als Buch und Open-Access-Publikation erscheint, lautet „Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt“. Der Sammelband beleuchtet in mehreren Beiträgen die Versorgungsprozesse vom Krankenhauszugang bis zu den Herausforderungen der Anschlussversorgung. Dabei werden insbesondere Schnittstellenprobleme in den Blick genommen. Wie in jedem Jahr enthält der Krankenhaus-Report mit seinem ausführlichen Statistikeil ein umfassendes Kompendium von Analysen und Daten zu Stand und Entwicklung des deutschen Krankenhausmarktes. Ergänzt werden diese Datenanalysen durch eine krankenhauspolitische Chronik.

Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers, Carina Mostert (Hrsg.)

Krankenhaus-Report 2021

Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt

1. Aufl. 2021, XXII, 523 S., 85 Abb. in Farbe

Auch verfügbar als Open-Access-Publikation: <https://www.springer.com/de/book/9783662627075>

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

Pressekontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK

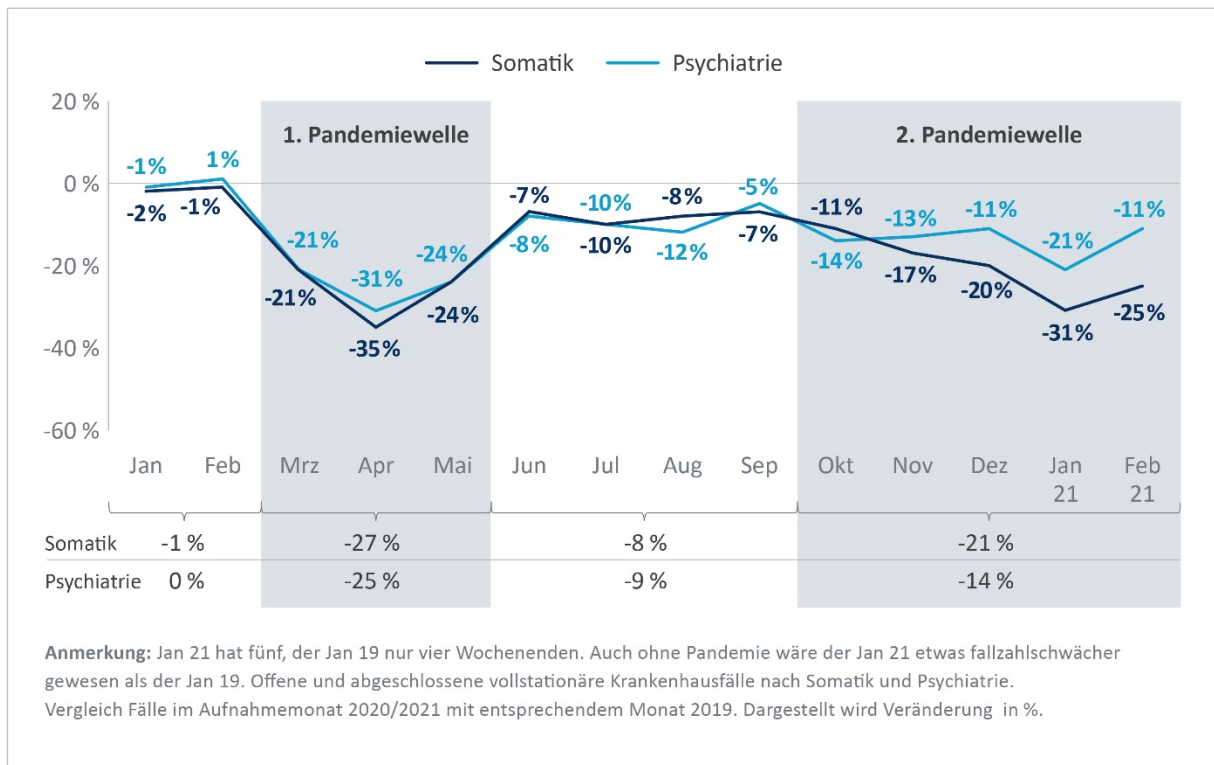
Peter Willenborg

Telefon +49 30 34646 – 2467

Mobil +49 1738 607866

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

Abbildung 1: Fallzahlveränderung nach Aufnahmemonat im Jahr 2020/2021 mit 2019, in %



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021

Abbildung 2: Fallzahlveränderung im Jahr 2020/2021 mit 2019 nach Aufnahmemonat und Behandlungsanlass, in %

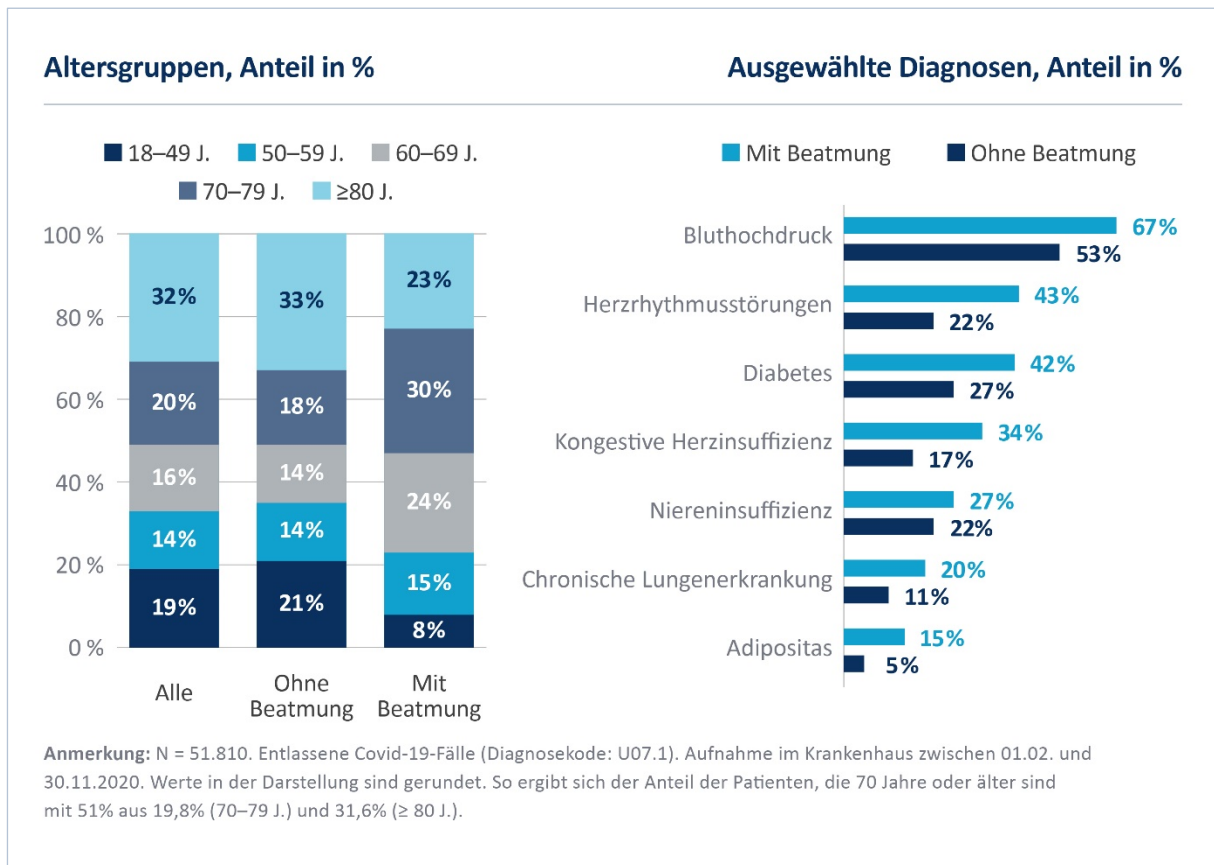
Behandlungsanlass	Jan bis Feb	Mrz bis Mai	Jun bis Sep	Okt bis Jan ⁱ
Alle Fälle (Somatik)	→ -1%	↓ -27%	↘ -8%	↓ -20%
Notfall-Behandlungen				
Herzinfarkt	→ -4%	↓ -16%	→ -1%	↓ -13%
Schlaganfall	→ 0%	↓ -12%	→ -2%	↓ -11%
Operation einer Hüftfraktur	→ -1%	→ -1%	→ -2%	→ -3%
Krebs-Operationen				
Operative Entfernung von Brustkrebs	→ -3%	↘ -10%	↘ -5%	↘ -5%
Operative Entfernung von Darmkrebs	→ -4%	↓ -17%	↘ -6%	↓ -20%
Planbare, weniger dringliche Operationen				
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	→ -4%	↓ -44%	↑ 13%	↓ -21%
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	→ -4%	↓ -41%	→ 3%	↓ -24%

Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf, Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, → Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10%. Abgeschl. vollstationäre KH-Fälle. Vergleich Fälle der Monatsgruppe im Jahr 2020/2021 mit entsprechender Monatsgruppe 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021

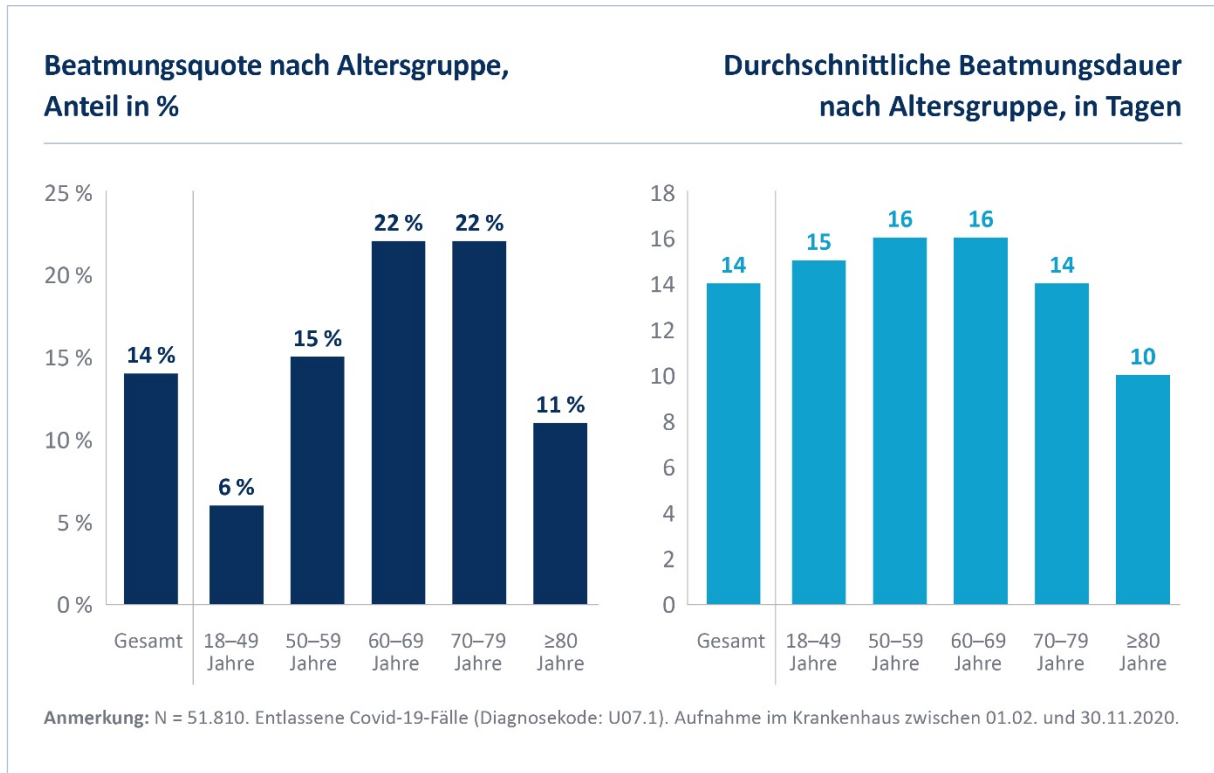
Abbildung 3: Altersgruppen und ausgewählte Diagnosen der Covid-19-Patienten



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021

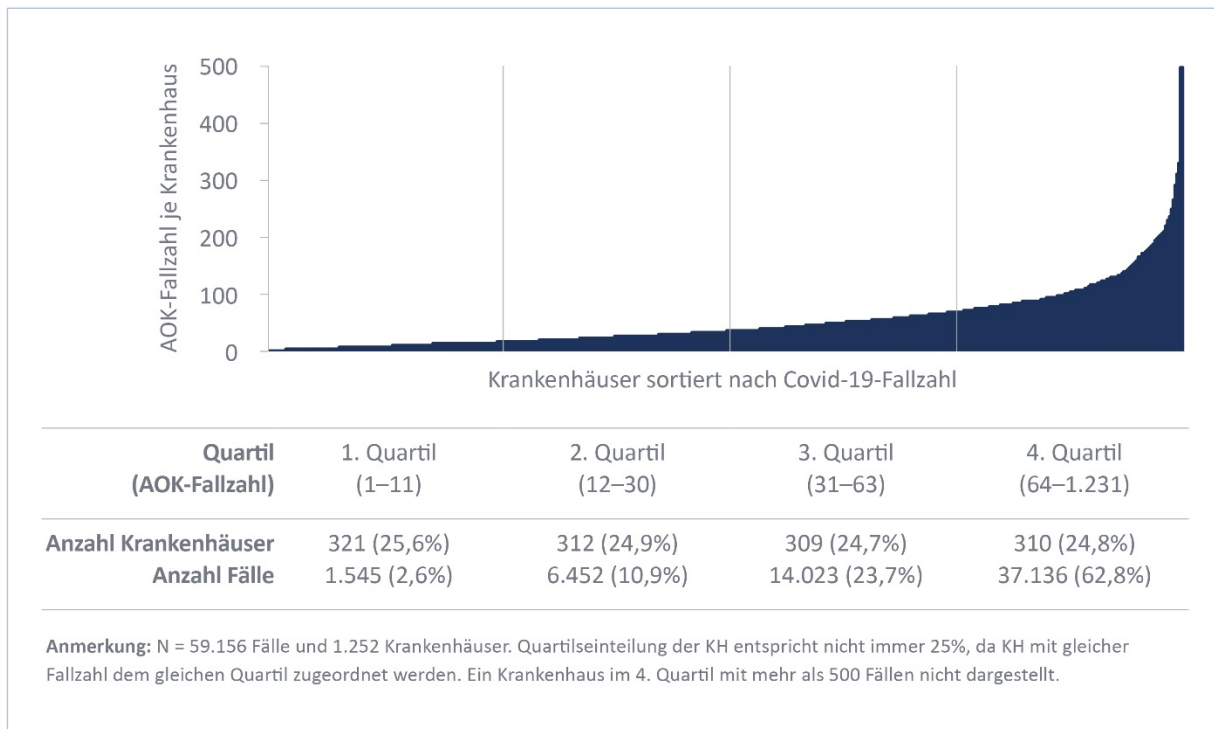
Abbildung 4: Beatmungsquote und durchschnittliche Beatmungsdauer nach Altersgruppe der Covid-19-Patienten



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021

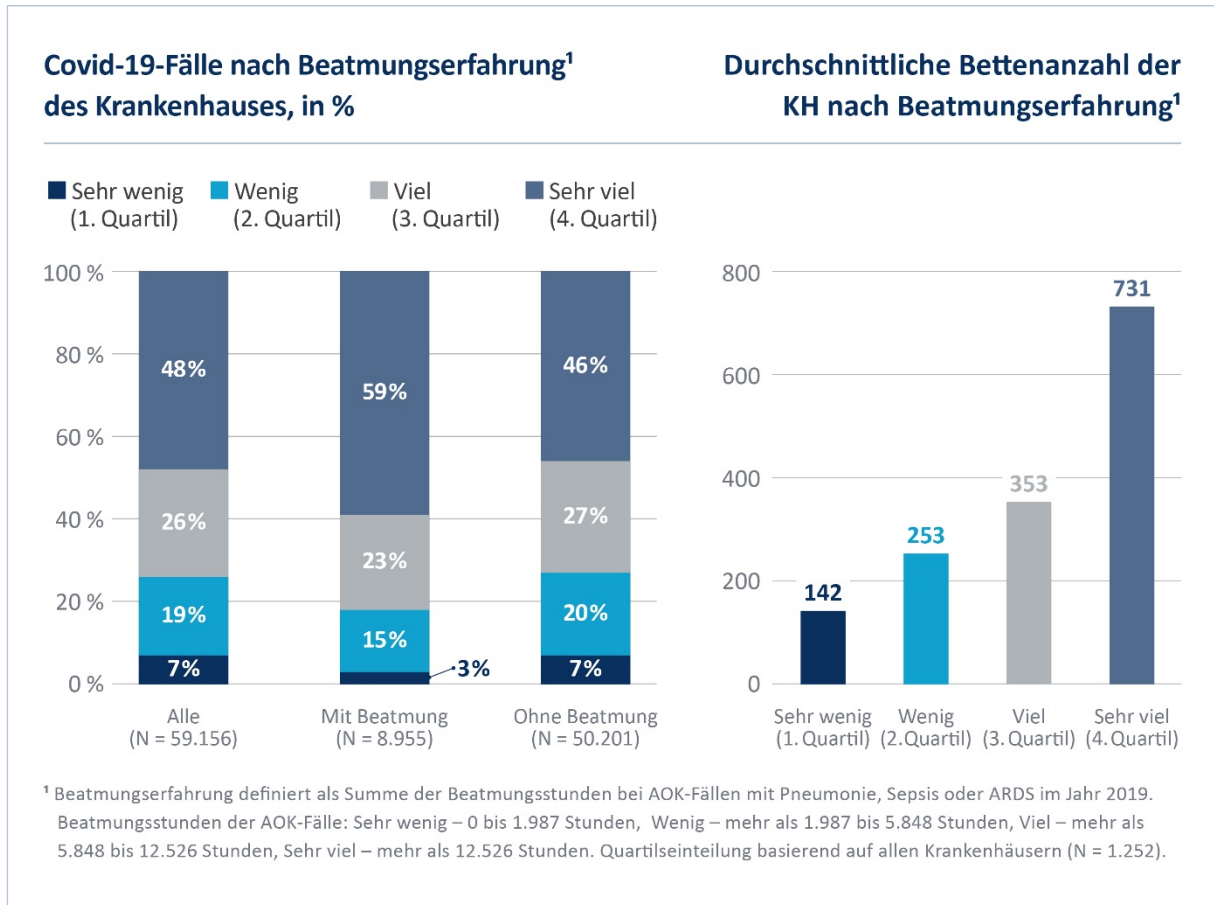
Abbildung 5: Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Fallzahl



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021

Abbildung 6: : Verteilung der Covid-19-Fälle und durchschnittliche Bettenanzahl der Krankenhäuser nach Beatmungserfahrung¹ der Krankenhäuser



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

© WIdO 2021



Pressekonferenz „Krankenhaus-Report 2021“

Corona-Pandemie im Krankenhaus: Entwicklung des Versorgungsgeschehens 2020

Statement von Jürgen Klauber

Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Auswertungen zu den Folgen der Corona-Pandemie aus dem aktuellen Krankenhaus-Report haben wir für diese Pressekonferenz auf Basis der aktuell verfügbaren Daten noch einmal aktualisiert. Das ermöglicht auch einen Blick auf die zweite Welle der Pandemie. Die Analyse beruht auf einer sehr großen Datenbasis, denn rund ein Drittel der Bevölkerung ist bei der AOK versichert.

Vorab ein kurzer Überblick zu den Themen: Zum einen gilt der Blick der **Entwicklung der Fallzahlen**. Wie hat sich unter der Pandemie das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus entwickelt? Hierzu wurden unterschiedliche Behandlungsanlässe separat ausgewertet – differenziert nach den drei Phasen der Pandemie: erste Pandemiewelle, Sommermonate und zweite Pandemiewelle. Zum anderen wird die **Versorgung der Covid-19-Patienten** betrachtet: Wie hoch war die Sterblichkeitsrate? Wie viele wurden beatmet? Hat sich nach aktuellem Kenntnisstand zwischen der ersten und zweiten Pandemiewelle etwas verändert? Und wurden die Patienten in den „richtigen“, also ausreichend qualifizierten Kliniken behandelt?

Entwicklung der Fallzahlen

Insgesamt zeigt sich 2020 im Vergleich zu 2019 in der Somatik ein deutlicher **Rückgang der Krankenhausaufnahmen** von 13 Prozent (**Folie 3**). Selbst in den Sommermonaten, bei konstantem und vergleichsweise niedrigem Infektionsgeschehen, wurden insgesamt acht Prozent weniger Fälle behandelt. Der Fallzahlrückgang fällt insgesamt in der ersten Pandemiewelle (März bis Mai) mit minus

27 Prozent stärker aus als in der zweiten Pandemiewelle (Oktober bis Februar) (minus 21 Prozent) – trotz deutlich höherer Covid-19-Fallzahlen im Vergleich. In der zweiten Pandemiewelle zeigt sich mit steigendem Infektionsgeschehen bzw. steigender Auslastung der Intensivkapazitäten durch Covid-19-Patienten ein zunehmender Anstieg der Fallzahleinbrüche. Bei dem Wert aus dem Januar ist zu beachten, dass der Januar 2021 im Vergleich zum Januar 2019 fünf Wochenenden hatte.

Die veränderte Entwicklung ist sicher vor dem Hintergrund der bestehenden Pandemieerfahrungen zu bewerten: In der ersten Pandemiewelle wurden noch alle Krankenhäuser aufgefordert, nicht zwingend notwendige Leistungen zu verschieben. Die Finanzierung wurde zugleich flächendeckend durch Freihaltepauschalen abgesichert. In der zweiten Pandemiewelle erfolgte dies deutlich differenzierter und besser geplant: So wurde die Liquidität der Kliniken gestuft nach dem regionalen Infektionsgeschehen und nach der Auslastung der Intensivkapazitäten für bestimmte Krankenhausgruppen sichergestellt, abhängig von ihrer Qualifikation bzw. Erfahrung für die Versorgung von Covid-19-Patienten.

In der Psychiatrie zeigt sich ein etwas anderer Fallzahlverlauf. Während in der ersten Pandemiewelle der Fallzahleinbruch mit minus 25 Prozent ähnlich wie bei der Somatik ausfiel, lag er in der zweiten Pandemiewelle bislang – im Verhältnis zur ersten Pandemiewelle betrachtet – nur bei minus 14 Prozent. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass die Freihaltefinanzierung der ersten Pandemiewelle für die Psychiatrie in der zweiten Pandemiewelle nicht fortgesetzt wurde. Insgesamt betrug der Fallzahlrückgang in der Psychiatrie 2020 zwölf Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Ich möchte Ihnen nun zeigen, wie sich die Fallzahlentwicklungen in den beiden Pandemiewellen bei ausgewählten Indikationen unterscheiden. Die Darstellungen betrachten entlassene Fälle nach Aufnahmemonat bis einschließlich Januar 2021. Dabei kann für den Januar der Rückgang der Fälle noch leicht überschätzt sein, weil ein Teil der Patienten noch nicht entlassen worden ist. Das dürfte vor allem auf Fälle mit langen Verweildauern zutreffen.

Werfen wir zunächst einen Blick auf die **Entwicklung bei zwei Notfallindikationen**: Herzinfarkte und Schlaganfälle (**Folie 4**). Hier ist festzustellen, dass in der ersten Pandemiewelle weniger Herzinfarkte und Schlaganfälle als im Vorjahr in den Krankenhäusern registriert wurden (minus 16 bzw. minus zwölf Prozent). Auch in der zweiten Pandemiewelle ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen (minus 13 bzw. minus elf Prozent).

Die Einbrüche bei diesen Notfallindikationen wurden schon für die erste Pandemiewelle Mitte des Jahres 2020 publiziert und diskutiert. Als Erklärungshypothese steht im Raum, dass Patienten – möglicherweise aus Sorge vor einer Infektion – darauf verzichtet haben, bei leichteren Beschwerden das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Es stellt sich die Frage, inwieweit durch das Nichteintreffen oder spätere Eintreffen im Krankenhaus Folgeschäden und schwere Fälle generiert wurden.

Hinweise aus Routinedaten ergeben sich bezüglich der Patienten, die im Krankenhaus angekommen sind. Hier hat eine Analyse auf Basis der AOK-Daten für den im Dezember erschienenen Qualitätsmonitor des WIdO folgendes gezeigt: Im Studienzeitraum der ersten Pandemiewelle war der Fallzahlrückgang bei den leichten Herzinfarkten stärker als bei den schweren. Wiederholt wurde von Klinikern darauf verwiesen, dass Herzinfarkt-Patienten gehäuft verspätet und mit fortgeschrittener Schädigung des Herzens im Krankenhaus angekommen sind. Bei den Schlaganfällen konnten wir eine signifikante

Steigerung der 30-Tage-Sterblichkeit feststellen, wobei auch die absolute Zahl der Todesfälle unter den Schlaganfällen im Krankenhaus im Vorjahresvergleich anstieg – trotz deutlich gesunkener Fallzahlen. Folgeschäden bei leichteren, nicht adäquat behandelten Herzinfarkten und Schlaganfällen werden letztlich erst mittelfristig in Studien deutlich werden können. Auf Basis der Fallzahlrückgänge bleibt der Appell an die Bevölkerung, auch unter den Bedingungen der Pandemie bei Notfallsymptomen nicht zu zögern und unmittelbar den Kontakt zum Arzt bzw. zum Rettungssystem zu suchen. Im Unterschied zu den Entwicklungen bei Herzinfarkt und Schlaganfällen sehen wir keine Effekte der Pandemie bei der Notfallindikation Hüftfraktur. Das ist nicht verwunderlich, denn ein Oberschenkelhalsbruch dürfte immer unmittelbar zur Notwendigkeit einer stationären Versorgung führen.

Für den Bereich der **Krebserkrankungen** betrachten wir beispielhaft zwei häufige Operationen bei bösartigen Neubildungen: Eingriffe bei Neubildungen von Brustkrebs (Mamma) und Darmkrebs (kolorektales Karzinom). Auch hier zeigen sich deutliche Rückgänge in der ersten Pandemiewelle von zehn Prozent bei Brustkrebs-OPs und 17 Prozent bei operativen Entfernungen von Darmkrebs (Folie 5). In der zweiten Pandemiewelle sind dann Unterschiede festzustellen: Bei den Brustkrebsoperationen kam es zu einem leichten Fallzahlrückgang von fünf Prozent, während sich der Fallzahlrückgang bei den Darmkrebsoperationen auf 20 Prozent belief. Es liegt nahe, dass die Rückgänge in der ersten Pandemiewelle (März bis Mai) mit der deutlich reduzierten ambulanten Diagnostik zu tun haben. Das Mammographie-Screening wurde in der ersten Pandemiewelle temporär ausgesetzt, die Zahl der Mammographien bei AOK-versicherten Frauen (Früherkennung oder diagnostisch) sank in diesem Zeitraum um 49 Prozent. Die Zahl der Koloskopien zur Erkennung von Darmkrebs (Früherkennung oder diagnostisch) sank um 26 Prozent. Während das Mammographie-Screening im weiteren Verlauf des Jahres nicht mehr eingeschränkt wurde, ist zu vermuten, dass die Darmkrebs-Diagnostik auch im Verlauf der zweiten Pandemiewelle wieder deutlich abgenommen hat. Inwieweit bei den Koloskopien Patienten mit Beschwerden gezögert haben oder ob das Leistungsangebot aufgrund von Kapazitätssengpässen reduziert wurde, kann auf den uns vorliegenden Daten nicht beantwortet werden.

Bei den **planbaren, verschiebbaren Eingriffen** gab es in der ersten Pandemiewelle deutliche Fallzahlrückgänge – ganz im Sinne der politischen Vorgaben zur Freihaltung von Krankenhausbetten (Folie 6). Große Rückgänge zeigen sich beispielsweise bei Hüftprothesenimplantationen aufgrund von Arthrose (minus 44 Prozent) oder der Gebärmutterentfernung bei gutartigem Hintergrund (minus 41 Prozent). Nachdem sich in den Sommermonaten beim planbaren Hüftgelenkersatz eine Zunahme zeigt – partiell dürften das nachgeholte Operationen sein –, kommt es zu einem erneuten Rückgang während der zweiten Pandemiewelle, der allerdings im Vergleich zur ersten nur halb so groß ausfällt (minus 21 Prozent). Entsprechendes gilt für planbare Gebärmutterentfernungen, die während der zweiten Pandemiewelle um 24 Prozent abnehmen.

Interessant ist schließlich auch die **Entwicklung bei Indikationen, die in internationalen Studien als ambulant-sensitiv gelten (Folie 7)**. Bei diesen Indikationen geht man davon aus, dass in einer Reihe von Fällen eine qualifizierte ambulante Behandlung reicht, wenn das Gesundheitssystem entsprechend aufgestellt ist. Deutschland versorgt vergleichsweise viele dieser Fälle mit diesen Diagnosen im Krankenhaus. Aufgeführt sind hier beispielhaft die Indikationen Herzinsuffizienz und COPD, eine dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung, für die viele Krankenhausaufenthalte als

vermeidbar gelten, wenn eine adäquate ambulante Versorgung gegeben ist. In diesen beiden Indikationen zeigen sich ab Pandemiebeginn durchgängig Fallzahlrückgänge. Die Anzahl der Fälle, die wegen einer Herzinsuffizienz behandelt wurden, sinkt in der ersten Pandemiewelle um 26 Prozent, im Sommer um sechs Prozent und in der zweiten Pandemiewelle um 24 Prozent. Für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) lauten die entsprechenden Fallzahlrückgänge 41 Prozent, 20 Prozent und 48 Prozent. Auch diese Entwicklungen werfen Fragen auf. Sind die vermutlich leichteren Beschwerdebilder, die nicht ins Krankenhaus gekommen sind, bei Bedarf ambulant adäquat versorgt worden? Bestätigt sich hier die These, dass in diesem Bereich in Deutschland eine stationäre Überversorgung besteht? Zu diesen Fragen besteht Forschungsbedarf. Es wird sich zeigen, ob die Corona-Pandemie an dieser Stelle als Brennglas fungieren kann, das mögliche Überversorgung in den Blick rückt und für diese Bereiche eventuell einen dauerhaften Strukturwandel in der Versorgung befördert.

Wenn wir uns die **Fallzahlentwicklung während des „Pandemiejahres“ 2020 im Überblick** anschauen (**Folie 8**), ist festzustellen: Die Fallzahlen sinken in der zweiten Pandemiewelle bei deutlich höherem Infektionsniveau schwächer als in der ersten Pandemiewelle. Das dürfte unter anderem damit zusammenhängen, dass die Finanzierungsregelungen zur Freihaltung von Betten deutlich differenzierter erfolgten. Die Zahl der versorgten Herzinfarkte und Schlaganfälle bricht aber auch in der zweiten Pandemiewelle deutlich ein. Daher ist, gerade auch mit Blick auf die dritte Pandemiewelle, nochmals eine Warnung auszusprechen, bei entsprechenden Beschwerdebildern keine Zeit zu verlieren. Das Thema der Operationen bei bösartigen Neubildungen ist eng mit der Frage der Frühdiagnostik verzahnt. Auch hier sollte man beispielsweise eine angezeigte Koloskopie nicht hinauszögern. Bei den planbaren Eingriffen wurde die Versorgung nach dem Ende der ersten Pandemiewelle möglichst lange aufrechterhalten, größere Einbrüche zeigen sich jedoch zum Jahresende. Ob die seit Beginn der Pandemie durchgängig eingebrochene stationäre Versorgung sogenannter ambulant-sensitiver Fälle zum alten Niveau zurückkehrt, bleibt abzuwarten.

Versorgung der Covid-19-Patienten

Die vorgenommene Analyse erlaubt einen Blick auf die **Versorgung der Covid-19-Patienten** in den deutschen Kliniken bis Ende November 2020. Betrachtet werden auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten die Covid-19-Fälle mit gesicherter Diagnose (U07.1), die im Zeitraum zwischen dem 1. Februar und dem 30. November aufgenommen wurden und bereits wieder entlassen worden sind (**Folie 10**). Ein Einbezug des Monats Dezember würde zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Ergebnisse verzerren, da für diesen Monat noch nicht ausreichend Fälle entlassen sind. Das hat damit zu tun, dass die Covid-19-Patienten zum Teil sehr lange Verweildauern haben – insbesondere, wenn sie beatmet werden müssen. Man überschätzt zum Beispiel die Sterblichkeit, wenn Daten von Patienten mit besonders langen Verweildauern noch nicht mit in die Auswertung einfließen.

Die betrachtete Covid-19-Stichprobe umfasst rund 59.000 einzelne Krankenhausfälle bzw. rd. 52.000 AOK-Patienten. Durch die patientenbezogene Zusammenführung der Fälle ist es z. B. möglich, das Verlegungsgeschehen zwischen Krankenhäusern zu analysieren sowie **die Beatmungs- und Verweildauern** patientenbezogen zu bestimmen und die **Sterblichkeit** korrekt zu ermitteln.

Von den Covid-19-Patienten im Krankenhaus wurden 14 Prozent beatmet (**Folie 11**). Die Hälfte dieser Krankenhauspatienten ist männlich (51 Prozent), das Durchschnittsalter liegt bei 67 Jahren. Männer mussten häufiger beatmet werden, auf sie entfallen zwei Drittel der Beatmungsfälle (66 Prozent). Eine Verlegung zwischen Krankenhäusern erlebten 13 Prozent der Patienten, zu neun Prozent bei Nicht-Beatmung und im Beatmungsfall in jedem dritten Fall (34 Prozent). 18 Prozent der Covid-19-Patienten sind im Krankenhaus verstorben. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt hat eine Verweildauer von 16 Tagen, die bei beatmeten Patienten 33 Tage erreicht. Die eigentliche Beatmungszeit liegt durchschnittlich bei 14 Tagen. Auf die mit diesen Kennzahlen im Überblick angesprochenen Themen wird im Folgenden differenzierter eingegangen.

Welche Covid-19-Patienten müssen im Krankenhaus behandelt werden? Die differenzierte **Analyse der Krankenhauspatienten nach Alter** zeigt: Es handelte sich jeweils zu einem Drittel um Menschen unter 60 Jahren, zwischen 60 und 79 Jahren und ab 80 Jahren (**Folie 12**). Ein Viertel der beatmeten Patientinnen und Patienten war jünger als 60 Jahre, rund die Hälfte aller Beatmungsfälle jünger als 70 Jahre. Damit wird schon deutlich, dass sich bei steigenden Infektionszahlen in der dritten Welle die Intensivstationen schnell mit noch nicht geimpften Menschen mittleren Alters füllen können. Aktuell hat ja auch die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) schon über entsprechende Beobachtungen auf den Intensivstationen berichtet.

Dass sich die Intensivstationen schnell mit Patienten mittleren Alters füllen können, verdeutlichen auch die hohen **Beatmungsquoten** und langen **Beatmungszeiten**. So steigt die Beatmungsquote mit dem Alter deutlich an (**Folie 13**). Erreicht sie bei den hospitalisierten Patienten mit Covid-19 zwischen 50 und 59 Jahren schon 15 Prozent, liegt die höchste Beatmungsquote mit 22 Prozent bei den 60- bis 79-Jährigen vor. Covid-19-Patienten zwischen 50 und 79 Jahren zeigen dabei nicht nur hohe Beatmungsquoten, sondern zugleich mit im Durchschnitt 16 Tagen die längsten Beatmungszeiten.

Hinzu kommt mit Blick auf die Auslastung der Intensivstationen, dass sich die Patienten hinsichtlich der **Beatmungsdauer** sehr stark unterscheiden. Der Mittelwert über alle Beatmeten ist mit 14 Tagen schon sehr hoch. Ein Viertel der Beatmungspatienten wird länger als 20 Tage beatmet, zehn Prozent sogar länger als 35 Tage (**Folie 14**). Entsprechend lang sind auch die Verweildauern der Patienten mit Covid-19 im Krankenhaus. So verbleiben zehn Prozent der beatmeten Patienten länger als zwei Monate (mehr als 73 Tage) dort. Ein Viertel dieser Patienten ist mindestens sechs Wochen in der Klinik. Auch nicht beatmete Patienten sind häufiger lange im Krankenhaus, zehn Prozent rund einen Monat oder länger.

Eine weitere wichtige Kennzahl ist die **Krankenhaussterblichkeit der Covid-19-Patienten** von im Durchschnitt 18 Prozent, die mit dem Alter kontinuierlich ansteigt (**Folie 15**). Sie erreicht bei den Menschen ab 80 Jahren 33 Prozent. Deutlich am stärksten ist der Anstieg der Sterblichkeitsrate mit dem Alter bei den beatmeten Patienten; in der Altersgruppe ab 80 Jahren versterben hier 72 Prozent. Über alle Altersgruppen hinweg liegt die Sterblichkeitsrate bei den beatmeten Patienten bei durchschnittlich 51 Prozent.

Die dargestellten Daten zur Covid-19-Population im Krankenhaus gilt es, in der laufenden dritten Welle im Blick zu halten – insbesondere, solange nur eine kleine Gruppe der älteren Menschen ge-

impft ist und sich Virusmutationen auswirken, die mit höheren Infektionsrisiken einhergehen und die Sterblichkeit erhöhen.

Anzumerken ist, dass sich im Zeitverlauf eine leicht positive Entwicklung zeigt: Im Vergleich der ersten Pandemiewelle und der beginnenden zweiten Pandemiewelle (Oktober und November) sieht man, dass die Beatmungsquote und die Krankenhaussterblichkeit sinken. Der Anteil der beatmeten Patienten an den Covid-19-Patienten im Krankenhaus sinkt um rund drei Prozentpunkte, von 17 Prozent auf 14 Prozent. Auch die Krankenhaussterblichkeit insgesamt sinkt von 21 Prozent auf 18 Prozent. Wenn Patienten allerdings beatmet werden müssen, stirbt in beiden Pandemiewellen etwas mehr als die Hälfte der Patienten. Der Rückgang der Gesamtsterblichkeit ist demnach auf die gesunkene Sterblichkeit der Patienten ohne Beatmung zurückzuführen. Anzuführen sind hier Therapieverbesserungen. Die DIVI verwies jüngst auf die Erfolge einer besseren medikamentösen Versorgung der Patienten im Vergleich zum Frühjahr durch die Behandlung mit Kortison-Präparaten wie Dexamethason. Zudem sei der Einsatz von blutverdünnenden Mitteln erfolgreich ausgeweitet worden.

Hinsichtlich der **angewendeten Beatmungsverfahren** lässt sich eine Veränderung beobachten (**Folie 16**). Während in der ersten Pandemiewelle drei Viertel der beatmeten Patienten (74 Prozent) zunächst invasiv beatmet wurden, waren dies im Oktober und November nur noch 39 Prozent. Der Anteil der Patienten, die ausschließlich nicht-invasiv – also nicht durch einen eingeführten Tubus, sondern per spezieller Maske zur maschinellen Unterstützung beim Luftholen – beatmet wurden, verdreifachte sich fast von zehn auf 28 Prozent. Allerdings verdoppelte sich zugleich der Anteil der Patienten, die von einer nicht-invasiven Beatmung auf invasive Beatmung umgestellt wurden (von neun auf 21 Prozent). Eine Publikation, die die Unterschiede nach den Beatmungsverfahren genauer beleuchtet, ist gemeinsam mit der DIVI in Vorbereitung. Auf jeden Fall legen diese Befunde nahe, dass von klinischer Seite weiter untersucht werden sollte, bei welchen Covid-19-Patienten und welchen klinischen Parametern welche Beatmungsmethode zu welchem Zeitpunkt am besten zum Einsatz kommt.

Beteiligung der Krankenhäuser an der Versorgung von Covid-19-Patienten

In vielen Studien für unterschiedliche Indikationen, die auch unter anderem durch das WIdO für Deutschland durchgeführt worden sind, konnte belegt werden, dass mit größeren Fallzahlen bessere Behandlungsergebnisse einhergehen. Dies liegt auf der Hand, kommt es doch auf Erfahrung und routinierte Prozesse an. Diese sind grundsätzlich eher in größeren Einheiten zu erwarten als in Krankenhäusern, die eine spezifische Versorgung nur selten vornehmen. Die Schwere des Krankheitsbildes Covid-19, das unterschiedliche Organe betreffen kann und häufig eine Beatmung erfordert, legt es gleichfalls nahe, sofern möglich direkt besonders geeignete Krankenhäuser für die Behandlung anzusteuern.

Analysiert man die **Beteiligung der deutschen Krankenhäuser an der Versorgung von Covid-19-Fällen** der AOK, so zeigt sich erwartungsgemäß eine Konzentration auf einen Teil der Krankenhäuser (**Folie 17**). Rund 1.250 Krankenhäuser waren im Zeitraum von März bis Ende November 2020 an ihrer Versorgung beteiligt. Rund die Hälfte der Krankenhäuser, die Covid-19-Fälle versorgt haben, behandelte dabei 86 Prozent aller Covid-19-Fälle. Das zeigt einerseits einen Zentralisierungseffekt.

Andererseits entfielen damit aber auch 14 Prozent der Fälle auf mehr als 600 Krankenhäuser, die zum Teil sehr kleine Fallzahlen behandelten. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Beatmung (Folie 18): Mehr als 900 Krankenhäuser waren an der **Versorgung der Beatmungsfälle** beteiligt. Rund die Hälfte dieser Krankenhäuser beatmete aber nur 17 Prozent der Fälle.

Die **Beatmungserfahrung der Krankenhäuser, die an der Covid-19-Versorgung beteiligt waren**, stellt sich unterschiedlich dar (**Folie 19**). Unterscheiden lässt sich die spezifische Beatmungserfahrung, indem man auf die Beatmungsstunden des Krankenhauses im Vorjahr zurückgreift. Herangezogen werden die Beatmungsstunden der Krankenhäuser 2019 bei AOK-Fällen mit Pneumonie, Sepsis oder akutem Lungenversagen (ARDS). Teilt man die an der Versorgung von Covid-19-Patienten beteiligten Krankenhäuser nach der Beatmungserfahrung in vier gleichgroße Gruppen ein, so zeigt sich: 59 Prozent der beatmeten Covid-19-Fälle wurden in Krankenhäusern mit sehr viel Beatmungserfahrung behandelt – diese sind im Durchschnitt mit 731 Betten auch die mit Abstand größten Krankenhäuser. 18 Prozent der Fälle sind in Krankenhäusern mit unterdurchschnittlicher Beatmungserfahrung behandelt worden. Festzustellen bleibt, dass die Versorgung von Covid-19-Patienten einerseits einem wünschenswerten Zentralisierungseffekt gemäß der Beatmungserfahrung der Häuser folgt. Es sind aber andererseits auch klare Verbesserungspotenziale erkennbar. Verlegungen von Covid-19-Patienten zur Beatmung, sei es hin zu einer Erstbeatmung oder zur Weiterbeatmung in ein anderes Krankenhaus, gilt es, möglichst zu reduzieren.

Zusammenfassung zur Covid-19-Versorgung

Zusammenfassend bleibt hinsichtlich der Versorgung der Covid-19-Patienten und der Beteiligung der Krankenhäuser festzuhalten: Das Corona-Virus kann zu einem schweren Krankheitsverlauf führen, von dem vor allem alte und vorerkrankte Menschen betroffen sind. Ein hoher Prozentsatz der Krankenhauspatienten mit der Diagnose U07.1 muss beatmet werden (14 Prozent), die höchste Beatmungsquote erreichen die 60- bis 79-Jährigen (22 Prozent). Wenn beatmet werden muss, so weisen auch die jüngeren Patienten lange Beatmungsdauern auf.

Die Gesamtsterblichkeit der Krankenhauspatienten liegt bei 18 Prozent. In den ersten beiden Monaten der zweiten Pandemiewelle (Oktober und November) liegt die Gesamtsterblichkeit insgesamt um drei Prozentpunkte niedriger als in den Monaten März bis Mai (18 Prozent gegenüber 21 Prozent). Dabei ist auch die Beatmungsquote gesunken, die Sterblichkeit der beatmeten Patienten betraf aber weiterhin etwas mehr als jeden zweiten Patienten. Die Verbesserung bei der Gesamtsterblichkeit bzw. der Beatmungsquote lässt sich vermutlich auf Verbesserungen der medikamentösen Therapie zurückführen.

Verändert wurde im Pandemiewellenvergleich auch deutlich der Einsatz des Beatmungsverfahrens: In der zweiten Pandemiewelle stieg der Anteil der Patienten, die ausschließlich oder zunächst nicht-invasiv beatmet wurden; hingegen sank der Anteil der Patienten mit invasiver Beatmung. Zu dieser Praxis besteht aber noch Forschungsbedarf auf Basis klinischer Daten.

Die Versorgung der Covid-19-Patienten erfolgt angesichts der Schwere des Krankheitsbildes erwartungsgemäß deutlich konzentriert auf größere, beatmungserfahrene Krankenhäuser. Gleichwohl verweisen die bei unterdurchschnittlicher Beatmungserfahrung erfolgten Beatmungen auf Verbesserungspotenziale. Verlegungen hin zu einer Erst- oder Folgebeatmung sollten möglichst reduziert werden. In der Praxis braucht es für die Pandemiebekämpfung gute, zentral gesteuerte Stufenkonzepte, die in der Versorgung von Covid-19-Patienten die Krankenhäuser nach der Erfahrung zuschalten. Dies macht es zugleich leichter, Covid-19-Versorgung und die Versorgung anderer Erkrankungen gut nebeneinander zu organisieren.

KONTAKT UND INFORMATION

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



Pandemiefolgen für die stationäre Versorgung – aktuelle Analysen

Pressekonferenz
Berlin, 30. März 2021
Jürgen Klauber

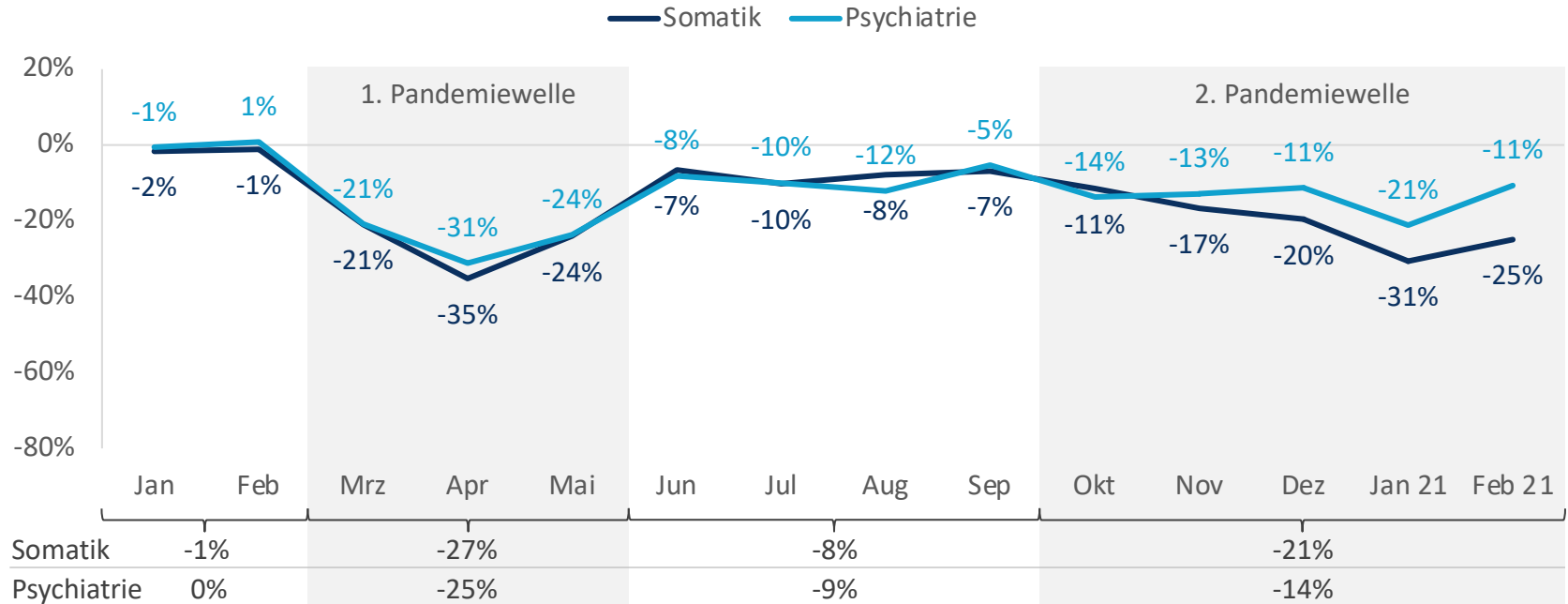
Agenda



- ① Fallzahlentwicklung während der Pandemie
- ② Versorgung der Covid-19-Patienten

Fallzahlen: Deutlicher Rückgang auch in der zweiten Pandemiewelle

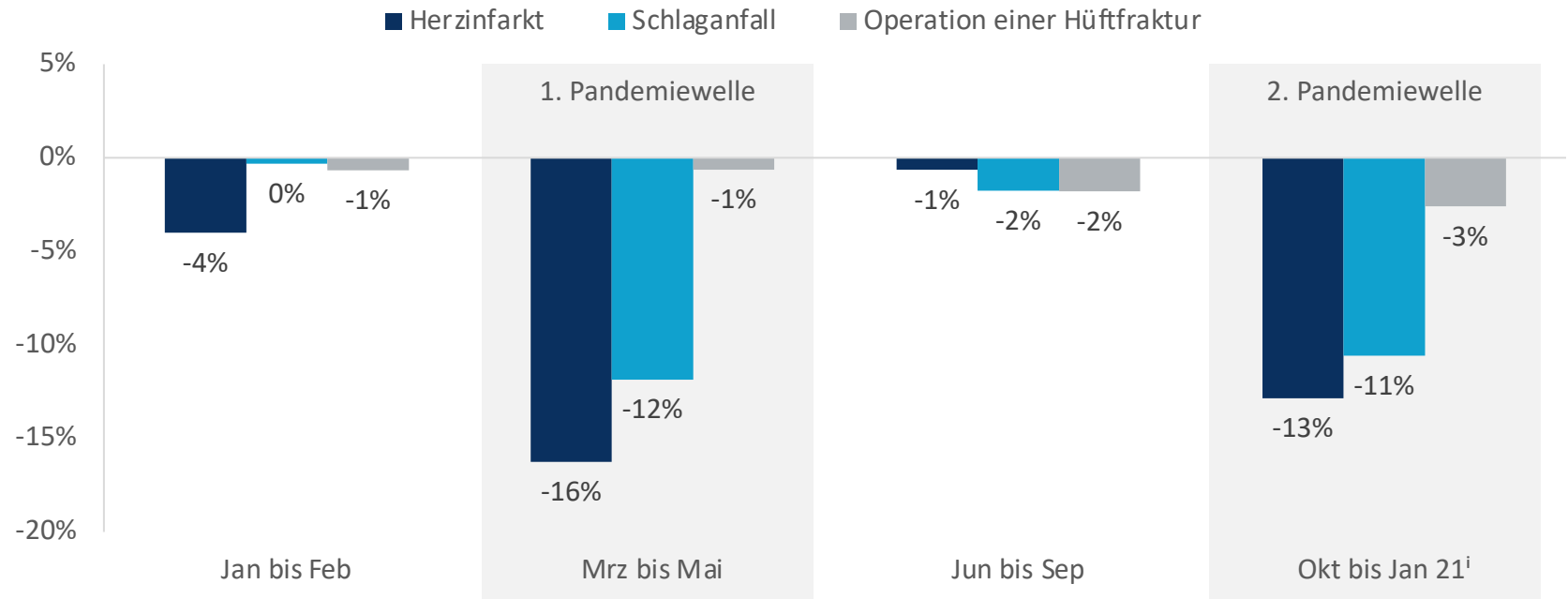
Vergleich Fallzahlen nach Aufnahmemonat im Jahr 2020/2021 mit 2019, Veränderung in %



Anmerkung: Jan 21 hat fünf, der Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. Offene und abgeschlossene vollstationäre Krankenhausfälle nach Somatik und Psychiatrie. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Notfallindikationen: Fallzahlrückgänge bei Herzinfarkten und Schlaganfällen in beiden Pandemiewellen, Normalisierung im Sommer

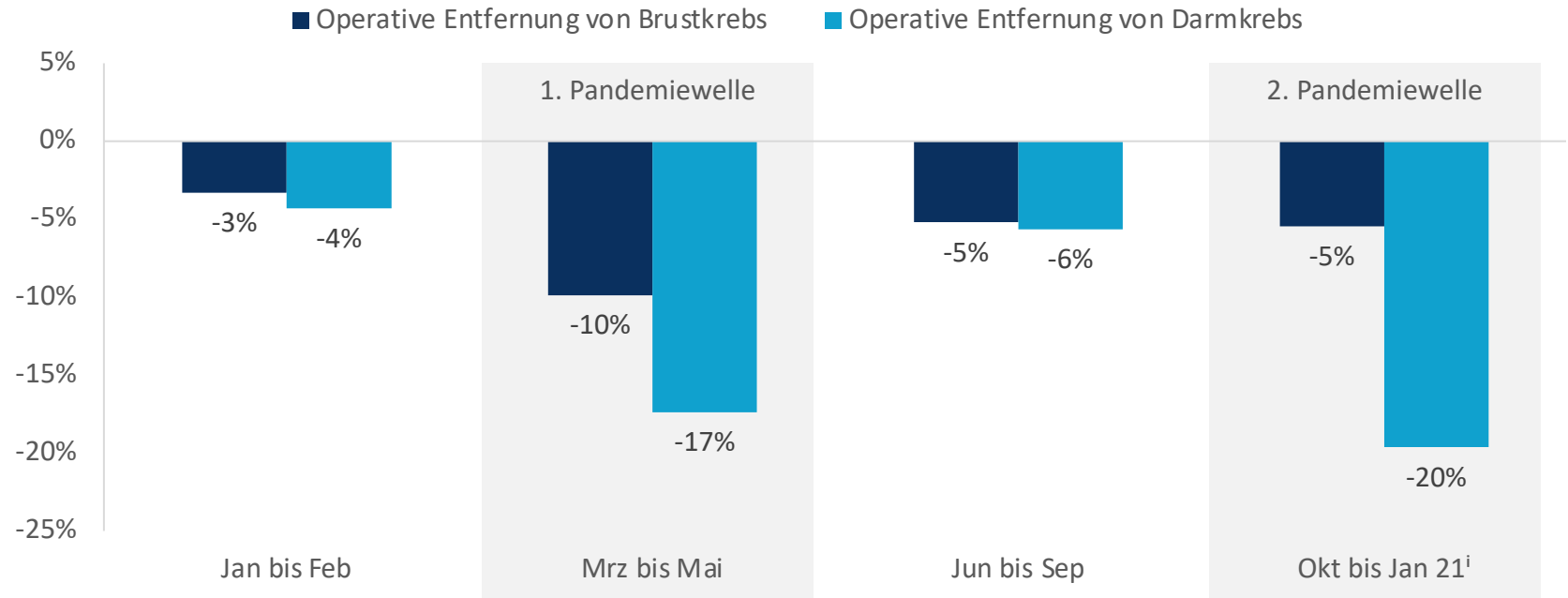
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei dringlichen Eingriffen, Veränderung in %



Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf Wochenenden, der Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Krebs-Operationen: Insgesamt deutliche Fallzahlrückgänge bei operativen Eingriffen bei Brust- und insbesondere Darmkrebs

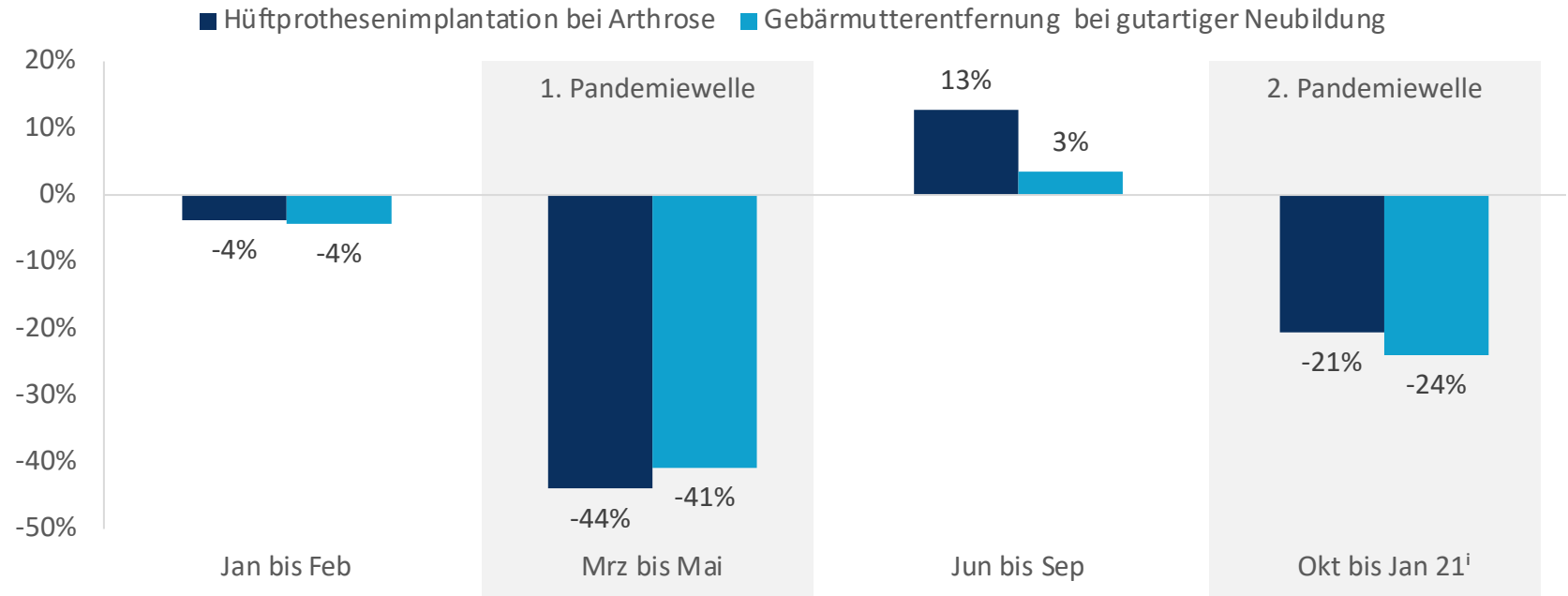
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei bösartigen Neubildungen, Veränderung in %



Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf Wochenenden, der Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Planbare OPs: Bei Hüftprothesen und Gebärmutterentfernungen deutlichste Fallzahlrückgänge in der ersten Welle, leichte Nachholeffekte im Sommer

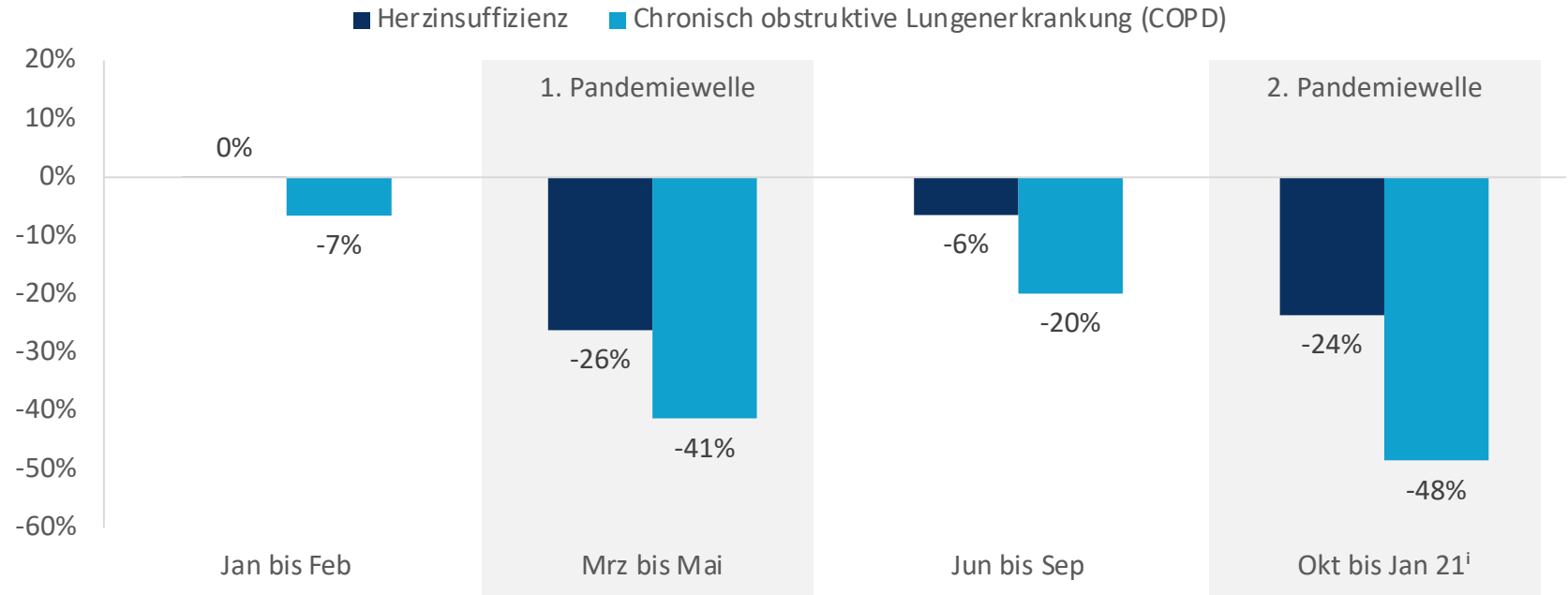
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei planbaren Eingriffen, Veränderung in %



Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf Wochenenden, der Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Ambulant-sensitive Behandlungen: Bei Herzinsuffizienz und COPD durchgängig Fallzahlrückgänge, auch in den Sommermonaten

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



Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf Wochenenden, der Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Überblick: Zweite Pandemiewelle mit ähnlich starken Fallzahlrückgängen wie erste Pandemiewelle, aber geringere Einbrüche bei planbaren Eingriffen

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

Behandlungsanlass	Jan bis Feb	Mrz bis Mai	Jun bis Sep	Okt bis Jan ⁱ
Alle Fälle (Somatik)	➔ -1%	⬇ -27%	↘ -8%	⬇ -20%
Notfall-Behandlungen				
Herzinfarkt	➔ -4%	⬇ -16%	➔ -1%	⬇ -13%
Schlaganfall	➔ 0%	⬇ -12%	➔ -2%	⬇ -11%
Operation einer Hüftfraktur	➔ -1%	➔ -1%	➔ -2%	➔ -3%
Krebs-Operationen				
Operative Entfernung von Brustkrebs	➔ -3%	↘ -10%	↘ -5%	↘ -5%
Operative Entfernung von Darmkrebs	➔ -4%	⬇ -17%	↘ -6%	⬇ -20%
Planbare, weniger dringliche Operationen				
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	➔ -4%	⬇ -44%	⬆ 13%	⬇ -21%
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	➔ -4%	⬇ -41%	➔ 3%	⬇ -24%
Ambulant-sensitive Behandlungen				
Herzinsuffizienz	➔ 0%	⬇ -26%	↘ -6%	⬇ -24%
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	↘ -7%	⬇ -41%	⬇ -20%	⬇ -48%

Anmerkung: (i) Fallzahlrückgang im Jan 21 etwas überschätzt, da noch Fälle hinzukommen können. Jan 21 hat fünf, Jan 19 nur vier Wochenenden. Auch ohne Pandemie wäre der Jan 21 etwas fallzahlschwächer gewesen als der Jan 19. ⬇ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, ➔ Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ⬆ Anstieg größer als 10%. Abgeschl. vollstationäre KH-Fälle. Vergleich Fälle der Monatsgruppe im Jahr 2020/2021 mit entsprechender Monatsgruppe 2019. Dargestellt wird Veränderung in %.

Agenda











- ① Fallzahlentwicklung während der Pandemie
- ② Versorgung der Covid-19-Patienten

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 dem 01.02.2020 und dem 30.11.2020
- Mindestalter: 18 Jahre
- Analyseebenen
 - rund 59.000 Covid-19-Krankenhausfälle
 - rund 52.000 Covid-19-Patienten



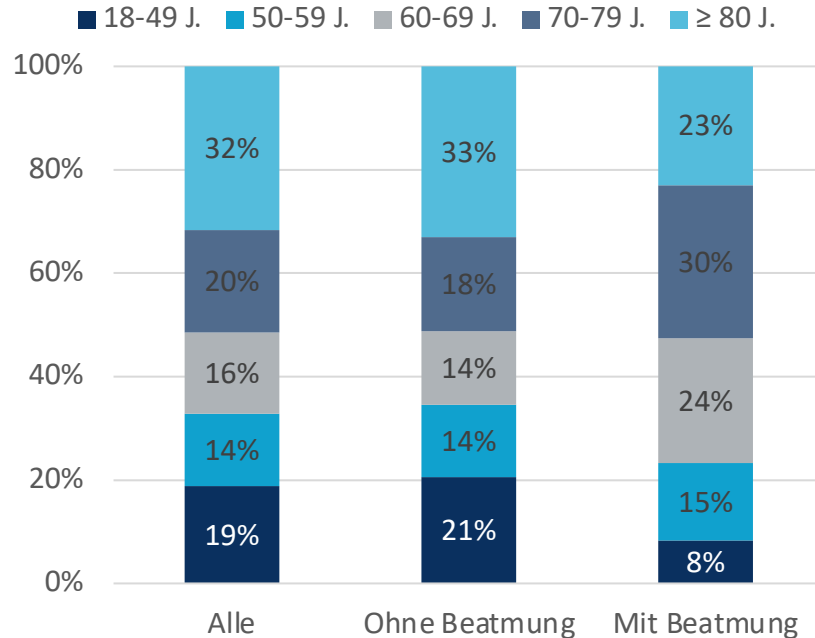
Übersicht über Charakteristika der Covid-19-Patienten

		Alle Patienten	Ohne Beatmung	Mit Beatmung
	Stichprobe	N = 51.810	N = 44.320	N = 7.490
	Anteil Beatmet	14,5%		
	Männlich	51%	48%	66%
	Alter (Ø)	67 Jahre	66 Jahre	69 Jahre
	Verweildauertage (Ø)	16 Tage	13 Tage	33 Tage
	Beatmungsdauer (Ø)			14 Tage
	Anteil Verlegungen	13%	9%	34%
	Verstorben im Krankenhaus	18%	13%	51%

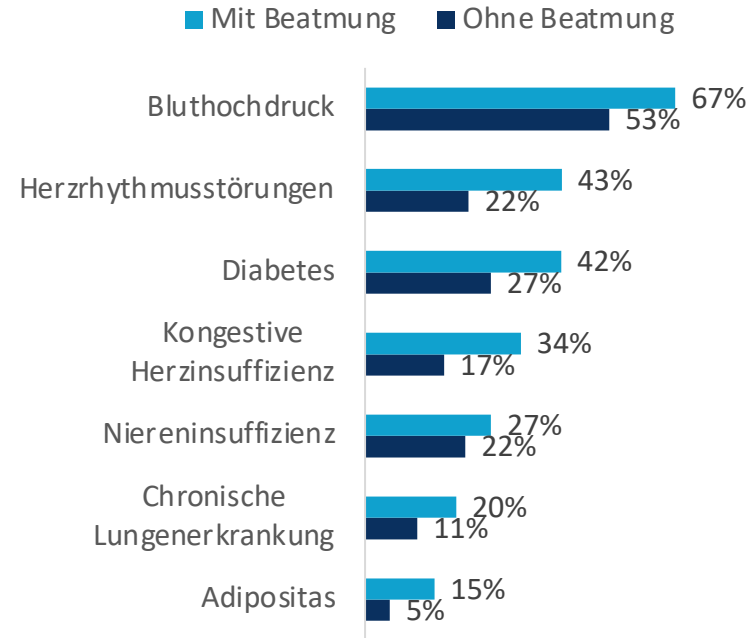
Anmerkung: Entlassene Covid-19-Patienten (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020.

51 Prozent der Covid-19-Patienten älter als 70 Jahre, aber auch 33 Prozent jünger als 60 Jahre – Mehr Begleiterkrankungen bei beatmeten Patienten

Altersgruppen, Anteil in %



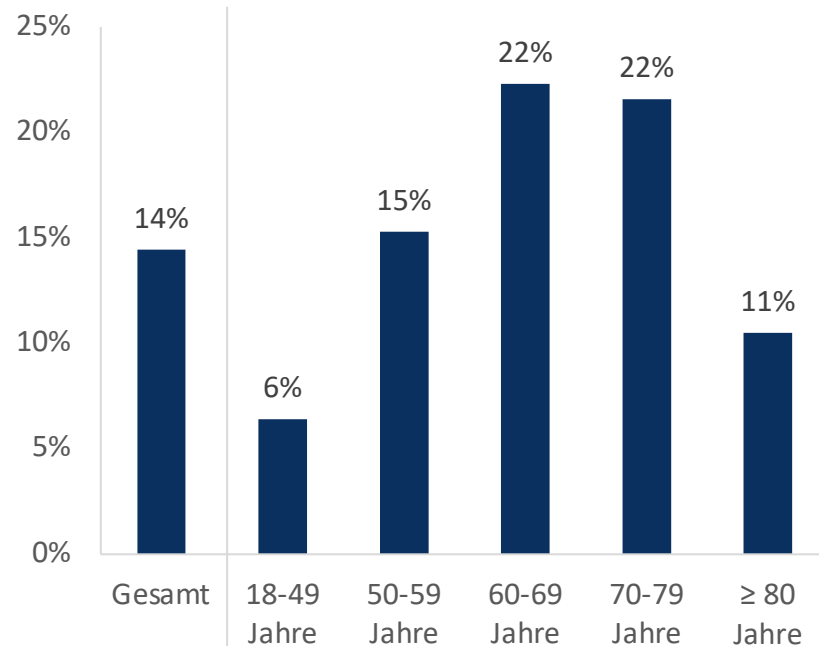
Ausgewählte Diagnosen, Anteil in %



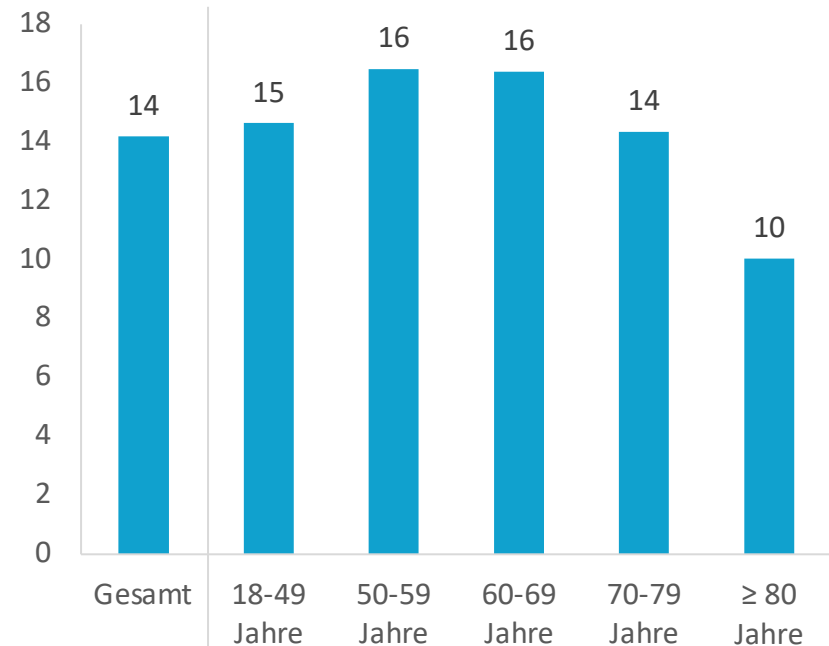
Anmerkung: N = 51.810. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020. Werte in der Darstellung sind gerundet. So ergibt sich der Anteil der Patienten, die 70 Jahre oder älter sind mit 51% aus 19,8% (70-79 J.) und 31,6% (≥ 80 J.).

Höchste Beatmungsquote bei den 60- bis 79-Jährigen – auch jüngere Covid-19-Patienten müssen lange beatmet werden

Beatmungsquote nach Altersgruppe, Anteil in %



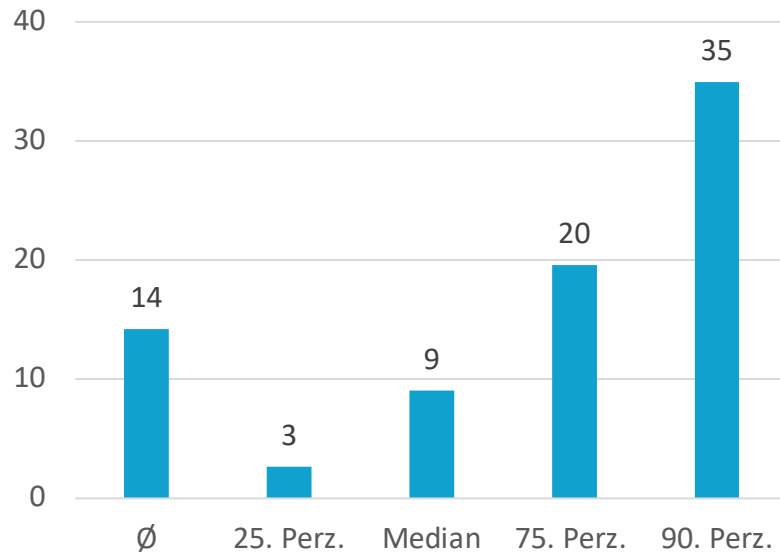
Beatmungsdauer (Ø) nach Altersgruppe, in Tagen



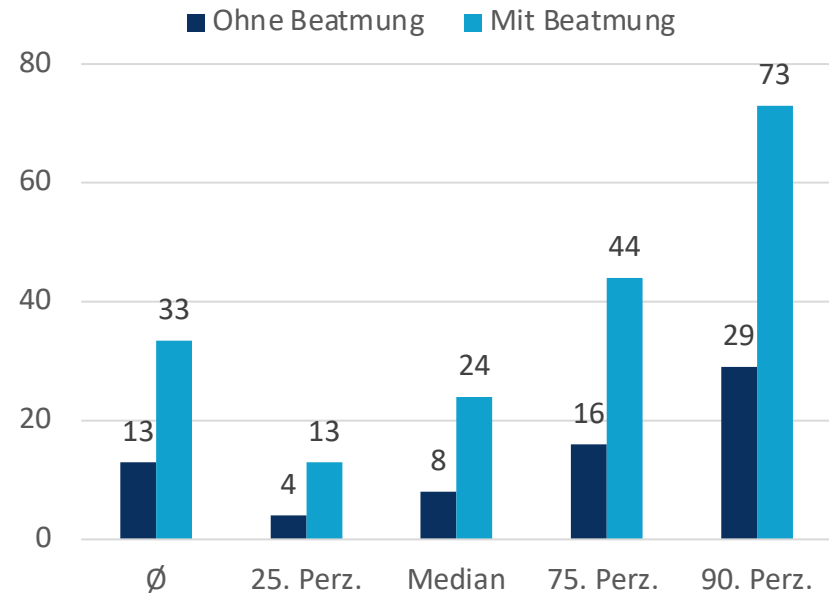
Anmerkung: N = 51.810. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020.

10 Prozent der beatmeten Covid-19-Patienten werden länger als 35 Tage beatmet – mit entsprechend langen Verweildauern

Beatmungsdauer der Covid-19-Patienten, in Tagen



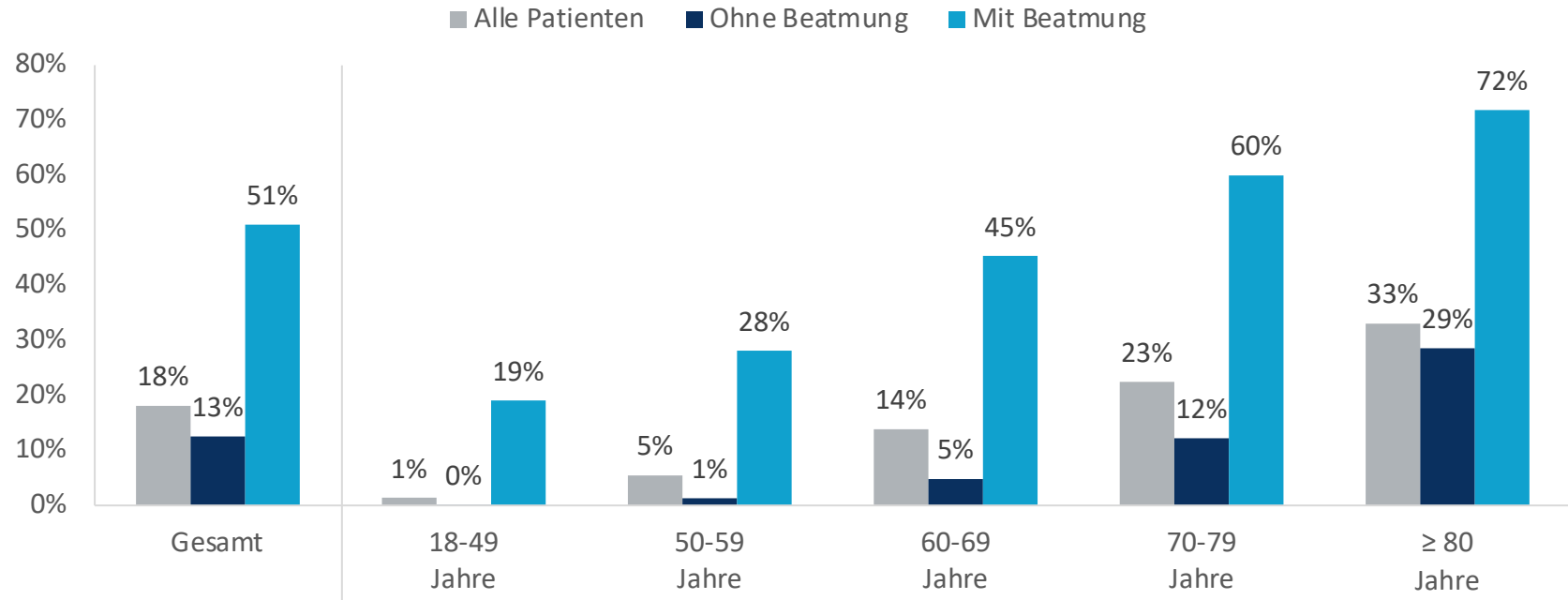
Verweildauer der Covid-19-Patienten, in Tagen



Anmerkung: N = 51.810. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020. Ein Perzentil ist ein Anteil einer Verteilung und gibt Auskunft darüber, welcher Anteil der Verteilung unter diesem Messwert liegt. Zum Beispiel bedeutet das 90. Perzentil bei der Beatmungsdauer, dass 90% der Patienten eine Beatmungsdauer von 35 Tagen oder weniger haben oder anders herum ausgedrückt: 10% der Patienten werden länger als 35 Tage beatmet.

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

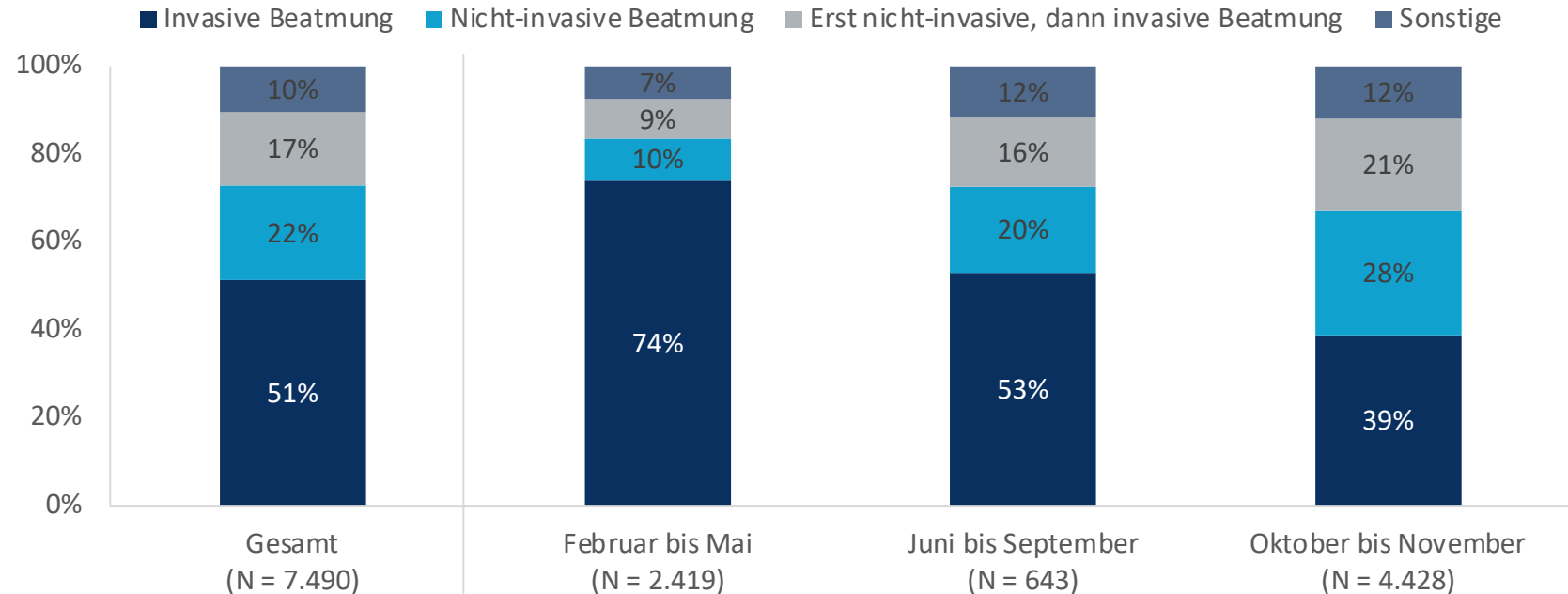
Krankenhaussterblichkeit nach Beatmungsstatus und Altersgruppen, in %



Anmerkung: N = 51.810. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020.

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

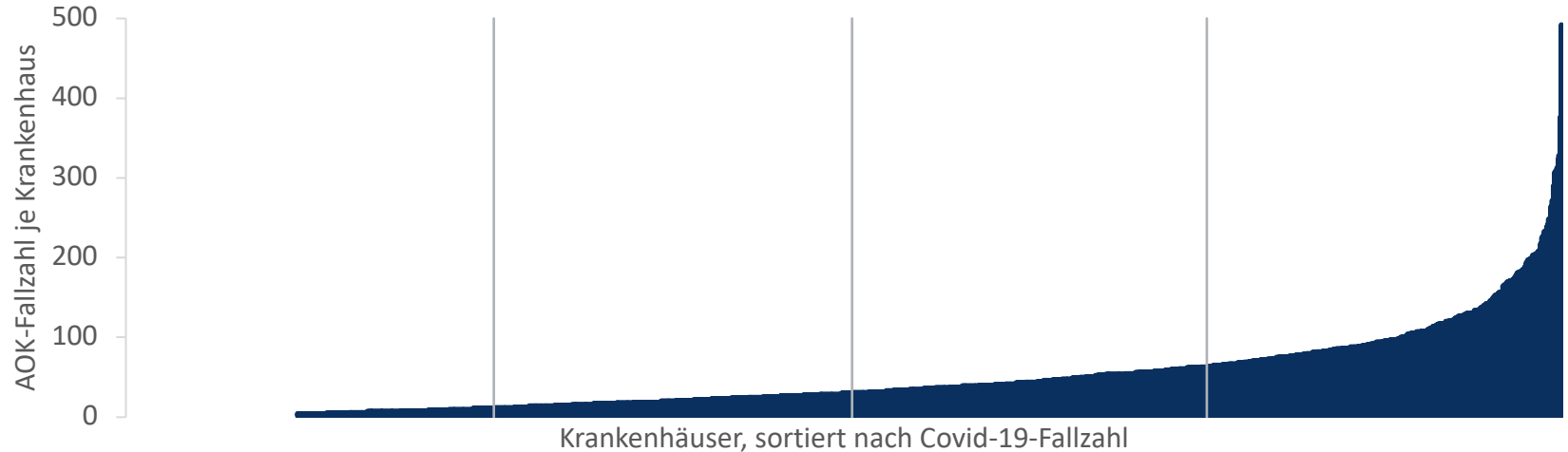
Beatmungsverfahren nach Zeitpunkt der Behandlung, Anteil in %



Anmerkung: N = 7.490. 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. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02. und 30.11.2020.

Versorgung der Covid-19-Fälle: Etwa die Hälfte der Kliniken behandelt 86 Prozent der Fälle

Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Fallzahl

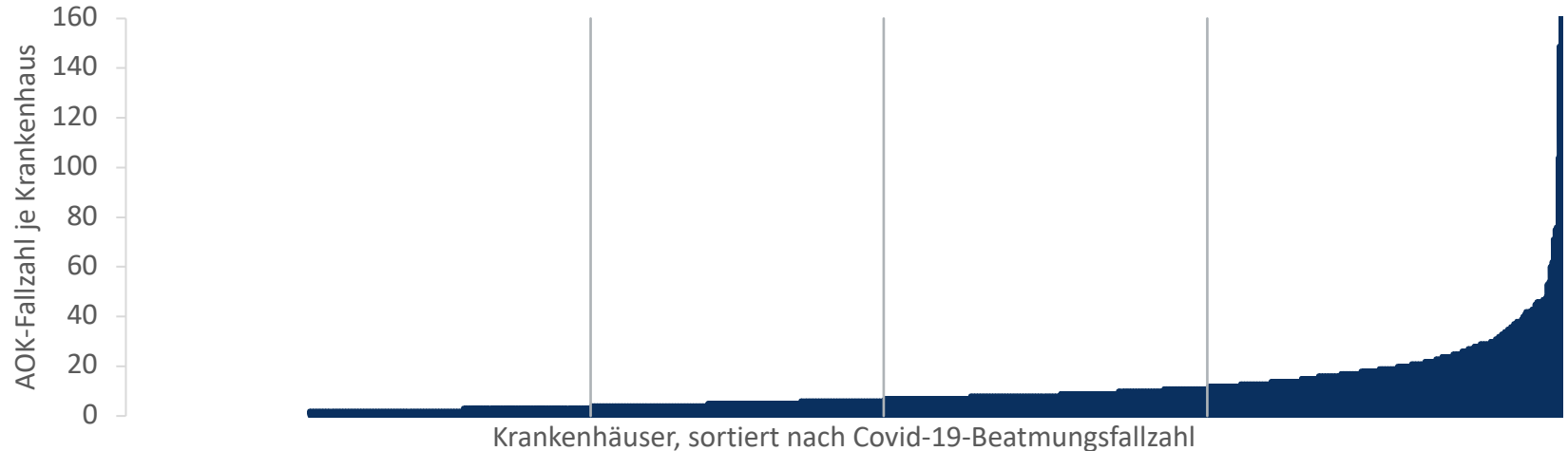


Quartil (AOK-Fallzahl)	1. Quartil (1-11)	2. Quartil (12-30)	3. Quartil (31-63)	4. Quartil (64-1.231)
Anzahl Krankenhäuser	321 (25,6%)	312 (24,9%)	309 (24,7%)	310 (24,8%)
Anzahl Fälle	1.545 (2,6%)	6.452 (10,9%)	14.023 (23,7%)	37.136 (62,8%)

Anmerkung: N = 59.156 Fälle und 1.252 Krankenhäuser. Quartileinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da KH mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden. Ein Krankenhaus im 4. Quartil mit mehr als 500 Fällen nicht dargestellt.

Versorgung der beatmeten Covid-19-Fälle: Ein Viertel der Kliniken behandelt 63 Prozent der Fälle

Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Beatmungsfallzahl

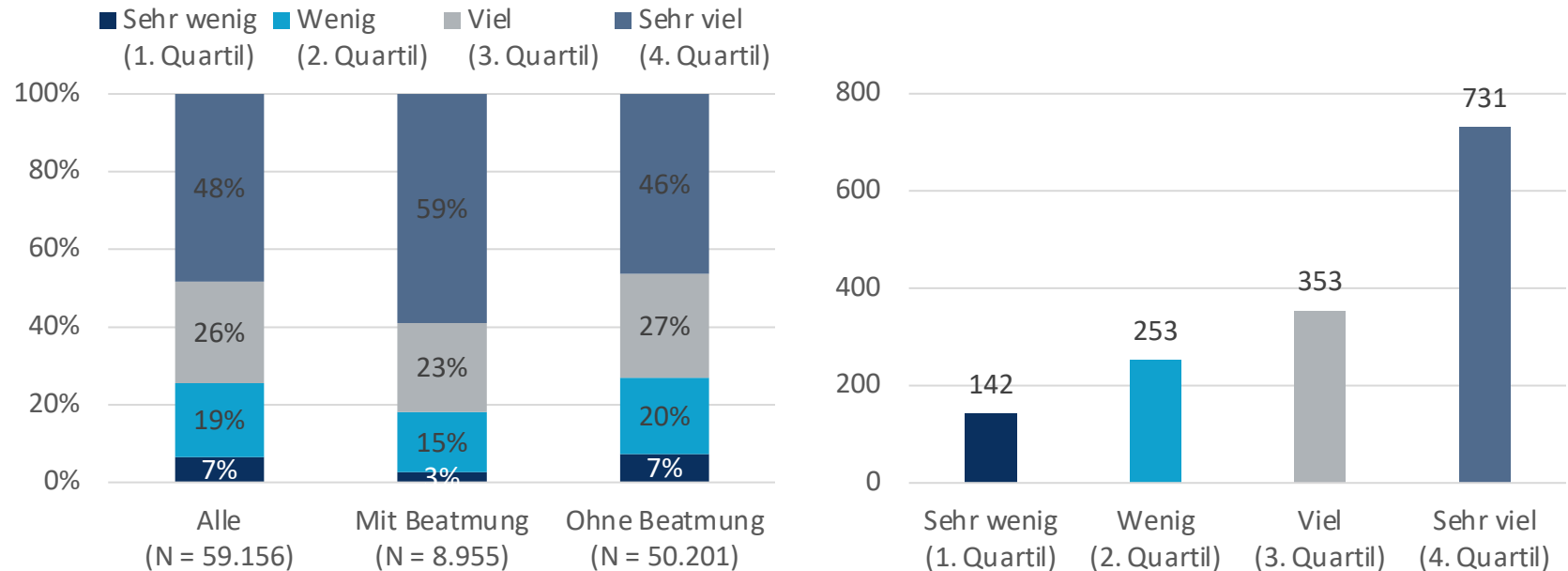


Quartil (AOK-Fallzahl)	1. Quartil (1-3)	2. Quartil (4-6)	3. Quartil (7-11)	4. Quartil (12-166)
Anzahl Krankenhäuser	305 (32,4%)	192 (20,4%)	212 (22,5%)	232 (24,7%)
Anzahl Fälle	574 (6,4%)	939 (10,5%)	1.825 (20,4%)	5.617 (62,7%)

Anmerkung: N = 8.955 Fälle und 941 Krankenhäuser. Quartilseinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da KH mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Beatmungserfahrung: 59 Prozent der beatmeten Covid-19-Fälle in größeren Kliniken mit sehr viel Erfahrung behandelt

Covid-19-Fälle nach Beatmungserfahrung¹ des KHs, in % Bettengröße (Ø) der KH nach Beatmungserfahrung



¹ Beatmungserfahrung definiert als Summe der Beatmungsstunden bei AOK-Fällen mit Pneumonie, Sepsis oder ARDS im Jahr 2019. Beatmungsstunden der AOK-Fälle: Sehr wenig – 0 bis 1.987 Stunden, Wenig – mehr als 1.987 bis 5.848 Stunden, Viel – mehr als 5.848 bis 12.526 Stunden, Sehr viel – mehr als 12.526 Stunden. Quartileinteilung basierend auf allen Krankenhäusern (N = 1.252).

Fazit: Versorgung der Covid-19-Patienten (Februar bis November 2020)

Allgemein

- Krankheitsbild mit **hoher Sterblichkeit**, bei stationären Patienten 18 Prozent (beatmete: 51 Prozent)
- Sterblichkeit steigt mit **Alter** stark an, erreicht 33 Prozent bei Menschen ab 80 Jahren (beatmete: 72 Prozent)
- Menschen mit **Vorerkrankungen** mit höherem Risiko für schwere Verläufe
- **Höchste Beatmungsquote** bei 60- bis 79-Jährigen, **lange Beatmungsdauern** auch bei jüngeren

Entwicklung

- Im Vergleich der Pandemiewellen sind die **Beatmungsquote** und das **Sterberisiko der Patienten ohne Beatmung gesunken**
- Es wird zunächst mehr nicht-invasive Beatmung statt invasiver Beatmung in der zweiten Pandemiewelle eingesetzt – es besteht **Forschungsbedarf**

Strukturen

- Covid-19-Versorgung erfolgt **weitgehend konzentriert** auf größere, beatmungserfahrene Krankenhäuser, es bestehen aber Verbesserungspotenziale
- Für Pandemiebekämpfung braucht es gute, zentral gesteuerte **Stufenkonzepte**, die Krankenhäuser nach der Erfahrung berücksichtigen



Vielen Dank
