

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Leistungen im Gesundheitswesen

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

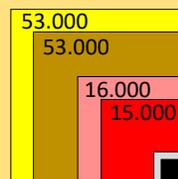
European Observatory on Health Systems and Policies

>3.000.000 Arzt-Patienten-Kontakte in der ambulanten Versorgung

>2.000.000 abgegebene Packungen von rezeptpflichtigen Arzneimitteln

1.700.000 gekaufte Packungen von frei verkäuflichen (OTC) Arzneimitteln

380.000 stationäre Patienten im Krankenhaus
(plus 120.000 leere Betten)



53.000 Notaufnahme-Besuche (davon 45% stationär aufgenommen)
 53.000 Stationäre Krankenhausaufnahmen
 16.000 CT-Scans in der ambulanten Versorgung
 15.000 CT-Scans in der stationären Versorgung
 700 stationär aufgenommene Schlaganfallpatienten
 500 stationär aufgenommene Herzinfarkt-Patienten

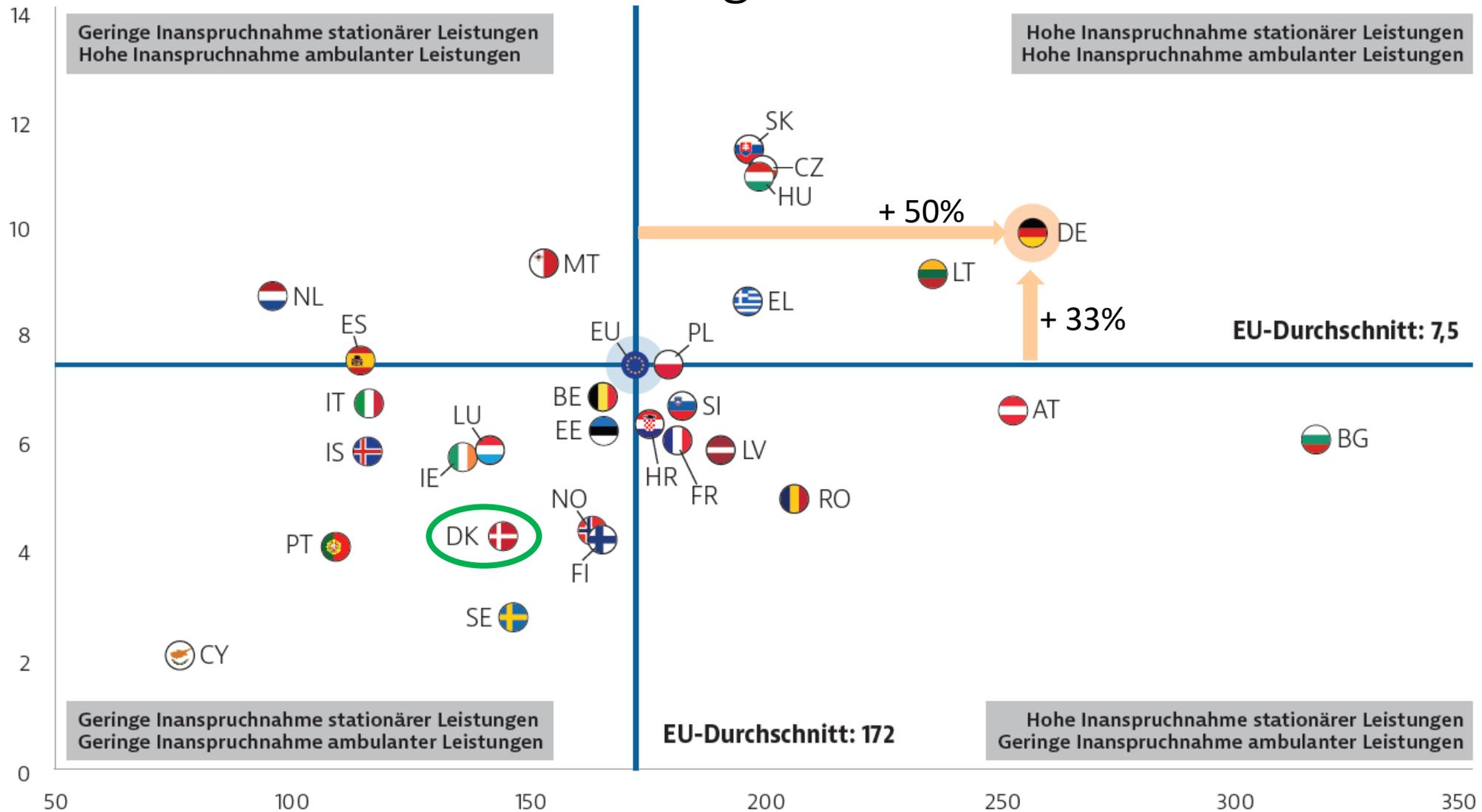
Mit dänischer Krankenhausstruktur wären es 160.000!

Heute: Sehr viel Aktivität an einem durchschnittlichen Tag im deutschen Gesundheitssystem (Zahlen von vor Corona)

Damit liegt Deutschland bei ambulanten & stationären Leistungen über dem EU-Schnitt

Anzahl der Arztbesuche pro Person

Leistungen über dem EU-Schnitt



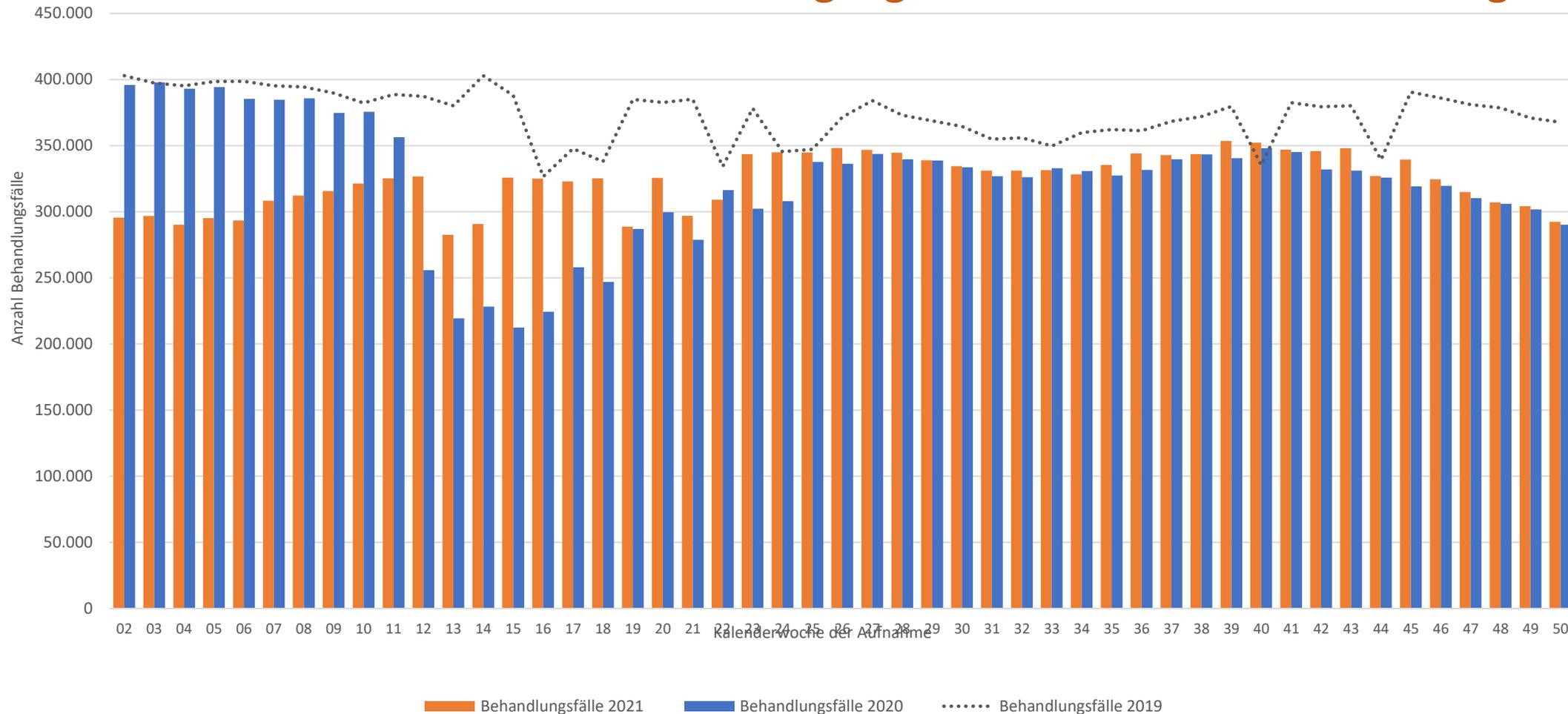
Hinweis: Die Daten zu den Arztbesuchen in Griechenland und Malta sind Schätzwerte.

Quelle: Eurostat-Datenbank; OECD-Gesundheitsstatistik (die Daten beziehen sich auf 2016 oder das nächstgelegene Jahr).

Entlassungen pro 1000 Einwohner

In den Medien nicht immer sichtbar: in der Pandemie gingen die Fallzahlen deutlich (und nachhaltig) zurück

Fälle und Tage 2021 ggü. 2019: -13% (wie 2020)
deutlicherer Rückgang in Berlin: -15% & Brandenburg: -18%



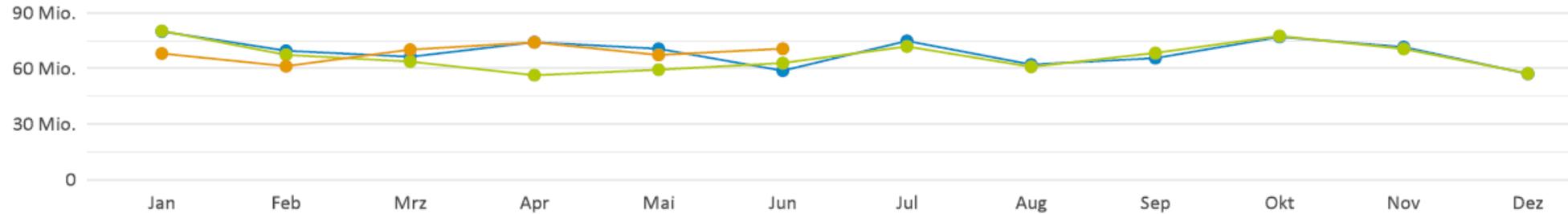
In den Medien nicht immer sichtbar: in der Pandemie gingen die Fallzahlen deutlich (und nachhaltig) zurück

Fälle und Tage 2021 ggü. 2019: -13% (wie 2020)
deutlicherer Rückgang in Berlin: -15% & Brandenburg: -18%

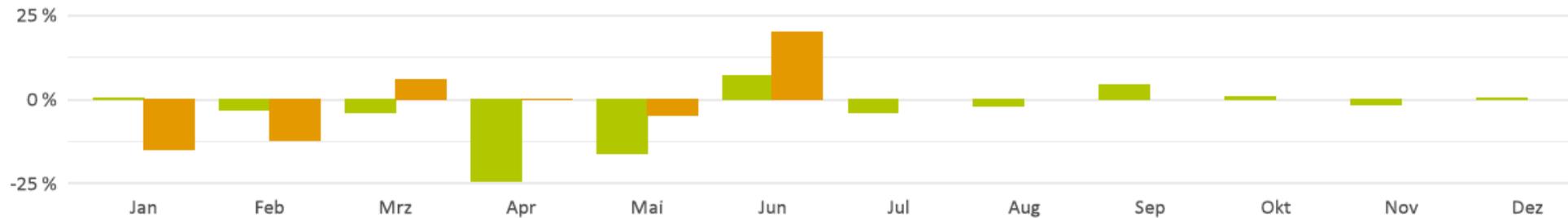


Dagegen nur mäßiger Aktivitätsrückgang im ambulanten Sektor: 2020 -4%, 1. Hj. 2021 -2%

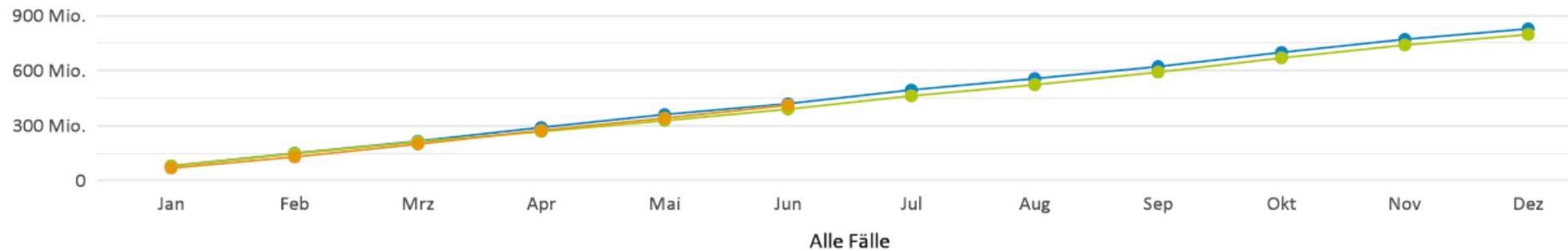
Absolute Anzahl



Relative Veränderung gegenüber 2019



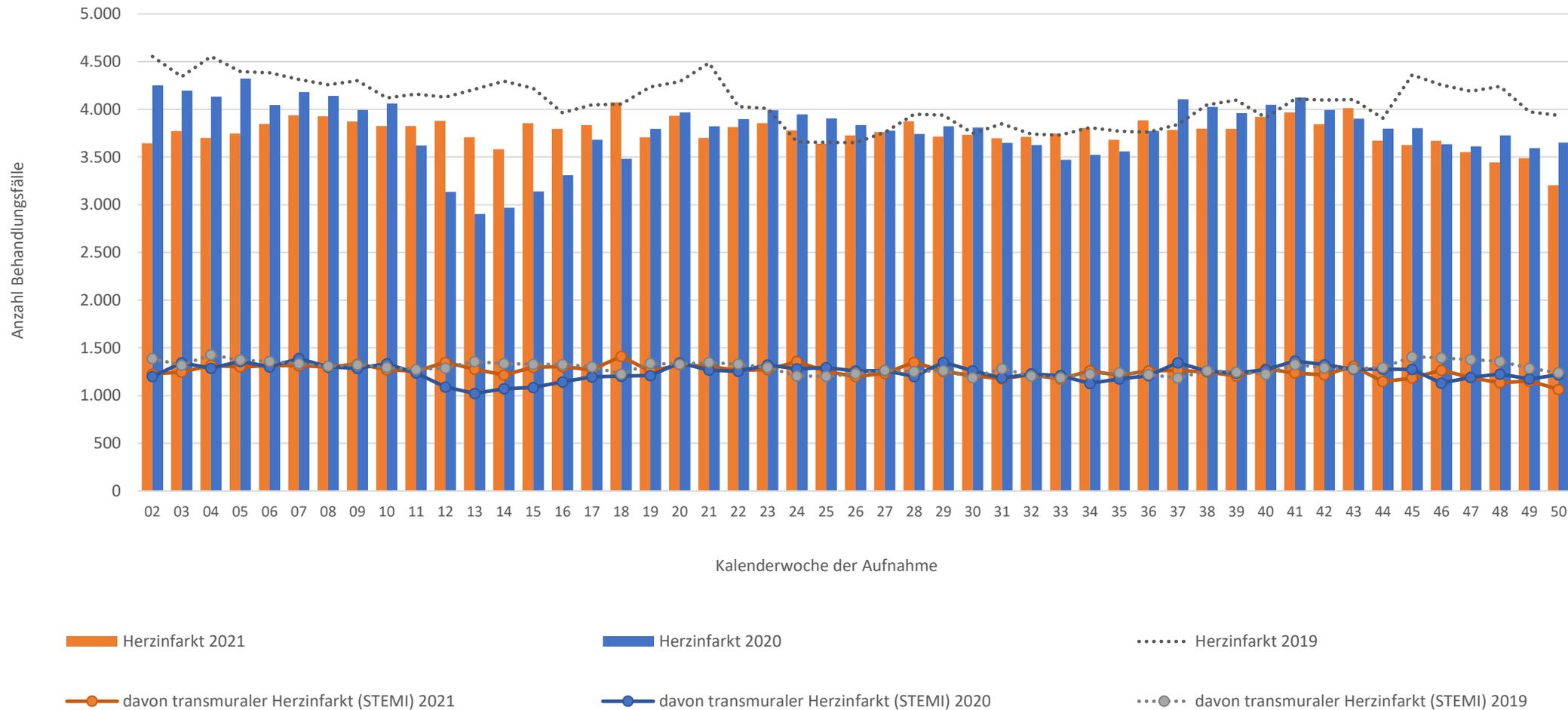
Kumulierte Anzahl



● 2019 ● 2020 ● 2021

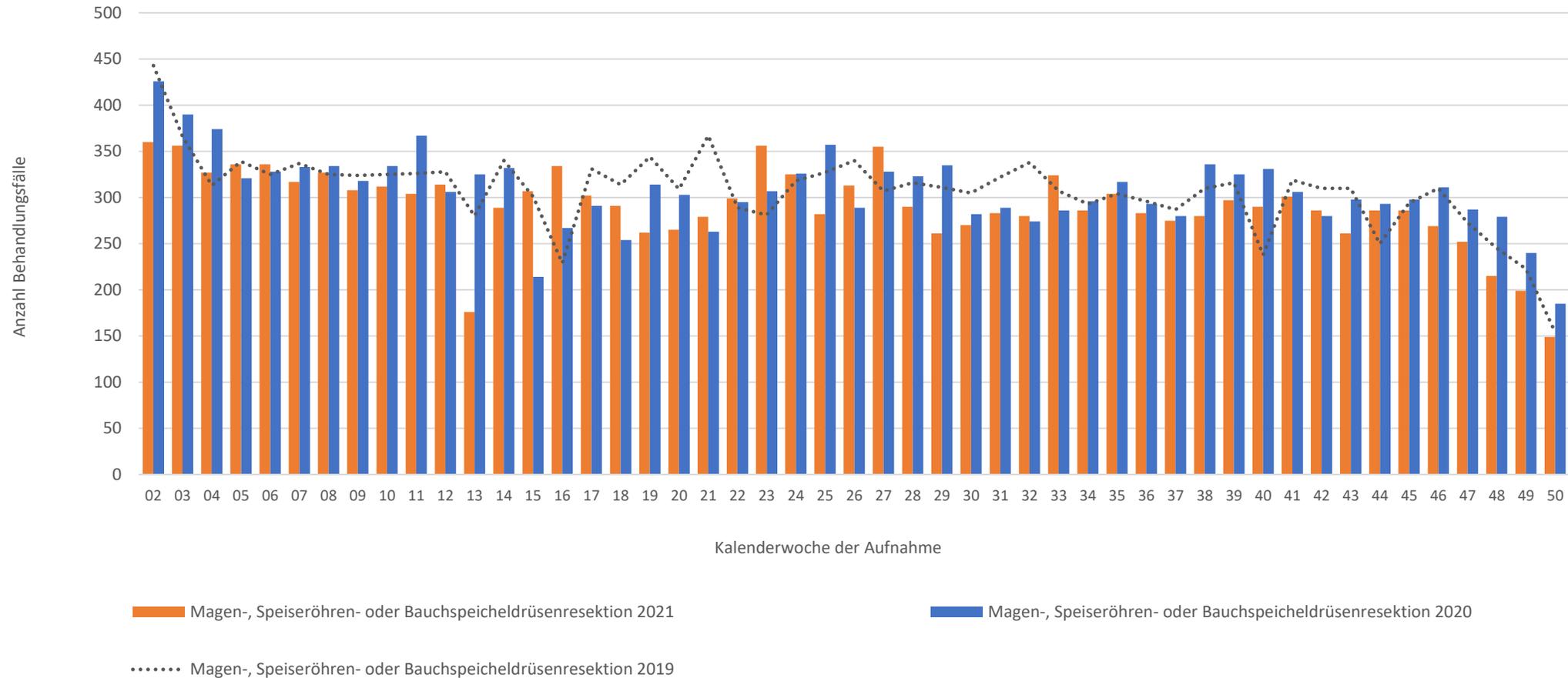
Abbildung 2: Alle Fälle (Behandlungsfälle: Anzahl im Zeitraum, kumuliert und relative Veränderung gegenüber dem Jahr 2019)

Fokus auf Herzinfarkte: 2021 vs. 19 v.a. Rückgang bei NSTEMI (-10%), kaum bei „typischen“ STEMI (-3%)



Schlaganfall: -4%

Häufig auch auf Krebsbehandlungen: 2021 vs. 19 weniger Rückgang als oft in der Presse zu lesen (bei Krebsarten mit höchster Sterblichkeit -4%)



Kolorektales Ca. -11%; Mamma-Ca. -1%

Dass Krebsbehandlung wegen geringeren Früherkennungsraten zurückgeht, wird durch ambulante Zahlen (außer bei Hautkrebsscreening) nicht gestützt ...



Abbildung 4: Früherkennungsleistungen (Behandlungsfälle: Anzahl im Zeitraum, kumuliert und relative Veränderung gegenüber dem Jahr 2019)

... und ambulante onkologische Fallzahlen sind auch stabil (2020 -2%; 1. Hj. 2021 +5%)

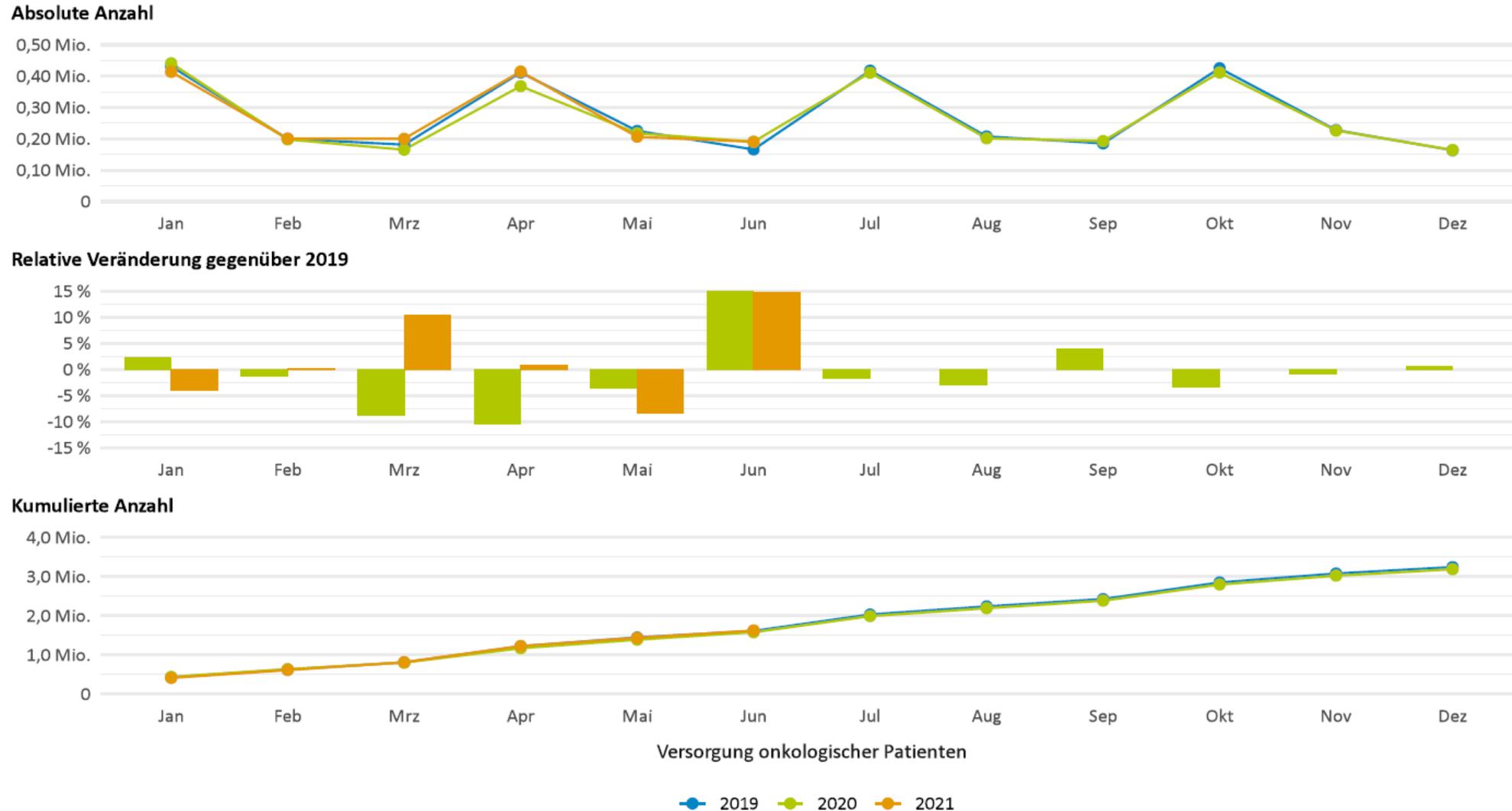
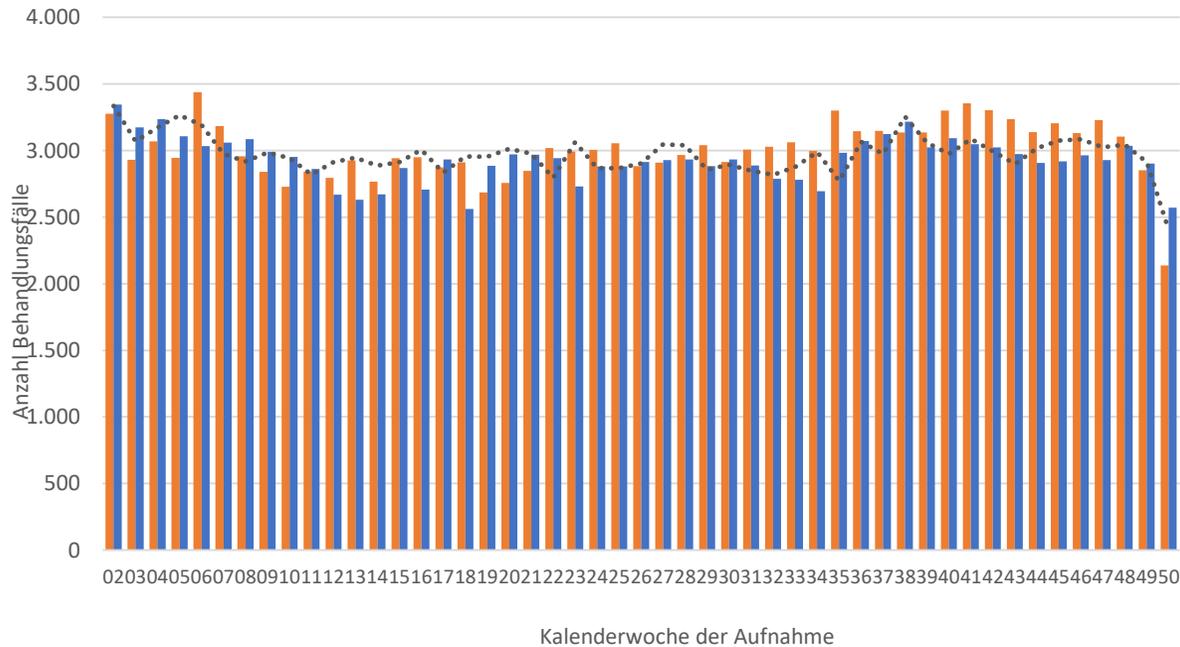
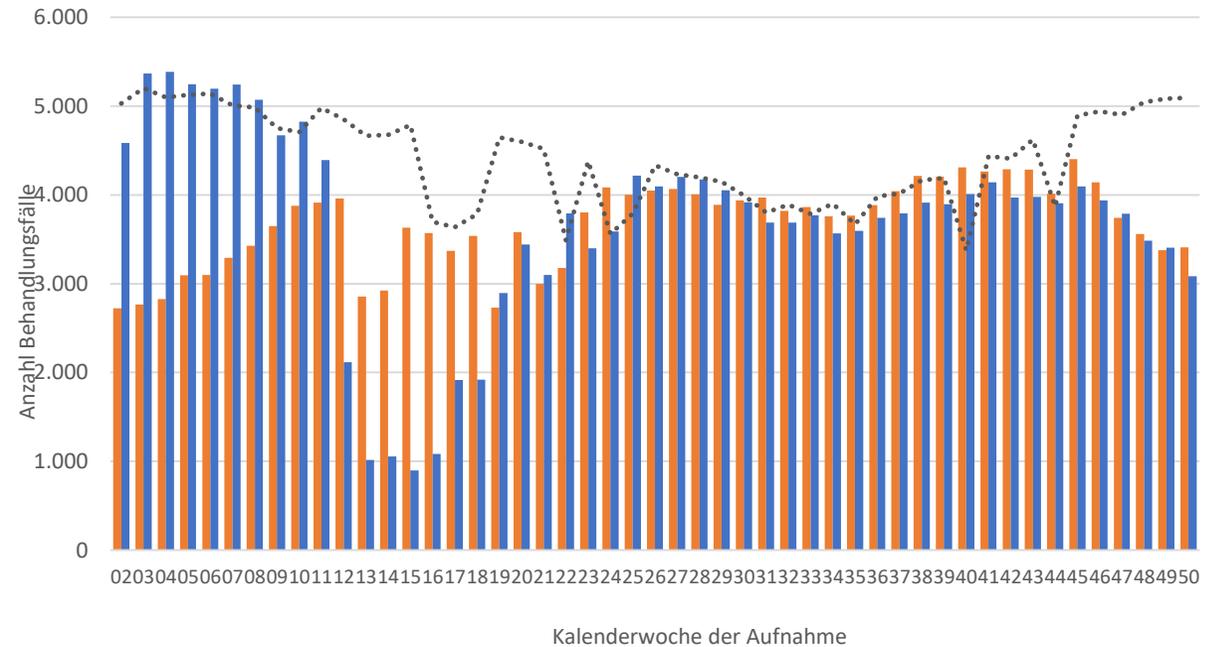


Abbildung 12: Versorgung onkologischer Patienten (Behandlungsfälle: Anzahl im Zeitraum, kumuliert und relative Veränderung gegenüber dem Jahr 2019)

Und in der operativen stationären Versorgung? Ein gemischtes Bild ...



2021 vs. 19: +2%



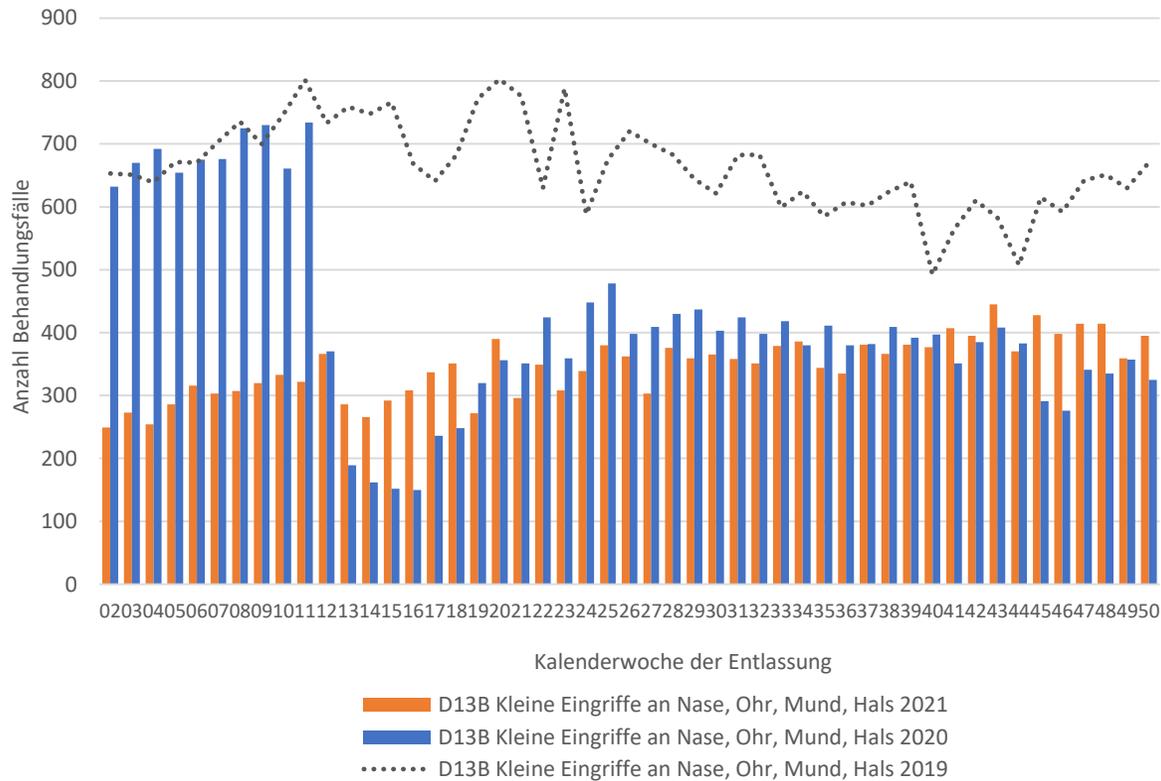
2021 vs. 19: -17%

Hüftprothese -7%; Knieprothese -12%

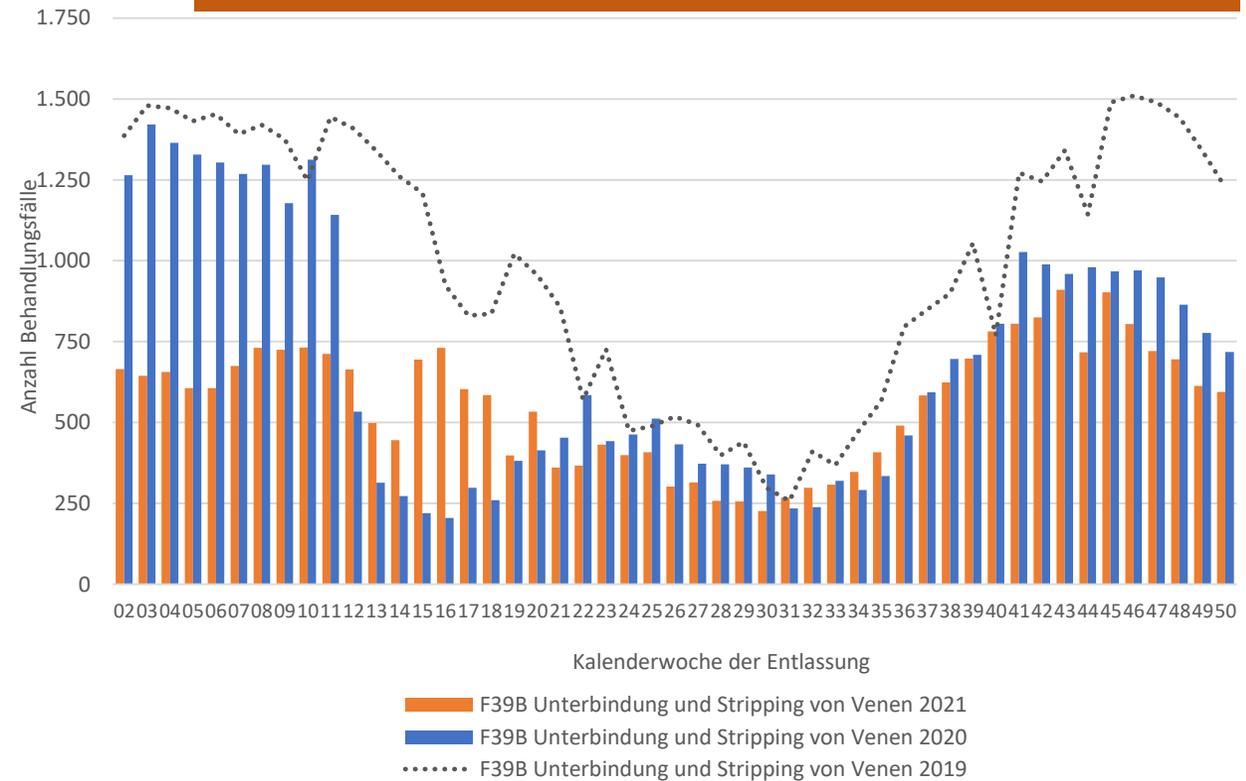
Warum werden die Fallzahlen niedriger bleiben?

(1) Viele ambulantisierbare Operationen werden deutlich seltener stationär durchgeführt ...

Dagegen im ambulanten Sektor 2021
Zunahme des ambulanten Operierens!



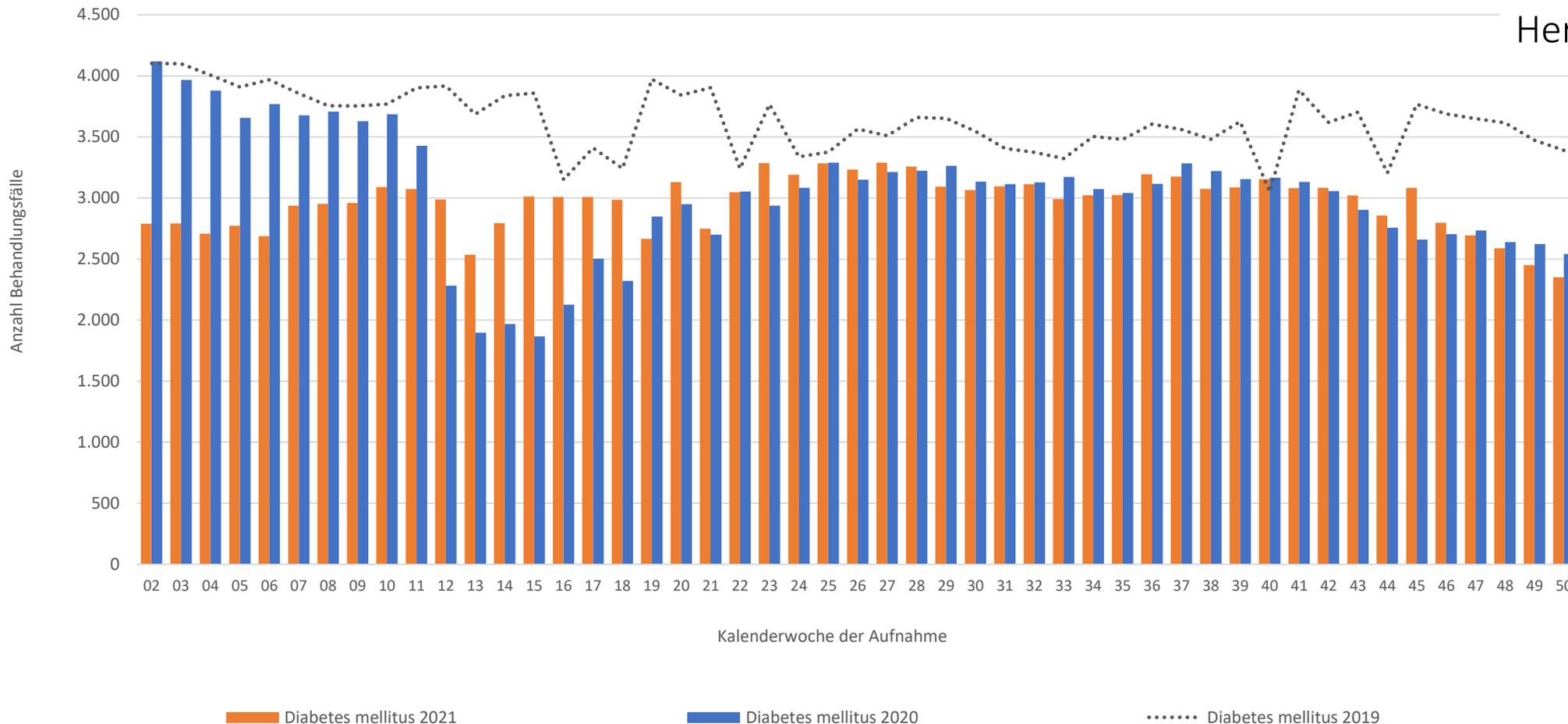
2021 vs. 19: -48%



2021 vs. 19: -44%

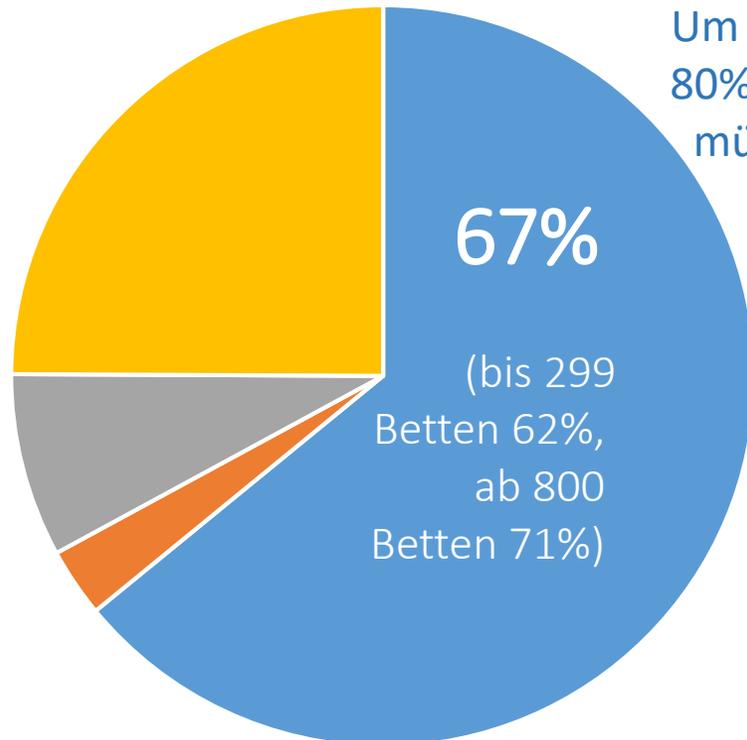
(2) Bei „Ambulant-sensitiven Krankenhaüsfallen“ (hier: Diabetes) überdurchschnittlich starker, anhaltender Rückgang (2021 vs. 19: -18%) → „patientengetrieben“

COPD -34%;
Bluthochdruck -24%;
Herzinsuffizienz -10%



Insgesamt deutliche Auswirkungen auf die durchschnittliche stationäre Bettenbelegung

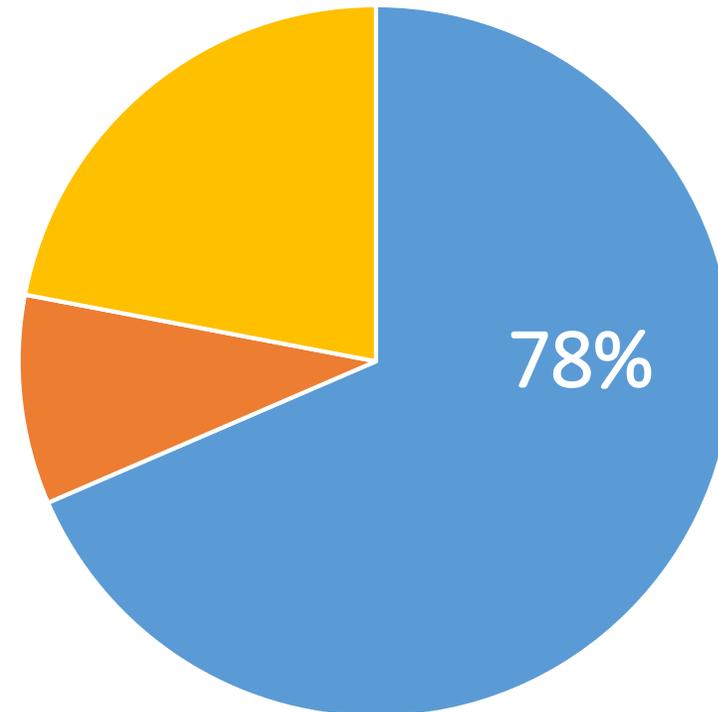
Bettenbelegung DRG-Häuser
Jan.- September 2021



Um wieder auf angestrebte 80% Belegung zu kommen, müssten 16% der Betten abgebaut werden!

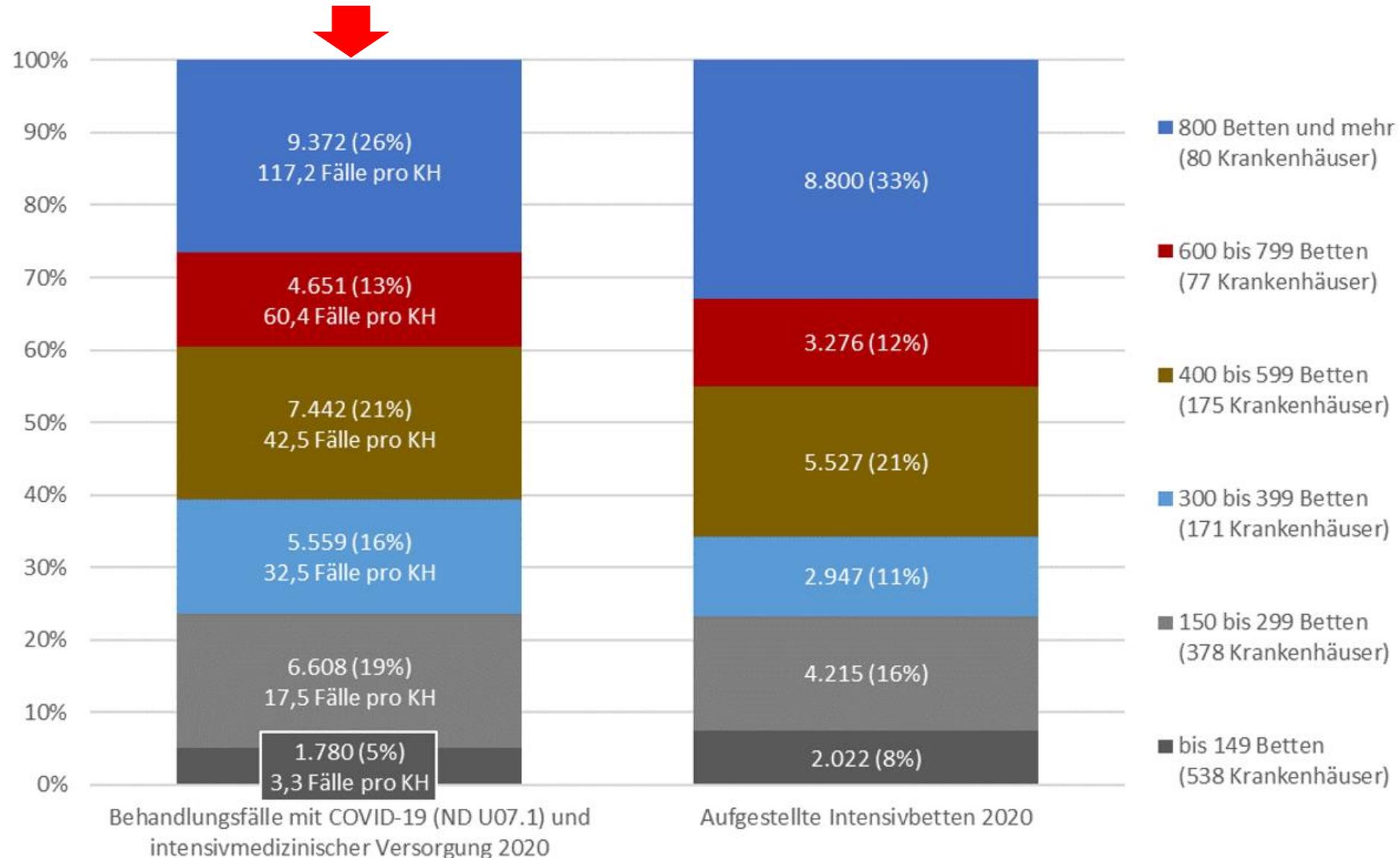
■ belegt (andere) ■ belegt (Covid) ■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung Intensiv in DRG-Häusern
Jan.-September 2021

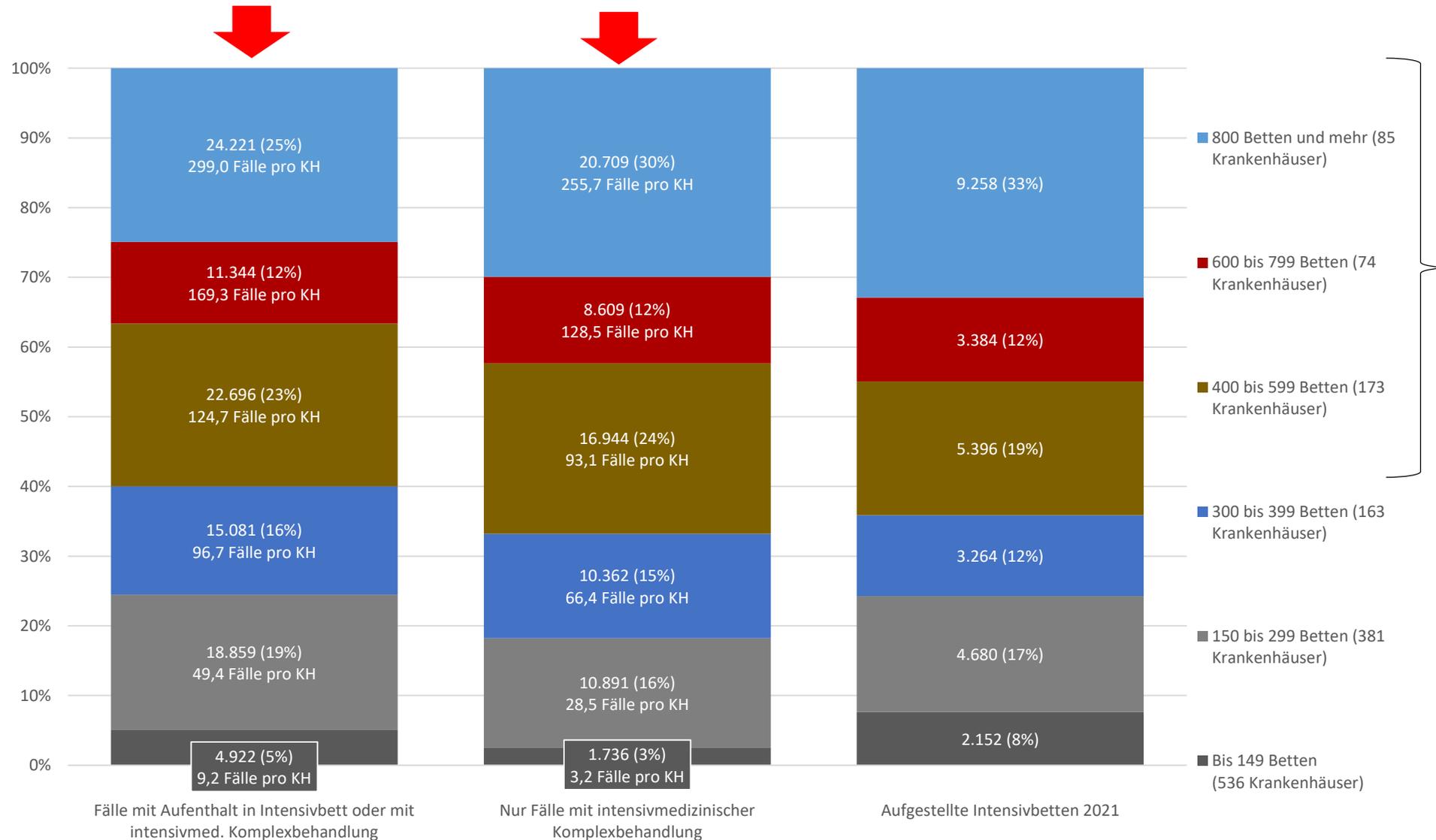


■ belegt (andere) ■ belegt (Covid) ■ frei

60% der 36.000 intensivmedizinischen Fälle sind 2020 in den 330 größten Krankenhäusern behandelt worden

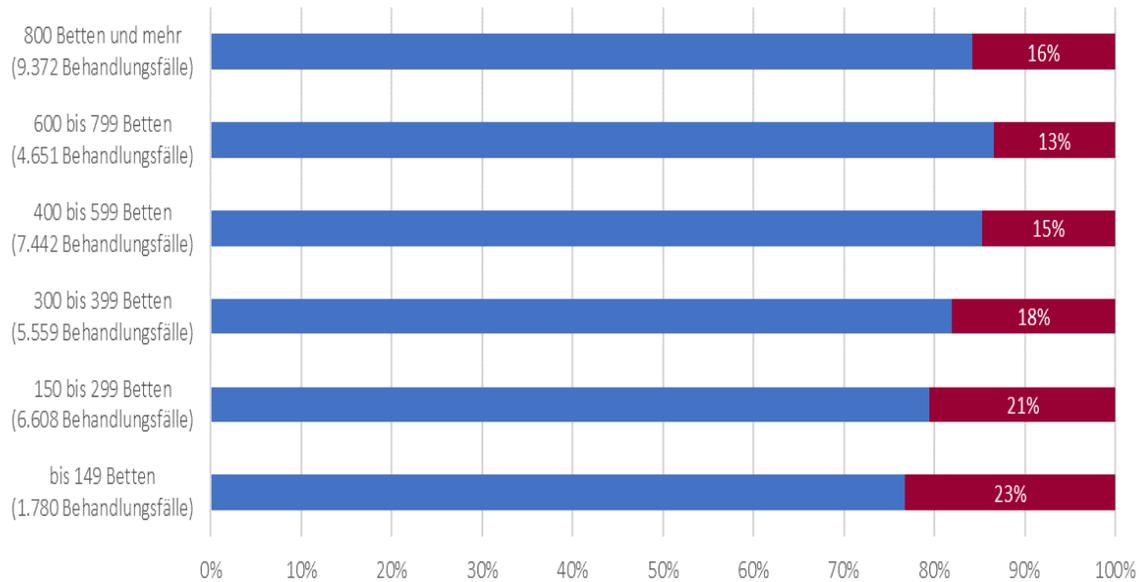


2021: deutlich mehr intensivmedizinische Covid-Fälle, aber ähnliche Konzentration auf 330 größte Krankenhäuser



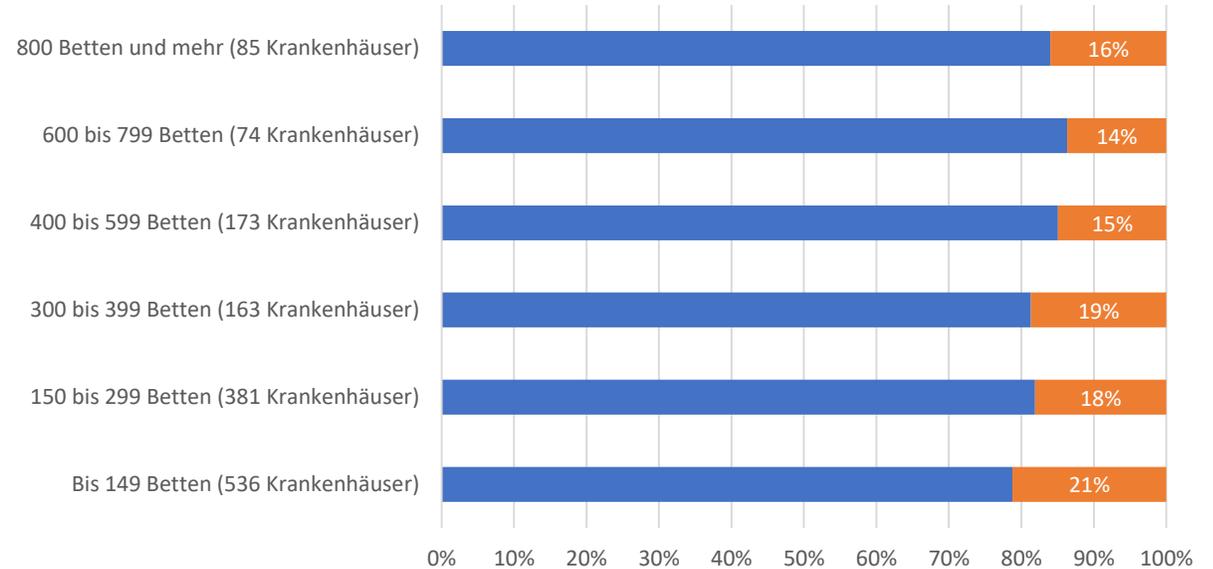
Und sehr viele intensivmedizinische Fälle werden verlegt (in kleinen Krankenhäusern > 20%)

2020



■ Behandlungsfälle mit COVID-19 (ND U07.1) und und Versorgung auf Intensivstation: nicht wegverlegt in anderes Krankenhaus
 ■ Behandlungsfälle mit COVID-19 (ND U07.1) und Versorgung auf Intensivstation: wegverlegt in anderes Krankenhaus

2021



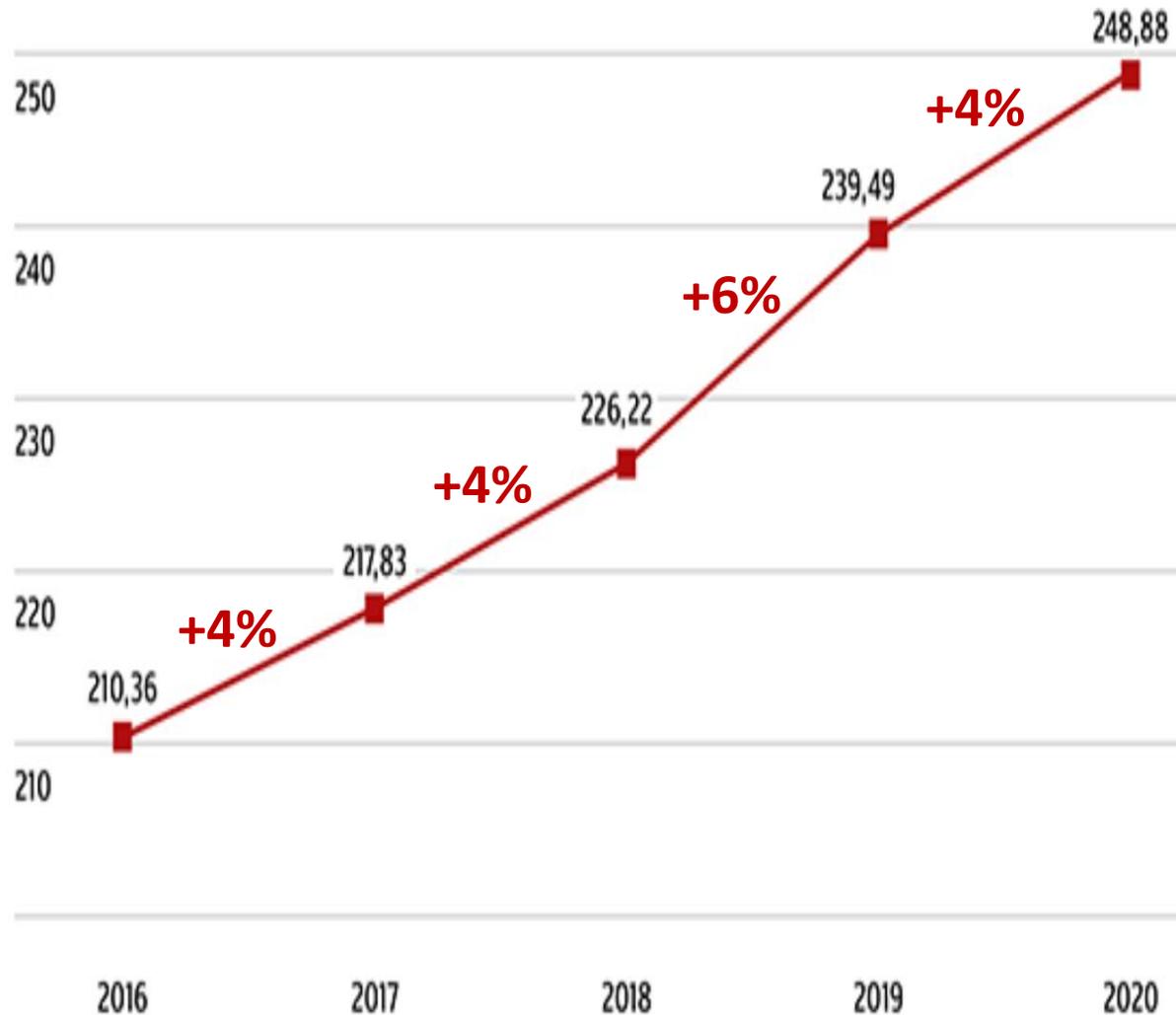
■ Fälle mit Aufenthalt in Intensivbett oder mit intensivmed. Komplexbehandlung: nicht wegverlegt in anderes Krankenhaus
 ■ Fälle mit Aufenthalt in Intensivbett oder mit intensivmed. Komplexbehandlung: wegverlegt in anderes Krankenhaus

Maßnahmen zur Sicherstellung der akuten, intensivmedizinischen Versorgung im Epidemiefall | Covid-19 für das Land Berlin (SAVE-Berlin@Covid-19)

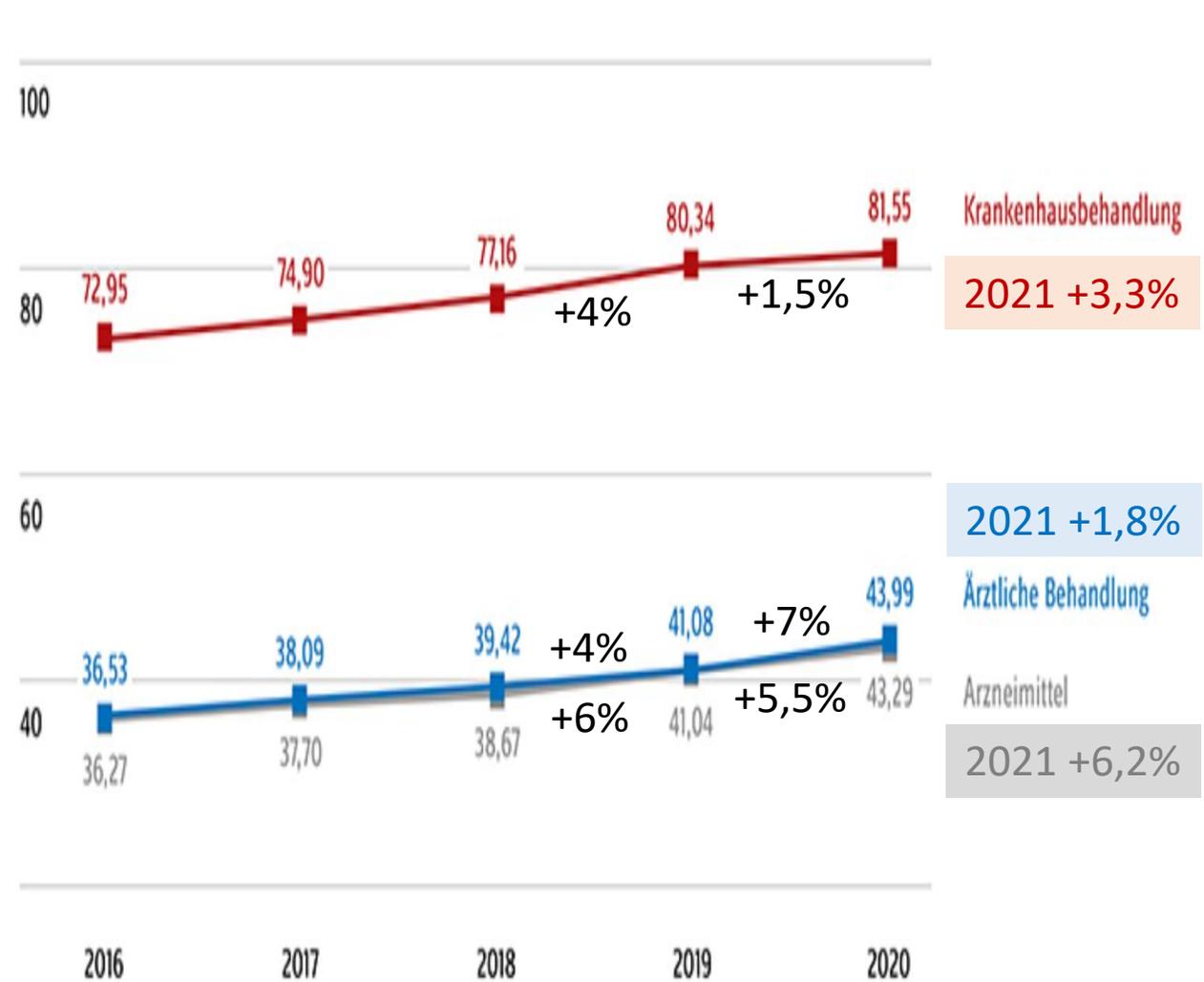
... waren die Ausnahmen im Vergleich zu vielen Bundesländern!

Die GKV-Ausgaben steigen auch, was angesichts der hohen Steuer-finanzierten Zahlungen an Krankenhäuser überrascht ...

Angaben in Mrd. Euro



Angaben in Mrd. Euro



... zusätzlich: deutliche Erhöhung des GKV-Steuerzuschusses

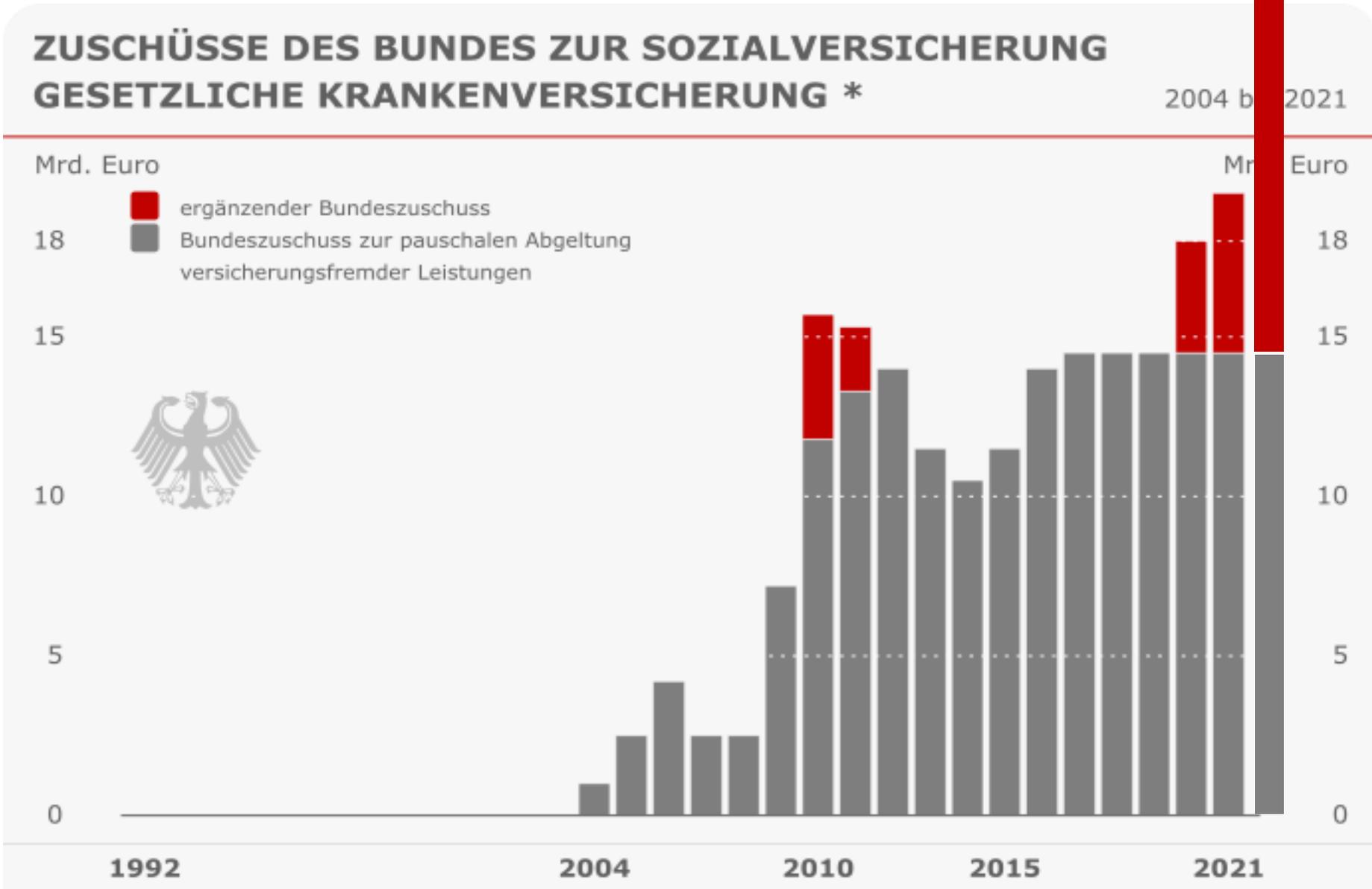
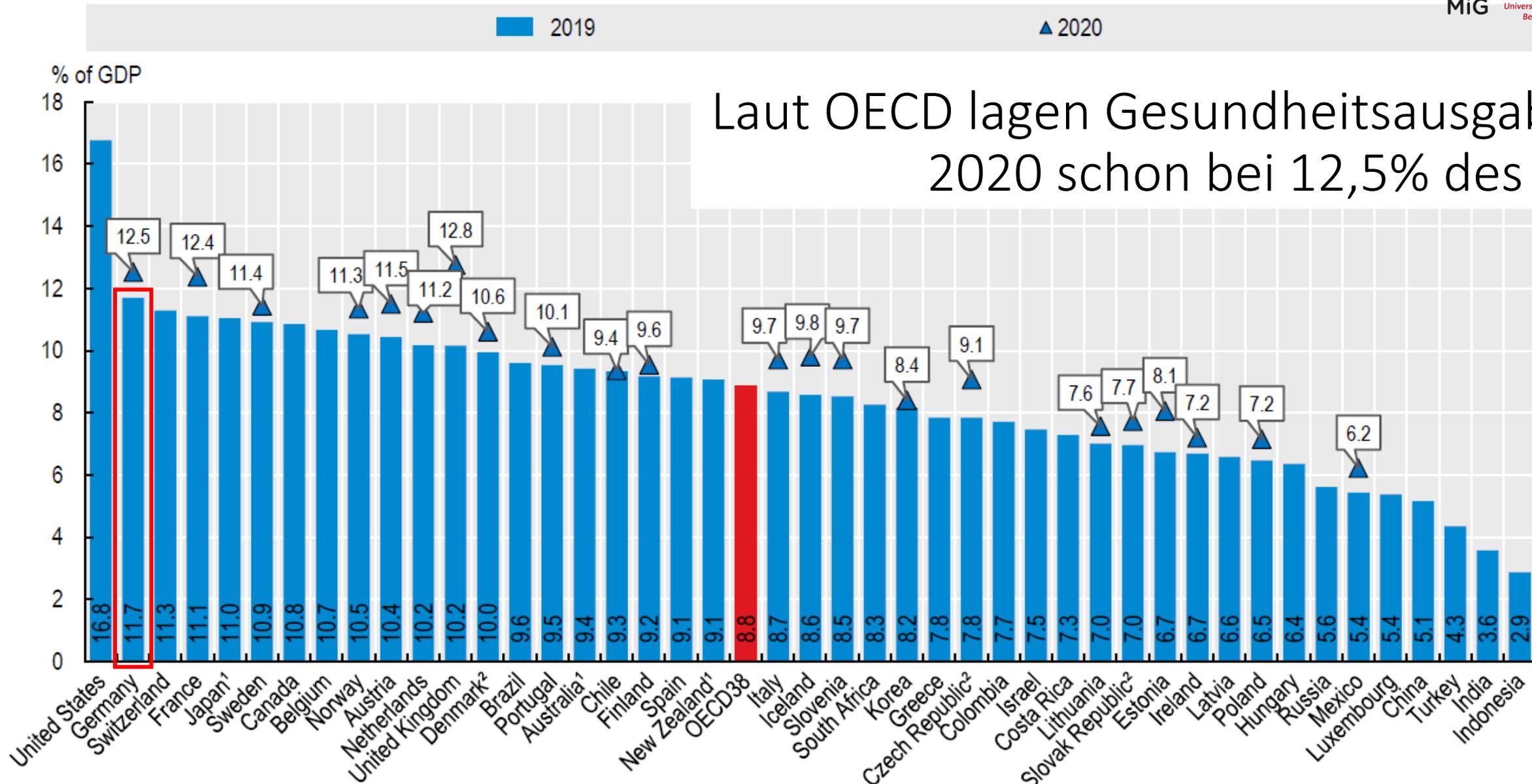


Figure 7.1. Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year) and 2020



Laut OECD lagen Gesundheitsausgaben 2020 schon bei 12,5% des BIP

1. OECD estimates for 2019. 2. OECD estimates for 2020.
 Source: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

Was muss sich in der stationären Versorgung jetzt (wirklich) ändern?

- Viel Kapazität ist nicht „besser“, insbesondere wenn es zu *unnötigen Fällen/ Behandlungen* führt und durch mangelnde Ausstattung und „verwässertem“ Personal zu *unnötig schlechter Qualität* führt → wie in Dänemark muss gelten: **„Qualität vor Nähe“** → **weniger ist mehr** (*und was ambulant geht, sollte ambulant erbracht werden*)
- Zeitnahe **Leistungstransparenz** (*kontinuierliches „DIVI-Register“ nicht nur für Intensivstationen*) ist notwendig und sollte selbstverständlich sein.
- Jedes Krankenhaus sollte nur die Leistungen erbringen dürfen, für die es personell (24/7) und technisch adäquat ausgestattet ist! Planung und Finanzierung müssen nach dieser Maxime ausgerichtet werden; das gilt auch für Notfälle.