

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche

Rapid Analysis, Aktualisierung 2022

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalversorgung anhand ausgewählter Bereiche

Rapid Analysis, Aktualisierung 2022

Autorin
Karin Eglau

Projektassistenz
Verena Paschek

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im April 2022

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Eglau, Karin (2022): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Rapid Analysis, Aktualisierung 2022. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Zusammenfassung

Mitte März 2020 wurden bei steigenden Infektionszahlen im Rahmen der COVID-19-Pandemie erstmals restriktive gesellschaftliche und gesundheitspolitische Maßnahmen gesetzt („Lockdown“), die letztendlich zu einem Absinken der positiv auf COVID-19-Getesteten führten, eine Überlastung der Krankenanstalten vermeiden halfen und die COVID-19-bezogene Mortalität eindämmen konnten (erste Welle der Pandemie). Ab September 2020 kam es neuerlich zu einem – diesmal deutlich stärkeren – Anstieg der Infektionszahlen, die in einem weiteren Lockdown mündeten, der mit einer kurzen Unterbrechung bis Februar 2021 aufrecht war. In kurzem zeitlichem Abstand stiegen die Infektionszahlen Mitte März wieder an, diese Welle dauerte bis Mitte April 2021. Parallel dazu startete die Impfung der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2. Im Herbst 2021 begann eine heftige Infektionswelle ab September mit einem Peak im November, ausgelöst durch die Delta-Variante von SARS-CoV-2. Nach einem kurzfristigen Rückgang der Infektionszahlen stiegen im Jänner 2022 die Infektionen, ausgelöst durch die Omikron-Variante, wieder massiv an, wobei die Zahlen Mitte März Rekord-Niveau erreichten.

In den Krankenanstalten wurde in der ersten Pandemiewelle der Betrieb als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle und zur Reduktion der Ansteckungsgefahr in den Monaten März und April 2020 auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. Durch diese Maßnahme wurde eine Kapazitätsreserve geschaffen, um auf ein zum damaligen Zeitpunkt nicht abschätzbare Patientenaufkommen vorbereitet zu sein. Der „Lockdown“ in den Krankenanstalten fand – mit regionalen Unterschieden – im Wesentlichen zwischen Mitte März und Ende April 2020 statt, dann erfolgte eine schrittweise Wiederaufnahme des Regelbetriebs. In der zweiten Welle der Pandemie im Herbst 2020 wurde die Regelversorgung nicht mehr in gleichem Maße eingeschränkt, obwohl deutlich höhere Hospitalisierungsraten für COVID-19 zu verzeichnen waren und vor allem Intensivstationen erstmals die Maximalbelegung erreichten bzw. überschritten. In der dritten großen Welle ab Oktober bzw. November 2021 erreichten bzw. überschritten die hospitalisierten COVID-19 Fälle vor allem auf Intensivstationen wiederum die Auslastungsgrenzen, sodass erneut eine Einschränkung der Regelversorgung notwendig wurde. Durch die Impfung eines großen Teils der Bevölkerung konnte die Hospitalisierungsraten der Infizierten in der dritten Infektionswelle, die durch die Delta-Variante ausgelöst wurde, soweit reduziert werden, dass die ohne Impfung erwartbare Totalüberlastung der Krankenanstalten vermieden werden konnte.

Die GÖG wurde mit einer Aktualisierung der *Rapid Analysis* beauftragt, um die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 darzustellen. Basis dafür bildeten die verfügbaren vorläufigen Daten aus dem stationären Krankenanstaltenbereich in Relation zum Vergleichszeitraum der Vorjahre 2018 und 2019¹. Erstmals werden auch Daten zu spitalambulanten Besuchen 2018 bis 2020 dargestellt.

¹ BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; vorläufige Daten für das Jahr 2021.

Im vorliegenden Bericht wurden folgende Versorgungsbereiche analysiert:

- » **Akutfälle:** Grundsätzlich ist die Akutversorgung (Herzinfarkte, Schlaganfälle) in Spitälern auch während der Pandemiewellen aufrechterhalten geblieben. Die Unfallversorgung ist in den Zeiten der Lockdowns deutlich zurückgegangen.
- » **Planbare, nicht akute Fälle:** Anhand der beiden Beispiele Endoprothesen-Operationen an Hüfte und Knie sowie Katarakt-OP sieht man einen deutlichen Rückgang der Operationen während der ersten und zweiten Pandemiewelle, wobei die Reduktion der Fallzahlen in der zweiten Welle schwächer ausgeprägt war.
- » **Versorgung von Krebskranken:** Obwohl Krebstherapien in der Regel geplant stattfinden, gab es in diesem Bereich keine wesentliche Reduktion der Fallzahlen, v.a. onkologische Pharmakotherapien wurden im gleichen Ausmaß durchgeführt. Bei Brustkrebsoperationen sieht man lediglich im Frühjahr 2020 die Auswirkungen der während der ersten Pandemiewelle nicht durchgeführten Mammographien.
- » **Kinder- und Jugendgesundheit:** Bei Kindern zeigten sich massive Auswirkungen der Pandemie mit einem starken Rückgang. Sowohl stationäre als auch ambulante Fälle reduzierten sich, was auf die doch deutlich geringeren Infektionszahlen zurückzuführen war.
- » **Psychosoziale Versorgung:** Der in der ersten Pandemiewelle stattgehabte Rückgang der Fallzahlen stabilisierte sich im Verlauf und erreichte annähernd das Niveau der vorpandemischen Jahre.
- » Im **spitalsambulanten Bereich** zeigte sich 2020 ein massiver Rückgang der ambulanten Besuche während der ersten Pandemiewelle.

Generell kann gesagt werden, dass im Verlauf der Pandemie die Regelversorgung durch die in den Krankenanstalten durchgeführten infrastrukturellen und organisatorischen Maßnahmen weitgehend aufrecht erhalten werden konnte. Lediglich während der Pandemiewellen, die die Intensivstationen an oder über die Auslastungsgrenzen geführt hatten, musste die Regelversorgung eingeschränkt werden, um ausreichend Personal für die überaus intensive Betreuung der an COVID-19-Erkrankten zur Verfügung stellen zu können. Auch die Bereitstellung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 im Jahr 2021 und die damit einhergehende Immunisierung eines großen Teils der Bevölkerung hat einen wesentlichen Beitrag geleistet, um die Hospitalisierungen während der dritten Welle in einem erträglichen Ausmaß zu halten.

Inhalt

Zusammenfassung	III
Abbildungen.....	VI
1 Hintergrund.....	1
2 Methodik.....	3
3 Stationäre Versorgung von Covid-19 Fällen.....	4
4 Medizinische Akutfälle	6
4.1 Aufenthalte mit Herzinfarkten	6
4.2 Aufenthalte mit Schlaganfällen	7
4.3 Unfälle.....	8
5 Medizinisch planbare, nicht akute Fälle	10
5.1 Aufenthalte mit Endoprothesen-Operationen von Knie und Hüfte	10
5.2 Katarakt-OP.....	11
6 Versorgung von Krebskranken	13
7 Kinder- und Jugendgesundheit	16
8 Psychosoziale Versorgung.....	20
9 Spitalsambulanter Bereich.....	21
10 Ausblick aus Sicht der Expertinnen/Experten	22

Abbildungen

Abbildung 1.1: Anzahl der auf Normalstationen betreuten Fälle (Stand 24.03.2022)	2
Abbildung 1.2: Anzahl der auf Intensivstationen betreuten Fälle (Stand 24.03.2022)	2
Abbildung 3.1: Anzahl Belagstage auf Intensivstationen mit und ohne Covid-19 Diagnose, 2020	5
Abbildung 4.1: Aufenthalte mit Herzinfarkt und Herzkathetereingriff	6
Abbildung 4.2: Aufenthalte mit Schlaganfall auf einer Stroke Unit.....	8
Abbildung 4.3: Aufenthalte mit Unfall-Diagnose	9
Abbildung 5.1: Aufenthalte mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte	11
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit einer Katarakt-OP.....	12
Abbildung 6.1: Aufenthalte mit Krebs	13
Abbildung 6.2: stat. Aufenthalte und spitalsamb. Besuche mit onkologischer Pharmakotherapie.....	14
Abbildung 6.3: Aufenthalte mit Brustkrebsoperationen	15
Abbildung 7.1: Aufenthalte Kinder bis 14 Jahre	16
Abbildung 7.2: Aufenthalte mit Infektionen bei Kindern bis 14 Jahre	17
Abbildung 7.3: spitalsambulante Besuche bei Kindern bis 14 Jahre.....	18
Abbildung 7.4: Durchschnittliche Verweildauer bei Entbindungen.....	18
Abbildung 8.1: Aufenthalte mit psychischen Erkrankungen	20
Abbildung 9.1: spitalsambulante Besuche 2018-2020.....	21

1 Hintergrund

Am 11.03.2020 erklärte die World Health Organization den Ausbruch von COVID-19 zur Pandemie. Ab diesem Tag begannen auch die Infektionen in Österreich anzusteigen. Am Höhepunkt der ersten Welle, die mit restriktiven gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Maßnahmen (erster Lockdown) einherging, wurden ca. 850 Fälle auf Normalstationen und knapp 270 Fälle auf Intensivstationen verzeichnet.

Ab September 2020 kam es neuerlich zu einem – diesmal deutlich stärkeren – Anstieg der Infektionszahlen, der in einem weiteren Lockdown mündete, welcher, mit einer kurzen Unterbrechung, bis Februar 2021 aufrecht war. Mit ca. 14 Tagen Verzögerung kam es auch bei den Hospitalisierungen zu einem massiven Anstieg, der seinen Höhepunkt Ende November 2020 mit knapp 4.000 Fällen auf Normalstationen erreichte. Ein analoges Bild boten auch die Hospitalisierungen auf Intensivstationen, am Höhepunkt wurden knapp über 700 Fälle pro Tag auf Intensivstationen gezählt. Damit erreichten bzw. überschritten die hospitalisierten COVID-19-Fälle, vor allem auf Intensivstationen, erstmals die Maximalbelegung, sodass wiederum eine Einschränkung der Regelversorgung stattfinden musste.

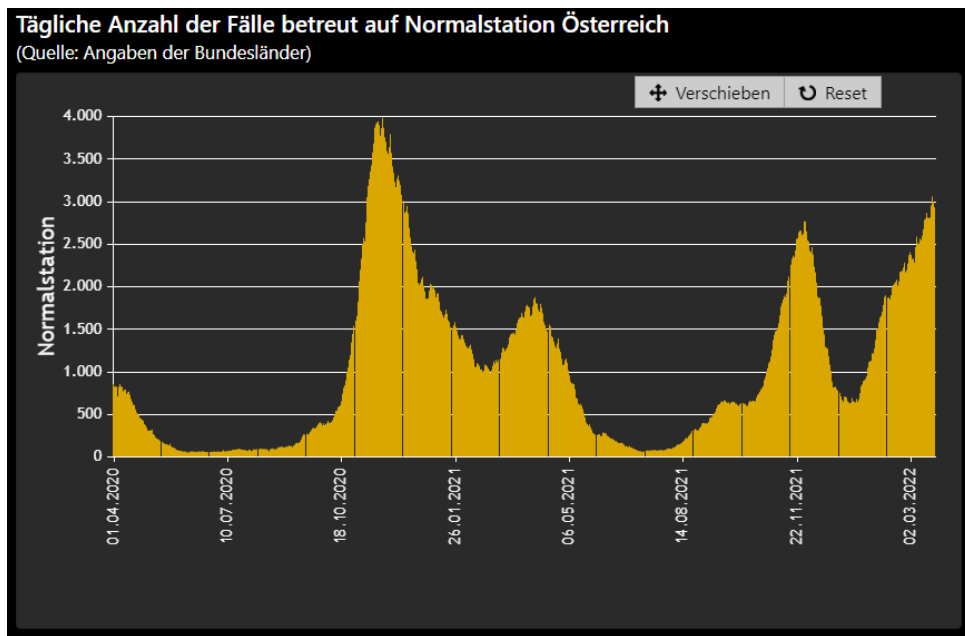
Mit kurzem zeitlichem Abstand stiegen die Infektionszahlen Mitte März 2021 wieder an, diese Welle dauerte bis Mitte April 2021. Mit kurzer Verzögerung kam es auch zum erwarteten Anstieg der Hospitalisierungen mit max. 1.800 Fällen auf Normalpflege- und ca. 600 Fällen auf Intensivstationen.

Ab Frühjahr 2021 standen Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 für die Bevölkerung zur Verfügung, die das Risiko schwer an COVID-19 zu erkranken oder zu versterben nachweislich reduzieren. Zunächst wurden zwei Impfdosen im Abstand von ca. drei bis vier und temporär fünf bis sechs Wochen, dann ab Herbst auch eine dritte Impfdosis nach sechs Monaten empfohlen.

Im Herbst 2021 begann ab September mit einem Peak im November eine heftige Infektionswelle, ausgelöst durch die Delta-Variante von SARS-CoV-2. Auf Grund der bereits erfolgten Immunisierung eines Teils der Bevölkerung erreichten die Zahlen der auf Normalpflegestationen mit COVID-19 Behandelten (max. 2.600 Fälle pro Tag) nicht das Niveau der Herbst- bzw. Winterwelle von 2020, allerdings stiegen die Fallzahlen auf Intensivstationen wiederum auf ca. 650 Fälle pro Tag an und erreichten damit einmal mehr die Maximalbelegung.

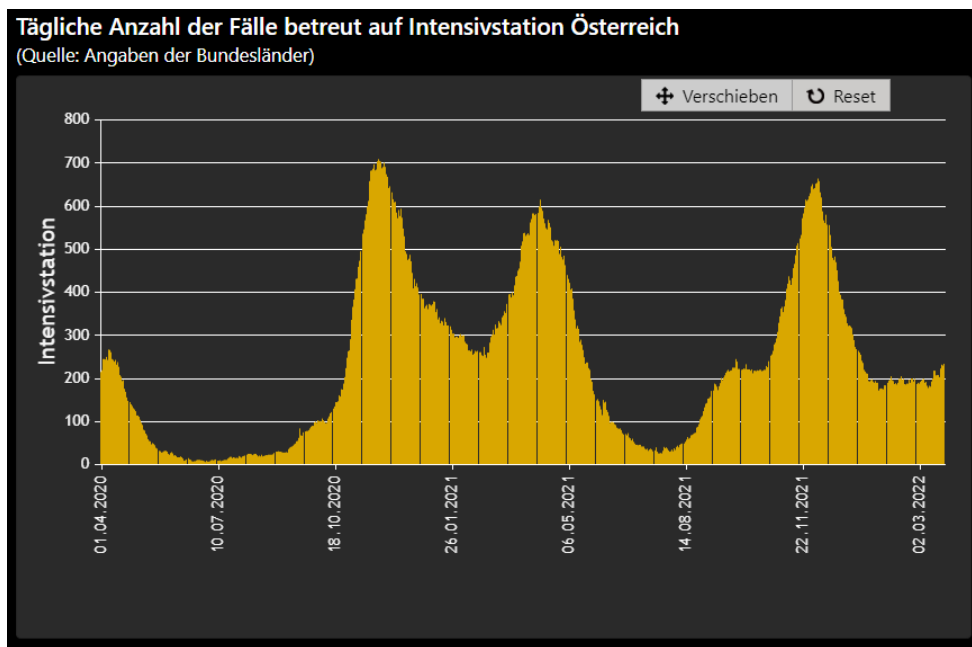
Nach einem kurzfristigen Rückgang der Infektionszahlen begann im Jänner 2022, ausgelöst durch die Omikron-Variante, ein massiver Anstieg der Infizierten, wobei die Zahlen Anfang März 2022 Rekord-Niveau erreichten.

Abbildung 1.1:
Anzahl der auf Normalstationen betreuten Fälle (Stand 24.03.2022)



Quelle: AGES Dashboard: <https://covid19-dashboard.ages.at/>

Abbildung 1.2:
Anzahl der auf Intensivstationen betreuten Fälle (Stand 24.03.2022)



Quelle: AGES Dashboard: <https://covid19-dashboard.ages.at/>

2 Methodik

Vorläufige Daten aus dem stationären Bereich der Fondskrankenanstalten (Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation) 2021 im Vergleich zu den Vorjahren 2018, 2019 und 2020 wurden für Österreich gesamt ausgewertet und analysiert. Erstmals stehen auch Daten zu ambulanten Besuchen aus dem spitalsambulanten Bereich für 2020 im Vergleich zu 2018 und 2019 zur Verfügung.

Limitationen

Die zum aktuellen Zeitpunkt vorliegenden Daten 2021 erlauben nur eine Auswertung von stationären Krankenhausaufenthalten in Fondskrankenanstalten. Hinzuweisen ist auch darauf, dass es sich um **vorläufige Daten** handelt, die noch nicht den üblichen Qualitätssicherungsprozess durchlaufen haben.

Ambulante Daten liegen aktuell nur für das Jahr 2020 aus dem spitalsambulanten Bereich vor. Da eine kodierte Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich nicht verpflichtend ist, sind die Auswertungsmöglichkeiten eingeschränkt.

Ebenso können aufgrund der vorliegenden Daten keine validen Aussagen über gesundheitliche Auswirkungen für die Bevölkerung getätigt werden, da diese einer längerfristigen Betrachtung unterzogen werden müssen.

Des Weiteren ist für die vorliegende Analyse zu berücksichtigen, dass qualitative Aspekte nicht mitabgedeckt wurden.

3 Stationäre Versorgung von COVID-19-Fällen

Beginnend mit März 2020 wurden auch in Österreich zunehmend Personen wegen oder mit einer COVID-19 Erkrankung stationär aufgenommen. Analysiert wurden in den Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD)-Daten Haupt- und Nebendiagnosen mit COVID-19 Erkrankung (ICD-10 U07), wobei das Entlassungsdatum für die Auswertungen herangezogen wurde. Dadurch ergibt sich bei den Zahlen für Dezember noch eine gewisse Unschärfe.

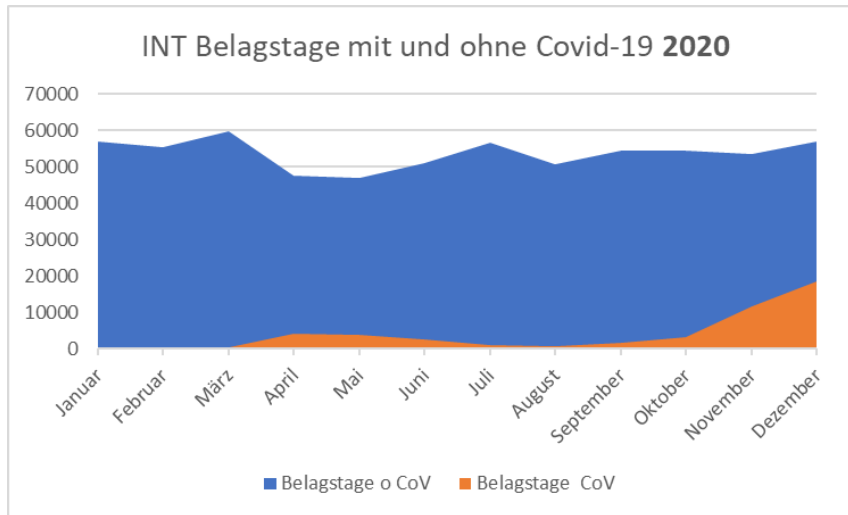
Erkennbar sind bei den **stationären Aufenthalten** 2020 und 2021 drei Wellen, die erste Welle zwischen März und Mai 2020 mit einem Höhepunkt von ca. 2.200 Entlassungen im April. Die zweite Welle beginnend mit September 2020, die ihren Höhepunkt im November 2020 mit knapp 12.400 stationären Entlassungen erreichte und bis Mai 2021 dauerte. Die dritte Welle begann ebenfalls wiederum im September 2021 und erreichte ihren Höhepunkt mit knapp 7.800 Entlassungen ebenfalls im November.

Im Vergleich zu allen stationären Aufenthalten war die durchschnittliche **Verweildauer** bei stationären Aufenthalten mit der Diagnose COVID-19 mit 10,7 Tagen im Jahr 2020 sowie 12,9 Tagen im Jahr 2021, verglichen mit ca. 5,5 Tagen für alle Aufenthalte, deutlich länger.

Der Anteil der auf **Intensivstationen** versorgten COVID-19-Fälle an allen mit der Diagnose COVID-19 stationär Aufgenommenen lag 2020 gesamt bei 14 % mit einem Peak von 25 % im Juni. 2021 betrug der Anteil im Gesamtjahr 19 % mit einem Maximalwert von 32 % im Juli, was auf die lange Verweildauer, speziell bei Personen mit einem Intensivaufenthalt zurückzuführen ist.

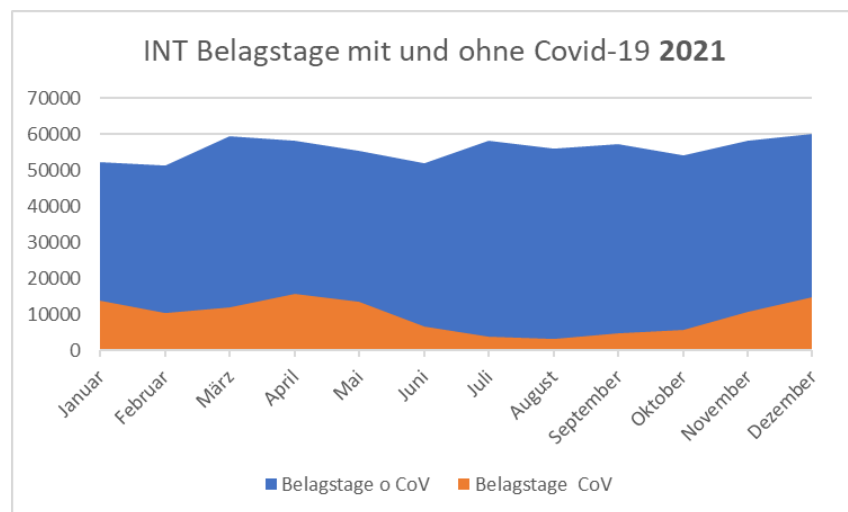
Der Anteil der Belagstage von COVID-19 Fällen an allen Belagstagen auf Intensivstationen stieg in der zweiten Welle kontinuierlich an und betrug im Dezember 2020 dann österreichweit 33 % (vgl. Abbildung 3.1), wobei dieser Intensivanteil bis Mai 2021 kontinuierlich zwischen 20 % und 27 % betrug. In der dritten Welle ab Herbst 2021 kam es wiederum zu einem Anstieg, im Dezember 2021 musste ein Viertel aller Hospitalisierten auf einer Intensivstation behandelt werden (vgl. Abbildung 3.2).

Abbildung 3.1:
Anzahl Belagstage auf Intensivstationen mit und ohne COVID-19 Diagnose, 2020



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Abbildung 3.2:
Anzahl Belagstage auf Intensivstationen mit und ohne COVID-19 Diagnose, 2021



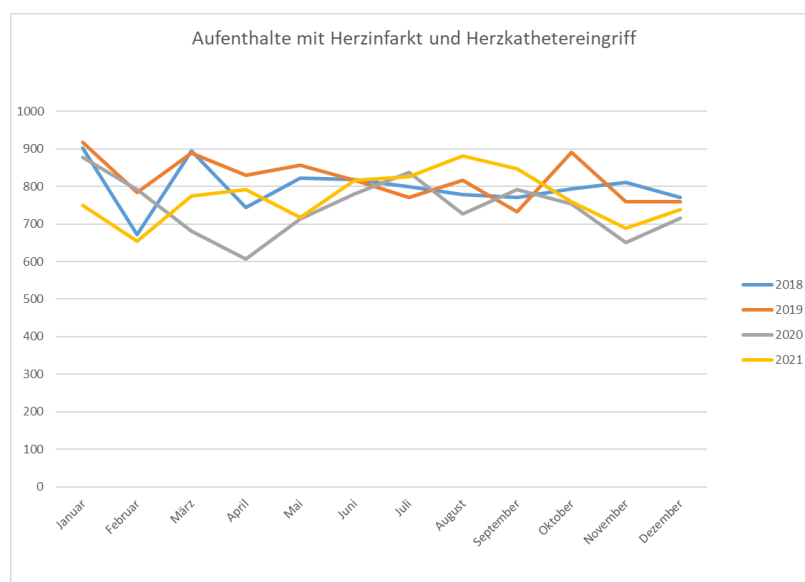
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

4 Medizinische Akutfälle

4.1 Aufenthalte mit Herzinfarkten

Ausgewertet wurden die Aufenthalte in Österreich mit der Diagnose akuter Herzinfarkt I21 oder I22 (ICD-10 3-Steller), die einen interventionellen Eingriff im Herzkatheterlabor hatten und somit in eine der Medizinischen Einzelleistungsgruppen (MEL-Gruppen) MEL21.xx fielen, in den Zeiträumen 2018, 2019, 2020 und 2021.

Abbildung 4.1:
Aufenthalte mit Herzinfarkt und Herzkathetereingriff



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

In den Monaten März bis Mai 2020 ist ein Rückgang der Aufnahmen bis zu 25 % zu erkennen. Ab Juni erreichen die stationären Aufnahmen wieder das Niveau der Vorjahre. Im November kam es während der Herbstwellen der Pandemie 2020 und 2021 erneut zu einem leichten Rückgang der Fallzahlen. Damit ist der bereits international beschriebene Rückgang bei der Versorgung von Herzinfarkten² während der Pandemiewellen auch in Österreich zu beobachten.

² <https://www.cnbc.com/2020/08/04/coronavirus-pandemic-lowered-emergency-room-visits-why.html>
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2768777>

Die gesundheitlichen Auswirkungen für die nicht behandelten Patientinnen/Patienten sind zum derzeitigen Zeitpunkt nicht abzuschätzen. Dazu sind langfristige Datenanalysen und tiefergehende Untersuchungen erforderlich.

Anzumerken ist, dass eine Narbenbildung im Herzmuskelgewebe nach einem Infarkt zu einer Verringerung der Pumpleistung des Herzens und somit in Folge zu einer Herzinsuffizienz führen kann. Auch Rezidiv-Infarkte sind nicht auszuschließen, wenn eine Mehrgefäßerkrankung vorliegt, die durch die fehlende Herzkatheterdiagnostik nicht erkannt wurde.

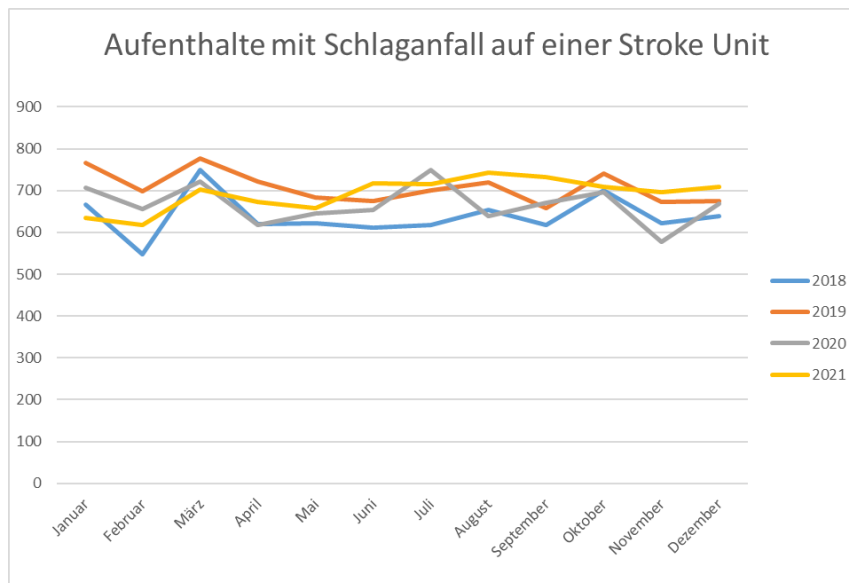
4.2 Aufenthalte mit Schlaganfällen

Ausgewertet wurden die Aufenthalte in Österreich mit der Diagnose Schlaganfall I63 und I64 (ICD-10 3-Steller), die auf einer Stroke Unit behandelt wurden und somit in die MEL-Gruppe MEL26.02 fielen, für den Zeitraum 2018 bis 2021.

Die Aufenthaltszahlen der Pandemiejahre 2020 und 2021 liegen weitgehend in der Range der Vorjahre, die Pandemiewellen führten zu keiner Reduktion der Fallzahlen.

Grundsätzlich ist die Symptomatik bei Schlaganfällen für den überwiegenden Teil der Patientinnen/Patienten dramatisch, weswegen auch der Notfall richtig eingeschätzt wird. Allerdings können leichte Formen neurologischer Ausfälle, die sich wieder vollständig zurückbilden, durchaus auch übersehen werden. Diese können aber Vorboten eines massiven Schlaganfalls sein, der im Falle einer rechtzeitigen Behandlung vermieden werden kann.

Abbildung 4.2:
Aufenthalte mit Schlaganfall auf einer Stroke Unit



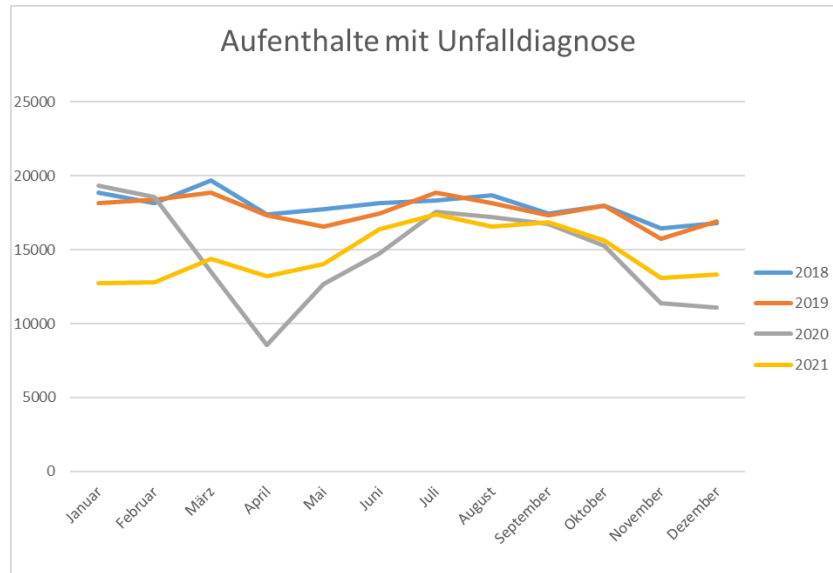
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

4.3 Unfälle

Im Verlauf der Pandemie zeigten sich mit den Lockdowns auch positive Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung. Es waren vor allem während der ersten beiden Pandemiewellen 2020, aber auch 2021 deutlich weniger Aufenthalte mit einer Unfalldiagnose zu verzeichnen. Dies könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass weniger riskante Outdoor-Aktivitäten stattfanden und der motorisierte Verkehr zurückging.

Ausgewertet wurden Aufenthalte mit einer Hauptdiagnose aus den Kapiteln S und T (gemäß ICD-10) für die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021 für Österreich gesamt. Dabei zeigt sich für die Monate März bis Mai 2020 ein deutlicher Rückgang um die Hälfte, verglichen mit den Vergleichswerten der Vorjahre. In den Sommermonaten wurden die Zahlen der Vorjahre nur knapp erreicht, um ab Oktober 2020 wieder deutlich zurückzugehen. Die Fallzahlen 2021 blieben Anfang des Jahres auf deutlich niedrigerem Niveau, um erst ab Juni 2021 für den Sommer wieder in etwa das vorpandemische Niveau zu erreichen. Der neuerliche Rückgang ab November 2021 war weniger stark als 2020.

Abbildung 4.3:
Aufenthalte mit Unfall-Diagnose



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

5 Medizinisch planbare, nicht akute Fälle

Nicht akute Eingriffe oder Operationen sind grundsätzlich planbar, allerdings besteht auf Grund der Symptomatik bei einigen dieser Fälle eine gewisse Dringlichkeit. Beispielsweise müssen Krebsoperationen zeitnah nach der Diagnose durchgeführt werden, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern (Analysen vgl. Kapitel 6). Eine vorliegende starke chronische Schmerzsymptomatik macht orthopädische Operationen, speziell Endoprothesen von Knie und Hüfte, ebenfalls zu dringlichen Eingriffen. Kleinere planbare Eingriffe, wie beispielsweise eine Operation des grauen Stars (Katarakt-OP), können zu einem Großteil verschoben bzw. in einem strikt abgeschotteten Setting in Krankenanstalten auch während der Pandemie tagesklinisch oder ambulant operiert werden.

5.1 Aufenthalte mit Endoprothesen-Operationen von Knie und Hüfte

Orthopädische Operationen und Eingriffe sind in der Regel gut planbar, müssen aber in manchen Fällen auf Grund zunehmender chronischer Schmerzen oder funktioneller Defizite dringlicher durchgeführt werden. Endoprothesen-Operationen des Hüft- oder Kniegelenks sind bei alten oder multimorbiden Personen zu einem gewissen Anteil mit einem (kurzen) postoperativen Aufenthalt auf einer Intensivstation verbunden. Mit einer Verschiebung solcher nicht dringlichen Operationen können daher auch Intensivkapazitäten kurzfristig frei gemacht werden.

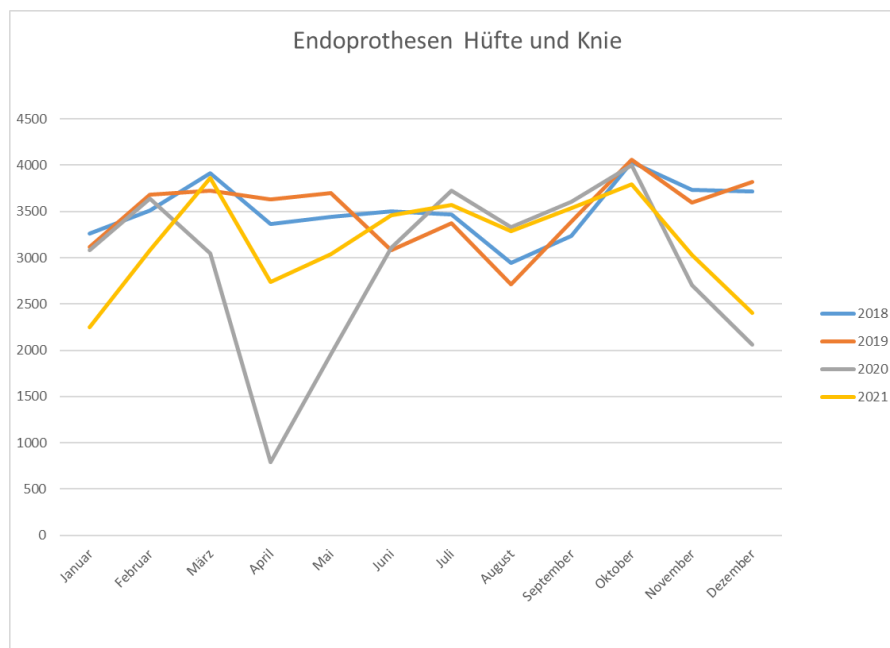
Ausgewertet wurden alle Aufenthalte in Österreich mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte (MEL14.07, MEL14.08, MEL14.09, MEL14.10) für die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021.

Mit der ersten Pandemiewelle im März 2020 kam es zu einem massiven Rückgang der Aufenthalte mit einem Tiefpunkt im April um knapp minus 80 % verglichen mit 2019, wobei die Fallzahlen aber im Juni bereits wieder die Zahlen der Vorjahre erreichten bzw. sogar überstiegen. Ab November 2020 zeigt sich bis Feber 2021 wiederum eine Reduktion der Aufenthalte, die aber mit ca. minus 40 % nicht das Ausmaß vom April erreichte. Eine weitere Reduktion der Aufenthalte fand noch während der Welle im April bzw. Mai 2021 statt. Während der Sommermonate bis Oktober 2021 zeigt sich, wie schon 2020, dass die Fallzahlen der Vor-Pandemiejahre 2018 und 2019 überschritten wurden.

In dieser Auswertung zeigt sich deutlich, dass durch die Verschiebung von grundsätzlich planbaren und weniger dringlichen Operationen Intensivkapazitäten während der Pandemiewellen frei gemacht bzw. -gehalten werden mussten, die für Personen mit einer COVID-19-Erkrankung gebraucht wurden. Während der zweiten und dritten Pandemiewelle, die einzelne Bundesländer an bzw. über die Auslastungsgrenze der Intensivkapazitäten führte, war dies eine absolut notwendige Maßnahme.

Weiters musste auch Personal (v.a. Pflegepersonal) von anderen Abteilungen bzw. Stationen für die Betreuung von COVID-19-Patientinnen und Patienten herangezogen werden.

Abbildung 5.1:
Aufenthalte mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte



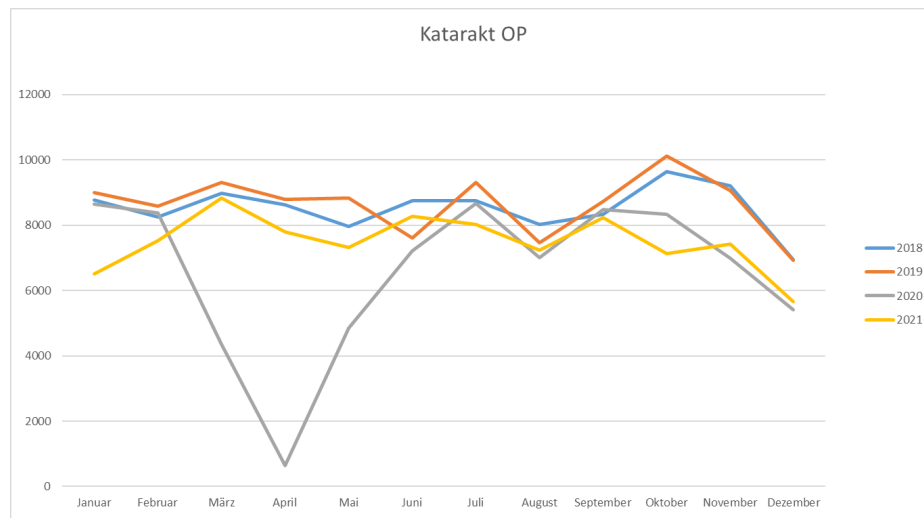
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

5.2 Katarakt-OP

Katarakt-OP gehören zu den planbaren, nicht dringlichen Eingriffen, die überwiegend tagesklinisch oder ambulant durchführbar sind. Wenn eine räumliche Trennung in Krankenanstalten möglich ist, können diese Eingriffe unter Einhaltung strikter hygienischer Maßnahmen inkl. präoperativer SARS-CoV-2-Tests auch während der Pandemie durchgeführt werden, vorausgesetzt, dass die zu operierenden Personen zustimmen.

Ausgewertet wurden alle Aufenthalte in Österreich mit einer Katarakt-OP (MEL15.05) für die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021.

Abbildung 5.2:
Aufenthalte mit einer Katarakt-OP



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

In der ersten Pandemiewelle sieht man, beginnend mit März, einen massiven Rückgang der Fallzahlen mit einem Tiefpunkt im April. Von Juni bis September 2020 wurden die Fallzahlen der Vorjahre erreicht, um dann ab November bis Jänner 2021 wieder zurückzugehen, allerdings nur in einem Ausmaß von etwas über 20 %. In der dritten Pandemiewelle ab November 2021 ist wiederum eine leichte Reduktion der Fallzahlen erkennbar.

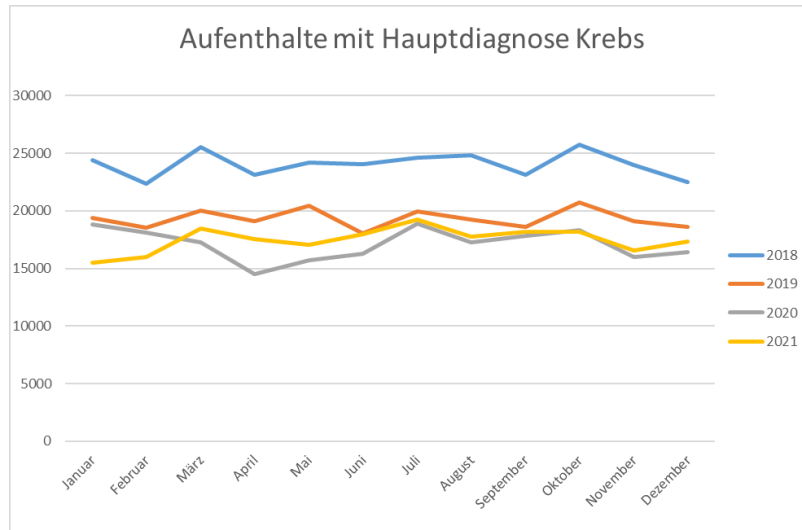
6 Versorgung von Krebskranken

Krebsbehandlungen sind in der Regel geplante Aufenthalte, aber mit einer gewissen Dringlichkeit, da bei onkologischer Pharmakotherapie oder Bestrahlung die vorgegebenen Behandlungsregime eingehalten und Krebsoperationen durchgeführt werden müssen, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu vermeiden. Allerdings sind alle Krebspatientinnen/-patienten Teil der Risikogruppe für COVID-19 und wurden dementsprechend, sofern in einem Arbeitsverhältnis, auch von der Sozialversicherung verständigt und darüber informiert.

Ausgewertet wurden alle Aufenthalte mit einer Krebsdiagnose (ICD-10 Kapitel C00-C99) in Österreich, unabhängig davon, ob eine und/oder welche Leistung erbracht wurde. Während es in den Monaten März bis Mai 2020 (erste Welle mit Lockdown) zu einem Rückgang der Aufenthalte um bis zu 20 % kam, ist die Reduktion der Aufenthalte während der zweiten Welle geringer ausgefallen. In der dritten Welle ab November 2021 waren die Zahlen etwas über dem Niveau 2020.

Mit dem LKF-Modell 2017 kann die onkologische Pharmakotherapie ambulant durchgeführt werden und ist damit in den stationären Daten nicht mehr oder nicht im selben Umfang enthalten. Das zeigt sich im Rückgang der stationären Aufenthalte von 2018 auf 2019.

Abbildung 6.1:
Aufenthalte mit Krebs

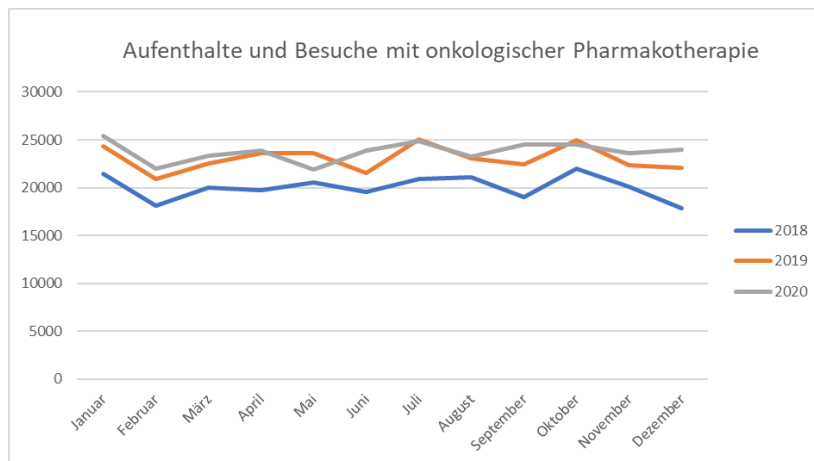


Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Mit dem Vorliegen spitalsambulanter Daten war eine Auswertung zur onkologischen Pharmakotherapie, die sowohl im stationären (v.a. Nulltages-) als auch spitalsambulanten Bereich abgerechnet werden kann, möglich. Ausgewertet wurden stationäre Aufenthalte sowie spitalsambulante Besuche mit einer entsprechenden Leistung aus dem Leistungskatalog (monoklonale Anti-

körper XA---, sonstige Therapien XB---, Chemotherapien XC---). Insgesamt sieht man eine Zunahme der Aufenthalte und Besuche von 2018 auf 2019, die Zahlen blieben dann 2020 relativ konstant. Eine Reduktion der Fallzahlen während der ersten und zweiten Pandemiewelle im Jahr 2020 ist nicht zu erkennen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass diese Therapien auch während der Pandemie überwiegend ohne Einschränkungen weitergelaufen sind.

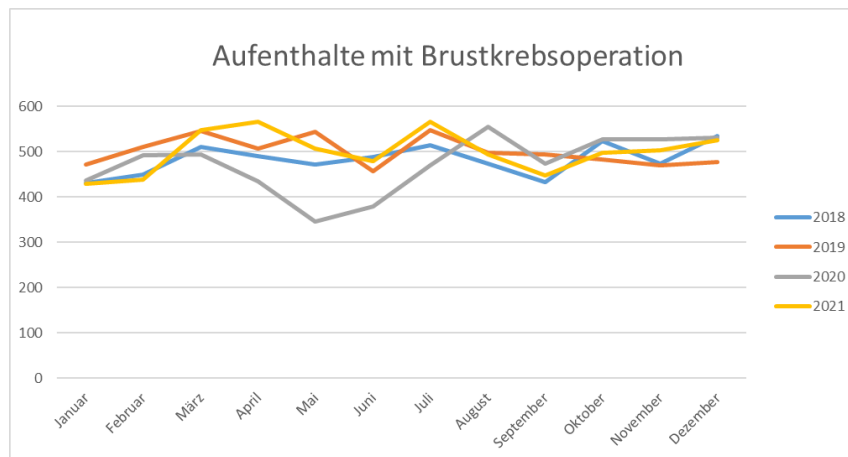
Abbildung 6.2:
stat. Aufenthalte und spitalsambulante Besuche mit onkologischer Pharmakotherapie



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Eine Auswertung zur **operativen Versorgung von Brustkrebs** (Krebsdiagnose – ICD-10 Kapitel C00-C99; MEL16.02 Mammaresektionen) zeigt, dass die Aufenthalte, beginnend mit März 2020, ebenfalls ganz leicht zurückgingen, die Fälle aber im Mai, als in fast allen stationären Bereichen bereits wieder eine Steigerung der Fallzahlen stattfand, noch weiter absanken. Ab August 2020 lagen die Fallzahlen sogar über denen der Vorjahre. Auch für das Jahr 2021 sieht man keinen Rückgang der Fallzahlen.

Abbildung 6.3:
Aufenthalte mit Brustkrebsoperationen



Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Es ist davon auszugehen, dass geplante Diagnostik bei milder Symptomatik, die einen Aufschub rechtfertigte, während des Lockdowns in der ersten Welle der Pandemie in vielen Fällen verschoben wurde, ebenso wahrscheinlich auch alle Maßnahmen der Früherkennung von Krebs, wie Mammographien. Auch die Angst vor einer Ansteckung mit COVID-19 in Spitälern oder anderen Gesundheitseinrichtungen führte vermutlich zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von diagnostischen Untersuchungen und somit zu weniger Aufenthalten.

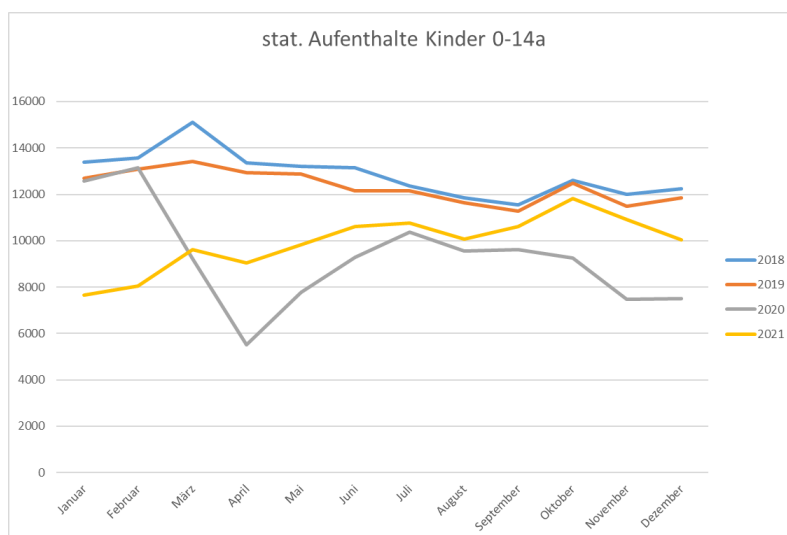
Nach Analyse der ersten Daten im Herbst 2020 wurden die Folgen von nicht durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen thematisiert. So kann davon ausgegangen werden, dass diese Untersuchungen während der zweiten Pandemiewelle zumindest in einem gewissen Ausmaß durchgeführt wurden und so zu keiner Reduktion der Erstbehandlung von Krebserkrankungen führten. Eine Untermauerung dieser Annahme kann erst erfolgen, wenn auch Daten aus dem extramuralen ambulanten Bereich vorliegen.

7 Kinder- und Jugendgesundheit

Verschiedene Berichte gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche die am stärksten indirekt betroffene Gruppe der Pandemie sind – vor allem in Bezug auf Gesundheit und Soziales³.

Im stationären Bereich ist ein deutlicher Rückgang der Aufenthalte im Jahr 2020 von Kindern in der Altersgruppe bis 14 Jahre mit einem Minimum im April (weniger als die Hälfte, verglichen mit 2019) zu erkennen. Auch in den Sommermonaten erreichten die Fallzahlen nicht annähernd die der Vorjahre. Mit der zweiten Pandemiewelle kam es ab Oktober 2020 wiederum zu einem deutlichen Absinken der Aufenthaltszahlen, wobei diese erst im September 2021 in etwa das Niveau der Vor-Pandemiejahre erreichten, um mit Dezember neuerlich zurückzugehen.

Abbildung 7.1:
Aufenthalte Kinder bis 14 Jahre



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

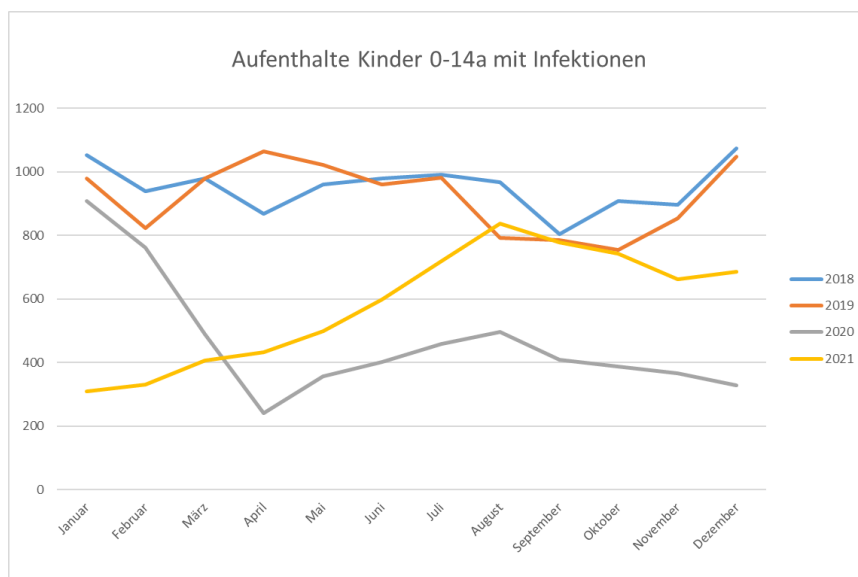
Ergänzend wurden für Kinder auch stationäre Aufenthalte mit Infektionen (ICD-10 Kapitel A und B) ausgewertet. Auch hier zeigt sich ein massiver Rückgang der stationären Aufenthalte von März bzw. April 2020 bis August 2021, wobei vor allem der Rückgang im Spätherbst, eine Jahreszeit, in der üblicherweise vermehrt Infekte auftreten, auffällig ist. Auch im Dezember 2021 ist dieser

³ van Lancker, Wim; Parolin, Zachary (2020): COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. In: published online April 7, 2020: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(1020\)30084-30080](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(1020)30084-30080)

UN News (2020): UN chief calls for greater protection for children caught up in COVID-19 crisis. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061892>

Anstieg ausgeblieben. Mögliche Ursachen dafür könnten die strengen Hygieneregeln sein, wie z.B. Abstand halten, Maske tragen und häufigeres Händewaschen, sowie vor allem auch die Schließung von Kindergärten und Schulen. Ein weiterer Grund für den Rückgang im Frühjahr 2020 könnte aber auch sein, dass Familien aus Angst vor einer COVID-19-Infektion in den Krankenhäusern diese eher nicht aufgesucht haben.

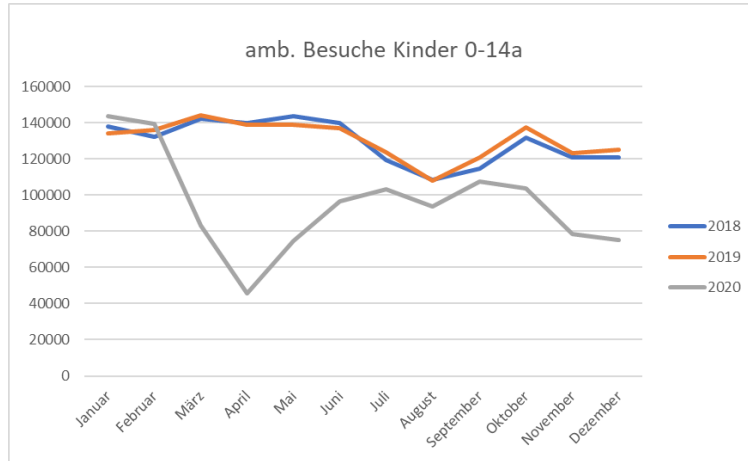
Abbildung 7.2:
Aufenthalte mit Infektionen bei Kindern bis 14 Jahre



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

In der ersten Pandemiewelle im Frühjahr 2020 ist im spitalsambulanten Bereich ebenfalls ein massiver Rückgang der ambulanten Besuche bei Kindern bis 14 Jahre zu erkennen. In der zweiten Welle ab November 2020 war die Reduktion zwar ausgeprägt, aber nicht mehr so stark. Während der Sommermonate erreichen die Fallzahlen ca. 80 % der Vorjahreswerte.

Abbildung 7.3:
Spitalsambulante Besuche bei Kindern bis 14 Jahre

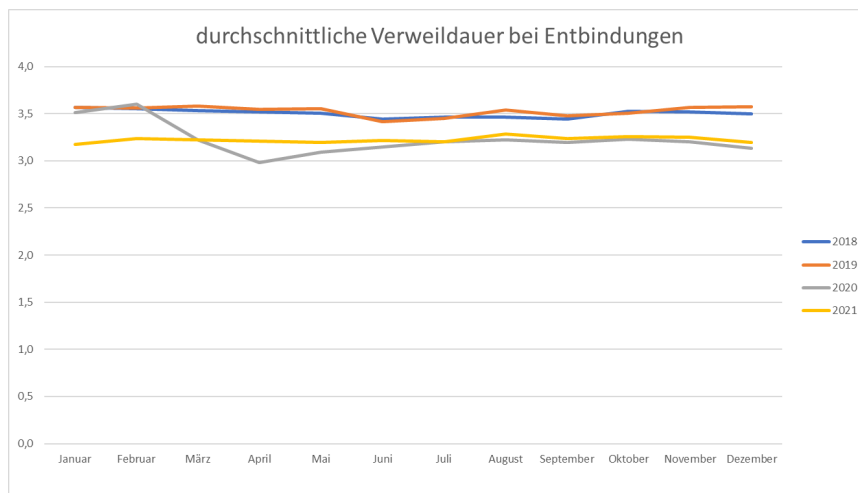


Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Auch die Rahmenbedingungen für **Geburten** waren während der Lockdowns verändert (Besuche, Begleitung, Hygienevorschriften).

Auswertungen zur durchschnittlichen Verweildauer von stationären Aufenthalten bei Frauen mit Entbindungen (JN020 Entbindung; nicht berücksichtigt sind Kaiserschnitte oder komplizierte Entbindungen) zeigen einen Rückgang der Verweildauer beginnend mit März 2020 von ca. einem halben Tag, der auch weiterhin, in etwas geringerem Ausmaß, inkl. 2021 bestehen bleibt.

Abbildung 7.4:
Durchschnittliche Verweildauer bei Entbindungen



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

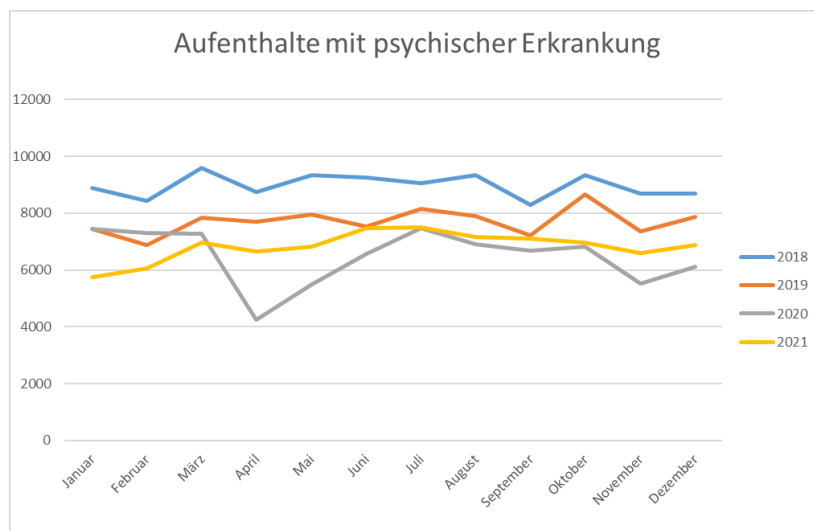
Ursache dafür könnte sein, dass sich Frauen bzw. Mütter nach der Entbindung zu Hause vor einer COVID-19-Infektion sicherer fühlten als im Spital. Konkrete Auswirkungen auf die betroffenen Frauen respektive Mütter wären mit einer qualitativen Methodik zu untersuchen.

8 Psychosoziale Versorgung

Für den stationären Bereich wurden alle Aufenthalte in Österreich mit einer Hauptdiagnose aus den Kapiteln F00-F99 (ICD-10) für die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021 ausgewertet. Hinzuweisen ist, dass auf Grund einer Änderung des LKF-Modells in der Psychiatrie halbstationäre Fälle (tagesklinischer Bereich) in den ambulanten Bereich verschoben wurden und so für eine Auswertung nicht zur Verfügung standen. Das zeigt sich in den niedrigeren Aufenthaltszahlen von 2019 im Vergleich zu 2018.

Während des ersten Lockdowns zeigte sich eine starke Reduktion der Aufenthalte mit Tiefpunkt im April 2020 um etwas mehr als die Hälfte im Vergleich zu 2019. Nach einer Konsolidierung wurden ab November während der zweiten Welle bis Februar 2021 wieder weniger Personen stationär aufgenommen, wobei allerdings die Reduktion nicht so stark war wie im Frühjahr. Generell lagen die Fallzahlen 2021 unter denen im vorpandemischen Jahr 2019.

Abbildung 8.1:
Aufenthalte mit psychischen Erkrankungen



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Der Rückgang während des ersten Lockdowns ist Expertinnen und Experten zufolge ursächlich darauf zurückzuführen, dass psychiatrische Stationen bzw. Abteilungen zum Teil als „Notbetten“ für COVID-19-Patientinnen/-Patienten verwendet wurden und damit nicht mehr für die psychiatrische Akutversorgung zur Verfügung standen. Auch die tagesambulante Betreuung (ehemals halbstationärer Bereich) wurde weitgehend geschlossen. Danach wurde während der Pandemiewellen der Regelbetrieb in der Psychiatrie wiederum eingeschränkt, allerdings nicht mehr so deutlich.

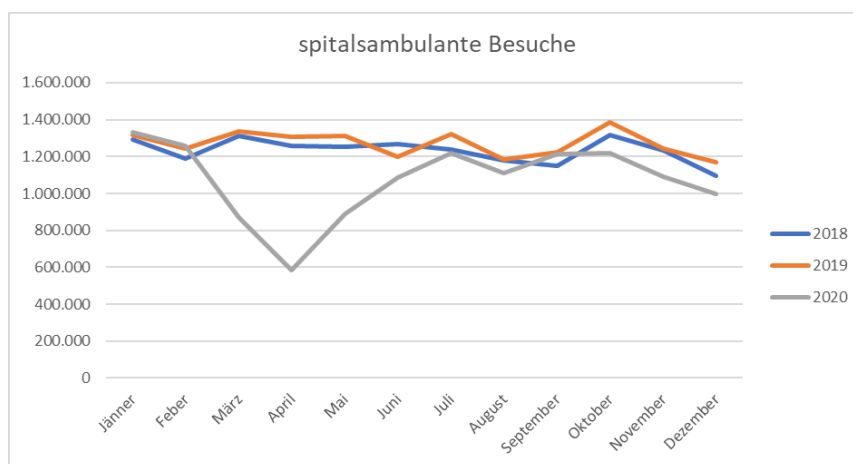
Eine Auswertung für den spitalsambulanten Bereich ist wegen der fehlenden Diagnosendokumentation nicht möglich.

9 Spitalsambulanter Bereich

Mit gegenständlichem Bericht können auch erstmalig Zahlen aus der DLD zu ambulanten Besuchen im spitalsambulanten Bereich 2020 vorgelegt werden. Die Daten aus dem extramuralen, niedergelassenen Bereich liegen für 2020 aktuell noch nicht vor.

Ausgewertet wurden im spitalsambulanten Bereich ambulante Besuche der Jahre 2018 bis 2020. Dabei zeigt sich, wie auch im stationären Bereich, ein massiver Rückgang der Fallzahlen beginnend im März 2020 bis Mai 2020 während des ersten Lockdowns. Im November und Dezember 2020 (zweite Pandemiewelle) war lediglich ein mäßiger Rückgang zu verzeichnen.

Abbildung 9.1:
Spitalsambulante Besuche 2018 bis 2020



Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

10 Ausblick aus Sicht der Expertinnen/Experten

Die vorgelegten Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf Fondskrankenanstalten mit Schwerpunkt auf den stationären Bereich. Um ein umfassenderes Bild der Versorgung während der Pandemie zu erhalten, sind jedenfalls nach Vorliegen der ambulanten Daten aus dem niedergelassenen extramuralen Bereich entsprechende Auswertungen und auch gesamthafte Analysen durchzuführen. Einschränkend ist dabei jedenfalls zu bemerken, dass im ambulanten Bereich Diagnosen nicht strukturiert erfasst und kodiert werden müssen und somit nicht in auswertbarer und in mit stationären Diagnosedaten vergleichbarer Form vorliegen. Jedenfalls sind – solange die Pandemie besteht – weitere Analysen zumindest jährlich zur stationären und – je nach Datenlage – auch zur ambulanten Versorgung vorzusehen.

Die ersten Analysen der Halbjahresdaten 2020 und somit der ersten Welle der Pandemie mit dem ersten Lockdown wurden im Spätsommer publiziert und im Herbst in diversen Gremien der Zielsteuerung Gesundheit thematisiert. Darauf aufbauend und auf Grund einer besseren Ausstattung mit Schutzausrüstung, der vermehrten Testmöglichkeiten und dem Wissen um das Verhalten des Virus wurde in der zweiten Pandemiewelle von Seiten der Krankenanstalten differenzierter reagiert. Eine weitere Erleichterung der Versorgungssituation ergab sich ab 2021 durch die Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2, die nachweislich schwere Krankheitsverläufe und somit Hospitalisierungen reduzieren.

In den im gegenständlichen Bericht analysierten Bereichen fiel die Reduktion der stationären Aufenthalte – oft sogar deutlich – geringer aus als während der ersten Welle, obwohl die Hospitalisierungen von Personen mit COVID-19 in den darauf folgenden Pandemiewellen um ein Vielfaches höher waren als im Frühjahr 2020. Da im Zuge der zweiten und dritten Pandemiewelle die Intensivkapazitäten die Auslastungsgrenze erreichten bzw. diese in manchen Bundesländern überschritten, war eine Verschiebung von planbaren, nicht dringlichen Operationen, die in größerem Ausmaß einen Intensivaufenthalt bedingen, unumgänglich. Generell ist davon auszugehen, dass ab einer gewissen Auslastung der Normalpflege- und Intensivkapazitäten mit COVID-19-Fällen eine Reduktion der Regelversorgung notwendig ist, da die Betreuung dieser infektiösen Patientinnen und Patienten einen deutlich höheren Aufwand bedeutet, wodurch v.a. Pflegepersonal auch aus anderen Abteilungen herangezogen werden muss. Weiters ist auch, wie aktuell während der Omikron-Welle ersichtlich, mit einem Ausfall des Personals (wegen Absonderung oder Arbeitsunfähigkeit) zu rechnen.

Während der Pandemie haben aus Sorge vor einer Ansteckung mit COVID-19 in einer Gesundheitseinrichtung v.a. im Jahr 2020 Personen in einem gewissen Ausmaß Spitäler nicht aufgesucht, obwohl eine Behandlung dringlich gewesen wäre. Von Seiten der Krankenanstalten wurden im Laufe der Pandemie infrastrukturelle und organisatorische Maßnahmen (v.a. der Nachweis eines negativen PCR-Tests) gesetzt, um Ansteckungen innerhalb der Krankenanstalten soweit möglich zu vermeiden.

Zu den allgemeinen Folgen des Lockdowns während der Pandemie wurde eine **Gesundheitsfolgenabschätzung** seitens des BMSGPK beauftragt, von der GÖG durchgeführt und publiziert⁴.

⁴ <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1866>