

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

Rapid Analysis, Aktualisierung

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

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

Rapid Analysis, Aktualisierung

Autorin
Karin Eglau

Projektassistenz
Verena Paschek

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

Wien, im Februar 2021

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

Gesundheit Österreich
GmbH 

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 stark 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-bezogene Mortalität eindämmen konnten (1. 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 den Krankenanstalten wurde in der ersten Pandemiewelle als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle und zur Reduktion der Ansteckungsgefahr in den Monaten März und April der Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduziert. Durch diese Maßnahme wurde eine Kapazitätsreserve geschaffen, um auf ein zum damaligen Zeitpunkt nicht abschätzbares Patientenaufkommen vorbereitet zu sein. Der Lockdown in den Krankenanstalten fand – mit regionalen Unterschieden – im Wesentlichen zwischen Mitte März und Ende April statt, dann erfolgte eine schrittweise Wiederaufnahme des Regelbetriebs. In der 2. Welle der Pandemie wurde, obwohl deutlich höhere Hospitalisierungsraten für Covid-19 auch auf Intensivstationen zu verzeichnen waren, die Regelversorgung nicht so stark eingeschränkt.

Die GÖG wurde mit einer Aktualisierung der ersten *Rapid Analysis* beauftragt, um die Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung im Gesamtjahr 2020 darzustellen. Basis dafür bildeten die verfügbaren vorläufigen Daten aus dem stationären Krankenanstaltenbereich in Relation zum Vergleichszeitraum der Vorjahre 2018 und 2019¹. Der gesamte niedergelassene und spitalsambulante Bereich ist dabei nicht berücksichtigt, da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine vollständigen Daten für 2020 zur Verfügung stehen.

In der stationären Versorgung können im Wesentlichen drei Kategorien von Leistungen hinsichtlich Dringlichkeit unterschieden werden:

- » AKUT und DRINGEND
 - » Grundsätzlich ist in Spitälern die Akutversorgung (z. B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Unfälle) aufrechterhalten geblieben. Die Unfallversorgung ist in den Zeiten der Lock-downs deutlich zurückgegangen.
- » NICHT AKUT, aber DRINGEND
 - » Viele Patientinnen/Patienten wurden auch geplant aufgenommen, wenn eine gewisse Dringlichkeit vorlag, z. B. wenn ein Patient / eine Patientin chronische Schmerzen hatte oder eine Krebserkrankung vorlag.

¹ BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; vorläufige Daten für das Jahr 2020.

» NICHT AKUT und NICHT DRINGEND

- » Viele dieser geplanten Operationen und Untersuchungen wurden – speziell während des 1. Lockdowns – verschoben. Die aktuelle Analyse umfasst erstmals auch Katarakt-OP und Endoprothesen-OP.

Zusätzlich wurden noch die Bereiche der psychosozialen Versorgung sowie die Versorgung von Kindern und Jugendlichen beleuchtet.

In den analysierten Bereichen zeigt sich (mit Ausnahme von Schlaganfällen) eine Reduktion der stationären Aufenthalte in den Monaten März bis Mai 2020 sowie im November und Dezember 2020 im Vergleich zu den Vorjahren, wobei die Reduktion während des 2. Lockdowns nicht so deutlich ausfiel.

Eine der Ursachen für den starken Rückgang der Fallzahlen (speziell während des 1. Lockdowns) war, dass die Krankenanstalten als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle ihren Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduzierten und darüber hinaus – abgesehen von medizinisch vordringlichen Fällen – in der Regel keine neuen Termine für Untersuchungen und Behandlungen vereinbarten. In der 1. Pandemiewelle kam es zu einem starken Rückgang der Regelversorgung, während die Fallzahlen der an Covid-19 Erkrankten durch die Maßnahmen des Lockdowns nicht das befürchtete Ausmaß erreichten. Durch die bessere Ausstattung mit Schutzausrüstung, vermehrte Testmöglichkeiten und das Wissen über den Verlauf einer Covid-19-Erkrankung, das während der 1. Phase der Pandemie, auch international, gesammelt werden konnte, orientierte sich die Reduktion der Regelversorgung während der 2. Pandemiewelle an den Infizierzahlen und fiel, trotz grenzwertiger Belegung der Intensivstationen mit schwer an Covid-19 Erkrankten, vergleichsweise moderat aus.

Ein Grund für die reduzierte Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auch bei Akut- und Notfällen, wenn die Symptomatik nicht massiv ist, war eine generelle Verunsicherung und Ängste in der Bevölkerung, sich in den Krankenanstalten mit dem Virus anzustecken – speziell während des 1. Lockdowns.

Erfreulich aus Sicht der stationären Versorgung ist, dass während der Pandemie weniger Unfälle passierten und auch – vermutlich aufgrund der Abstandsregeln, Hygienevorschriften und Schließung von Kindergärten und Schulen – weniger Kinder mit Infektionen stationär aufgenommen werden mussten.

Inhalt

Zusammenfassung	III
Inhalt	V
Abbildungen.....	VI
1 Hintergrund.....	1
2 Methodik	2
3 Stationäre Versorgung von Covid-19 Fällen.....	3
4 Medizinische Akutfälle	4
4.1 Aufenthalte mit Herzinfarkten	4
4.2 Aufenthalte mit Schlaganfällen	5
4.3 Unfälle.....	6
5 Medizinisch planbare, nicht akute Fälle	8
5.1 Aufenthalte mit Endoprothesen-Operationen von Knie und Hüfte	8
5.2 Katarakt-OP.....	9
6 Versorgung von Krebskranken	11
7 Kinder- und Jugendgesundheit	13
8 Psychosoziale Gesundheit	16
9 Ausblick aus Sicht der Expertinnen/Experten	17

Abbildungen

Abbildung 1.1: Anzahl der auf Normalstationen oder Intensivstationen betreuten Fälle (Stand 18.2.2021)	1
Abbildung 3.1: Anzahl Belagstage auf Intensivstationen mit und ohne Covid-19 Diagnose, 2020	3
Abbildung 4.1: Aufenthalte mit Herzinfarkt und Herzkathetereingriff	4
Abbildung 4.2: Aufenthalte mit Schlaganfall.....	6
Abbildung 4.3: Aufenthalte mit Unfall-Diagnose	7
Abbildung 5.1: Aufenthalte mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte	9
Abbildung 5.2: Aufenthalte mit einer Katarakt-OP.....	10
Abbildung 6.1: Aufenthalte mit Krebs	11
Abbildung 6.2: Aufenthalte mit Brustkrebsoperationen	12
Abbildung 7.1: Aufenthalte Kinder bis 14 Jahre	13
Abbildung 7.2: Aufenthalte mit Infektionen bei Kindern bis 14 Jahre	14
Abbildung 7.3: Durchschnittliche Verweildauer bei Entbindungen.....	15
Abbildung 8.1: Aufenthalte mit psychischen Erkrankungen	16

1 Hintergrund

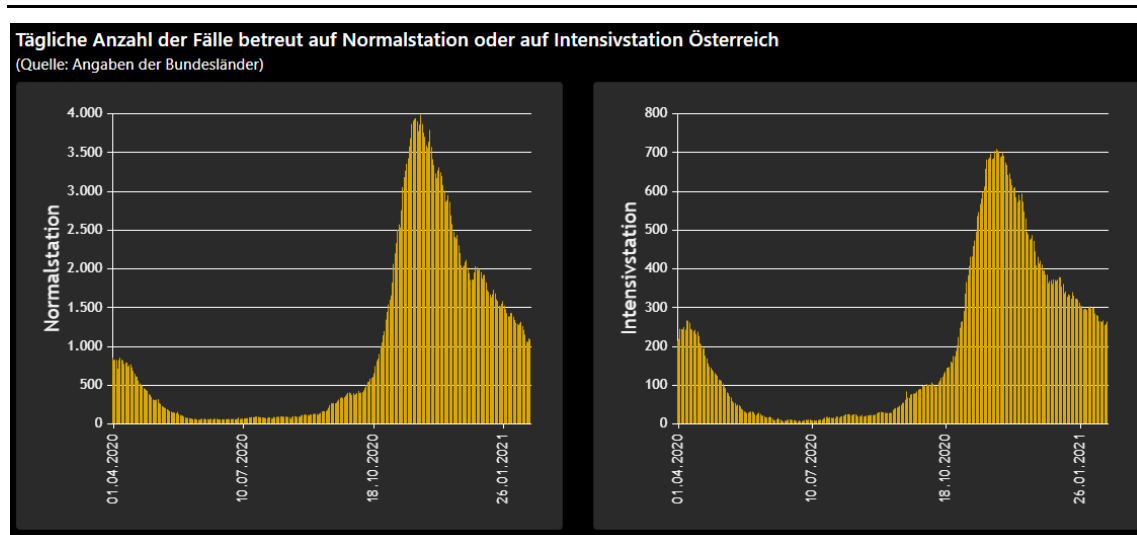
Am 11. 3. 2020 erklärte die WHO den Ausbruch von COVID-19 zur Pandemie. Ab diesem Tag beginnen auch die Infektionen in Österreich stark anzusteigen. Am 12. 3. 2020 ergeht vom BMSGPK, Sektion VIII, ein Schreiben betreffend Vorbereitungsmaßnahmen an die Landesgesundheitsfonds mit der Empfehlung, dass die Krankenanstalten, als Vorbereitung auf potenzielle COVID-19-Fälle, ihren Betrieb so rasch als möglich auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche reduzieren und beschränken und darüber hinaus bis auf Weiteres – abgesehen von medizinisch vordringlichen Fällen – keine neuen Termine für Untersuchungen und Behandlungen vereinbaren sollten. Am Höhepunkt der 1. Welle wurden ca. 850 Fälle auf Normalstationen und knapp 270 Fälle auf Intensivstationen verzeichnet.

Ende April wurden nach ca. 6 Wochen Lockdown sukzessive Lockerungen der gesellschaftlichen Maßnahmen durchgeführt. Am 22. 4. 2020 wurde eine Empfehlung des BMSGPK zur schrittweisen Wiederaufnahme von aufgrund der COVID-19-Pandemie eingestellten bzw. reduzierten elektiven Tätigkeiten in Krankenanstalten veröffentlicht.

Bereits im September kam es zu einem neuerlichen Anstieg der Fallzahlen, wobei dieser ab Oktober ein exponentielles Wachstum zeigte. Mit ca. 14 Tagen Verzögerung kann es auch bei den Hospitalisierungen zu einem massiven Anstieg, der seinen Höhepunkt Ende November 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.

Abbildung 1.1:

Anzahl der auf Normalstationen oder Intensivstationen betreuten Fälle (Stand 18.2.2021)



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

2 Methodik

Vorläufige Daten aus dem stationären Bereich der Fondskrankenanstalten (Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation) 2020 im Vergleich zu den Vorjahren 2018 und 2019 wurden für Österreich gesamt ausgewertet und analysiert.

Limitationen

Die zum aktuellen Zeitpunkt vorliegenden vorläufigen Daten 2020 erlauben nur eine Auswertung von stationären Krankenhausaufenthalten. Hinzuweisen ist auch darauf, dass es sich um **vorläufige Daten** handelt, die noch nicht den üblichen Qualitätssicherungsprozess durchlaufen haben. Eine Gesamtbeurteilung der Versorgungssituation während der Pandemie 2020 wird erst nach Vorliegen der Daten aus dem niedergelassenen und spitalsambulanten Bereich für 2020 möglich sein.

Ebenso können aufgrund der vorliegenden Daten keine validen Aussagen über die gesundheitlichen 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 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 den Dezember noch eine gewisse Unschärfe.

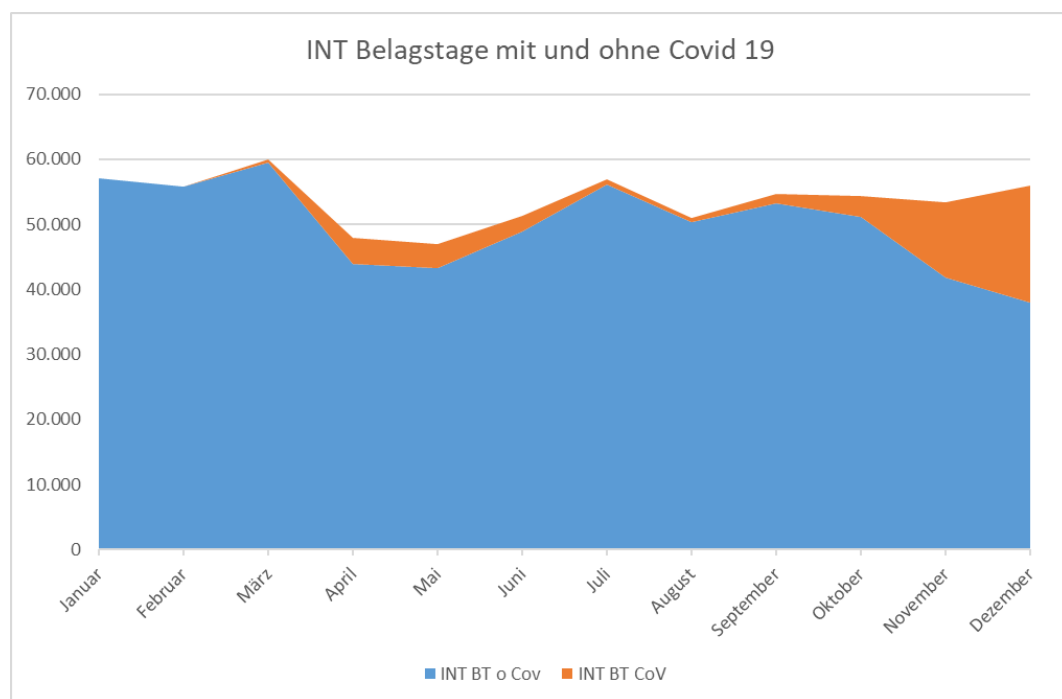
Erkennbar sind bei den **stationären Aufenthalten** 2 Wellen, die erste Welle zwischen März und Mai mit einem Höhepunkt von 2.250 Entlassungen im April. Die 2. Welle beginnend mit September, die ihren Höhepunkt im November mit knapp 12.500 stationären Entlassungen erreichte.

Im Vergleich zu allen stationären Aufenthalten ist die **Verweildauer** bei stationären Aufenthalten mit einer Covid-19 Diagnose mit 10,7 Tagen zu 5,5 Tagen deutlich länger.

Der Anteil der auf **Intensivstationen** versorgten Covid-19 Fälle an allen mit einer Covid-19 Diagnose stationär Aufgenommenen lag gesamt bei 14% mit einem Peak von 25% im Juni, was auf die lange Verweildauer, speziell bei Personen mit einem Intensivaufenthalt zurückzuführen ist. Der Anteil der Belagstage von Covid-19 Fällen an allen Fällen auf Intensivstationen stieg in der 2. Welle kontinuierlich an und betrug im Dezember dann österreichweit 32% (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Anzahl Belagstage auf Intensivstationen mit und ohne Covid-19 Diagnose, 2020



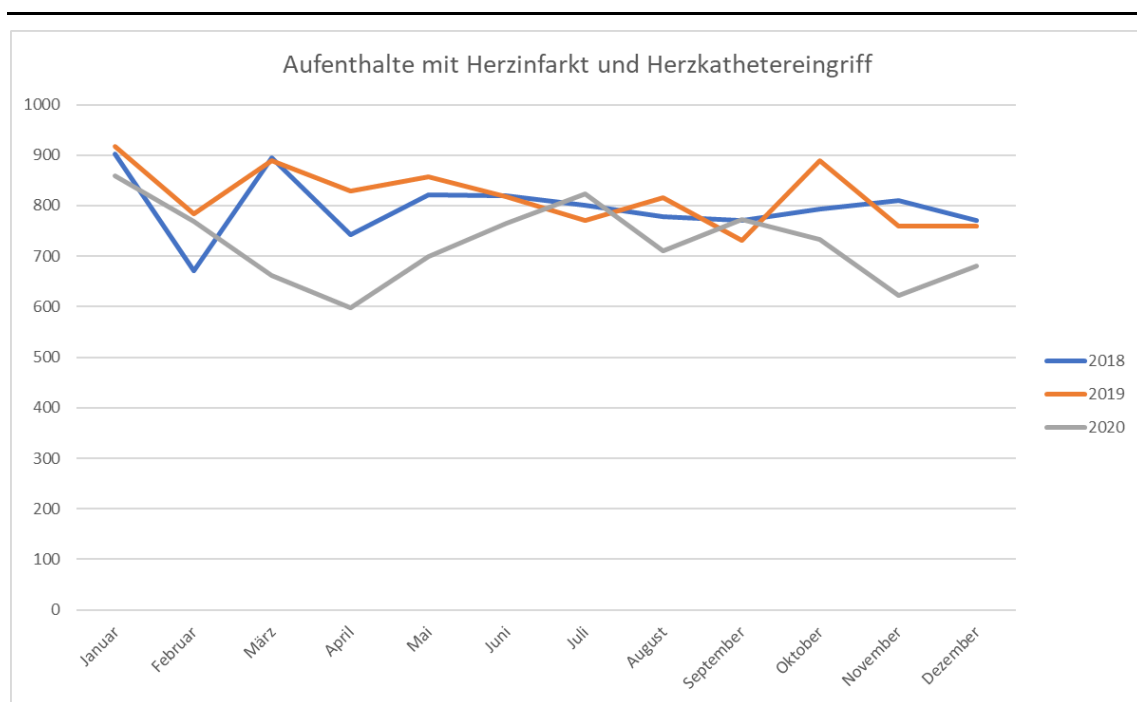
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

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 MEL-Gruppen MEL21.xx fielen, in den Zeiträumen 2018, 2019 und 2020.

Abbildung 4.1:
Aufenthalte mit Herzinfarkt und Herzkathetereingriff



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

In den Monaten März bis Mai ist ein Rückgang der Aufnahmen bis zu 25 % zu erkennen. Ab Juni erreichen die stationären Aufnahmen wieder das Niveau der Vorjahre. Im November kommt es während der 2. Welle der Pandemie erneut zu einem Rückgang der Fallzahlen. Damit ist der bereits international beschriebene Rückgang bei der Versorgung von Herzinfarkten² während der Pande-

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

miewellen auch in Österreich zu beobachten. Obwohl die 2. Welle mit deutlich höheren Infektionszahlen und damit Hospitalisierungen für Covid-19 Erkrankte einherging, war die Reduktion der Fälle mit einem akuten Herzinfarkt nicht ganz so ausgeprägt wie in der 1. Welle und schon im Dezember sieht man wieder einen Anstieg der Aufenthalte.

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

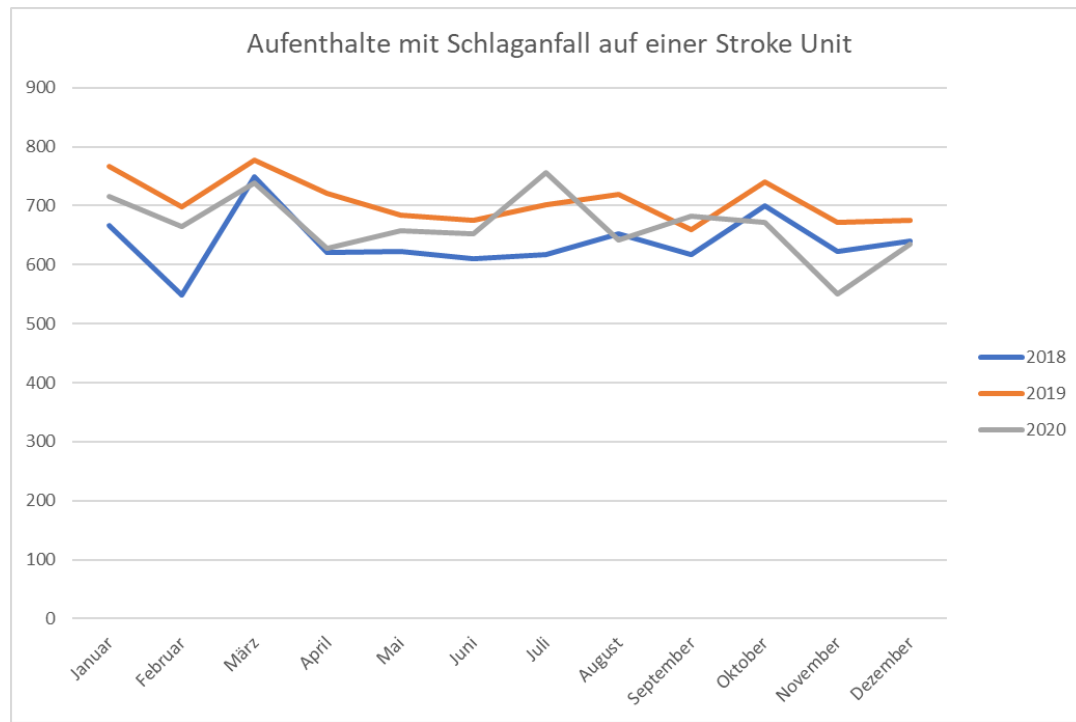
Ausgewertet wurden die Aufenthalte in Österreich mit der Diagnose Schlaganfall I63 und I64 (ICD-10 3-Steller), die auf einer Stroke Unit behandelt wurden und somit in die MEL-Gruppe MEL26.02 fielen, für die Zeiträume Jänner bis Juni 2019 und 2020.

Die Aufenthaltszahlen 2020 liegen weitgehend in der Range der Vorjahre, lediglich im November zeigt sich ein minimaler Rückgang

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.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2768777>

Abbildung 4.2:
Aufenthalte mit Schlaganfall auf einer Stroke Unit



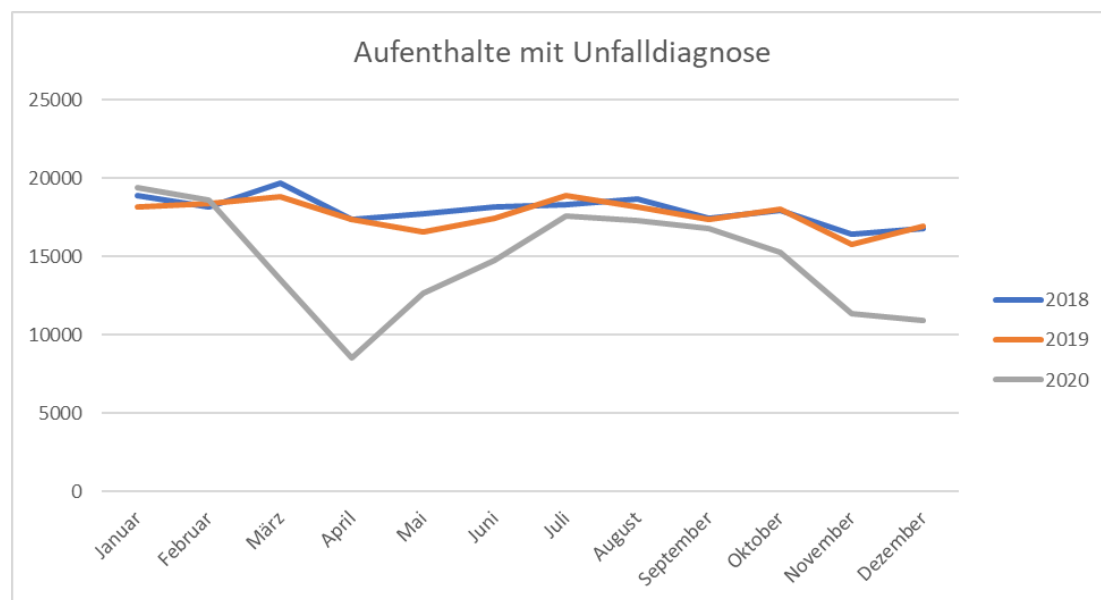
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

4.3 Unfälle

Im Verlauf der Pandemie mit den beiden Lockdowns zeigten sich auch positive Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung. Es waren während der beiden Pandemiewellen 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 und 2020 für Österreich gesamt. Dabei zeigt sich für die Monate März bis Mai ein deutlicher Rückgang um die Hälfte, verglichen mit den Vergleichswerten der Vorjahre. In den Sommermonaten werden die Zahlen der Vorjahre nur knapp erreicht, um ab Oktober wieder deutlich zurückzugehen.

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 werden bzw. können 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 oftmals mit einem (kurzen) postoperativen Aufenthalt auf einer Intensivstation verbunden. Mit einer Verschiebung solcher nicht dringlichen Operationen können daher auch Intensivkapazitäten kurzfristig frei gemacht werden.

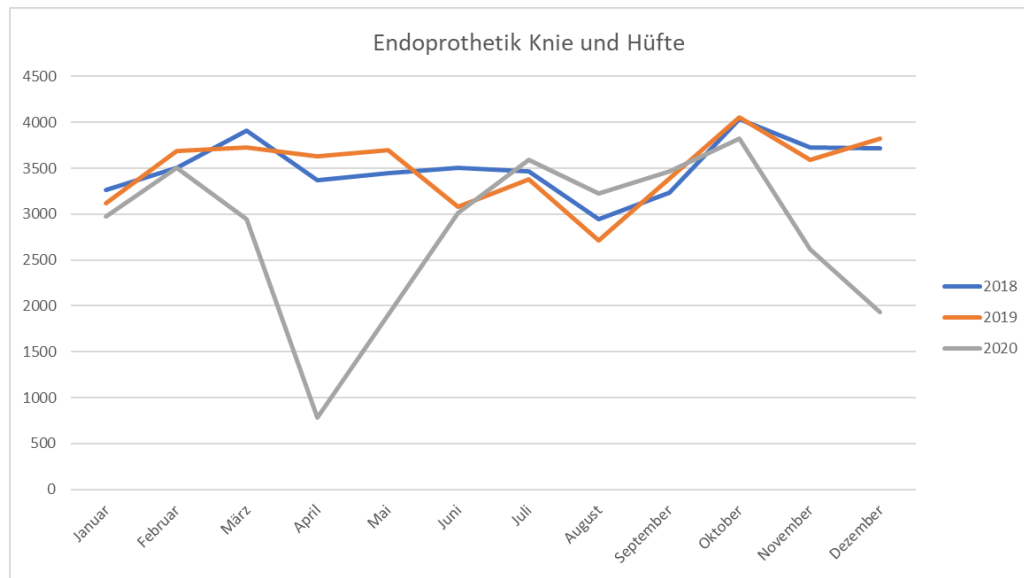
Ausgewertet wurden alle Aufenthalte in Österreich mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte (MEL14.07, MEL14.08, MEL14.09, MEL14.10) für die Jahr 2018, 2019 und 2020.

Während der 1. Pandemiewelle kam es beginnend mit März 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 zeigt sich wiederum eine Reduktion der Aufenthalte, die aber mit minus 50% im Dezember nicht das Ausmaß vom April erreichte.

Hier zeigt sich deutlich, wie sowohl während der 1. aber auch während der 2. Pandemiewelle durch die Verschiebung von grundsätzlich planbaren und weniger dringlichen Operationen Intensivkapazitäten frei gemacht bzw. gehalten wurden, die für Personen mit einer Covid-19 Erkrankung gebraucht werden könnten. Während der 2. Pandemiewelle, die einzelne Bundesländer an bzw. über die Auslastungsgrenze der Intensivkapazitäten führte, war dies eine absolut notwendige Maßnahme. Die Gesamtbelastung der Intensivstationen mit Covid-19 Fällen erreichte im Dezember 2020 die kritische Größe von 32% österreichweit (Vergleiche dazu auch Abb. 3.1).

Abbildung 5.1:

Aufenthalte mit einer Endoprothesen-Operation von Knie und Hüfte



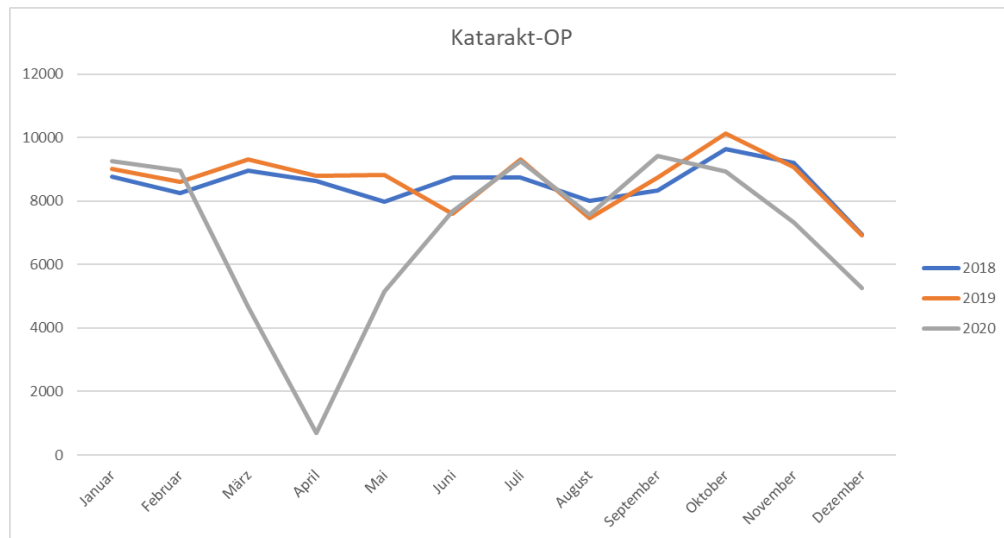
Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

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 CoV2-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 und 2020. Es ist darauf hinzuweisen, dass Katarakt-OP grundsätzlich auch im ambulanten Bereich abgerechnet werden können, zu dem aber noch keine Daten vorliegen. Auf Basis der Fallzahlen für die Monate Jänner und Feber 2020 kann aber davon ausgegangen werden, dass von dieser Möglichkeit noch wenig Gebrauch gemacht wurde.

Abbildung 5.2:
Aufenthalte mit einer Katarakt-OP



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

In der 1. 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 bez. sogar überschritten, um dann ab November wieder zurückzugehen, allerdings nur in einem Ausmaß von etwas über 20%.

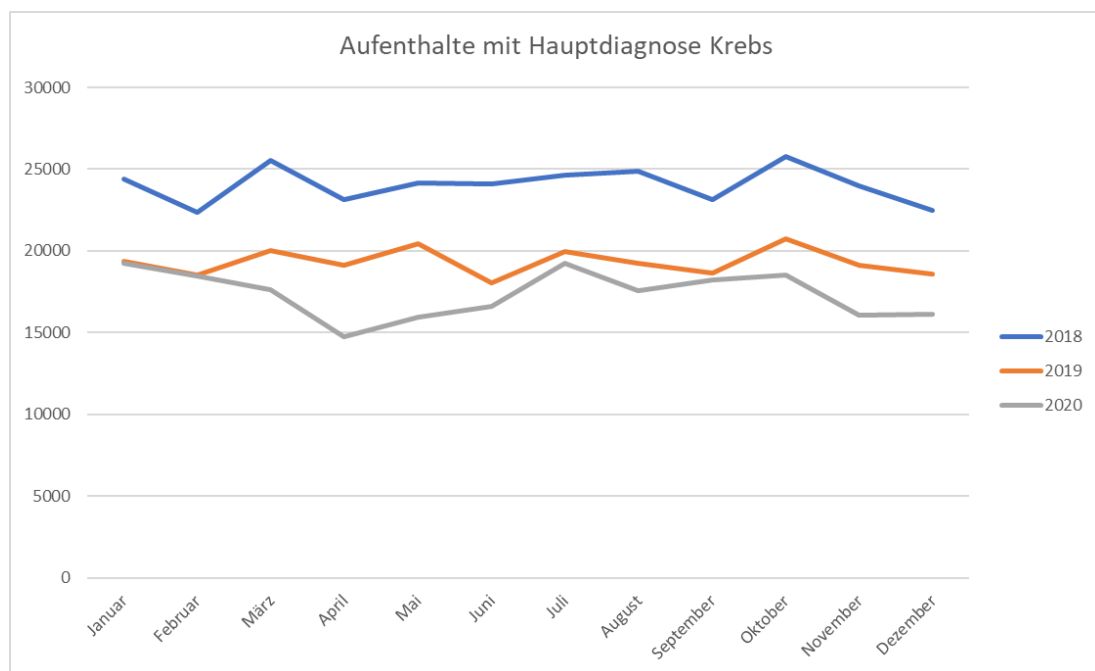
6 Versorgung von Krebskranken

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.

Hinsichtlich der Auswertungen ist nochmals darauf hinzuweisen, dass uns noch keine Daten aus dem ambulanten Bereich vorliegen. 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.

Ausgewertet wurden alle Aufenthalte mit einer Krebsdiagnose (Kap. C00-C99 gemäß ICD-10) in Österreich, unabhängig davon, ob eine und/oder welche Leistung erbracht wurde. Während es in den Monaten März bis Mai 2020 (1.Welle mit Lockdown) zu einem Rückgang der Aufenthalte um bis zu 20 % kam, ist die Reduktion der Aufenthalte während der 2. Welle geringer ausgefallen.

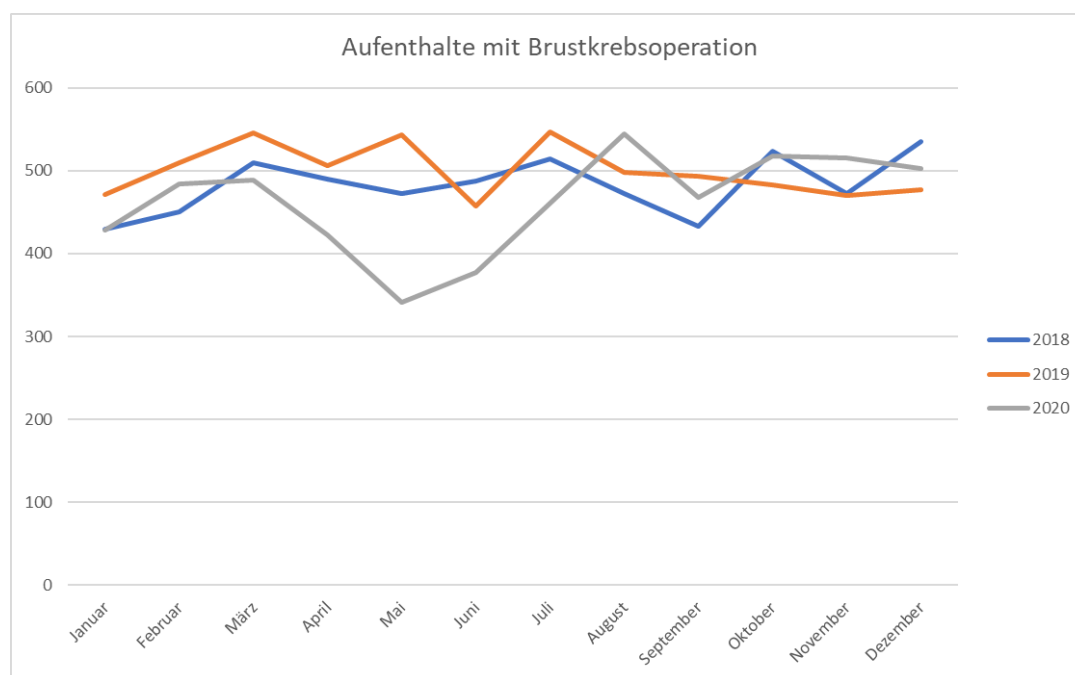
Abbildung 6.1:
Aufenthalte mit Krebs



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Eine Auswertung zur **operativen Versorgung von Brustkrebs** (Krebsdiagnose – Kap C00-C99; MEL16.02 Mammaresektionen) zeigt, dass die Aufenthalte, beginnend mit März, ebenfalls ganz leicht zurückgehen, die Fälle aber im Mai, wenn in fast allen stationären Bereichen bereits wieder eine Steigerung der Fallzahlen stattfindet, noch weiter absinken. Ab August liegen die Fallzahlen sogar über denen der Vorjahre und gingen auch während der 2. Pandemiewelle nicht zurück.

Abbildung 6.2:
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.

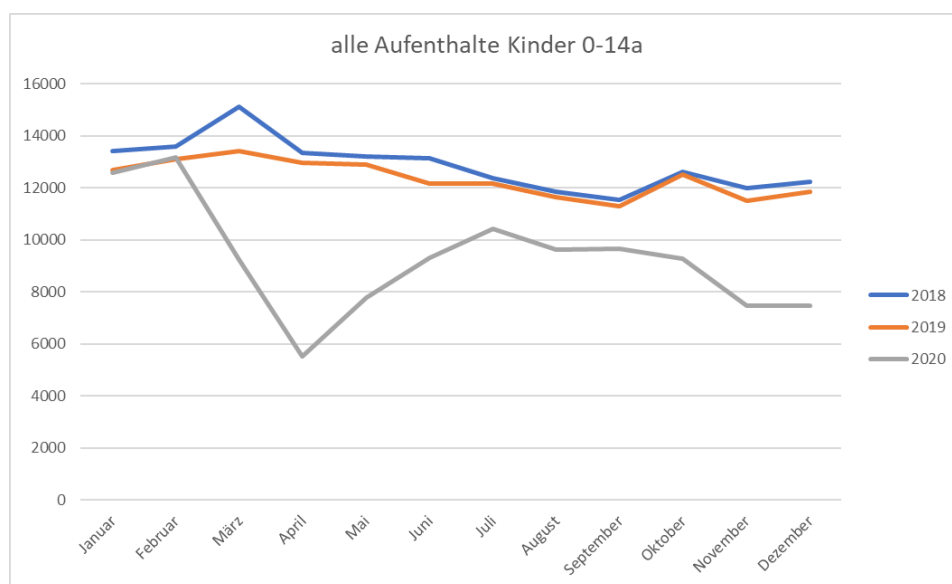
Da im Herbst 2020 nach Analyse der ersten Daten die Folgen von nicht durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen thematisiert wurden, kann davon ausgegangen werden, dass während der 2. Pandemiewelle diese Untersuchungen zumindest in einem gewissen Ausmaß durchgeführt wurden und so zu keiner Reduktion der Erstbehandlung von Krebserkrankungen führten. Eine Untermuerung dieser Annahme kann erst erfolgen, wenn Daten aus dem ambulanten (v.a. extramuralen) Bereich vorliegen.

7 Kinder- und Jugendgesundheit

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

Im stationären Bereich ist ein deutlicher Rückgang der Aufenthalte 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 dem 2. Lockdown kam es ab Oktober wiederum zu einem deutlichen Absinken der Aufenthaltswahlen.

Abbildung 7.1:
Aufenthalte Kinder bis 14 Jahre



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (vorläufige Daten für 2019 und 2020)

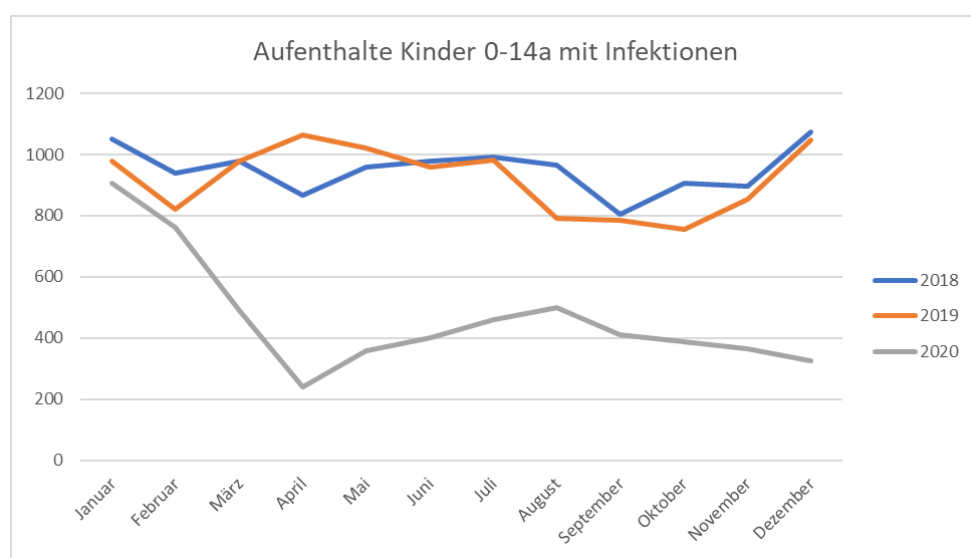
Ergänzend wurden auch stationäre Aufenthalte mit Infektionen (Kapitel A und B gemäß ICD-10) ausgewertet. Auch hier zeigt sich ein massiver Rückgang der stationären Aufenthalte, wobei vor allem der Rückgang im Spätherbst, eine Jahreszeit in der üblicherweise vermehrt Infekte auftreten,

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>

auffällig ist. 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 könnte aber auch sein, dass Familien aus Angst vor einer COVID-19-Infektion in den Krankenhäusern Spitäler eher nicht aufgesucht haben.

Abbildung 7.2:
Aufenthalte mit Infektionen bei Kindern bis 14 Jahre

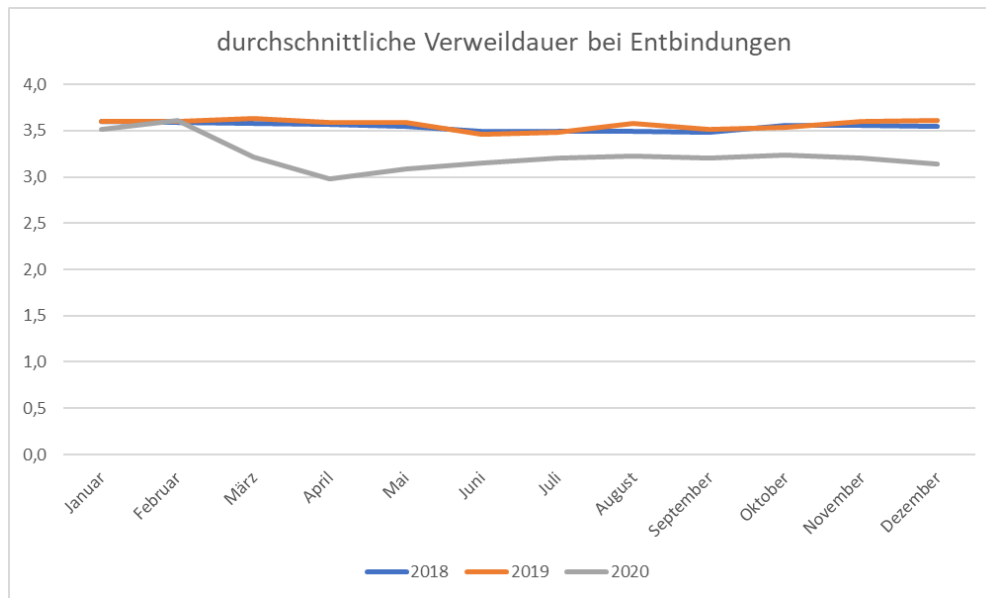


Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (vorläufige Daten für 2019 und 2020)

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 von ca. einem halben Tag, der auch im Jahresverlauf weiterhin, in etwas geringerem Ausmaß bestehen bleibt.

Abbildung 7.3:
Durchschnittliche Verweildauer bei Entbindungen



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (vorläufige Daten für 2019 und 2020)

Ursache dafür könnte sein, dass sich Frauen/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.

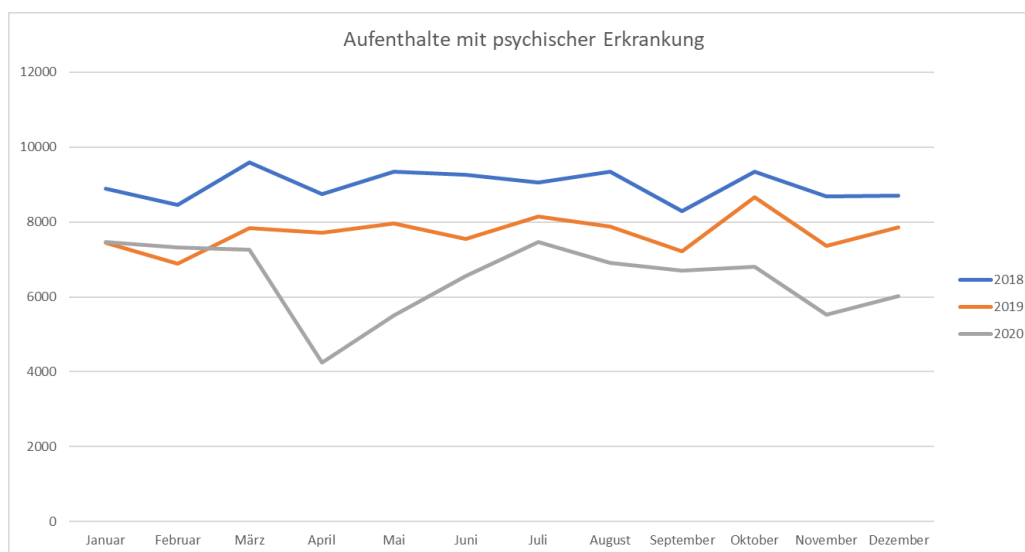
8 Psychosoziale Gesundheit

Eingangs ist anzumerken, dass ein großer Teil der psychosozialen Versorgung im ambulanten Bereich stattfindet, zu dem uns noch keine Daten vorliegen.

Für den stationären Bereich wurden alle Aufenthalte in Österreich mit einer Hauptdiagnose aus den Kapiteln F00-F99 (ICD 10) für die Jahre 2018, 2019 und 2020 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 1. Lockdowns zeigt 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 2. Welle wieder weniger Personen stationär aufgenommen, wobei allerdings die Reduktion nicht so stark war wie im Frühjahr.

Abbildung 8.1:
Aufenthalte mit psychischen Erkrankungen



Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Der Rückgang während des 1. Lockdowns ist Expertinnen und Experten zufolge ursächlich darauf zurückzuführen, dass psychiatrische Stationen/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. In der 2. Pandemiewelle wurde der Regelbetrieb in der Psychiatrie zwar wiederum eingeschränkt, aber nicht mehr so deutlich.

9 Ausblick aus Sicht der Expertinnen/Experten

Die vorgelegten Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf den stationären Bereich. Um ein umfassenderes Bild der Versorgung während der Pandemie zu erhalten, sind jedenfalls nach Vorliegen der ambulanten Daten 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 wären – solange die Pandemie besteht – weitere Analysen zumindest halbjährlich zur stationären und – nach Datenlage – auch zur ambulanten Versorgung vorzusehen.

Die ersten Analysen der Halbjahresdaten 2020 und somit der 1. Welle der Pandemie mit dem 1. 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 2. Pandemiewelle von Seiten der Krankenanstalten differenzierter reagiert. In den hier analysierten Bereichen fiel die Reduktion der stationären Aufenthalte – oft sogar deutlich – geringer aus als während der 1. Welle, obwohl die Hospitalisierungen von Personen mit Covid-19 um ein Vielfaches höher waren als im Frühjahr. Da im Zuge der 2. Pandemiewelle die Intensivkapazitäten an die Auslastungsgrenze reichten bzw. diese in manchen Bundesländern bereits überschritten, war eine Verschiebung von planbaren, nicht dringlichen Operationen, die in größerem Ausmaß einen Intensivaufenthalt bedingen, unumgänglich.

Während der Pandemie haben aus Sorge vor einer Ansteckung mit COVID-19 in einer Gesundheitseinrichtung zahlreiche Personen v.a. Spitäler nicht aufgesucht, obwohl eine Behandlung dringlich gewesen wäre. Es wäre wichtig, weiterhin das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenhäuser und das Gesundheitssystem zu stärken und darauf hinzuwirken, dass notwendige Behandlungen auch in Zeiten der Pandemie durchgeführt werden sollten, um negative gesundheitliche Auswirkungen zu vermeiden.

Von besonderer Bedeutung ist es, die allgemeinen Folgen des Lockdowns während der Pandemie abschätzen zu können. Dazu wurde eine **Gesundheitsfolgenabschätzung** (GFA) seitens des BMSGPK beauftragt und von der GÖG durchgeführt, die Publikation ist für das Frühjahr 2021 in Aussicht genommen.

