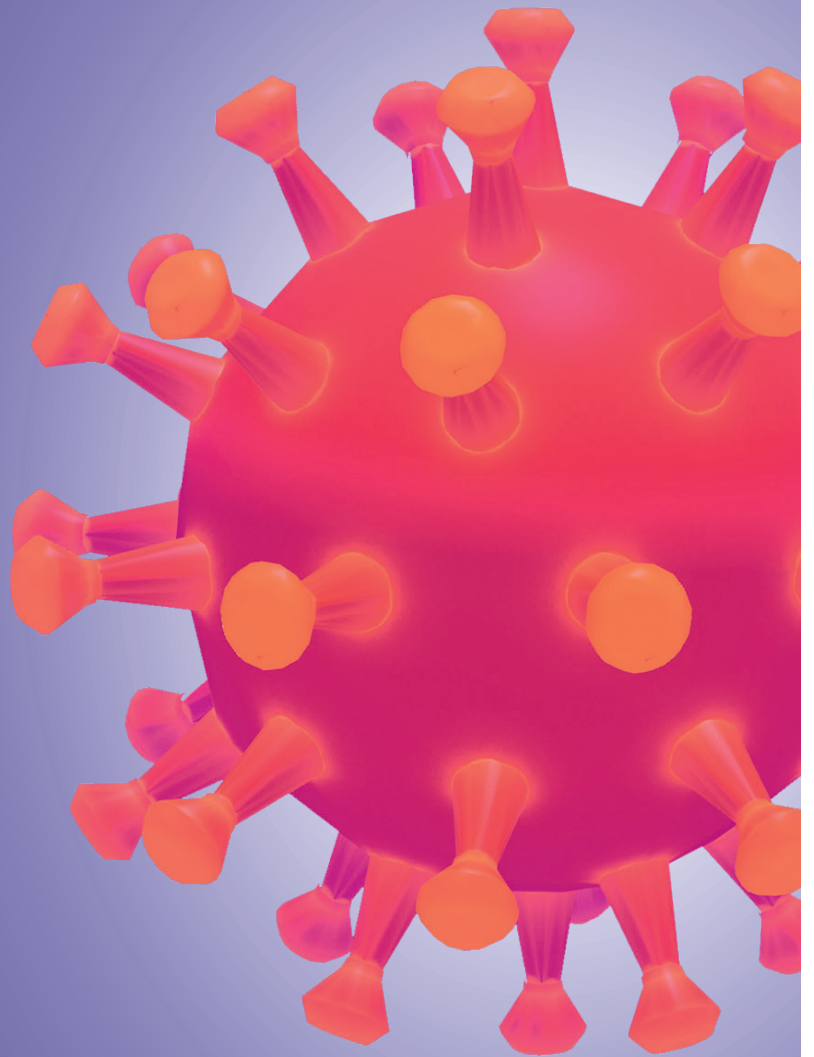


# Helsana-Report: Corona

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die medizinische Versorgung in der Schweiz



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Methodische Einführung</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Allgemeine Entwicklungen</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Leistungskosten</b>	<b>8</b>
4.1.1	Alter	10
4.1.2	Regionale Disparitäten	15
<b>4.2</b>	<b>Leistungsbereiche</b>	<b>17</b>
<b>4.3</b>	<b>Fokus-Themen</b>	<b>22</b>
4.3.1	Grundversorgung (ambulant)	22
4.3.2	Spezialversorgung (ambulant)	25
4.3.3	Spitalversorgung (akut-stationär)	26
<b>5</b>	<b>Versorgungsbeispiele</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Akutversorgung</b>	<b>29</b>
5.1.1	Herz-Kreislauf	30
5.1.2	Blinddarm	33
<b>5.2</b>	<b>Versorgung Chroniker</b>	<b>35</b>
5.2.1	Therapie bei Diabetikern	35
<b>5.3</b>	<b>Psychische Gesundheit</b>	<b>37</b>
5.3.1	Psyche Notfallintervention	37
5.3.2	Psychiatrische/psychotherapeutische Therapien	39
<b>5.4</b>	<b>Wahlbehandlungen</b>	<b>44</b>
5.4.1	Muskuloskelettal	44
5.4.2	Impfungen	45
5.4.3	Krebs-Screening	47
<b>6</b>	<b>Anhang</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>55</b>

## Impressum

Autoren: Caroline Bähler, Manuel Elmiger, Andri Signorell  
Unter Mitarbeit von: Eva Blozik, Mathias Früh,  
Dragana Glavic-Johansen  
Redaktion: textschliff – Korrektorat, Lektorat & Layout  
Gestaltung: Eigelb – Atelier für Gestaltung  
Coverbild: ZAAK Zurich - Studio für digitale Welten

September 2021

## Gender-Erklärung

Im vorliegenden Bericht wurde Wert auf möglichst geschlechtsneutrale Formulierungen gelegt. Wo dies aber nur sehr umständlich möglich gewesen wäre, wurde zur besseren Lesbarkeit auf Doppelnennungen oder Sonderzeichen verzichtet. Es sei jedoch hiermit explizit darauf hingewiesen, dass eine ausschliessliche Verwendung männlicher Formen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Chroniker) als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

# 1 Einleitung

Die Versorgung und das Verhalten der Versicherten im Gesundheitswesen der Schweiz sind bislang nur unzureichend untersucht. Das Engagement von Helsana, in diesen Bereichen mehr Transparenz zu schaffen und Wissen zu vermitteln, ist deshalb umso bedeutender, denn nur dadurch können seriöse Diskussionen geführt, die Versorgung optimiert sowie Fehlanreize beseitigt werden. In diesem Bestreben publiziert Helsana bereits seit 2016 wiederkehrend Versorgungsreports (zu Ausgaben, Prämien, Mengen, Regionen, Spitälern). Doch noch selten standen die Gesundheit und die Gesundheitseinrichtungen mehr im Fokus der Öffentlichkeit als im Jahr 2020. Der «Helsana-Report: Corona» widmet sich deshalb Fakten und datenbasierten Auswertungen zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen während des durch die Corona-Pandemie geprägten Jahres 2020 und liefert erste Erklärungsversuche für die Veränderungen der Versorgung im Vergleich zum Vorjahr. Den Fragen «Weshalb ist passiert, was wir beobachtet haben, und was bedeutete dies für die medizinische Versorgung der Bevölkerung?» wird im vorliegenden Coronareport nachgegangen.

Der erste Teil der vorliegenden Publikation analysiert zunächst die generelle Leistungskostenentwicklung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen im Jahr 2020 und zeigt Abweichungen zur Zeit davor. Zudem steht die Kostenentwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen im Jahresverlauf im Fokus, und die drei Bereiche «Grundversorgung», «ambulante Spezialversorgung» und «stationäre Spitalversorgung» werden genauer untersucht. Diese Gesamtschau ermöglicht eine Versachlichung der Diskussion und legt den Grundstein für die weiteren Analysen im zweiten Teil. In diesem werden die vier Versorgungsbeispiele «Akutversorgung», «Versorgung Chroniker», «Psychische Gesundheit» und «Wahlbehandlungen» anhand ausgewählter Krankheitsbilder genauer betrachtet und der Effekt der Pandemiesituation auf die medizinische Versorgung der betroffenen Personen und Bevölkerungsgruppen beleuchtet.

Es mag auf den ersten Blick nüchtern erscheinen, in einem Bericht, in dem es letztlich um Menschen geht, vorwiegend auf Kosten und Fallzahlen zu fokussieren. Indirekt können dadurch aber Schlüsse auf die Versorgung und somit die Gesundheit gezogen werden. Der Helsana-Report zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die medizinische Versorgung der Schweiz liefert eine erste Standortbestimmung auf Basis der Abrechnungsdaten von Helsana. Diese wird jedoch mit Sicherheit mit dem vorliegenden Bericht nicht abgeschlossen sein, sondern weitergehende Analysen und Betrachtungen erfordern. Wichtigstes Anliegen des Helsana-Reports ist es, entsprechenden Diskussionen eine datenbasierte Basis zu liefern und sie weiter anzuregen, um daraus jene Erkenntnisse zu gewinnen, die zur Förderung einer gut ausgebauten und bezahlbaren Gesundheitsversorgung für alle in der Schweiz beitragen.

## 2 Zusammenfassung

Während sich das Augenmerk der Öffentlichkeit im Jahr 2020 vornehmlich auf die Ausbreitung von Covid-19 und dadurch entstehende Hospitalisationen konzentrierte, weitet der Coronareport den Blick auf ein erweitertes Spektrum der Gesundheitsversorgung. **Das Gesundheitsgeschehen in der Schweiz wurde nämlich nicht nur durch das Auftreten des Virus direkt, sondern auch stark durch die begleitenden Massnahmen und deren Auswirkungen indirekt verändert.** Die Geschehnisse im Jahr 2020 haben das **Verhalten der Versicherten stark beeinflusst und sich damit auf entsprechende Risikofaktoren (z.B. Stress, Handhygiene, Distanz/Isolation, Bewegung, etc.) positiv wie negativ ausgewirkt.** Der Coronareport liefert mögliche Erklärungen und Ansatzpunkte für die weitere Forschung. Zusammenfassend finden sich hier die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen:

- Die Leistungskosten im Bereich der Grundversicherung haben sich im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Dies kann zum einen mit der **Verschiebung und/oder Annullierung von Eingriffen aufgrund des behördlichen Behandlungsverbots während des ersten Lockdowns** und mit einer **weniger intensiven Behandlung der jüngeren Bevölkerung** begründet werden. Zum anderen führte die individuelle **Abwägung der Vor- und Nachteile einer Behandlung gegenüber einem möglichen Ansteckungsrisiko** zu einer grösseren Zurückhaltung der Patienten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, was den erstgenannten Effekt zusätzlich verstärkte. Von den Auswirkungen der ersten Welle waren sämtliche Leistungsbereiche betroffen, wenn auch einzelne weniger stark. Im weiteren Jahresverlauf bestanden dennoch deutliche Unterschiede. Obwohl die zweite Welle in Bezug auf Corona deutlich heftiger ausfiel, brachen die Kosten nur in den wenigsten Fällen nochmals vergleichbar ein. **Das Gesundheitswesen und die Bevölkerung hatten gelernt mit Corona umzugehen.**
- Der **Ausbau neuer oder mindestens temporär möglicher Leistungen wie Konsultationen per Telefon oder Video** spielte eine wichtige Rolle in der Versorgung und Aufrechterhaltung des Leistungsangebots.
- Insgesamt **bezog ein grösserer Teil der jüngeren Bevölkerung mindestens eine Leistung** (z.B. Arztkonsultation, Medikamente, Physiotherapie oder auch Covid-Test) als in der Vergangenheit. Die Konsultationen bei Ärzten gingen jedoch zurück und die Behandlungen waren weniger kostenintensiv. Bei den **älteren Bevölkerungsgruppen**, bei denen die Kosten im Allgemeinen höher liegen als bei den übrigen Versicherten, **veränderte sich die Inanspruchnahme vergleichsweise gering.**
- In den letzten Lebensmonaten fallen in der Regel deutlich mehr Gesundheitskosten an als in der Zeit davor. Werden die Leistungen jener Versicherten von der Analyse ausgeklammert, welche im Jahr 2019 resp. 2020 verstorben sind, zeigt sich, dass die **Pandemie zu einer intensiveren Versorgung mit einer Zunahme der Kosten bei den nicht verstorbenen über 70-Jährigen führte.** Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass ein grosser Anteil der direkten Krankheitskosten durch Corona (Hospitalisationen) bei dieser Bevölkerungsgruppe anfiel und die stationären Aufenthalte bei Covid sehr behandlungs- und kostenintensiv sind. Andererseits konnten in dieser Altersgruppe im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung weniger der nicht mit Covid im Zusammenhang stehenden Behandlungen und Eingriffe aufgeschoben werden.
- Trotz behördlicher Einschränkungen und zeitweise starkem Leistungsrückgang konnte anhand der vier Versorgungsbeispiele und der exemplarisch ausgewählten Krankheitsbilder und Indikationen **keine flächendeckende Unterversorgung festgestellt werden und viele Behandlungen konnten je nach Dringlichkeit wie erwartet stattfinden bzw. grösstenteils nachgeholt werden.**
- Im **Akutbereich** (Herz-Kreislauf, Blinddarm) waren die Abweichungen zum Vorjahr **im Allgemeinen umso geringer, je schwerwiegender das medizinische Problem war.** Ausserdem liegt die Vermutung nahe, dass die Pandemiesituation für manche Bevölkerungsteile auch zu einer Stressreduktion führte sowie aufgrund

der sozialen Distanz und verbesserter Hygiene **weniger sonstige Infektionskrankheiten** (Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall) auftraten als sonst üblich und sich in der Folge weniger Herz-Kreislauf-Probleme entwickelten. Jedoch fällt der Rückgang bei weniger schwerwiegenden Fällen auf, der darauf hindeuten könnte, dass **Betroffene mit eher leichten oder unspezifischen Symptomen ungenügend versorgt** wurden und aufgrund dessen möglicherweise ein gewisses Risiko für negative Langzeitfolgen besteht.

- Bei den **chronischen Krankheitsbildern** (am Beispiel von Diabetes) war der Behandlungsumfang über das Gesamtjahr vergleichbar mit dem Vorjahr. **Die Pandemie hatte keinen grossen Einfluss auf die medizinische Betreuung von Diabetespatienten.**
- Im **Bereich Psychische Gesundheit** (allgemein und Notfall) konnten im Jahr 2020 **hinsichtlich Inanspruchnahme keine grundlegenden Veränderungen** gegenüber 2019 festgestellt werden. Einzig **während des ersten Lockdowns**, als bei den **durch die Psychiater erbrachten ambulanten Krisenintervention ein starker Anstieg stattfand** und gleichzeitig bei den Grundversorgern eine Abnahme sowie in der allgemeinen **ambulanten Psychiatrie die neugestarteten Therapien** kurzfristig stark zurückgingen. Ausserdem schienen **Kinder und Jugendliche** besonders von den Auswirkungen der Pandemie betroffen gewesen zu sein.
- Bei den **Wahlbehandlungen** (Knie- und Hüftprothesen sowie Krebscreenings) hatten die Pandemie und das Behandlungsverbot zwar während der ersten Welle **kurzfristig zu einem markanten Rückgang** geführt. In den darauffolgenden Monaten wurden **die abgesagten oder nicht durchgeführten Eingriffe und Untersuchungen jedoch weitestgehend nachgeholt**. Die Spitäler und Arztpraxen verfügten offensichtlich über genügend Kapazitäten, um im Bereich der orthopädischen Chirurgie sowie der Krebsdiagnostik den Stand der Vorjahresversorgung aufrechtzuerhalten; dies sogar während einer Pandemie. Bei den **Impfungen** hingegen fand eine **differenzierte Risikoabwägung** der Eltern und Kinderärzte für das Kind zwischen einer Erkrankung aufgrund einer aufgeschobenen Impfung und der Zurückhaltung wegen Covid statt, sodass teilweise weniger Basisimpfungen bei Kleinkindern vorgenommen wurden.

Insgesamt zeigte sich, dass nicht nur Medizin und Gesundheitsversorgung wichtig für die Gesundheit sind, sondern **das individuelle Verhalten und die Lebensumstände einen ebenfalls erheblichen Einfluss darauf haben – und dies unabhängig davon, was an finanziellen und materiellen Ressourcen in die kurative medizinische Gesundheitsversorgung fliesst**. Verändert sich das Verhalten der Bevölkerung und verringert sich dadurch beispielsweise das Stressniveau oder gehen aufgrund eines gesteigerten Bewusstseins für Hygiene und Abstand Atemwegserkrankungen zurück, so wirkt sich dies auch positiv auf eine Vielzahl weiterer Erkrankungen aus.

Trotz all dieser Analysen: **die Kosten allein sagen nur wenig über das Ausmass und die Qualität der medizinischen Versorgung aus**. Wichtig ist, dass der Zugang zu notwendigen Behandlungs- und Therapieeinrichtungen auch während einer Periode mit Einschränkungen gewährleistet bleibt und vermieden wird, dass wichtige Untersuchungen, Präventionsmassnahmen oder Interventionen unterlassen werden und sich Krankheiten womöglich längerfristig verschlimmern. Die Pandemie kann auch **Denkanstösse liefern, welche Behandlungen wirklich notwendig sind**. Ist die Krebsvorsorge von Risikopersonen aufschiebbar? Braucht es eine Vorortkonsultation oder kann auch ein Telefon- oder Videoangebot die Leistung abdecken? Ist ein neues Hüftgelenk bereits angezeigt oder soll ein Prothesenempfänger vielleicht noch abwarten oder sogar gänzlich auf einen solchen Eingriff verzichten?

Wir müssen aus der Pandemie **Lehren ziehen**, wo wir unser Gesundheitswesen strukturell anpassen müssen, damit es zu keiner Verschlechterung der medizinischen Versorgung von insbesondere chronisch kranken Patienten und von Menschen mit medizinischen Notfällen kommt. Der Coronareport liefert erste **Fakten und Denkanstösse**, um die **Versorgung sowohl während normaler wie auch ausserordentlicher Situationen besser zu gestalten**.

# 3 Methodische Einführung

Die vorliegenden Analysen basieren grösstenteils auf den **Leistungsdaten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Helsana-Gruppe** aus den Jahren 2018 bis 2020. Relevant war jeweils das Behandlungs- und nicht das Abrechnungsdatum. Für die Auswertungen konnte auf anonymisierte Daten von rund 1.4 Millionen Versicherten zurückgegriffen werden. Um Abweichungen der Helsana-Versichertengemeinschaft im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu korrigieren, wurden sämtliche Zahlen auf Grundlage der Risikoausgleichs-Statistik für die **gesamte schweizerische Bevölkerung hochgerechnet**. So bildet die Stichprobe von Helsana sowohl bezüglich Grössenordnung als auch Verteilung nach Alter, Geschlecht und Region eine weitgehend **repräsentative Datenbasis** für die Auswertungen. Bei den Helsana-Daten wird im Folgenden auf eine Quellenangabe verzichtet.

**Bruttoversicherungsleistungen** (in der Folge «Leistungskosten» oder «Kosten der Grundversicherung» genannt) sind die Rechnungsbeträge der Leistungserbringer, welche bei den Krankenversicherern zur Zahlungsabwicklung eingereicht, von diesen geprüft und als OKP-Pflichtleistung anerkannt wurden. Die Kostenbeteiligung der Versicherten (Selbstbehalt und Franchise) ist in den Bruttoversicherungsleistungen inbegriffen. Damit sind Bruttoversicherungsleistungen unabhängig von Versicherungsmodalitäten, was die Kennzahl robust und gut mit weiteren Kennzahlen vergleichbar macht. Naturgemäss wurden nur Leistungen berücksichtigt, welche über die Grundversicherung abgerechnet wurden. Hat ein Leiden bestanden, ist aber keine Behandlung oder eine Behandlung ausserhalb des Leistungskatalogs der Grundversicherung erfolgt, so wird dies in den Analysen nicht abgebildet.

Bei den meisten Tarifstrukturen gab es 2019 und 2020 keine Änderungen. Somit sind Kostenänderungen im Zeitraum 2019 bis 2020 vor allem auf Mengen- und nicht auf Preiseffekte zurückzuführen. Bei den Pflegeheimen und der Spitex gab es hingegen im Jahr 2020 Anpassungen bei den Beiträgen, welche die Krankenversicherer zu übernehmen haben. Auf diesen Effekt wird in den Analysen an entsprechender Stelle separat eingegangen.

Um bei spezifischen Fragestellungen den Einfluss von Unterschieden zwischen den Jahren 2019 und 2020 in Bezug auf die Grundpopulationen (Alters- und Geschlechtsverteilung sowie der unterschiedlichen Wohnorte) zu eliminieren, wurde jeweils die Gesamtzahl der Fälle im Jahr 2020 anhand von **Poisson-Regressions-Modellen** den Fällen des Jahres 2019 gegenübergestellt. Die resultierenden Kennzahlen (Inzidenzratenverhältnisse; **Incidence Rate Ratio, IRR**) zeigen damit die relativen Veränderungen der Anzahl Fälle gegenüber dem Vorjahr auf und machen so die beiden Grundpopulationen vergleichbar.

# 4 Allgemeine Entwicklungen

Das Gesundheitswesen mit seinen stetig steigenden Kosten ist ein Sorgenkind der Politik und führt jeden Herbst bei der Bekanntgabe der Prämien zu Diskussionen in der Bevölkerung. Im Jahr 2020 wurde befürchtet, durch die Pandemie an Kapazitätsgrenzen zu stossen und dadurch in eine ethisch heikle Triage- und Rationierungssituation zu geraten. Bilder und Appelle aus der ganzen Welt trafen auf besorgte Gemüter und liessen die Behörden sehr einschneidende Massnahmen ergreifen. Botschaften wie «Stay at home» wurden verkündet, um die medizinische Infrastruktur zu schonen und damit das Gesundheitssystem zu schützen. Das Verhalten der Bevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens veränderte sich in der Folge ebenfalls. Im Fokus standen dabei nicht die Kosten, sondern die Sicherstellung einer qualitativen Gesundheitsversorgung für alle.

## Die behördlichen Massnahmen 2020 im Überblick:

- Am 25. Februar 2020 wurde die erste Corona-Infektion in der Schweiz bestätigt. Weltweit gab es zu diesem Zeitpunkt bereits mehr als 80 000 Fälle.
- Am 16. März 2020 begann der erste Lockdown mit der Schliessung von Läden, Restaurants und Freizeiteinrichtungen sowie Einschränkungen im Gesundheitswesen mit dem vom Bundesrat verordneten Verbot nichtdringlicher resp. elektiver Eingriffe und Behandlungen. Schulen stellten um auf Fernunterricht, Unternehmen, wo möglich, auf Home Office und die Regierung forderte die Bevölkerung auf, zuhause zu bleiben. Das öffentliche Leben stand nahezu still.
- Am 27. April 2020 gab es erste Lockerungen im Gesundheitswesen und in weiteren Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens. Am 11. Mai 2020 öffneten auch die obligatorischen Schulen wieder sowie die Läden und die Gastronomie.

## 1 Covid-Hospitalisationen 2020

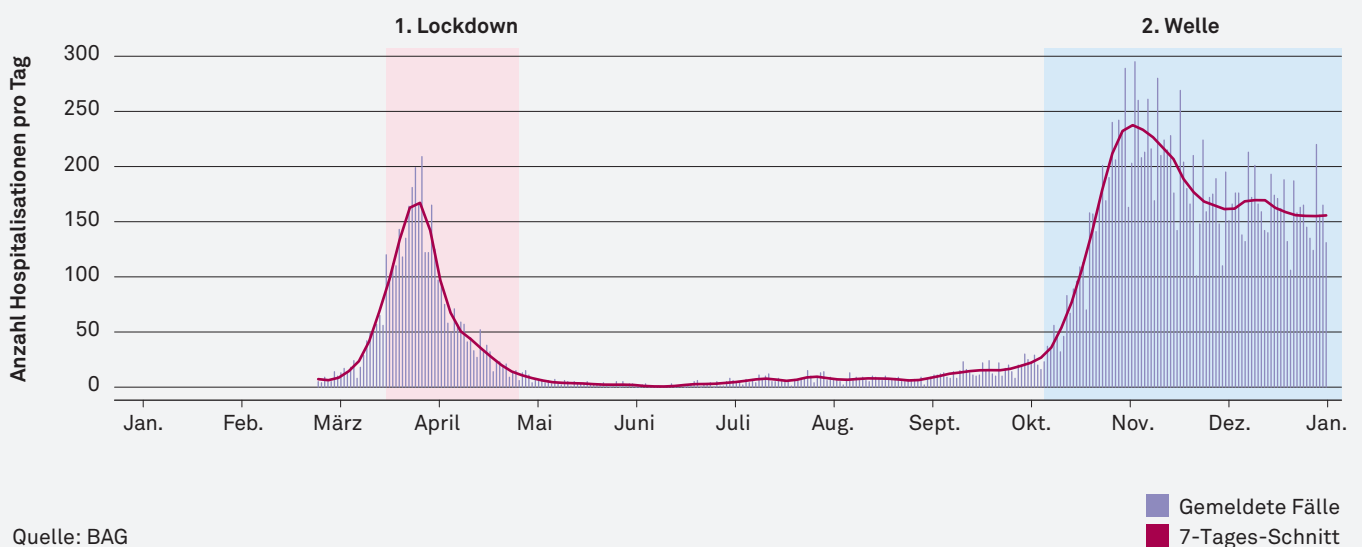


Abbildung 1: Laborbestätigte Hospitalisationen in Zusammenhang mit einem positiven Covid-Befund in der Schweiz. Quelle: BAG [1]



- **Anfang Oktober 2020** begann die zweite Welle mit einem erneuten Anstieg positiver Tests und Hospitalisationen. Allerdings folgten **keine offiziellen Einschränkungen im Gesundheitswesen**.
- Am **22. Dezember 2020** mussten Restaurants und Freizeiteinrichtungen erneut schliessen.

Um den neuen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, führte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen sogenannter Faktenblätter Ausnahmen mit Spezialregeln für die zu Lasten der Grundversicherung abrechenbaren Leistungen ein. So durften beispielsweise Ärzte, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, delegierte Psychologen und Logopäden bereits ab dem 13. März 2020 temporär neu oder zusätzlich mehr Konsultationen auf räumliche Distanz (per Telefon und Video) anstelle von Konsultationen in der Praxis oder bei den Patienten zuhause abrechnen. Vom 4. März bis zum 24. Juni 2020 wurde ausserdem ein Teil der Covid-Tests durch die Grundversicherung bezahlt. Im Anschluss daran wickelten die Krankenversicherer die Tests zwar ab, die Forderungen wurden jedoch vom Bund übernommen.

#### Kosten

Tests	ca. 50 Mio. CHF
Akutspital Bettenstation	ca. 160 Mio. CHF
Akutspital Intensivstation	ca. 90 Mio. CHF
<b>Total:</b>	<b>ca. 300 Mio. CHF</b>

Tabelle 1: Pandemiebedingte Kosten der Krankenversicherer.  
Quelle: Bundesrat

Neben den Krankenversicherern haben auch Bund und Kantone die pandemiebedingten Kostenfolgen im Gesundheitswesen zu tragen. Die direkten Kosten für die Grundversicherung aufgrund von Hospitalisationen im Zusammenhang mit Covid sowie die Corona-Testkosten wurden vom Bundesrat auf etwa 300 Millionen Franken geschätzt (Antwort des BR auf Postulat 20.3135 SGK-SR vom 21. April 2021).

Wird eine vergleichbare Schätzung anhand offizieller Testzahlen und Hospitalisationen nur aufgrund der Kostenstruktur der Helsana-Versicherten und mit aktuelleren Kostendaten durchgeführt, zeigen sich vergleichbare, wenn auch leicht tiefere Werte. Im ambulanten Bereich dürfte zusätzlich ein tiefer zweistelliger Millionenbetrag für die Behandlung positiv getesteter Personen mit Symptomen angefallen sein (eigene Schätzungen Helsana). Die Krankenversicherer wissen nicht, welche der getesteten Personen positiv sind oder welche Rechnungen aufgrund von Covid-Krankheitssymptomen und welche von Corona-unabhängigen Behandlungen stammen. Die Schätzung der Corona-Kosten im ambulanten Bereich ist aufgrund der vielen Annahmen, die dafür getroffen werden müssen mit Unsicherheit behaftet und wird deshalb nachfolgend nicht ausgewiesen.

## 4.1 Leistungskosten

Als das neuartige Virus entdeckt wurde und sich zur globalen Herausforderung in Form einer Pandemie ausweitete, wurde weltweit eine Überlastung der Gesundheitssysteme befürchtet. Auch in der Schweiz wurden präventiv Kapazitäten, insbesondere für die Intensivstationen, freigehalten, um dem drohenden Ansturm durch schwer erkrankte Covid-Patienten begegnen zu können. In einem Jahr, das durch eine grassierende Pandemie gekennzeichnet war, könnte erwartet werden, dass die Gesundheitskosten der Grundversicherung stärker steigen als zuvor. Dies auch begründet durch die oben abgebildeten pandemiebedingten Kosten der Versicherer (Tabelle 1). Es sei denn, das zeitweise starke Drosseln des öffentlichen und privaten Lebens vor allem im ersten Jahresdrittel habe zu einer Dämpfung der Leistungskosten geführt. Im Folgenden wird nebst der Analyse der allgemeinen Kostenentwicklung in der Grundversicherung deshalb den Fragen nachgegangen, ob es im Vergleich zum Vorjahr Unterschiede bei der medizinischen Inanspruchnahme in Bezug auf Alter, Geschlecht, Sprachregion sowie bezüglich Stadt und Land gab.

**Die Kosten im Bereich der Grundversicherung haben sich 2020 im Vergleich zu 2019 kaum verändert.**

Die auf die Schweizer Bevölkerung hochgerechneten Gesamtkosten der Grundversicherung fielen im Jahr 2020 mit 35.8 Milliarden Franken rund 0.5 Milliarden (-1.25 %) tiefer aus als im Vorjahr (Tabelle 2). Dies entspricht in etwa jenem Anteil der Gesamtkosten des Jahres, der durch noch nicht eingereichte Rechnungen zum Analysezeitpunkt fehlte. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich die Kosten kaum verändert haben.



Jahr	Anzahl Versicherte	Anzahl Bezüger	CHF total (Mrd.)	CHF pro Versicherte	CHF pro Bezüger	CHF pro versicherten Mann	CHF pro versicherter Frau
2018	8 514 926	7 196 562	35.77	4 201	4 971	3 723	4 673
2019	8 568 885	7 238 873	36.20	4 225	5 001	3 736	4 706
2020	8 630 630	7 397 660	35.75	4 142	4 832	3 677	4 600

Tabelle 2: Leistungskosten sowie Anzahl Versicherte und Bezüger.

In den vergangenen zehn Jahren betrug die jährliche Kostensteigerung durchschnittlich jeweils rund 1 Milliarde Franken. Die Kostenstagnation gegenüber 2019 ist deshalb im langjährigen Vergleich atypisch. Am stärksten war der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr während der ersten Welle (Abbildung 2, rot schattiert). Hier lagen die durchschnittlichen Bruttokosten pro Woche bis zu 200 Millionen Franken tiefer. Danach folgten eine langsame Normalisierung und ein weiterer Rückgang in abgeschwächter Form ab Mitte der zweiten Welle (Abbildung 2, blau schattiert). Vor der ersten Welle sowie über die Sommermonate lagen die Kosten über den Vorjahreswerten.

## 2 Leistungskosten und Covid-Hospitalisationen

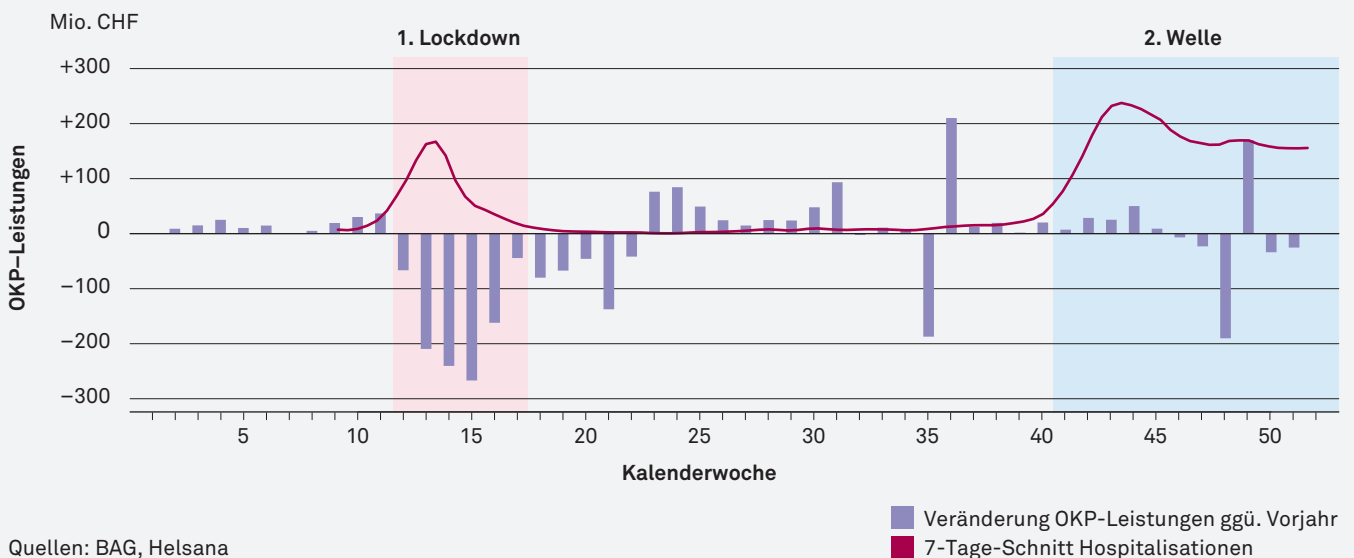


Abbildung 2: Verlauf der Leistungskosten (in Mio. CHF) 2020 im Vergleich zu 2019, sowie laborbestätigte Hospitalisationen aufgrund einer Covid-Erkrankung.<sup>1</sup> Quelle: BAG [1]

Der Anteil jener Versicherten, welche Leistungen aus der Grundversicherung bezogen (die Bezügerquote), unterschied sich in den Jahren 2018 bis 2020 insgesamt nur leicht. Während die Quote 2018 und 2019 unverändert bei 85% lag, stieg sie im Jahr 2020 um 1.2 Prozentpunkte an. Unter Ausschluss der Bevölkerungszunahme nahmen damit rund 100 000 Versicherte mehr mindestens eine Leistung zulasten der Grundversicherung oder einen durch den Bund finanzierten ambulant durchgeführten Covid-Test in Anspruch und wurden somit zu Bezügern.

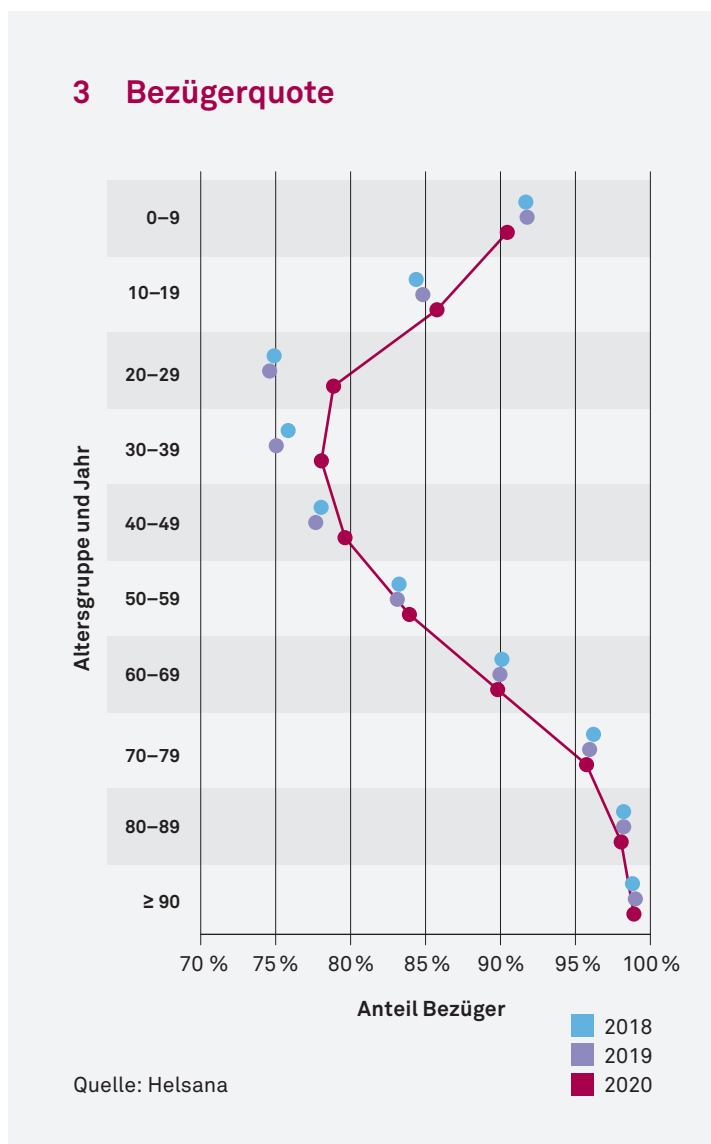
Bezüglich Kostenentwicklung zwischen 2019 und 2020 konnte zwischen Männern und Frauen kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden, das heisst sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kam es zu einer Abnahme der Durchschnittskosten. Diese entspricht pro Person einem Minus von rund 100 Franken bei den Frauen und rund 60 Franken bei den Männern.

<sup>1</sup> In den KW 35/36 sowie 48/49 fallen Ausschläge erst nach unten und in der Folgewoche dann nach oben auf. Diese sind abrechnungstechnischen Ursprungs und heben sich in einer Zweiwochenbetrachtung gegenseitig auf.

Der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr ist insbesondere durch den starken Leistungsrückgang während der ersten Welle geprägt. Die unterdurchschnittliche Kostenentwicklung in der Grundversicherung kann einerseits mit der Verschiebung und/oder Annullierung von Eingriffen begründet werden und andererseits mit der Zurückhaltung der Versicherten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die zögerliche Erholung nach der ersten Welle hat damit zu tun, dass die Leistungserbringer erst wieder in einen geregelten operativen Modus mit vollem Leistungsangebot und Schutzkonzepten finden mussten. Die vorherrschende Unsicherheit, welche Massnahmen oder Lockerungen ab wann Gültigkeit haben, beziehungsweise wie lange diese anhalten würden, gestaltete die Vorbereitungen zusätzlich anspruchsvoller. Auch auf Seiten der Versicherten bestand eine gewisse Zurückhaltung aufgrund der «neuen» Vorsicht, um wieder Termine bei den Leistungserbringern zu vereinbaren und Leistungen zu beziehen. Die befürchtete Überlastung des Gesundheitswesens traf nicht ein. Die Corona-Pandemie hat dazu beigetragen, dass die Kosten im Jahr 2020 nicht gestiegen sind.

## 4.1.1 Alter

### Bezügerquote nach Alter



Von Interesse ist im Folgenden, ob sich der festgestellte leichte Kostenrückgang im Jahr 2020 bei allen Personengruppen finden lässt. Während sich jüngere Menschen meist einer relativ robusten Gesundheit erfreuen und selten teure und zahlreiche Leistungen beziehen, steigt das Risiko für chronische Erkrankungen und schwere Eingriffe mit zunehmendem Alter. Zu erwarten wäre deshalb, dass sowohl die Höhe der bezogenen Leistungen als auch der Anteil der Bezüger unter den älteren Personen höher ausfällt als bei den jüngeren. Oder hat die Corona-Situation daran etwas geändert?

Die Bezügerquote insgesamt veränderte sich nicht grundlegend. Die leichte Zunahme ist auf die Altersklasse der 20-49-Jährigen zurückzuführen, welche 2020 deutlich öfter mindestens eine Grundversicherungsleistung beanspruchten.

Gegliedert nach Altersgruppe zeigt sich, dass die Bezügerquote im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren bei den Kindern unter 10 Jahren fiel und bei den 10- bis 49-jährigen Personen anstieg, wobei der Anstieg bei den 20- bis 29-Jährigen besonders akzentuiert war (Abbildung 3). Bei den Personen ab 50 Jahren veränderte sie sich hingegen kaum.

Abbildung 3: Anteil der Bezüger nach Altersklasse für die Jahre 2018 bis 2020.

Die Vermutung liegt nahe, dass sich der Anstieg der Bezügerquote bei den 20- bis 49-Jährigen zum Teil durch die im Vergleich zu älteren Altersgruppen höhere Mobilität und das Testen im Rahmen der Covid-Pandemie erklären lässt. Denn seit März 2020 wird ein Grossteil der Covid-Tests über die Krankenversicherung abgerechnet (wenn auch seit Ende Juni 2020 vom Bund finanziert).

#### 4 Leistungskosten pro Versicherte

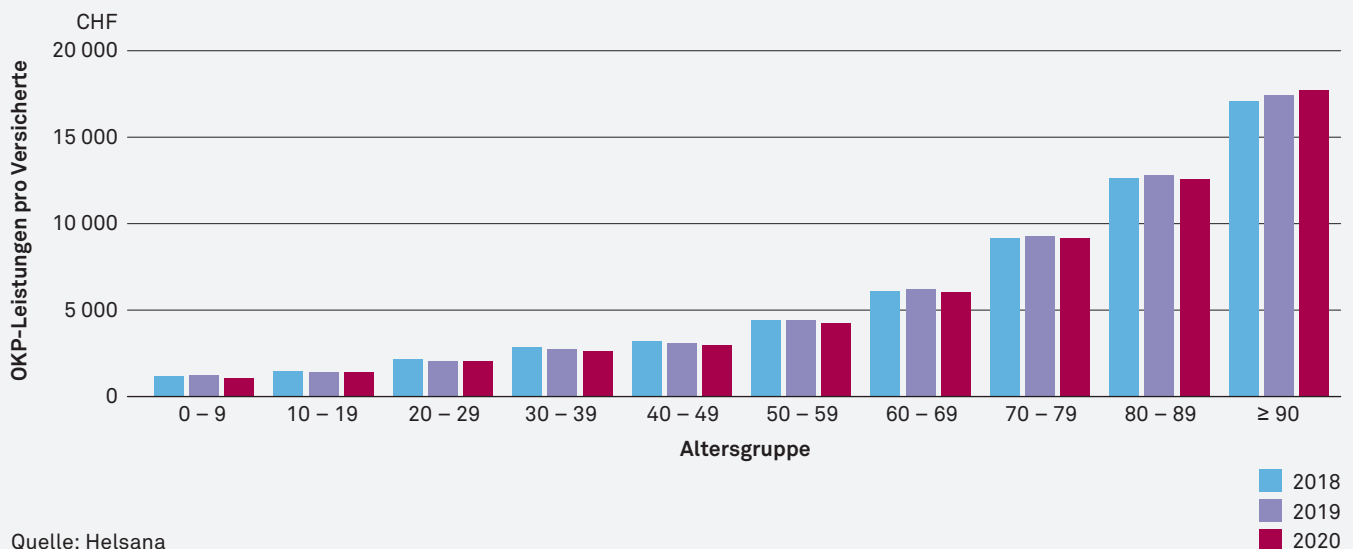


Abbildung 4: Durchschnittliche Leistungskosten pro Person und Jahr (in CHF, inklusive im Jahr 2019 und 2020 Verstorbene).

Aus Unterschieden in der Versorgung über verschiedene Lebensphasen und damit implizit auch unterschiedlichen Bezügerquoten ergibt sich ein genereller Anstieg der Gesundheitskosten im Alter (Abbildung 4).

#### Kostenveränderung nach Alter

**Ganz allgemein nimmt also nicht nur die Anzahl Bezüger mit dem Alter zu, sondern es steigen damit einhergehend auch die durch die entsprechende Altersgruppe generierten Kosten. Wenn sich nun durch Corona neuartige gesundheitliche Konstellationen ergeben, werden möglicherweise Personen, welche ansonsten durch ihre bisher gute Gesundheit keine Leistungen bezogen haben, neu zu Bezügern und ältere Menschen, welche in der grossen Mehrheit bereits Bezüger sind, beziehen mehr Leistungen und generieren dadurch Mehrkosten. War dies im Pandemie-Jahr 2020 der Fall?**

**Je älter die Erwachsenen, desto geringer war der Kostenunterschied gegenüber dem Vorjahr. Bei den jungen Erwachsenen bezogen mehr Personen Leistungen, wodurch der Kostenrückgang im Jahr 2020 geringer ausfiel.**

Die Kosten der Grundversicherung reduzierten sich 2020 insbesondere bei den Jüngsten (0-9-Jährige) mit einem deutlichen Minus von 12.6% (Abbildung 5). Dies allerdings ausgehend von einem tiefen Niveau von jährlich gut 1 000 Franken pro Kind.

Trotz hoher Mobilität und geringerem Komplikationsrisiko bei Covid haben Kinder 2020 insgesamt weniger ärztliche Leistungen in Anspruch genommen als im Vorjahr. Die Abnahme könnte damit zusammenhängen, dass die Jüngsten aufgrund der verschärften Hygienemassnahmen (insbesondere in den Kinderkrippen, Tagesstätten und Schulen), weniger Verletzungen sowie durch die vermehrte Eigenbetreuung seltener mit Krankheitserregern

in Kontakt kamen als sonst üblich. Ausserdem befolgten die Eltern die «Stay at home»-Regeln in Bezug auf das Gesundheitswesen. Die weiteren Untersuchungen (vgl. z.B. Kapitel 5.4.2) lassen nämlich vermuten, dass auch Routineuntersuchungen und vom BAG empfohlene Basisimpfungen zumindest teilweise aufgeschoben wurden.

Bei den 30- bis 69-Jährigen reduzierten sich die Kosten gegenüber 2019 um rund 3 % bis 4 % pro Person, dies trotz der höheren Bezügerquote bei den 30- bis 49-Jährigen.

Die Altersgruppe der 30 bis 49-Jährigen bezieht normalerweise im Vergleich zu den älteren Versicherten eher wenige Leistungen aus der Grundversicherung, da sie relativ gesund sind. 2020 unterschied sich insofern davon, als dass in diesem Jahr mehr kostengünstige «Corona-Leistungen» wie Covid-Tests bezogen wurden, aber auch deutlich weniger nichtdringliche Leistungen wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen (welche langfristig jedoch notwendig sind) oder auch Untersuchungen aufgrund leichterer Symptome.

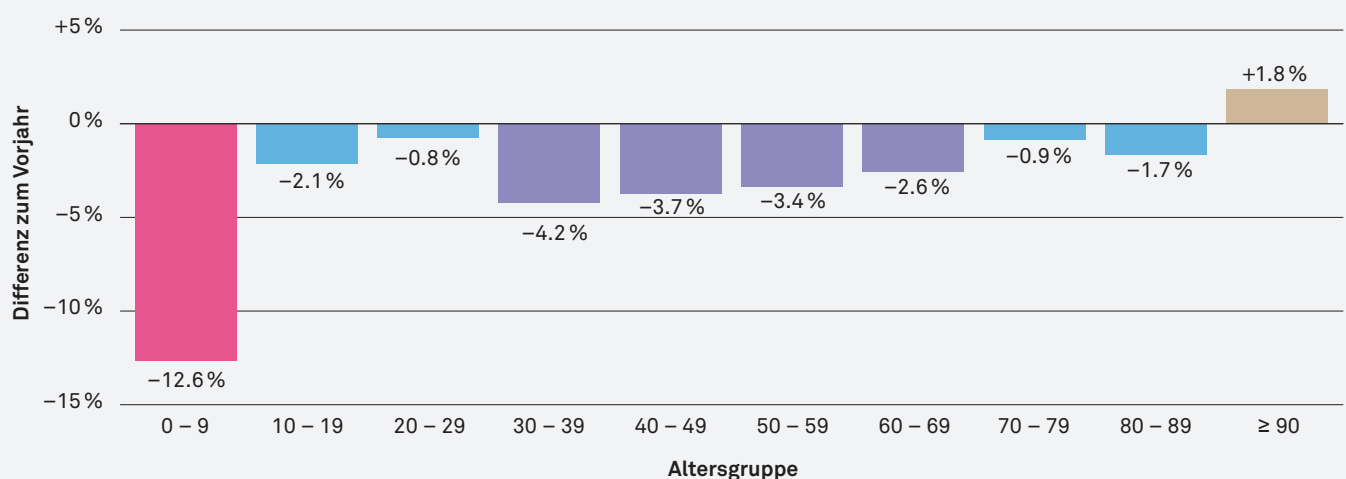
In der Altersklasse der 10- bis 29-Jährigen und der 70- bis 89-Jährigen fiel die Kostenreduktion mit rund minus 1 % bis 2 % geringer aus als bei den übrigen Gruppen.

Während die Corona-Kosten fürs Testen im Verhältnis zu den üblichen Leistungen bei den 20- bis 29-Jährigen stärker ins Gewicht fielen, trieben die Krankheitsverläufe die Kosten in dieser Altersgruppe jedoch nicht in die Höhe. Wegen des markanten Bezügerwachstums (+4 Prozentpunkte) fiel die Kostenreduktion in dieser Gruppe weniger stark aus als bei den restlichen unter 60-Jährigen. Bei den Versicherten über 70 Jahren sind die Kosten für die Behandlung der schwereren Fälle erwähnenswert, welche wohl den geringeren Rückgang erklären.

In der Alterskategorie der Personen ab 90 Jahren stiegen die durchschnittlichen Kosten von bereits über 17 000 Franken um knapp 2 % an.

Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die reguläre Versorgung hochbetagter Personen normal weitergeführt wurde. Eine allfällig weniger intensive Betreuung dieser Altersgruppe wurde direkt durch Kosten, die im Zusammenhang mit Covid-19-Erkrankungen und schweren Krankheitsverläufen anfielen, überkompensiert.

## 5 Kostenveränderung pro Versicherte



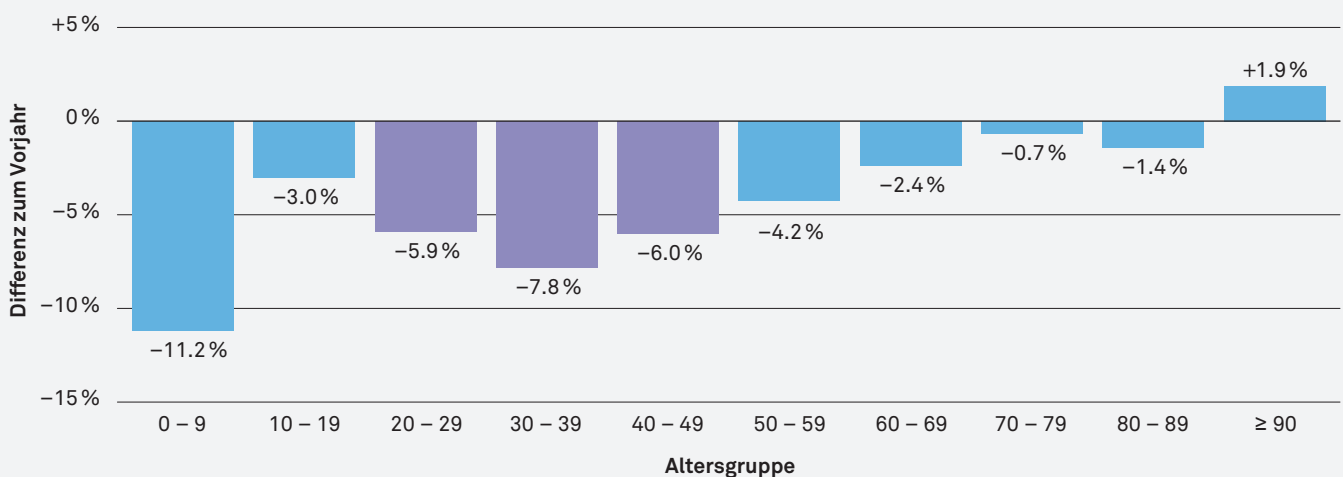
Quelle: Helsana

Abbildung 5: Durchschnittliche prozentuale Differenz der Leistungskosten pro Versicherte zwischen 2019 und 2020, nach Altersklasse (inklusive im Jahr 2019 und 2020 Verstorbene).

Wird die Kostenentwicklung nur bei jenen Versicherten betrachtet, welche mindestens eine Leistung aus der Grundversicherung bezogen haben (Bezüger), zeigt sich bei den 20- bis 49-Jährigen ein stärkerer Rückgang gegenüber dem Vorjahr (Abbildung 6) als beim Durchschnitt dieses Alters (Abbildung 5). Dies trotz der markanten Zunahme an Bezüchern (Abbildung 3).

Das kann damit erklärt werden, dass diese Versicherten entweder im Allgemeinen weniger intensiv behandelt wurden als im Vorjahr oder viele «neue» Bezüger mit wenig kostenintensiven Leistungen dazukamen. Beides ist für die Altersgruppe der 20- bis 49-Jährigen plausibel, da sie stark von der Pandemie bzw. den ergriffenen Massnahmen betroffen war (viele Ansteckungen resp. Verdachtsfälle). Sie hatten deshalb im Pandemie-Jahr zwar mehr, aber wenig intensiven Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Des Weiteren könnte die Abwägung der Vor- und Nachteile einer Behandlung eher zuungunsten eines Arztbesuches oder einer sonstigen Leistungsanspruchnahme ausgefallen sein, und Versicherte mit guter Grundgesundheit könnten bei leichteren Symptomen versucht haben abzuwarten oder sich selbst auszukurieren.

## 6 Kostenveränderungen pro Bezüger



Quelle: Helsana

Abbildung 6: Durchschnittliche prozentuale Differenz der Leistungskosten pro Bezüger zwischen 2019 und 2020, nach Altersklasse (inklusive im Jahr 2019 und 2020 Verstorbene).

«Gerade ältere Personen mit chronischen Erkrankungen sind häufig auf eine kontinuierliche Betreuung durch Ärzte und Therapeuten angewiesen. Fallen diese Kontakte zum Gesundheitswesen weg, so resultieren in vielen Fällen erhebliche Einbussen an Lebensqualität und es drohen negative Konsequenzen für den Gesundheitszustand der betroffenen Personen.»

Prof. Dr. Milo Puhon, UZH  
Direktor Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention

Werden die Bruttoleistungen nach Geschlecht getrennt betrachtet, findet sich zwar insgesamt keine unterschiedliche Entwicklung zwischen den Geschlechtern, allerdings wird ein Unterschied in den Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen und der 70- bis 79-Jährigen deutlich: Während die OKP-Kosten bei den Frauen um mehr als 200 Franken abnahmen, sanken sie bei den 60- bis 69-jährigen Männern nur halb so viel, und bei den 70- bis 79-Jährigen kam es gar zu einer Kostenzunahme.

Dies stützt die Hypothese, dass Männer mit Covid-19 häufiger von einem schweren Krankheitsverlauf betroffen waren als Frauen, wie dies auch die Hospitalisationsstatistiken des BAG nahelegen.

### **Kostenveränderung nach Alter (ohne Verstorbene)**

**In den letzten Lebensmonaten eines Menschen fallen im Normalfall mehr Kosten an als bei den «überlebenden» desselben Alters. Die Leistungskosten in einem Jahr, in dem mehr Menschen vorwiegend gegen Jahresende starben als im Vorjahr, sollten deshalb erwartungsgemäss höher ausfallen. Wenn nun in der Analyse die Bezüge von Versicherten ausgeklammert werden, die im entsprechenden Jahr (2019 oder 2020) verstorben sind, sollten sich die Kosten pro Person in den beiden Jahren weniger unterscheiden. Es sei denn, es wäre in einem der beiden Jahre ein ausserordentliches gesundheitsrelevantes Ereignis eingetreten, welches zu höheren Kosten durch Behandlungen geführt hat, beispielsweise in einer entsprechenden Risikogruppe. Was zeigt die Analyse der Daten des Pandemiejahrs im Vergleich zum Vorjahr – dieses Mal ohne Bezüge von Personen, die verstorben sind?**

**Es zeigt sich, dass die Pandemie bei Personen über 70 Jahren zu einer Zunahme der Kosten in der Grundversicherung geführt hat, wenn ausschliesslich die Daten der nicht verstorbenen Versicherten einander gegenübergestellt werden.**

In der Helsana-Versichertengemeinschaft starben im Pandemiejahr in den Monaten März und April rund 10 % bis 20 % und insbesondere in den Monaten Oktober bis Dezember (allein im November und Dezember +50 %) mehr Personen als im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum des Vorjahres. Hingegen verstarben in den Monaten Januar und Februar sowie Mai bis Juli weniger Menschen. Die Verstorbenen waren primär Personen im Alter von 80 Jahren und älter. Bei den Frauen kann eine leichte Zunahme ab 70 Jahren, bei den Männern ab 60 Jahren festgestellt werden, hingegen sind insbesondere bei den Männern und Frauen zwischen 40 und 49 Jahren 2020 weniger Personen gestorben als 2019.

Diese Tatsache hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf die durchschnittlichen Kosten pro Alterskategorie der Älteren, nicht jedoch auf deren Bezügerquote, welche ohnehin hoch ausfällt. An dieser Stelle werden deshalb die jeweiligen Durchschnittskosten nochmals unter Ausschluss der in den Jahren 2019 respektive 2020 verstorbenen Versicherten untersucht, womit insgesamt jeweils mehr als 1 Milliarde Franken wegfallen. Da die Kosten in den letzten Lebensmonaten durch die meist kostenintensive Versorgung überdurchschnittlich hoch ausfallen, werden Verzerrungen durch unterschiedliche Sterberaten zwischen den Vergleichsjahren reduziert.

Im Gegensatz zu den oben erläuterten Ergebnissen zeigt sich unter Ausschluss der im Beobachtungsjahr Verstorbenen im Vergleich zu den gleichartig bereinigten Zahlen des Jahres 2019 bereits ab der Altersklasse der 60-Jährigen eine Zunahme der Kosten gegenüber dem Vorjahr (Abbildung 7). Also ab jener Alterskategorie, bei welcher im Jahr 2020 mehr Männer gestorben sind als 2019. Während die Differenz bei den 60- bis 69-Jährigen noch gering ausfällt, wird sie mit zunehmendem Alter immer ausgeprägter.

Die durch die älteren Versicherten verursachten durchschnittlichen Leistungskosten fielen im Jahr 2020 höher aus als 2019, wenn die Bezüge jener Personen ausgeklammert werden, welche im Beobachtungszeitraum verstorben sind. Ohne das Eintreten des neuen, gesundheitsrelevanten Ereignisses Corona wäre dies nicht in diesem Ausmass zu erwarten.

Die gegenüber dem Vorjahr höheren Kosten, insbesondere bei den über 70-Jährigen, dürften wohl nicht zuletzt dadurch entstanden sein, dass diese Personen lange Zeit am stärksten von Covid betroffen waren und somit ein Teil der Kosten durch die häufig besonders intensive, langdauernde und damit auch kostspielige Behandlung der Krankheit entstand. Zumindest zu Beginn der Pandemie waren die Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten noch völlig offen. Zudem konnten in diesem Alter im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung Behandlungen und Eingriffe, die nicht mit Covid in Zusammenhang standen, nicht aufgeschoben werden. Durch den Ausschluss der Kosten am Lebensende machen diese Aufwände einen relativ grossen Anteil der verbleibenden Kosten aus.

## 7 Kostenveränderung pro Versicherte (ohne Verstorbene)

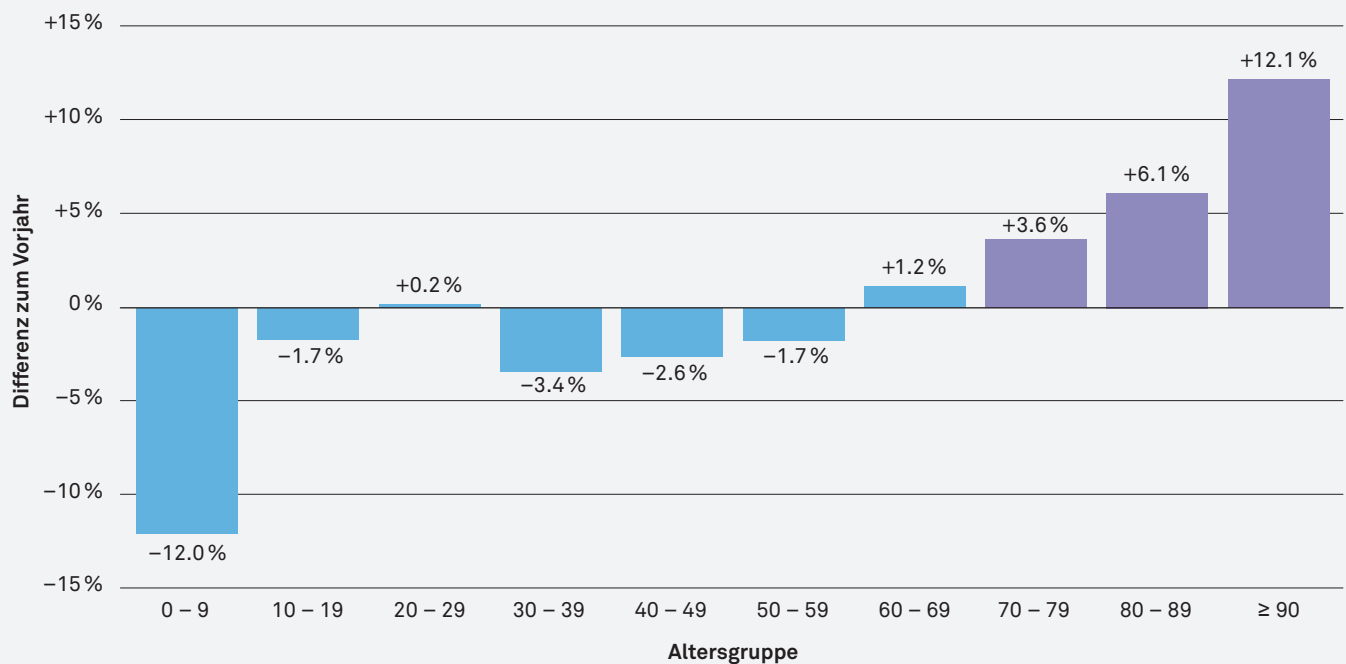


Abbildung 7: Durchschnittliche prozentuale Differenz der Leistungskosten pro Versicherte zwischen 2019 und 2020, nach Altersklasse (exklusive im Jahr 2019 und 2020 Verstorbene).

### 4.1.2 Regionale Disparitäten

**Da sich die Fallzahlen während der Ausbreitung des Corona-Virus je nach Region sehr ungleich entwickelten, lohnt sich ein Blick auf die Daten der verschiedenen Gebiete. Sind in stärker von der Pandemie betroffenen Gegenden höhere Kosten entstanden, da sich mehr Menschen in intensive Behandlung begeben mussten? Oder erwiesen sich die Massnahmen rund um Corona auch hier als kostendämpfende Faktoren? Welchen Einfluss hatte der Wohnort auf die Inanspruchnahme von Leistungen während der Pandemie?**

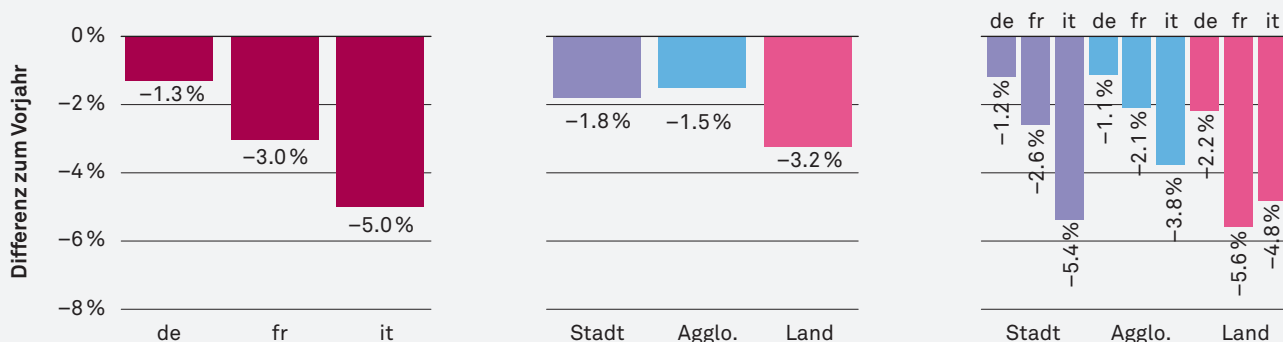
Im Tessin und in der Romandie sowie auf dem Land war der Kostenrückgang besonders ausgeprägt. Die Einschränkungen aufgrund des epidemiologischen Verlaufs der Pandemie in der lateinischen Schweiz einerseits, andererseits die eingeschränkte alltägliche Mobilität und damit die zunehmende geographische Distanz zu ambulanter Spezialversorgung und Testinfrastruktur der Landbevölkerung hatten einen wichtigen Einfluss auf die Verfügbarkeit des Leistungsangebots.

Wie bereits in vergangenen Jahren fielen die Kosten auch im Jahr 2020 in der Deutschschweiz insgesamt tiefer als in der französischen und der italienischen Schweiz aus. In der ländlichen Deutschschweiz lagen die Leistungskosten pro Person rund 1 400 Franken tiefer als in den städtischen italienischsprachigen Landesteilen.



Die Leistungskosten lagen 2020 in allen drei Sprachregionen durchgehend tiefer als 2019 (Abbildung 8), wobei die Abnahme zum Vorjahr in der italienischen Schweiz am grössten war (-5 %) und auch in der französischen Schweiz etwas stärker ausfiel als in der Deutschschweiz. Die Kostenreduktion fiel zudem, und dies über alle Sprachregionen hinweg, in ländlichen Regionen höher aus (rund -3 %) als in der Agglomeration und in städtischen Regionen (je rund -1.5 %).

## 8 Kostenveränderung pro Sprachregion und Urbanität



Quelle: Helsana

Abbildung 8: Durchschnittliche prozentuale Differenz der Leistungskosten pro Versicherte zwischen 2019 und 2020, nach Sprachregion und Urbanität.

Der Kostenrückgang pro Person gegenüber 2019 war in den städtischen Regionen der italienischsprachigen Schweiz am grössten (minus 280 Franken; -5.4 %), während die Kosten in der Agglomeration der Deutschschweiz nur um rund 40 Franken pro Person sanken (-1.1 %).

Für die regionalen Unterschiede verantwortlich sind die unterschiedlichen sozio-demografischen Konstellationen (z.B. Einkommens- oder Altersverteilung) und die sich auch daraus ergebenden morbiditätsbezogenen Faktoren (je nach sozio-demographischen Merkmalen fallen im Durchschnitt unterschiedlich hohe Leistungskosten an). Daneben spielen kulturelle Aspekte bei der Nachfrage und regionale Unterschiede im Angebot (je nach Sprachregion und Urbanität) eine wichtige Rolle.

Die italienischsprachige Schweiz wurde während der ersten Welle früher und stärker von der Pandemie getroffen als alle übrigen Gebiete. Später wiederholte sich das Muster in der frankophonen Schweiz. Die Appelle zu starken Einschränkungen des privaten Lebens (z.B. «Stay at home») stiessen in den besonders betroffenen Gebieten aufgrund ihrer Dringlichkeit vermutlich auf höhere Akzeptanz. Auch die institutionellen Einschränkungen waren hier grösser und die Menschen verhielten sich aus Angst vor einer Überlastung des Gesundheitswesens, aus Solidarität und aus Furcht vor einer Neuinfektion womöglich vorsichtiger. Es ist anzunehmen, dass deshalb die Konsultationen dort stärker zurückgingen als in der Deutschschweiz.

Ausserdem weist die in der italienischsprachigen Schweiz wohnhafte Bevölkerung aufgrund der Abwanderung von Jungen und der Zuwanderung von Rentnern, primär aus der deutschsprachigen Schweiz, den höchsten Anteil an älteren Menschen in der Schweiz auf. In dieser Bevölkerungsgruppe fällt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen generell höher aus. Es ist daher anzunehmen, dass durch die oben beschriebenen Besonderheiten im Jahr 2020 in dieser Region mehr eigentlich notwendige Leistungen wegfielen als in anderen Regionen.

Die Unterschiede zwischen Stadt/Agglomeration und Land könnten darauf zurückzuführen sein, dass sich der Zugang zu Testinfrastruktur und Spezialisten nach der ersten Welle auf dem Land weniger einfach gestaltete, da beispielsweise die Mobilität jenes Teils der ländlichen Bevölkerung mit stadtnahem Arbeitsort wegfiel. Ausserdem könnte sich die Mentalität einer eher zurückhaltenden Inanspruchnahme von Leistungen bei Versicherten in ländlichen Regionen im Jahr 2020 akzentuiert und zum stärkeren Kostenrückgang beigetragen haben.

#### Fazit 4.1

##### Leistungskosten-Entwicklung

Die Kosten im Gesundheitswesen veränderten sich im Jahr 2020 insgesamt nur leicht. Dies ist einerseits darauf zurückzuführen, dass das Angebot durch den Staat reduziert wurde, indem er den Leistungserbringern Beschränkungen auferlegte und andererseits darauf, dass sich die individuellen Präferenzverschiebungen der Bevölkerung (Abwägung der Vor- und Nachteile einer Behandlung oder Risikoabwägung bezüglich Infektion) hemmend auf die Nachfrage auswirkten. Diese stark kostendämpfenden Faktoren haben die coronabedingten Mehrkosten durchs Testen und die intensive medizinische Betreuung stationärer Covid-Patienten folglich mehr als kompensiert.

Trotz der Angebotsbeschränkungen gab es insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung mehr Leistungsbezüger im Vergleich zum Vorjahr. Die behördliche Aufforderung zum Testen dürfte zur Zunahme an «neuen» Bezüglern beigetragen haben, die aber nur wenig und relativ günstige Leistungen bezogen. Die «bestehenden» Bezüglern dieser jüngeren Altersgruppen wurden allgemein weniger intensiv behandelt.

Die Pandemie führte insbesondere bei den älteren Bevölkerungsgruppen zu einer starken Zunahme der Leistungskosten, da stationäre Aufenthalte zur Lebensrettung sehr behandlungs- und somit kostenintensiv sind.

In den von der Pandemie besonders heftig betroffenen Gebieten (italienisch- und französischsprachige Landesteile) wie auch auf dem Land war der Zugang stärker eingeschränkt und der Kostenrückgang fiel deutlicher aus als in den Städten oder ganz allgemein in der Deutschschweiz.

## 4.2 Leistungsbereiche

**Nachdem dargelegt worden ist, wie sich die Leistungskosten 2020 entwickelt haben, sowohl allgemein wie auch in Bezug auf verschiedene Untergruppen, wird nun der Frage nachgegangen, ob es bestimmte Bereiche im Gesundheitswesen gibt, welche im vergangenen Jahr die Auswirkungen der Pandemie besonders stark zu spüren bekamen. Dazu wird untersucht, wie sich die Kosten im Jahresverlauf entwickelt haben und Fragen wie die folgenden beantwortet: Hatten alle Bereiche gleichermassen Einbussen zu verzeichnen oder gab es auch Bereiche, in denen mehr Leistungen angeboten wurden als 2019? Und sind Unterschiede übers Jahr und während der verschiedenen Phasen der Pandemie zu beobachten?**

Ein besonderes Augenmerk gilt in den Analysen sowohl der ersten Welle, welche mit der Lockdown-Periode vom 16. März 2020 bis zum 26. April 2020 definiert wird, als auch der zweiten Welle, welche vom Zeitpunkt des Anstiegs der positiv Getesteten und der Hospitalisationen vom 5. Oktober 2020 an bis Ende Jahr dauerte. Für die Untersuchungen werden Bereiche mit ähnlichen Leistungen gruppiert, und zwar unabhängig davon, von welchem Leistungserbringer diese erbracht oder durch wen sie abgegeben wurden. Es wird also beispielsweise nur dargestellt, wie sich die Medikamentenverkäufe im ambulanten Bereich oder die Laboranalysen verändert haben und dabei nicht unterschieden, wer diese Leistungen angeboten hat. Werden die Kosten in den definierten Leistungsbereichen mit denen der Leistungserbringer verglichen, so resultieren jedoch ähnliche Verlaufsmuster.

#### Kostenentwicklung in den Leistungsbereichen

**Wenn Behörden das Erbringen einer Leistung im Gesundheitsbereich wie auch das Verhalten der Bevölkerung einschränken, um das Gesundheitssystem möglichst auf einen grossen Ansturm vorzubereiten, ist zu erwarten, dass die Kosten sämtlicher Leistungsbereiche abfallen, zumindest bis dieser Ansturm losgeht. Doch was geschieht, wenn die Massnahmen wieder aufgehoben werden? Holen die Leistungserbringer und Versicherten nach, was sie zuvor zurückstellen mussten? Und wie verhält es sich während der zweiten Welle ohne behördliche Einschränkungen im Gesundheitswesen?**

Während der ersten Welle nahmen die Kosten über alle Leistungsbereiche deutlich ab, wohingegen sie während der zweiten Welle, die bezüglich Covid deutlich heftiger ausfiel, nur in den wenigsten Fällen nochmals vergleichbar einbrachen. Das Gesundheitssystem hatte gelernt mit Corona umzugehen.

Während der ersten Welle nahmen die Kosten über alle Leistungsbereiche deutlich ab. Gegen Ende des Lock-downs war der Unterschied zum Vorjahr jedoch weniger stark als in der Anfangsphase.

Diese Verringerung des Unterschieds hat einerseits damit zu tun, dass im Vergleichszeitraum des Jahres 2019 Ostern um den 21. April lag, weshalb saisonbedingt auch ohne Beschränkungen durch die Politik ebenfalls weniger Leistungen erbracht worden waren. Andererseits ist auch denkbar, dass die Leistungserbringer das Ende des Lockdowns bereits antizipierten und trotz Einschränkungen wieder mehr Leistungen angeboten wurden.

Werden die einzelnen Leistungsbereiche pro Woche betrachtet, zeigen sich über das Jahr hinweg unterschiedliche Verlaufsmuster (Abbildung 9). Gesamthaft betrachtet nahmen die Leistungskosten während der ersten Welle (rot schattiert) in allen Kategorien signifikant ab, was aufgrund des Behandlungsverbots nicht verwundert (mit Ausnahme der Pflegeheime und der Spitex, welche jedoch nicht abgebildet sind). Demgegenüber zeigten sich in der zweiten Welle (blau schattiert) je nach Bereich teils entgegengesetzte Verlaufsmuster. Während beispielsweise Akutspitäler auch in der zweiten Welle durchgehend weniger Kosten zu Lasten der Grundversicherung verzeichneten, kam es bei den Laboratorien weitestgehend zu coronabedingten Mehreinnahmen gegenüber dem Vorjahr.

«Die Auswertungen von Helsana lassen keine direkten Aussagen zu Unter- oder Überversorgung zu. Es scheint zumindest plausibel, dass sowohl Nötiges wie Unnötiges während des sechswöchigen Lockdowns im Gesundheitswesen reduziert wurde. Generell fragt sich, ob bei den elektiven Eingriffen und der Grundversorgung mittelfristig überhaupt Beeinträchtigungen in der Versorgung stattfanden, da in einer Gesamtjahresbetrachtung wohl vieles nachgeholt werden konnte.»

Prof. Dr. Milo Puhon, UZH

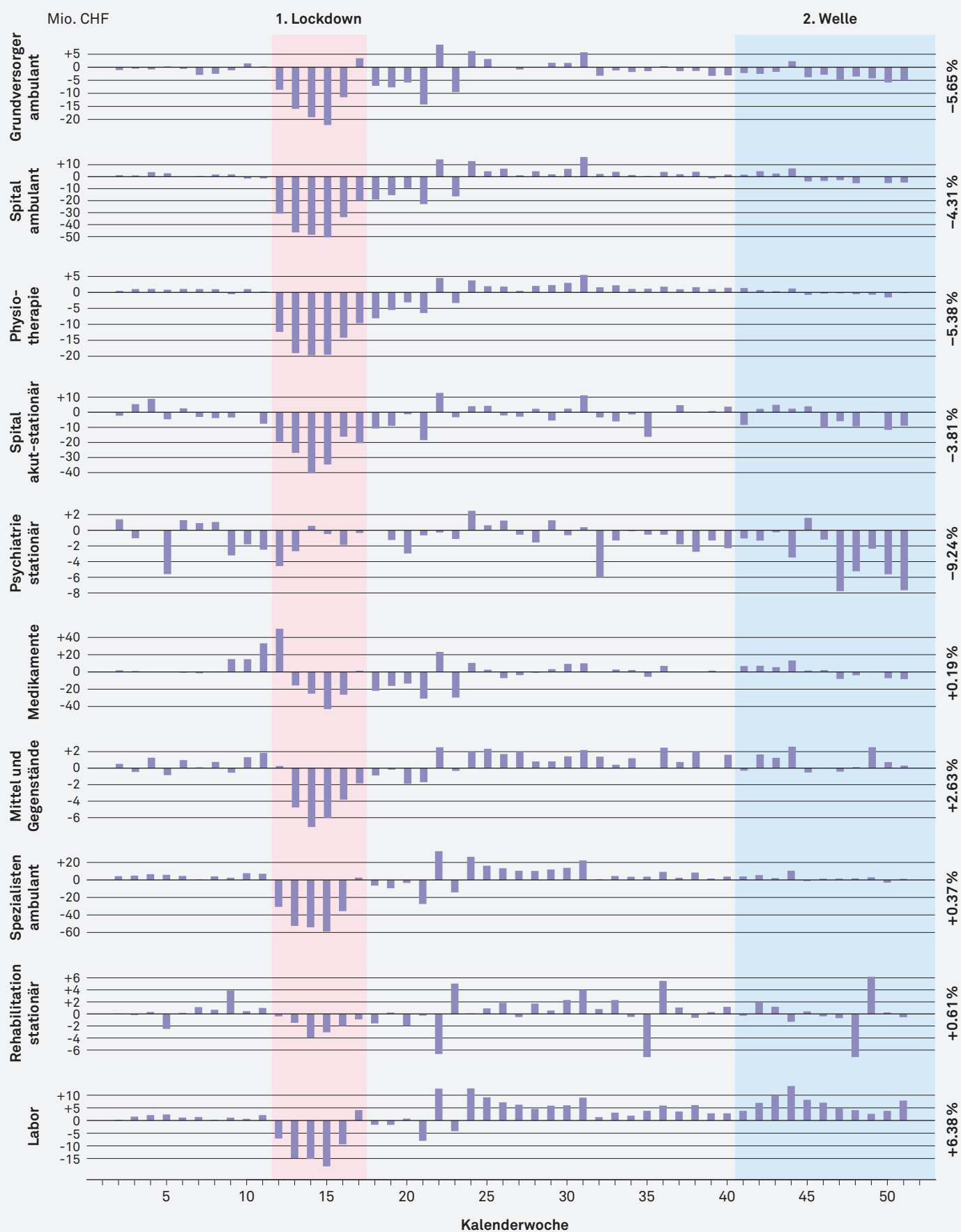
Direktor Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention

Im Folgenden wird auf den Verlauf der Leistungskosten übers Jahr 2020 in den verschiedenen Bereichen genauer eingegangen, indem ähnliche Muster gemeinsam betrachtet werden.

### Leichte Kostenreduktion: Doppelte Welle mit teilweiser Kompensation.

In der **Grundversorgung** (darunter fallen Hausärzte, Ärzte der Allgemeinen inneren Medizin und Kinderärzte), im Bereich **Spital ambulant** sowie in der **Physiotherapie** kam es sowohl in der ersten und etwas weniger ausgeprägt aber auch in der zweiten Welle zu einem Rückgang der Kosten. Dieser wurde in der Zeit dazwischen, d.h. vorwiegend in den Sommermonaten, mit im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöhten Leistungsvolumen nur teilweise kompensiert. Ende Jahr resultierte in den drei Bereichen ein Minus von 4 % bis 6 % gegenüber dem Vorjahr.

## 9 Kostenveränderung pro Kostenkategorie



Quelle: Helsana

Abbildung 9: Differenz der Leistungskosten zwischen 2019 und 2020 pro Leistungsbereich (in Mio. CHF). Auf der x-Achse sind die ganzen Kalenderwochen (Wochen 2-51) dargestellt.

Teilweise sind Ausschläge erst nach unten und in der Folgewoche dann nach oben zu beobachten (z.B. bei stationärer Rehabilitation). Diese sind abrechnungstechnisch begründet und heben sich in einer Zweiwochenbetrachtung gegenseitig auf.

Diese Leistungsbereiche waren bereits vor der Pandemie stark ausgelastet. In der Bewältigung der direkten Folgen von Corona spielten sie eine weniger wichtige Rolle und waren insbesondere während der ersten Welle von einem starken Konsultationsrückgang betroffen. Während der Sommermonate zwischen den beiden Wellen konnte aufgrund einer bereits guten Auslastung der vorhandenen Kapazitäten und, im Falle der Grundversorger, wegen eines vermehrt zentralisierten Testungsangebots keine Überkompensation erfolgen. Die Kosten-Nutzen-Abwägung zwischen Behandlungsnutzen und Ansteckungsgefahr seitens Versicherter hat sich zuungunsten einer Arztkonsultation verschoben. Mögliche Fälle von Überversorgung wurden eher vermieden.

Die **Akutspitäler** wiesen in der ersten Welle ebenfalls einen Leistungsrückgang aus (bis zu 40 Millionen Franken pro Woche), welcher in der zweiten Welle geringer ausfiel und während der Sommermonate nur teilweise kompensiert wurde.

Nicht alle abgesagten, verschobenen oder erst gar nicht angeordneten Eingriffe konnten nach dem Wegfall der Einschränkungen der ersten Welle gleich nachgeholt werden, obwohl die Kapazitäten wohl vorhanden gewesen wären. Die stationären Einrichtungen hatten für die zweite Welle keine detaillierten national gültigen behördlichen Vorgaben. Sie haben ihre «Hausaufgaben» gemacht und neuerliche Vorhaltekapazitäten wurden aufgrund von Lerneffekten am effektiv notwendigen Bedarf und der epidemiologischen Lage ausgerichtet. Der Einbruch bei der zweiten Welle fiel im Vergleich zur ersten deshalb viel geringer aus, obwohl sie epidemiologisch viel heftiger war und mehr als fünf Mal mehr Menschen mit Covid starben. Es scheint wahrscheinlich, dass notwendige Behandlungen in der zweiten Welle weniger verschoben oder abgesagt wurden und die medizinische Versorgung der breiten Bevölkerung somit besser als in der ersten Welle gewährleistet werden konnte.

#### **Deutliche Kostenreduktion: Doppelte Delle ohne Kompensation.**

Insgesamt fiel die prozentuale Abweichung gegenüber dem Vorjahr über das Gesamtjahr 2020 bei den **psychiatrischen Kliniken im stationären Bereich** am stärksten ins Gewicht (-9.2%). Nach Beendigung der ersten Welle bewegten sich die Kosten nur langsam wieder aufwärts, und es konnte in den Monaten zwischen den beiden Wellen keine Zunahme festgestellt werden. In der zweiten Welle lagen die Kosten noch deutlicher unterhalb der Vorjahreswerte.

Dieser Rückgang lässt sich zum Teil durch die Angst der Patienten, in ein Spital bzw. eine Klinik zu gehen und durch die weniger aktive Zuweisungen der Hausärzte und Psychiater erklären. Es gab wahrscheinlich auch eine gewisse Verlagerung von stationär zu ambulant, vor allem in institutionelle Ambulatorien mit einer kompensatorischen Zunahme fernmündlicher Behandlungsleistungen. Darüber hinaus wurden zu Beginn der Pandemie teilweise Betten als Reserve für den erwarteten Anstieg spitalbedürftiger Covid-Patienten vorgehalten; im Kanton Zürich gab es beispielsweise ein solches Dispositiv.

#### **Unveränderte Kosten: Einfache Delle mit antizipativen Vorratskäufen.**

Kurz vor der ersten Welle kam es bei den **Medikamenten** und bei den **Mittel und Gegenständen** zu einem Kostenanstieg. Die Rückgänge während der ersten Welle (bis zu 45 Millionen Franken bei den Medikamenten und bis zu 8 Millionen Franken bei den Medizinprodukten) waren während der zweiten Welle nicht mehr zu beobachten. Im Gegensatz zum Bereich der Medizinprodukte, der den Rückgang primär in den Sommermonaten kompensieren konnte, wurden Medikamente vor allem vor der ersten Welle im grossen Stil eingekauft. Es resultierte am Jahresende ein Plus von 0.2% bei den Medikamenten bzw. 2.6% bei den Mittel und Gegenständen.

#### **Unveränderte Kosten: Einfache Delle mit starken Nachhohoeffekten.**

Bei den **Spezialisten** kam es zwischen den beiden Wellen (ab Ende Mai) zu einer «Aufholjagd», sodass am Jahresende ein leichtes Plus gegenüber dem Vorjahr von 0.4% resultierte.

Diese Beobachtung könnte damit zusammenhängen, dass weder die Patienten noch die Ärzte in dieser Zeit lange in den Ferien weilten oder ihre Ferien in der Schweiz verbrachten. So konnte zumindest ein Teil der Leistungen

nachgeholt werden. Des Weiteren könnten zusätzliche Arbeitsressourcen mobilisiert worden sein, um die eingeschränkte Versorgung der ersten Welle und die Umsatzeinbussen wettzumachen. Die Nachfrage von Personen mit im Vergleich zur Hausarztmedizin tendenziell akuterem Leiden oder von Personen mit Bedürfnissen nach spezifischeren oder komplexeren Leistungen stieg nach den initialen Einschränkungen wieder stärker an. Die Kosten-Nutzen-Abwägung der Patienten könnte hier stärker pro Behandlung und contra Angst ausgefallen sein.

Ähnlich verhielt es sich bei den **stationären Rehabilitationseinrichtungen**, wenn auch auf tieferem Niveau. Der Rückgang von wöchentlich bis zu 4 Millionen Franken in der ersten Welle glich sich übers Jahr wieder aus. Es resultierte schliesslich ein Plus von 0.6 %.

#### **Deutliche Kostenzunahme: Einfache Delle und anschliessend starke Zunahme mit Erschliessung neuer Geschäftsfelder.**

Die **Laboratorien** gehören klar zu jenen Leistungserbringern, welche aufgrund der neuen pandemiebedingten Lage stark an Umsatz zulegten. Sie verzeichneten 2020 ein Plus von rund 6.4 % gegenüber 2019. Umsatzeinbussen mussten sie lediglich während der ersten Welle hinnehmen. Ab Ende Mai lagen die Kosten gegenüber dem Vorjahr fast durchgehend höher und übertrafen die Kosten des Vorjahres zeitweise um über 10 Millionen Franken pro Woche. Verstärkt wurde der Effekt durch die anfänglich im internationalen Vergleich sehr hohen Preise für die neuen Corona-Analysen, welche in der Folge zwar sukzessive, aber nur langsam sanken.

#### **Nahezu unveränderte Kosten primär unter Ausschluss von Preiseffekten.**

In den Bereichen **Pflegeheime und Spitex** (in Abbildung 9 nicht abgebildet) erfolgten zwischen 2019 und 2020 Beitragsanpassungen. Neu wurden Leistungen in Pflegeheimen um 6.7 % höher vergütet und im Gegenzug die Beiträge an Leistungen der Spitex gesenkt (-3.6 %). Die Kosten bei den Pflegeheimen sanken weder in der ersten noch in der zweiten Welle. Das Plus von knapp 9 % gegenüber dem Vorjahr bei den Pflegeheimen kann einerseits und mehrheitlich auf die oben geschilderte Erhöhung der Grundversicherungs-Beiträge zurückgeführt werden, und andererseits auch auf einen stärkeren Leistungsbezug, was sich an der leichten Erhöhung der Pflegeeinstufung in den Pflegeheimen gegenüber 2019 verdeutlicht. Die Kosten für die ambulante Pflege (Spitex) verliefen im Jahr 2020 relativ ähnlich zu jenen des Vorjahres. Somit kam es auch hier weder im ersten Lockdown noch in der zweiten Welle zu nennenswerten Schwankungen. Es resultierte ein marginales Plus von 0.9 %. Bei einem gleichzeitigen Rückgang der Vergütungen (OKP-Beiträge) bedeutet dies, dass im Jahr 2020 insgesamt mehr Spitex-Leistungen bezogen wurden. Alles in allem fiel der pandemiebedingte Effekt in der Langzeitpflege im Vergleich zu den übrigen Leistungserbringern gering aus.

Der leicht erhöhte Bezug von Pflegeleistungen könnte einerseits mit höheren Anforderungen an Schutzmassnahmen und -material zusammenhängen und andererseits damit, dass Patienten nach einem Eingriff oder einer Behandlung schneller ins Pflegeheim (zurück-) verlegt wurden, um im Spital Betten für Corona-Patienten freizuhalten.

#### **Fazit 4.2** **Leistungsbereiche**

Der allgemeine Kostenrückgang im Jahr 2020 wurde durch die verschiedenen Leistungsbereiche unterschiedlich beeinflusst. Trotz faktischem Behandlungsverbot im Lockdown während der ersten Welle sind in allen Bereichen und über das ganze Jahr hinweg Leistungen erbracht worden. Offensichtlich gibt es viele medizinische Problemstellungen, welche sich nicht einschränken lassen.

- Insbesondere **während der ersten Welle** wurde nicht der übliche Umfang an Leistungen erbracht. Hierbei ist unklar, in welchem Ausmass Kosten aufgrund einer Überversorgung wegfielen oder inwiefern die eigentlich notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung zu kurz kam.
- **Zwischen den beiden Wellen** erholten sich fast alle Bereiche wieder oder es wurden, sofern Zusatzkapazitäten vorhanden waren, sogar deutlich mehr Leistungen als im Vorjahr erbracht. Jedoch kehrten die Versicherten nicht in jedem Bereich gleich schnell zu den Leistungserbringern zurück. Anscheinend war die Notwendigkeit einer Leistungsanspruchnahme, welche während des Lockdowns als nicht dringlich eingestuft worden war, nicht überall gleich hoch.
- Obwohl die **zweite Welle** deutlich heftiger ausfiel, brachen die Kosten nicht im selben Ausmass ein wie in der ersten. Die Leistungserbringung wurde, vergleichbar mit der Zwischenphase, weitergeführt. Die Leistungserbringer haben aufbauend auf den Erkenntnissen der ersten Welle reagiert und dort, wo die Nachfrage nicht eingebrochen war, zwar teilweise am Limit, doch ähnlich wie zu Normalzeiten gearbeitet.

Das Gesundheitswesen passte sich den veränderten Rahmenbedingungen offensichtlich schnell an. Kapazitätsengpässe bei der Infrastruktur (z.B. Beatmungsgeräte, Operationssäle) waren eher selten. Hingegen war die Verfügbarkeit bestimmter Materialien wie Schutzmaterial zeitweise knapp. Das Gesundheitspersonal gewisser Bereiche (z.B. auf den Intensivstationen in den Spitälern oder in den Pflegeheimen) arbeitete häufig am Limit.

Rückwirkend betrachtet stellte sich heraus, dass bei Kapazitätsengpässen während der Corona-Pandemie Angebots-Einschränkungen dem System selbst überlassen werden konnten, da es im Eigeninteresse der Leistungserbringer liegt, eine der Situation angepasste optimale Gesamtversorgung aufrechtzuerhalten. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch in der zweiten Welle dringliche Behandlungen aufgeschoben werden mussten.

Der vorübergehende oder teilweise fortbestehende starke Kostenanstieg weist für Bereiche wie die Orthopädie auf deutliche Mehrkapazitäten hin, welche auch eine Überversorgung zu Normalzeiten vermuten lässt.

## 4.3 Fokus-Themen

Die Beobachtungen der Kostenentwicklungen nach Bezüglern und Leistungsbereichen soll im Folgenden ergänzt werden durch die Analyse der konkreten Situation bei den Grundversorgern, den ambulanten Spezialisten und den Akut-Spitälern. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich unter dem Einfluss der Pandemie und der damit einhergehenden behördlichen Massnahmen neben den Kosten auch die Konsultationen und Anzahl Behandlungen verändert haben. Hat sich beispielsweise die Art und Weise oder Form, wie die Versicherten mit dem Gesundheitswesen in Kontakt getreten sind, verändert? War der Effekt der Pandemie bei allen Spezialisten gleich? Haben die Spitäler während der zweiten Welle ohne Lockdown normal weitergearbeitet?

### 4.3.1 Grundversorgung (ambulant)

Was unternahmen die Versicherten insbesondere während der ersten Welle im Lockdown bei medizinischen Problemen, mit welchen sie sich normalerweise an den Grundversorger richten? Der Weg dorthin wurde zumindest ziemlich eingeschränkt. Auf welche Weise konnten die Anliegen dennoch abgeklärt werden? Welche Rolle spielten die Haus- und Kinderärzte während der Pandemie-Wellen?

Telefonkonsultationen bei den Grundversorgern nahmen in der ersten Welle sehr stark zu. Nicht jedes Anliegen musste zwingend vor Ort geklärt werden. Die Rolle der Haus- und Kinderärzte und deren Bedeutung in der Gesundheitsversorgung veränderte sich während der ersten Welle.



Analog zu den Kosten 2020 wich auch die Anzahl der Konsultationen bei Grundversorgern pro Woche von derjenigen des Vorjahrs ab. Hierbei wurden nur Konsultationen berücksichtigt, bei welchen ein direkter zeitgleicher Kontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat, sei es vor Ort (in der Praxis), telefonisch, per Video oder via Hausbesuch. Eine Konsultation bedarf einer mündlichen ärztlichen Leistung in Form von Gespräch, Anamnese und Beratung. Die alleinige Durchführung von Massnahmen (z.B. Medikamentenverabreichung, Rezeptausstellung, etc.) stellt keine Konsultation dar.

Wie schon bei der Analyse der Leistungsbereiche festgestellt (vgl. Kapitel 4.2), gab es auch bei den Konsultationen im Jahr 2019 einen deutlichen saisonalen Einbruch über die Ostertage (Abbildung 10). Dieser Effekt führte im Jahr 2020 zusammen mit den Auswirkungen der ersten Welle im März und April zu einem Minus von rund 100 000 Konsultationen pro Woche gegenüber dem Vorjahr. Ohne Ostern 2019 wäre der Einbruch im Jahr 2020 wohl noch höher ausgefallen. Auch vor und nach der ersten Welle lag die Zahl der Konsultationen fast immer tiefer als im Jahr 2019, wodurch insgesamt ein Minus von gut 6 % gegenüber dem Vorjahr resultierte.

Mit der Kommunikation des Bundesrates wurden die Menschen insbesondere während der ersten Welle dazu angehalten, wenn immer möglich zuhause zu bleiben, sodass sich vermutlich viele Versicherte gar nicht in die Praxis wagten, dies auch noch nach dem Lockdown. Durch die von den Haus- und Kinderarztpraxen vorgängig zu den Konsultationen durchgeführten Abklärungen bei der Terminanfrage wurde die Zurückhaltung der Bevölkerung bei der Inanspruchnahme einer Konsultation zusätzlich verstärkt.

## 10 Konsultationen beim Grundversorger

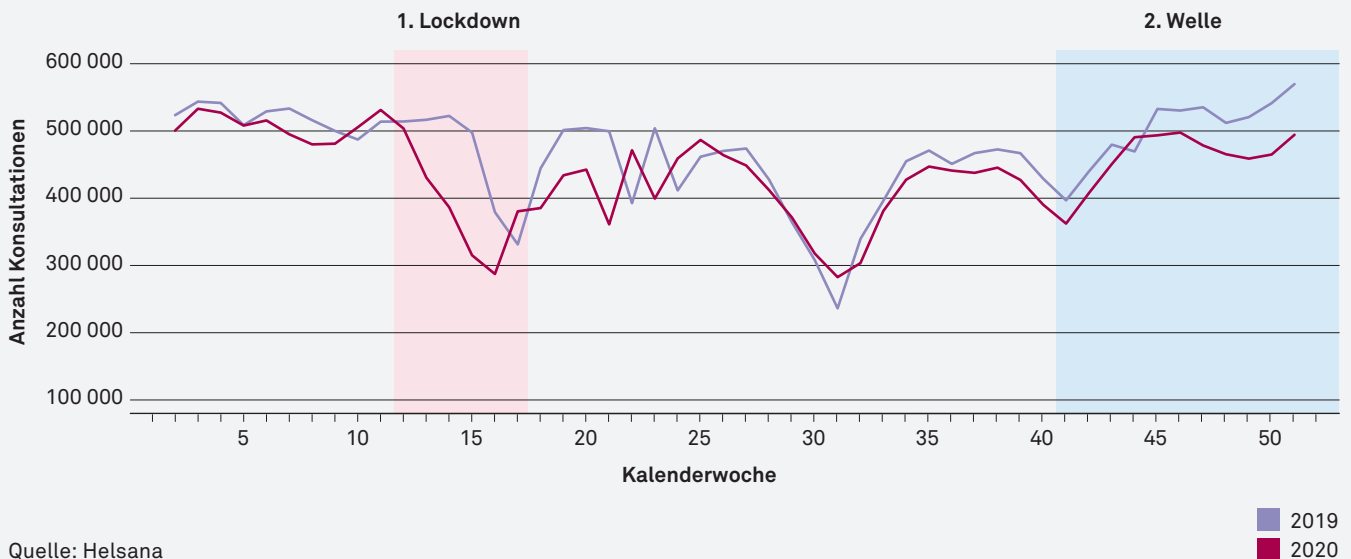
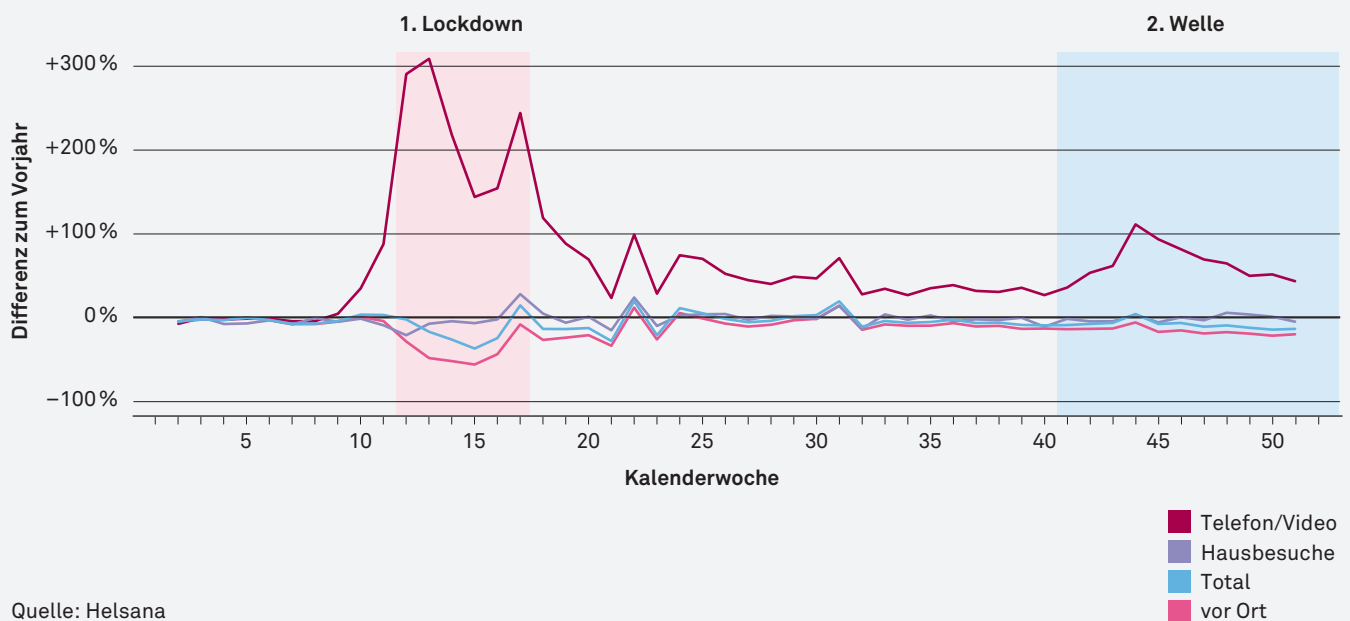


Abbildung 10: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Konsultationen beim Grundversorger in den Jahren 2019 und 2020.

Werden die Konsultationen in drei Kategorien unterteilt (vor Ort, telefonisch oder per Video, Hausbesuche), so zeigt sich ein aus internationalen Studien [2, 3] bekanntes Muster (Abbildung 11 und Tabelle 3):

## 11 Art der Konsultationen beim Grundversorger



Quelle: Helsana

Abbildung 11: Prozentuale Änderung der Anzahl Konsultationen pro Woche beim Grundversorger zwischen 2019 und 2020, unterteilt in Konsultationen vor Ort, Video- und Telefon Konsultationen sowie Hausbesuche.

Mio. Anzahl Konsultationen	2018	2019	2020	Differenz 2020-2019
Hausbesuche	0.82	0.81	0.81	-0.8 %
vor Ort	21.7	21.0	18.1	-13.1 %
Tel.-/Video-Kons.	2.06	2.05	3.42	+67.1 %

Tabelle 3: Konsultationen beim Grundversorger (in Mio.), unterteilt in Konsultationen vor Ort, telefonische Konsultationen und Hausbesuche, sowie die prozentuale Differenz zwischen 2019 und 2020.

Die **Konsultationen vor Ort** waren 2020 grossen Schwankungen ausgesetzt, insbesondere in der ersten Welle (-60%). Über das ganze Jahr gesehen resultierte ein Minus von knapp 3 Millionen Konsultationen (-13%) gegenüber 2019.

Die Angst in der Bevölkerung hatte bereits vor der ersten Welle mit dem Lockdown durch die steigenden Fallzahlen und die grosse Unsicherheit zugenommen. Die Verhaltensempfehlungen des Bundes wurden von der Bevölkerung deshalb teilweise auch ohne strikte Behandlungsverbote bereits vor ihrem Erlass umgesetzt.

«Die Ergebnisse spiegeln die subjektiven Erfahrungen der Hausärzt\*innen gut wieder: Viele Patient\*innen waren stark verunsichert und vermieden jede physische Konsultation. Neben der Angst sich bei der Hausärzt\*in anzustecken dominierte bei Vielen auch die Angst vor den öffentlichen Verkehrsmitteln, in denen für Viele zu spät eine Maskenpflicht eingeführt wurde. Die Praxen wiederum waren auf eine derartige Ausweitung der telefonischen Konsultationen nicht annähernd vorbereitet.»

Prof. Dr. Dr. Thomas Rosemann, UZH  
Direktor Institut für Hausarztmedizin

Die **Telefon-/Video-Konsultationen** haben sich während der ersten Welle zeitweise vervierfacht, in der zweiten Welle immerhin fast verdoppelt und konnten so zahlenmässig einen Teil der wegfallenden Vorortkonsultationen kompensieren. Auch zwischen den beiden Wellen lag die Zahl dieser Konsultationen pro Woche mit rund +50 % deutlich über dem Wochenschnitt des Vorjahres. Interessanterweise stieg die Zahl der Telefon- oder Videokonsultationen bereits vor der ersten Welle markant an, während Konsultationen vor Ort anschliessend zurückgingen. Insgesamt verzeichneten die telefonischen Konsultationen gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs um zwei Drittel auf 3.4 Millionen.

Ein Teil der Behandlungen, die in den Jahren zuvor einen Kontakt in der Praxis erfordert hatten, konnte so für die Versicherten trotz Behandlungsverbot und Angst auf niederschwellige Art und Weise erfolgen.

Die **Hausbesuche** verhielten sich auf tiefem Niveau von knapp 16 000 Konsultationen pro Woche stabil (-0.8 % gegenüber 2019).

### 4.3.2 Spezialversorgung (ambulant)

**Auch spezialisierte ambulante ärztliche Leistungserbringer könnten durch die Pandemie unterschiedlich betroffen gewesen sein. Wurden beispielsweise die meist verschiebbaren Eingriffe nach dem Lockdown nachgeholt oder fielen sie teilweise weg? Und gibt es Bereiche, welche einen besonderen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie leisten konnten und dadurch einen Kostenzuwachs verzeichneten?**

Spezialisierte Bereiche, die bei der Bewältigung der Pandemie halfen, verzeichneten während der ersten Welle einen nur geringen oder gar keinen Kostenrückgang. Im Anschluss an den Lockdown fand eine starke Expansion statt. Je nach Fachgebiet konnten Behandlungen besser verschoben resp. nachgeholt werden.

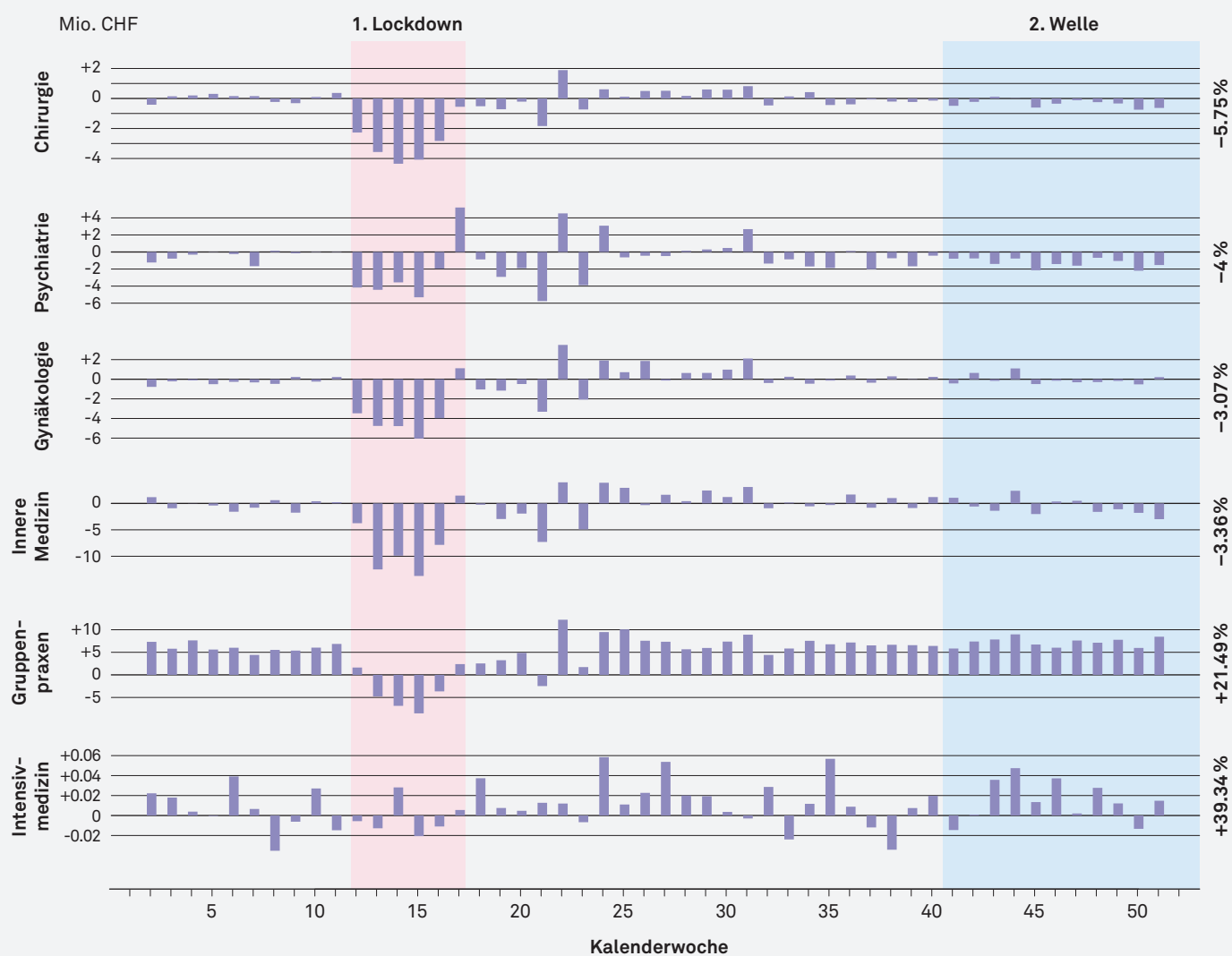
Werden die Leistungen der ambulanten Spezialversorgung detaillierter untersucht (Abbildung 12), dann fällt auf, dass Leistungen der **Chirurgie** und **Psychiatrie** vor der zweiten Welle stärker sanken als Leistungen der **Gynäkologie** und **internistischer Spezialisierungen** (Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie, Rheumatologie u.a.). Insgesamt resultierte bei all diesen Spezialgebieten ein Rückgang von 3-6 %.

In der Chirurgie erscheint es plausibel, dass der Rückgang durch die Verschiebung elektiver Eingriffe (zur Vorbeugung von Kapazitätsengpässen in den Spitälern) entstand.

Ein weiterer Befund ist, dass **Gruppenpraxen mit eigenen Spezialisten** und die **ambulante Intensivmedizin** eine Ausnahme bezüglich Leistungsentwicklung im Jahr 2020 darstellten. Die Leistungen dieser zwei Spezialbereiche wurden gegenüber dem Vorjahr häufiger in Anspruch genommen, wobei die Zunahme der Leistungskosten vor allem bei den Gruppenpraxen stark ins Gewicht fällt, die ab dem Sommer durchgehend stärker ausgelastet waren.

Es handelt sich bei diesen beiden somit um Bereiche, die direkt von der Pandemie betroffen waren, sei es aufgrund der Diagnose und Behandlung der noch unbekannten Infektionskrankheit Covid-19 oder der verstärkten Auslastung der Intensivstationen (oder gar deren Ausbau). Allerdings lagen die Kosten im Vergleich zum Vorjahr bereits vor der Pandemie deutlich höher. Bei den Gruppenpraxen ist dies durch den Wachstumskurs zu erklären, auf dem diese schon zuvor und unabhängig von der Pandemie lagen, und welcher primär auf Kosten der Einzelpraxen geht. Bei den Intensivmedizinern lag es daran, dass diese bereits nach den alarmierenden Berichten aus China Vorkehrungen für Intensivstationen trafen, noch bevor der Bundesrat reagierte.

## 12 Kostenveränderung bei ambulanten Spezialisten



Quelle: Helsana

Abbildung 12: Differenz der Leistungskosten zwischen 2019 und 2020 pro Leistungserbringerkategorie (in Mio. CHF).

### 4.3.3 Spitalversorgung (akut-stationär)

Noch nie war die Spitalbetten-Belegung ein grösseres Thema in der Öffentlichkeit, insbesondere jene der Intensivstationen, wie seit März 2020. Erhöhte sich diese neue allgemeine Kennzahl, so drohte Gefahr, die es durch strengere Auflagen abzuwenden galt. Spitalbetten mussten freigehalten werden, um einem möglichen sprunghaften Anstieg schwer erkrankter Covid-Patienten begegnen zu können. Doch wie verhielt es sich während epidemiologisch entspannteren Zeiten? Wurden die Eingriffe nachgeholt?

Obwohl die zweite Welle deutlich heftiger ausfiel als die erste, brachen die nicht mit Covid in Zusammenhang stehenden Hospitalisationen nicht im selben Masse wie während des Lockdowns ein und das Tagesgeschäft der Spitäler wurde weitestgehend aufrechterhalten. Die Spitäler passten ihre Kapazitäten gezielt den jeweiligen Anforderungen der Pandemie an. Es zeigte sich, dass das Spitalwesen relativ gut in der Lage war, sein Angebot selbst zu steuern.

Die Zahl der wöchentlichen Hospitalisationen ausschliesslich in den Akutspitälern zeigt gegenüber den Vorjahren eine deutliche Abnahme für die Zeitspanne der ersten Welle (rund -34 % pro Woche; Abbildung 13) und ist mit jener aus Deutschland vergleichbar [4]. Bereits in den vergangenen Jahren gingen im Frühling die Hospitalisationen zurück, wenn auch viel weniger ausgeprägt als 2020. Diese Abnahme ist, wie bereits unter 4.2 beschrieben, jeweils auf die Ostertage zurückzuführen, welche wie ein natürlicher «Lockdown» wirken, da nicht dringende Eingriffe normalerweise vor- oder nachher durchgeführt werden.

Die Abnahme der Hospitalisationen kann auf die Anordnung des Bundesrats zur Verschiebung nicht dringend notwendiger Operationen sowie möglicherweise auf die Angst der Patienten vor Infektionen (selbst bei starken Symptomen/Schmerzen) und vor überlasteten Spitälern oder auch auf ein verändertes Verhalten der zuweisenden Ärzte zurückgeführt werden.

Während der Sommermonate zeigte sich zeitweise ein leichtes Plus gegenüber den Vorjahren.

Dies womöglich, weil mehr Personen in der Schweiz weilten. Grössere Nachholeffekte, eine also im Vergleich zum Vorjahr viel höhere Zahl an Hospitalisationen, wurden aber wohl durch die begrenzten personellen Ressourcen in den Spitälern beschränkt.

Am Jahresende kam es neuerlich zu einem Rückgang gegenüber 2019.

Dies dürfte durch das sich wiederum zuspitzende Infektionsgeschehen erklärbar sein. Möglicherweise bewirkten auch die durch die Einschränkungen seltener durchgeführten Screenings (wie z.B. Mammografie oder Koloskopie), dass weniger Hospitalisationen aufgrund entdeckter Neuerkrankungen folgten. Es scheint jedoch, dass die Spitäler aus den Erfahrungen der ersten Welle gelernt haben und ihre eigenen Leistungseinschränkungen viel zurückhaltender und an die spezifische Situation in den Institutionen angepasst vornahmen. Ausserdem war eine verstärkte und verbesserte Kooperation zwischen den verschiedenen Spitälern zu beobachten, welche zusammen mit den Lerneffekten die Flexibilität bei ihrem Angebot nochmals erhöhte.

## 13 Hospitalisationen Akutspitäler

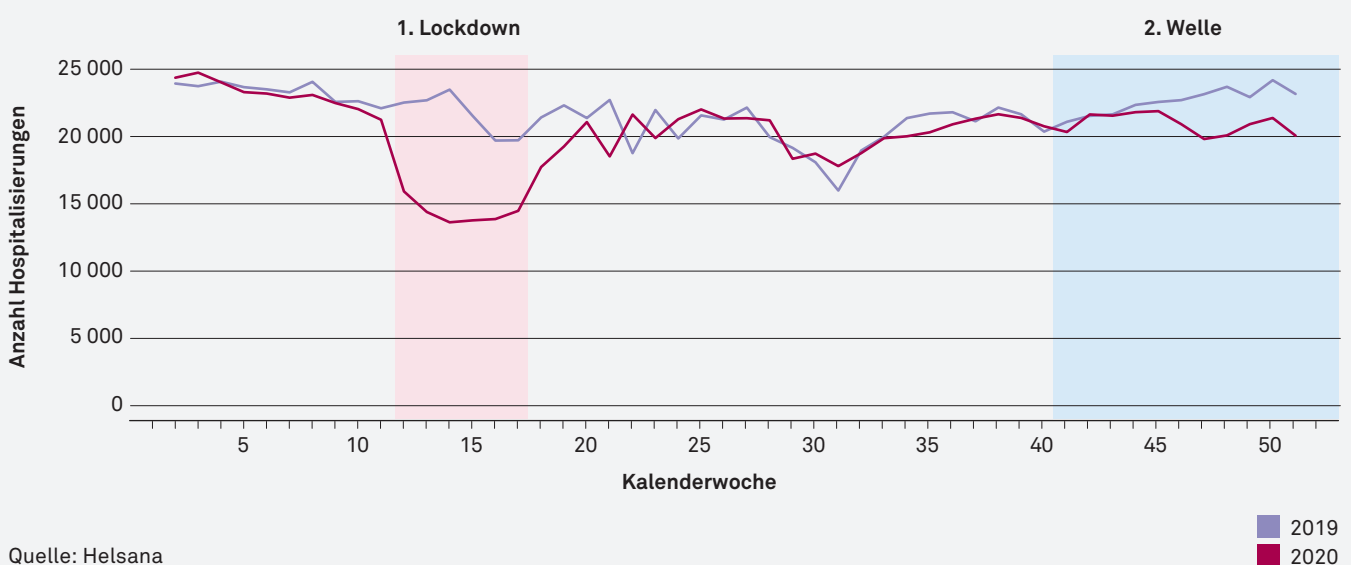


Abbildung 13: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Hospitalisationen in Akutspitälern in den Jahren 2019 und 2020.

### Fazit 4.3

#### Fokus-Themen

Die drei Bereiche ärztliche Grundversorgung, ambulante Spezialisten und Akutspitäler waren grundsätzlich gleichermassen von der Pandemie betroffen. Je nach Setting konnten die Leistungserbringer jedoch einfacher auf neue Behandlungsformen wie Telefonkonsultationen umstellen, situationsabhängig ihr Angebot anpassen oder sogar von zusätzlichem Leistungsvolumen aufgrund der neuen Rahmenbedingungen profitieren.

- Konsultationen per Telefon oder Video hatten in der hausärztlichen Grundversorgung bereits vor den ersten offiziellen Einschränkungen stark zugenommen und sich als wichtiges unterstützendes Angebot zu den üblichen Vorortkonsultationen in den Arztpraxen erwiesen.
- Bei den Spezialisten nahmen die Kosten dort stärker ab, wo Behandlungen aufschiebbar waren und Operationen sowie allfällige Komplikationen Kapazitäten im Gesundheitswesen (auf Intensivstationen) erfordert hätten. Bereiche, die direkt der Bewältigung der Pandemie dienten, legten über das Gesamtjahr gesehen stark zu.
- Die Spitäler passten ihre Kapazitäten gezielt den Rahmenbedingungen der Pandemie an und waren in der Lage ihr Angebot flexibel einzusetzen. Auch Bund und Kantone haben gelernt. Von der Politik verordnete Vorhalteleistungen waren nach einer Phase der Unsicherheit und Umstellung nicht nötig.

Die vertiefte Analyse der drei Bereiche bestätigt die Erkenntnis, dass sich das Gesundheitswesen schnell und effizient an die veränderten Rahmenbedingungen anpassen konnte.

«In der Krise zeigen sich viele Lerneffekte.  
Und das ist es, was in den letzten Monaten  
offensichtlich wurde. Auch wenn es teilweise  
sehr unschön für Gesellschaft und Wirtschaft war.  
Nun gilt es die neuen Erkenntnisse nicht zu  
vergessen und optimal für die Zukunft zu nutzen.»

Prof. Dr. Dr. Thomas Szucs  
Verwaltungspräsident Helsana und Direktor Institut  
für Pharmazeutische Medizin der Universität Basel

# 5 Versorgungsexempel

Um eine Überlastung des Gesundheitswesens in Phasen mit vielen Covid-Hospitalisationen zu vermeiden, wurde die Bevölkerung über weite Teile des Jahres dazu aufgerufen, möglichst das private, öffentliche und wirtschaftliche Leben herunterzufahren. Während der ersten Welle waren nicht-dringliche medizinische Eingriffe und Behandlungen sogar verboten. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich die Pandemie unterschiedlich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen respektive auf die medizinische Versorgung ausgewirkt hat, und zwar je nach Art der Beschwerden oder der medizinischen Leistung. Intuitiv würde demnach bei nicht steuerbaren akuten Leiden kein grosser Effekt erwartet werden. Bei Versicherten mit chronischen Krankheiten hingegen würde vermutet, dass Behandlungen, Bezüge und Kontrolluntersuche trotz Einschränkungen und trotz Respekt vor dem Virus erfolgten, wenn auch gegebenenfalls mit leichter zeitlicher Verzögerung. Aufgrund der Ausnahmesituation der Pandemie wären ausserdem mehr psychische Probleme und die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen zu erwarten. Ganz anders bei planbaren Wahleingriffen. Dort könnte gemeinhin erwartet werden, dass diese je nach Pandemiesituation verschoben oder sogar ganz abgesagt wurden. Im Folgenden wird deshalb der Effekt von Corona auf die Versorgung in diesen vier beispielhaften Szenarien (Akutversorgung, Versorgung Chroniker, Psychische Gesundheit, Wahlbehandlungen) beleuchtet, und zwar exemplarisch anhand konkreter Krankheitsbilder oder Indikationen.

Für die nachfolgenden Analysen wurden verschiedene Beobachtungszeiträume definiert. Zum einen der Jahresverlauf auf Wochenbasis für das Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr sowie die Ganzjahresabweichung für Nachholeffekte. Zum anderen die Perioden vor (10 Wochen), während (6 Wochen) und nach (24 Wochen) dem ersten Lockdown sowie die zweite Welle (11 Wochen).

Um neben der reinen Zu- oder Abnahme der Fälle auch die unterschiedliche Betroffenheit verschiedener Bevölkerungsgruppen aufzuzeigen, muss mithilfe statistischer Verfahren eine Basis geschaffen werden, um Vergleiche beispielsweise nach Alter, Geschlecht oder Wohnort zu ermöglichen, da sich diese demographischen Eigenschaften in den Jahren 2019 und 2020 unterschiedlich verteilten (z.B. Altersverteilung). Die resultierenden Kennzahlen (Inzidenzratenverhältnisse, IRR) aus Poisson-Regressionen weisen aus, wie viel weniger oder mehr Personen einer Bevölkerungsgruppe betroffen waren (vgl. Kapitel 3). Um die Aussagekraft der Berechnungen einzuordnen, wurden Konfidenzintervalle («95%-KI») und statistische Signifikanzwerte («p») in den jeweiligen Ergebnistabellen angegeben. Unterscheiden sich zwei Werte signifikant, kann davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede höchstwahrscheinlich nicht zufällig zustande kamen.

## 5.1 Akutversorgung

Da akute medizinische Ereignisse und Notfälle nicht steuer- und planbar sind, ist zu erwarten, dass die entsprechenden Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr unverändert blieben.

Mit den folgenden Analysen soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die Pandemie auf die Versorgung akuter Krankheiten, welche zwingend eine medizinische Intervention benötigen, auswirkte. Wie war dies bei Herz-Kreislauf-Krankheiten (Herzinfarkte und Schlaganfälle) sowie Blinddarmentzündungen? Und bei welchen Bevölkerungsgruppen gab es im Vergleich zum Vorjahr besonders grosse Unterschiede?



Patienten in einer akuten Situation wie beispielsweise einem Herzinfarkt oder einer Blinddarmentzündung bedürfen eines dringlichen Einschreitens in Form einer operativen oder medikamentösen Behandlung. Akute Interventionen betreffen somit diejenigen Eingriffe, die ein substanzielles Risiko für die unmittelbare Gesundheit und die längerfristige Aufrechterhaltung einer guten Gesundheit für den Patienten zur Folge haben, wenn sie aufgeschoben werden oder gar nicht erfolgen.

## 5.1.1 Herz-Kreislauf

### Herzinfarkte und weitere kardiale Notfälle

**Die Intervention bei akuten Herzproblemen muss unmittelbar erfolgen und kann nicht verschoben werden. Bundesrätliche Verordnungen und Empfehlungen können hierauf keinen Einfluss haben, weshalb keine Veränderung im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr zu erwarten wäre. Oder sah es konkret doch anders aus?**

Im Jahr 2020 wurden deutlich weniger Herzinfarkte und kardiale Notfälle in den Spitälern behandelt als im Vorjahr. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Betroffene mit eher leichten oder unspezifischen Symptomen ungenügend versorgt wurden und längerfristig ein gestiegenes Risiko für Komplikationen besteht. Andererseits ist es möglich, dass auch aufgrund einer Stressreduktion weniger Herz-Kreislauf-Probleme auftraten.

### 14 Hospitalisationen: Herzinfarkte

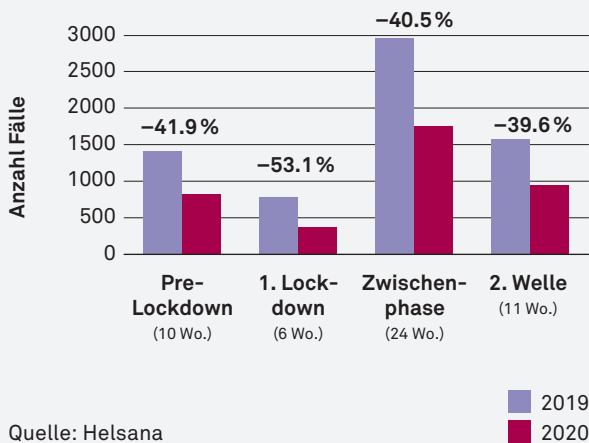


Abbildung 14: Anzahl Hospitalisationen aufgrund eines Herzinfarktes.

Die Zahl der Hospitalisationen aufgrund eines Herzinfarktes (akuter Myokardinfarkt) nahm gegenüber dem Vorjahr für den Zeitraum der ersten Welle deutlich ab (Abbildung 14). Der Rückgang um 53.1 % setzt sich aus einer massiven Abnahme von 64.7 % der Herzinfarkte ohne invasiver kardiologischer und einer leichten Zunahme von 4.6 % der Herzinfarkte mit invasiver kardiologischer Diagnostik zusammen. Nicht inkludiert sind diejenigen Fälle, welchen im Rahmen der Hospitalisation ein interventioneller Eingriff am Herzen (z.B. Koronardilatation/Stentimplantation) folgte.

Es fällt auf, dass die Zahl der Herzinfarkte auch während der übrigen Beobachtungsperioden im Vergleich zum Vorjahr durchgehend tiefer lag, wobei der Rückgang bei den Fällen mit invasiver Diagnostik stets weniger als -10% betrug, wohingegen sich die Zahl der Herzinfarkte ohne invasive Diagnostik über das ganze Jahr hinweg nahezu halbierte.

Obwohl es sich um insgesamt eher niedrige und zudem hochgerechnete Fallzahlen handelt und die entsprechenden Veränderungen deshalb mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sind, ist dennoch eine statistisch signifikante Veränderung feststellbar.

Werden die Hospitalisationen aufgrund weiterer kardialer Notfälle (Endokarditis, Herzinsuffizienz, Hypertonie, (instabile) Angina pectoris, kardiale Arrhythmien und Herzstillstand) betrachtet, welche deutlich höhere Fallzahlen aufweisen (2020 total rund 22 000 Fälle) als Herzinfarkte, so zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 27 im Anhang). Mit Ausnahme der Endokarditis-Hospitalisationen in der Zeitperiode vor dem ersten Lockdown lag die Zahl der Hospitalisationen für alle weiteren untersuchten kardialen Notfälle über die vier Beobachtungsperioden hinweg 2020 im Vergleich zum Vorjahr deutlich tiefer.

Bei den **Herzinfarkten** im Jahr 2020 zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg eine signifikant tiefere Inzidenzrate im Vergleich zum Vorjahr. Es traten 2020 also weniger Herzinfarkte auf als 2019 (Tabelle 5 im Anhang). Der grösste Unterschied gegenüber dem Vorjahr ergab sich bei den 60- bis 69-jährigen Personen (-43.7%). Während sich bei den Männern die Unterschiede gegenüber dem Vorjahr mit zunehmendem Alter leicht zu verringern schienen, konnte diese Tendenz bei den Frauen (womöglich auch aufgrund der niedrigen Fallzahlen) nicht beobachtet werden. Die Differenz zum Vorjahr fiel bei den Männern insgesamt grösser aus als bei den Frauen. In der Stadt und in der Agglomeration lebende Personen wurden 2020 signifikant seltener aufgrund eines Herzinfarktes im Spital behandelt als auf dem Land lebende Personen. Die Inzidenzrate lag zudem in der Deutschschweiz und in der italienischen Schweiz signifikant tiefer als in der französischen Schweiz. Das heisst, dass der Rückgang in der Deutschschweiz und der italienischen Schweiz grösser ausfiel als in der Romandie. Diese regionalen Unterschiede sind jedoch insgesamt gering.

Werden **alle kardialen Notfälle** zusammengefasst (Hospitalisationen aufgrund von Herzinfarkt, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Hypertonie, (instabile) Angina pectoris, kardialen Arrhythmien und Herzstillstand), so war die Inzidenzrate bei den unter 60-Jährigen am tiefsten. Die jüngeren sind also im Vergleich zu den älteren Personen im Pandemiejahr viel seltener aufgrund eines kardialen Notfalls hospitalisiert worden als im Vorjahr, und zwar bei beiden Geschlechtern (Tabelle 6 im Anhang). Die Inzidenzrate stieg analog zu jener der Herzinfarkte bei den Männern mit zunehmendem Alter an, diesmal jedoch auch bei den Frauen. Wiederum wurden im Vergleich zum Vorjahr in der Stadt und in der Agglomeration lebende Personen 2020 signifikant seltener aufgrund eines kardialen Notfalls im Spital behandelt als auf dem Land lebende Personen. Zwischen den Sprachregionen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Der Rückgang dieser Hospitalisationen während des Lockdowns deckt sich mit den Erkenntnissen aus dem In- und Ausland (z.B. USA, Italien, Österreich, Deutschland, England) [5–14].

Die Erklärungsansätze für die Abnahme der Hospitalisationen aufgrund eines Herzinfarktes oder eines weiteren akuten kardialen Ereignisses sind vielschichtig:

- **Die Angst der Patienten** vor einer Infektion oder Kapazitätsengpässen in den Spitälern hat wohl schon vor dem Lockdown aufgrund der Medienberichterstattung eingesetzt. Sie könnte dazu beigetragen haben, dass ein Teil der Patienten bei schweren Symptomen eher ein Spital aufsuchte als Patienten mit leichten oder unspezifischen Symptomen.
- **Die Entschleunigung** und das Herunterfahren vieler gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Aktivitäten führten vermutlich bei einem Teil der Bevölkerung, insbesondere bei den Jüngeren, zu weniger Stress im Alltag, welcher ein bekannter Risikofaktor für Herzinfarkte ist, und somit zu einer tatsächlich tieferen Rate an Herzinfarkten.
- Die verstärkten Hygienemassnahmen führten zu einer Abnahme von Atemwegserkrankungen wie beispielsweise Influenza, welche das Risiko eines Herzinfarktes erhöhen können [15].
- **Das veränderte Verhalten der zuweisenden Ärzte** bei unspezifischen oder unklaren Symptomen. Der eingeschränkte Zugang zu den Leistungserbringern, die schwierigere Diagnosestellung bei Telefonkonsultationen und die unsicheren Kapazitäten in Spitälern führten möglicherweise zu einer stärkeren Zurückhaltung bei Überweisung ins Spital.

Durch die beobachtete grosse Abnahme der Hospitalisationen ist davon auszugehen, dass Betroffene mit eher leichten oder unspezifischen Symptomen teilweise ungenügend versorgt wurden. Patienten, die verzögert hospitalisiert werden, müssen mit vermehrten Komplikationen (beispielsweise Herzinsuffizienz oder Arrhythmien) rechnen. Die Unterlassung oder die Verzögerung wichtiger und zeitkritischer Behandlungen kann zu komplexeren Operationen oder zu einem erhöhten Sterberisiko führen. Hinweise darauf finden sich in der internationalen Literatur [16].

Andererseits haben die Pandemie und die entsprechenden Massnahmen mögliche negative Auswirkungen auf die Primär- und Sekundärprävention (Tabakprävention, Ernährungsberatung, Bewegungsangebote) von Herz-Kreislauf-erkrankungen: Stress und Angstgefühle, verminderte körperliche Aktivität und soziale Isolation können den Blutdruck, die Lipidwerte, die Insulinsensitivität sowie die regelmässige Medikamenteneinnahme negativ beeinflussen.

«Ähnlich wie bei den ambulanten Kontakten vermieden viele Patient\*innen, wenn immer möglich auch die Inanspruchnahme einer Spitalambulanz oder gar einen stationären Aufenthalt. Verstärkt wurde der Effekt dadurch, dass auch bei den zuweisenden Hausarzt\*innen und Spezialist\*innen bereits weniger Konsultationen stattfanden und somit auch die Zuweisungen durch diese massiv zurückgingen.»

Prof. Dr. Dr. Thomas Rosemann, UZH  
Direktor Institut für Hausarztmedizin

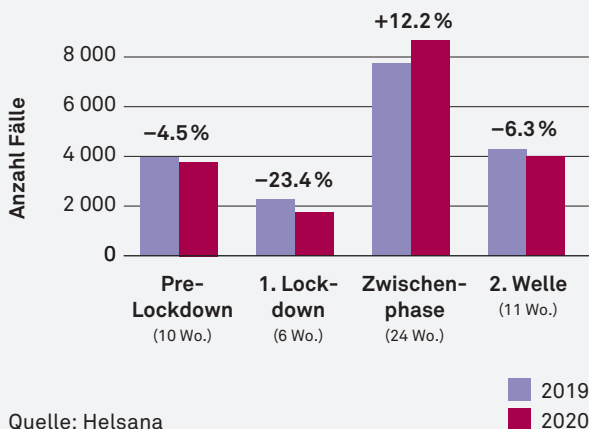
### Schlaganfälle

**Kann es sein, dass eine Pandemie zum Rückgang von Schlaganfällen führt? Im Vergleich zu Herzinfarkten sind diese einfacher erkennbar und daher seltener unentdeckt. Erwartet werden kann ein Rückgang des- halb eigentlich kaum. Doch was sagen die Daten des Jahres 2020 dazu?**

Vor allem während der ersten Welle gingen die in den Spitälern behandelten Schlaganfälle zurück, waren aber in einer Gesamtjahresbetrachtung gegenüber dem Vorjahr relativ stabil. Dies könnte auch durch die im Vergleich zu den Herzinfarkten einfachere Erkennbarkeit des Schlaganfalls erklärt werden. Der Rückgang ist wahrscheinlich sowohl auf die Angst vor einer Ansteckung als auch auf das geringere Stressniveau zurückzuführen. Auch die durch die Einhaltung von Hygiene- und Abstandsempfehlungen weniger auftretenden sonstigen Infektionskrankheiten, ein Risikofaktor für Schlaganfälle, könnten die Abnahme erklären.

Die Zahl der stationär behandelten Hirnschläge (Hirninfrakt oder Hirnblutung; Apoplexie) und der Streifungen (transiente ischämischen Attacke; TIA) entwickelte sich insgesamt stabil zwischen 2019 und 2020 (18 121 Fälle im Jahr 2020; -0.2 %; Abbildung 15). Während die Zahl der Streifungen gegenüber dem Vorjahr um 10.5 % zunahm, kam es bei den Hirnschlägen zu einer Abnahme von 3.5 % der Fälle.

### 15 Hospitalisationen: Hirnschläge und Streifung



Zusammengefasst kam es bei den Hirnschlägen und Streifungen im Lockdown zu einer Reduktion von 23.4 % der Fälle, zu einer 12 %igen Zunahme zwischen den beiden Wellen, gefolgt von einer erneuten Abnahme von 6.3 % der Fälle in der zweiten Welle.

Während der ersten Welle sank die Zahl der Streifungen um 19 %, wohingegen sich die Zahl zwischen den beiden Wellen gegenüber dem Vorjahr um knapp 600 Fälle (+30.1 %) steigerte. Zur Zeit der zweiten Welle lag die Zahl der Streifungen wiederum leicht tiefer als im Vergleich zum Vorjahr (-5.5 %), wobei eine gewisse Varianz im Jahresverlauf nicht ungewöhnlich ist.

Die Zahl der **Hirnschläge** ging während der ersten Welle ebenfalls stark zurück (-24.4 %). Sie lag jedoch schon vor dem Lockdown und auch in der zweiten Welle im Vergleich zum Vorjahr tiefer.

Abbildung 15: Anzahl Hospitalisationen aufgrund eines Hirnschlags oder einer Streifung.

Bei den Schlaganfallpatienten (Hirnfarkt, -blutung oder Streifung) lag die Inzidenzrate bei den Frauen ab 80 Jahren signifikant tiefer, während sie bei den Männern unter 80 Jahren sogar höher lag als im Jahr 2019. Insgesamt kam es gegenüber dem Vorjahr somit bei den älteren Frauen zu weniger Hospitalisationen aufgrund eines Schlaganfalls und bei den jüngeren Männern zu einer Zunahme dieser Hospitalisationen. Interessanterweise lag die Inzidenzrate auch für auf dem Land lebende Personen höher. Die übrigen regionalen Differenzen sind vergleichsweise gering, beziehungsweise nicht signifikant.

Studien aus anderen Ländern und auch aus der Schweiz berichten über ähnliche Beobachtungen [4] [12-14] [17].

Eine mögliche Erklärung für die tieferen Fallzahlen während der ersten Welle gegenüber 2019 könnte analog den bereits bei den Herzinfarkten erwähnten Faktoren (z.B. Angst und Herunterfahren der Aktivitäten) ebenfalls das Ausbleiben von Atemwegsinfektionen liefern, da diese auch als Risikofaktor für einen Schlaganfall gelten [18].

Die im Vergleich zu den Rückgängen beim Herzinfarkt geringeren Differenzen zum Vorjahr könnten auch mit den Symptomen zusammenhängen, welche bei einem Schlaganfall häufig eindeutiger sind. Zudem konnten wir bei den Schlaganfällen – im Gegensatz zu den Herzinfarkten – Fälle mit komplexen, interventionellen Eingriffen berücksichtigen.

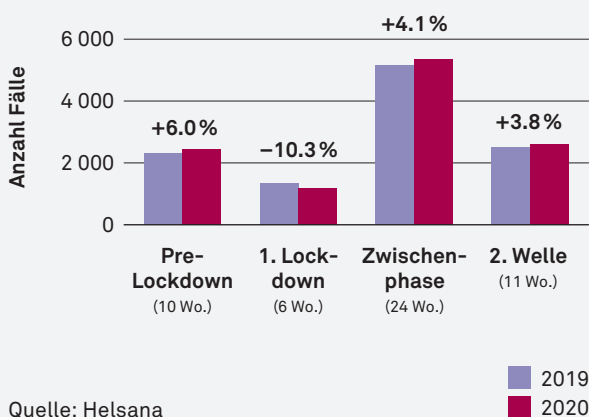
Und auch hier birgt der Rückgang an stationär behandelten Patienten die Gefahr, dass Patienten möglicherweise unterversorgt waren und deshalb mit Komplikationen zu rechnen ist.

## 5.1.2 Blinddarm

**Genauso wenig wie bei Schlaganfällen sollte zu erwarten sein, dass akute Blinddarm-Entzündungen durch irgendein anderes Ereignis seltener auftreten und insbesondere während der Corona-Pandemie zurückgegangen sind. Auch hier schafft der Blick in die Daten Klarheit.**

Die schwerwiegenden Blinddarmfälle fanden den Weg ins Spital. Es scheint, als hätte der Lockdown zu einer gewissen natürlichen Triage zwischen ambulant und stationär bei den leichteren und schwereren Fällen geführt. Allerdings ist es auch möglich, dass gewisse leichte Fälle zu spät erkannt wurden und daraus schwierigere Eingriffe resultierten.

### 16 Hospitalisationen: Blinddarm



Die Anzahl Blinddarm-Operationen (Appendektomien) belief sich im Jahr 2020 auf 11 521 Fälle (+2.7 % gegenüber 2019; Abbildung 16). Bei den Appendektomien mit einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) kam es zu einer marginalen Abnahme der Fälle (2 610 Fällen in 2020; -2.2 %), während die Zahl der Appendektomien ohne Peritonitis insgesamt leicht zunahm (8 912 Fälle in 2020; +4.2 %).

Appendektomien wurden im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt sowohl vor als auch nach dem Lockdown zwischen 4 % bis 6 % häufiger durchgeführt. Dagegen sank die Zahl der Appendektomien während des 6-wöchigen Lockdowns um 10.3 %. Diese Reduktion resultierte aus einer Reduktion von über 14.6 % bei den Appendektomien ohne Peritonitis und einer Zunahme von 3.3 % der Appendektomien mit Peritonitis.

Die Zunahme der schwereren Fälle könnte auf eine Unterversorgung der leichten Fälle zurückzuführen sein, welche

Abbildung 16: Anzahl Hospitalisationen aufgrund eines Blinddarms.

sich in der Folge verschlimmert haben und bei den schwereren Fällen landeten.

Werden die Inzidenzratenverhältnisse der durchgeführten Appendektomien (mit und ohne Peritonitis) im Jahr 2020 betrachtet, so zeigt sich, dass sich die Hospitalisationsraten der unterschiedlichen Altersgruppen kaum von jenen des Vorjahres unterschieden. Eine lediglich leichte, aber signifikante Zunahme gegenüber 2019 konnte bei den Frauen, auf dem Land sowie bei den in der französischen Schweiz wohnhaften Personen beobachtet werden.

Analysen aus Deutschland zeigten einen Rückgang der Appendektomien während des Lockdowns von 17 % [4, 19], der vor allem bei den Frauen sowie bei den unter 18-Jährigen ausgeprägt war und nicht die komplexen, akuten Fälle betraf. Die Appendektomien mit akutem Entzündungsgeschehen blieben stabil, und lagen in den Sommermonaten gar 13 % über dem Vorjahr.

Die schwerwiegenden Fälle fanden auch während des Lockdowns den Weg ins Spital. Ein möglicher Grund für die Abnahme der Anzahl Hospitalisationen aufgrund einer Appendektomie ohne Peritonitis besteht darin, dass diese vermehrt im ambulanten Setting behandelt wurden.

Es scheint, als hätte der Lockdown zu einer gewissen Triage ambulant-stationär bei den leichteren und schwereren Fällen geführt.

### **Fazit 5.1** **Akutversorgung**

Aufgrund der unmittelbaren und langfristig gravierenden negativen Folgen einer unterlassenen Behandlung akuter medizinischer Notfälle – welche weder plan- noch direkt steuerbar sind –, wäre zu erwarten, dass während der Pandemie keine grosse Veränderung der Versorgung stattfinden würde. Insbesondere deshalb, weil in der Schweiz stets freie Kapazitäten im Gesundheitswesen vorhanden waren. Wie sah dies konkret aus?

- Grundsätzlich zeigte sich: Je einfacher erkennbar und offensichtlicher die Art der gravierenden medizinischen Notfälle war, desto ähnlicher waren die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr.
- Leichtere Fälle mit eher unspezifischen Symptomen wurden möglicherweise in bestimmten Situationen ungenügend versorgt. Dadurch steigt sowohl kurz- als auch längerfristig das Risiko für Komplikationen, kompliziertere medizinische Eingriffe und weitere negative Auswirkungen auf die Gesundheit.
- In anderen Bereichen (z.B. Blinddarm) hat die Triage ambulant-stationär vermutlich besser funktioniert und weniger schwerwiegende Erkrankungen sind deshalb nicht im Spitalnotfall gelandet.
- Das Zurückfahren der privaten, wirtschaftlichen und öffentlichen Aktivitäten führte zu einer Entschleunigung eines Teils der Gesellschaft. Es ist denkbar, dass durch diesen Rückgang des Stressniveaus weniger Notfälle im Bereich Herz-Kreislauf auftraten. Auch die Empfehlungen zu mehr Abstand und Hygiene liessen andere Infektionskrankheiten wie die Grippe zurückgehen, mit positivem Effekt auf gewisse Notfälle.
- Einer möglichen Unterversorgung von akuten Notfällen wurde im Anfangsstadium der Pandemie nur wenig Beachtung geschenkt. Die Konsequenzen dieser Unterlassung auf die Gesundheit müssen spätere Untersuchungen zeigen.
- Im Gegenzug können sich das Verhalten und die Lebensumstände, welche sich durch Corona verändert haben, positiv auf die Gesundheit auswirken. Verändert sich beispielsweise dadurch das Stressniveau oder gehen aufgrund eines höheren Bewusstseins für Hygiene Atemwegserkrankungen zurück, so hat das auch positive Folgen für eine Vielzahl weiterer Erkrankungen. Das individuelle Verhalten des Einzelnen ist ebenfalls massgebend für die Gesundheit, unabhängig davon, was an finanziellen und materiellen Ressourcen in die Gesundheitsversorgung gesteckt wird.

## 5.2 Versorgung Chroniker

**Menschen mit chronischen Krankheiten oder Beschwerden sind meist regelmässig in Behandlung und relativ gut über ihr Leiden aufgeklärt. Es ist daher zu erwarten, dass Behandlungen oder Leistungsbezüge auch beim Vorliegen einschneidender Massnahmen wie einem Lockdown vor- oder nachgeholt werden und auf notwendige Leistungen oder Kontrolluntersuche gepocht wird.**

**Wie hat sich die Pandemie auf die Versorgung von Personen mit chronischen, sogenannten nichtübertragbaren Krankheiten ausgewirkt? Erhielten Diabetiker eine weniger optimale Betreuung und bei welchen Bevölkerungsgruppen gab es im Vergleich zum Vorjahr besonders grosse Unterschiede?**

Gemäss einem Bericht des BAG [20] leiden 2.2 Millionen Menschen in der Schweiz an chronischen Krankheiten (sogenannte nichtübertragbare Krankheiten; NCDs). Diese zeigen in der Regel einen langfristigen, chronischen Verlauf. Zu ihrer Entstehung tragen sowohl der Lebensstil (wie Rauchen oder Bewegungsmangel) als auch genetische Faktoren bei. Betroffene Menschen leben trotz ihrer chronischen Krankheit(en) normalerweise noch viele Jahre, sie bedürfen aber einer (meist lebenslangen) Therapie sowie jährlichen Kontrolluntersuchungen, welche oft ambulant erfolgen. Die Behandlung der fünf häufigsten chronischen Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegs- und muskuloskelettale Erkrankungen) verursacht in der Schweiz rund 40 % der direkten Gesundheitskosten. Diese fünf Erkrankungen weisen die grösste gesamtgesellschaftliche Krankheitslast auf, indem sie massgeblich für vorzeitige Todesfälle, chronisches Leiden und verminderte Lebensqualität verantwortlich sind.

### 5.2.1 Therapie bei Diabetikern

**Die Diabetiker haben aufgrund der engmaschigen Betreuung durch die Leistungserbringer normalerweise regelmässig mit dem Gesundheitswesen Kontakt. Da die Kontrolluntersuche einen hohen Stellenwert für die Betroffenen haben, sollte auch eine Pandemie nichts daran ändern können. Was kann diesbezüglich den Daten entnommen werden?**

**Die Pandemie hatte keinen grossen Einfluss auf die medizinische Betreuung von Patienten mit Diabetes, und die nach Leitlinien empfohlenen Kontrolluntersuche wurden aus einer Ganzjahresperspektive nur minim weniger durchgeführt.**

Diabetiker sollten jährlich bestimmte Kontrolluntersuchungen vornehmen lassen, um die Behandlung der Krankheit bei Bedarf anzupassen und Folgeerkrankungen (beispielsweise Herzerkrankungen, Erkrankungen der Augen oder der Nerven) sowie Komplikationen (z.B. Unterzuckerung) zu vermeiden. Dazu zählen gemäss den klinischen Richtlinien folgende Untersuchungen, welche im Rahmen früherer Helsana-Berichte bereits mehrfach beleuchtet wurden [21, 22]:

- Zweimal jährlich HbA1c-Kontrolle (Der HbA1c-Wert gibt Auskunft über die Einstellung des Blutzuckers während der letzten Monate)
- Jährliche Kontrolle der Lipidwerte (Cholesterin total/LDL/HDL plus Triglyceride)
- Jährliche Kontrolle der Nierenfunktion (Kreatinin/Albuminuria)
- Jährliche Kontrolle beim Augenarzt (Ophthalmologe)

Die Prävalenz, also der Anteil der Erkrankten an der Gesamtbevölkerung, von Diabetikern (über 18 Jahre) lag 2019 und 2020 bei knapp 5 %. Die Einhaltung der jährlich empfohlenen Kontrolluntersuchungen bei den Diabetikern verringerte sich im Pandemie-Jahr nur leicht (Tabelle 4). Während 2019 die zweimal jährliche HbA1c-Messung bei 79.7 % der Diabetiker durchgeführt wurde, geschah dies 2020 bei 77.3 %, was einem signifikanten, aber relativ geringen Rückgang entspricht. Auch die Kontrolle beim Augenarzt fand im Jahr 2020 bei weniger Diabetikern statt (bei 45.9 % statt bei 49 % im Jahr 2019). Kaum Unterschiede gab es in Bezug auf die Testung der Nierenfunktion (47.5 % im Jahr 2020 versus 48.2 % im Jahr 2019). Die Cholesterinmessung (Lipidprofil) fand im Pandemiejahr sogar prozentual häufiger statt (bei 65.8 % der Diabetiker im Vergleich zu 64.8 % im Vorjahr).

Kontrolluntersuchungen	Anteil 2019	95%-KI		Anteil 2020	95%-KI		p
HbA1c-Kontrolle (1x/Jahr)	87.8 %	87.5 %	88.1 %	86.4 %	86.2 %	86.7 %	***
<b>HbA1c-Kontrolle (2x/Jahr)</b>	<b>79.7 %</b>	<b>79.4 %</b>	<b>80.1 %</b>	<b>77.3 %</b>	<b>76.9 %</b>	<b>77.6 %</b>	<b>***</b>
<b>Kontrolle der Lipidwerte</b>	<b>64.8 %</b>	<b>64.5 %</b>	<b>65.2 %</b>	<b>65.8 %</b>	<b>65.4 %</b>	<b>66.1 %</b>	<b>***</b>
Triglyceride	64.9 %	64.5 %	65.3 %	65.8 %	65.5 %	66.2 %	***
Cholesterin total	67.4 %	67.0 %	67.7 %	68.0 %	67.6 %	68.3 %	*
<b>Kontrolle der Nierenfunktion</b>	<b>48.2 %</b>	<b>47.8 %</b>	<b>48.6 %</b>	<b>47.5 %</b>	<b>47.1 %</b>	<b>47.9 %</b>	<b>*</b>
Kreatinin	83.7 %	83.4 %	84.0 %	83.0 %	82.7 %	83.3 %	**
Albuminuria	51.7 %	51.3 %	52.1 %	51.1 %	50.7 %	51.4 %	*
<b>Kontrolle beim Ophthalmologen</b>	<b>49.0 %</b>	<b>48.6 %</b>	<b>49.4 %</b>	<b>45.9 %</b>	<b>45.5 %</b>	<b>46.3 %</b>	<b>***</b>

Tabelle 4: Kontrolluntersuchungen bei Diabetikern in den Jahren 2019 und 2020.

Die Erkenntnisse rund um die Therapietreue bei Diabetikern während der Pandemie sind in der Literatur widersprüchlich [23-27]. Dies verwundert nicht, da die verschiedenen Gesundheitssysteme unterschiedlich aufgestellt sind und die Zugangsbeschränkungen und deren Dauer nicht direkt vergleichbar waren.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich der Anteil der Diabetiker mit einer entsprechenden Kontrolluntersuchung im Pandemiejahr kaum veränderte. Noch am grössten fiel die Differenz bei den Ophthalmologie-Visiten mit einer Abnahme von rund 3 Prozentpunkten aus.

Das Therapieverhalten der Diabetiker scheint unabhängig von der Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen zu sein. Der leichte Rückgang bei den augenärztlichen Kontrollen könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese möglicherweise ohne Folgen für die Gesundheit ins nächste Jahr verschoben wurden.

«Eigene Analysen auf der Basis der täglich durchgeführten HbA1c und Blutdruckmessungen in den Praxen zeigen einen Rückgang von Routinekontrollen gerade bei chronisch Kranken, wie Diabetikern oder Hypertonikern. In der vorliegenden Analyse mag dies durch die Jahresperspektive etwas untergehen. Für mögliche künftige Lockdowns wird es wichtig sein, gerade diese vulnerablen Gruppen nicht aus dem Fokus zu verlieren.»

Prof. Dr. Dr. Thomas Rosemann, UZH  
Direktor Institut für Hausarztmedizin

## Fazit 5.2

### Versorgung Chroniker

Bei chronischen Krankheitsbildern ist davon auszugehen, dass das Ausmass der Versorgung der betroffenen Personen auch unter Pandemie-Bedingungen unverändert weiterläuft und Behandlungen und Bezüge vorgezogen oder zeitnah nachgeholt werden. Bei der weit verbreiteten chronischen Krankheit Diabetes hat sich diese Erwartung bestätigt und das Patientenverhalten blieb unverändert. Diabetes-Patienten mit einer hohen Therapietreue hielten auch während der Pandemie ihre Kontrolluntersuchungen ein, während es bei solchen mit gering ausgeprägter Therapietreue eher umgekehrt war. Je nach empfohlener Kontrolluntersuchung verhielten sich jedoch wie bisher rund 20% bis 50% der Betroffenen nicht leitlinienkonform bzw. wurden nicht leitlinienkonform durch die Ärzte betreut. Dieser Patientenanteil ist in der Schweiz nach wie vor hoch und weist auf ein grosses Verbesserungspotential hin.



Betrachtet man das Verhalten der therapietreuen Diabetiker, so liegt der Schluss nahe, dass der Zugang zu notwendigen Behandlungs- und Therapieeinrichtungen auch während einer Phase mit Einschränkungen im Gesundheitswesen gewährleistet war und somit vermieden wurde, dass wichtige therapiebedürftige Erkrankungen unbehandelt bleiben und sich womöglich längerfristig verschlimmerten. Die Pandemie hatte aus einer Gesamtjahresbetrachtung also keine relevanten Auswirkungen auf die Versorgung von Diabetikern.

## 5.3 Psychische Gesundheit

**Da psychische Notfälle und chronische psychische Leiden nicht steuer- und planbar sind, müsste erwartet werden, dass die Fallzahlen 2020 im Vergleich zum Vorjahr unverändert blieben oder möglicherweise aufgrund der Unsicherheit und Angst in der neuartigen Situation und der verordneten Einschränkungen zunahmen. Nachfolgend stehen deshalb die Fragen im Zentrum, ob psychische Leiden im letzten Jahr häufiger vorkamen und wie sich die Pandemie auf die Versorgung von Menschen in einer psychischen Krise sowie die Versorgung psychischer Leiden ausgewirkt hat. Gab es bei bestimmten Bevölkerungsgruppen im Vergleich zum Vorjahr besonders grosse Unterschiede?**

Psychische Leiden können sowohl chronischer als auch akuter Natur sein. Daneben können sich chronische Beschwerden durch ungenügende Behandlung oder durch äussere Faktoren verschlimmern und Kriseninterventionen als notwendige therapeutische Massnahme erfordern. Der Bereich «psychische Gesundheit» ist im Vergleich zu den meisten anderen Leistungsbereichen konkreter direkt und indirekt durch die ungewohnte Pandemiesituation beeinflusst, denn die «Stay at home»-Aufforderung sowie die Unsicherheit bezüglich Ansteckungsrisiko und Folgen für sich selbst sowie für das direkte Umfeld wirkten sich auch auf das seelische Wohlbefinden der Bevölkerung aus. Um mögliche Folgen davon abschätzen zu können, werden anschliessend sowohl Notfallinterventionen bei den Psychiatern und Grundversorgern als auch die allgemeinen psychiatrischen und psychologischen Behandlungen im Jahr 2020 untersucht.

### 5.3.1 Psyche Notfallintervention

**Ein nie dagewesenes Ereignis, das mit grosser Unsicherheit hinsichtlich einer potenziell lebensbedrohlichen Gefahr einherging, wirkte sich mutmasslich stark auf die psychische Gesundheit der Menschen aus. Dazu kamen teilweise drastische Veränderungen der individuellen Lebenswelt durch Kontakt- und Mobilitätseinschränkungen, soziale Isolation oder auch Berufsverbote gepaart mit besorgniserregenden Bildern in den Medien. All dies legt die starke Vermutung nahe, dass psychische Krisen im Jahr 2020 nicht nur akzentuiert wurden, sondern möglicherweise auch neu entstanden, wodurch der Bedarf an Notfallinterventionen stieg. Kann dies durch die Zahlen bestätigt werden?**

**Kriseninterventionen bei den Psychiatern nahmen insbesondere während und unmittelbar nach der ersten Welle stark zu, während sie in dieser Zeit bei den Grundversorgern weniger nachgefragt wurden. Telefonkonsultationen trugen dazu bei, dass eine grössere Anzahl Betroffener trotz Einschränkungen des privaten und öffentlichen Lebens psychologisch-psychiatrische Behandlung und entsprechende Unterstützung erhielt.**

Kriseninterventionen sind Konsultationen beim Psychiater oder Grundversorger, die auch zu Normalzeiten ortsunabhängig (also auch telefonisch) und zeitlich unlimitiert stattfinden können, mit dem Ziel, eine kritische Entwicklung zur möglichen Katastrophe aufzuhalten und zu bewältigen.

Bei den Psychiatern nahm die Zahl der Kriseninterventionen während der ersten Welle um gut zwei Drittel zu gegenüber dem gleichen Zeitraum ein Jahr zuvor (Abbildung 17). Insgesamt stieg die Zahl von etwa 12 000 auf über 20 000 Konsultationen, allerdings im Vergleich zu den häufigeren Kriseninterventionen der Grundversorger

von einem tieferen Niveau ausgehend. Die Anzahl Kriseninterventionen lag auch zwischen den beiden Wellen rund 14% über dem Vorjahreswert. Insgesamt resultierte ein Plus von 16.5% gegenüber 2019.

Von Psychiatern behandelte akute psychische Krisen nahmen aufgrund der Pandemie und der Auswirkungen der Lockdown-Massnahmen auf die psychische Gesundheit zu. Dies könnte auch damit zu tun haben, dass Patienten via Videotelefonie betreut werden konnten, was den Zugang erleichterte.

## 17 Kriseninterventionen beim Psychiater

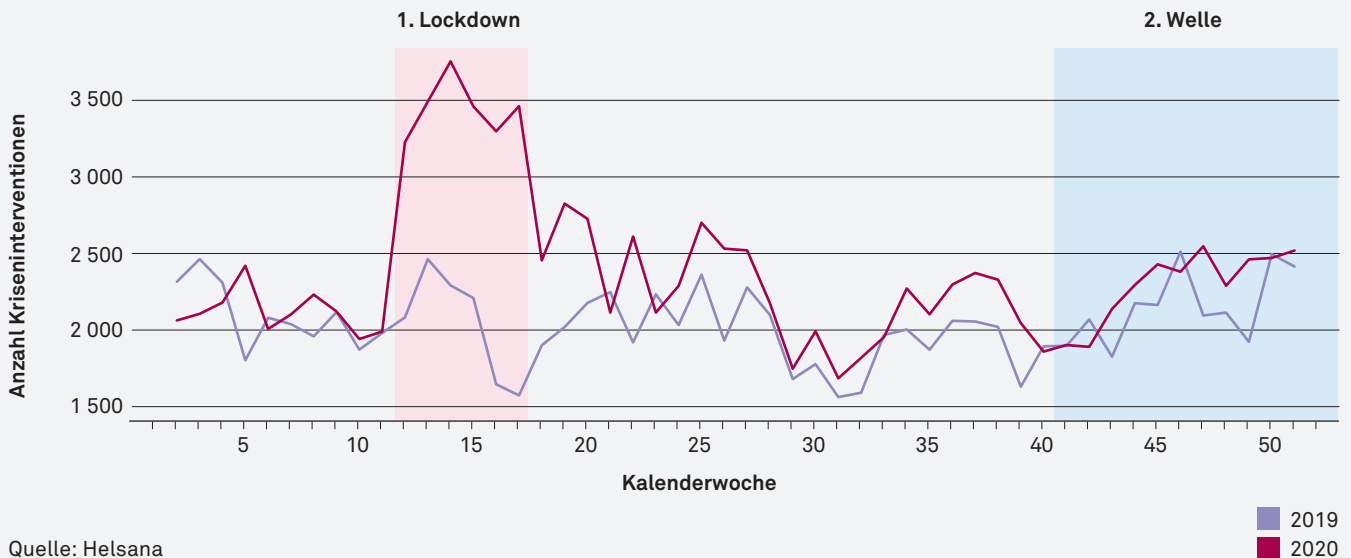


Abbildung 17: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Kriseninterventionen beim Psychiater in den Jahren 2019 und 2020.

«Es gab eine Verschiebung von Präsenz- zu fernmündlichen Behandlungen. Psychiater und Psychiaterinnen haben die Umstellung wohl schneller vollzogen als Grundversorger, da Psychiatrie und Psychotherapie prädestiniert ist für Telefon- und Videokonsultationen. Durch Grundversorger und Grundversorgerinnen betreute Personen mit schwereren psychischen Leiden wie Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen oder komplexen Suchterkrankungen waren von den «Stay at home»-Appellen und behördlichen Einschränkungen auf persönlicher Ebene besonders betroffen. Die Hürden für eine Behandlung waren noch höher als vor der Pandemie und die Betroffenen wurden möglicherweise während des Lockdowns ungenügend medizinisch versorgt.»

Prof. Dr. Erich Seifritz  
Direktor und Chefarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Im Gegensatz dazu kam es bei den durch die Grundversorger erbrachten psychotherapeutischen oder psychosozialen Beratungen und psychosomatischen Einzeltherapien zu einer Reduktion der wöchentlichen Krisenkonsultationen, sowohl in der ersten als auch in der zweiten Welle, und auch im Vorgang zu diesen beiden Zeiträumen (Abbildung 18). Es resultierte ein Minus von 9 % gegenüber dem Vorjahr. Die Anzahl Krisenkonsultationen während der ersten Welle sank im Vergleich zur gleichen Zeitperiode 2019 um 36 %. Die Fallzahlen der Grundversorger lagen in der ersten Welle trotz des starken Rückgangs mit gut 18 000 Konsultationen pro Woche absolut gesehen mehr als fünfmal höher als bei den Psychiatern.

Der Rückgang könnte darauf zurückzuführen sein, dass beim Grundversorger die Praxisaktivitäten während dieser Zeit generell zurückgefahren worden waren oder dass sich die Patienten in einer akuten Krisensituation direkt beim Psychiater meldeten. Der Rückgang bei den Grundversorgern wurde allerdings nicht annähernd durch die Psychiater kompensiert.

## 18 Kriseninterventionen beim Grundversorger

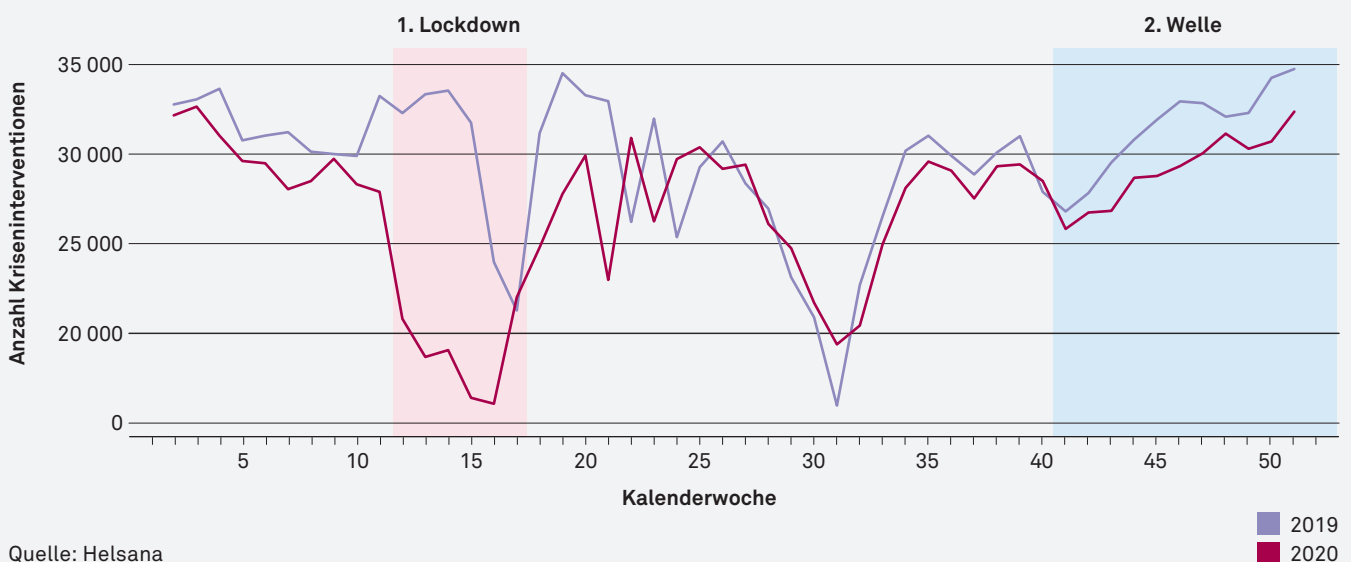


Abbildung 18: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Kriseninterventionen beim Grundversorger in den Jahren 2019 und 2020.

### 5.3.2 Psychiatrische/psychotherapeutische Therapien

Bei all den Besonderheiten des Corona-Jahres, welche die Bevölkerung insgesamt forderte und bestimmte Gruppen stärker betraf oder mehr von ihnen abverlangte, wäre ein Anstieg der Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Therapien zu erwarten, die bei der Bewältigung dieser Anforderungen halfen. Dies vor allem bei besonders stark durch die pandemiebedingten Massnahmen betroffenen Personengruppen. Ist dies in den Abrechnungszahlen der Krankenversicherung erkennbar?

Die Pandemie hatte in Bezug auf die Fallzahlen behandelter psychischer Leiden keinen grossen Einfluss. Telefon- und Videoangebote übernahmen eine wichtige Rolle in der Versorgung, während Gruppentherapien stark zurückgingen. Zwei Bevölkerungsgruppen bezogen jedoch mehr Leistungen in Bezug auf psychische Leiden als im Vorjahr: Junge Menschen sowie Personen im unmittelbaren Pensionsalter.

Die Gesamtzahl der ärztlichen, psychotherapeutischen und weiteren nichtärztlichen ambulanten Behandlungen und Therapien in der Psychiatrie (vor Ort oder per Telefon/Video, Einzel oder Gruppe) veränderte sich

im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr insgesamt kaum (-0.8%; rund 8.8 Millionen jährliche Behandlungen). Die generelle Abnahme der Konsultationen vor Ort und die Zunahme der Telefonkonsultationen waren während der ersten Welle am ausgeprägtesten. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass der Rückgang der stationären Leistungen (vgl. Kapitel 4.2) nicht zu einer generellen Steigerung der ambulanten Leistungen führte.

Aus Sicht der Inanspruchnahme basierend auf den Abrechnungsdaten der Krankenversicherung kann keine verstärkte Zunahme psychischer Erkrankungen im Jahr 2020 festgestellt werden. Dies im Gegensatz zu mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen, welche zum Ergebnis kamen, dass insbesondere während der zweiten Welle eine Zunahme psychischer Leiden zu beobachten war.

## Psychiater

Die **Anzahl Konsultationen bei den Psychiatern** (psychiatrische Diagnostik und Therapie) verlief 2020 relativ ähnlich zu der Anzahl Konsultationen im Jahr 2019 (insgesamt -0.7%). Sie nahm bereits vor der ersten Welle gegenüber 2019 ab (-5%) und lag dann nur noch leicht unter dem Vorjahreswert (-2%). In den Sommermonaten und auch in der zweiten Welle lag die Zahl der Konsultationen/Therapien leicht über dem jeweiligen Wert des Vorjahres.

Werden die Konsultationen beim Psychiater in **Konsultationen vor Ort** (Abbildung 19) und **Telefonkonsultationen** (Abbildung 20) unterteilt, so zeigt sich, dass erstere während des Lockdowns stark abnahmen (-24%), während sich die telefonischen Konsultationen verdreifachten. Nach der ersten Welle bis zum Jahresende lagen die Konsultationen vor Ort 2% bis 5% unter und die telefonischen Konsultationen 34% bis 47% über dem Vorjahreswert. Die Abnahme der Vorortkonsultationen von -6.5% setzte sich zusammen aus einer starken Abnahme der Paar-, Familien- und Gruppentherapien (-20.2%), welche allerdings generell einen geringen Anteil an den psychiatrischen Konsultationen haben, und einer geringeren Abnahme der Einzeltherapien (-6.2%). Bei den Telefonkonsultationen hingegen resultierte ein markantes Plus von 53% gegenüber 2019.

### 19 Konsultationen vor Ort beim Psychiater

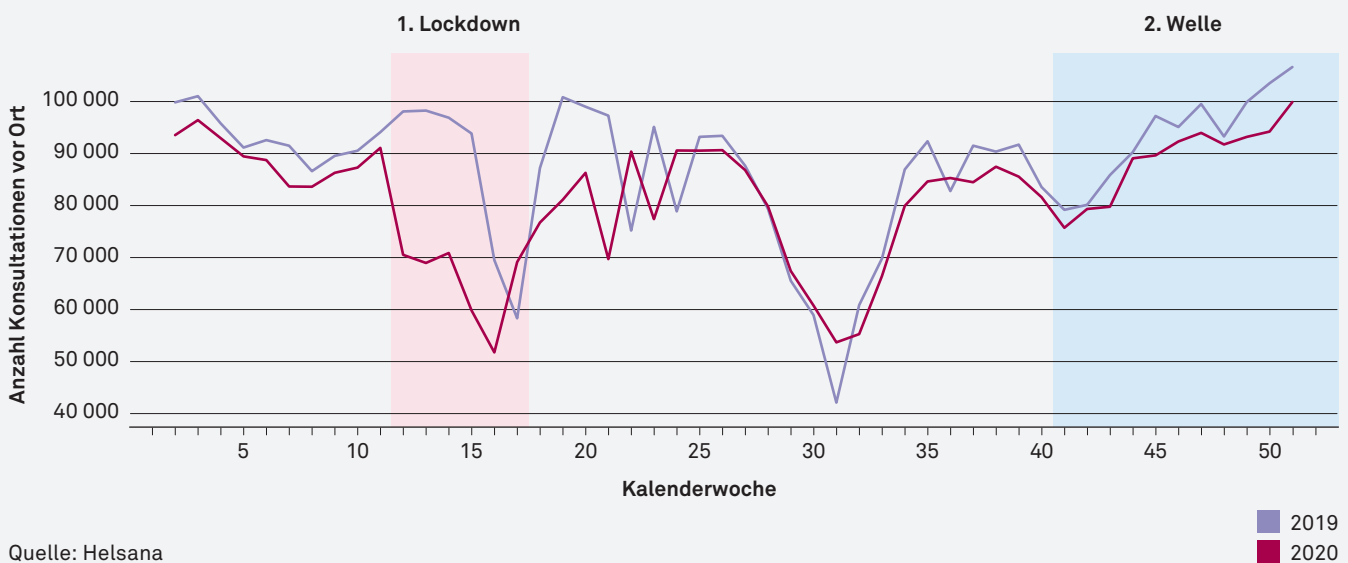


Abbildung 19: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Konsultationen vor Ort beim Psychiater in den Jahren 2019 und 2020.

## 20 Telefonische Konsultationen beim Psychiater

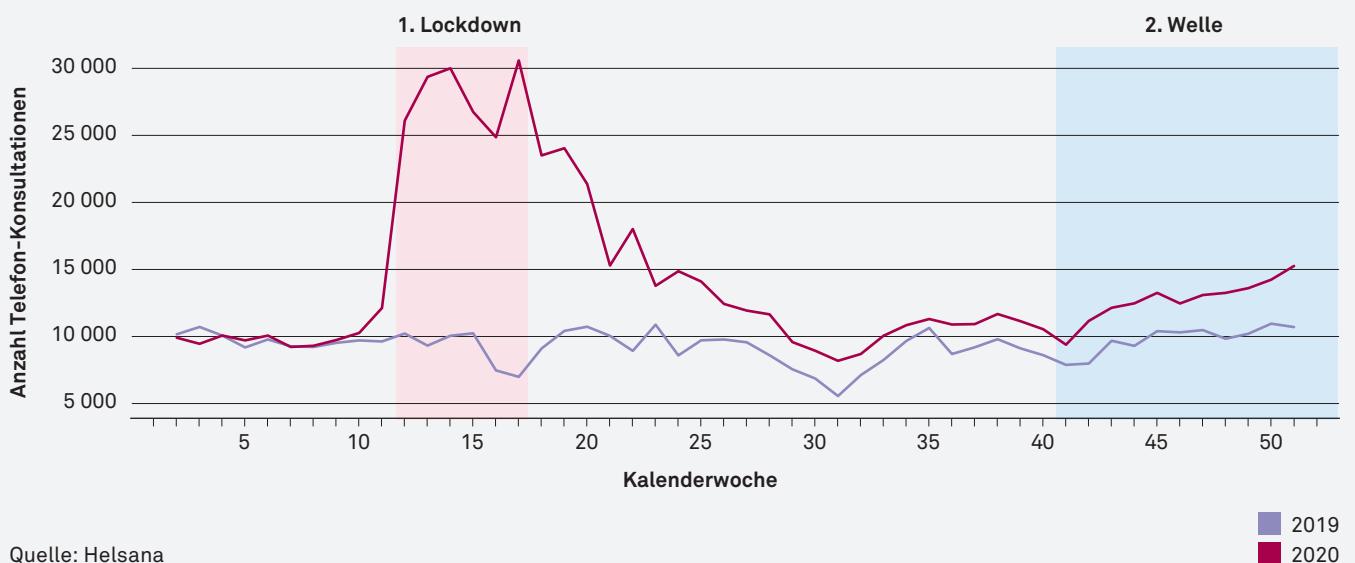


Abbildung 20: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl telefonischer Konsultationen beim Psychiater in den Jahren 2019 und 2020.

«Bei fernmündlichen Behandlungen hinkt die Schweiz im internationalen Vergleich hinterher. Studien zeigen klar, dass solche Behandlungsformen bei einem grossen Teil der psychisch Erkrankten gleich wirksam sind wie Präsenzbehandlungen. Eine Revision der Tarifierung fernmündlicher Behandlungsformen wäre für die Versorgungsqualität in der Schweiz ein grosser Vorteil. Damit könnten auch ländliche Gebiete besser abgedeckt werden, und auch weniger mobile Patientinnen und Patienten. Diese Revision würde die Strategie Ambulant vor Stationär fördern. Sie würde auch kürzere, aber häufigere Interventionen erlauben und die Schwelle für Frühinterventionen reduzieren, was für die Krankheitsverläufe günstig wäre.»

Prof. Dr. Erich Seifritz

Direktor und Chefarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

**Erstkonsultationen**, welche vor Ort stattfinden müssen, gingen in der ersten Welle stark zurück (-39 %), bewegten sich aber in der zweiten Welle leicht über dem Niveau des Vorjahres (+4 %; Abbildung 21). Im Zeitraum vor und zwischen den beiden Wellen lag sie gegenüber 2019 leicht im Minus (ca. -4 %).

Während des ersten Lockdowns gingen Erstkonsultationen bei den Psychiatern sehr stark zurück. Es fanden in dieser Zeit wohl nur die ganz schweren neuen Fälle den Weg in eine psychiatrische Betreuung.

## 21 Erstkonsultationen beim Psychiater



Abbildung 21: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Erstkonsultationen beim Psychiater in den Jahren 2019 und 2020.

### Psychologen/Psychotherapeuten

Über das ganze Jahr gesehen lagen die Zahlen der **psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen in der Psychiatrie und der delegierten psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis** nur leicht über jenen aus dem Jahr 2019 (Abbildung 28 und Abbildung 29 im Anhang). Die Zunahme der telefonischen Konsultationen im psychiatrischen Setting vervierfachte sich während der ersten Welle nahezu und stieg über das ganze Jahr betrachtet um 73 %. Damit wurde die Abnahme der Konsultationen vor Ort (-7 %; v.a. bedingt durch die Abnahme in der ersten Welle und bei den Gruppentherapien) leicht überkompensiert. Die Zahl der psychologischen/psychotherapeutischen Behandlungen lag zwischen den Wellen und während der zweiten Welle 4.5 % über dem Vorjahreswert.

Bei den **psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen in der ambulanten Psychiatrie und in der Praxis** gab es eine leichte Zunahme an Konsultationen und die Telefonangebote überkompensierten den Rückgang an Vorort-Konsultationen.

### Bezüger psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen

**Gab es bestimmte Bevölkerungsgruppen, welche unter der Pandemie-Situation besonders litten und deshalb professionelle Hilfe häufiger in Anspruch nahmen? Wie sieht es beispielsweise bei Kindern und Jugendlichen oder den Ältesten der Gesellschaft aus? Da sie am stärksten durch Corona und die vom Bundesrat verordneten Massnahmen tangiert waren, könnte hier eine gesteigerte Betroffenheit vermutet werden. Und gibt es weitere Gruppen, die mehr Leistungen der ambulanten Psychiatrie und Psychotherapie beansprucht haben?**

Bei der Betrachtung der Inzidenzratenverhältnisse (vgl. Kapitel 3) der **psychiatrischen Konsultationen** (inkl. Kriseninterventionen) im **Klinikambulatorium** des Jahres 2020 zeigt sich, dass insbesondere die Kinder und Jugendlichen bis 24 Jahre sowie die 65- bis 74-Jährigen (bedingt durch eine Zunahme der Frauen um +6 %) signifikant höhere Inzidenzraten im Vergleich zum Vorjahr aufwiesen (Tabelle 7 im Anhang). Die Konsultationsraten lagen im Schnitt zwischen 3 % und 5 % höher, bei den 25- bis 44-Jährigen jedoch im Vergleich zu 2019 tiefer. Getrennt nach Geschlecht lagen die Werte bei den unter 15-jährigen Knaben um 8 %, bei den Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 24 um knapp 6 % höher als 2019.

Die **psychologische Konsultationsrate in der Praxis** stieg bei den 15- bis 24-jährigen Mädchen und jungen Frauen mehr als 10 %, wohingegen sie bei den gleichaltrigen Knaben und jungen Männern leicht abnahm (-2.5 %) (Tabelle 8 im Anhang). Auch bei Konsultationen in der Praxis zeigte sich eine Zunahme bei den 65- bis 74-Jährigen (+10 % bei den Männern und +12 % bei den Frauen).

Eine Pandemie dieses Ausmasses kann sich unterschiedlich auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Es gibt sogenannte «Gewinner» (z.B. durch Entlastung im Beruf) und «Verlierer» (z.B. durch mehr Belastung in der Familie) [28]. Studien zum Thema sind zahlreich, insbesondere auch zu den negativen Auswirkungen der Pandemie und ihrer Effekte bei Kindern und Jugendlichen [29-34].

Insbesondere ältere Personen waren stark von der Pandemie betroffen. Sie zählten zum einen zur Risikogruppe und fürchteten sich allenfalls stärker vor einer Ansteckung. Zum anderen traf sie die soziale Isolation stärker, weil sie beispielsweise keine beruflichen und gesellschaftliche Kontakte hatten sowie zeitweise auch keine Enkelkinder mehr hüten durften.

Die Analyse der Leistungsdaten in diesem Bereich bildet jedoch nicht das gesamte Versorgungsspektrum ab. Eine nicht-ärztliche Psychotherapie muss zur Kostenübernahme durch die Krankenversicherung von einem Arzt verschrieben werden. Nimmt eine Person ohne ärztliche Verordnung eine Psychotherapie in Anspruch, so werden diese Kosten nicht durch die Grundversicherung übernommen und figurieren nicht in der vorliegenden Analyse. Es wäre also auch denkbar, dass ein Teil der Bevölkerung auf diese Weise betreut wurde.

Ebenso weisen bereits bestehende strukturelle Defizite im psychiatrischen Angebot für Kinder und Jugendliche darauf hin, dass die Nachfrage in diesem Sektor allenfalls noch höher gewesen sein könnte und psychische Störungen und Krankheiten junger Menschen womöglich unbehandelt blieben.

Insgesamt konnte durch die Möglichkeit telefonischer Konsultationen oder auch per Video der gestiegene Bedarf trotz Einschränkungen aufgefangen werden.

### **Fazit 5.3**

#### **Psychische Gesundheit**

Die Pandemie hat die Nachfrage nach psychiatrischen Kriseninterventionen verstärkt. Die Zugangshürden zur Grundversorgung sind jedoch gerade während der ersten Welle durch staatliche Massnahmen gestiegen. Diese Kombination hat zu einer Verschiebung von der Grundversorgung hin zur Spezialversorgung mit Kriseninterventionen geführt. Im Bereich der psychischen Notfälle hat die Möglichkeit zu Telefon- und Videointerventionen einen erleichterten Zugang zu den Psychiatern ermöglicht.

Während der ersten Welle fanden vermutlich nur die ganz schweren neuen Fälle den Weg in die psychiatrische Betreuung. Im Allgemeinen wurden jedoch in etwa gleich viele Leistungen in der ambulanten Psychiatrie und Psychologie erbracht wie im Vorjahr.

Kinder und Jugendliche sowie Personen im unmittelbaren Pensionsalter nahmen häufiger Leistungen in Anspruch. Sie schienen stärker von der Pandemie und ihren Auswirkungen auf das eigene Leben betroffen gewesen zu sein. Die strukturellen Defizite im Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich durch die Pandemiesituation akzentuiert.

Die psychischen Auswirkungen einer Pandemie dieses Ausmasses können sehr heterogen ausfallen. Die bestehenden Versorgungsrealitäten haben sich in dieser Zeit nicht grundlegend verändert. Von zentraler Bedeutung ist, dass der Zugang zu notwendigen Behandlungs- und Therapieeinrichtungen auch während der Ausnahmesituationen gewährleistet ist und vermieden wird, dass wichtige therapiebedürftige Erkrankungen unbehandelt bleiben und sich womöglich längerfristig verschlimmern.

## 5.4 Wahlbehandlungen

Da Wahlbehandlungen nicht zeitkritisch und bezüglich Behandlungszeitpunkt plan- und steuerbar sind, ist zu erwarten, dass bei Einschränkungen im Gesundheitswesen ein Grossteil davon verschoben wird – oder möglicherweise gar nicht erfolgt, wenn sich die Beschwerden relativieren oder gar verschwinden.

Von konkretem Interesse sind also die Fragen, wie sich die Pandemie auf die Versorgung von Beschwerden, bei welchen eine Operation eine Option darstellt, auf Basisimpfungen bei Kindern sowie auf Vorsorgeuntersuchungen auf Darm-, Brust- und Prostatakrebs ausgewirkt hat. Und was bedeutet der Aufschub solcher Behandlungen auf die langfristige Gesundheit?

Wahlbehandlungen stellen elektive Interventionen dar, das heisst, nicht notfallmässige oder dringliche Operationen, Eingriffe und Untersuchungen, die jedoch angezeigt sind. Sie betreffen diejenigen Eingriffe, die ohne ein substantielles Risiko für den Patienten aufgeschoben werden können. Der Aufschub während der Pandemie sollte sicherstellen, dass die Kapazitäten der Spitäler (Betten, Intensivstationen, Schutzmaterial, Personal, etc.) nicht ausgeschöpft werden und das Risiko einer Virusübertragung von Personal und Patienten minimieren.

### 5.4.1 Muskuloskelett

Orthopädischen Eingriffen geht häufig eine längere Leidenszeit voraus. Meist wird versucht, den Schmerzen in Knie und Hüfte mit konservativen Methoden beizukommen. Misslingt dies, wird ein Eingriff geplant. Wenn nun behördliche Einschränkungen verordnet werden, kann ein solcher Eingriff ohne schwerere Folgen für die betroffene Person für einige Zeit aufgeschoben werden. Denkbar ist, dass es in der Wartezeit hie und da zu Verbesserungen der Situation kommt, sodass sich eine Operation, zumindest vorläufig, erübrigt und deswegen annulliert wird. Ob das 2020 ebenfalls in grösserem Rahmen geschehen ist, zeigen die folgenden Analysen.

Die Pandemie und die Einschränkungen der Behörden hatten während der ersten Welle kurzfristig zu einem markanten Rückgang von Knie- und Hüftprothesen-Operationen geführt, welche in den darauffolgenden Monaten in eindrücklicher Art und Weise nachgeholt wurden. Die Spitäler im Bereich der orthopädischen Chirurgie verfügten offensichtlich auch während der Pandemie über genügend Kapazitäten.

Während der ersten Welle war die Zahl der Hüftgelenks- und Knie-Endoprothesen-Operationen auch aufgrund des vom Bundesrat verhängten Verbots elektiver Eingriffe stark rückläufig. Sie betrug -63.5 % bei den Hüft- und -85.7 % bei den Knie-Endoprothesen (Abbildung 22) der saisonbedingt (Ostern, vgl. Kapitel 4.2) ohnehin schon

### 22 Anzahl Hüft- und Knie-Endoprothesen



Abbildung 22: Anzahl Hüft- und Knie-Endoprothesen.



tiefen Vergleichswerte. In den Sommermonaten (also zwischen den beiden Wellen) lag die Anzahl der beiden Eingriffe rund 20 % über derjenigen des Vorjahres. Während der zweiten Welle fiel der Rückgang wesentlich milder aus. Insgesamt wurden im Jahr 2020 gleich viele Hüft-Endoprothesen (über 23 000 Prothesen; +0.7 %) und nahezu gleich viele Knie-Endoprothesen (knapp 16 000 Prothesen; -1.1 %) eingesetzt wie im Jahr 2019.

Ähnliche Entwicklungen förderten auch Studien anderer Länder zutage [4] [12] [23] [35].

Die Daten bestätigen, dass sich die Spitäler mehrheitlich an die Empfehlungen des Bundesrates hielten und elektive Eingriffe während des Lockdowns verschoben bzw. absagten. Dennoch wurden während der ersten Welle fast 1 000 Hüft-Endoprothesen eingesetzt. Insgesamt scheinen die verschobenen Eingriffe bis Ende Jahr wieder nachgeholt worden zu sein. Die häufig in der Schweiz verbrachten Ferien 2020 haben diesen Umstand vermutlich erleichtert. Medizinisches Personal und Schutzmaterial schien in ausreichendem Masse vorhanden gewesen zu sein. Im Gegensatz zu den Vorjahren (2015-2018) kam es allerdings im Jahr 2020 nicht zu einer Zunahme der Anzahl Operationen.

## 5.4.2 Impfungen

**Wodurch könnten sich Eltern von Kleinkindern im Jahr 2020 von Standarduntersuchungen und -impfungen beim Kinderarzt abhalten lassen? Zu erwarten wäre möglicherweise ein Rückgang während der ersten Welle, wohingegen junge Eltern davor oder danach ihrer Verantwortung für die Gesundheit und somit auch für die gängigen Impfungen ihrer Kleinkinder wieder nachkommen konnten. Zumal weder sie selbst noch ihre Kinder in den wenigsten Fällen zur Risikogruppe zählten. Oder waren sie doch zurückhaltender, als angenommen und haben die Impfungen auf später verschoben?**

Die Einschränkungen während der ersten Welle beeinflussten die Bereitschaft der Eltern ihr Kleinkind impfen zu lassen und es wurden teilweise weniger Basisimpfungen vorgenommen. Bis Ende Jahr wurde meist keine volle Kompensation des Rückgangs während des Lockdowns beobachtet. Nicht klar ist, ob diese Impfungen nun komplett wegfielen oder ob sie 2021 nachgeholt werden.

Für die nachfolgenden Analysen wurde die Zahl der vom BAG empfohlenen Basisimpfungen bei Kindern im Alter zwischen 0 und 2 Jahren untersucht. Die zeitlichen Schwankungen übers Jahr 2020 sind zwar mit denen des Vorjahres vergleichbar, allerdings auf einem meist tieferen Niveau. Die analysierten Impfungen sind die folgenden:

- DTP (Kombinationsimpfstoff gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis)
- Hib (Impfung gegen *Haemophilus influenzae* Typ b)
- IPV (Impfung gegen Poliomyelitis)
- HBV (Impfung gegen Hepatitis-B)
- PCV (Impfung gegen Pneumokokken)
- MMR (Trivalenter Impfstoff gegen Masern, Mumps und Röteln)

Die Basis-Mehrfach-Impfungen vor dem 9. Lebensmonat sowie die Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln (ab dem 9. Lebensmonat) haben über das ganze Jahr 2020 leicht abgenommen, die Basisimpfungen vor allem während der zweiten Welle, MMR während des ersten Lockdowns und in den Sommermonaten. In die Analyse wurden alle verabreichten Impfungen miteinbezogen, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst-, Zweit- oder Dritt-Impfung handelte. Deshalb kann die Zahl nicht mit der vom BAG publizierten Durchimpfungsrate verglichen werden, welche nur vollständig geimpfte Kinder einbezieht.

Es darf vermutet werden, dass Eltern und Ärzte den Impfungen je nach Pandemiesituation einen unterschiedlichen Stellenwert einräumten. Das Erkrankungsrisiko aufgrund von Corona wurde gegen das Risiko einer möglichen Erkrankung aufgrund einer fehlenden Impfung abgewogen und schien oftmals zuungunsten der Impfung ausgefallen zu sein.

## 23 Mehrfachimpfungen bei Kleinkindern

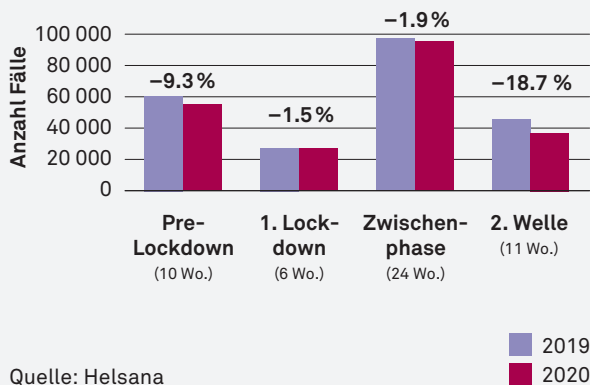


Abbildung 23: Anzahl der verabreichten Mehrfach-Impfungen (gegen mindestens Diphtherie, Tetanus und Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b und Poliomyelitis) bei Kindern bis 2-Jährig.

Die **Basis-Mehrfach-Impfungen** (mit mindestens den 5 Wirkstoffen gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b und Poliomyelitis) wurden über alle vier Zeiträume hinweg seltener verabreicht als im Vorjahr, wobei die Differenz während der ersten Welle mit lediglich -1.5% noch am kleinsten und während der zweiten Welle mit -18.7% am grössten ausfiel (Abbildung 23). Über das ganze Jahr hinweg resultierte ein Minus von mehr als 7% (ca. -17 000 Impfungen). Der Anteil der Kinder mit einer solchen Impfung verminderte sich von 76.2% im Jahr 2019 auf 71.1% im Jahr 2020.

Bei Tetanus beispielsweise handelt es sich um eine Krankheit, welche sich aufgrund verschmutzter Wunden entwickelt, und die deshalb unabhängig vom Kontakt mit anderen Menschen oder der Pandemie zu einem schwerwiegenden Krankheitsrisiko führt. Obwohl die Impfung im eigentlichen Sinne planbar ist, besteht durch diesen Umstand ein gewisser Handlungsdruck und die Eltern haben nur vermeintlich die Wahl, wann sie ihr Kind prophylaktisch impfen wollen, damit es geschützt ist.

## 24 Masern-, Mumps- und Röteln-Impfungen bei Kleinkindern

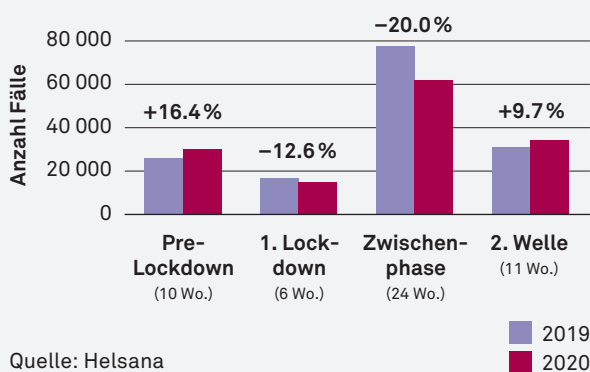


Abbildung 24: Anzahl der verabreichten Masern-, Mumps- und Röteln-Impfungen (MMR) bei Kindern bis 2-Jährig.

Besonders die Masern-, Mumps- und Röteln-Impfung (MMR) wies deutlich tiefere Raten im Vergleich zum Vorjahr auf, sowohl während der ersten Welle (-13%), als auch, und dies noch ausgeprägter, in den Sommermonaten (-20%). In der zweiten Welle fanden hingegen mit einem Plus von knapp 10% Aufholimpfungen statt (Abbildung 24). Insgesamt resultierte gegenüber dem Vorjahr ein Minus von 7% (über 10 000 Impfungen). Der Anteil der Kinder mit einer MMR-Impfung verminderte sich damit von 52.7% im Jahr 2019 auf 46.3% im Jahr 2020.

Während und nach der ersten Welle haben es mehr Eltern als 2019 bevorzugt, ihr Kleinkind nicht gegen MMR impfen zu lassen. Die vermehrte Eigenbetreuung und die reduzierten Kontakte mit anderen Kindern könnten zur Einschätzung geführt haben, dass die MMR-Impfung zum damaligen Zeitpunkt nicht prioritär wäre und deshalb in der ersten heissen Phase der Pandemie aufgeschoben wurde.

«Der Rückgang der Impfungen, zum Beispiel der MMR-Impfungen, ist aus Schweizer Public Health-Sicht problematisch. Über 6% mehr Kinder sind im Corona Jahr gegenüber dem Vorjahr nicht oder unzureichend gegen MMR geschützt. Das Ziel einer ausreichend hohen Durchimpfungsrate z.B. für Masern von 95% liegt damit noch mehr in weiter Ferne.»

Die Hepatitis-B-Impfungen (HBV), welche meist in Form einer 6-fach-Impfung zusammen mit den zuvor als Basis-Mehrfachimpfung bezeichneten Impfung verabreicht werden, und die Pneumokokken-Impfungen (PCV) wiesen im Jahr 2020 im Vergleich zur 5-fach-Impfung und MMR abweichende Verabreichungsmuster auf (Abbildung 30 und Abbildung 31 im Anhang). Insgesamt blieben die Zahlen der Hepatitis-B-Impfungen (-1 500 Impfungen; -0.9 %) und der Pneumokokken-Impfungen (+3 000 Impfungen; +1.5 %) in den beiden Jahren relativ stabil. Die minimalen Abweichungen zum Vorjahr widerspiegeln sich auch in der Rate der geimpften Kinder. Der Anteil der Kinder mit einer HBV-Impfung betrug 65.9 % im Jahr 2019 und 64 % im Jahr 2020; derjenige mit PCV-Impfung 66.1 % im Jahr 2019 und 65.8 % im Jahr 2020.

Der zuvor festgestellte Rückgang der Mehrfachimpfungen ist deshalb nicht auf Kinder zurückzuführen, welche den 6-fach-Impfstoff erhielten, sondern auf jene mit 5-fach-Wirkstoffen oder weniger.

International konnten ähnliche Rückgänge bei den Impfungen festgestellt werden [23] [36, 37]. Auch das BAG hat einen Rückgang bei der Anzahl vertriebener Dosen für verschiedene Basisimpfungen beobachtet und rief zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) Eltern und Ärzteschaft in der Schweiz dazu auf, auch während der Pandemie den empfohlenen Impfplan zu beachten und Impfungen nach Möglichkeit nicht zu verschieben [38]. Dies ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil die Impfungen bei Kleinkindern immer nur Teil einer ganzheitlichen Untersuchung zum Entwicklungsstand des Kindes sind, die nicht hinausgeschoben werden sollte.

«Impfungen finden typischerweise im Rahmen der empfohlenen Vorsorgeuntersuchung statt. Ein Rückgang der Impfungen lässt vermuten, dass auch die Vorsorgeuntersuchungen zurückgegangen sind. Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen unter anderem, Entwicklungsrückstände, Symptome ernsterer Erkrankungen und andere Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und stellen zusammen mit Impfungen eine der wichtigsten Präventionsmassnahmen im Kindesalter dar. Wir als Gesellschaft sollten uns darum bemühen, dass nicht in Anspruch genommene Präventions- und Screeningleistungen nachgeholt werden.»

Prof. Dr. Julia Dratva, ZHAW  
Leiterin Forschung Institut für Gesundheitswissenschaften

### 5.4.3 Krebs-Screening

**Zur Zielgruppe für Krebs-Screenings zählen in erster Linie Menschen ab 50 Jahren. Ein Teil davon, nämlich Personen ab 65, wurde 2020 auch als Risikogruppe für eine Covid-Erkrankung definiert und angewiesen, zuhause zu bleiben. Ausserdem gab es während der ersten Welle grosse Einschränkungen im Gesundheitswesen. Kann dies dazu geführt haben, dass nötige Untersuchungen nicht vorgenommen wurden und deshalb ein Behandlungsbedarf nicht entdeckt wurde?**

Der Rückgang der Krebs-Screenings ist vor allem während der ersten Welle und unmittelbar danach sehr ausgeprägt. Im «langen» Sommer zwischen den beiden Wellen wurden jedoch mehr Kontrolluntersuchungen als im Vorjahr durchgeführt. Im Idealfall hat ein verbesserter Triage-Prozess dazu geführt, dass wirklich nur in den empfohlenen Altersgruppen und bei Risikopersonen eine Kontrolluntersuchung vorgenommen und die Versorgung sogar optimiert wurde. Es ist nicht davon auszugehen, dass mittel- und längerfristig deutlich mehr Krebsfälle aufgrund unentdeckter Tumore während der Pandemie auftreten werden.

Die Häufigkeit von Krebs-Screenings wird anhand der Screenings für Darm-, Brust- und Prostatakrebs untersucht. Die beobachteten Altersgruppen lehnen sich an frühere Untersuchungen an, welche die Helsana in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich zu diesem Thema durchgeführt hat [39, 40]:

- Darmkrebs (Koloskopie oder Test zur Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl); Frauen und Männer der Alterskategorie 50-69 Jahre
- Brustkrebs (Mammographie); Frauen der Alterskategorie 50-69 Jahre
- Prostatakrebs (PSA-Test); Männer der Alterskategorie 50-69 Jahre

## 25 Darmkrebs-Screenings (Koloskopie und FOBT)

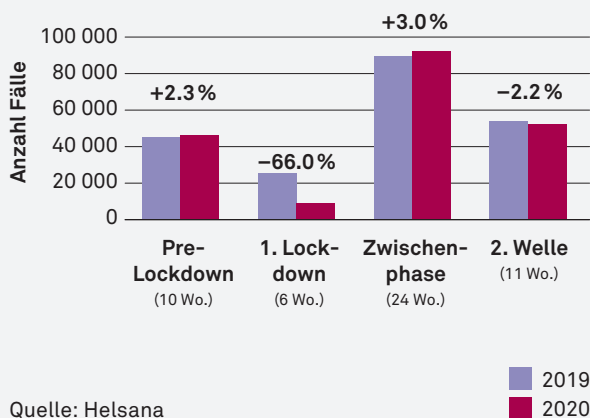


Abbildung 25: Anzahl der ambulant und stationär durchgeführten Koloskopien sowie der Tests zur Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (FOBTs).

Die Zahl der Koloskopien und der Tests zur Bestimmung von okkultem Blut im Stuhl (FOBTs) fiel im Jahr 2020 tiefer aus als 2019 (-6.5%; Abbildung 25). In der ersten Welle ist die Zahl der Darmkrebs-Screenings insgesamt um zwei Drittel eingebrochen (-70 % bei den Koloskopien und -51 % bei den FOBTs), während in der zweiten Welle nur noch ein minimaler Rückgang von -2.2 % resultierte.

Beim Prostatakrebs-Screening fand sich ebenfalls nur während der ersten Welle ein starker Rückgang der PSA (Prostata-spezifischen Antigen)-Tests (-48 %), wobei die Werte davor und danach rund 2 % bzw. 7 % über dem Vorjahreswert lagen (Abbildung 32 im Anhang). Insgesamt resultierte ein leichtes Minus von knapp 3 % (ca. 10 000 PSA-Tests).

Ein massiver Rückgang während des Lockdowns konnte auch bei den Mammografien beobachtet werden (Abbildung 26). Hier gingen die Zahlen der Untersuchungen um knapp drei Viertel zurück. Im Sommer kam es zu einer leichten Zunahme (+2.4 %). Insgesamt lag die Zahl der Mammografien im Jahr 2020 gut 7 % tiefer als 2019.

## 26 Brustkrebs-Screenings

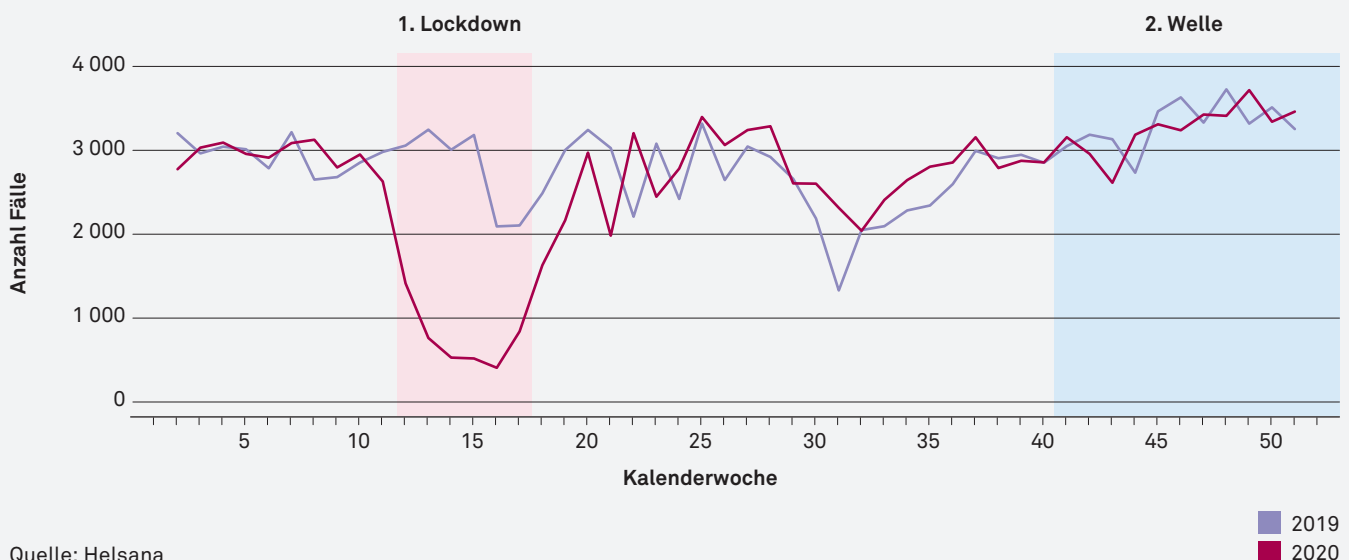


Abbildung 26: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Mammografien in den Jahren 2019 und 2020.

Im Vergleich zu den Beobachtungen aus dem Ausland [23] [41] waren die Krebs-Screenings in der Schweiz während der ersten Welle ähnlich oder weniger stark rückläufig. Untersuchungen zu den Auswirkungen des Screening-Rückgangs auf die Gesundheit [42-45] gilt es auch für die Schweiz vorzunehmen. Dies wird unter anderem im «Helsana-Report: Arzneimittel 2021» anhand der Abgabe von Onkologika geschehen.

Die Pandemie bietet auch eine Chance zur Optimierung des Triage-Prozesses, indem Screenings nur bei den empfohlenen Altersgruppen und – im Falle der Prostatavorsorge – nach vorheriger gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten durchzuführen sind. Damit kann die Zahl der falsch-positiven Screenings, welche für die Patienten belastenden sind, minimiert werden [46]. Zudem könnten beispielsweise anstelle von Koloskopien auch vermehrt FOBTs für Darmkrebs-Screenings eingesetzt werden, welche zuhause durchführbar sind [47, 48].

#### **Fazit 5.4** **Wahlbehandlungen**

Bei planbaren Versorgungssituationen ist davon auszugehen, dass Leistungen im Falle vorübergehender Einschränkungen verschoben werden. Ist eine Leistung nach Aufhebung der Einschränkungen aus Sicht von Patient und Arzt weiterhin angezeigt, so wird sie nachgeholt. Kommt der potenzielle Leistungsempfänger selbst oder in Absprache mit den medizinischen Fachpersonen zum Schluss, dass die Leistung nicht mehr nötig wäre, so wird darauf verzichtet.

Bei den analysierten Leistungen sind die Kriterien für eine Durchführung eines Krebscreenings (insbesondere bei Darm- und Brustkrebs) und für den Einsatz einer Hüft- oder Knieprothese relativ klar. Bei den Impfungen sind die Empfehlungen des Bundes ebenfalls eindeutig und die Meinungen vieler Eltern bereits gemacht, sodass verändernde Präferenzen wohl in nur seltenen Fällen zu erwarten sind. Deshalb sollten mittelfristig keine grösseren Veränderungen auftreten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- Die Leistungserbringer hielten sich im Grossen und Ganzen an das vom Bundesrat verordnete Behandlungsverbot nicht dringlicher Eingriffe.
- Bei den untersuchten planbaren chirurgischen Eingriffen an Knie und Hüfte brachen die Fallzahlen während der ersten Welle zusammen. Es bestanden jedoch genügend Ressourcen, um das Vorjahresniveau übers Gesamtjahr gesehen zu halten. Dies bestätigt die vielfach geäußerte Vermutung, dass in der Schweiz Überkapazitäten im Bereich Orthopädie vorhanden sind bzw. Leerkapazitäten während der Ferienzeit genutzt werden können.
- Auch Krebs-Screenings brachen während der ersten Welle ein, der Nachholeffekt im Sommer fiel jedoch deutlich geringer aus als bei den muskuloskelettalen Eingriffen.
- Bei den Impfungen der Kleinkinder ist ein Rückgang bei den Basis-Impfungen vor dem 9. Lebensmonat sowie bei Masern-Mumps-Röteln (MMR) zu verzeichnen. Hepatitis-B und Pneumokokken wurden auch während der ersten Welle praktisch normal weiter verimpft. Der Rückgang bei der MMR- sowie der Basis-Mehrfach-Impfung ist mutmasslich auf eher impfkritische Eltern und/oder Leistungserbringer zurückzuführen, welche generell eine tiefere Impfbereitschaft aufweisen.

# 6 Anhang

## 27 Hospitalisationen: weitere kardiale Notfälle

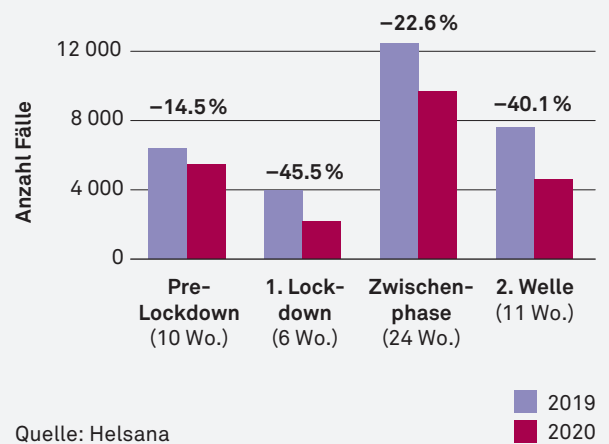


Abbildung 27: Anzahl Hospitalisationen aufgrund weiterer kardialer Notfälle (Endokarditis, Herzinsuffizienz, Hypertonie, instabile Angina pectoris, kardialen Arrhythmien und Herzstillstand).

Geschlecht	Alter	Fälle 2019	Fälle 2020	IRR	95%-KI		p
all	00-59	1550	902	0.591	0.544	0.641	***
all	60-69	1349	692	0.563	0.514	0.617	***
all	70-79	1763	1040	0.601	0.556	0.648	***
all	80-89	1488	916	0.628	0.578	0.681	***
all	≥90	640	387	0.748	0.659	0.849	***
m	00-59	1204	690	0.637	0.58	0.7	***
m	60-69	967	468	0.574	0.514	0.641	***
m	70-79	1081	591	0.604	0.546	0.668	***
m	80-89	875	468	0.661	0.59	0.739	***
m	≥90	267	144	0.905	0.737	1.107	
f	00-59	345	211	0.884	0.744	1.047	
f	60-69	382	224	0.81	0.686	0.955	*
f	70-79	683	450	0.772	0.685	0.87	***
f	80-89	613	447	0.719	0.636	0.812	***
f	≥90	373	243	0.807	0.685	0.948	**
m tot		4393	2363	0.528	0.502	0.555	***
w tot		2396	1575	0.645	0.605	0.687	***
Stadt		4245	2529	0.586	0.558	0.615	***
Agglo.		1522	745	0.532	0.487	0.581	***
Land		1022	662	0.711	0.645	0.784	***
de		4725	2688	0.559	0.533	0.586	***
fr		1571	1023	0.65	0.601	0.703	***
it		494	226	0.572	0.488	0.668	***

Tabelle 5: Die Inzidenzratenverhältnisse (IRR) zeigen die Differenz der Anzahl Hospitalisationen aufgrund eines Herzinfarktes im Jahr 2020 gegenüber der Anzahl im Jahr 2019.

Geschlecht	Alter	Fälle 2019	Fälle 2020	IRR	95%-KI		p
all	00-59	4894	2631	0.528	0.503	0.553	***
all	60-69	5008	2876	0.563	0.538	0.589	***
all	70-79	9471	6607	0.685	0.664	0.707	***
all	80-89	12837	9646	0.737	0.718	0.757	***
all	≥90	5259	4231	0.79	0.758	0.822	***
m	00-59	3271	1745	0.524	0.494	0.555	***
m	60-69	3175	1679	0.519	0.489	0.551	***
m	70-79	5294	3513	0.651	0.623	0.679	***
m	80-89	5796	4263	0.722	0.694	0.751	***
m	≥90	1883	1424	0.743	0.694	0.796	***
f	00-59	1624	886	0.592	0.545	0.642	***
f	60-69	1833	1197	0.679	0.631	0.73	***
f	70-79	4177	3094	0.727	0.693	0.761	***
f	80-89	7041	5383	0.75	0.724	0.777	***
f	≥90	3376	2807	0.816	0.776	0.858	***
m tot		19418	12624	0.638	0.624	0.652	***
w tot		18051	13367	0.726	0.71	0.743	***
Stadt		24679	17109	0.68	0.667	0.693	***
Agglo.		7634	5067	0.651	0.629	0.675	***
Land		5156	3815	0.725	0.695	0.756	***
de		26162	18534	0.695	0.682	0.708	***
fr		8937	5802	0.637	0.616	0.658	***
it		2370	1654	0.683	0.641	0.727	***

Tabelle 6: Die Inzidenzratenverhältnisse (IRR) zeigen die Differenz der Anzahl akuter kardialer Hospitalisationen im Jahr 2020 gegenüber der Anzahl im Jahr 2019.

## 28 Konsultationen beim Psychologen/Psychotherapeuten in der Psychiatrie

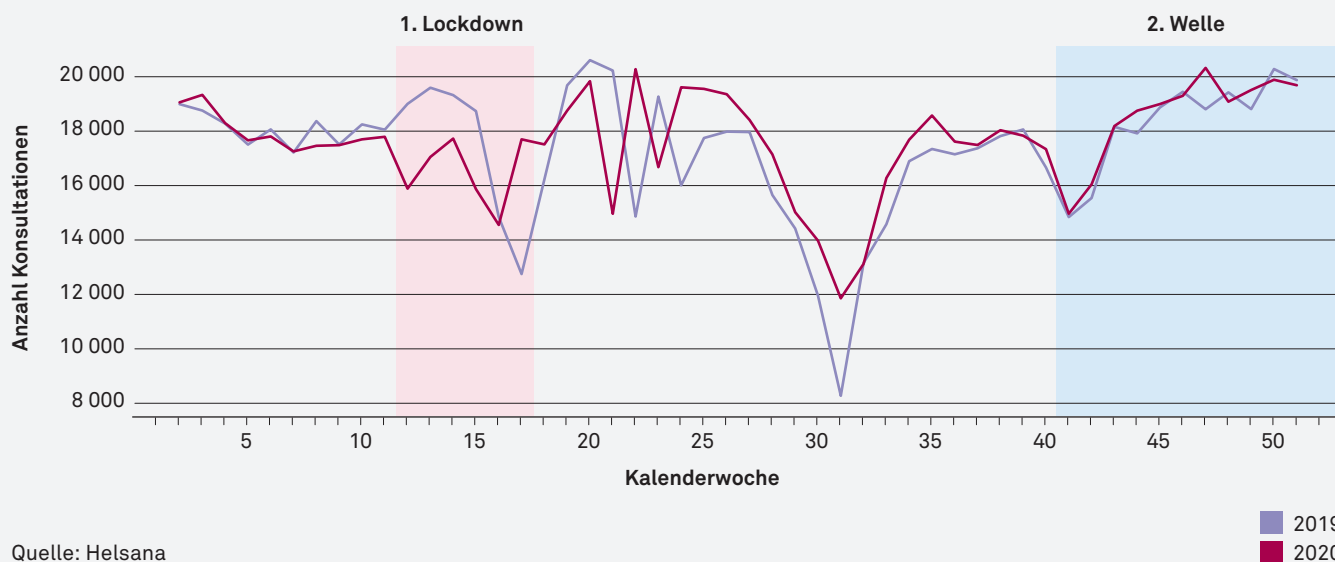


Abbildung 28: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl Konsultationen beim Psychologen/Psychotherapeuten in der Psychiatrie in den Jahren 2019 und 2020.

## 29 Psychotherapeutische Behandlungen in der Praxis

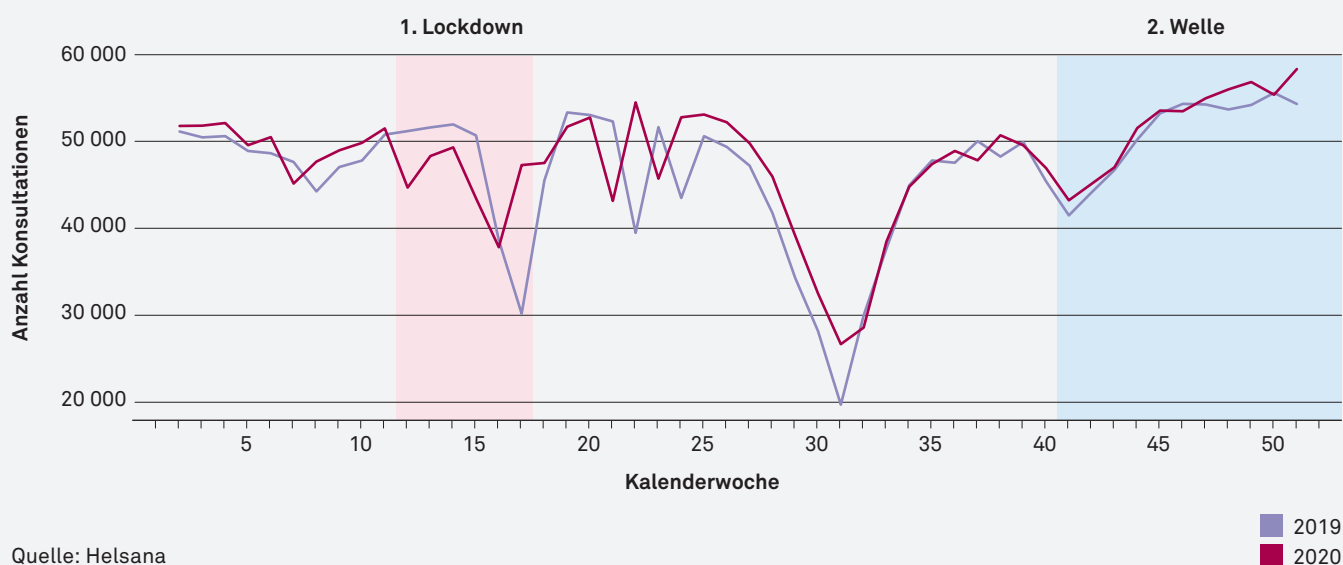


Abbildung 29: Durchschnittliche, wöchentliche Anzahl delegierter psychotherapeutischer Behandlungen in der Praxis in den Jahren 2019 und 2020.

Geschlecht	Alter	Kons 2019	Kons 2020	IRR	95%-KI		p
all	1-14	58183	62504	1.054	1.042	1.066	***
all	15-24	111055	116531	1.03	1.021	1.038	***
all	25-44	317869	317213	0.979	0.974	0.984	***
all	45-64	298872	303560	0.997	0.992	1.002	
all	65-74	50636	53947	1.045	1.033	1.058	***
all	>74	47409	47239	0.978	0.965	0.99	***
m	1-14	33720	37131	1.08	1.065	1.096	***
m	15-24	49828	50626	0.997	0.985	1.009	
m	25-44	162486	157896	0.953	0.947	0.96	***
m	45-64	143959	142298	0.97	0.963	0.977	***
m	65-74	19946	20828	1.025	1.005	1.045	*
m	>74	15489	16036	1.016	0.994	1.038	
f	1-14	24463	25373	1.018	1	1.036	.
f	15-24	61226	65905	1.056	1.045	1.068	***
f	25-44	155384	159318	1.006	0.999	1.013	.
f	45-64	154913	161262	1.021	1.014	1.028	***
f	65-74	30689	33119	1.059	1.042	1.075	***
f	>74	31920	31203	0.959	0.944	0.974	***
Stadt		632799	639181	0.991	0.988	0.994	***
Land		99560	103025	1.015	1.007	1.024	***
Agglo.		151651	158702	1.027	1.02	1.034	***

Tabelle 7: Die Inzidenzratenverhältnisse (IRR) zeigen die Differenz der Anzahl psychiatrischer Konsultationen und Kriseninterventionen (vor Ort oder telefonisch, Einzel oder Gruppe, welche in einer Klinik stattgefunden oder von dort aus getätigt wurden) im Jahr 2020 gegenüber der Anzahl im Jahr 2019.



Geschlecht	Alter	Kons 2019	Kons 2020	IRR	95%-KI		p
all	1-14	254338	242554	0.936	0.93	0.941	***
all	15-24	354977	383765	1.061	1.056	1.066	***
all	25-44	971841	990225	1	0.997	1.002	
all	45-64	697885	730853	1.027	1.024	1.031	***
all	65-74	62089	70549	1.115	1.103	1.127	***
all	>74	21715	21732	0.982	0.964	1	.
m	1-14	156648	145507	0.911	0.905	0.918	***
m	15-24	122274	121509	0.975	0.967	0.983	***
m	25-44	321252	320678	0.979	0.975	0.984	***
m	45-64	242785	250170	1.011	1.005	1.017	***
m	65-74	18095	20190	1.095	1.073	1.117	***
m	>74	5527	4658	0.842	0.81	0.876	***
f	1-14	97691	97047	0.975	0.966	0.983	***
f	15-24	232703	262256	1.106	1.1	1.112	***
f	25-44	650590	669547	1.01	1.006	1.013	***
f	45-64	455100	480684	1.036	1.032	1.04	***
f	65-74	43994	50358	1.123	1.109	1.137	***
f	>74	16189	17074	1.035	1.013	1.057	**
Stadt		1779581	1831824	1.01	1.008	1.012	***
Land		204117	213625	1.027	1.021	1.033	***
Agglo.		378259	393824	1.022	1.017	1.026	***

Tabelle 8: Die Inzidenzratenverhältnisse (IRR) zeigen die Differenz der Anzahl psychologischer Konsultationen in der Praxis (vor Ort oder Tel, Einzel oder Gruppe) im Jahr 2020 gegenüber der Anzahl im Jahr 2019.

### 30 Hepatitis-B-Impfungen bei Kleinkindern

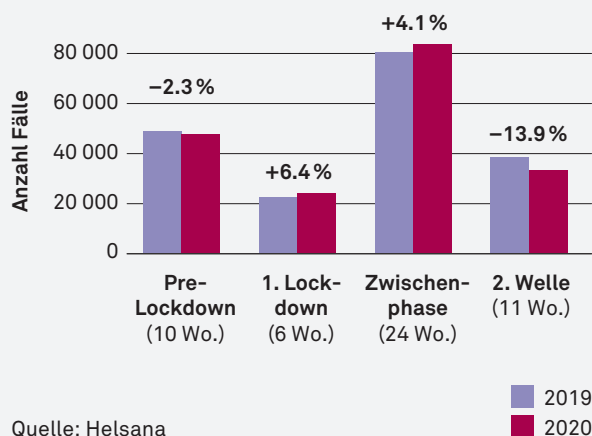


Abbildung 30: Anzahl der verabreichten Hepatitis-B-Impfungen (HBV) bei Kindern bis 2-Jährig.

### 31 Pneumokokken-Impfungen bei Kleinkindern

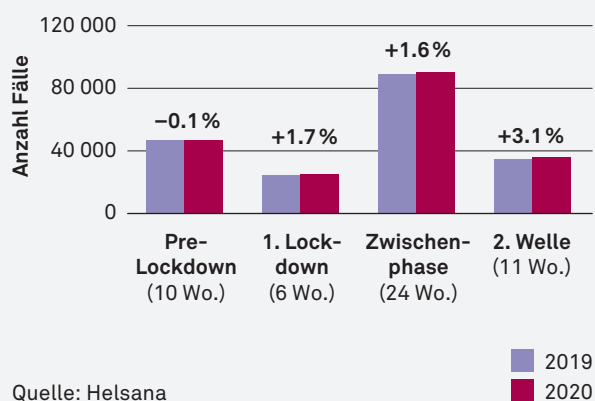


Abbildung 31: Anzahl der verabreichten Pneumokokken-Impfungen (PCV) bei Kindern bis 2-Jährig.

### 32 Prostatakrebs-Screenings (PSA-Test)

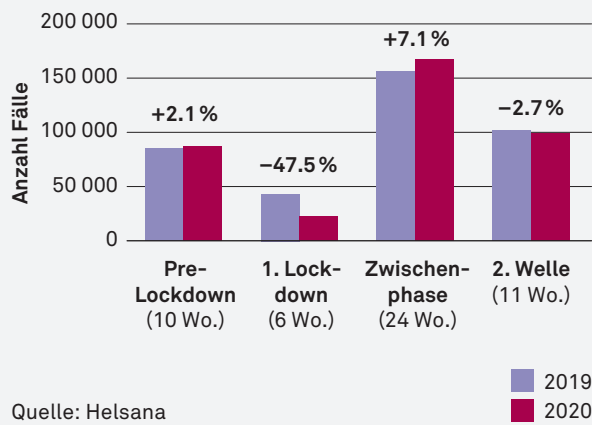


Abbildung 32: Anzahl der PSA (Prostata-spezifischen Antigen)-Tests.

# 6 Literaturverzeichnis

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Covid-19 Schweiz: Laborbestätigte Hospitalisationen. Bern.
2. Patel SY, Mehrotra A, Huskamp HA, Uscher-Pines L, Ganguli I, Barnett ML. Trends in Outpatient Care Delivery and Telemedicine During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Intern Med* 2020. doi:10.1001/jamaintern-med.2020.5928.
3. Uscher-Pines L, Sousa J, Jones M, Whaley C, Perrone C, McCullough C, Ober AJ. Telehealth Use Among Safety-Net Organizations in California During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2021. doi:10.1001/jama.2021.0282.
4. Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C. KRANKENHAUS-REPORT 2021: Versorgungsketten - der Patient im Mittelpunkt. [S.l.]: Springer; 2021.
5. Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A, Reinstadler SJ. Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *Eur Heart J*. 2020;41:1852–3. doi:10.1093/eurheartj/ehaa314.
6. Rosa S de, Spaccarotella C, Basso C, Calabrò MP, Curcio A, Filardi PP, et al. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *Eur Heart J*. 2020;41:2083–8. doi:10.1093/eurheartj/ehaa409.
7. Gluckman TJ, Wilson MA, Chiu S-T, Penny BW, Chepuri VB, Waggoner JW, Spinelli KJ. Case Rates, Treatment Approaches, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Cardiol* 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.3629.
8. Blecker S, Jones SA, Petrilli CM, Admon AJ, Weerahandi H, Francois F, Horwitz LI. Hospitalizations for Chronic Disease and Acute Conditions in the Time of COVID-19. *JAMA Intern Med* 2020. doi:10.1001/jamaintern-med.2020.3978.
9. Bhambhvani HP, Rodrigues AJ, Yu JS, Carr JB, Hayden Gephart M. Hospital Volumes of 5 Medical Emergencies in the COVID-19 Pandemic in 2 US Medical Centers. *JAMA Intern Med* 2020. doi:10.1001/jamaintern-med.2020.3982.
10. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *The Lancet*. 2020;396:381–9. doi:10.1016/S0140-6736(20)31356-8.
11. Holy EW, Jakob P, Manka R, Stähli BE, Siegrist PT, Ruschitzka F, Templin C. Impact of a nationwide COVID-19 lockdown on acute coronary syndrome referrals. *Cardiol J*. 2020;27:633–5. doi:10.5603/cj.a2020.0091.
12. Schwendener, Patrick. Brack, Thomas. Whitepaper\_3.0 zur Berechnung des finanziellen Schadens für Schweizer Spitäler und Kliniken infolge von COVID-19; 2020.
13. Dormann F, Klauber J, Kuhlen R, editors. Qualitätsmonitor 2020. 1st ed. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2020.
14. Solomon MD, Nguyen-Huynh M, Leong TK, Alexander J, Rana JS, Klingman J, Go AS. Changes in Patterns of Hospital Visits for Acute Myocardial Infarction or Ischemic Stroke During COVID-19 Surges. *JAMA* 2021. doi:10.1001/jama.2021.8414.
15. Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, Chung H, Crowcroft NS, Karnauchow T, et al. Acute Myocardial Infarction after Laboratory-Confirmed Influenza Infection. *N Engl J Med*. 2018;378:345–53. doi:10.1056/NEJ-Moa1702090.
16. Butt JH, Fosbøl EL, Gerds TA, Andersson C, Kragholm K, Biering-Sørensen T, et al. All-cause mortality and location of death in patients with established cardiovascular disease before, during, and after the COVID-19 lockdown: a Danish Nationwide Cohort Study. *Eur Heart J*. 2021;42:1516–23. doi:10.1093/eurheartj/ehab028.
17. Butt JH, Fosbøl EL, Østergaard L, Yafasova A, Andersson C, Schou M, et al. Effect of COVID-19 on First-Time Acute Stroke and Transient Ischemic Attack Admission Rates and Prognosis in Denmark: A Nationwide Cohort Study. *Circulation*. 2020;142:1227–9. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050173.

18. Clayton TC, Thompson M, Meade TW. Recent respiratory infection and risk of cardiovascular disease: case-control study through a general practice database. *Eur Heart J*. 2008;29:96–103. doi:10.1093/eurheartj/ehm516.
19. Maneck M, Günster C, Meyer H-J, Heidecke C-D, Rolle U. Influence of COVID-19 confinement measures on appendectomies in Germany-a claims data analysis of 9797 patients. *Langenbecks Arch Surg*. 2020;1–7. doi:10.1007/s00423-020-02041-4.
20. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern.
21. Huber CA, Brändle M, Rapold R, Reich O, Rosemann T. A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:223–31. doi:10.2147/PPA.S99895.
22. Wei W, Gruebner O, Wyl V von, Dressel H, Ulyte A, Brüngger B, et al. Exploring geographic variation of and influencing factors for utilization of four diabetes management measures in Swiss population using claims data. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2020;8:e001059. doi:10.1136/bmjdr-2019-001059.
23. Whaley CM, Pera MF, Cantor J, Chang J, Velasco J, Hagg HK, et al. Changes in Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3:e2024984. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.24984.
24. Lindeke-Myers A, Zhao PYC, Meyer BI, Liu EA, Levine DA, Bennett OM, et al. Patient Perceptions of SARS-CoV-2 Exposure Risk and Association With Continuity of Ophthalmic Care. *JAMA Ophthalmol* 2021. doi:10.1001/jamaophthalmol.2021.0114.
25. Kamrath C, Mönkemöller K, Biester T, Rohrer TR, Warncke K, Hammersen J, Holl RW. Ketoacidosis in Children and Adolescents With Newly Diagnosed Type 1 Diabetes During the COVID-19 Pandemic in Germany. *JAMA*. 2020;324:801–4. doi:10.1001/jama.2020.13445.
26. Lawrence NR, Natarajan A, Petkar R, Joseph L. Impact of COVID 19 National Lockdown on Glycaemic Control in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes (T1DM): A Retrospective Review at a Large UK Teaching Hospital. *Journal of the Endocrine Society*. 2021;5:A344–A344. doi:10.1210/jendso/bvab048.701.
27. Patel SY, McCoy RG, Barnett ML, Shah ND, Mehrotra A. Diabetes Care and Glycemic Control During the COVID-19 Pandemic in the United States. *JAMA Intern Med* 2021. doi:10.1001/jamainternmed.2021.3047.
28. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG). COVID-19 Social Monitor: Zeitnahes Monitoring der Auswirkungen der COVID-19-Krise auf die Gesundheit und das Leben der Bevölkerung. Winterthur.
29. McGinty EE, Presskreischer R, Anderson KE, Han H, Barry CL. Psychological Distress and COVID-19-Related Stressors Reported in a Longitudinal Cohort of US Adults in April and July 2020. *JAMA*. 2020;324:2555–7. doi:10.1001/jama.2020.21231.
30. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, et al. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;2:100020. doi:10.1016/j.lanepe.2020.100020.
31. Williams R, Jenkins DA, Ashcroft DM, Brown B, Campbell S, Carr MJ, et al. Diagnosis of physical and mental health conditions in primary care during the COVID-19 pandemic: a retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 2020;5:e543–e550. doi:10.1016/S2468-2667(20)30201-2.
32. Stephenson J. Children and Teens Struggling with Mental Health During COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum*. 2021;2:e211701. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.1701.
33. Schutz K, Zehnder S. TARMED-Volumen pro Patient seit Jahren stabil. *Schweiz Ärztztg* 2021. doi:10.4414/saez.2021.19836.
34. Rota F, Traber R, Lchaire C, Seifritz E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie. *Schweiz Ärztztg* 2021. doi:10.4414/saez.2021.19728.
35. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg*. 2020;107:1440–9. doi:10.1002/bjs.11746.
36. O'Leary ST, Trefren L, Roth H, Moss A, Severson R, Kempe A. Number of Childhood and Adolescent Vaccinations Administered Before and After the COVID-19 Outbreak in Colorado. *JAMA Pediatr* 2020. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.4733.
37. Stephenson J. After Sharp Decline in Routine Childhood Immunizations During COVID-19, CDC Urges “Catch-up” Shots to Avert Outbreaks. *JAMA Health Forum*. 2021;2:e212093. doi:10.1001/jamahealthforum.2021.2093.
38. Bundesamt für Gesundheit [Federal Office of Public Health]. Bulletin 16/2021. Bern; 2021.

39. Bähler C, Brüngger B, Ulyte A, Schwenkglenks M, Wyl V von, Dressel H, et al. Temporal trends and regional disparities in cancer screening utilization: an observational Swiss claims-based study. *BMC Public Health* 2021. doi:10.1186/s12889-020-10079-8.
40. Ulyte A, Wei W, Dressel H, Gruebner O, Wyl V von, Bähler C, et al. Variation of colorectal, breast and prostate cancer screening activity in Switzerland: Influence of insurance, policy and guidelines. *PLoS One*. 2020;15:e0231409. doi:10.1371/journal.pone.0231409.
41. Chen RC, Haynes K, Du S, Barron J, Katz AJ. Association of Cancer Screening Deficit in the United States With the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol* 2021. doi:10.1001/jamaoncol.2021.0884.
42. Abdihamid O, Cai C, Kapesa L, Zeng S. The Landscape of COVID-19 in Cancer Patients: Prevalence, Impacts, and Recommendations. *Cancer Manag Res*. 2020;12:8923–33. doi:10.2147/CMAR.S272008.
43. Kaufman HW, Chen Z, Niles J, Fesko Y. Changes in the Number of US Patients With Newly Identified Cancer Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3:e2017267. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17267.
44. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087. doi:10.1136/bmj.m4087.
45. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The lancet oncology*. 2020;21:1023–34. doi:10.1016/S1470-2045(20)30388-0.
46. Bakouny Z, Paciotti M, Schmidt AL, Lipsitz SR, Choueiri TK, Trinh Q-D. Cancer Screening Tests and Cancer Diagnoses During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol* 2021. doi:10.1001/jamaoncol.2020.7600.
47. Jaklevic MC. Pandemic Spotlights In-home Colon Cancer Screening Tests. *JAMA* 2020. doi:10.1001/jama.2020.22466.
48. Issaka RB, Taylor P, Baxi A, Inadomi JM, Ramsey SD, Roth J. Model-Based Estimation of Colorectal Cancer Screening and Outcomes During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2021;4:e216454. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.6454.

**Mit unserem Engagement  
setzen wir uns nachhaltig  
für die Gesellschaft ein.**

**Helsana-Gruppe**

Postfach  
8081 Zürich  
helsana.ch

Zur Helsana-Gruppe gehören Helsana Versicherungen AG, Helsana Zusatzversicherungen AG,  
Helsana Unfall AG und Progrès Versicherungen AG.