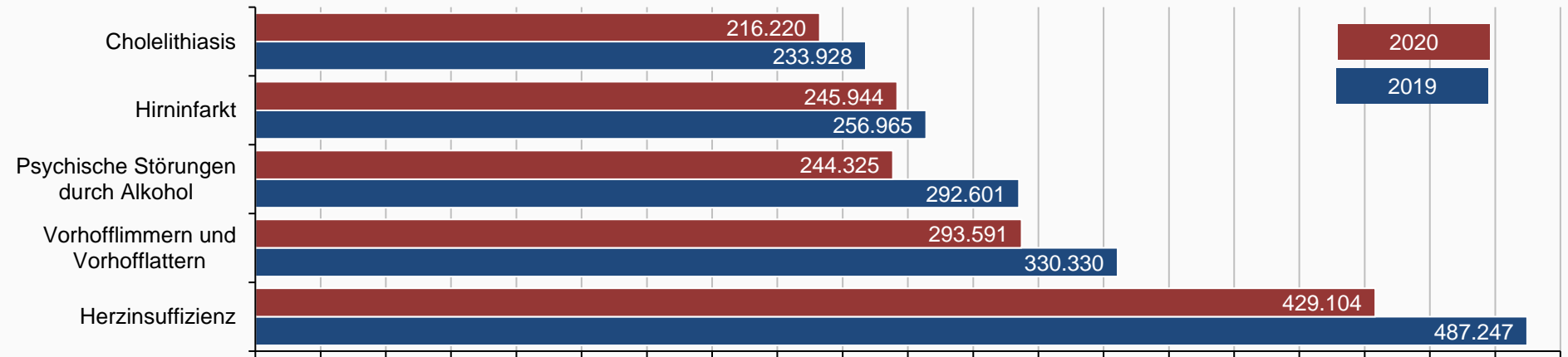
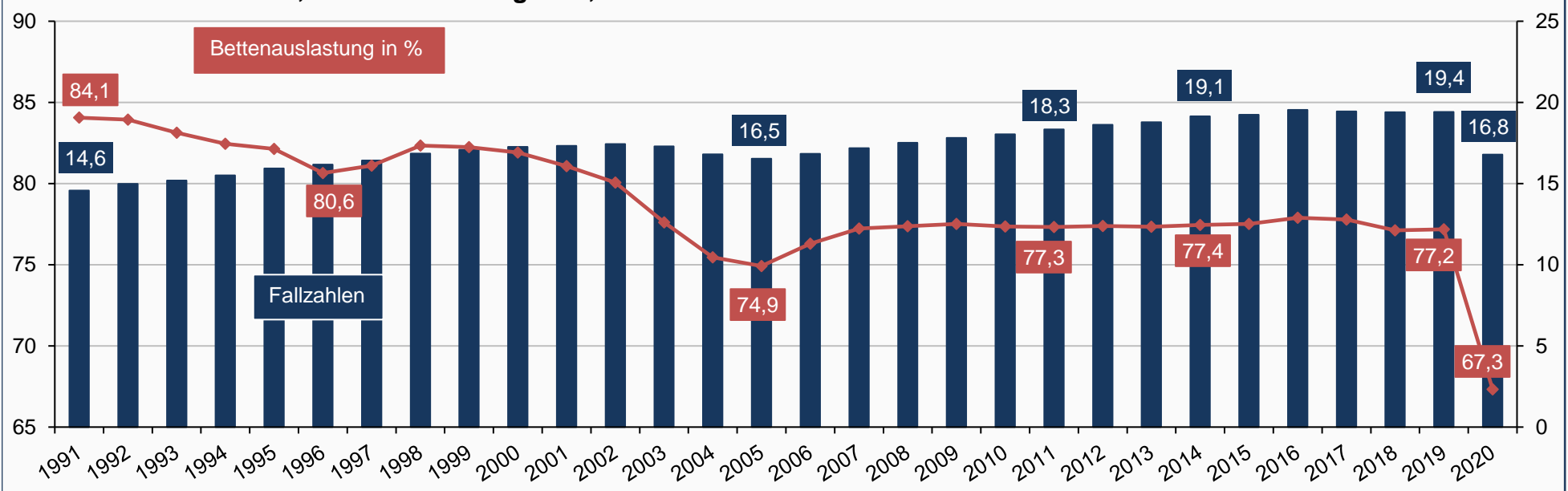


# Krankenhäuser in der Corona-Pandemie: Starker Rückgang der stationären Behandlungsfälle



■ Entwicklung des Krankenhausgeschehens im Zeitverlauf 1991 - 2020  
 Fallzahlen in Mio.; Bettenauslastung in %; Krankheitsarten nach der ICD-10



Quelle: Statistisches Bundesamt (2022), GENESIS-online Datenbank; Fachserie 12 Reihe 6.1.1



## Krankenhäuser in der Corona-Pandemie: Starker Rückgang der stationären Behandlungsfälle

### Kurz gefasst

- Bei den Fallzahlen der Patient\*innen, die eine Krankenhausversorgung in Anspruch genommen haben, ist ein massiver Rückgang während der Corona-Pandemie zu erkennen. Das spiegelt sich auch in der Bettenauslastung wider.
- Die absoluten Zahlen sanken von 19,4 Mio. Fällen im Jahr 2019 auf 16,8 Mio. Fälle im Jahr 2020. Auch die Bettenauslastung ging um ca. 10 Prozentpunkte von 77,2 % im Jahr 2019 auf 67,3 % im Jahr 2020 zurück.
- Die häufigsten Hauptdiagnosen, auf Grund derer die Patienten im Krankenhaus behandelt worden sind, zeigen, dass der Rückgang der Fallzahlen nicht nur auf einzelne Krankheitsarten zurückzuführen ist, sondern alle Krankheitsarten weniger häufig behandelt worden sind.
- Besonders deutlich sanken die Zahlen in medizinischen Fachgebieten, in denen nicht dringend erforderliche Behandlungen ausgesetzt werden konnten, um Klinikkapazitäten freizuhalten. Insbesondere sind viele planbare Operationen auf Grund der Corona-Beschränkungen verschoben worden. Die Zahl der Operationen ging im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um 9,7 % auf 6,4 Mio. zurück.
- Zugleich wurden auch, besonders auf psychiatrischen Stationen, die maximalen Kapazitäten reduziert, sodass insgesamt weniger Patient\*innen aufgenommen werden konnten bzw. durften.
- Angesichts der verbreiteten Sorge, an COVID-19 zu erkranken, ist auch die Zahl der Besuche bei niedergelassenen Ärzt\*innen zurückgegangen. Zu vermuten ist, dass durch die gleichzeitige Verringerung der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen insgesamt weniger Krankheitsfälle diagnostiziert worden sind, die eine Krankenhausbehandlung notwendig machen.
- Es ist zu befürchten, dass diese Reduzierung der Fallzahlen mit einer Art Tsunami-Effekt einhergeht: Die während der Corona-Pandemie nicht erfolgten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und die Reduzierung der durchgeführten Operationen und stationären Behandlungen können zu einem starken Anstieg der Krankenhausfälle in den nachfolgenden Jahren führen.
- Trotz der Milliarden-Zuschüsse, die die Krankenhäuser vom Bund erhalten haben, um die Pandemie-bedingten Belastungen auszugleichen, stecken viele Krankenhäuser aktuell in roten Zahlen. Eine Reform der Krankenhausversorgung und zugleich -finanzierung erweist sich als unabdingbar. Die Koalitionsvereinbarung benennt allerdings keine konkreten Maßnahmen.

## Hintergrund

Die in der Abbildung dargestellten Eckdaten der Krankenhausversorgung lassen erkennen, dass die absoluten Fallzahlen in der Tendenz zwischen 1991 und 2019 kontinuierlich angestiegen sind. Während im Jahr 1991 noch 14,6 Mio. Fälle in einem Krankenhaus behandelt wurden, ist die Fallzahl im Jahr 2019 auf rund 19,4 Mio. angewachsen. Dies entspricht 2.327 Fälle je 10.000 Einwohner; gegenüber 1.822 Fälle je 10.000 Einwohner im Jahr 1991 (vgl. [Abbildung VI.32](#)).

Der Ausbruch der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 markiert jedoch einen Richtungswechsel: Abrupt zeigen sich massive Einbrüche der Fallzahlen und Bettenauslastungen. Im Jahr 2020 ist das Krankenhausgeschehen auf lediglich 16,8 Mio. Fälle zurückgegangen. Im Verhältnis zur Bevölkerung entspricht das einer Relation von 2.020 Fällen je 10.000 Einwohner gegenüber 2.327 Fälle je 10.000 Einwohner im Jahr 2019. Der Rückgang liegt damit bei knapp 13%.

Die Bettenauslastung weist seit 1991 einen eher gleichmäßigen Verlauf auf. Bis zum Jahr 2005 zeigt sich ein leichter Rückgang von 84,1% (1991) auf 74,9% (2005). Anschließend steigt die Auslastung etwas an und verweilt seit 2007 bei ca. 77%. Im ersten Pandemie-Jahr sinkt dann aber die Auslastung erheblich um 10 Prozentpunkte auf 67,3%.

Der bis dato gegenläufige Trend von Fallzahlen und Bettenquoten lässt sich durch die stark sinkende Verweildauer erklären. Die durchschnittliche Verweildauer je Fall liegt im Jahr 2020 nur noch bei 7,2 Tagen – gegenüber 14 Tagen im Jahr 1991 (vgl. [Abbildung VI.32](#)). Dies ist gleichbedeutend mit einem Rückgang von knapp 50 %. Die sinkende Verweildauer ist zu einem Teil Folge neuer diagnostischer, therapeutischer und operativer Verfahren. Von grundlegender Bedeutung für den Entwicklungstrend in der Krankenhausversorgung sind darüber hinaus aber auch die Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung durch die Einführung von Fallpauschalen, deren Höhe unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten ist. Da allein der Fall honoriert wird, gibt es einen starken ökonomischen Anreiz, die Pflegetage zu begrenzen.

Beim Vergleich der Hauptdiagnosen von Krankenhauspatienten\*innen im Jahr 2019 und 2020 fällt auf, dass sämtliche Hauptdiagnosen deutlich weniger Fallzahlen für das von Corona geprägte Krisenjahr 2020 aufweisen (siehe Abbildung unten). So sank die Anzahl der Patient\*innen, die unter einer Herzinsuffizienz litten, von knapp 490 Tausend (2019) auf unter 430 Tausend (2020). Auch psychische Erkrankungen, von denen die höchste Fallzahl durch Alkoholmissbrauch entsteht, sanken stark. Waren es 2019 noch fast 300 Tausend Personen, die aufgrund von psychischer Störung aufgrund von Alkohol behandelt wurden, haben sich 2020 nur noch etwas mehr als 244 Tausend Menschen mit diesem Krankheitsbild in Krankenhausbehandlung befunden. Auch weitere häufige Krankheitsarten, wie zum Beispiel ein Hirninfarkt („Schlaganfall“) oder Cholelithiasis („Gallensteine“) wiesen 2020 verringerte Fallzahlen auf. Ein derartiger Rückgang lässt sich auch für sämtliche Krebsarten erkennen.

## **Einfluss der Corona-Pandemie auf die Krankenhausversorgungszahlen**

Die sinkenden Fallzahlen und Bettenauslastung sowie der sich über alle Krankheitsarten erstreckende Rückgang der vergebenen Diagnosen sind im Wesentlichen auf die Corona-Pandemie und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem bzw. das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zurückzuführen. Mit dem Beginn der Pandemie im März 2020 wurde das gesellschaftliche Leben in Form der sogenannten Lockdowns drastisch heruntergefahren, um so die Ausbreitung von COVID-19 soweit wie möglich zu unterbinden und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Dazu gehörten auch Maßnahmen, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung betrafen. So wurden bspw. alle planbaren Operationen verschoben oder abgesagt, damit die vorhandenen Kapazitäten gegebenenfalls zur Bewältigung der Corona Fälle dienen konnten. Dies führt unweigerlich dazu, dass sich die Fallzahlen reduzierten und die Bettenauslastung sank.

Da sich auch die Anzahl der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen reduziert hat, wurden in der Folge auch weniger Krankheiten entdeckt und entsprechend auch nicht in einem Krankenhaus versorgt. In Kombination mit den anderen Faktoren führt dies in der Summe dazu, dass deutlich weniger Krankenhausaufenthalte stattgefunden haben und durch die Reduzierung der Kapazitäten auch die Bettenauslastung stark gesunken ist.

Es ist zu befürchten, dass die Reduzierung der Fallzahlen mit einer Art Tsunami-Effekt einhergeht: Die Rückgänge können zu einem starken Anstieg der Fälle in den nachfolgenden Jahren führen. Denn nur weil weniger Untersuchungen und Behandlungen – im ambulanten wie stationären Sektor – stattgefunden haben, bedeutet dies nicht, dass sich auch die Erkrankungen reduziert haben.

## **Struktur der Krankenhausversorgung**

In der gesundheitlichen Versorgung kommt den Krankenhäusern eine zentrale Bedeutung zu. Bei schweren Erkrankungen oder Verletzungen oder bei Erkrankungen mit einer aufwändigen Spezialbehandlung müssen die Patient\*innen stationär behandelt und versorgt werden. In Krankenhäusern werden gebündelt ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung bereitgestellt. Das Krankenhaus ist zugleich der wichtigste Ort der Anwendung und Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts in Diagnose und Therapie. Es ist für viele Menschen aber auch die letzte Station vor dem Tod; nahezu die Hälfte aller Sterbefälle findet im Krankenhaus statt.

Krankenhäuser sind heute große Dienstleistungsunternehmen mit zumeist mehreren hundert Beschäftigten und Millionenumsätzen. Im Gesundheitswesen kommt ihnen eine zentrale Funktion zu, mehr als ein Viertel (25,9 %) der gesamten Gesundheitsausgaben des Jahres 2020 entfällt auf den Krankenhausesektor, von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen die Krankenhäuser fast ein Drittel (31 %) (vgl. im Überblick [Tabelle VI.16](#)). Krankenhäuser arbeiten sehr personalintensiv, etwa 1,3 Mio. Personen (umgerechnet in Vollzeitäquivalente ca.

952 Tausend) sind hier beschäftigt (vgl. [Abbildung VI.34](#) und [Abbildung VI.32c](#)). Entsprechend machen die Personalkosten einen großen Teil der Gesamtkosten der Einrichtungen aus.

Der Rückgang von Bettenzahlen und Bettenquoten (je 10.000 Einwohner) wird begleitet durch einen Konzentrations- und Privatisierungstrend bei den Einrichtungen. Die Zahl der Krankenhäuser ist zwischen 1992 und 2020 um 478 gesunken (von 2.381 auf 1.903), das entspricht einem Rückgang von 20,1 %. Zunehmend gewinnen dabei privatwirtschaftliche Einrichtungen an Gewicht. Im Jahr 2020 wurden mehr als ein Drittel (38,5 %) der Häuser privatwirtschaftlich betrieben (1992 nur 15,5 %), in Betten gezählt ist das ein Anteil von 19,9 % (vgl. [Abbildung VI.32b](#)).

Angesichts des demografischen Wandels (Zunahme von Zahl und Anteil der älteren Menschen, insbesondere der Hochaltrigen), der Umbrüche in den Lebensformen (Zunahme von Ein-Personen-Haushalten) und der Veränderungen im Krankheitsspektrum ist davon auszugehen, dass die Krankenhaufälle auch in Zukunft wieder steigen werden. Ob und unter welchen Bedingungen dabei ein weiterer Rückgang der Verweildauer gesundheitspolitisch erwünscht und ökonomisch sinnvoll ist, bedarf jedoch einer genauen Überprüfung. Das Risiko einer Fehlsteuerung hängt entscheidend von der Ausgestaltung und Höhe der Fallpauschalen ab. Kommt es allein oder vorrangig aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu einer vorzeitigen Entlassung, die aber medizinisch fragwürdig ist, kann eine solche Praxis im Endeffekt zu Mehrkosten führen. Denn den Einsparungen bei der stationären Versorgung sind die Mehrausgaben bei der ambulanten Behandlung und bei der häuslichen Krankenpflege gegenüberzustellen. Erhebliche Mehrausgaben können auch durch eine erneute Krankenhauseinweisung („Drehtüreffekt“) entstehen.

Auf die Anzahl der Betten insgesamt oder die durchschnittliche Verweildauer hatte die COVID-19-Pandemie keinen nennenswerten Einfluss (vgl. [Abbildung VI.32](#)).

## **Methodische Hinweise**

Die Daten entstammen der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes bzw. dem Genesis-Datenportal. Die Krankenhäuser übermitteln ihre Daten an die statistischen Ämter, welche dann von diesen aufbereitet werden.

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden statistisch gesondert erfasst und sind hier nicht abgebildet.

Die Zahl der Krankenhauspatient\*innen ist nicht mit der Zahl der Krankenhaufälle identisch, da mehrere Krankenhausaufenthalte einer Person als unterschiedliche Fälle registriert werden.

### **Thema des Monats Juni 2022 – Kontakt:**

Philip Sommer | Institut Arbeit und Qualifikation | Forsthausweg 2 | 47057 Duisburg | [philip.sommer@uni-due.de](mailto:philip.sommer@uni-due.de)