Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technische Universität Berlin

Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis September 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

8. Februar 2021

Impressum

Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1–3 | 45128 Essen, Germany

Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201–81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Dr. Stefan Rumpf (administrativer Vorstand)

© RWI 2021

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph M. Schmidt

Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise – Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis September 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

8. Februar 2021

Projektteam

Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI/Leiter), Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin/Leiter), Alexander Haering (RWI), Dr. Ulrike Nimptsch (TU Berlin), Dr. Adam Pilny (RWI) und Anna Werbeck (RWI)

Das Projektteam dankt Claudia Lohkamp für die Unterstützung bei der Erstellung dieses Berichtes.

Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technische Universität Berlin

Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis September 2020

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

8. Februar 2021

Inhaltsverzeichnis

I. Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen 4
Abstract 4
Einleitung....6
I.1 Methodik....6
I.2 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen 8
I.3 Folgen der Freihaltepauschale auf die Erlössituation – Ergebnisse insgesamt 11
I.4 Folgen der Freihaltepauschale auf die Erlössituation – Ergebnisse für Krankenhauskategorien 14
I.1.4 Somatische Krankenhäuser.... 14
I.2.4 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 17
II. Evaluation der Veränderungen der Fallzahlen hinsichtlich der betroffenen Patienten und der medizinischen Wirkungen 20
II.1 Ergebnisse im Überblick.... 20
II.2 Ausgewählte Ergebnisse nach Behandlungsgruppen im Verlauf 22
II.1.2 Methode 22
II.2.2 Ergebnisse 23
II.2.2.1 Behandlungsfallzahlen insgesamt.... 23
II.2.2.2 Akute Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19.... 24
II.2.2.3 Weitere, nicht planbare Behandlungen.... 28
II.2.2.4 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung.... 34
II.2.2.5 Typische planbare Operationen.... 36
II.2.2.6 Ambulant-sensitive Behandlungen.... 38
II.3 Übersterblichkeit 42
II.4 Fazit.... 42
Anhang 44

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

Tabelle 1 Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser.... 10
Tabelle 2 Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Szenario „keine Auszahlung einer Freihaltepauschale“ in Mio. Euro 11
Tabelle 3 Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Szenario „Kalkulierte Freihaltepauschalen mit Fehltagen aus InEK-Daten“ in Mio. Euro 12
Tabelle 4 Erlösänderungen - Gesamte Stichprobe - Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“ in Mio. Euro 13
Tabelle 5 Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Sensitivitätsanalyse in Mio. Euro.... 13
Tabelle 6 Stationäre Behandlungsfälle.... 23
Tabelle 7 Akute Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19.... 25
Tabelle 8 Weitere, nicht planbare Behandlungen 33
Tabelle 9 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung 34

Tabelle 10 Typische planbare Operationen 37
Tabelle 11 Ambulant-sensitive Behandlungen 39
Tabelle A 1 Änderungsraten von Kennzahlen der somatischen Krankenhäuser (DRG) nach verschiedenen Krankenhauskategorien 44
Tabelle A 2 Änderungsraten von Kennzahlen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser (PSY) nach verschiedenen Krankenhauskategorien 46
Tabelle A 3 Erlösänderungen der somatischen Krankenhäuser (DRG) nach verschiedenen Krankenhauskategorien – Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“ 47
Tabelle A 4 Erlösänderungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser (PSY) nach verschiedenen Krankenhauskategorien – Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“ 49
Tabelle A 5 Falldefinitionen 50

Schaubild 1 Durchschnittliche Anzahl Patienten nach Jahren und Kalenderwochen 9
Schaubild 2 Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation nach Jahren und Kalenderwoche 9
Schaubild 3 Änderung der durchschnittlichen Nettoerlöse in somatischen Kliniken 15
Schaubild 4 Anteil Häuser mit erwartetem Erlöszuwachs bei somatischen Kliniken 16
Schaubild 5 Änderung der durchschnittlichen Bruttoerlöse in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken 17
Schaubild 6 Anteil Häuser mit erwartetem Erlöszuwachs bei psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken 19
Schaubild 7 Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme 23
Schaubild 8 Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme und Altersgruppen 24
Schaubild 9 Anzahl Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach KW der Aufnahme 2020: Beatmung und ECMO 26
Schaubild 10 Anzahl Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach KW der Aufnahme 2020: Intensivmedizinische Versorgung 26
Schaubild 11 Anteil Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach Bettengröße 2020: Intensivmedizinische Versorgung und Anteil Betten 27
Schaubild 12 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Lungenentzündung nach KW der Aufnahme 27
Schaubild 13 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose akute Atemwegserkrankung nach KW der Aufnahme 27
Schaubild 14 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt nach KW der Aufnahme 29
Schaubild 15 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall nach KW der Aufnahme 29
Schaubild 16 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose transitorische ischämische Attacke nach KW der Aufnahme 30
Schaubild 17 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Hüftgelenknahe Fraktur nach KW der Aufnahme 31
Schaubild 18 Notfallbehandlungen (Aufnahmeanlass N) bei Kindern nach KW der Aufnahme 31
Schaubild 19 Entbindungen nach KW der Aufnahme 32
Schaubild 20 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Sepsis nach KW der Aufnahme 32
Schaubild 21 Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme 35
Schaubild 22 Anzahl Behandlungsfälle mit Magen-, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme 35

Schaubild 23 Anzahl Behandlungsfälle mit Mammaresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme 36
Schaubild 24 Anzahl Behandlungsfälle mit Hüft- oder Knieprothesenerstimplantation nach KW der Aufnahme 37
Schaubild 25 Anzahl Behandlungsfälle mit Gallenblasenentfernung oder Herniotomie nach KW der Aufnahme 38
Schaubild 26 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Asthma nach KW der Aufnahme 40
Schaubild 27 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Chronische obstruktive Lungenerkrankung nach KW der Aufnahme 40
Schaubild 28 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus nach KW der Aufnahme 41
Schaubild 29 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz nach KW der Aufnahme 41
Schaubild 30 Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Bluthochdruck nach KW der Aufnahme 42

I. Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen

Abstract

Dieser Bericht untersucht die Folgen der Covid-19-Pandemie auf die Erlöse und das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. September 2020 unter Berücksichtigung der seit dem 16. März 2020 geltenden Freihaltepauschale. Der erste Bericht vom 17. August 2020 bezog sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Mai 2020. Die Analysen im vorliegenden Bericht basieren auf krankenhausindividuellen Struktur- und Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Monate Januar bis September der Jahre 2018 bis 2020. Insgesamt wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 27. Oktober 2020 rund 9 Mrd. Euro für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser in Form von Freihaltepauschalen ausgezahlt.[1] Bis zum 12. Juli 2020 wurde eine einheitliche Freihaltepauschale von 560 Euro je gegenüber 2019 zusätzlich freiem Bett und Tag („Fehltage“) ausgezahlt, die ab dem 13. Juli 2020 durch gestaffelte Pauschalen ersetzt wurden (360, 460, 560, 660 oder 760 Euro).[2] Nach unseren Berechnungen entfielen seit dem 16. März etwa 7,2 Mrd. Euro (80%) Freihaltepauschalen auf die somatischen Kliniken und rund 1,8 Mrd. Euro (20%) auf die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Zur Abschätzung der Erlösänderungen der Krankenhäuser treffen wir folgende Annahmen: Aufgrund von teilweise vorhandenen Unstimmigkeiten in den von den Krankenhäusern an das InEK gemeldeten Entgelten je Fall schreiben wir die Entgelte des Zeitraums Januar bis September 2019 mit den Änderungsraten des CMI bzw. DMI von 2019 auf 2020 fort. Um eine Vergleichbarkeit der Erlöse über die Jahre zu gewährleisten, berücksichtigen wir eine Preissteigerung von 2019 auf 2020 von +3,4%. Bei der Berechnung der Erlöse berücksichtigen wir pauschal die Pflegepersonalkosten, sonstige Erlöse und variable Sachkosten und bestimmen auf Krankenhausebene über die berechneten Fehltage in der Belegung zwischen 2020 und 2019 die Summe der Freihaltepauschalen. Bei den Freihaltepauschalen differenzieren wir tagesgenau zwischen beiden Regimen, d.h. der einheitlichen Freihaltepauschale bis zum 12. Juli 2020 und der gestaffelten Freihaltepauschale ab dem 13. Juli 2020.

Wir beobachten im Jahr 2020 einen CMI-Anstieg um +4,1%. Gleichzeitig sinkt aber das Casemixvolumen um 8,4%. Der DMI steigt um +1,5%, während das Daymixvolumen um 12,0% zurückgegangen ist. Die Verweildauer ist bei den somatischen Krankenhäusern um +0,6% gestiegen, was mit dem höheren CMI zusammenhängen kann. Bei den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist sie dagegen um 2,6% gesunken. Die Auslastung ist in beiden Bereichen in einem ähnlichen Umfang zwischen zehn und 13 Prozentpunkte gesunken.

Bei den somatischen Krankenhäusern beträgt die durchschnittliche (Netto-)Erlösänderung[3] über alle Krankenhäuser hinweg +2,4% und bei den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken +14,4%. Diese Werte variieren nach Art des Krankenhauses. Differenziert nach Bettengröße gehen die Erlösänderungen mit zunehmender Größe der Krankenhäuser zurück. In Bezug auf die Fallschwere der behandelten Patienten zeigt sich, dass Erlöszuwächse geringer ausfallen oder

[1] Im Oktober 2020 hat das BAS nachgelagerte Auszahlungen in Höhe von über 200 Mio. Euro getätigt. Diese wurden bei der Auszahlungssumme von 9 Mrd. Euro berücksichtigt.

[2] Details finden sich in der Verordnung zur Änderung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2.

[3] Unter Berücksichtigung von eingesparten variablen Sachkosten.

sogar Erlösrückgänge eintreten je höher der CMI bzw. die Kennzahl CMI/VD des Krankenhauses ist.

In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein heterogenes Bild. Kleinere Krankenhäuser weisen höhere und größere Krankenhäuser ab 250 Betten geringere Erlöszuwächse auf. Eine Ausnahme bilden Krankenhäuser ab 500 Betten, die überdurchschnittliche Erlöszuwächse aufweisen. Große Variation bei den Erlösänderungen findet sich bei der Analyse nach DMI-Klassen. Krankenhäuser mit einem DMI unter 1,0 weisen überdurchschnittlich hohe Erlöszuwächse auf. Mit steigendem DMI beobachten wir immer kleinere Erlöszuwächse.

Einleitung

Die Covid-19-Pandemie hat die deutsche Krankenhauslandschaft im Frühjahr 2020 vor eine völlig neue Herausforderung gestellt. Aufgrund der Unsicherheit im Hinblick auf die Zahl der zu erwartenden Covid-19-Fälle ab Mitte März haben die Krankenhäuser ihre Kapazitäten für diese potenziellen Fälle freigehalten und Intensivkapazitäten ausgebaut. Das hätte für die Klinikbetreiber Erlöseinbußen bei nur geringfügig sinkenden Kosten zur Folge gehabt. Um einer damit absehbaren finanziellen Schieflage der Krankenhäuser entgegenzusteuern, entschied sich der Gesetzgeber zu einem umfangreichen Unterstützungspaket für die Krankenhäuser. Zwischen dem 16. März 2020 und dem 12. Juli 2020 wurde gemäß COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz für jedes gegenüber 2019 zusätzlich freie Bett eine Pauschale von 560 Euro pro Tag gezahlt („Freihaltepauschale“).[4] Zwischen dem 13. Juli 2020 und dem 30. September 2020 wurde die Pauschale für nach DRG abrechnende Krankenhäuser in fünf Kategorien (360, 460, 560, 660 und 760 Euro) differenziert, während die psychiatrischen Krankenhäuser 280 Euro pro Tag erhielten. Ziel dieser Analyse ist es, (i) die Folgen der Freihaltepauschale auf die **Erlössituation** der Krankenhäuser und (ii) die Folgen der Corona-Krise auf das **Leistungsgeschehen** der Krankenhäuser für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. September 2020 zu untersuchen.

Hierzu werden Daten des InEK aus einer unterjährigen Datenlieferung ausgewertet.[5] Das InEK hat hierzu Struktur- und Leistungsdaten der somatischen Krankenhäuser sowie der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bereitgestellt. Der Beobachtungszeitraum umfasst für die Jahre 2018, 2019 und 2020 jeweils die Kalenderwochen vom 1. Januar bis 30. September.[6] Alle Jahre sind nach dem aG-DRG-System 2020 gruppiert. Der Casemix deckt also nicht mehr die Pflegepersonalkosten ab – auch rückwirkend für die Jahre 2019 und 2018. Kostendaten liegen nicht vor. Zur Bestimmung der Erlöse aus Krankenhausbehandlung greifen wir auf den krankenhausindividuellen Mittelwert des Entgeltbetrags je Fall zurück. Eine feinere Differenzierung der Entgeltdaten – u.a. nach Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen – ist auf Grundlage der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

I.1 Methodik

Die Struktur- und Leistungsdaten wurden vom InEK auf Krankenhausebene für drei Jahre (2018 bis 2020) bereitgestellt. Im ersten Schritt wurden im Rahmen dieser Arbeit die Daten auf Ausreißer hin untersucht und erkennbare Ausreißer wurden bereinigt. Kliniken, für die (i) keine Informationen zu den untersuchten Kennzahlen (z.B. Betten und Entgelte) vorlagen oder (ii) weniger als 10 Betten vorhalten, hierunter fallen Tageskliniken und kleine Spezialkliniken (bspw. Augenkliniken), wurden entfernt. Anschließend wurden die Kennzahlen für Betten und Entgelte auf Plausibilität geprüft – zum Beispiel durch einen Vergleich mit den Werten aus den anderen Datenjahren. In den Fällen, in denen diese Kennzahlen in einem Jahr unplausible Werte aufwiesen, wurden sie imputiert, das heißt manuell gemäß der Vor- bzw. Folgejahreswerte angepasst.

Die von den Krankenhäusern an das InEK gemeldeten Entgelte je Fall wiesen teilweise Unstimmigkeiten auf, die mit anderen Kennzahlen – wie dem CMI – nicht in Einklang zu bringen waren.

---

[4] *Der Ausgleich wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.*

[5] *Mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I, Nr. 23 vom 22.05.2020, S. 1 018) wurde in § 24 KHG eine Verpflichtung zur unterjährigen Lieferung von Daten gem. § 21 KHEntgG eingefügt.*

[6] *Einige Kennzahlen liegen ganzjährig für Januar bis Dezember vor.*

Beispielsweise entwickelten sich die von den Krankenhäusern gemeldeten Entgelte über die Zeit völlig anders, als es die Fallschwere der behandelten Patienten nahelegen würde. Um systematische Verzerrungen bei den Entgelten je Fall zu vermeiden und eine umfangreiche Stichprobe zu gewährleisten, wurden die Entgelte von 2019 auf 2020 für alle Krankenhäuser mit der krankenhausindividuellen Änderungsrate des CMI bzw. des DMI fortgeschrieben. Dieses Vorgehen ermöglicht außerdem eine Aussage darüber, wie sich die Erlössituation ceteris paribus eingestellt hätte, wenn die Fallschwere 2020 nicht gestiegen wäre. Ausreißer, die für alle Jahre unerklärliche Werte aufwiesen, wurden vollständig entfernt.

Die Preissteigerungen bei den Entgelten je Fall von 2019 auf 2020 wurden herausgerechnet, um eine Vergleichbarkeit der finanziellen Kennzahlen über die Jahre zu gewährleisten. Wir nehmen eine durchschnittliche Preissteigerung von 2019 auf 2020 in Höhe von 3,4% über alle Krankenhäuser an. Diese Preissteigerung entspricht dem Durchschnitt der Änderungsrate der Landesbasisfallwerte (LBFW) über alle Länder von 2019 auf 2020.

Auf dieser Grundlage wurden die folgenden Kennzahlen für jedes Krankenhaus errechnet:

- **„Entgelte nach Abzug der Pflegepersonalkosten“**: Die Entgelte je Fall enthalten die Pflegekosten. Die Entgelte sind für die nachfolgenden Analysen daher um die Pflegekosten bereinigt worden. Hierzu nehmen wir an, dass die Pflegepersonalkosten pauschal über alle Krankenhäuser 20% der Entgelte ausmachen. Im Ergebnis betragen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ also 80% der Entgelte je Fall.
- **„Sonstige Entgelte“** (z.B. für ambulante und Wahlleistungen) setzen wir pauschal mit 12% der Entgelte an. Im Ergebnis liegen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten zuzüglich sonstiger Entgelte“ bei 92% der Entgelte je Fall.
- Die **Freihaltepauschale** bezieht sich auf die im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr nicht belegten Betten auf Tagesbasis. Gemäß § 21 Abs. 2 Satz 1 KHG ermitteln „die Krankenhäuser […] die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren.“ Um das krankenhausindividuelle Volumen der Freihaltepauschalen zu bestimmen, bilden wir die Differenz aus den im Jahr 2020 für Januar bis September und den für das Gesamtjahr 2019 gemeldeten Belegungstagen, heruntergerechnet auf einen Zeitraum von neun Monaten.[7] Diese Differenz („Fehltage“) multiplizieren wir für den Zeitraum bis zum 12. Juli 2020 mit 560 Euro und ab 13. Juli 2020 mit der gestaffelten Pauschale, die den Krankenhäusern zugewiesen wurde.

[7] *Konkret berechnen wir die „Fehlauslastung“ zwischen 2020 und 2019, bezogen auf die ersten neun Monate des jeweiligen Jahres. Hierzu berechnen wir zunächst die Differenz in der Auslastung zwischen beiden Jahren. Die Auslastung wird anhand der Krankenhausbetten und Belegungstage berechnet. Bei Krankenhäusern, die 2020 einen Anstieg in der Auslastung ihrer Bettenkapazität aufweisen, wird die Differenz in der Auslastung auf null gedeckelt, da nur Fehlauslastungen in die Berechnung eingehen sollen. Auf dieser Grundlage berechnen wir die „Fehltage“ eines Krankenhauses.*

Da wir zuvor Ausreißer aus der Stichprobe entfernt haben, setzen wir einen Korrekturfaktor ein, der die Summe der Freihaltepauschalen auf die Gesamtpopulation aller Kliniken hochrechnet.[8] Aus methodischen Gründen kann es zu einer Überschätzung der Summe aller Freihaltepauschalen kommen, wenn auch für Januar bis Mitte März Unterauslastungen bei einzelnen Krankenhäusern vorliegen. Damit wir in der Summe den wahren Wert von 8 969 Mio. Euro erhalten, den das BAS zum Stichtag 27.10.2020 berechnet hat, werden die krankenhausindividuellen Freihaltepauschalen so skaliert, dass sie in der Summe dem tatsächlich ausgezahlten aggregierten Betrag von 8 969 Mio. Euro entsprechen.

- **Kosten:** Kostendaten der Krankenhäuser liegen nicht vor. Nichtsdestoweniger können variable Sachkosten bei Nichterbringung von Leistung eingespart werden. Wir nehmen an, dass **„variable Sachkosten“** pauschal 15% der Entgelte je Fall nach Pflegekostenabzug bei somatischen Krankenhäusern ausmachen. Eine Differenzierung nach Krankenhausart (bspw. Größe) ist nicht möglich. In psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sind die Sachkosten geringer als im somatischen Bereich, sodass wir die Annahme treffen, dass in diesen Krankenhäusern kaum Sachkosten während der Pandemie eingespart werden konnten. Daher werden die variablen Sachkosten für den psychiatrischen Bereich auf null gesetzt. Für eine „Netto-Betrachtung“ betrachten wir den damit verbundenen Einspareffekt.

Pauschale Annahmen, die mangels verfügbarer Daten getroffen werden müssen, können die Variabilität zwischen den Krankenhäusern naturgemäß nicht vollständig erfassen. In Anbetracht der vorliegenden Datenbasis sind sie aus unserer Sicht dennoch die bestmögliche Annährung, um erwartete Erlösänderungen abbilden zu können.

Mit diesen Annahmen wurden je Krankenhaus die

- **„Bruttoerlöse“** = „Entgelte nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ + sonstige Entgelte + Freihaltepauschale
- **„Nettoerlöse“** = Bruttoerlöse zzgl. Einsparung aus nicht angefallenen variablen Sachkosten

berechnet. Der Nettoerlös ist somit stets größer als der Bruttoerlös.

Bei den Bruttoerlösen werden für alle Jahre die Entgelte nach Pflege und die sonstigen Entgelte berücksichtigt. Die Freihaltepauschale ist erst 2020 wirksam. Bei fast allen Krankenhäusern sinken 2020 die Zahl der Fälle und der Belegungstage. Es gibt vereinzelt Häuser, die eine Steigerung aufweisen, was auf das Zusammenlegen von IK-Nummern oder eine spürbare Erhöhung der Bettenzahl zurückzuführen sein kann. Für Krankenhäuser mit einer in den Daten beobachteten Leistungssteigerung im Jahr 2020 wird die erhaltene Freihaltepauschale auf null gesetzt. Denn eine Zuordnung, welche IK-Nummern möglicherweise zusammengelegt wurden, liegt nicht vor.

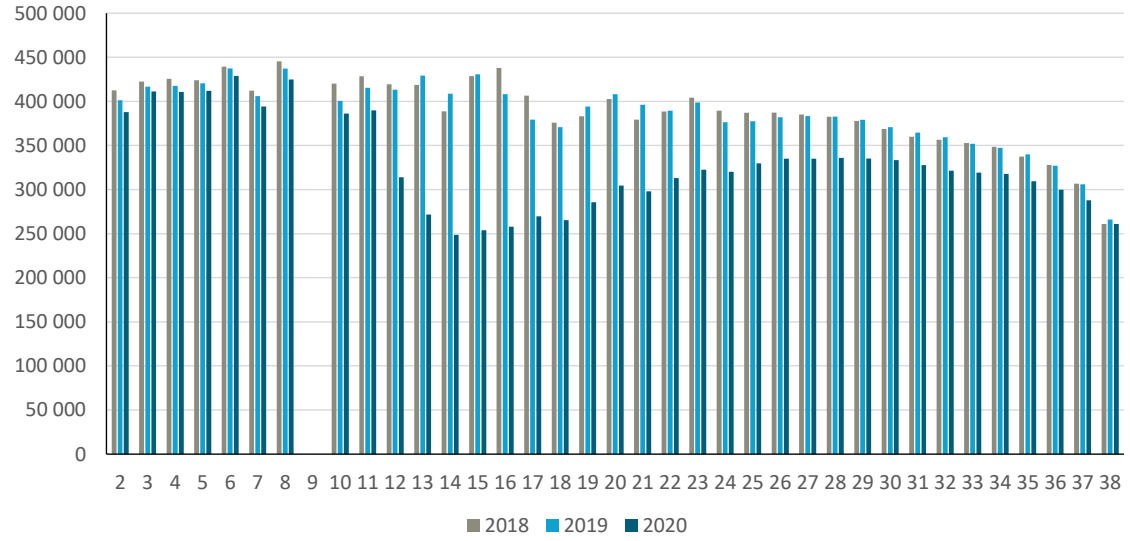
I.2 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen

Schaubild 1 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten[9] für die ersten 37 Kalenderwochen für die Jahre 2018 bis 2020 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Gezeigt werden die Fälle nach Definition des InEK auf Grundlage der Daten nach

[8] Die Bettenzahl der Ausreißer, die in den Analysen entfallen, entspricht circa 1,5% aller Krankenhausbetten. Die Abweichung von der Grundgesamtheit ist also klein.

[9] Bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen, wie beispielsweise Ostern.

Schaubild 1
Durchschnittliche Anzahl Patienten nach Jahren und Kalenderwochen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl voll- und teilstationärer Patienten gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1, 38 und 39 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Untererfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

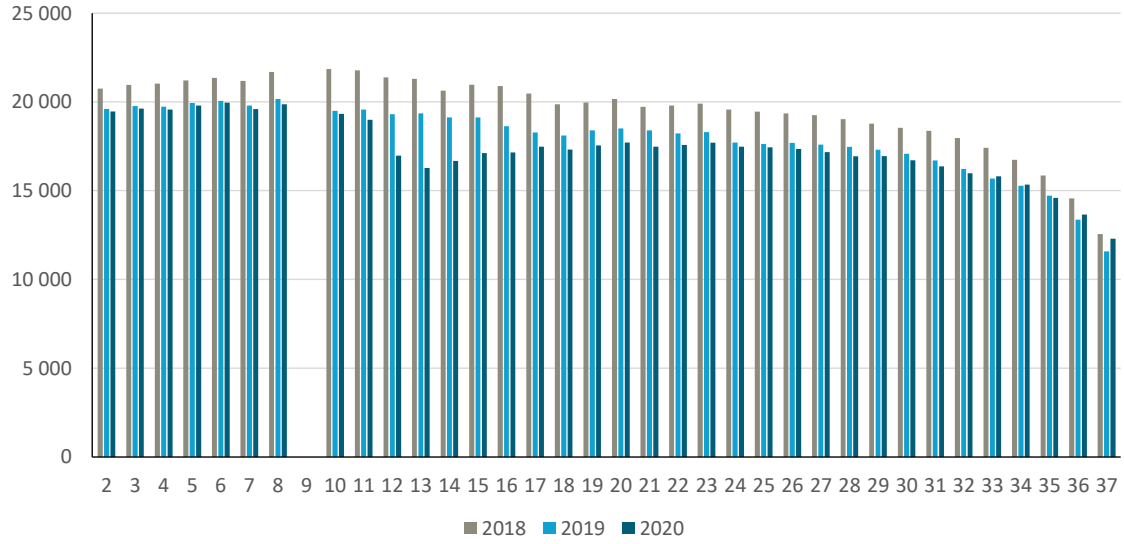
§ 21 KHEntgG. Über den gesamten Zeitraum beobachten wir einen **Rückgang der Patientenzahl von 15,5%**, was einer Größenordnung von rund 2,1 Mio. Patienten entspricht. Für die Kalenderwochen zwei bis elf ist über alle Jahre hinweg ein vergleichbares Niveau an behandelten Patienten zu sehen. Mit Beginn der zwölften Kalenderwoche beobachten wir im Jahr 2020 einen starken Rückgang im Vergleich zum Vormonat. Im Vergleich zum Durchschnitt der zwei Vorjahre ist die durchschnittliche Anzahl der Patienten in der zwölften Woche um ca. 102 400 (-24,6%) zurückgegangen. Der Rückgang vergrößert sich auf rund 175 600 (-40,9%) in Kalenderwoche 15. Ab Kalenderwoche 16 steigt die durchschnittliche Zahl der Patienten wieder leicht an, der Unterschied zu den Vorjahreswochen ist jedoch bis Kalenderwoche 29 deutlich sichtbar, wobei er in den Kalenderwochen 14 bis 23 am größten ausfällt.

Schaubild 2 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten[10] auf Intensivstation für die ersten 37 Kalenderwochen somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Auch hier weisen die Kalenderwochen zwei bis elf ein relativ konstantes Niveau zwischen 19 000 und 21 800 Patienten pro Woche auf. Ab Kalenderwoche zwölf unterschreitet der Wert im Jahr 2020 die Werte von 2018 und 2019 deutlich. Die größte Diskrepanz ergibt sich in Kalenderwoche 13. Hier liegt der Wert 2020 um 4 000 unter dem Durchschnitt der beiden Vorjahreswerte. Dies entspricht einem Rückgang von 20,0%. In den folgenden Kalenderwochen nimmt der Unterschied wieder leicht ab. In Kalenderwoche 37 sieht man sogar einen um rund 220 (+1,8%) leicht höheren Wert als im Durchschnitt von 2018 und 2019.

[10] *Ebenfalls bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen.*

Schaubild 2

Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation nach Jahren und Kalenderwoche



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1, 38 und 39 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Untererfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

Tabelle 1

Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser

2019 bis 2020

	Krankenhäuser	Betten	Fälle	Belegungstage	Fehltage	CMI bzw. DMI	Casemix bzw. Daymix	VWD	Auslastung in %
Somatische Krankenhäuser									
2019	1 385	414 337	14 238 958	98 661 461		0,859	12 226 512	6,9	87%
2020	1 385	415 380	12 527 769	87 337 596	12 586 193	0,894	11 201 764	7,0	77%
Delta, in %[1]		*0,3%*	*-12,0%*	*-11,5%*		*4,1%*	*-8,4%*	*0,6%*	*-10,2*
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser									
2019	528	85 447	765 698	22 084 323		1,000	22 083 135	28,8	94%
2020	528	85 474	681 195	19 141 906	3 340 325	1,015	19 430 455	28,1	82%
Delta, in %[1]		*0,0%*	*-11,0%*	*-13,3%*		*1,5%*	*-12,0%*	*-2,6%*	*-12,6*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kennzahlen und Änderungsraten beziehen sich jeweils auf die Zeiträume Januar bis September. – [1]Bei der Auslastung in Prozentpunkten.

Tabelle 1 fasst die relevanten Kennzahlen für die in unserer Analyse betrachteten Krankenhäuser für die Monate Januar bis September der Jahre 2019 und 2020 kurz zusammen.[11] Unsere Stichprobe umfasst pro Jahr 1 385 somatische Krankenhäuser (DRG) und 528 psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser (PSY). Im DRG-Bereich haben die Kliniken ihre Bettenkapazität 2020 um +0,3% leicht ausgebaut, während im PSY-Bereich die Bettenkapazität nahezu unverändert blieb. Indessen ging in beiden Bereichen die Zahl der behandelten Fälle und der Belegungstage in ähnlichem Umfang zurück. Neben den Belegungstagen weisen wir auch die kalkulierten Fehltage aus. Diese weichen aus methodischen Gründen von der Differenz der Belegungstage ab, da sie auf Basis der Fehlauslastung auf Krankenhausebene berechnet worden sind.[12] Diese Fehltage sind die Grundlage zur Berechnung der Freihaltepauschalen. Die im Jahr 2020 berechneten Fehltage belaufen sich auf rund 12,6 Mio. (DRG) bzw. 3,3 Mio. (PSY). Der durchschnittliche CMI

[11] *Die in Tabelle 1 abgebildeten Kennzahlen für die unterschiedlichen Krankenhauskategorien befinden sich im Anhang.*

[12] *Details zur Berechnung finden sich im Abschnitt „Methodik" zur Berechnung der Freihaltepauschalen.*

ist zwischen den Jahren um +4,1% gestiegen, wohingegen das Casemixvolumen um 8,4% gesunken ist. Beim DMI zeigt sich ein Anstieg von +1,5%, während das Daymixvolumen um 12,0% zurückgegangen ist. Die Verweildauer ist bei den DRG-Krankenhäusern leicht gestiegen (+0,6%), was mit dem höheren CMI zusammenhängen kann. Bei den PSY-Krankenhäusern ist sie dagegen um 2,6% gesunken. Die Auslastung ist in beiden Bereichen in einem ähnlichen Umfang gesunken.

I.3 Folgen der Freihaltepauschale auf die Erlössituation – Ergebnisse insgesamt

Im Folgenden stellen wir mit drei Szenarien sukzessive dar, wie wir die Erlösänderungen der Krankenhäuser berechnet haben. Im ersten **Szenario „keine Auszahlung einer Freihaltepauschale“** betrachten wir eine Situation, in der ab März 2020 keine Freihaltepauschalen an die Krankenhäuser gezahlt worden wären (Tabelle 2). Die Summe der Bruttoerlöse im DRG-Bereich ist 2020 um 6,7 Mrd. Euro (-11,6%) zurückgegangen, im PSY-Bereich um 842 Mio. Euro (-13,1%). Berücksichtigen wir zusätzlich die Kosteneinsparungen, so gingen die Nettoerlöse[13] bei DRG-Krankenhäusern um 5,7 Mrd. Euro (-9,9%) zurück. Keine Klinik hat in diesem Szenario einen Erlöszuwachs im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 verzeichnen können (letzte Spalte).

Tabelle 2
Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Szenario „keine Auszahlung einer Freihaltepauschale“
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	Krankenhäuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihaltepauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	Anteil Änderung Erlöse (netto)[1] > 0
Somatische Krankenhäuser								
2019	1 385	57 552						
2020	1 385	51 037	-6 688	0	-1 003	-6 688	-5 685	0,0%
Delta, in %		*-11,3%*				*-11,6%*	*-9,9%*	
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser								
2019	528	6 445						
2020	528	5 632	-842	0	0	-842		0,0%
Delta, in %		*-12,6%*				*-13,1%*		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kennzahlen und Änderungsraten beziehen sich jeweils auf die Zeiträume Januar bis September. – [1]Bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

Im zweiten **Szenario „Kalkulierte Freihaltepauschalen mit Fehltagen aus InEK-Daten“** analysieren wir die Wirkung der Freihaltepauschale auf die Erlösänderung (Tabelle 3). Hierzu kalkulieren wir auf Grundlage der krankenhausindividuellen Fehltage aus der Datenlieferung des InEK die Summe aller Freihaltepauschalen, die nun in die Berechnung der Erlösänderung eingeht. Die kalkulierten Summen der Freihaltepauschalen betragen im DRG-Bereich etwa 7,0 Mrd. Euro und im PSY-Bereich 1,8 Mrd. Euro. Mit rund 8,8 Mrd. Euro liegen die kalkulierten Freihaltepauschalen leicht unter dem Betrag von 9,0 Mrd. Euro, den das BAS ausgezahlt hat. In beiden Bereichen ist im Ergebnis ein Erlöszuwachs sichtbar. Die durchschnittlichen Erlöszuwächse bei DRG-Häusern

[13] *Die Nettoerlöse werden ausschließlich für somatische Krankenhäuser ausgewiesen. Da bei den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken keine variablen Sachkosten berücksichtigt werden, werden bei diesen Kliniken nur die Bruttoerlöse gezeigt.*

Tabelle 3
Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Szenario „Kalkulierte Freihaltepauschalen mit Fehltagen aus InEK-Daten“
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	Anteil Änderung Erlöse (netto)[1] > 0
Somatische Krankenhäuser								
2019	1 385	57 552						
2020	1 385	51 037	-6 688	6 988	-1 003	300	1 303	69,5%
Delta, in %		*-11,3%*				*0,5%*	*2,3%*	
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser								
2019	528	6 445						
2020	528	5 632	-842	1 752	0	909		79,5%
Delta, in %		*-12,6%*				*14,1%*		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kennzahlen und Änderungsraten beziehen sich jeweils auf die Zeiträume Januar bis September. – [1]Bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

liegen bei +0,5% (brutto) bzw. bei +2,3% (netto). Bei PSY-Häusern beträgt der Erlöszuwachs indessen +14,1%. Über zwei Drittel aller Häuser weisen in diesem Szenario eine positive Erlösänderung auf.

Im dritten **Szenario „Adjustierte Freihaltepauschalen“** passen wir die kalkulierten Freihaltepauschalen an den tatsächlichen Wert des BAS an. Nach unseren Berechnungen entfielen von den 9,0 Mrd. Euro, die für die Freihaltepauschalen ausgezahlt wurden, etwa 7,2 Mrd. Euro (80%) auf die somatischen Kliniken und rund 1,8 Mrd. Euro (20%) auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser.[14] Die Gesamtzahl der Betten beider Bereiche entfällt zu 83% auf DRG und zu 17% auf PSY, die Belegungstage zu 82% (DRG) und 18% (PSY), d.h. es gab relativ weniger Freihaltepauschalen im DRG- als im PSY-Bereich. Im ersten Gutachten zur Erlössituation (Stand: 17.08.2020) gab es indessen mehr Freihaltepauschalen im DRG- als im PSY-Bereich. Des Weiteren berücksichtigen wir die leichte Abweichung unserer Stichprobe zur Grundgesamtheit von circa 1,5%, indem wir einen Korrekturfaktor in die Berechnung aufnehmen.[15] Dieser Schritt führt dazu, dass die in Tabelle 4 ausgewiesenen Freihaltepauschalen um 1,5% unter dem BAS-Wert liegen.

Die Nettoerlössteigerung im DRG-Bereich beträgt folglich +2,4% und im PSY-Bereich +14,4%. Der Anteil der Krankenhäuser mit einer positiven Erlösänderung ändert sich kaum im Vergleich zum vorigen Szenario. Im Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Mai 2020 stiegen die Nettoerlöse im PSY-Bereich indessen um +8,6%.[16] Die ursprüngliche Freihaltepauschale von 560 Euro wurde jedoch noch bis zum 12. Juli 2020 ausgezahlt. Erst ab dem 13. Juli 2020 wurde sie für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser auf 280 Euro reduziert. Da der Zeitraum mit der höheren Freihaltepauschale daher mit rund sechs weiteren Kalenderwochen in die neue Analyse eingeht, fallen die Erlössteigerungen entsprechend höher aus.

[14] *Diese Werte sind nicht in der Tabelle abgebildet, da im Anschluss die Stichprobenkorrektur erfolgt.*
[15] *Details werden im Abschnitt „Methodik“ erläutert.*
[16] *Siehe erstes Gutachten zur Erlössituation (Stand: 17.08.2020).*

Tabelle 4
Erlösänderungen - Gesamte Stichprobe - Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	Anteil Änderung Erlöse (netto)[1] > 0
				Somatische Krankenhäuser				
2019	1 385	57 552						
2020	1 385	51 037	-6 688	7 063	-1 003	375	1 378	70,2%
Delta, in %		*-11,3%*				*0,7%*	*2,4%*	
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser								
2019	528	6 445						
2020	528	5 632	-842	1 770	0	928		79,5%
Delta, in %		*-12,6%*				*14,4%*		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kennzahlen und Änderungsraten beziehen sich jeweils auf die Zeiträume Januar bis September. – [1]Bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

Für die bisher gezeigten Analysen schreiben wir die Entgelte je Fall mit der Änderungsrate des CMI bzw. DMI von 2019 auf 2020 fort. In Tabelle 5 führen wir für das dritte Szenario eine **Sensitivitätsanalyse** durch, in der wir unterstellen, dass die Entgelte je Fall nicht mit dem CMI bzw. DMI fortgeschrieben würden. Bei DRG-Häusern wären ceteris paribus im Durchschnitt keine nennenswerten Erlösänderungen (+0,3% netto) zu beobachten, bei PSY-Häusern wäre dann ein Erlöszuwachs um +13,3% netto zu sehen. Im DRG-Bereich hätte die Freihaltepauschale damit die Erlöseinbußen aus der geringeren Leistungsmenge praktisch exakt ausgeglichen, wenn die nicht erbrachten Fälle im Jahr 2020 in ihrem Schweregrad exakt dem Durchschnitt alle Fälle entsprochen hätten. Tatsächlich entfielen aber offenbar eher leichtere Fälle, sodass der mittlere CMI gestiegen ist, was aus Versorgungssicht nachvollziehbar ist.

Tabelle 5
Änderung der durchschnittlichen Erlöse – Sensitivitätsanalyse
2019 bis 2020; in Mio. Euro

	Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	Anteil Änderung Erlöse (netto)[1] > 0
Somatische Krankenhäuser								
2019	1 385	57 552						
2020	1 385	49 151	-8 501	7 063	-1 275	-1 438	-163	56,5%
Delta, in %		*-14,6%*				*-2,5%*	*-0,3%*	
Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser								
2019	528	6 445						
2020	528	5 552	-916	1 770	0	855		78,2%
Delta, in %		*-13,9%*				*13,3%*		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kennzahlen und Änderungsraten beziehen sich jeweils auf die Zeiträume Januar bis September. – [1]Bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern bezogen auf die Bruttoerlösänderung.

I.4 Folgen der Freihaltepauschale auf die Erlössituation – Ergebnisse für Krankenhauskategorien

In diesem Abschnitt wird die Erlössituation für somatische („DRG“) sowie psychiatrische und psychosomatische („PSY“) Krankenhäuser nach Krankenhauskategorien aufbereitet. Eine gesonderte Darstellung der Bruttoerlöse erfolgt an dieser Stelle nicht, weil sie stets ein vergleichbares Muster wie die Nettoerlöse aufweisen.[17] Eine differenzierte Darstellung erfolgt zudem nach Einrichtungsgröße und CMI- bzw. DMI-Klassen, für den DRG-Bereich zusätzlich nach der Kennzahl CMI/VD[18].

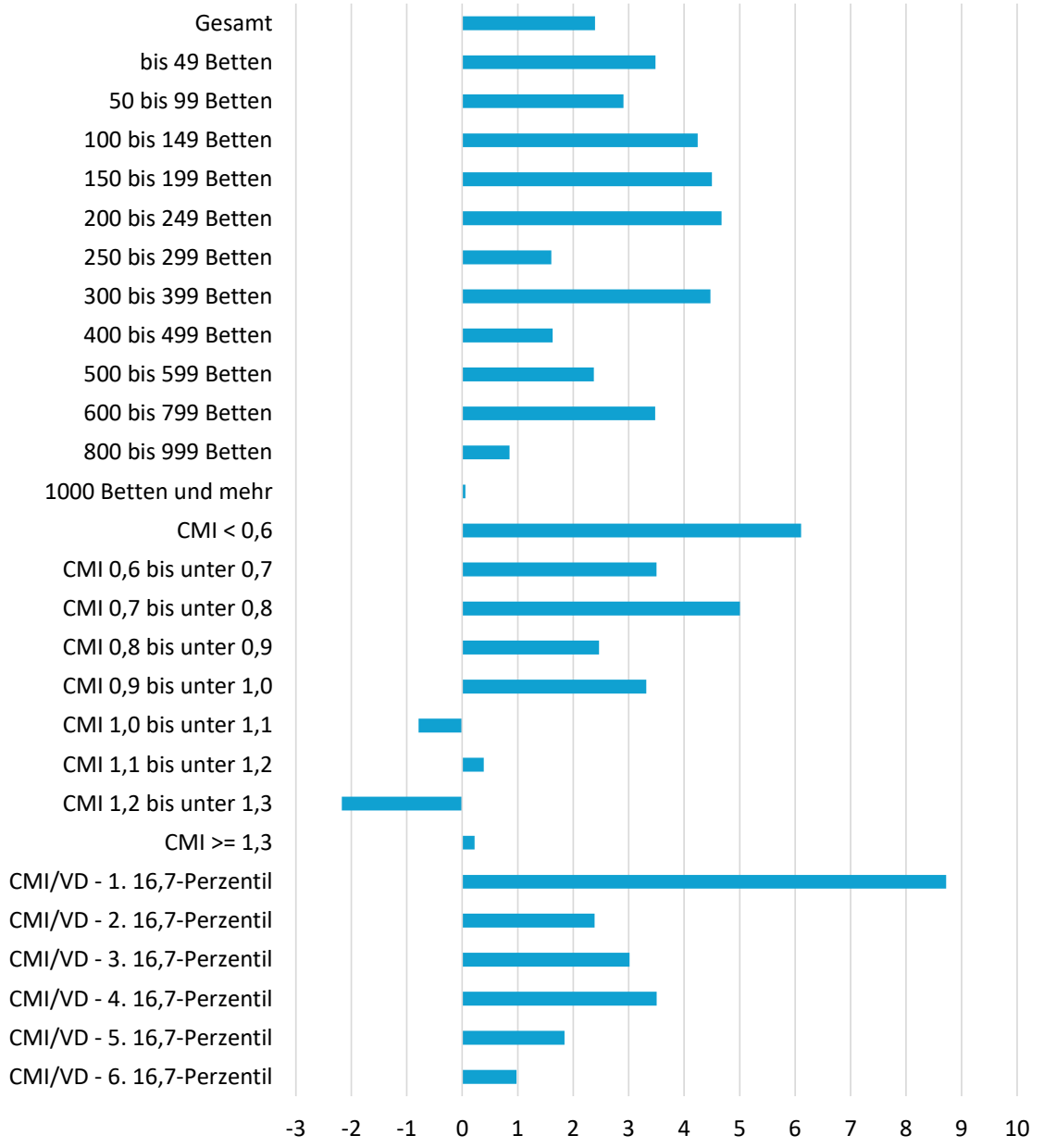
I.1.4 Somatische Krankenhäuser

Schaubild 3 zeigt die Änderung der Nettoerlöse 2020 zu 2019 für die somatischen Kliniken. Insgesamt beläuft sie sich auf +2,4%. Differenziert nach Bettengröße zeigt sich ein heterogenes Bild. In allen Größenkategorien stiegen die Erlöse, jedoch unterschiedlich stark. Überdurchschnittliche Erlöszuwächse weisen Häuser zwischen 100 und 249 sowie zwischen 300 und 399 Betten auf. Häuser ab 800 Betten weisen die geringsten Erlöszuwächse auf.

[17] Auswertungen zu weiteren Kennzahlen für die unterschiedlichen Krankenhauskategorien befinden sich im Anhang und werden hier nicht weiter im Detail diskutiert.

[18] CMI je Verweildauertag. Hierzu werden alle die DRG-Krankenhäuser entsprechend der Kennzahl CMI/VD in sechs gleich große Kategorien eingeteilt, die jeweils etwa 16,7% der Stichprobe entsprechen.

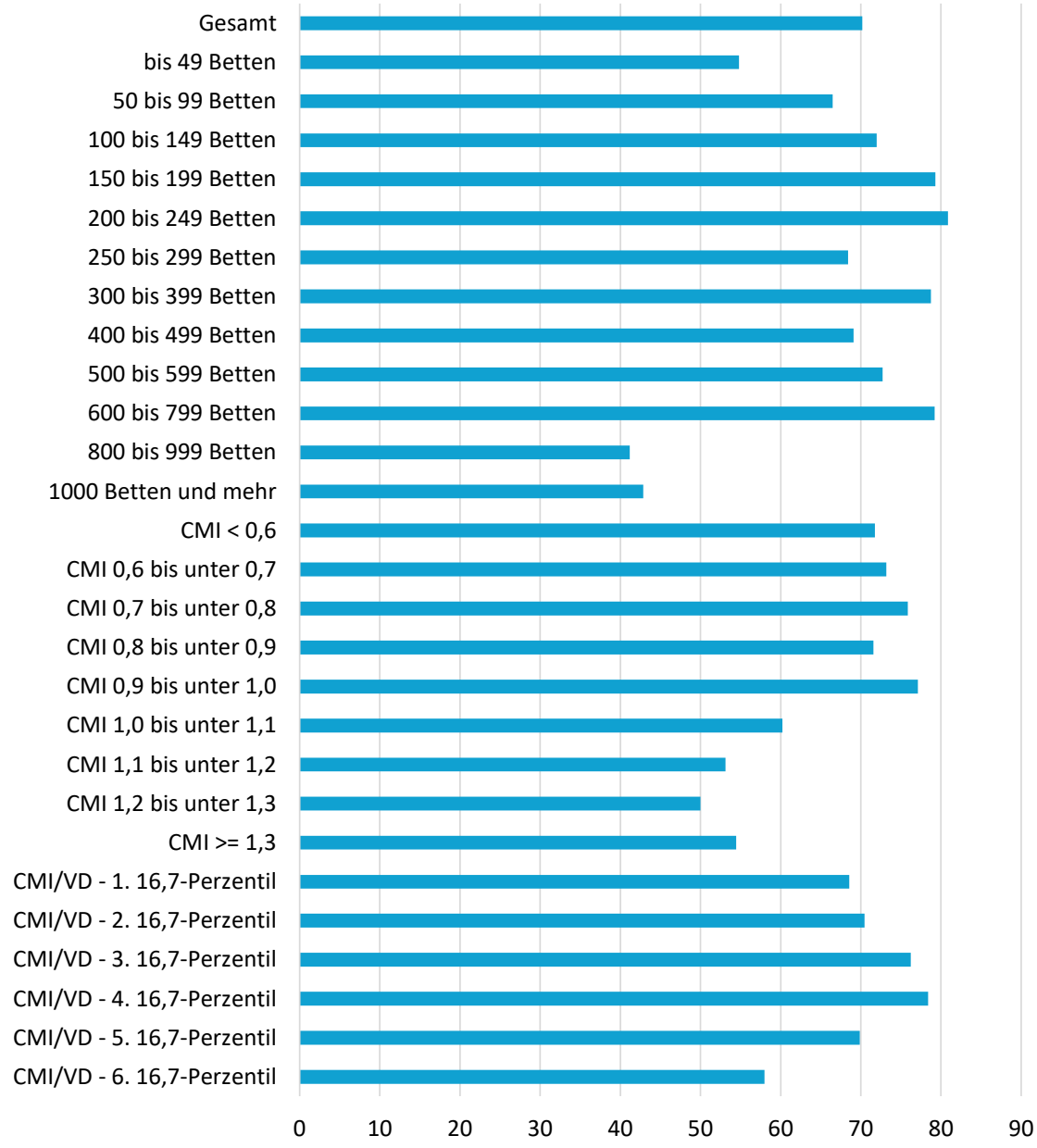
Schaubild 3
Änderung der durchschnittlichen Nettoerlöse in somatischen Kliniken
2019 bis 2020; in %



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei den CMI- und CMI/VD-Klassen zeigt sich, dass Häuser mit durchschnittlichem CMI bis zu 1,0 bzw. CMI/VD in den unteren vier Perzentilen überdurchschnittliche Erlöszuwächse aufweisen. Krankenhäuser mit einem höheren CMI (über 1,0) bzw. in einem höheren CMI/VD-Perzentil zeigen hingegen unterdurchschnittliche und zum Teil sogar negative Erlösänderungen auf. Besonders auffallend sind hier Häuser mit einem CMI von 1,0 bis 1,1 bzw. 1,2 bis 1,3 mit einer negativen Erlösänderung von -0,8% bzw. -2,2%.

Schaubild 4
Anteil Häuser mit erwartetem Erlöszuwachs bei somatischen Kliniken
in %



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 4 stellt die Anteile der Krankenhäuser dar, von denen wir unter den oben vorgestellten Annahmen erwarten, dass sie wachsende Erlöse aufweisen. Insgesamt dürften etwa 70% der Krankenhäuser ihre Erlössituation[19] verbessert haben. Grundsätzlich sind in allen Kategorien Häuser mit einem Erlöszuwachs vorhanden. Jedoch ist der Anteil bei Häusern mit über 800 Betten sowie Häusern mit einem CMI größer als 1,0 bzw. in den oberen beiden CMI/VD-Perzentilen unterdurchschnittlich hoch.

[19] *Unter Berücksichtigung der Einsparung variabler Sachkosten.*

I.2.4 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen[20] passen wir die Entgelte je Fall nicht wie oben geschildert an und berücksichtigen auch keine variablen Sachkosten, sondern verwenden nur den unveränderten mittleren Entgeltbetrag. Allerdings berücksichtigen wir von 2019 auf 2020 eine Preissteigerung von ebenfalls +3,4%. Bezogen auf den Belegungstag lag damit der Entgeltbetrag im Jahr 2020 für den Zeitraum Januar bis September bei rund 294 Euro. In Schaubild 5 ist die Änderung der Bruttoerlöse 2020 zu 2019 für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dargestellt. Bezogen auf alle Krankenhäuser steigen sie im Zeitraum Januar bis September 2020 um +14,4% gegenüber dem Vorjahr.

In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich ein heterogenes Bild. Kleinere Krankenhäuser weisen größere erwartete Erlöszuwächse auf, größere Krankenhäuser ab 250 Betten kleinere Erlöszuwächse. Eine Ausnahme bilden Krankenhäuser ab 500 Betten, die auch überdurchschnittliche Erlöszuwächse aufweisen. Große Variation bei den erwarteten Erlösänderungen findet sich bei der Analyse nach DMI-Klassen. Krankenhäuser mit einem DMI unter 1,0 weisen überdurchschnittliche hohe Erlöszuwächse auf. Mit steigendem DMI beobachten wir immer kleinere Erlöszuwächse.

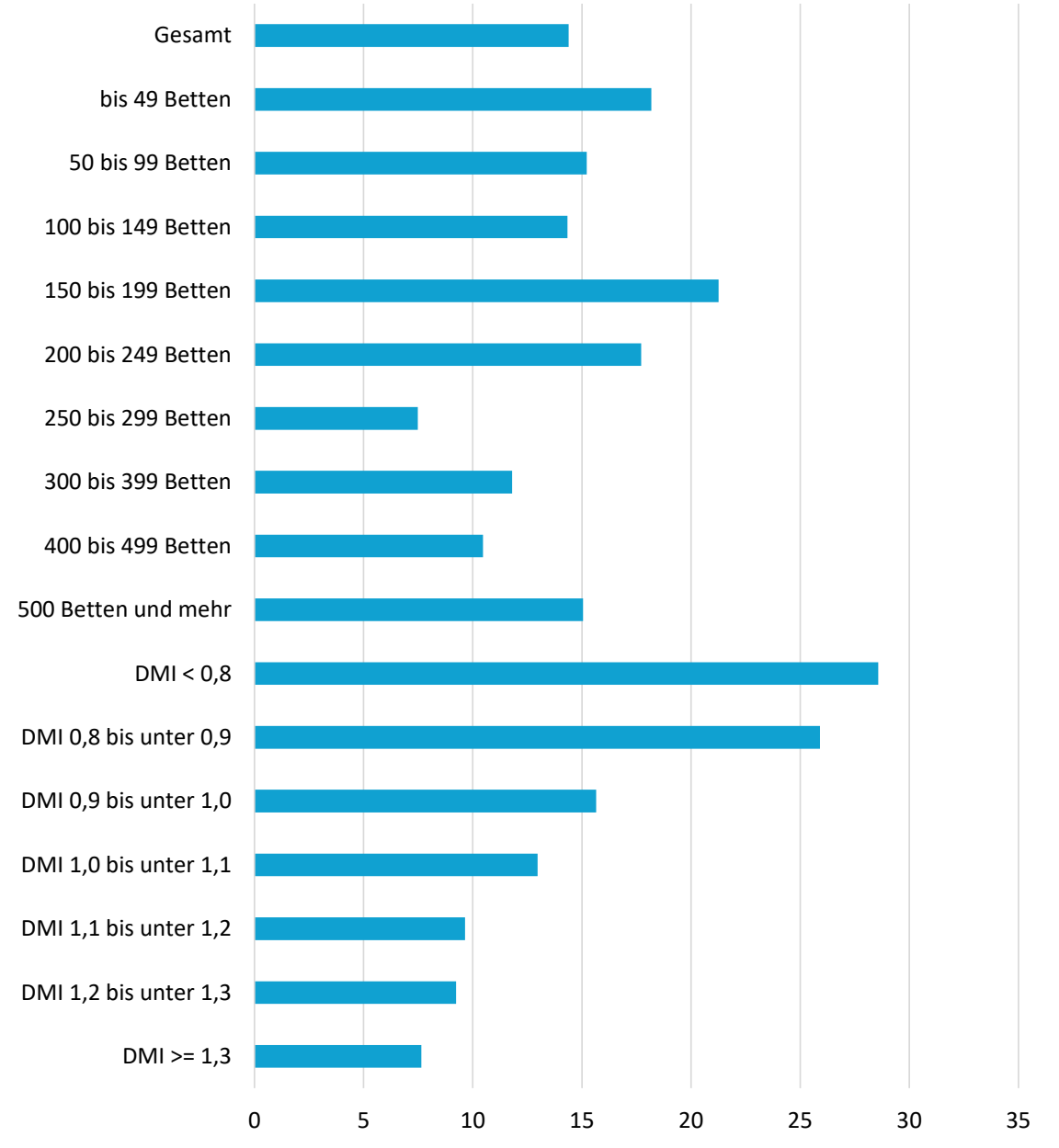
Schaubild 6 zeigt den Anteil der psychiatrischen und psychosomatischen Klinken, die unter den oben gemachten Annahmen einen Erlöszuwachs im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 verzeichnen konnten. Über alle Kliniken hinweg liegt dieser Anteil bei fast 80%. Bei Differenzierung nach Größe ergibt sich ein recht homogenes Bild. Der Anteil der Häuser mit einem Erlöszuwachs liegt fast überall zwischen 70% und 90%. Bei der Differenzierung nach DMI-Klassen sinkt – mehr oder weniger – mit steigendem DMI der Anteil der Häuser mit Erlöszuwächsen.

[20] *Fachabteilungen und Krankenhäuser.*

Schaubild 5

Änderung der durchschnittlichen Bruttoerlöse in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

2019 bis 2020; in %

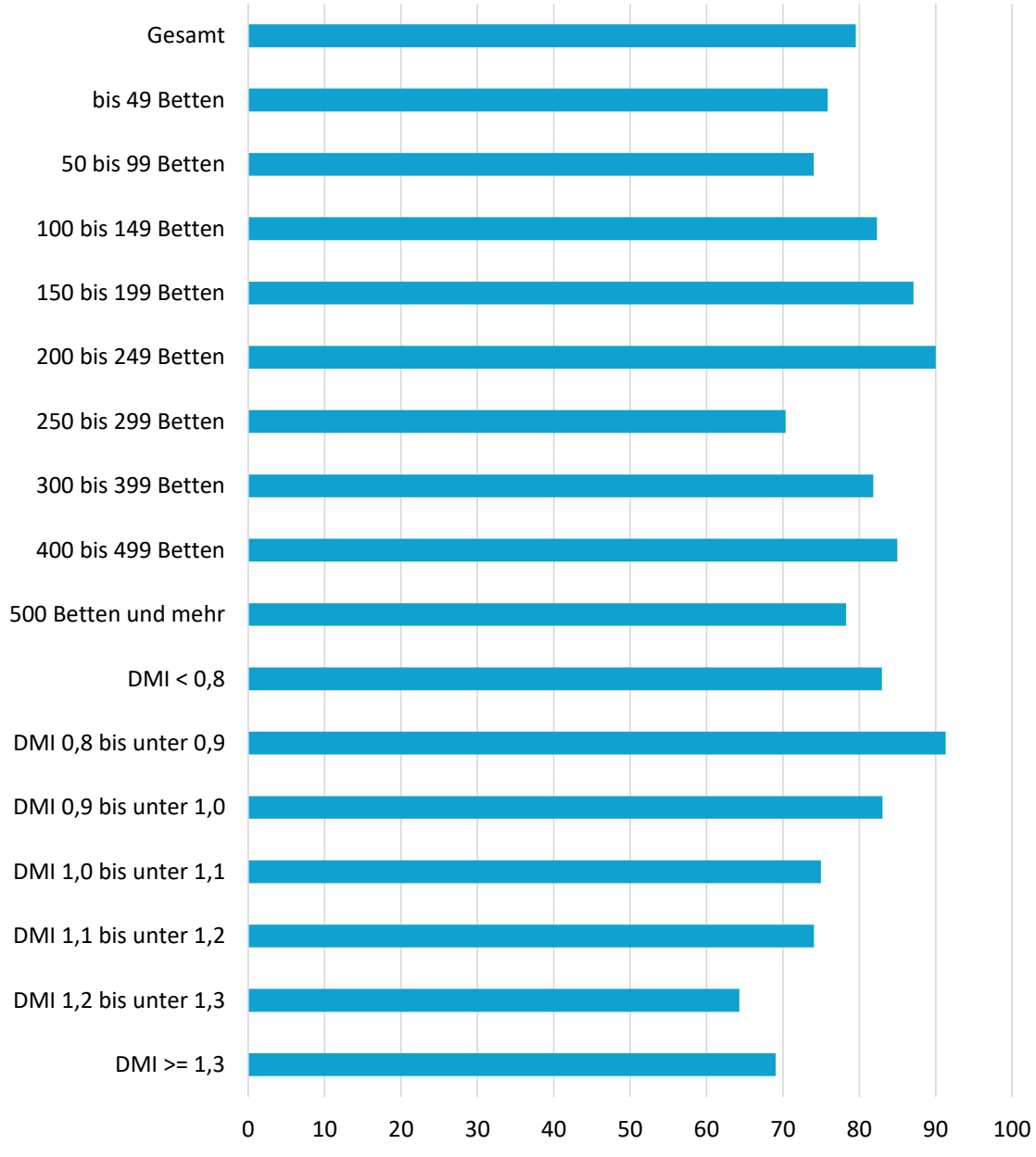


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 6

Anteil Häuser mit erwartetem Erlöszuwachs bei psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

in %



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II. Evaluation der Veränderungen der Fallzahlen hinsichtlich der betroffenen Patienten und der medizinischen Wirkungen

II.1 Ergebnisse im Überblick

In einem ersten Schritt wurden die abgerechneten Behandlungsfälle insgesamt, sowie stratifiziert nach MDCs und DRGs, analysiert. Zu beachten ist, dass Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle nicht exakt deckungsgleich mit der durchschnittlichen Anzahl der Patienten (wie in Abschnitt I.2) ist.

Die Differenz der nach DRG abgerechneten Behandlungsfälle im Zeitraum bis zum 30.09.2020 beträgt ggü. 2019 1,766 Millionen Fälle (von 14,432 Mio. auf 12,665 Mio.), was einem Rückgang von knapp über -12% im Vergleich entspricht.

Dabei war die Veränderung bei eingewiesenen Fällen mit -15% größer, bei den Aufnahmearten Notfälle mit -10%, Geburten mit -1% und Verlegungen mit -11% kleiner. Durch die unterschiedlichen Veränderungsraten gab es im Betrachtungszeitraum erstmals mehr „Notfälle“ (5,903 Mio.) als Einweisungen (5,766 Mio.). Daneben gab es bei den nicht unter das DRG-System, sondern das PEPP-System fallenden psychiatrischen Fällen einen Rückgang von -11% (von 794 000 auf 707 000).

Die mittlere Verweildauer im DRG-Bereich veränderte sich minimal um +1% (von 5,97 auf 6,02 Tage), die Anzahl der Belegungs- und Verweildauertage um jeweils -12%. Die Verweildauertage auf Intensivstationen sanken um -3% und die der Beatmungsstunden um -4%. Im PEPP-Bereich verringerte sich die Verweildauer um -1% (von 28,18 auf 27,87 Tage).

Betrachtet man die nach DRGs abgerechneten Fälle, zeigt sich ein überdurchschnittlicher Rückgang bei den Krankenhäusern unter 300 Betten, die zugleich über prozentual unterdurchschnittlich viele Intensivbetten verfügen. Umgekehrt gab es bei den Krankenhäusern ab 600 Betten, die zugleich prozentual überdurchschnittlich viele Intensivbetten verfügen, einen unterdurchschnittlichen Rückgang an Fällen, Berechnungs-, Verweildauer- und Intensiv-Tagen.

Bettenklasse	Anzahl Krankenhäuser	Gesamtzahl Betten	% Intensivbetten	Rückgang Fallzahl	Rückgang Belgungs-/Verweildauer-Tage	Rückgang Intensiv-Tage
bis 149	526	40 165	4,8%	-15%	-16%	-5%
bis 299	379	80 672	5,2%	-15%	-16%	-6%
bis 599	346	144 918	5,9%	-13%	-13%	-3%
ab 600	161	150 638	8,1%	-11%	-9%	-3%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Betrachtet man die DRG-Fallzahlen auf Ebene der MDC, zeigten sich für die Prä-MDC sowie 8 weitere MDCs ungefähr durchschnittliche Rückgänge (zwischen >10% bis 15%), für 10 MDCs *unter*durchschnittliche Rückgänge (in verschiedenen Ockertönen) von bis zu 10%, während 8 MDCs *über*durchschnittliche Rückgänge (in verschiedenen Rottönen) von mehr als 15% aufwiesen:

	< -5%	Bis -10%	Bis -15%	Bis -20%	Bis -25%	> -25%
Alle Fälle pro MDC[21]	MDC 14, 15, 17, 21A, 24	MDC 7, 11, 12, 22, 23	Prä-MDC, MDC 1, **5**, **8**, 9, 10, 13, 16, 21B	MDC **4**, **6**, 19, 20	MDC 2, 3, 18B	MDC 18A

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

[21] *Prä-MDC Sonderfälle (Beatmungsfälle, Transplantationen u. ä.), MDC 01 Nervensystem, MDC 02 Auge, MDC 03 Ohr, Nase, Mund und Hals, MDC 04 Atmungsorgane, MDC 05 Kreislaufsystem, MDC 06 Verdau-*

Betrachtet man die Rückgänge der absoluten Fallzahlen, gab es die größten Rückgänge bei MDC 8 (Bewegungsapparat), gefolgt von MDC 6 (Verdauungsorgane), MDC 5 (Kreislaufsystem) und MDC 4 (Atmungsorgane) mit rund -270 000, -265 000, -260 000 und -170 000 (MDC jeweils fett markiert).

Auf der Ebene einzelner DRGs gab es besonders große Rückgänge von über 20 000 Fällen (d.h. mehr als durchschnittlich 100 pro Tag im Zeitraum Mitte März bis Ende September) bei: G67C/B Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane … (-84 000/ -54 000); I68D Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh. (-44 000); T60E Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag (-41 000); F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf. (-30 000); B80Z Andere Kopfverletzungen (-28 000); F71B Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung (-28.000); E65C Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung (-26 000); F73B Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag (-25 000); E49F Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr. (-24 000); F67D Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre (-24 000); D63Z Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen (-23 000), E63B Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik (-23 000); E79C Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung (-23 000); D61Z Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus (-22 000); G24C Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC (-21 000); I68E Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag (-21 000).

ungsorgane, MDC 07 hepatobiliäres System und Pankreas, MDC 08 Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, MDC 09 Haut, Unterhaut und Mamma, MDC 10 Endokrinium, Ernährung und Stoffwechsel, MDC 11 Harnorgane, MDC 12 männliche Geschlechtsorgane, MDC 13 weibliche Geschlechtsorgane, MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, MDC 15 Neugeborene, MDC 16 Blut, blutbildende Organe und Immunsystem, MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen, MDC 18A HIV, MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen, MDC 19 Psychische Krankheiten, MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen, MDC 21A Polytrauma, MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten, MDC 22 Verbrennungen, MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, MDC 24 Sonstige DRG.

Besonders große relative Rückgänge von über 30% (und mind. 1 000 Fällen) gab es bei den DRGs A90A Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung (-57%); D64Z Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis (-42%); C03C/B Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie (-42%/ -32%); D76B Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag (-41%); B48Z Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, … (-39%); I42A/B Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, … (-39%/ -34%); C14Z Andere Eingriffe am Auge (-38%); D13B Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose … (-36%); E70Z Keuchhusten und akute Bronchiolitis (-36%); E69B Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, … (-35%); D30B Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC … (-33%); E49F Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr. (-33%); I97Z Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (-33%); F56B Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie (-32%); U42B Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage (-32%); I79Z Fibromyalgie (-31%).

II.2 Ausgewählte Ergebnisse nach Behandlungsgruppen im Verlauf

II.1.2 Methode

Um das akutstationäre Leistungs- und Versorgungsgeschehen auf der Grundlage der zweiten unterjährigen Datenlieferung gem. § 24 KHG detailliert zu beschreiben, wurden in Anlehnung an die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)[22] Falldefinitionen für relevante Behandlungen spezifiziert (vgl. Anhang). Die Auswertung der Daten gemäß diesen Falldefinitionen wurde vom InEK durchgeführt und erstreckte sich auf die zweite Datenlieferung des Jahres 2020 (Behandlungsfälle bis einschließlich 30. September) sowie, zum Vergleich, die Daten des Jahres 2019.

Die jeweiligen Fallzahlen wurden nach der Kalenderwoche (KW) des Aufnahmedatums stratifiziert und können als aufgenommene Patienten im Zeitraum einer Kalenderwoche interpretiert werden. Zu beachten ist, dass diese Kennzahl nicht deckungsgleich mit der durchschnittlichen Anzahl der Patienten (wie in Abschnitt I.2) ist.

Der Datenbestand für das (Teil-) Jahr 2020 ist zu Beginn des Berichtszeitraums aufgrund von fehlenden Überliegern aus 2019 und einer unvollständigen Datenübermittlung in der KW 1, sowie am Ende des Berichtszeitraums aufgrund von noch nicht entlassenen und damit nicht übermittelten Behandlungsfällen unvollständig. Daher wurden die Fallzahlen jeweils für den Zeitraum von der 3. KW bis zur 37. KW dargestellt und mit dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahres verglichen.

[22] *Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2017. Working Papers in Health Services Research Vol. 2. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2020.* http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-10066

II.2.2 Ergebnisse

II.2.2.1 Behandlungsfallzahlen insgesamt

Die Differenz der Behandlungsfälle im Zeitraum von der 3. bis zur 37. KW beträgt 1,8 Millionen Fälle, was einem Rückgang von -14% im Vergleich zu 2019 entspricht (Tabelle 6).

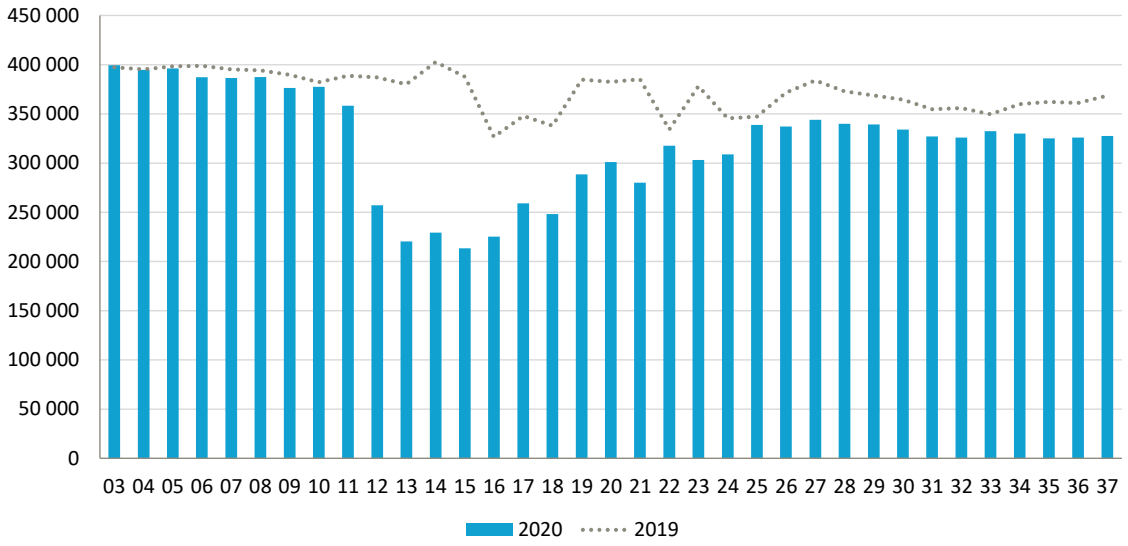
Tabelle 6
Stationäre Behandlungsfälle
2019 und 2020

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Stationäre Behandlungsfälle insgesamt			
Anzahl Fälle	13 043 128	11 245 659	-1 797 469 (-14%)
Alter bis 19 Jahre			
Anzahl Fälle	1 537 541	1 310 905	-226 636 (-15%)
Alter 20 bis 64 Jahre			
Anzahl Fälle	5 473 620	4 729 342	-744 278 (-14%)
Alter ab 65 Jahre			
Anzahl Fälle	6 031 967	5 205 412	-826 555 (-14%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37.

Schaubild 7 zeigt für den Zeitraum von der 3. bis zur 37. Kalenderwoche (KW) die Anzahl der aufgenommenen akutstationär behandelten Patienten im Jahr 2020 (blaue Balken). Ab der 12. KW (März, Zeitpunkt der Bund-Länder-Vereinbarung zum Ausbau der Intensivkapazitäten) zeigt sich ein Einbruch der Behandlungsfallzahlen, der seinen Tiefpunkt zwischen den KW 13 (März) und 15 (Anfang April) mit bis zu -40% ggü. dem Vorjahr (gestrichelte Linie) erreichte. Anschließend stiegen die Behandlungsfallzahlen wieder an. Ab der KW 25 (Juni) lag die Zahl der Aufnahmen bei ca. 330 000 bis 340 000 pro Woche und war damit um ca. 10% geringer als im Vorjahr. Die Fallzahlrückgänge im Jahr 2019 in den KW 16 bis 18, 22 sowie 24 bis 25 fallen zeitlich mit Ostern, Christi Himmelfahrt und Pfingsten zusammen.

Schaubild 7
Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019

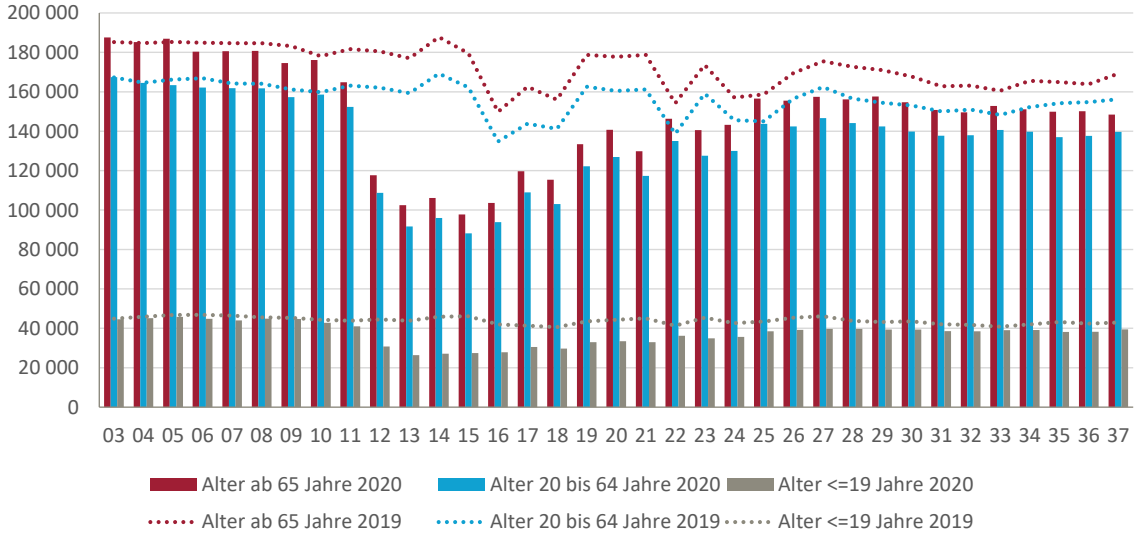


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Damit ergibt sich für die Zeit bis zur 10. KW eine Fallzahl von +/- 0% ggü. 2019, für die 11.-21. KW eine Veränderung von -30% und für die 22.-37. KW eine Veränderung von -10%.

Der Verlauf der wöchentlichen Aufnahmen bei Erwachsenen bis 64 Jahren und älteren Personen ab 65 Jahren ist relativ gleichförmig und ab der KW 12 von einem Einbruch um mehr als 25% im Vergleich zum Durchschnitt der vorangegangenen Wochen gekennzeichnet (Schaubild 8). Bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren fiel der relative Rückgang ab der KW 12 (bei geringerer absoluter Häufigkeit) vergleichbar aus. In allen Altersgruppen war die Anzahl der Behandlungsfälle ab der KW 26 geringer als im Vorjahr.

Schaubild 8
Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme und Altersgruppen
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II.2.2.2 Akute Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19

Insgesamt wurden im Jahr 2020 45 722 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (Covid-19, Virus nachgewiesen)[23] behandelt.[24] Der Anteil der 7 425 Todesfälle lag bei 16,2% (bzw. 78% aller 9 500 der laut RKI bis zum 01.10. an Covid-19 Verstorbenen). Die Patientinnen und Patienten waren im Median 69 Jahre alt (25. bis 75. Perzentil 54 bis 81; Tabelle 7). Von allen 45 722 Fällen wiesen 9 086 eine intensivmedizinischen OPS-Komplexkode (8-980*, 8-98f*) auf (mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,9 Tagen, davon 14,5 auf Intensivstation), weitere 37 einen OPS-Code für intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern und weitere 2 801 Fälle in benannten Intensivbetten, die keinen Komplexkode Intensivmedizin aufwiesen, insgesamt

[23] *Da die Nebendiagnose U07.1 gemäß der ICD-10-GM dann „wenn Covid-19 durch einen Labortest nachgewiesen ist, ungeachtet des Schweregrades des klinischen Befundes oder der Symptome“ kodiert werden soll, dürfte es sich hierbei um eine gemischte Gruppe handeln, die sowohl Patientinnen und Patienten mit keinen oder milden Symptomen als auch solche mit schwerem Verlauf umfasst. Daher werden Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 im Folgenden als Fälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis bezeichnet.*

[24] *Das RKI berichtete mit Stand 04.10. auf der Basis von rund 85% der Covid-Fälle mit diesbezüglichen Angaben von 35 508 Personen, deren Covid-Erkrankung zu einem stationären Aufenthalt geführt hatte. Unter der Annahme, dass die fehlenden 15% ähnlich häufig hospitalisiert waren, ergäben sich damit rund 42 000 Personen und damit eine nur gering vom InEK abweichende Zahl (NB: im Unterschied zum InEK zählt das RKI Personen, während das InEK von Fällen berichtet, d.h. Personen mit zwei stationären Aufenthalten würden beim RKI nur einfach, beim InEK doppelt gezählt).*

also 12 224 Fälle oder 26,7% aller Fälle mit U07.1. Davon wurden 6 489 Fälle (14,1% aller Fälle bzw. 53% der intensivmedizinischen Fälle) für mind. 6h beatmet.

Tabelle 7
Akute Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
SARS-CoV-2 Erregernachweis insgesamt			
Anzahl Fälle	1	45,722	
Anteil Todesfälle	-	16,2%	
Alter Median (IQR)	-	69 (54-81)	
Anteil mit intensivmed. Komplexbehandlung oder auf Intensivstation	-	26,7%	
Anteil mit Beatmung	-	14,1%	
Lungenentzündung mit SARS-CoV-2 Erregernachweis			
Anzahl Fälle	0	24,229	
Anteil Todesfälle	-	19,5%	
Alter Median (IQR)	-	69 (56-80)	
Lungenentzündung ohne SARS-CoV-2 Erregernachweis			
Anzahl Fälle	216,252	171,681	-44,571 (-21%)
Anteil Todesfälle	9,4%	10,9%	
Alter Median (IQR)	75 (58-83)	75 (59-83)	
Akute Atemwegserkrankung mit SARS-CoV-2 Erregernachweis			
Anzahl Fälle	0	32,645	
Anteil Todesfälle	-	18,4%	
Alter Median (IQR)	-	69 (55-80)	
Akute Atemwegserkrankung ohne SARS-CoV-2 Erregernachweis			
Anzahl Fälle	447,581	331,719	-115,862 (-26%)
Anteil Todesfälle	5,8%	6,9%	
Alter Median (IQR)	67 (19-80)	67 (24-81)	

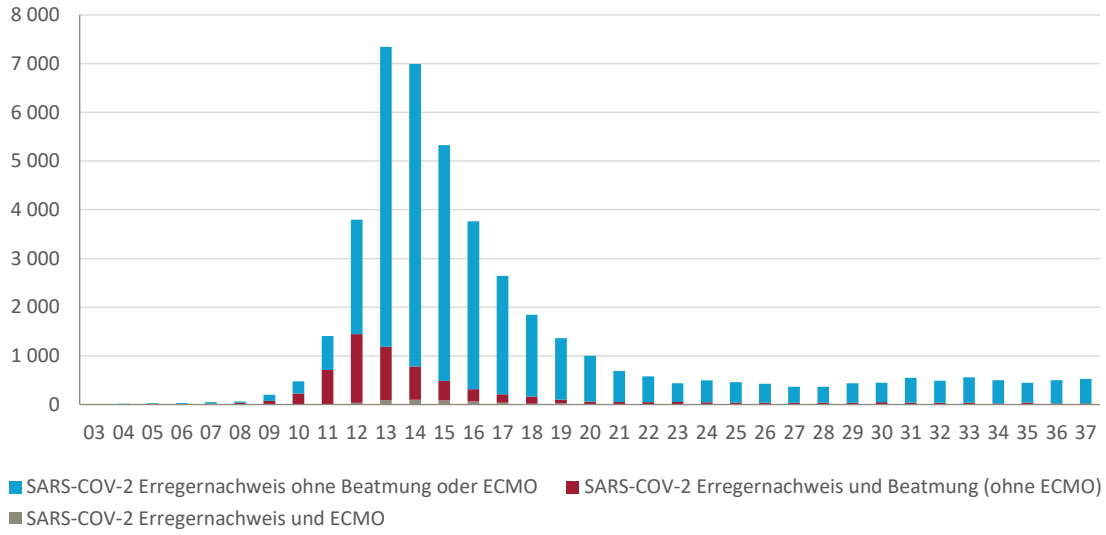
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37, i ersten Block bis KW 40. Der Anteil der Todesfälle sowie die Altersverteilung beziehen sich für 2020 auf den Zeitraum KW 01 bis KW 40, für 2019 auf den Gesamtjahreszeitraum. IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

Schaubild 9 und Schaubild 10 zeigen die wöchentlichen Aufnahmen mit SARS-CoV-2 Erregernachweis, unterteilt nach der Art der Behandlung. In der KW 12 war die Anzahl der aufgenommenen Patienten, die mit Beatmung oder ECMO versorgt wurden, mit 1 411 am höchsten. Der Anteil der beatmeten Patienten lag in der KW 11 bei 50% (Maximum) und verringerte sich anschließend wieder. Ab der KW 15 schwankte dieser Anteil zwischen 4% und 10%.

Die maximale Anzahl der Aufnahmen mit intensivmedizinischer Versorgung (behandelt auf Intensivstation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung) wurde mit insgesamt 2 297 in KW 13 erreicht (Anteil an allen Aufnahmen mit SARS-CoV-2 Erregernachweis in KW 13 31%). Im weiteren Verlauf nahm die Anzahl absolut und relativ wieder ab und lag ab KW 16 (Mitte April) unter 1 000 und ab KW 25 (Mitte Juni) unter 100 wöchentlichen Aufnahmen mit intensivmedizinischer Versorgung.

Schaubild 9

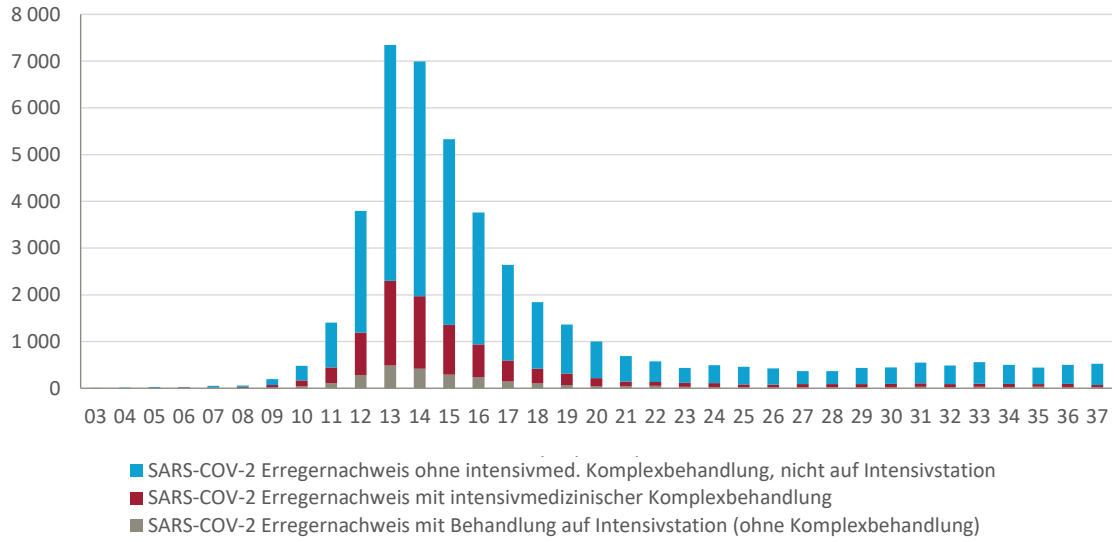
Anzahl Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach KW der Aufnahme 2020: Beatmung und ECMO



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 10

Anzahl Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach KW der Aufnahme 2020: Intensivmedizinische Versorgung

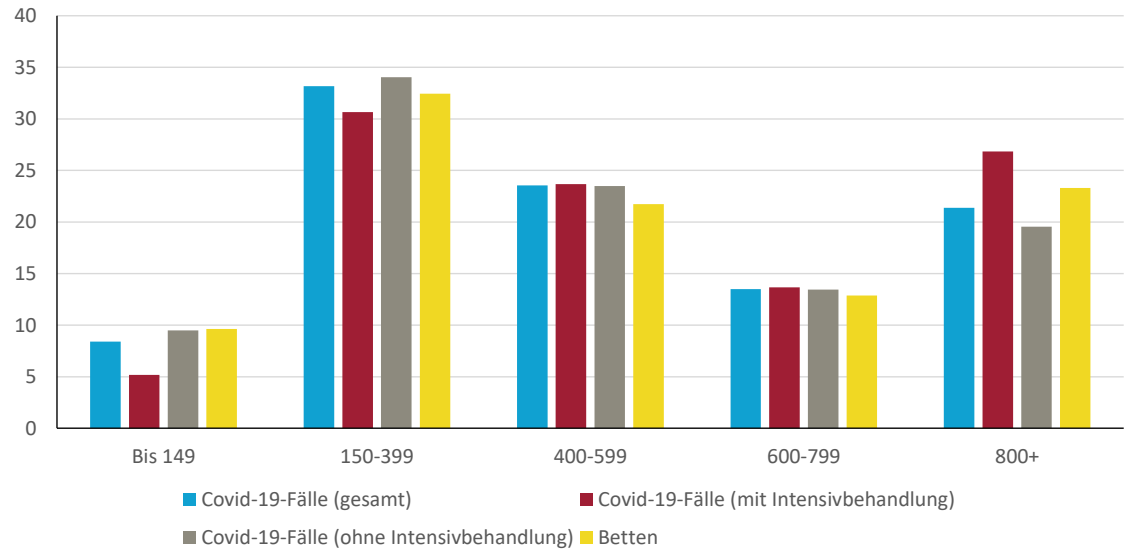


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Krankenhäuser haben sich von Januar bis September unterschiedlich stark an der Behandlung von Covid-19-Fällen beteiligt. Schaubild 11 stellt hierzu die Anteile in der Verteilung der Fälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis dar, unterteilt nach der Bettengröße der behandelnden Häuser. Im Verhältnis zum Anteil ihrer Betten haben Krankenhäuser mit mehr als 400 Betten, und insbesondere diejenigen mit mehr als 800 Betten, überproportional mehr intensivpflichtige Covid-19-Patienten behandelt als es ihrem Bettenanteil entspricht, während bei kleineren Krankenhäusern dies unterdurchschnittlich der Fall war. Indessen ist der Anteil der nicht-intensivpflichtigen Covid-19-Patienten bei Krankenhäusern mit über 800 Betten unterproportional gering.

Schaubild 11

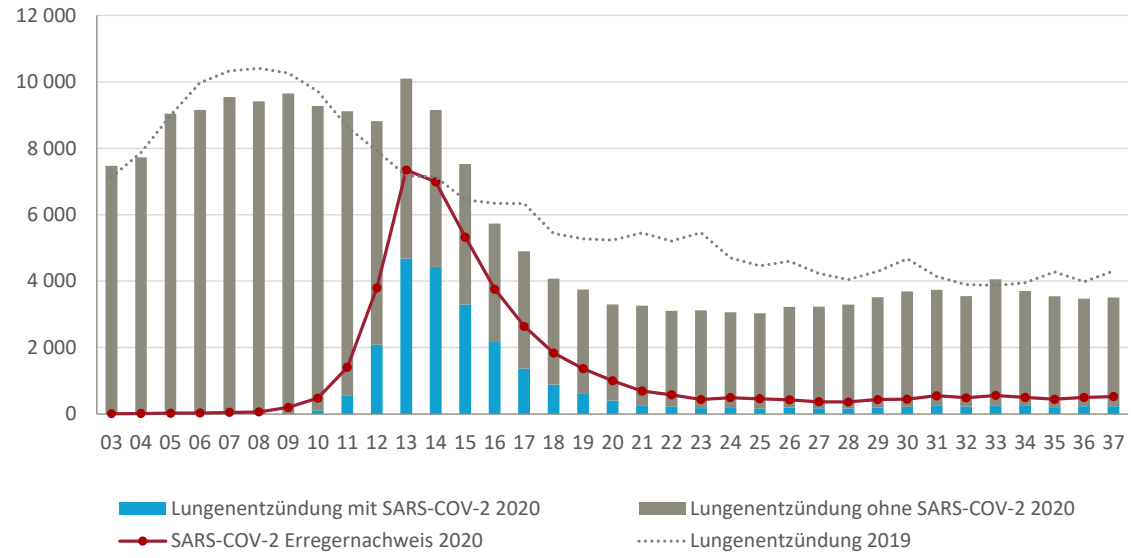
Anteil Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis nach Bettengröße 2020: Intensivmedizinische Versorgung und Anteil Betten



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 12

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Lungenentzündung nach KW der Aufnahme 2020 vs. 2019

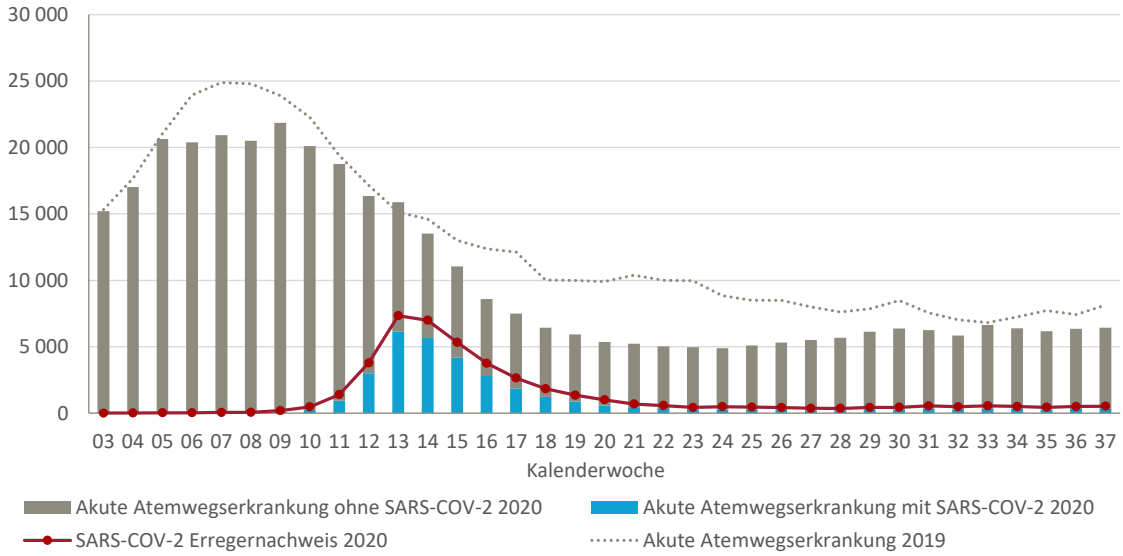


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 12 zeigt die Zahl der wöchentlichen Aufnahmen mit Hauptdiagnose Lungenentzündung mit und ohne SARS-CoV-2 Erregernachweis. Die Anzahl aller Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis (unabhängig von der Hauptdiagnose) ist als rote Linie dargestellt. Ab der KW 12 reduzierte sich die Anzahl der Aufnahmen mit Lungenentzündung ohne SARS-CoV-2 Erregernachweis während die Aufnahmen mit SARS-CoV-2 Erregernachweis anstiegen und damit die Fallzahl insgesamt in KW 13 bis 15 erhöhten. Im weiteren Verlauf gingen die wöchentlichen Auf-

nahmen wegen Lungenentzündung (mit und ohne SARS-CoV-2) wieder zurück. Dabei lag die Anzahl der Aufnahmen wegen Lungenentzündung deutlich unter dem Niveau des Jahres 2019. Die Krankenhaussterblichkeit bei Lungenentzündung ohne SARS-CoV-2 war im Jahr 2020 (bis KW 40) mit 10,9% höher als im Jahr 2019 (9,4%, Tabelle 7).

Schaubild 13
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose akute Atemwegserkrankung nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

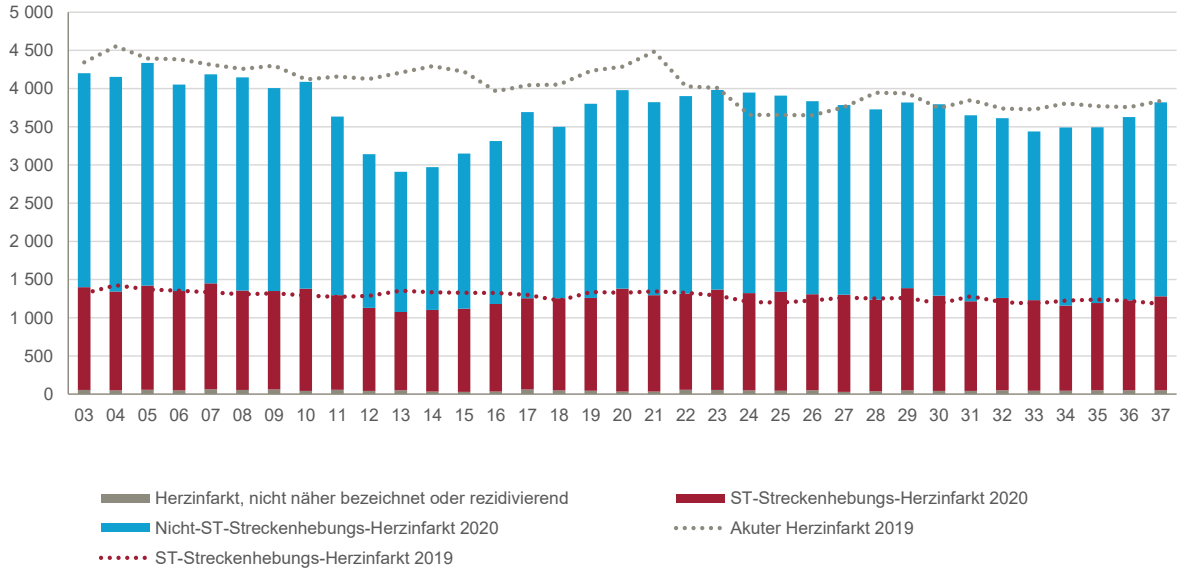
Um die Gesamtheit aller potenziell mit Covid-19 assoziierten Erkrankungen zu betrachten wurden in Schaubild 13 alle Behandlungsfälle mit Hauptdiagnosen akuter Atemwegserkrankungen oder Virusinfektionen (d.h. Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe, Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren), unterteilt nach dem Vorliegen eines SARS-CoV-2 Erregernachweises, dargestellt. Die Anzahl aller Behandlungsfälle mit SARS-CoV-2 Erregernachweis (unabhängig von der Hauptdiagnose) ist als rote Linie dargestellt. Im Vergleich zeigen sich auch hier saisonale Effekte im Jahr 2019. Insgesamt liegen die Behandlungsfallzahlen im Jahr 2020 unter denen des Jahres 2019 (über den gesamten Zeitraum -26%, Tabelle 7). Die Krankenhaussterblichkeit bei akuten Atemwegserkrankungen oder Virusinfektionen ohne SARS-CoV-2 war im Jahr 2020 (bis KW 40) mit 6,9% höher als im Jahr 2019 (5,8%, Tabelle 7).

II.2.2.3 Weitere, nicht planbare Behandlungen

Um mögliche Effekte durch die Freihaltung von Kapazitäten in Krankenhäusern während der ersten Welle der Covid-19 Pandemie auf die stationäre Versorgung von Notfallbehandlungen zu untersuchen, wurden verschiedene Gruppen nicht planbarer Erkrankungen und Behandlungen definiert.

Schaubild 14 zeigt die Anzahl der Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt, unterteilt nach dem Infarkttyp. Die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen aufgrund eines „typischen“ ST-Streckenhebungs-Herzinfarktes (STEMI) reduzierte sich von ca. 1 300 auf ca. 1 000 in den KW 12

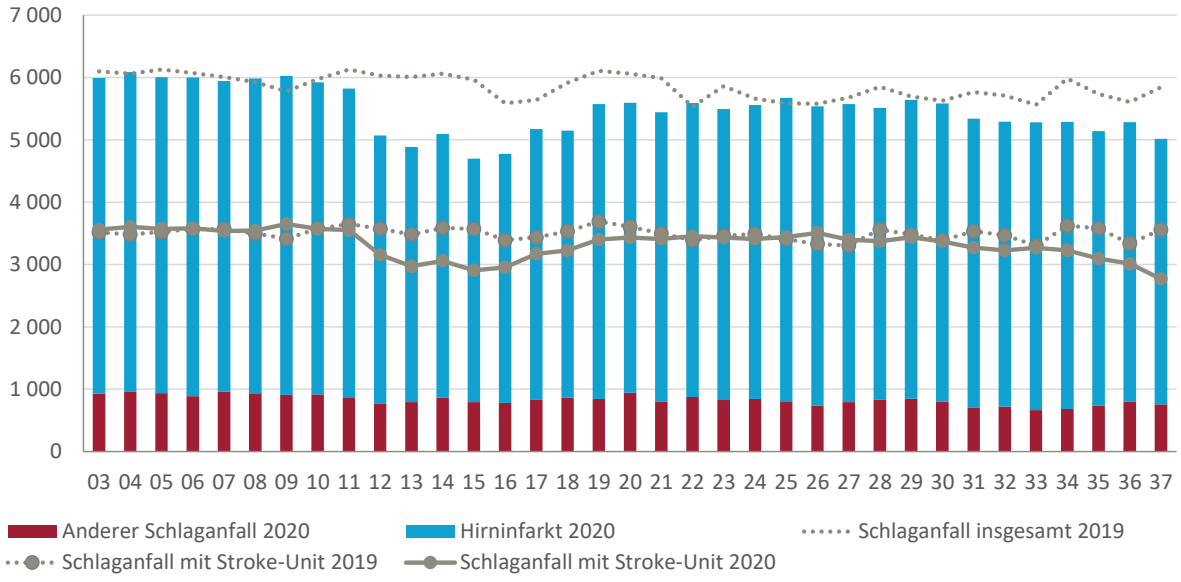
Schaubild 14
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

bis 15 und stieg anschließend wieder an. Bei den Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkten (NSTEMI) ist ein Einbruch von ca. 2 700 bis 2 900 wöchentlichen Aufnahmen auf 1 800 in KW 13 zu beobachten. Im Gegensatz zum STEMI lagen auch in den Sommermonaten die Fallzahlen unter denen des Vorjahres. Insgesamt lag dadurch die Anzahl der Aufnahmen wegen Herzinfarkt in den KW 03 bis 37 etwas unter dem Niveau des Vorjahres (-8%, Tabelle 8). Für STEMI und NSTEMI lag die Sterblichkeit exakt auf dem Vorjahresniveau, so dass sich kein Hinweis auf eine Selektion zugunsten der schwereren Fälle ergibt.

Schaubild 15
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Schlaganfall nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



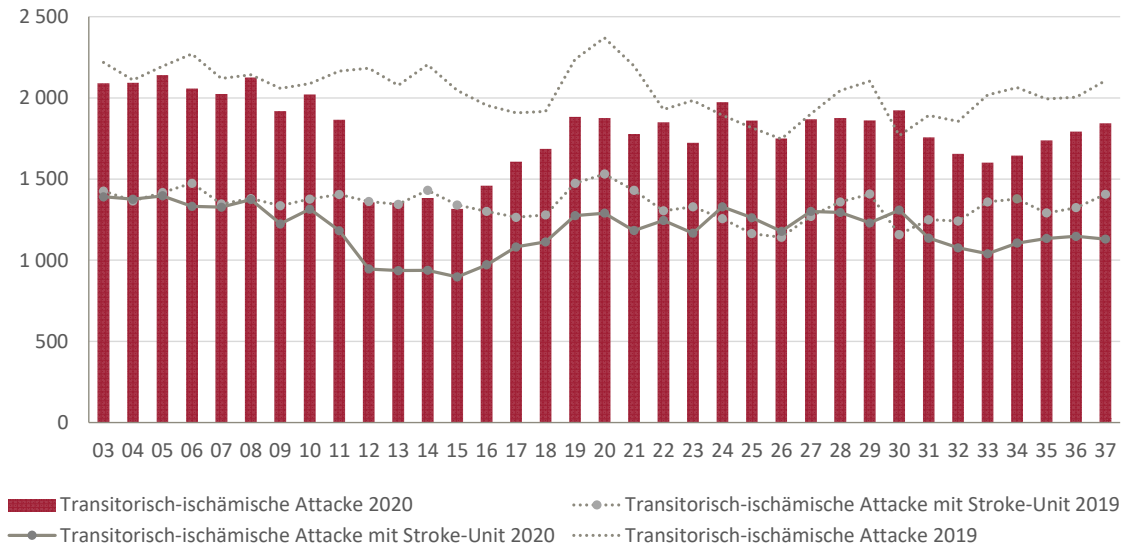
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall zeigt sich ein Rückgang ab KW 12 (ausgeprägt bis KW 15, aber auch noch bis KW 21 und wieder ab KW 34), insbesondere bei den Hirninfarkten. Der Anteil der Schlaganfallpatienten, die auf einer Stroke Unit (im Sinne der OPS-Kodes für neurologische oder internistische Komplexbehandlung) versorgt wurden, lag im gesamten Zeitraum bei 61% und war damit vergleichbar mit dem Vorjahreszeitraum (60%). Insgesamt lag die Anzahl der Aufnahmen in den KW 03 bis 37 etwas unter dem Niveau des Vorjahres (-6%, Tabelle 8). Auch beim Schlaganfall lag die Sterblichkeit exakt auf dem Vorjahresniveau.

Schaubild 16

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose transitorische ischämische Attacke nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



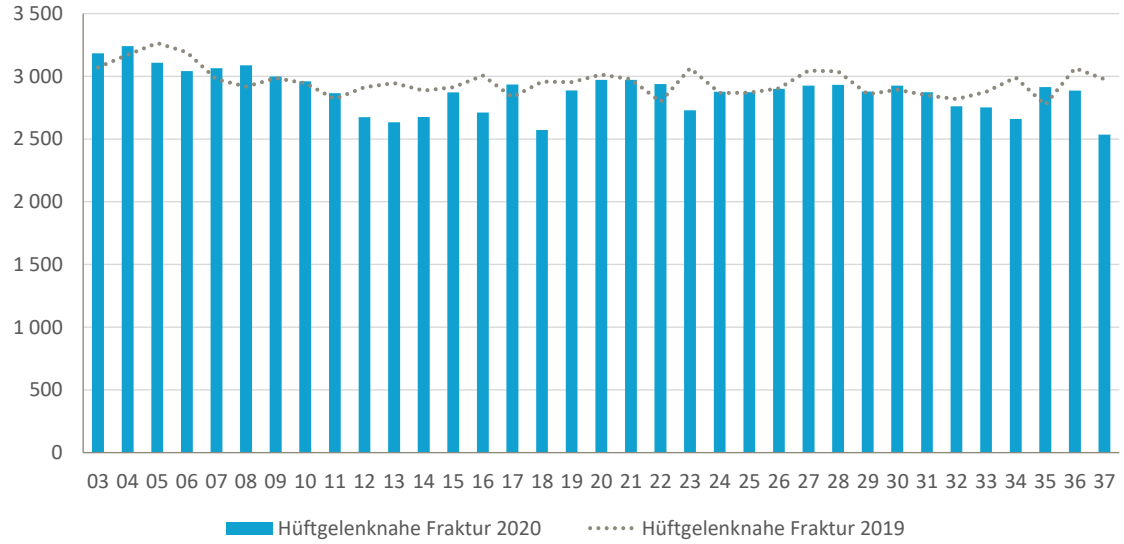
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Aufnahmen mit der Hauptdiagnose Transitorische Ischämische Attacke (TIA) ist ebenfalls der charakteristische Einbruch der Fallzahlen ab KW 12 zu beobachten. Der Anteil der aufgenommenen TIA-Patienten, die auf einer Stroke Unit (im Sinne der OPS-Kodes für neurologische oder internistische Komplexbehandlung) versorgt wurden, lag im gesamten Zeitraum bei 66% und war damit im Vergleich zum Vorjahreszeitraum unverändert. Insgesamt war der Rückgang der Aufnahmen wegen TIA im Vergleich zum Vorjahr doppelt so stark ausgeprägt (-12%) wie bei den Aufnahmen wegen Schlaganfall (Tabelle 8).

Die Anzahl der Aufnahmen wegen hüftgelenknaher Fraktur blieb im Jahr 2020 vergleichsweise stabil (Schaubild 17) und war insgesamt nur ca. 3% geringer als im Vergleichszeitraum 2019 (Tabelle 8). Die Sterblichkeit blieb gegenüber 2019 gleich.

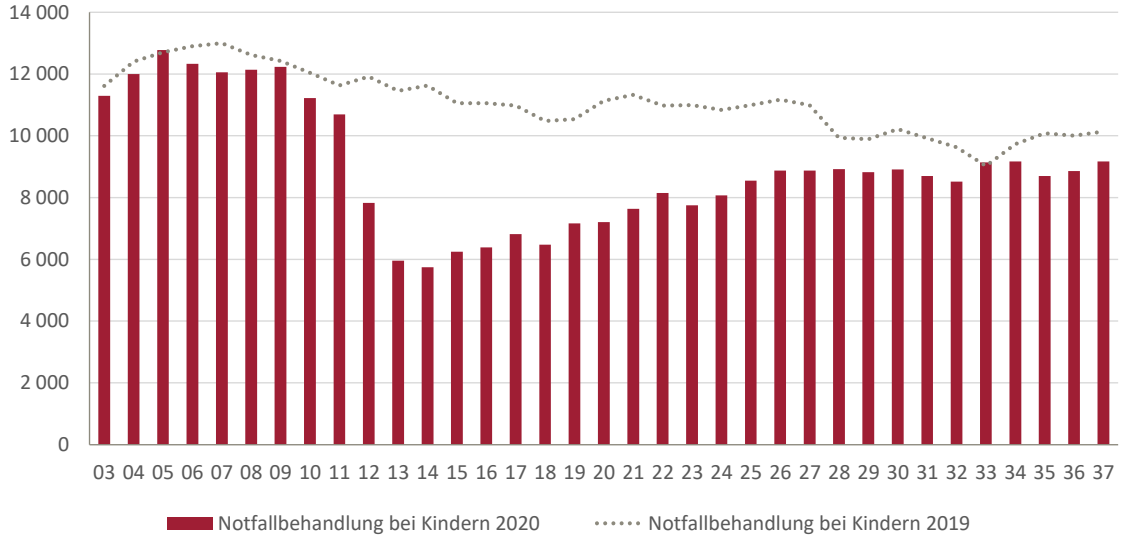
Notfallaufnahmen (d.h. stationäre Aufnahme ohne Einweisung) bei Kindern bis 14 Jahren zeigten in der KW 12 einen Einbruch um 24% (Schaubild 18). Auch im weiteren Verlauf wurde weder das Niveau des Jahresbeginns noch das der vergleichbaren Vorjahreswochen erreicht. Insgesamt wurden damit im Vergleich zu 2019 deutlich weniger Notfallaufnahmen bei Kindern beobachtet (-19%, Tabelle 8).

Schaubild 17
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Hüftgelenknahe Fraktur nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

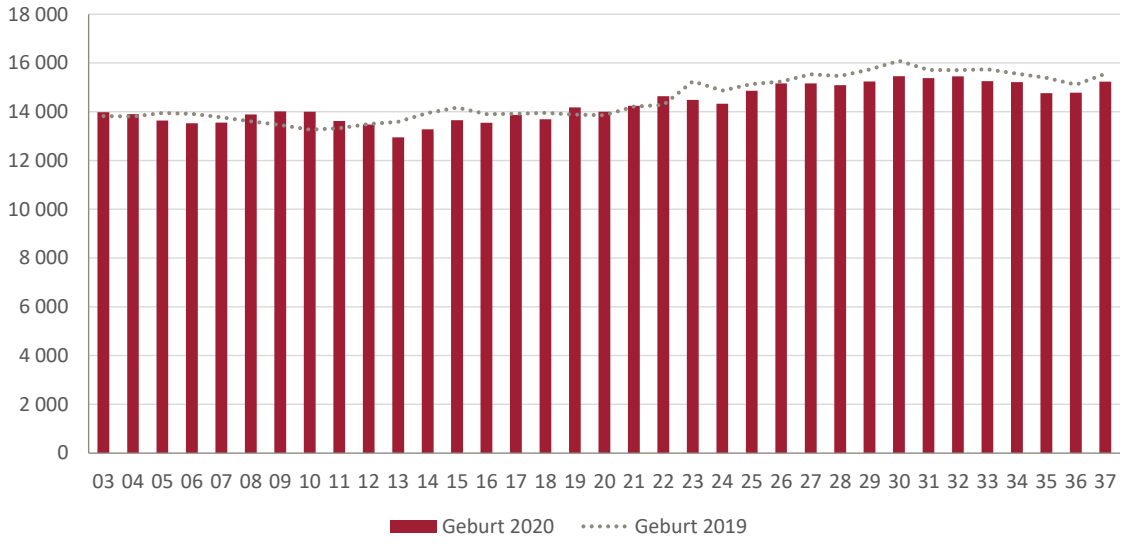
Schaubild 18
Notfallbehandlungen (Aufnahmeanlass N) bei Kindern nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

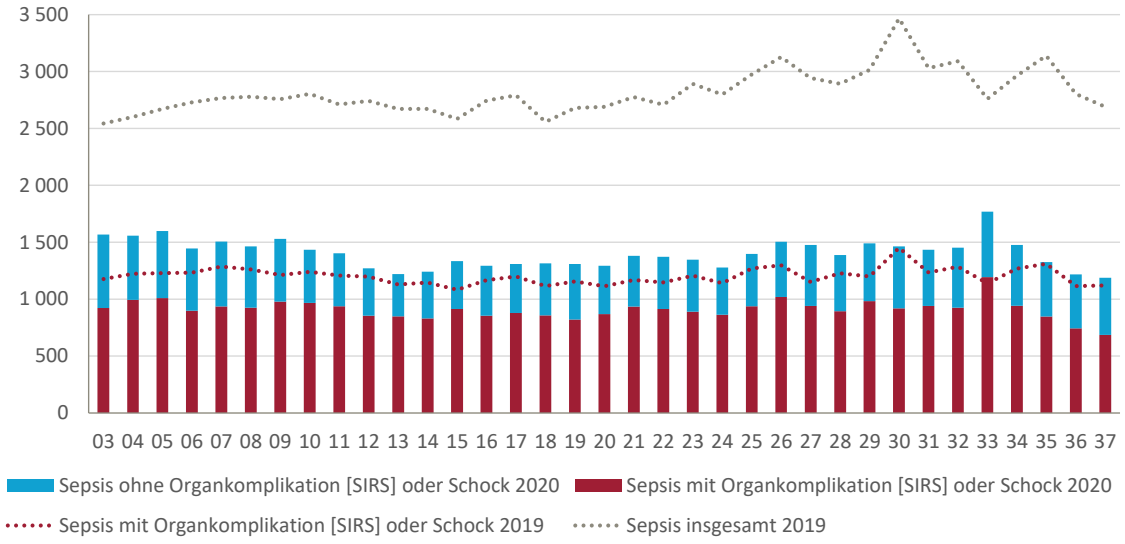
Die Anzahl der Entbindungen (in Krankenhäusern) war sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2020 in den Sommermonaten etwas höher als zum Jahresbeginn. Ein deutlicher Zusammenhang mit dem Covid-19 Pandemiegeschehen lässt sich erwartungsgemäß nicht erkennen (Schaubild 19).

Schaubild 19
Entbindungen nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 20
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Sepsis nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Sepsis waren die Fallzahlen ab der KW 12 insbesondere in der Gruppe "Sepsis ohne Organkomplikation [SIRS] oder Schock" etwas rückläufig und stiegen im weiteren Verlauf wieder an. Die Behandlungsfallzahlen bei Sepsis mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock blieben (abgesehen von einer nicht erklärbaren Zunahme in KW 33) weitgehend unverändert und schwankten zwischen ca. 800 und 1 000 aufgenommenen Behand-

Tabelle 8

Weitere, nicht planbare Behandlungen

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Herzinfarkt insgesamt			
Anzahl Fälle	141 655	130 966	-10 689 (-8%)
Anteil Todesfälle	8,0%	8,0%	
Alter Median (IQR)	71 (60-80)	70 (60-80)	
Davon: ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt			
Anzahl Fälle	*44 956*	*43 195*	*-1 761 (-4%)*
Anteil Todesfälle	*11,8%*	*11,8%*	
Alter Median (IQR)	*65 (56-77)*	*65 (56-76)*	
Davon: Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt			
Anzahl Fälle	*94 594*	*86 062*	*-8 532 (-9%)*
Anteil Todesfälle	*5,5%*	*5,5%*	
Alter Median (IQR)	*74 (62-81)*	*73 (62-81)*	
HD Schlaganfall insgesamt			
Anzahl Fälle	204 810	192 030	-12 780 (-6%)
Anteil Todesfälle	8,7%	8,8%	
Alter Median (IQR)	76 (65-83)	76 (65-83)	
Anteil mit Stroke Unit Behandlung	60%	61%	
Davon: HD Hirninfarkt			
Anzahl Fälle	*173 627*	*163 011*	*-10 616 (-6%)*
Anteil Todesfälle	*6,5%*	*6,6%*	
Alter Median (IQR)	*77 (66-83)*	*77 (66-83)*	
HD Transitorische Ischämische Attacke			
Anzahl Fälle	71 588	62 762	-8 826 (-12%)
Anteil Todesfälle	0,3%	0,3%	
Alter Median (IQR)	75 (63-82)	75 (63-82)	
Anteil mit Stroke Unit Behandlung	66%	66%	
HD Hüftgelenknahe Fraktur			
Anzahl Fälle	103 432	100 826	-2 606 (-3%)
Anteil Todesfälle	5,0%	5,1%	
Alter Median (IQR)	82 (76-88)	83 (76-88)	
Aufnahmeanlass "Notfall" bei Kindern			
Anzahl Fälle	387 487	313 413	-74 074 (-19%)
Entbindung im Krankenhaus			
Anzahl Fälle	508 207	501 513	-6 694 (-1%)
Sepsis insgesamt			
Anzahl Fälle	98 539	49 036	-49 503 (-50%)
Anteil mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock	43%	65%	
Sepsis mit Organkomplikation [SIRS]/Schock			
Anzahl Fälle	42 087	31 849	-10 238 (-24%)
Anteil Todesfälle	30%	34%	
Alter Median (IQR)	76 (66-83)	76 (65-83)	
Sepsis ohne Organkomplikation [SIRS]/Schock			
Anzahl Fälle	56 452	17 187	-39 265 (-70%)
Anteil Todesfälle	6%	13%	
Alter Median (IQR)	76 (64-83)	77 (64-83)	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37. Der Anteil der Todesfälle sowie der Altersverteilung beziehen sich für 2020 auf den Zeitraum KW 01 bis KW 40, für 2019 auf den Gesamtjahreszeitraum. HD: Hauptdiagnose; IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

lungsfällen pro Woche. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Aufnahmen wegen Sepsis im Jahr 2020 deutlich geringer (-50%, Tabelle 8). Dies ist vermutlich auf die im Jahr 2020 in Kraft getretene Änderung der Kodierrichtlinien (Entkopplung der Kodierung von Sepsis und SIRS) vor dem Hintergrund der neugefassten Sepsisdefinition (Sepsis liegt nur dann vor, wenn auch Organkomplikation vorhanden ist) zurückzuführen, während der Einfluss des Covid-19 Pandemiegeschehens gering sein dürfte. Die im Vergleich zu 2019 höhere Krankenhaussterblichkeit im Jahr 2020 (Tabelle 8) spricht dafür, dass nunmehr nur noch schwere Sepsisfälle als solche kodiert werden, während die „leichteren" Fälle nicht mehr unter die Sepsisdefinition fallen und deshalb mit der hier verwendeten Falldefinition im Jahr 2020 nicht mehr erfasst werden.

II.2.2.4 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Ebenso wurden mögliche Effekte durch die Freihaltung von Kapazitäten in Krankenhäusern während der ersten Welle der Covid-19 Pandemie auf die stationäre Versorgung von Patienten mit bösartigen Neubildungen untersucht; dafür wurden planbare Operationen bei fünf Arten von Neubildungen (Dickdarm, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse und Brust) untersucht. Bei allen fünf sind das Durchschnittsalter der Patienten sowie die Sterblichkeit unverändert. Der Fallzahlrückgang ist mit -7% über den Zeitraum KW 3 bis KW 37 halb so ausgeprägt wie insgesamt (Tabelle 9).

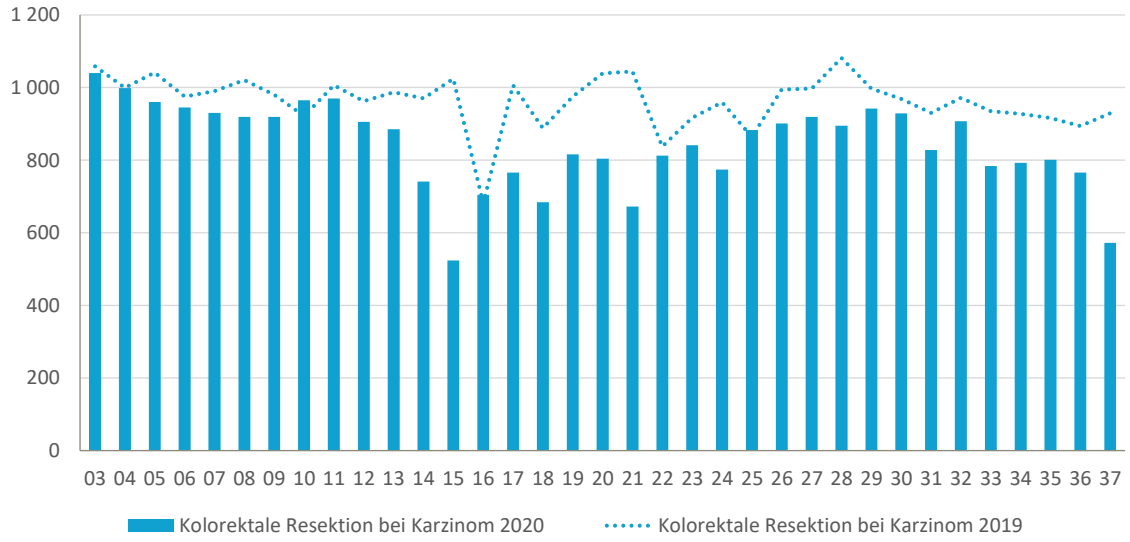
Tabelle 9
Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Kolorektale Resektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	33 682	29 493	-4 189 (-12%)
Anteil Todesfälle	4,3%	4,2%	
Alter Median (IQR)	72 (62-80)	71 (62-80)	
Speiseröhrenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	2 243	2 211	-32 (-1%)
Anteil Todesfälle	6,3%	6,1%	
Alter Median (IQR)	65 (58-72)	65 (58-72)	
Magenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	4 271	3 844	-427 (-10%)
Anteil Todesfälle	6,2%	5,4%	
Alter Median (IQR)	71 (61-79)	70 (61-78)	
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	4 550	4 377	-173 (-4%)
Anteil Todesfälle	7,9%	7,2%	
Alter Median (IQR)	70 (61-77)	69 (61-77)	
Mammaresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	51 652	49 497	-2 155 (-4%)
Anteil Todesfälle	0,06%	0,04%	
Alter Median (IQR)	63 (52-74)	63 (52-73)	
Betrachtete planbare Operationen bei bösartigen Neubildungen			
Anzahl Fälle	*96 398*	*49 497*	*-6 976 (-7%)*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37. Der Anteil der Todesfälle sowie die Altersverteilung beziehen sich für 2020 auf den Zeitraum KW 01 bis KW 40, für 2019 auf den Gesamtjahreszeitraum. IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

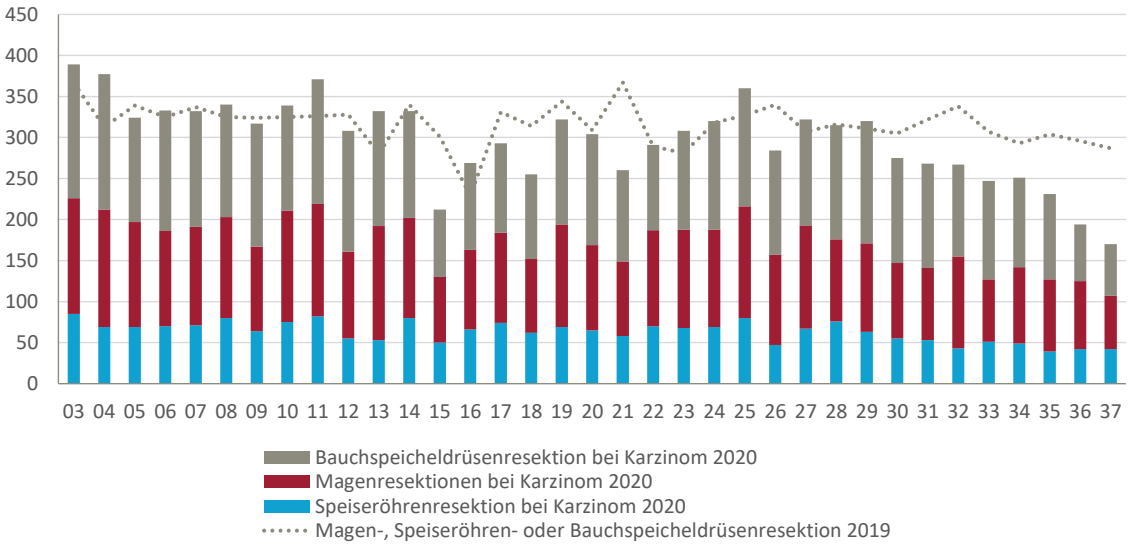
Die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen zur kolorektalen Resektion bei Karzinom zeigte im Jahr 2020 in der KW 15 sowie im Jahr 2019 in der KW 16 einen deutlichen Einbruch, der in beiden Jahren mit den Osterfeiertagen zusammenfällt (Schaubild 21). Insgesamt lag die Anzahl der Behandlungsfälle im Jahr 2020 mit ca. -12% unter dem Niveau des Vorjahreszeitraums (Tabelle 9).

Schaubild 21
Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 22
Anzahl Behandlungsfälle mit Magen-, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019

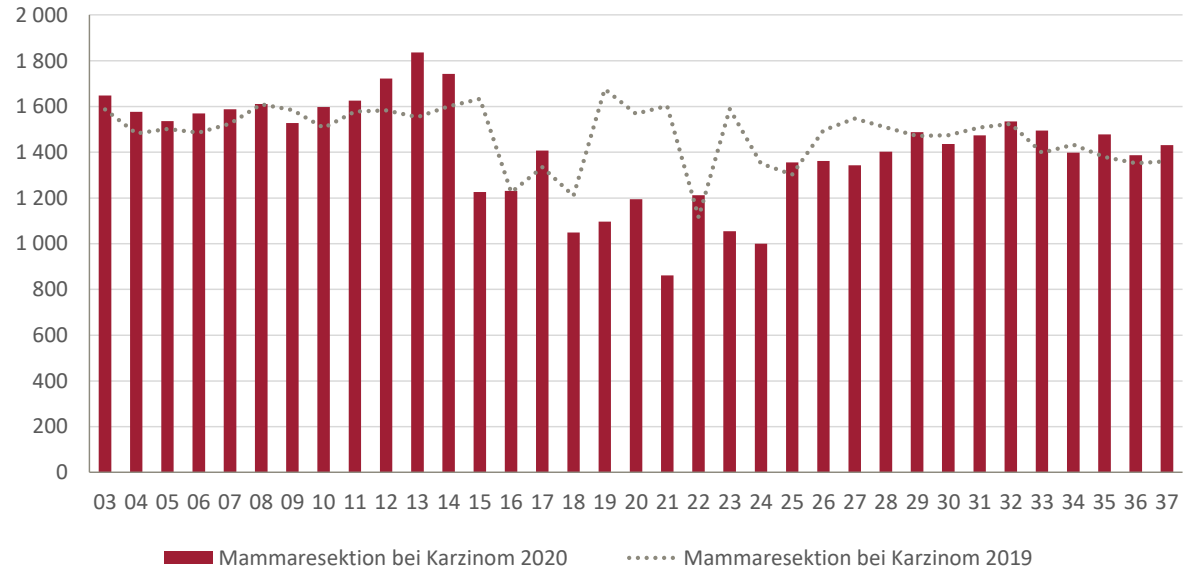


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Weil es sich bei Magen-, Bauchspeicheldrüsen- oder Speiseröhrenresektion wegen bösartiger Neubildung um vergleichsweise seltene Behandlungen handelt, deren Häufigkeit im Zeitverlauf zufallsbedingten Schwankungen unterliegen kann, werden diese Schaubild 22 zusammengefasst

dargestellt. Es zeigt sich ein Einbruch der Fallzahlen in der KW 15 des Jahres 2020 (KW 16 in 2019, jeweils an Ostern) mit anschließend wieder steigenden Zahlen, die jedoch Schwankungen unterworfen sind. Der Rückgang der Fallzahlen in den KW 35, 36 und 37 des Jahres 2020 könnte ein Artefakt durch zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch nicht entlassene (und damit nicht erfasste) Patientinnen und Patienten sein.

Schaubild 23
Anzahl Behandlungsfälle mit Mammaresektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich bei Mammaresektionen bei Patientinnen mit Brustkrebs, wobei der Rückgang mit -4% verhältnismäßig gering ausfiel.

II.2.2.5 Typische planbare Operationen

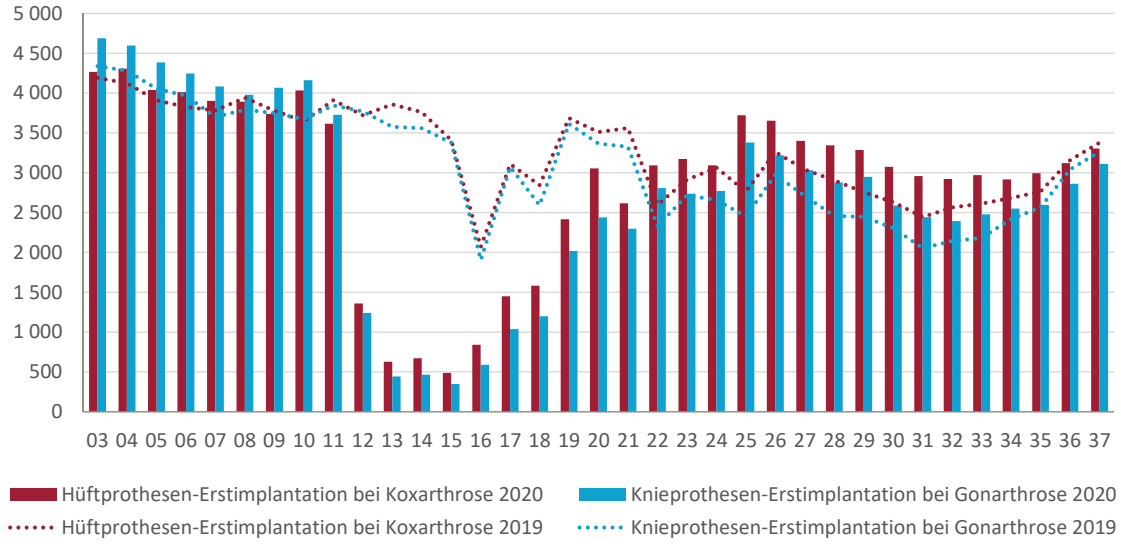
Des Weiteren wurden typische planbare Operationen betrachtet, die im Fokus von Politik und Öffentlichkeit hinsichtlich der aktiven „Freihaltung“ standen, und zwar Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenks-Endoprothesen bei Kox- bzw. Gonarthrose einerseits sowie Gallenblasenentfernungen bzw. Herniotomien andererseits. Während der Rückgang der Fallzahlen insgesamt knapp dem Durchschnitt entspricht, ist er ausschließlich durch den Zeitraum KW 12 bis KW 21 bedingt.

Der Einbruch der Krankenhausaufnahmen zur Durchführung einer elektiven Hüft- oder Knieprothesen-Erstimplantation ab der KW 12 reduzierte die Fallzahlen um ca. 85% (Hüfte) bzw. 90% (Knie). In den KW 12 (Mitte März) bis 16 (Mitte April) lagen die Fallzahlen auf dem Tiefststand. Im weiteren Verlauf stiegen die Fallzahlen wieder an. Ab der KW 22 waren im Vergleich zum Vorjahr höhere Fallzahlen zu beobachten (Schaubild 24). Dies deutet darauf hin, dass in diesem Zeitraum die ab der KW 12 verschobenen Eingriffe teilweise nachgeholt wurden (als Ausnahme aller betrachteten Patientengruppen). Insgesamt wurden jedoch im Jahr 2020 weniger elektive Prothesen-Erstimplantationen durchgeführt als im Vorjahreszeitraum (Hüfte -11%, Knie -12%, Tabelle 10).

Schaubild 24

Anzahl Behandlungsfälle mit Hüft- oder Knieprothesenerstimplantation nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle 10

Typische planbare Operationen

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose			
Anzahl Fälle	114 155	101 926	-12 229 (-11%)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose			
Anzahl Fälle	108 279	94 803	-13 476 (-12%)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden			
Anzahl Fälle	103 700	93 941	-9 759 (-9%)
Herniotomie ohne Darmoperation			
Anzahl Fälle	152 053	126 340	-25 713 (-17%)
Betrachtete typische planbare Operationen insgesamt			
Anzahl Fälle	*478 187*	*417 010*	*-61 177 (-13%)*

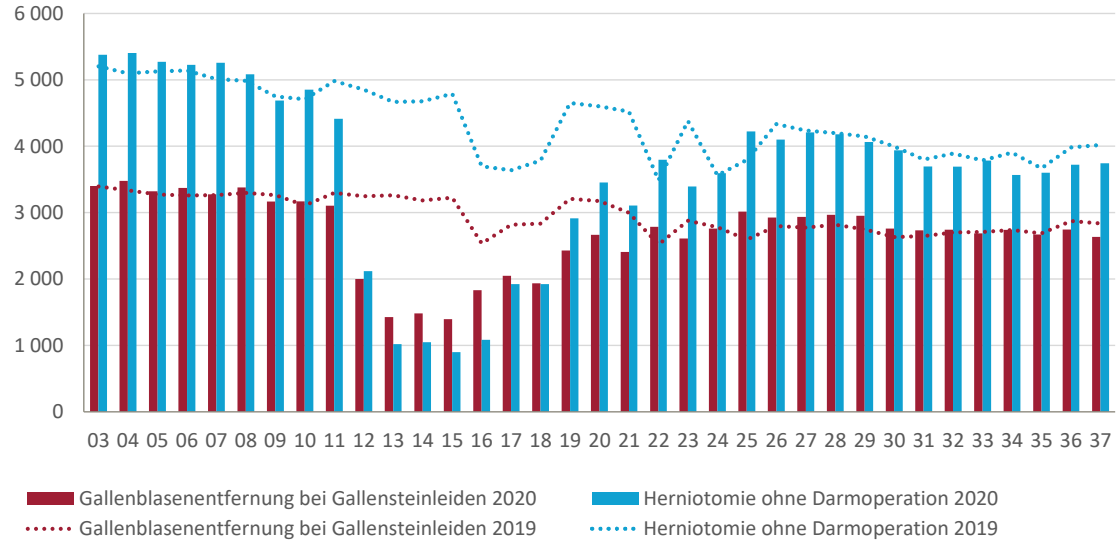
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37.

Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen zur Durchführung einer Gallenblasenentfernung oder Herniotomie brachen ab der KW 12 stark ein. In den KW 13 (Ende März) bis 16 (Mitte April) lagen die Fallzahlen auf dem Tiefststand (Schaubild 25). Die Anzahl der Gallenblasenentfernungen hatte sich in diesem Zeitraum in etwa halbiert, während die Anzahl der Herniotomien im Vergleich zu den vorangegangenen Wochen auf ca. ein Fünftel reduziert war. Ab KW 17 stiegen die Fallzahlen wieder an; im Gegensatz zu den Gelenkimplantationen zeigte sich aber kein Nachholeffekt. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum reduzierte sich die Anzahl Behandlungsfälle bei Herniotomien stärker (-17%) als bei Gallenblasenentfernungen (-9%, Tabelle 10).

Schaubild 25

Anzahl Behandlungsfälle mit Gallenblasenentfernung oder Herniotomie nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II.2.2.6 Ambulant-sensitive Behandlungen

Schließlich wurden die sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (auch „potentiell vermeidbare“ Krankenhausfälle genannt) betrachtet; diese gelten international als Indikator für eine unzureichende ambulante Behandlung, da sie primär bei entweder unzureichender ambulanter Behandlung oder vermeidbaren Komplikationen auftreten sollten. Sie können aber auch als ein Indikator für genutzte Überkapazitäten des stationären Sektors dienen. Die OECD zählt zu dieser Gruppe Diabetes, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, COPD und Asthma (jeweils als Hauptdiagnose). In der vorliegenden Auswertung wurden alle Behandlungsfälle mit entsprechenden Hauptdiagnosen bei Erwachsenen (Alter ab 20 Jahre) betrachtet.

Innerhalb der EU lag Deutschland 2015 mit 6,3% ambulant-sensitiven als Anteil an allen Krankenhausfällen hinter Bulgarien, Rumänien und Polen an vierter Stelle (bezogen auf die Bevölkerung hinter Bulgarien und Rumänien an Platz 3; vgl. Abb. 2.3 in OECD Health at a Glance Europe 2018). Es wäre also zu erwarten, dass in der betrachteten Periode bis September 2020 weniger solcher potentiell vermeidbaren stationären Behandlungen stattgefunden haben. Dies war mit -15% auch tatsächlich der Fall, und zwar – mit gewissen Einschränkungen beim Bluthochdruck – bis September anhaltend (Tabelle 11). Dass sich diese Entwicklung verstetigt, d. h. dauerhaft zu beobachten sein wird, ist somit zumindest nicht unwahrscheinlich.

Bei erwachsenen Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Asthma (Schaubild 26) zeigt sich im Jahr 2020 der charakteristische Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Nach dem anschließenden Wiederanstieg der wöchentlichen Aufnahmen blieben die Fallzahlen jedoch deutlich unter dem Niveau des Vorjahres (insgesamt -27%, Tabelle 11).

Tabelle 11
Ambulant-sensitive Behandlungen

Kennzahlen	2019	2020	Differenz
HD Asthma			
Anzahl Fälle	16 173	11 852	-4 321 (-27%)
Anteil Todesfälle	0,5%	0,5%	
Alter Median (IQR)	56 (40-72)	56 (40-72)	
HD Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)			
Anzahl Fälle	160 304	118 254	-42 050 (-26%)
Anteil Todesfälle	4,0%	4,5%	
Alter Median (IQR)	71 (63-79)	71 (63-79)	
HD Diabetes mellitus			
Anzahl Fälle	127 742	106 253	-21 489 (-17%)
Anteil Todesfälle	1,8%	1,9%	
Alter Median (IQR)	69 (56-79)	69 (56-80)	
HD Herzinsuffizienz			
Anzahl Fälle	335 021	291 807	-43 214 (-13%)
Anteil Todesfälle	7,8%	8,1%	
Alter Median (IQR)	81 (74-86)	81 (73-86)	
HD Bluthochdruck			
Anzahl Fälle	162 096	152 821	-9 275 (-6%)
Anteil Todesfälle	0,2%	0,2%	
Alter Median (IQR)	72 (60-81)	73 (61-81)	
Alle fünf Diagnosen			
Anzahl Fälle	*801 336*	*680 987*	*-120 349 (-15%)*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Die Fallzahlen beziehen sich jeweils auf den Zeitraum KW 03 bis KW 37. Der Anteil der Todesfälle sowie die Altersverteilung beziehen sich für 2020 auf den Zeitraum KW 01 bis KW 40, für 2019 auf den Gesamtjahreszeitraum. HD: Hauptdiagnose; IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

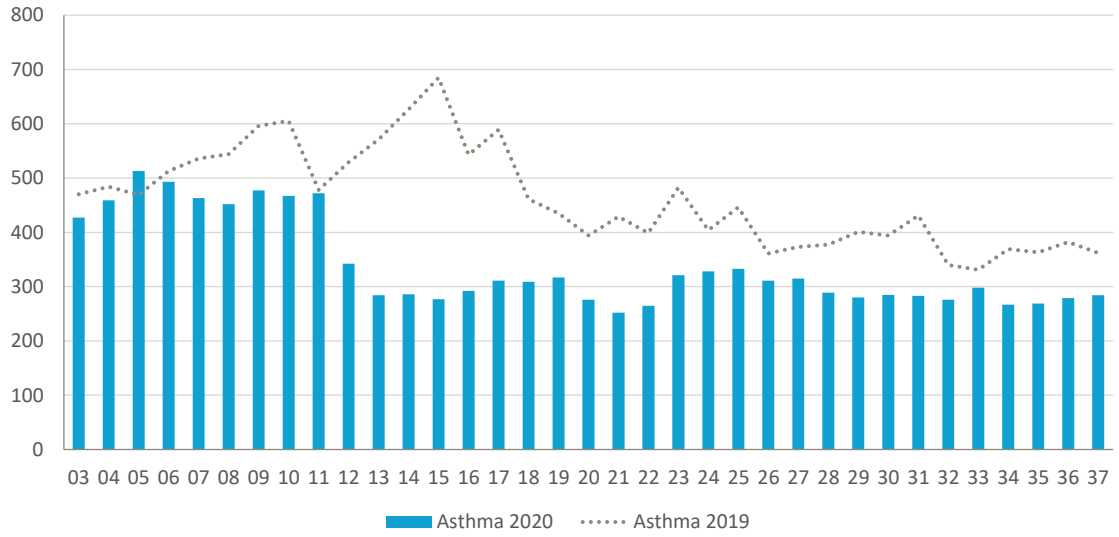
Auch bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (Schaubild 27) zeigt sich im Jahr 2020 der charakteristische Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Nach dem anschließenden Wiederanstieg der wöchentlichen Aufnahmen blieben die Fallzahlen jedoch deutlich unter dem Niveau des Vorjahres (insgesamt -26%, Tabelle 11).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Diabetes (Schaubild 28) mit dem charakteristischen Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Nach dem anschließenden Wiederanstieg der wöchentlichen Aufnahmen blieben die Fallzahlen jedoch auch hier unter dem Niveau des Vorjahres (insgesamt -17%, Tabelle 11).

Schaubild 26

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Asthma nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019

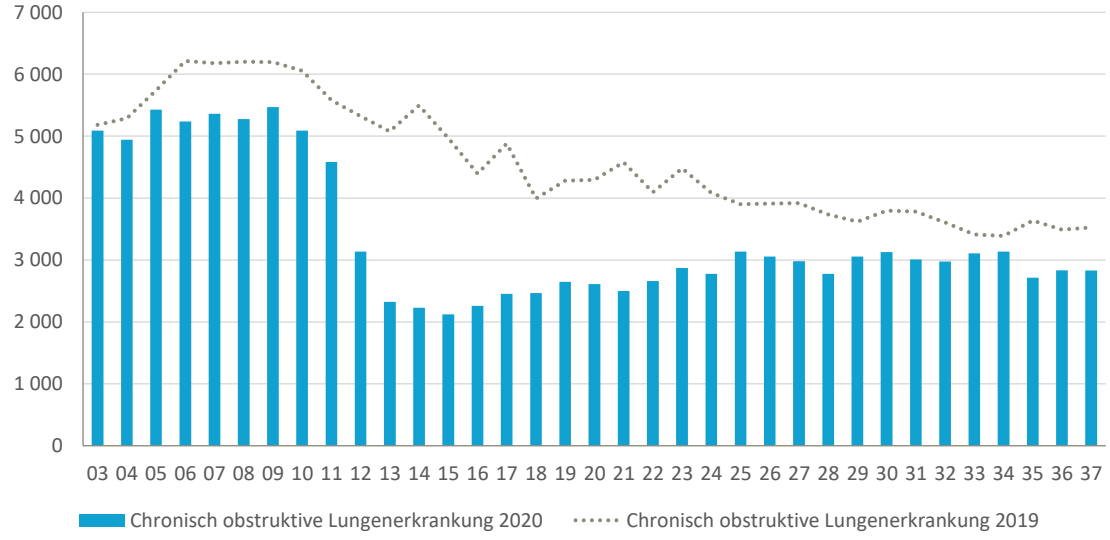


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 27

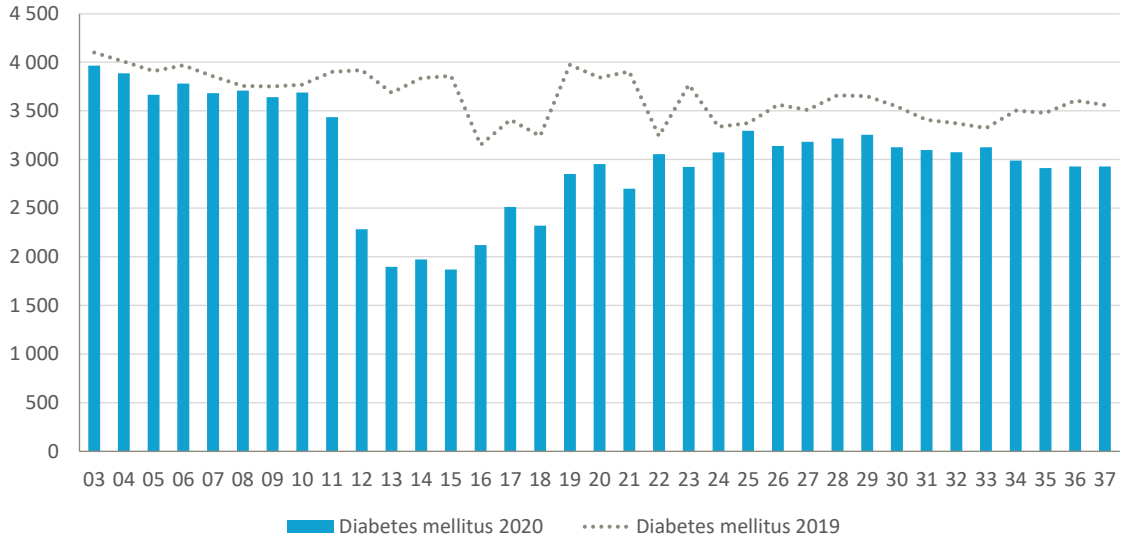
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Chronische obstruktive Lungenerkrankung nach KW der Aufnahme

2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

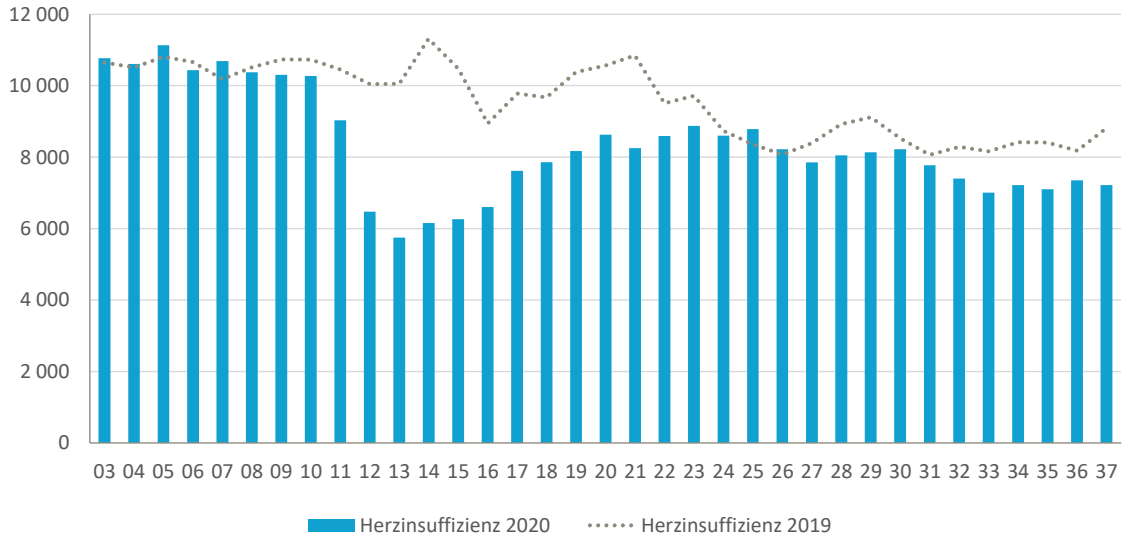
Schaubild 28
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Diabetes mellitus nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Auch bei den Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Schaubild 29) zeigt sich der charakteristische Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Trotz eines anschließenden Wiederanstiegs der wöchentlichen Aufnahmen blieben die Fallzahlen jedoch auch hier unter dem Niveau des Vorjahres (insgesamt -13%, Tabelle 11).

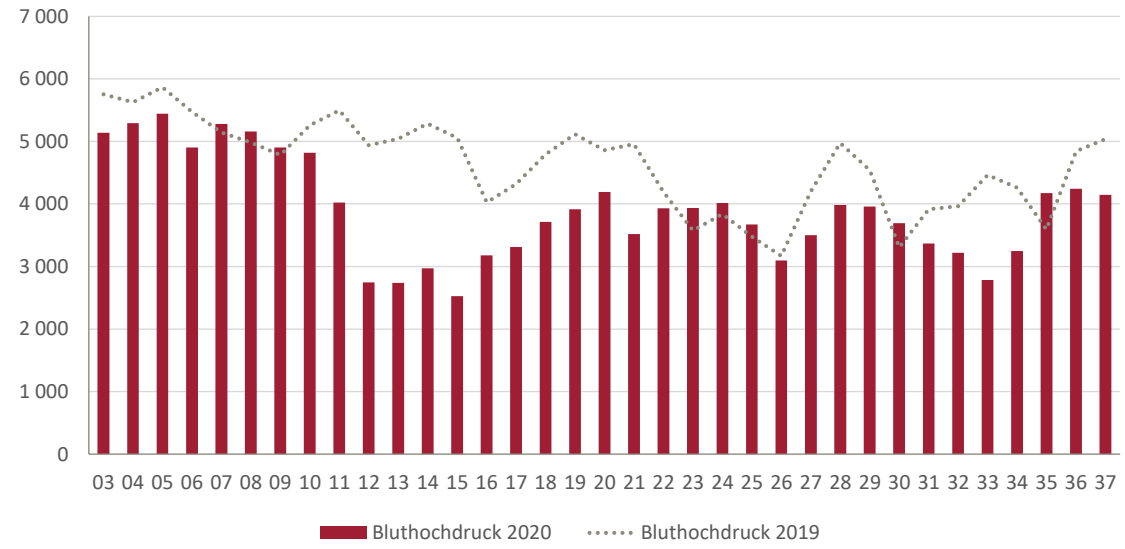
Schaubild 29
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Auch bei den Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Bluthochdruck (Schaubild 30) zeigt sich der charakteristische Einbruch der Behandlungsfallzahlen ab der KW 12. Der anschließende Wiederanstieg der wöchentlichen Aufnahmen führte dazu, dass die Fallzahlen hier in einzelnen Wochen das Vorjahresniveau wieder erreichten. Insgesamt war ein mäßiger Abfall der Fallzahlen um -6% zu (Tabelle 11).

Schaubild 30
Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Bluthochdruck nach KW der Aufnahme
2020 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

II.3 Übersterblichkeit

An dieser Stelle sei noch ein letzter Indikator aufgeführt, um mögliche negative Folgen einer Wenigerversorgung im stationären Sektor zu quantifizieren – die sog. Übersterblichkeit, also die Todesfälle in der gesamten Bevölkerung, die im Vergleich zu Vorperioden zusätzlich zu verzeichnen sind. Derzeit werden sie häufig nur in Bezug auf Covid-19 betrachtet, also um festzustellen, ob die an oder mit SARS-CoV-2 gestorbenen Personen zusätzlich verstorben sind. Aber auch Patienten mit potentiell tödlichen Notfällen wie Herzinfarkten oder Schlaganfällen, die nicht, verzögert oder nicht adäquat versorgt werden, würden zu einer Übersterblichkeit führen. Für die 7 Monate März bis September lag die Sterblichkeit 2020 um 8 000 Personen höher als 2019, um 11 000 niedriger als 2018 und um 29 000 höher als 2017 – d.h. gegenüber dem Schnitt der drei Vorjahre um ca. 9 000 Personen höher (Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung Sterbefälle vom 03.10.20). Dies entspricht fast der Zahl an Covid-19 verstorbenen Personen (9 500 laut RKI-Situationsbericht zum 01.10. 0h). Es gibt diesbezüglich daher keine Hinweise auf eine systematisch erhöhte Sterblichkeit an anderen Todesursachen.

II.4 Fazit

Im betrachteten Zeitraum von Januar bis September 2020 gab es in Deutschland seit Beginn der Covid-Pandemie Mitte März durchgehend weniger stationäre Fälle, und zwar im Zeitraum bis Ende Mai um ca. -30% und im Zeitraum Juni bis September um ca. -10% (jeweils ggü. 2019). Dies betraf sowohl „Notfälle“ als auch – in stärkerem Umfang – eingewiesene Fälle.

Der Rückgang war hinsichtlich bestimmter Fälle, nämlich den elektiven Operationen, die allerdings nur einen Bruchteil des Rückgangs erklären (und wo sich der Einbruch am schnellsten erholt hat und bei Hüft- und Kniegelenks-Implantationen sogar ein kleiner Nachholeffekt zu beobachten ist), erwünscht, hinsichtlich anderer Krankheitsbilder aber – zumindest in diesem Ausmaß – für die meisten unerwartet. Dadurch wurden auch potentielle negative Wirkungen etwa hinsichtlich Herzinfarkten, Schlaganfällen oder Krebsbehandlungen in Öffentlichkeit und Politik diskutiert.

Die vorliegende Auswertung konnte zeigen, dass der Rückgang die diversen MDC sehr unterschiedlich betraf (mit Polytraumata und Geburten an einem Ende des Spektrums und HIV am anderen). Bei praktisch allen Diagnose(gruppen), bei denen die vorliegenden Routinedaten eine Einteilung in „dringend(er)“ und „weniger dringend“ bzw. „vermeidbar“ erlaubt, zeigt sich, dass der Rückgang bei ersten wesentlich weniger ausgeprägt war (hinsichtlich der Höhe und Dauer des Rückgangs) als bei letzteren. Insbesondere bei den ambulant-sensitiven Indikationen ist ein bleibender Einbruch zu verzeichnen. Das verdeutlich, dass das Inanspruchnahmeverhalten eine deutlich größere Rolle als die Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser gespielt hat. Auch der ausgeprägtere Rückgang der Fallzahlen in kleineren Krankenhäusern (mit vergleichsweise wenigen Intensivbetten) spricht dafür.

Allerdings spricht die fehlende Übersterblichkeit (über die Covid-19-Fälle hinaus) dagegen, dass der Rückgang an stationären Fällen die Sterblichkeit der nicht oder verspätet stationär behandelten Patienten erhöht hat.

Anhang

Tabelle A 1

Änderungsraten von Kennzahlen der somatischen Krankenhäuser (DRG) nach verschiedenen Krankenhauskategorien

2019 bis 2020

		Kranken-häuser	Betten	Fälle	Belegungs-tage	Fehltage	CMI	Casemix	VWD	Auslastung in %
Krankenhausgröße										
bis 49 Betten	2019	135	4 300	127 613	928 213		0,749	95 549	7,3	79%
	2020	135	4 224	112 121	798 198	154 593	0,777	87 082	7,1	69%
	Delta, in %[1]		*-1,8%*	*-12,1%*	*-14,0%*		*3,7%*	*-8,9%*	-2,1%	-9,8
50 bis 99 Betten	2019	182	13 688	361 658	3 045 518		0,846	305 827	8,4	81%
	2020	182	13 233	305 131	2 559 149	485 608	0,881	268 868	8,4	71%
	Delta, in %[1]		*-3,3%*	*-15,6%*	*-16,0%*		*4,2%*	*-12,1%*	-0,4%	-10,6
100 bis 149 Betten	2019	182	22 700	667 448	5 005 112		0,787	524 969	7,5	80%
	2020	182	22 186	565 720	4 239 595	786 496	0,821	464 394	7,5	70%
	Delta, in %[1]		*-2,3%*	*-15,2%*	*-15,3%*		*4,4%*	*-11,5%*	-0,1%	-10,7
150 bis 199 Betten	2019	169	28 890	958 262	6 545 767		0,773	740 679	6,8	83%
	2020	169	28 904	823 429	5 604 176	1 027 513	0,802	660 234	6,8	71%
	Delta, in %[1]		*0,0%*	*-14,1%*	*-14,4%*		*3,7%*	*-10,9%*	-0,4%	-11,9
200 bis 249 Betten	2019	115	25 884	890 164	5 964 355		0,803	715 068	6,7	84%
	2020	115	25 819	775 564	5 122 181	911 335	0,829	642 993	6,6	72%
	Delta, in %[1]		*-0,3%*	*-12,9%*	*-14,1%*		*3,2%*	*-10,1%*	-1,4%	-11,7
250 bis 299 Betten	2019	95	26 379	874 098	5 990 761		0,797	696 804	6,9	83%
	2020	95	25 843	766 449	5 202 538	720 265	0,823	630 924	6,8	73%
	Delta, in %[1]		*-2,0%*	*-12,3%*	*-13,2%*		*3,3%*	*-9,5%*	-1,0%	-9,4
300 bis 399 Betten	2019	160	53 974	1 946 575	12 992 868		0,789	1 535 717	6,7	88%
	2020	160	54 392	1 708 402	11 378 918	1 821 338	0,822	1 404 916	6,7	76%
	Delta, in %[1]		*0,8%*	*-12,2%*	*-12,4%*		*4,2%*	*-8,5%*	-0,2%	-11,5
400 bis 499 Betten	2019	110	49 351	1 762 640	11 889 668		0,822	1 449 019	6,7	88%
	2020	110	48 932	1 557 910	10 517 333	1 346 990	0,850	1 324 908	6,8	78%
	Delta, in %[1]		*-0,8%*	*-11,6%*	*-11,5%*		*3,5%*	*-8,6%*	0,1%	-9,5
500 bis 599 Betten	2019	77	41 983	1 419 831	9 796 376		0,860	1 220 569	6,9	85%
	2020	77	41 995	1 253 757	8 649 221	1 195 063	0,896	1 122 944	6,9	75%
	Delta, in %[1]		*0,0%*	*-11,7%*	*-11,7%*		*4,2%*	*-8,0%*	0,0%	-10,0
600 bis 799 Betten	2019	77	52 328	1 826 488	12 713 330		0,843	1 540 164	7,0	89%
	2020	77	52 818	1 619 017	11 371 365	1 547 760	0,885	1 433 018	7,0	79%
	Delta, in %[1]		*0,9%*	*-11,4%*	*-10,6%*		*5,0%*	*-7,0%*	0,9%	-10,1
800 bis 999 Betten	2019	34	29 360	1 057 072	7 269 016		0,926	978 630	6,9	90%
	2020	34	29 833	939 493	6 660 347	848 396	0,964	905 504	7,1	81%
	Delta, in %[1]		*1,6%*	*-11,1%*	*-8,4%*		*4,1%*	*-7,5%*	3,1%	-8,9
1000 Betten und mehr	2019	49	65 500	2 347 109	16 520 478		1,033	2 423 518	7,0	92%
	2020	49	67 201	2 100 776	15 234 575	1 740 837	1,074	2 255 978	7,3	83%
	Delta, in %[1]		*2,6%*	*-10,5%*	*-7,8%*		*4,0%*	*-6,9%*	3,0%	-9,3
CMI-Kategorie										
CMI < 0,6	2019	131	9 662	359 377	2 111 770		0,518	186 261	5,9	80%
	2020	131	9 705	304 321	1 757 320	405 178	0,522	158 867	5,8	66%
	Delta, in %[1]		*0,4%*	*-15,3%*	*-16,8%*		*0,7%*	*-14,7%*	-1,7%	-13,7
CMI 0,6 bis unter 0,7	2019	194	35 628	1 295 759	8 107 709		0,650	842 154	6,3	83%
	2020	194	35 056	1 136 432	7 048 267	1 100 469	0,665	755 418	6,2	73%
	Delta, in %[1]		*-1,6%*	*-12,3%*	*-13,1%*		*2,3%*	*-10,3%*	-0,9%	-9,7
CMI 0,7 bis unter 0,8	2019	348	97 111	3 502 351	22 860 437		0,730	2 556 385	6,5	86%
	2020	348	98 255	3 062 780	19 883 656	3 376 333	0,754	2 309 054	6,5	74%
	Delta, in %[1]		*1,2%*	*-12,6%*	*-13,0%*		*3,3%*	*-9,7%*	-0,5%	-12,1
CMI 0,8 bis unter 0,9	2019	292	114 169	4 029 309	27 405 825		0,817	3 293 520	6,8	88%
	2020	292	114 021	3 552 837	24 196 277	3 406 458	0,849	3 017 343	6,8	77%
	Delta, in %[1]		*-0,1%*	*-11,8%*	*-11,7%*		*3,9%*	*-8,4%*	0,1%	-10,2
CMI 0,9 bis unter 1,0	2019	140	59 805	2 038 018	14 722 712		0,900	1 833 384	7,2	90%
	2020	140	60 324	1 781 396	12 945 234	1 993 158	0,940	1 674 778	7,3	78%
	Delta, in %[1]		*0,9%*	*-12,6%*	*-12,1%*		*4,5%*	*-8,7%*	0,6%	-11,5
CMI 1,0 bis unter 1,1	2019	83	32 062	1 086 273	7 837 815		0,994	1 079 755	7,2	89%
	2020	83	32 000	961 890	7 191 248	743 023	1,039	999 553	7,5	82%
	Delta, in %[1]		*-0,2%*	*-11,5%*	*-8,2%*		*4,5%*	*-7,4%*	3,6%	-7,2
CMI 1,1 bis unter 1,2	2019	64	26 156	826 488	6 358 098		1,093	903 285	7,7	89%
	2020	64	26 129	741 609	5 797 145	640 332	1,137	843 420	7,8	81%
	Delta, in %[1]		*-0,1%*	*-10,3%*	*-8,8%*		*4,1%*	*-6,6%*	1,6%	-7,7
CMI 1,2 bis unter 1,3	2019	32	12 688	413 527	3 134 538		1,185	490 040	7,6	90%
	2020	32	12 533	363 921	2 883 262	304 310	1,237	450 146	7,9	84%
	Delta, in %[1]		*-1,2%*	*-12,0%*	*-8,0%*		*4,4%*	*-8,1%*	4,5%	-6,2
CMI >= 1,3	2019	101	27 056	687 856	6 122 558		1,514	1 041 728	8,9	83%
	2020	101	27 357	622 583	5 635 187	616 934	1,595	993 187	9,1	75%
	Delta, in %[1]		*1,1%*	*-9,5%*	*-8,0%*		*5,3%*	*-4,7%*	1,7%	-7,4

noch: Tabelle A 1

		Kranken-häuser	Betten	Fälle	Belegungs-tage	Fehltage	CMI	Casemix	VWD	Auslastung in %
CMI/VD-Perzentile										
1. 16,7-Perzentil	2019	229	20 146	344 341	4 600 527		0,800	275 620	13,4	83%
	2020	229	20 089	279 884	3 869 550	856 122	0,840	235 003	13,8	70%
	Delta, in %[1]		*-0,3%*	*-18,7%*	*-15,9%*		*4,9%*	*-14,7%*	3,5%	-13,0
2. 16,7-Perzentil	2019	220	54 775	1 694 246	12 645 038		0,755	1 278 990	7,5	84%
	2020	220	54 371	1 470 592	11 122 459	1 572 752	0,782	1 150 487	7,6	75%
	Delta, in %[1]		*-0,7%*	*-13,2%*	*-12,0%*		*3,6%*	*-10,0%*	1,3%	-9,6
3. 16,7-Perzentil	2019	223	67 703	2 325 232	15 916 694		0,747	1 736 511	6,8	86%
	2020	223	67 121	2 046 140	13 998 306	1 952 048	0,775	1 585 396	6,8	76%
	Delta, in %[1]		*-0,9%*	*-12,0%*	*-12,1%*		*3,8%*	*-8,7%*	-0,1%	-9,7
4. 16,7-Perzentil	2019	236	86 372	3 066 644	20 525 530		0,790	2 424 175	6,7	87%
	2020	236	86 337	2 680 018	18 003 935	2 719 679	0,823	2 204 933	6,7	76%
	Delta, in %[1]		*0,0%*	*-12,6%*	*-12,3%*		*4,1%*	*-9,0%*	0,4%	-10,6
5. 16,7-Perzentil	2019	239	107 668	3 999 509	26 256 125		0,860	3 440 328	6,6	89%
	2020	239	108 201	3 543 201	23 445 350	3 203 483	0,893	3 163 802	6,6	79%
	Delta, in %[1]		*0,5%*	*-11,4%*	*-10,7%*		*3,8%*	*-8,0%*	0,8%	-9,9
6. 16,7-Perzentil	2019	238	77 673	2 808 986	18 717 549		1,093	3 070 888	6,7	88%
	2020	238	79 261	2 507 934	16 897 996	2 282 108	1,141	2 862 144	6,7	78%
	Delta, in %[1]		*2,0%*	*-10,7%*	*-9,7%*		*4,4%*	*-6,8%*	1,1%	-10,1

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – [1]Bei der Auslastung in Prozentpunkten.

Tabelle A 2

Änderungsraten von Kennzahlen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser (PSY) nach verschiedenen Krankenhauskategorien

2019 bis 2020

		Kranken-häuser	Betten	Fälle	Belegungs-tage	Fehltage	DMI	Daymix	VWD	Auslastung in %
Krankenhausgröße										
bis 49 Betten	2019	116	3 435	23 527	795 194		0,994	790 246	37,3	84%
	2020	116	3 307	20 082	660 581	149 954	0,997	658 497	36,4	73%
	Delta, in %[1]		*-3,7%*	*-14,6%*	*-16,9%*		*0,3%*	*-16,7%*	-2,2%	-11,6
50 bis 99 Betten	2019	104	7 466	69 833	1 969 112		0,994	1 956 825	32,0	96%
	2020	104	7 336	60 793	1 688 766	309 212	1,010	1 704 856	31,5	84%
	Delta, in %[1]		*-1,7%*	*-12,9%*	*-14,2%*		*1,6%*	*-12,9%*	-1,4%	-12,2
100 bis 149 Betten	2019	113	14 086	132 999	3 736 714		0,985	3 681 993	28,9	97%
	2020	113	13 869	116 100	3 200 191	573 722	0,996	3 188 626	28,2	84%
	Delta, in %[1]		*-1,5%*	*-12,7%*	*-14,4%*		*1,1%*	*-13,4%*	-2,5%	-12,6
150 bis 199 Betten	2019	62	10 507	91 107	2 738 069		0,976	2 671 943	31,3	95%
	2020	62	10 675	82 067	2 354 752	464 287	0,994	2 339 597	29,9	81%
	Delta, in %[1]		*1,6%*	*-9,9%*	*-14,0%*		*1,8%*	*-12,4%*	-4,3%	-14,6
200 bis 249 Betten	2019	30	6 550	62 928	1 848 017		0,988	1 825 274	29,3	103%
	2020	30	6 666	58 267	1 631 217	276 715	1,008	1 644 888	28,3	89%
	Delta, in %[1]		*1,8%*	*-7,4%*	*-11,7%*		*2,1%*	*-9,9%*	-3,4%	-13,7
250 bis 299 Betten	2019	27	7 551	68 009	2 006 305		1,019	2 044 692	29,8	97%
	2020	27	7 360	60 353	1 769 594	235 653	1,037	1 834 234	29,7	88%
	Delta, in %[1]		*-2,5%*	*-11,3%*	*-11,8%*		*1,7%*	*-10,3%*	-0,3%	-9,2
300 bis 399 Betten	2019	33	11 430	102 415	3 067 565		1,024	3 141 607	30,1	98%
	2020	33	11 374	90 812	2 631 551	463 465	1,040	2 736 563	29,2	84%
	Delta, in %[1]		*-0,5%*	*-11,3%*	*-14,2%*		*1,5%*	*-12,9%*	-3,3%	-13,5
400 bis 499 Betten	2019	20	8 732	74 831	2 109 718		1,014	2 138 496	27,9	88%
	2020	20	8 724	67 165	1 844 980	274 207	1,023	1 887 617	27,1	77%
	Delta, in %[1]		*-0,1%*	*-10,2%*	*-12,5%*		*0,9%*	*-11,7%*	-2,6%	-11,0
500 Betten und mehr	2019	23	15 690	140 049	3 813 629		1,005	3 832 061	26,9	89%
	2020	23	16 163	125 556	3 360 274	593 110	1,022	3 435 576	26,6	76%
	Delta, in %[1]		*3,0%*	*-10,3%*	*-11,9%*		*1,7%*	*-10,3%*	-1,1%	-12,8
DMI-Kategorie										
DMI < 0,8	2019	94	4 807	27 610	1 121 562		0,764	856 947	38,8	85%
	2020	94	4 766	23 212	928 867	220 149	0,764	709 720	38,0	71%
	Delta, in %[1]		*-0,9%*	*-15,9%*	*-17,2%*		*0,0%*	*-17,2%*	-2,1%	-14,0
DMI 0,8 bis unter 0,9	2019	23	2 390	17 332	608 495		0,867	527 275	37,1	93%
	2020	23	2 376	14 311	483 198	125 887	0,859	414 836	36,7	74%
	Delta, in %[1]		*-0,6%*	*-17,4%*	*-20,6%*		*-0,9%*	*-21,3%*	-1,3%	-18,7
DMI 0,9 bis unter 1,0	2019	212	37 056	358 069	9 778 122		0,953	9 322 574	27,6	96%
	2020	212	37 355	316 520	8 501 011	1 522 815	0,965	8 207 438	27,0	83%
	Delta, in %[1]		*0,8%*	*-11,6%*	*-13,1%*		*1,3%*	*-12,0%*	-1,9%	-13,2
DMI 1,0 bis unter 1,1	2019	116	31 099	285 102	8 016 261		1,026	8 226 860	27,9	94%
	2020	116	31 154	257 411	7 010 279	1 120 676	1,045	7 327 011	27,3	82%
	Delta, in %[1]		*0,2%*	*-9,7%*	*-12,5%*		*1,8%*	*-10,9%*	-2,1%	-12,0
DMI 1,1 bis unter 1,2	2019	27	6 024	51 293	1 565 918		1,122	1 757 689	30,0	95%
	2020	27	5 818	46 175	1 356 625	204 448	1,139	1 544 606	29,0	85%
	Delta, in %[1]		*-3,4%*	*-10,0%*	*-13,4%*		*1,4%*	*-12,1%*	-3,3%	-9,8
DMI 1,2 bis unter 1,3	2019	14	1 422	9 059	307 863		1,196	368 266	39,1	79%
	2020	14	1 365	8 367	271 121	35 808	1,228	332 891	39,3	72%
	Delta, in %[1]		*-4,0%*	*-7,6%*	*-11,9%*		*2,6%*	*-9,6%*	0,5%	-6,5
DMI >= 1,3	2019	42	2 649	17 233	686 102		1,492	1 023 526	42,0	95%
	2020	42	2 640	15 199	590 805	110 542	1,513	893 952	39,6	82%
	Delta, in %[1]		*-0,3%*	*-11,8%*	*-13,9%*		*1,4%*	*-12,7%*	-5,7%	-12,9

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – [1]Bei der Auslastung in Prozentpunkten.

Tabelle A 3

Erlösänderungen der somatischen Krankenhäuser (DRG) nach verschiedenen Krankenhauskategorien – Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“

2019 bis 2020; in Mio. Euro

		Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	Anteil Änderung Erlöse (netto) > 0 in %
Krankenhausgröße									
bis 49 Betten	2019	135	494						
	2020	135	438	-77	83	-12	6	17	*54,8%*
	Delta, in %		*-11,3%*				*1,1%*	*3,5%*	
50 bis 99 Betten	2019	182	1 592						
	2020	182	1 369	-255	263	-38	8	46	*66,5%*
	Delta, in %		*-14,0%*				*0,5%*	*2,9%*	
100 bis 149 Betten	2019	182	2 568						
	2020	182	2 205	-378	431	-57	52	109	*72,0%*
	Delta, in %		*-14,1%*				*2,0%*	*4,2%*	
150 bis 199 Betten	2019	169	3 434						
	2020	169	2 963	-480	563	-72	83	155	*79,3%*
	Delta, in %		*-13,7%*				*2,4%*	*4,5%*	
200 bis 249 Betten	2019	115	3 214						
	2020	115	2 794	-421	508	-63	87	150	*80,9%*
	Delta, in %		*-13,1%*				*2,7%*	*4,7%*	
250 bis 299 Betten	2019	95	3 226						
	2020	95	2 826	-408	399	-61	-9	52	*68,4%*
	Delta, in %		*-12,4%*				*-0,3%*	*1,6%*	
300 bis 399 Betten	2019	160	6 972						
	2020	160	6 166	-816	1 006	-122	189	312	*78,8%*
	Delta, in %		*-11,6%*				*2,7%*	*4,5%*	
400 bis 499 Betten	2019	110	6 608						
	2020	110	5 845	-763	757	-115	-7	108	*69,1%*
	Delta, in %		*-11,5%*				*-0,1%*	*1,6%*	
500 bis 599 Betten	2019	77	5 664						
	2020	77	5 040	-634	674	-95	39	134	*72,7%*
	Delta, in %		*-11,0%*				*0,7%*	*2,4%*	
600 bis 799 Betten	2019	77	7 140						
	2020	77	6 428	-735	873	-110	138	248	*79,2%*
	Delta, in %		*-10,0%*				*1,9%*	*3,5%*	
800 bis 999 Betten	2019	34	4 661						
	2020	34	4 169	-525	486	-79	-39	40	*41,2%*
	Delta, in %		*-10,5%*				*-0,8%*	*0,9%*	
1000 Betten und mehr	2019	49	11 979						
	2020	49	10 794	-1 195	1 022	-179	-173	7	*42,9%*
	Delta, in %		*-9,9%*				*-1,4%*	*0,1%*	
CMI-Kategorie									
CMI < 0,6	2019	131	1 013						
	2020	131	839	-185	219	-28	34	62	*71,8%*
	Delta, in %		*-17,2%*				*3,4%*	*6,1%*	
CMI 0,6 bis unter 0,7	2019	194	3 975						
	2020	194	3 449	-535	594	-80	59	139	*73,2%*
	Delta, in %		*-13,2%*				*1,5%*	*3,5%*	
CMI 0,7 bis unter 0,8	2019	348	11 729						
	2020	348	10 248	-1 503	1 864	-225	362	587	*75,9%*
	Delta, in %		*-12,6%*				*3,1%*	*5,0%*	
CMI 0,8 bis unter 0,9	2019	292	15 122						
	2020	292	13 387	-1 802	1 905	-270	103	373	*71,6%*
	Delta, in %		*-11,5%*				*0,7%*	*2,5%*	
CMI 0,9 bis unter 1,0	2019	140	8 514						
	2020	140	7 528	-991	1 125	-149	134	282	*77,1%*
	Delta, in %		*-11,6%*				*1,6%*	*3,3%*	
CMI 1,0 bis unter 1,1	2019	83	5 237						
	2020	83	4 694	-546	423	-82	-123	-41	*60,2%*
	Delta, in %		*-10,4%*				*-2,4%*	*-0,8%*	
CMI 1,1 bis unter 1,2	2019	64	4 369						
	2020	64	3 946	-424	378	-64	-47	17	*53,1%*
	Delta, in %		*-9,7%*				*-1,1%*	*0,4%*	
CMI 1,2 bis unter 1,3	2019	32	2 427						
	2020	32	2 155	-275	181	-41	-94	-53	*50,0%*
	Delta, in %		*-11,2%*				*-3,9%*	*-2,2%*	
CMI >= 1,3	2019	101	5 167						
	2020	101	4 791	-427	374	-64	-53	11	*54,5%*
	Delta, in %		*-7,3%*				*-1,0%*	*0,2%*	

noch: Tabelle A 3

		Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Änderung Erlöse (netto)	*Anteil Änderung Erlöse (netto) > 0 in %*
CMI/VD-Perzentile									
CMI/VD - 1. 16,7-Perzentil	2019	229	1 853						
	2020	229	1 568	-328	441	-49	112	162	*68,6%*
	Delta, in %		*-15,4%*				*6,1%*	*8,7%*	
CMI/VD - 2. 16,7-Perzentil	2019	220	6 095						
	2020	220	5 311	-809	833	-121	24	146	*70,5%*
	Delta, in %		*-12,9%*				*0,4%*	*2,4%*	
CMI/VD - 3. 16,7-Perzentil	2019	223	8 059						
	2020	223	7 118	-972	1 069	-146	97	243	*76,2%*
	Delta, in %		*-11,7%*				*1,2%*	*3,0%*	
CMI/VD - 4. 16,7-Perzentil	2019	236	11 180						
	2020	236	9 840	-1 346	1 536	-202	190	392	*78,4%*
	Delta, in %		*-12,0%*				*1,7%*	*3,5%*	
CMI/VD - 5. 16,7-Perzentil	2019	239	15 983						
	2020	239	14 225	-1 794	1 820	-269	26	295	*69,9%*
	Delta, in %		*-11,0%*				*0,2%*	*1,8%*	
CMI/VD - 6. 16,7-Perzentil	2019	238	14 383						
	2020	238	12 975	-1 439	1 364	-216	-75	141	*58,0%*
	Delta, in %		*-9,8%*				*-0,5%*	*1,0%*	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle A 4

Erlösänderungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser (PSY) nach verschiedenen Krankenhauskategorien – Szenario „Freihaltepauschalen an BAS-Auszahlungen adjustiert“

2019 bis 2020; in Mio. Euro

		Kranken-häuser	Entgelte	Änderung Entgelte	Freihalte-pauschale	Änderung Kosten	Änderung Erlöse (brutto)	Anteil Änderung Erlöse (brutto) > 0 in %
Krankenhausgröße								
bis 49 Betten	2019	116	222					
	2020	116	185	-39	79	0	40	*75,9%*
	Delta, in %		*-16,9%*				*18,2%*	
50 bis 99 Betten	2019	104	562					
	2020	104	485	-82	168	0	86	*74,0%*
	Delta, in %		*-13,7%*				*15,2%*	
100 bis 149 Betten	2019	113	1 063					
	2020	113	910	-155	308	0	152	*82,3%*
	Delta, in %		*-14,4%*				*14,3%*	
150 bis 199 Betten	2019	62	764					
	2020	62	677	-90	252	0	162	*87,1%*
	Delta, in %		*-11,4%*				*21,3%*	
200 bis 249 Betten	2019	30	533					
	2020	30	485	-56	150	0	94	*90,0%*
	Delta, in %		*-9,0%*				*17,7%*	
250 bis 299 Betten	2019	27	597					
	2020	27	520	-77	122	0	45	*70,4%*
	Delta, in %		*-12,9%*				*7,5%*	
300 bis 399 Betten	2019	33	926					
	2020	33	804	-127	236	0	109	*81,8%*
	Delta, in %		*-13,2%*				*11,8%*	
400 bis 499 Betten	2019	20	630					
	2020	20	552	-78	144	0	66	*85,0%*
	Delta, in %		*-12,3%*				*10,5%*	
500 Betten und mehr	2019	23	1 148					
	2020	23	1 014	-139	312	0	173	*78,3%*
	Delta, in %		*-11,7%*				*15,1%*	
DMI-Kategorie								
DMI < 0,8	2019	94	235					
	2020	94	192	-46	114	0	67	*83,0%*
	Delta, in %		*-18,4%*				*28,6%*	
DMI 0,8 bis unter 0,9	2019	23	142					
	2020	23	113	-30	67	0	37	*91,3%*
	Delta, in %		*-20,9%*				*25,9%*	
DMI 0,9 bis unter 1,0	2019	212	2 723					
	2020	212	2 361	-373	799	0	426	*83,0%*
	Delta, in %		*-13,3%*				*15,7%*	
DMI 1,0 bis unter 1,1	2019	116	2 444					
	2020	116	2 170	-286	604	0	317	*75,0%*
	Delta, in %		*-11,2%*				*13,0%*	
DMI 1,1 bis unter 1,2	2019	27	510					
	2020	27	451	-60	109	0	49	*74,1%*
	Delta, in %		*-11,7%*				*9,6%*	
DMI 1,2 bis unter 1,3	2019	14	101					
	2020	14	92	-10	19	0	9	*64,3%*
	Delta, in %		*-8,4%*				*9,2%*	
DMI >= 1,3	2019	42	290					
	2020	42	253	-37	60	0	22	*69,0%*
	Delta, in %		*-12,6%*				*7,6%*	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle A 5

Falldefinitionen

Gruppe	Definition
Altersgruppen	
Alter <19 Jahre	Alter <=19
Alter 20 bis 64 Jahre	Alter >=20 & Alter <=64 Jahre
Alter ab 65 Jahre	Alter >=65 Jahre
Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19	
Lungenentzündung mit SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND in: (U071)
Lungenentzündung ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND nicht in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen mit SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND nicht in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis	ND in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Beatmung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f) & Beatmungsstunden > 6 & OPS nicht in: (8852)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit ECMO	ND in: (U071) & OPS in: (8852)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Behandlung auf Intensivstation	ND in: (U071) & Intensivmarkierung aus der Datei FAB des §-21-Datensatzes
Nicht planbare Behandlungen	
Akuter Herzinfarkt	HD in: (I21 I22)
ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt	HD in: (I210 I211 I212 I213)
Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt	HD in: (I214)
Schlaganfall, alle Formen	HD in: (I60 I61 I63 I64)
Schlaganfall mit Stroke-Unit-Behandlung	HD in: (I60 I61 I63 I64) & OPS in: (8-981 8-98b)
Hirninfarkt	HD in: (I63)
Transitorisch-ischämische Attacke	HD in: (G45)
Transitorisch-ischämische Attacke mit Stroke-Unit Behandlung	HD in: (G45) & OPS in: (8-981 8-98b)
Hüftgelenknahe Fraktur	HD in: (S720 S721) & Alter >19
Entbindung	(HD in: (Z37) | ND in: (Z37) | OPS in: (5720 5724 5725 5727 5728 5729 5730 5731 57322 57323 57324 57325 5732y 5733 5738 5739 5740 5741 5742 5745 5749 8515 9260 9261 9268)) & Alter >7 & Alter <59 & sex = female
Sepsis mit Organkomplikation [SIRS] oder Schock	HD in: (R572) | (HD in (A40 A41 R572) & ND in: (R651 R572))
Sepsis ohne Organkomplikation [SIRS] oder Schock	HD in (A40 A41) & ND not in: (R651 R572)
Notfallbehandlung bei Kindern	Alter <=14 & Aufnahmeanlass = N
Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen und Behandlungen in Zusammenhang mit Covid-19	
Lungenentzündung ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND nicht in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen mit SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J21 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J21 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) | ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND nicht in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis	ND in: (U071)

noch: Tabelle A 5

Gruppe	Definition
Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung	
Kolorektale Resektion bei Karzinom	HD in: (C18 C19 C20 C218 D010 D011 D012) & OPS in: (5455 5456 5458 5484 5485)
Magenresektionen bei Karzinom	HD in: (C16 D002) & OPS in: (5434 5435 5436 5437 5438 5439 5440 5441 5442 5443)
Speiseröhrenresektion bei Karzinom	HD in: (C15 C160 D001) & OPS in: (5423 5424 5425 5426 54270 54271 54380 54381 5438x)
Pankreasresektion bei Karzinom	HD in: (C25 C241 D136) & OPS in: (5524 5525)
Mammaresektion bei Karzinom	HD in: (C50 D05) & OPS in: (5872 5873 5874 5875 5876 5877 58701 58702 58703 58704 58705 58706 58708 587091 5870x 5870y 5870a 5871)
Typische planbare Operationen	
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose	HD in: (M05 M06 M07 M08 M160 M161 M162 M163 M166 M167 M169 M87) & OPS in: (582000 582001 582002 582010 582011 582012 582020 582021 582022 582030 582031 582040 582041 582060 582061 582080 582081 582082 582092 582093 582094 582095 582096 5820x0 5820x1 5820x2)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose	HD in: (M05 M06 M07 M08 M170 M171 M174 M175 M179 M87) & OPS in: (58221 58222 58223 58224 58226 58227 58229 5822a 5822b 5822d 5822e 5822g 5822h 5822j 5822k 582200 582201 582202)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden	HD in: (K80) & ND not in: (C) & OPS in: (55110 55111 55112 5511x 5511y) & OPS not in: (55113 55114 55115)
Herniotomie ohne Darmoperation	HD in: (K40 K41 K42 K43) & OPS in: (5530 5531 5534 5535 5536) & OPS not in: (5451 5452 5453 5454 5455 5456 5458 5459 5460 5461 5462 5463 5464 5465 5466 5467 5468 5469 5484 5485 55304 55308 55314 55318) & Alter >=1
Ambulant-sensitive Behandlungen	
Asthma	HD in: (J450 J451 J458 J459 J46) & Alter >19
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	HD in: (J44) AND ND not in (C) & Alter >19
Herzinsuffizienz	HD in: (I50 I110 I130 I132) & Alter >19
Bluthochdruck	HD in: (I10 I119 I129 I139 I15) & Alter >19
Diabetes mellitus	HD in: (E10 E11 E12 E13 E14) & Alter >19

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; ND: Nebendiagnose.

RWI
Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Das RWI wird vom Bund und vom Land
Nordrhein-Westfalen gefördert.