

Kochskämper, Susanna

Research Report

Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur? Überblick und internationaler Vergleich

IW-Report, No. 14/2020

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna (2020) : Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur? Überblick und internationaler Vergleich, IW-Report, No. 14/2020, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/215847>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



IW-Report 14/2020

Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur?

Überblick und internationaler Vergleich
Susanna Kochskämper

Köln, 09.04.2020

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Die Krankenhausinfrastruktur in Deutschland	4
2.1 Krankenhausbetten in Deutschland	4
2.2 Personalausstattung	11
3 Ausblick	15
Abstract	16
Tabellenverzeichnis	17
Abbildungsverzeichnis	18
Literatur	19

JEL-Klassifikation:

H44 – Öffentlich bereitgestellte Güter: Mixed Markets

I11 – Analyse von Gesundheitsmärkten

Zusammenfassung

In diesem Report werden Daten zum Stand der Krankenhausinfrastruktur in Deutschland – auch im Vergleich zu anderen Ländern – zusammengefasst und übersichtlich dargestellt. Dies erlaubt keine Aussagen darüber, ob überhaupt oder wann in der gegenwärtigen Situation damit zu rechnen ist, dass Belastungsgrenzen in unserem System überschritten werden – dies hängt stark von der Dynamik ab, mit der intensivmedizinisch zu betreuenden Fälle zunehmen. Das ist aber momentan nur schwer vorherzusagen. Es zeigt sich, dass Deutschland im internationalen Vergleich eine hohe Krankenhausbettendichte hat, auch im Bereich der Intensivmedizin. Allerdings liegt die Ausstattung mit medizinischem Personal in Krankenhäusern lediglich im Mittelfeld der betrachteten Länder. In der gegenwärtigen Situation ist es daher auch wichtig, das vorhandene Personal so einzusetzen, dass Überlastungen der Belegschaft möglichst lange vermieden werden können.

1 Einleitung

Corona ist in Deutschland angekommen und stellt unser Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Die Unsicherheit darüber, ob es gelingen kann, ein Überschreiten der Belastungsgrenze in der Intensivmedizin zu vermeiden, ist groß, die Bilder aus Italien und Spanien sind erschreckend. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Daten zum Stand der Krankenhausinfrastruktur in Deutschland – auch im Vergleich zu anderen Ländern – zusammengefasst und übersichtlich dargestellt.

Dies erlaubt zwar keine Aussagen darüber, ob überhaupt oder wann Belastungsgrenzen in unserem System überschritten werden – dies hängt zu stark von der Dynamik der intensivmedizinisch zu betreuenden Fälle ab, die nur schwer vorherzusagen ist. Die Zusammenstellung kann aber dazu dienen, in einer Zeit mit schier überwältigender Informationsflut einen schnellen Überblick über den Stand unserer Krankenhausinfrastruktur zu geben, um so Aussagen möglicherweise schneller einordnen zu können. Hierzu wird im Folgenden ein Blick auf die Bettenkapazitäten und auf das Krankenhauspersonal gerichtet.

Gleichzeitig zeigt eine genauere Datenanalyse aber, dass gegenwärtig nicht alle für solch einen Überblick notwendigen Daten zur Verfügung stehen, zudem sind die verfügbaren Daten nicht aktuell. Für die Zukunft stellt sich damit auch die Frage, wie die Datenverfügbarkeit erhöht werden kann und Datenbanken aufgebaut werden können, die in Krisenszenarien künftig einen schnellen und möglichst umfassenden Überblick über den aktuellen Stand – insbesondere in der Notfallmedizin – erlauben, um auch der Gesundheitspolitik Entscheidungshilfen zu geben.

2 Die Krankenhausinfrastruktur in Deutschland

2.1 Krankenhausbetten in Deutschland

Die jüngsten Daten der Krankenhausstatistik (Statistisches Bundesamt, 2018), die vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht werden, stammen aus dem Jahr 2017. In Deutschland gab es zu diesem Zeitpunkt 1.942 Krankenhäuser mit insgesamt 497.182 Betten (Tabelle 2-1). Nicht einberechnet werden hierbei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ebenfalls werden auch die Bundeswehrkrankenhäuser nicht in diese Zählung miteinbezogen: Im Jahr 2017 gab es fünf Bundeswehrkrankenhäuser mit 1.038 Betten. Mitausgewiesen sind in dieser Berechnung hingegen 98 existierende reine Belegkrankenhäuser sowie 350 sogenannte „Sonstige Krankenhäuser“. Dies sind reine Tages- oder Nachtkliniken sowie Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychotherapeutischen Betten oder Krankenhäuser mit einer Kombination aus psychiatrischen beziehungsweise psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten.

Tabelle 2-1: Krankenhäuser und Krankenhausbetten in Deutschland

Jahr 2017

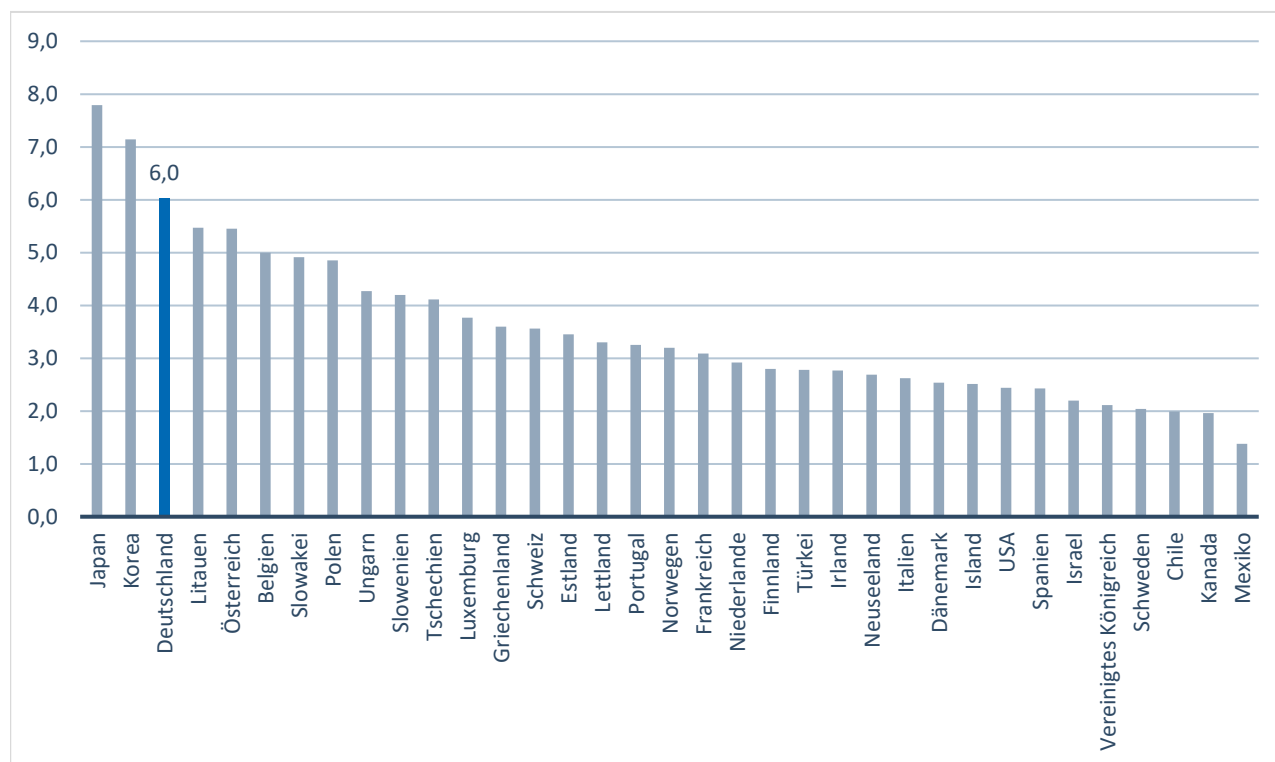
	Krankenhäuser (Allgemeine und Sonstige)	Bundeswehrkrankenhäuser
Anzahl	1.942	5
Krankenhausbetten	497.182	1.038

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018; eigene Darstellung

Diese bundesweit knapp 500.000 Betten (ohne Bundeswehrkrankenhäuser) sind auch diejenigen, die in die von der OECD (2020) gesammelten und im Ländervergleich ausgewiesenen Bettenzahlen einfließen. Bezeichnet werden sie hier als sogenannte „Akutbetten“. Umgerechnet auf die Bevölkerung (Abbildung 2-1) zeigt sich, dass Deutschland im Jahr 2017 mit rund 6,0 Akutbetten pro 1.000 Einwohner nach Japan und Korea die dritthöchste Bettendichte in den OECD-Staaten aufwies und damit teilweise knapp oder sogar mehr als doppelt so viele Kapazitäten als andere europäische Staaten wie beispielsweise Frankreich (3,1), Italien (2,6), Spanien (2,4) und das Vereinigte Königreich (2,1) aufzuweisen hatte.

Abbildung 2-1: Akutbettendichte in ausgewählten OECD-Staaten

Akutbetten pro 1.000 Einwohner, Jahr 2017



Quellen: OECD, 2020a; eigene Darstellung

Allerdings stehen nicht alle diese Akutbetten sofort für eine etwaige intensivmedizinische Notfallbehandlung bereit, wie sie Covid-19 erforderlich machen könnte. Denn wie oben erwähnt, werden hier auch unter anderem Krankenhäuser mit psychiatrischen Betten oder Tageskliniken gezählt, die für solche Fälle in der Regel nicht oder nur eingeschränkt ausgerüstet sind. In der gegenwärtigen Situation ist daher zunächst relevant, wie hoch die Kapazitäten in der Intensivmedizin sind, die theoretisch sofort zur Verfügung stehen. Erst mittelbar stellt sich dann natürlich die Frage, wie viele der bestehenden weiteren Kapazitäten im Krisenfall umgewidmet und welche Kapazitäten zusätzlich neu geschaffen werden können. Länder mit einer geringeren Bettenkapazität müssen hier gegebenenfalls schneller auf Provisorien zurückgreifen als a priori besser ausgestattete Gesundheitssysteme.

Laut Daten des Statistischen Bundesamtes standen im Jahr 2017 28.031 Intensivbetten in den Krankenhäusern zur Verfügung, zusätzlich 67 in den Bundeswehrkrankenhäusern. Als Intensivbetten werden hierbei auch sogenannte „Schwerkrankenbetten mit Überwachungseinrichtungen“ gezählt, also Betten, die nicht notwendigerweise Beatmungskapazitäten aufweisen.

Bundesweit hat sich die Anzahl solcher Betten in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht (Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2: Intensivbetten und Fallzahlen im Zeitvergleich

Jahre 2005 und 2017

	2005	2017
Anzahl Intensivbetten	23.117	28.031
Intensivmedizinisch versorgte Fälle	1.964.532	2.131.216
Durchschnittliche Verweildauer	3,4 Tage	3,8 Tage

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2006, 2018; eigene Darstellung

Standen im Jahr 2005 gut 23.000 Intensivbetten zur Verfügung, so waren es im Jahr 2017 rund 28.000. Zwar sind auch die Fallzahlen gestiegen: Wurden im Jahr 2005 gut 1,9 Millionen Fälle intensivmedizinisch versorgt, waren es im Jahr 2017 etwas mehr als 2,1 Millionen. Betrachtet man aber die Relation Fallzahlen zu Betten, dann zeigt sich, dass die Fallzahl pro Bett zurückgegangen ist – im Jahr 2005 lag sie durchschnittlich bei knapp 85 Fällen pro Bett, im Jahr 2017 bei durchschnittlich 76 Fällen pro Bett. Ein Blick auf die Verweildauer zeigt darüber hinaus, dass diese gleichzeitig gestiegen ist: Lag sie im Jahr 2005 bei durchschnittlich 3,4 Tagen, waren es im Jahr 2010 3,6 und im Jahr 2017 dann 3,8 Tage.

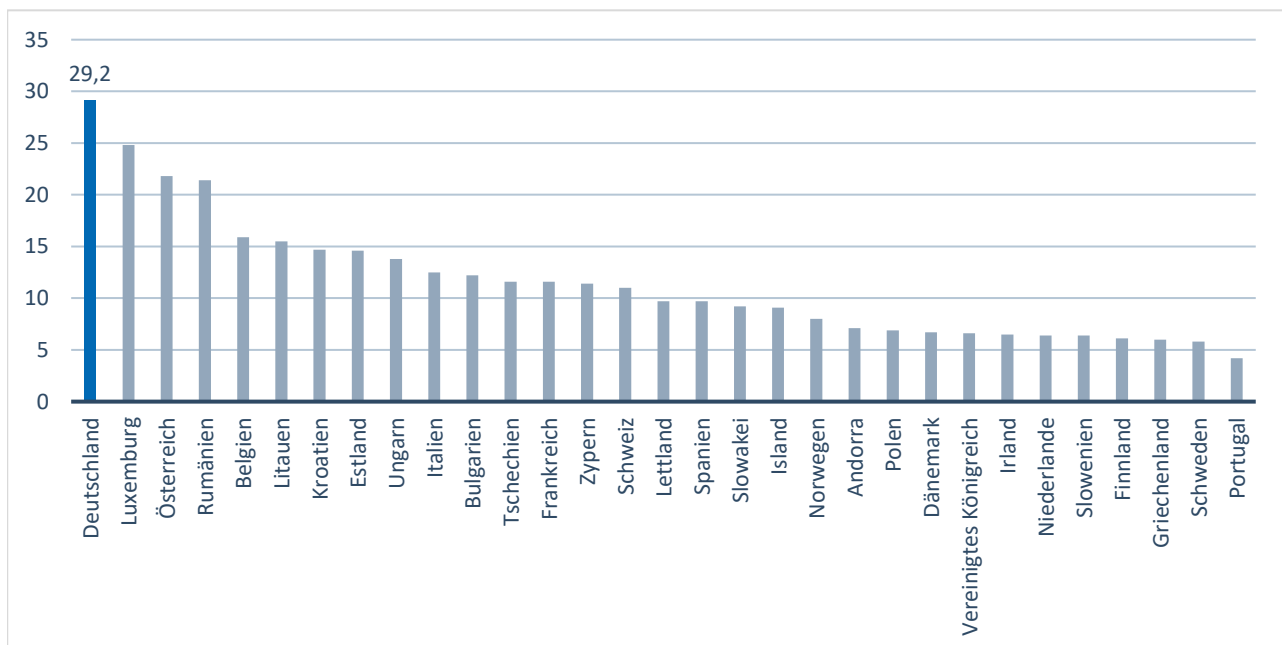
Ob Kapazitäten in diesem Bereich ausgebaut wurden, weil Intensivpatienten eine umfangreichere Behandlung erfordern oder ob es sich für ein Krankenhäuser monetär lohnt, mehr Kapazitäten in diesem Bereich auch im Durchschnitt länger zu nutzen, lässt sich mit einem reinen Blick auf die Daten nicht ablesen. Deutlich wird aber, dass die Intensivmedizin nicht dem allgemeinen Trend im Krankenhausbereich folgt: Denn Akutbetten wurden in den letzten Jahren kontinuierlich abgebaut – bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen und damit einer erkennbar

reduzierten Verweildauer. Zum Vergleich: Im Jahr 2005 gab es knapp 524.000 Akutbetten bei einer Fallzahl von gut 16,5 Millionen Fälle und einer durchschnittlichen Verweildauer von 8,7 Tagen. Im Jahr 2017 hingegen, wie oben gezeigt, 497.000 Betten bei einer deutlich höheren Fallzahl von gut 19,4 Millionen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,3 Tagen.

Wie Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten im Bereich der intensivmedizinischen Bettenkapazität aufgestellt ist, lässt sich nicht ohne Weiteres ermitteln: Denn weder die OECD noch die WHO stellen hierzu normalerweise Daten zur Verfügung. Um eine umfangreiche internationale Vergleichbarkeit herzustellen, muss daher eine weitaus aufwendigere Auswertung der jeweils nationalen Datenbanken erfolgen. Rhodes et al. (2012) haben eine solche Auswertung in den Jahren 2010 und 2011 für die europäischen Staaten vorgenommen. Diese schon ältere Studie kann somit zumindest einen Hinweis darauf geben, wie die Intensivversorgung insgesamt im europäischen Vergleich aufgestellt ist (Abbildung 2-2). Zum Zeitpunkt der Auswertung hatte Deutschland die gemessen an der Bevölkerung höchste Ausstattung an Intensivbetten unter den europäischen Staaten – auf 100.000 Einwohner kamen 29,2. (zum Vergleich: Im Jahr 2017 waren es bereits sogar 33,9).

Abbildung 2-2: Intensivbettendichte im europäischen Vergleich

Intensivbetten pro 100.000 Einwohner; Jahre 2010/2011

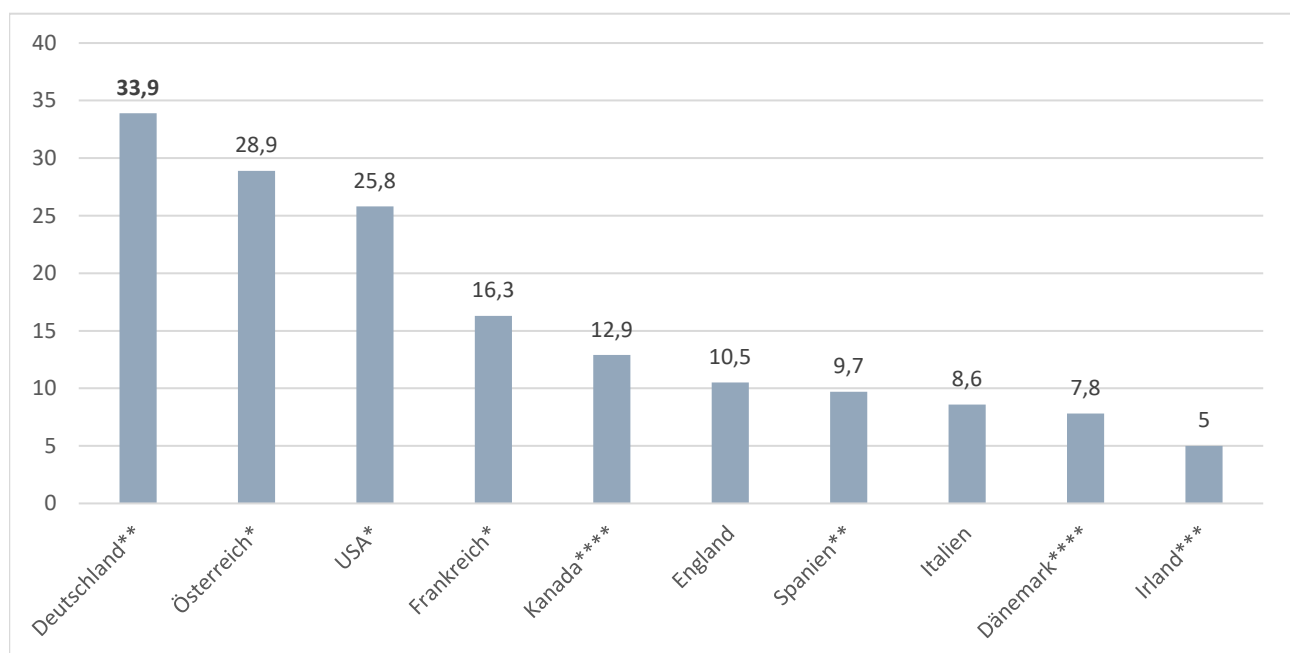


Quellen: Rhodes et al., 2012, eigene Darstellung

Eine jüngste Sonderauswertung der OECD (2020b), in der bei ausgewählten Mitgliedstaaten diese Daten abgefragt wurden, zeigt ein ähnliches Bild. Auch hier hat Deutschland die im Vergleich höchste Intensivbettendichte (Abbildung 2-3). Allerdings liefern auch diese Daten nicht den aktuellsten Stand. Denn sie stammen aus der recht großen Zeitspanne von 2013 bis 2020, für Deutschland ist beispielsweise der Wert aus dem Jahr 2017 angegeben. Darüber hinaus ist die Zählung in den Staaten unterschiedlich: In Deutschland sowie in England und in Spanien werden beispielsweise auch die Intensivbetten für Kinder miteingerechnet, in Kanada und Irland hingegen nur Betten für Erwachsene.

Abbildung 2-3: Intensivbettendichte in ausgewählten OECD-Staaten

je 100.000 Einwohnern



Daten aus dem Jahr: *2018, **2017, ***2016, ****2014

Quelle: OECD, 2020b

Wie oben beschrieben werden hierbei aber auch die Betten gezählt, die keine Beatmungskapazitäten haben. Zwar müssen nicht alle stationär versorgten Covid-19-Patienten beatmet werden, bei einem schweren Verlauf der Krankheit hingegen kann dies jedoch lebensrettend sein. Wie umfangreich die Ausstattung mit Beatmungsgeräten ist, wird seitens der offiziellen Statistik jedoch nicht ausgewiesen. Die letzte Zahl hierzu stammt von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (2020), die die Zahl der Betten mit Beatmungsmöglichkeit mit 20.000 beziffert. Internationale Vergleichszahlen liegen hierzu ebenfalls nicht in den offiziellen Statistiken der OECD oder der WHO vor. Exemplarisch werden hierzu deshalb Sekundärquellen ausgewertet, die teilweise auch den Medien entnommen sind – sie stehen deshalb unter Vorbehalt. Laut zuletzt verfügbaren Daten standen in den USA rund 160.000 Beatmungsgeräte zur Verfügung (John Hopkins Center for Health Security, 2020), laut Medienberichten gibt es in Großbritannien 8.000 (Washington Post, 2020), in Frankreich 5.000 (Washington Post, 2020) und in der Schweiz ungefähr 1.000 Beatmungsgeräte (Neue Zürcher Zeitung, 2020). Sind diese Zahlen valide, wäre

Deutschland also auch in diesem Bereich mit im internationalen Vergleich verhältnismäßig hohen Kapazitäten ausgestattet.

Krankenhausbetten in den Bundesländern

Für die Krankenhausinfrastruktur – allerdings nicht für das Personal – sind in Deutschland die Bundesländer zuständig. Die Planung erfolgt auf Landesebene, es besteht keine Verpflichtung, sich mit anderen Bundesländern abzustimmen. Entsprechend unterschiedlich sind die Bettenkapazitäten in Deutschland verteilt (Tabelle 2-3).

Tabelle 2-3: Krankenhausbetten in den Bundesländern

Jahr 2017

	Anzahl	Betten je 1.000 Einwohner
Baden-Württemberg	55.780	5,1
Bayern	76.265	5,9
Berlin	20.390	5,7
Brandenburg	15.362	6,1
Bremen	5.016	7,4
Hamburg	12.536	6,9
Hessen	36.432	5,9
Mecklenburg-Vorpommern	10.286	6,4
Niedersachsen	42.009	5,3
Nordrhein-Westfalen	118.506	6,6
Rheinland-Pfalz	24.897	6,1
Saarland	6.495	6,5
Sachsen	25.870	6,3
Sachsen-Anhalt	15.756	7,1
Schleswig-Holstein	15.812	5,5
Thüringen	15.770	7,3

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018, 2020; eigene Berechnung und Darstellung

So standen im Jahr 2017 zwar die meisten Krankenhausbetten in den bevölkerungsreichsten Bundesländern zur Verfügung. Die höchste Bettendichte wiesen im Jahr 2017 jedoch der Stadtstaat Bremen (7,4 je 1.000 Einwohner) sowie die Flächenländer Thüringen (7,3 je 1.000 Einwohner) und Sachsen-Anhalt (7,1 je 1.000 Einwohner) auf.

Ein Blick auf die Intensivbetten zeigt, dass zwar auch hier die bevölkerungsreichsten Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg die absolut höchste Anzahl an Intensivbetten aufweisen (Tabelle 2-4).

Tabelle 2-4: Intensivbetten in den Bundesländern

2017

	Anzahl	je 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	3.262	29,6
Bayern	3.790	29,2
Berlin	1.450	40,1
Brandenburg	745	29,8
Bremen	294	43,2
Hamburg	802	43,8
Hessen	1.845	29,6
Mecklenburg-Vorpommern	1.014	62,9
Niedersachsen	2.362	29,7
Nordrhein-Westfalen	6.148	34,3
Rheinland-Pfalz	1.343	33,0
Saarland	548	55,1
Sachsen	1.859	45,5
Sachsen-Anhalt	972	43,7
Schleswig-Holstein	867	30,0
Thüringen	730	33,9

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018, 2020; eigene Berechnung und Darstellung

Die Intensivbettendichte ist aber landesindividuell sehr unterschiedlich. So zeigt sich mit einer recht hohen Intensivbettendichte in den Stadtstaaten ein erwartbares Bild, da gerade in Städten eine höhere Anzahl an speziellen Fachabteilungen und unter anderem mit Universitätskliniken auch Maximalversorger angesiedelt sind. Spitzenreiter sind aber das dünn besiedelte Mecklenburg-Vorpommern (62,9 Intensivbetten je 100.000 Einwohnern), das Saarland (55,1 Intensivbetten je 100.000 Einwohnern) sowie Sachsen (45,5 Intensivbetten je 100.000 Einwohner). Zu den Beatmungsgeräten in den einzelnen Bundesländern liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine umfassenden Daten vor.

2.2 Personalausstattung

Es ist allerdings nicht nur relevant, wie viele Betten kurz- und mittelfristig mobilisiert werden können, sondern auch, ob das entsprechende medizinische Personal bereitsteht. Gegenwärtig interessant ist, wie viele Personen in Krankenhäusern arbeiten, und wie viele eine auf Intensivmedizin spezialisiert sind. Um Arbeitsbelastung oder den Regelbetrieb zu modellieren und mit anderen Staaten zu vergleichen, werden in der Regel Vollzeitäquivalente ausgewiesen. In einer Situation wie der gegenwärtigen ist allerdings relevant, wie viel Personal insgesamt mit einer entsprechenden Ausbildung zur Verfügung steht und entsprechend kurzfristig mobilisiert werden kann, auch wenn dazu eine Ausweitung der ursprünglichen Arbeitszeit vonnöten ist. Deshalb werden hier im Folgenden die Gesamtzahlen ausgewertet.

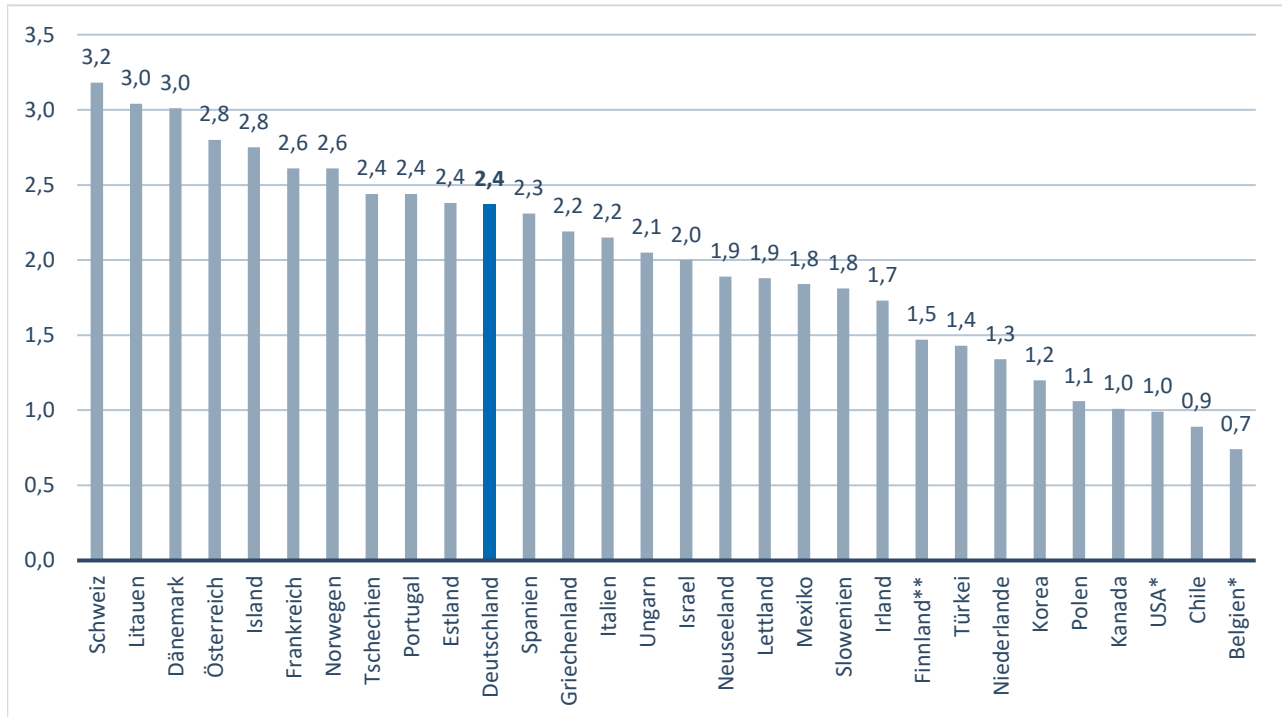
In Deutschland arbeiten insgesamt gut 186.000 Ärztinnen und Ärzte hauptamtlich im Krankenhaus, weitere gut 5.000 Ärzte als nichthauptamtliche Ärzte, das heißt als Belegärzte beziehungsweise von Belegärzten angestellte Ärzte. Knapp 440.000 Personen arbeiten im Pflegedienst, darunter gut 58.662 in der Psychiatrie. Hiervon sind knapp 386.000 Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflege tätig. Weitere knapp 3.000 Fachkräfte im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpflege arbeiten im medizinisch-technischen Dienst, 34.000 weitere im Funktionsdienst.

Internationale Vergleichsdaten zeigen, dass Deutschland im Bereich der Personalausstattung in Krankenhäusern trotz hoher Bettendichte eher im Mittelfeld rangiert. Zwar unterscheiden sich Ausbildungen und Tätigkeitsprofile zwischen den Staaten, wodurch keine hundertprozentige Vergleichbarkeit gegeben ist, ebenso sind hier zum Fachpersonal in der Pflege auch Hebammen eingerechnet. Darüber hinaus liegen der OECD nicht zu allen Mitgliedstaaten Daten vor. Dennoch gibt dieser Vergleich zumindest Anhaltspunkte dafür, dass andere Staaten im Bereich der in Krankenhäusern beschäftigten Ärzte und des Pflegepersonals umfangreicher ausgestattet sind als Deutschland.

So kommen in Deutschland im Durchschnitt 2,4 im Krankenhaus beschäftigte Ärztinnen und Ärzte auf 1.000 Einwohner – etwas mehr als in Italien (2,2), etwas weniger als in Frankreich (2,6) und deutlich weniger als in der Schweiz (3,2) (Abbildung 2-3).

Abbildung 2-4: Krankenhausarzt-dichte in ausgewählten OECD-Staaten

In Krankenhäusern beschäftigte Ärzte je 1.000 Einwohnern; 2017



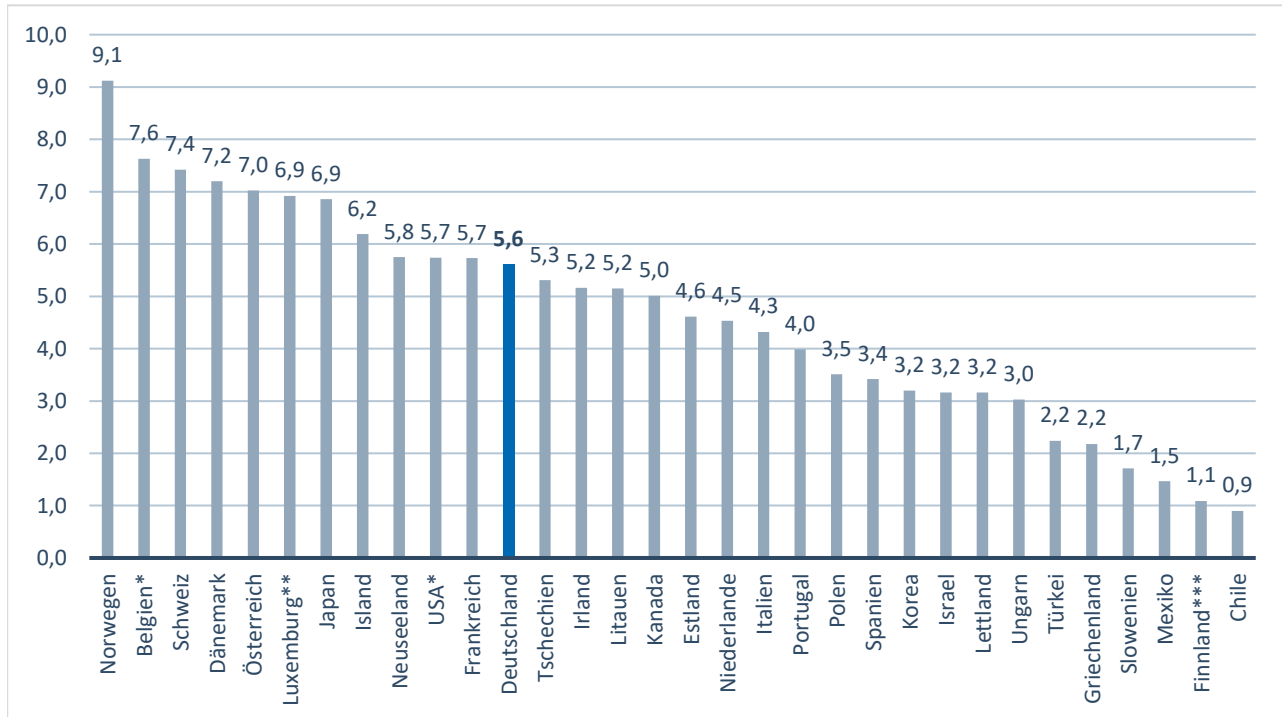
*Wert für 2016; **Wert für 2015; ***Wert für 2014, Belgien, Kanada, Finnland, Niederlande, Spanien: von der OECD geschätzte Werte.

Quellen: OECD, 2020a; eigene Darstellung

Noch deutlicher fallen die Unterschiede im Bereich des Fachpersonals in der Pflege aus (Abbildung 2-4). Pro 1.000 Einwohner arbeiten in Deutschland 5,6 Personen mit der entsprechenden Ausbildung im Krankenhaus – deutlich weniger als beim Spitzenreiter Norwegen (9,1), aber auch noch weniger als in Belgien (7,6), der Schweiz (7,4), Dänemark (7,2) oder Österreich (7,0).

Abbildung 2-5: Pflegefachpersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten

In Krankenhäusern beschäftigtes Pflegefachpersonal je 1.000 Einwohnern; 2017



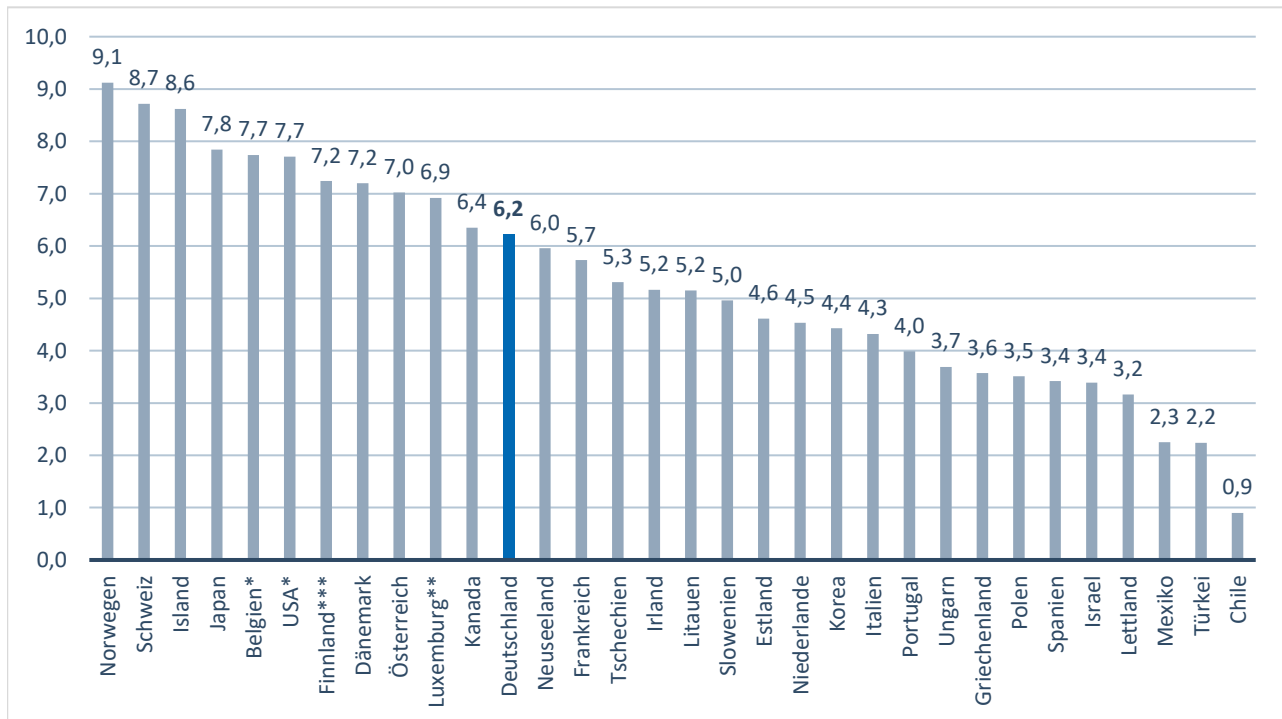
*Wert für 2016; **Wert für 2015; ***Wert für 2014; Belgien, Finnland, Niederlande, Spanien: von der OECD geschätzte Werte.

Quellen: OECD, 2020a; eigene Darstellung

Allerdings kennen nicht alle Staaten den Beruf des Krankenpflegehelfers, der in Deutschland ebenfalls ein Ausbildungsberuf ist. Betrachtet man somit alle Personen, die eine pflegerische Ausbildung haben – Fachkräfte (ohne Hebammen) und Pflegehelfer – und in den Krankenhäusern beschäftigt sind, kamen im Jahr 2017 in Deutschland 6,2 ausgebildete Personen auf 1.000 Einwohner (Abbildung 2-5). Auch damit gehört Deutschland im internationalen Vergleich keineswegs zu den Staaten mit der höchsten Krankenhauspersonalausstattung pro Einwohner, bewegt sich aber im oberen Mittelfeld.

Abbildung 2-6: Pflegepersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten

In Krankenhäusern beschäftigtes Personal mit Ausbildung im pflegerischen Bereich je 1.000 Einwohnern; 2017



*Wert für 2016; **Wert für 2015; ***Wert für 2014; Belgien, Finnland, Niederlande, Spanien: basierend auf von der OECD geschätzten Werten.

Quellen: OECD, 2020a; eigene Berechnung und Darstellung

Allerdings hat Deutschland im internationalen Vergleich ein sehr hohes Patientenaufkommen in den Krankenhäusern. Mit im Durchschnitt knapp 25.000 Fällen pro 100.000 Einwohnern pro Jahr liegt Deutschland beispielsweise deutlich vor den personell besser aufgestellten Ländern Schweiz (rund 17.000 Fälle pro 100.000 Einwohnern) und Norwegen (rund 16.100 Fälle pro 100.000 Einwohnern) (OECD, 2020a). Bisher ist nicht eindeutig geklärt, womit dies zusammenhängt. Zum einen ist die Bevölkerung in Deutschland vergleichsweise alt – entsprechend höher ist im Durchschnitt die Morbidität und damit die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Zum anderen gibt es aber auch wissenschaftliche Studien, die darauf hinweisen, dass die Operationszahlen in Deutschland relativ hoch sind und möglicherweise auch medizinisch nicht notwendige oder optionale Operationen durchgeführt werden. Deshalb kann nach momentaner Datenlage nicht genau abgeschätzt werden, wie viel medizinisches Personal für die Versorgung im Krisenfall bereitstünde, wenn nicht akut notwendige Operationen verschoben werden. Denn auch andere Notfälle müssen weiterhin versorgt werden, davon auch die, die statistisch aufgrund des höheren Durchschnittsalters der deutschen Bevölkerung relativ häufiger auftreten.

Schließlich ist relevant, wie viele Personen in Krankenhäusern arbeiten, die speziell für die Intensivpflege ausgebildet sind. Laut Ärztestatistik (Bundesärztekammer, 2019) hatten im Jahr 2018 rund 7.100 stationär arbeitende Ärzte eine Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, weitere 1.210 waren in anderen Bereichen (beispielsweise als niedergelassene Ärzte) tätig. Für das Pflegepersonal liegen für 2018 noch keine Daten vor, 2017 hatten aber knapp 35.000

Pflegepersonen eine abgeschlossene Weiterbildung im Bereich Intensivmedizin (Statistisches Bundesamt, 2019). Zumindest in den letzten Jahren ist die Anzahl des Personals mit entsprechender Weiterbildung in diesem Bereich gestiegen (Tabelle 2-5).

Tabelle 2-5: Personal mit Weiterbildung im Bereich Intensivmedizin/-pflege

Ärzte und Pflegepersonal

	2015	2017	2018
Krankenhausärzte	5.070	6.155	7.118
Sonstige Ärzte	799	1.033	1.210
Pflegepersonal	33.629	34.703	

Quellen: Bundesärztekammer, 2016, 2018, 2019; Statistisches Bundesamt, 2018; eigene Darstellung

Wie oben beschrieben, haben aber auch die Fälle, die intensivmedizinisch betreut werden müssen, zugenommen. Blum (2017) verweist darauf, dass – wie im Bereich der Pflegefachkräfte insgesamt (beispielsweise Kochskämper et al., 2018) – auch in diesem Bereich ein Fachkräftemangel herrscht, der Personalbedarf also noch höher ist. Internationale Vergleichszahlen zu diesem Thema werden weder von der OECD noch von der WHO bereitgestellt.

3 Ausblick

Im internationalen Vergleich hat Deutschland eine hohe Krankenhausbettendichte, auch im Bereich der Intensivmedizin. Allerdings bewegt es sich bezüglich des medizinischen Personals in Krankenhäusern im Mittelfeld. In der gegenwärtigen Situation ist es daher wichtig, das vorhandene Personal möglichst überlegt einzusetzen, um Überlastungen der Belegschaft möglichst lange zu vermeiden. Ein wichtiger Schritt war sicher, nicht notwendige Operationen zu verschieben, um so Kapazitäten frei zu setzen. Auch die im „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ (BMG, 2020) vorgesehene Möglichkeit, nicht ärztlichem medizinischen Fachpersonal die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu gestatten, erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Allerdings zeigt sich auch schon jetzt, worüber in der Post-Corona-Zeit im Gesundheitsbereich zu diskutieren sein wird. Neben Fragen, wie digitale Möglichkeiten besser genutzt werden können, um beispielsweise wichtige Daten – unter anderem zu vorhandenen Notfallkapazitäten – schneller bereitzustellen, wird sich auch einmal mehr die Frage stellen, wie viele Kapazitäten, aber auch welche Kapazitäten vorgehalten werden sollen und wer in der Finanzierungsverantwortung steht. Dazu wird auch die Diskussion darüber gehören, ob sich die Struktur der Krankenhauskapazitäten noch verbessern lässt, auch mit Hinblick darauf, ob dies dazu beitragen kann, Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern und so die Arbeit in den Krankenhäusern (wieder) attraktiver zu gestalten.

Abstract

Here; data on the actual hospital infrastructure in Germany are summarised and presented. This does not allow any statements as to whether or when the limits of the German health system's capacities will be exceeded. This depends too much on the dynamics of the cases requiring intensive care – something, which is currently difficult to predict. What can be seen is that Germany has a high hospital bed density in comparison to other countries, also in the field of intensive and intermediate care. However, the numbers of medical staff employed in hospitals is only in the middle of the range. In the current situation, it is therefore important to implement different strategies in order to avoid overloading the workforce for as long as possible.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Krankenhäuser und Krankenhausbetten in Deutschland.....	5
Tabelle 2-2: Intensivbetten und Fallzahlen im Zeitvergleich.....	6
Tabelle 2-3: Krankenhausbetten in den Bundesländern	9
Tabelle 2-4: Intensivbetten in den Bundesländern	10
Tabelle 2-5: Personal mit Weiterbildung im Bereich Intensivmedizin/-pflege	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Akutbettendichte in ausgewählten OECD-Staaten.....	5
Abbildung 2-2: Intensivbettendichte im europäischen Vergleich.....	7
Abbildung 2-3: Intensivbettendichte in ausgewählten OECD-Staaten	8
Abbildung 2-4: Krankenhausärztdichte in ausgewählten OECD-Staaten.....	12
Abbildung 2-5: Pflegefachpersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten	13
Abbildung 2-6: Pflegepersonaldichte in ausgewählten OECD-Staaten.....	14

Literatur

Blum, Karl, 2017, Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2017/2017-07-15_PM_Anlage_Langfassung_DKI-Gutachten_Personalsituation_Intensivpflege_und_Intensivmedizin.pdf [26.3.2020]

Bundesärztekammer, 2016, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2015. Bundesgebiet gesamt, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/> [26.3.2020]

Bundesärztekammer, 2018, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/> [26.3.2020]

Bundesärztekammer, 2019, Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018. Bundesgebiet gesamt, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/> [26.3.2020]

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2020), Corona-Virus. Fakten und Infos, <https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/> [25.3.2020]

John Hopkins Center for Health Security, 2020, Ventilator Stockpiling and Availability in the US, 14. Februar 2020, <http://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/200214-VentilatorAvailability-factsheet.pdf> [25.3.2020]

Kochskämper, Susanna / Risius, Paula / Seyda, Susanne, 2018, Fachkräfteengpass in der Krankenpflege – Wo liegt weiterer Reformbedarf?, IW-Report, Nr. 39, <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-reports/beitrag/susanna-kochskaemper-susanne-seyda-wo-liegt-weiterer-reformbedarf.html>

Neue Züricher Zeitung, 2020, Der Kampf um die dringend benötigten Beatmungsgeräte ist im vollen Gange, 17.03.2020, <https://www.nzz.ch/schweiz/coronavirus-die-schweiz-hat-zu-wenig-beatmungsgeraete-ld.1546948> [17.3.2020]

OECD, 2020a, OECD Statistics. Health Care Resources, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [25.3.2020]

OECD, 2020b, OECD Policy Brief on The Policy Response to the Covid-19 Crisis, https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD [02.04.2020]

Rhodes, Andrew et al., 2012, The variability of critical care bed numbers in Europe, in: Intensive Care Medicine 38, S. 1647–1653, <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2627-8> [25.3.2020]

Statistisches Bundesamt, 2018, Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020, Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Genesis-Datenbank, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1585139584981&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0010&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#astructure> [23.3.2020]

Washington Post, 2020, As coronavirus surges, a frantic Europe scrambles for hospital beds, ventilators, supplies, 22. März 2020, https://www.washingtonpost.com/world/europe/as-coronavirus-surges-a-frantic-europe-scrambles-for-hospital-beds-ventilators-supplies/2020/03/22/75adc79e-695d-11ea-b199-3a9799c54512_story.html [25.3.2020]