

Augurzky, Boris et al.

Research Report

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021

RWI Projektberichte

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris et al. (2022) : Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021, RWI Projektberichte, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/266529>

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.



Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technischen Universität Berlin

**Analysen zum Leistungsgeschehen
der Krankenhäuser und zur
Ausgleichspauschale in der Corona-Krise**

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit

Juni 2022



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 2022

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 zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser
und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise
– Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit

Juni 2022

Projektteam

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

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

Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technische Universität Berlin

Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise

Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit

Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	2
I Leistungsgeschehen der Krankenhäuser	2
I.1 Methodik siehe Anhang.....	2
I.2 Ergebnisse im Überblick.....	2
I.2.1 Stationäre DRG-Behandlungsfälle im Wochenverlauf.....	4
I.3 Behandlungen in Zusammenhang mit COVID-19	5
I.3.1 COVID-19-Fälle insgesamt.....	5
I.3.2 COVID-19-Fälle nach Kalenderwochen	7
I.3.3 COVID-19-Fälle nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser	7
I.4 Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19.....	10
I.5 Weitere, nicht planbare Behandlungen.....	13
I.6 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung.....	16
I.7 Typische planbare Operationen.....	17
I.8 Ambulant-sensitive Behandlungen.....	18
I.9 Vermutetes ambulantes Potenzial.....	20
I.10 Fazit.....	23
II Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen	24
II.1 Hintergrund.....	24
II.2 Methodik.....	25
II.3 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen	29
II.4 Analysen: Folgen der Ausgleichszahlung auf die Erlössituation	30
Anhang	33

Zusammenfassung

Dieser Bericht untersucht die Folgen der COVID-19-Pandemie auf das **Leistungsgeschehen** der Krankenhäuser in Deutschland. Er untersucht außerdem, ob die im Jahr 2021 geleisteten Ausgleichszahlungen die **Erlösminderungen** der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge ausgleichen konnten. Nicht untersucht wird, ob und wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser insgesamt verändert hat. Zuvor wurden bereits in fünf Berichten die Zeiträume bis Mai 2020, bis September 2020, bis Dezember 2020, bis Mai 2021 sowie bis September 2021 ausgewertet. In dem vorliegenden **sechsten Bericht** stellen wir Analysen für den **Zeitraum bis Dezember des Jahres 2021** vor. Die Analysen basieren auf den krankenhausindividuellen Struktur- und Leistungsdaten gemäß § 21 Abs. 1 KHEntgG des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) für die vollen Datenjahre 2019 bis 2020 sowie auf den Leistungsdaten gemäß § 21 Abs. 3b KHEntgG (unterjährig Datenlieferung) für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2021. Da die Gesamtjahresdaten verlässlicher als die unterjährigen Daten sind, kann es auch rückwirkend zu Abweichungen zu den Ergebnissen aus den ersten vier Berichten kommen. Wir beobachten bei somatischen Kliniken im Jahr 2021 einen um 6,0% höheren CMI als 2019. Gleichzeitig liegen 2021 die Fallzahlen um 13,0% und das Casemixvolumen um 7,7% unter dem Niveau von 2019. Bei den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken war der DMI 2021 um 1,0% höher als 2019, während die Fallzahlen um 8,9% und das Daymixvolumen 8,0% niedriger lagen. Bei den somatischen Krankenhäusern beträgt die durchschnittliche berechnete (Netto-)Erlösänderung¹ über alle Krankenhäuser hinweg +1,5% und bei den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken -7,2%.

I Leistungsgeschehen der Krankenhäuser

I.1 Methodik siehe Anhang

I.2 Ergebnisse im Überblick

Dieser Bericht stellt eine Fortschreibung der zuletzt für den Zeitraum bis September 2021 präsentierten Daten und Auswertungen dar. Zunächst seien wesentliche Parameter der Krankenhausnutzung für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021 im Vergleich zu 2020 und 2019 erwähnt, und zwar die Anzahl der Fälle, die Verweildauer, die Verweildauertage und die Bettenauslastung, jeweils für die nach DRG abrechnenden Häuser und die nach PEPP abrechnenden Häuser (Tabelle 1; rechte drei Spalten). Die nach DRG abrechnenden Häuser sind unterteilt in drei Bettengrößenklassen, und zwar die 917 „kleinen“ Krankenhäuser bis 299 Betten, die 336 „mittelgroßen“ Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und die 159 „großen“ Krankenhäuser mit mindestens 600 Betten (Tabelle 1).²

Fallzahlen: Die stationären Fallzahlen haben sich von Januar bis Dezember 2021 gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. Die Fallzahldifferenz von -13% ggü. dem Jahr 2019, die sich für das Gesamtjahr 2020 im DRG-Bereich gezeigt hatte, blieb auch im Jahr 2021 bestehen. Ein zusätzlicher Fallzahlrückgang von -4% zeigte sich nur in den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten, während in Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten eine Zunahme von +2% ggü. 2020 beobachtet wurde.

¹ Unter Berücksichtigung von eingesparten variablen Sachkosten.

² Für 4 Krankenhäuser lag keine Angabe zur Bettengrößenklasse vor.

Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise

Bei den unter das PEPP-System fallenden psychiatrischen und psychosomatischen Fällen gab es 2021 eine Zunahme von +4% ggü. 2020, aber immer noch eine Differenz von -9% ggü. 2019.

Mittlere Verweildauer: Die mittleren Verweildauern im Jahr 2021 waren im DRG-Bereich (5,99 Tage) und im PEPP-Bereich (28,16 Tage) im Vergleich zu 2020 und 2019 weitgehend unverändert.

Verweildauertage: Das Volumen der Verweildauertage im Jahr 2021 entspricht dem im Jahr 2020 und ist damit ggü. 2019 (wie auch die Fallzahlen) um -13% reduziert. Im PEPP-Bereich nahmen die Verweildauertage dagegen wieder zu, nämlich um +5% ggü. 2020. Die Differenz zum Jahr 2019 lag damit bei -9%.

Bettenauslastung: Die Bettenauslastung in den DRG-Krankenhäusern stieg zwischen den Jahren 2021 und 2020 wieder etwas an. Im Jahr 2021 war die Auslastung mit 66,5% um -11% gegenüber dem Jahr 2019 reduziert (2020: -13%). In den großen Krankenhäusern war diese Reduktion mit -10% etwas weniger ausgeprägt als in den mittleren Krankenhäusern (-12%) und den kleinen Krankenhäusern (-13%). Die Bettenauslastung im PEPP-Bereich lässt sich für das Jahr 2019 aufgrund von Änderungen bei der Übermittlung der Bettenzahl nicht sicher beurteilen (siehe Fußnote zu Tabelle 1). Gegenüber der Auslastung im Jahr 2020 ist die Auslastung im Jahr 2021 mit 76,1% um +5% angestiegen.

Tabelle 1

Ausgewählte Leistungsdaten DRG- und PEPP-Krankenhäuser (DRG auch nach Bettengröße) 2019, 2020 und 2021

Kennzahlen	2019	2020	2021	Änderung	Änderung	Änderung
				2020/19	2021/20	2021/19
				in %	in %	in %
Voll- und teilstationäre Behandlungsfälle						
Alle DRG-Krankenhäuser	19 241 830	16 704 757	16 665 365	-13	±0	-13
DRG-Kh. bis 299 Betten	5 282 616	4 605 281	4 648 970	-13	+1	-12
DRG-Kh. 300-599 Betten	6 944 956	6 019 103	5 807 102	-13	-4	-16
DRG-Kh. mit 600+ Betten	7 006 556	6 078 900	6 191 396	-13	+2	-12
PEPP-Krankenhäuser (inkl. StäB)	1 058 564	925 694	965 158	-13	+4	-9
Mittlere Verweildauer (Tage)						
Alle DRG-Krankenhäuser	5,98	5,98	5,99	±0	±0	±0
PEPP-Krankenhäuser	28,15	27,88	28,16	-1	+1	±0
Anzahl Verweildauertage						
Alle DRG-Krankenhäuser	115 089 957	99 966 551	99 813 662	-13	±0	-13
DRG-Kh. bis 299 Betten	32 444 837	28 188 345	28 105 170	-13	±0	-13
DRG-Kh. 300-599 Betten	40 125 736	34 515 407	33 525 975	-14	-3	-16
DRG-Kh. mit 600+ Betten	42 442 340	37 251 704	38 069 290	-12	+2	-10
PEPP-Krankenhäuser	29 803 513	25 807 836	27 180 822	-13	+5	-9
Bettenauslastung *						
Alle DRG-Krankenhäuser	75,1%	65,7%	66,5%	-13	+1	-11
DRG-Kh. bis 299 Betten	71,8%	61,9%	62,7%	-14	+1	-13
DRG-Kh. 300-599 Betten	74,6%	65,2%	65,5%	-13	±0	-12
DRG-Kh. mit 600+ Betten	78,2%	69,3%	70,3%	-11	+1	-10
PEPP-Krankenhäuser	n.v.	72,7%	76,1%	n.v.	+5	n.v.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen inklusive Überlieger. – Anmerkung: n.v.: nicht verfügbar, StäB: stationsäquivalente Behandlung. * Die Berechnung der Bettenauslastung beruht auf der von den Krankenhäusern übermittelten Anzahl der Krankenhausbetten. Hier ist zu beachten, dass seit dem Datenjahr 2020 auch teilstationäre Behandlungsplätze anzugeben sind, die seitdem in der Anzahl der Krankenhausbetten mitgezählt werden. Es ist unklar, inwieweit Krankenhäuser davor (Datenjahr 2019 und früher) teilstationäre Behandlungsplätze bei den Bettenangaben berücksichtigt haben oder nicht. Während dies bei den DRG-Krankenhäusern mit einem Anteil von ca. 2% teilstationärer Behandlungsplätze weniger ins Gewicht fällt, entstehen bei den PEPP-Krankenhäusern mit einem Anteil von mehr als 20% größere Verzerrungen. Daher wird die Bettenauslastung der PEPP-Krankenhäuser im Jahr 2019 nicht ausgewiesen.

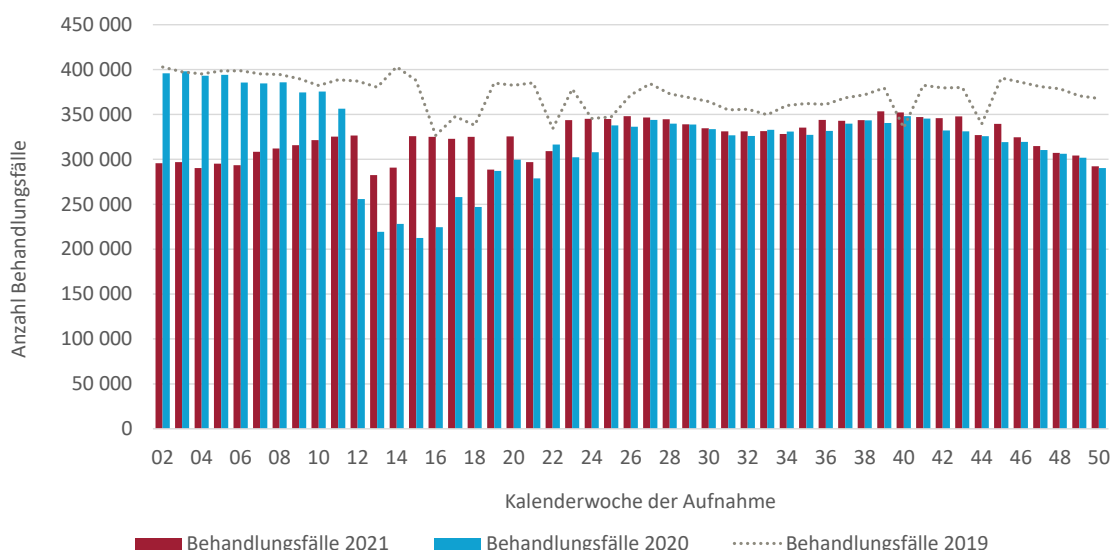
I.2.1 Stationäre DRG-Behandlungsfälle im Wochenverlauf

Der Betrachtungszeitraum im Jahr 2021 umfasst die abklingende zweite SARS-CoV-2-Infektionswelle, deren Höhepunkt zum Jahresende 2020 erreicht wurde, die dritte Infektionswelle mit Gipfel im April, sowie die vierte Welle mit Gipfel Anfang Dezember. Die Daten des Jahres 2021 umfassen auf der Grundlage der dritten unterjährigen Datenlieferung alle stationären Behandlungsfälle mit Entlassungsdatum bis 31.12.2021.

Schaubild 1 zeigt jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 50. Kalenderwoche (KW) der Jahre 2019, 2020 und 2021 die Anzahl der aufgenommenen akutstationär behandelten Patientinnen und Patienten.³ Im zweiten Pandemiejahr 2021 liegen die wöchentlichen Behandlungsfallzahlen (rote Balken) weiterhin deutlich unter denen des Vergleichsjahres 2019 (gestrichelte Linie). Der Einbruch der Fallzahlen in den KW 13 und 14 im Jahr 2021 fällt zeitlich mit den Osterfeiertagen zusammen (im Jahr 2019 entsprechend KW 16 und 17 mit Maifeiertag in KW 18). Ab Mitte Juni (KW 25) ist die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen im Jahr 2021 ähnlich wie im Jahr 2020 (blaue Balken) und gegenüber der Anzahl im Jahr 2019 verringert.

Schaubild 1

Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme
2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

In Tabelle 2 werden die Fallzahlen der Jahre 2019, 2020 und 2021 (jeweils ohne Überlieger) gegenübergestellt. In der Summe sind die Behandlungsfallzahlen des Jahres 2021 mit denen des Jahres 2020 vergleichbar (vgl. auch Tabelle 1). Eine kleine Zunahme der Fallzahlen zwischen 2020 und 2021 von +2% zeigt sich in der Altersgruppe bis 19 Jahre.

³ Dieser Zeitraum wurde gewählt, da die Kalenderwoche 1 in den Jahren unterschiedlich lang ist und die Zahlen ab der Kalenderwoche 51 aufgrund noch nicht entlassener bzw. (bei der unterjährigen Datenlieferung des Jahres 2021) noch nicht vollständig dokumentierter Fälle zunehmend lückenhaft sind.

Tabelle 2

Stationäre Behandlungsfälle 2019 bis 2021: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Fälle insgesamt	19 027 795	16 496 976	16 489 492	-2 530 819 (-13%)	-7 484 (±0%)	-2 538 303 (-13%)
Alter bis 19 Jahre	2 243 160	1 913 729	1 960 099	-329 431 (-15%)	+46 370 (+2%)	-283 061 (-13%)
Alter 20 bis 64 Jahre	8 012 237	6 954 261	6 943 529	-1 057 976 (-13%)	-10 732 (±0%)	-1 068 708 (-13%)
Alter ab 65 Jahre	8 772 398	7 628 986	7 585 864	-1 143 412 (-13%)	-43 122 (-1%)	-1 186 534 (-14%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger.

I.3 Behandlungen in Zusammenhang mit COVID-19

I.3.1 COVID-19-Fälle insgesamt

Insgesamt wurden bis 31.12. im Jahr 2021 351 772 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)⁴ aufgenommen und entlassen (Tabelle 3). Dazu kommen noch 33 027 Überlieger, d.h. Behandlungsfälle mit Aufnahme im Jahr 2020 und Entlassung im Jahr 2021. Damit war die Anzahl der Behandlungsfälle im Jahr 2021 (insgesamt 384 799) mehr als doppelt so hoch wie im Jahr 2020 (176 574)⁵. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich hier um Behandlungsfälle und nicht um Personen handelt, da verlegte Patientinnen und Patienten bzw. solche mit mehreren Krankenhausaufenthalten mehrfach gezählt werden.

Die mittlere Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag 2021 bei 11,3 Tagen, sodass knapp 4 Mio. Verweildauertage (ohne Überlieger) erbracht wurden, was 4,2% aller Verweildauertage im Jahr 2021 entspricht. Dagegen entfielen im Jahr 2020 insgesamt 2,1% aller Verweildauertage (ohne Überlieger am Jahresende) auf die Behandlung von Fällen mit COVID-19. Unter der Annahme, dass die Überlieger je zur Hälfte vor und nach dem Jahreswechsel stationär behandelt wurden, erhöhen sich die Werte auf rund 2,4% (2020) auf 4,4% (2021) der Verweildauertage, was 1,6% (2020) bzw. 3,0% (2021) der verfügbaren Bettentage (d.h. verfügbare Betten x Anzahl Kalendertage) entspricht.

Betrachtet man im Jahr 2021 zunächst nur die Behandlungsfälle mit COVID-19 ohne Überlieger, so war bei 60 183 ein OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert und bei weiteren 282 ein OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern (Tabelle 3). Daneben wurden 21 809 Fälle mit Aufenthalt in benannten Intensivbetten, jedoch ohne Komplexcode für intensivmedizinische Behandlung gezählt. Insgesamt wurden damit im Jahr 2021 69 062 Fälle mit COVID-19 intensivmedizinisch versorgt (23,4% aller stationären COVID-19-Fälle).

42 588 (12,1%) aller Fälle mit der Nebendiagnose U07.1 wurden für mindestens sechs Stunden beatmet. Von diesen erhielten 3 966 (9,3%) eine extrakorporale Lungenunterstützung (ECMO).

⁴ 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. Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Nebendiagnose U07.1 keine Aussage darüber erlaubt, ob die COVID-19-Erkrankung ursächlich für die stationäre Behandlung war. Erfasst werden damit auch Fälle, bei denen die SARS-CoV-2-Infektion ein Nebenbefund im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes aus anderem Anlass war oder im Krankenhaus erworben wurde.

⁵ Da es 2019 noch keine COVID-19-Erkrankten gab, gab es auch keine Überlieger von 2019 auf 2020. Dementsprechend sind alle für 2020 ausgewiesenen Fälle im Jahr 2020 aufgenommen und entlassen worden.

Im Vergleich zum Jahr 2020 waren die Patientinnen und Patienten mit COVID-19 im Jahr 2021 jünger (im Median 67 Jahre vs. 71 Jahre im Jahr 2020), wurden jedoch häufiger intensivmedizinisch versorgt (23,4% vs. 21,5% im Jahr 2020) und häufiger beatmet (12,1% vs. 10,2% im Jahr 2020). Der Anteil der Todesfälle unter allen Behandlungsfällen mit der Nebendiagnose U07.1 lag im Jahr 2021 bei 15,6% und war damit geringer als im Jahr 2020 (17,9%).

Die mittlere intensivmedizinische Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag im Jahr 2021 bei 10,5 Tagen, sodass ca. 0,87 Mio. Verweildauertage (ohne Überlieger) erbracht wurden, was 11,6% aller intensivmedizinischen Verweildauertage entspricht (bzw. 8,5% der vorhandenen intensivmedizinischen Kapazitäten). Diese Werte lagen bei hälftiger Berücksichtigung der Überlieger bei ca. 12,4% bzw. 9,4%, d.h. jedes achte belegte Intensivbett (und jedes elfte vorhandene Intensivbett) wurde im Durchschnitt zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 genutzt. Im Jahr 2020 lagen die entsprechenden Werte mit 7,0% der Intensiv-Verweildauertage bzw. 4,4% der vorhandenen Intensivbettenkapazitäten noch deutlich niedriger.

Tabelle 3

Behandlungen in Zusammenhang mit COVID-19: Kennzahlen, 2020 und 2021

Kennzahlen	2020	2021 ohne ÜL	2021 inkl. ÜL
Fälle mit COVID-19 (ND U07.1) insgesamt			
Anzahl Fälle	176 574	351 772	384 799
Anteil Todesfälle	17,9%	15,6%	16,1%
Alter Median (IQR)	71 (55 - 82)	67 (51 - 80)	n. v.
Anteil Alter ab 65 Jahre	61,4%	54,6%	56,7%
Mittlere Verweildauer in Tagen	11,2	11,3	12,7
Anzahl mit intensivmedizinischer Versorgung insgesamt *	37 956	82 274	93 896
Anteil mit intensivmedizinischer Versorgung insgesamt *	21,5%	23,4%	24,4%
Anteil mit Beatmung	10,2%	12,1%	12,8%
COVID-19 (ND U07.1) mit intensivmedizinischer Versorgung			
1. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung,			
Erwachsene	26 938	60 183	69 062
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	20,3	17,7	22,6
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	12,0	12,6	13,5
2. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung,			
Kinder	123	282	298
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	11,9	13,1	13,7
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	6,2	7,8	8,1
3. Anzahl Fälle mit Aufenthalt in Intensivbett,			
ohne Komplexbehandlung	10 895	21 809	24 536
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	13,7	14,3	16,4
Mittlere Verweildauer in Tagen auf der Intensivstation	4,1	5,0	5,2
Anzahl Fälle mit Beatmung	17 980	42 588	49 080
davon Anteil mit ECMO	7,0%	9,3%	9,0%
Mittlere Beatmungsdauer in Stunden	283,3	286,6	305,9

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil); ND: Nebendiagnose; n.v.: nicht verfügbar; ÜL: Überlieger (Fälle mit Aufnahme im Jahr 2020 und Entlassung im Jahr 2021); ECMO: extrakorporale Membranoxygenierung. – * Intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Aufenthalt in benanntem Intensivbett.

In Tabelle 3 sind zusätzlich die COVID-19-Behandlungsfallzahlen des Jahres 2021 inklusive der Überlieger aus dem Vorjahr dargestellt. Beim Vergleich zeigt sich, dass in dieser Betrachtung der Anteil der Todesfälle etwas höher ist, ebenso wie die Anteile mit intensivmedizinischer Versorgung und Beatmung. Dies deutet darauf hin, dass die Behandlungsfälle, die über den Jahreswechsel 2020/2021 (also während des Gipfels der zweiten Infektionswelle) versorgt wurden, eine Gruppe mit besonders hoher Behandlungsintensität darstellen. Zu beachten ist jedoch, dass die

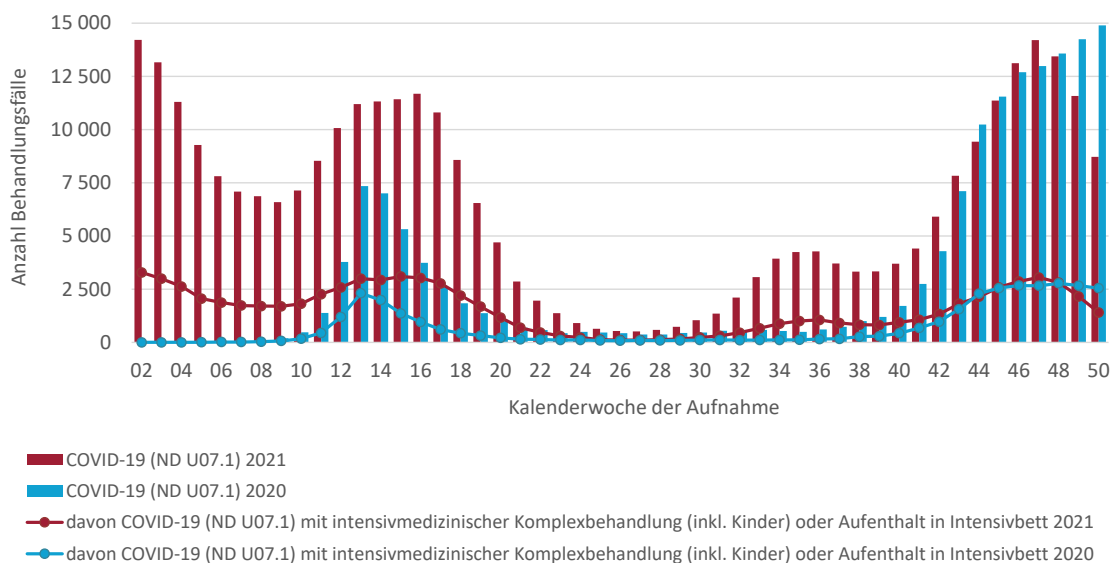
intensivmedizinische Versorgung nicht notwendigerweise über den Jahreswechsel hinweg bestanden haben muss, sondern auch davor oder danach im Laufe des jahresübergreifenden stationären Aufenthaltes stattgefunden haben könnte.

I.3.2 COVID-19-Fälle nach Kalenderwochen

Schaubild 2 zeigt die wöchentlich aufgenommenen Behandlungsfälle mit COVID-19. Nachdem der Gipfel der wöchentlichen Aufnahmen mit knapp 15 000 während der zweiten Infektionswelle um den Jahreswechsel 2020/2021 erreicht wurde, sank die Anzahl der stationären Behandlungsfälle im Jahr 2021 zunächst bis zur KW 9 (Anfang März), in der rund 6 600 Aufnahmen beobachtet wurden. Vor dem Hintergrund der dritten Infektionswelle stiegen die Fallzahlen anschließend wieder an und lagen in den KW 13 bis 17 (April) bei jeweils ca. 11 000. Nach anschließendem Rückgang lagen die Fallzahlen in den KW 24 bis 29 (Juni/Juli) jeweils unter 1 000 Aufnahmen pro Woche. Ab der KW 30 stiegen die Fallzahlen wieder an und lagen in den KW 35 und 36 bei ca. 4 250 Aufnahmen. Nach einem kurzzeitigen Rückgang stieg die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen ab der KW 40 (Anfang September) wieder stark an. In der KW 47 (Ende November) wurden mehr als 14 000 Aufnahmen gezählt. Der Rückgang ab KW 48 ist möglicherweise anteilig auf zum Zeitpunkt der Datenlieferung noch nicht vollständig dokumentierte und damit nicht erfasste Fälle zurückzuführen.

Schaubild 2

Anzahl Behandlungsfälle mit COVID-19 nach KW der Aufnahme 2020 und 2021



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Der Anteil der Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung lag in den KW 2 bis 48 im Jahr 2021 jeweils zwischen 21% und 27%.

I.3.3 COVID-19-Fälle nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Schaubild 3 zeigt die Verteilung der stationären Fälle mit COVID-19 (einschl. Überlieger), unterteilt nach den Bettengrößenklassen der behandelnden Häuser (linker Balken). Daneben sind zum Vergleich die Anteile der aufgestellten Betten dargestellt (rechter Balken). Hier bieten sich zwei Betrachtungsweisen an, die absolute und die proportionale. Bei der absoluten Betrachtungsweise zeigt sich, dass 55% der Patienten in den insgesamt 332 Krankenhäusern mit mehr als

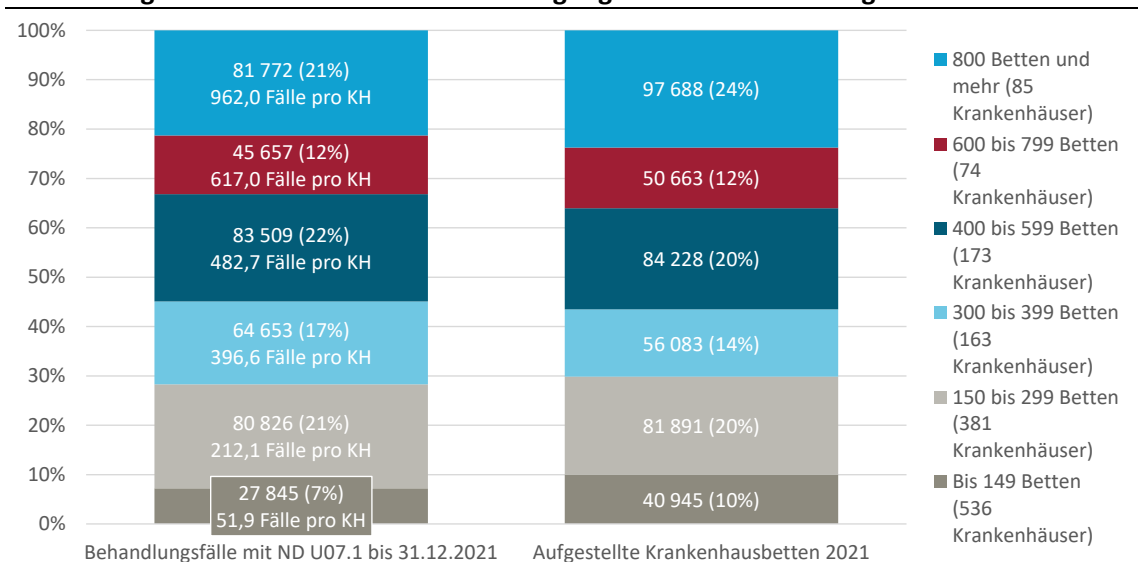
400 Betten versorgt wurden. Bei der proportionalen Betrachtungsweise ergibt sich, dass die Verteilung der Behandlungsfälle mit COVID-19 im Jahr 2021 im Verhältnis zur Bettenzahl relativ gleichmäßig erfolgte (vgl. auch Tabelle 4). Ein überproportionaler Versorgungsanteil wurde aber in den 163 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten beobachtet, die 17% der Behandlungsfälle mit COVID-19 versorgten, insgesamt jedoch nur einen Bettenanteil von 14% hatten. Auch in den 173 Krankenhäusern mit 400 bis 599 Betten wurde mit 22% der COVID-19-Fälle im Verhältnis zum Bettenanteil von 20% ein überproportionaler Anteil versorgt.

In jedem der 85 Krankenhäuser mit 800 Betten und mehr wurden im Jahr 2021 durchschnittlich 962 Fälle mit COVID-19 versorgt, dagegen in den 536 Krankenhäusern bis 149 Betten nur durchschnittlich 52 Fälle.

Insgesamt ist die Verteilung der Behandlungsfälle mit COVID-19 ähnlich wie im Jahr 2020 (vgl. Projektbericht vom 30.04.2021: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020).

Schaubild 3

Behandlungsfälle mit COVID-19 2021: Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020. – Anmerkung: Nicht dargestellt sind 4 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 537 Behandlungsfällen mit ND U07.1.

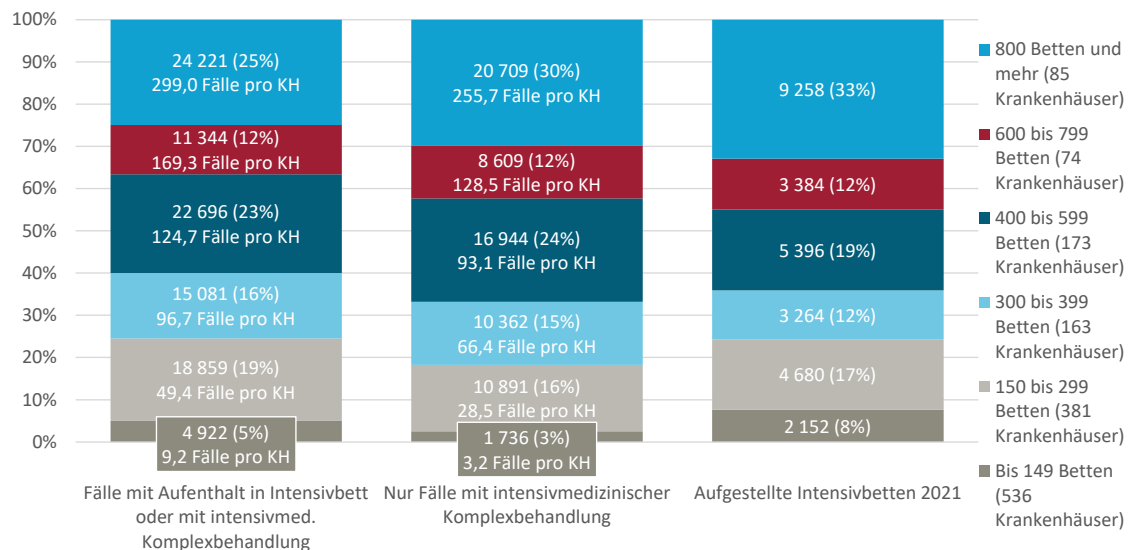
In Schaubild 4 sind die Versorgungsanteile der Fälle mit COVID-19 und *intensivmedizinischer Versorgung* (Aufenthalt in benanntem Intensivbett oder intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in Intensivbett) dargestellt. Hier liegt der Anteil der Fälle, die in den 332 größeren Krankenhäusern (ab 400 Betten) versorgt wurden, bei 60%. Überproportionale Versorgungsanteile zeigen sich in den 173 Krankenhäusern mit 400 bis 599 Betten (23% der intensivmedizinisch versorgten Behandlungsfälle bei 19% der Intensivbetten) sowie in den 163 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten (16% der Behandlungsfälle bei 12% der Intensivbetten). Eine solche Tendenz bestand auch bei den 381 Krankenhäusern mit 150 bis 299 Betten, während die Anteile insbesondere in den Krankenhäusern bis 149 Betten, aber auch in denen mit 800 und mehr Betten unterproportional waren. In jedem der 85 Krankenhäuser mit 800 Betten und mehr wurden im Jahr 2021 durchschnittlich 299 Fälle mit COVID-19 intensivmedizinisch versorgt, dagegen in den 536 Krankenhäusern bis 149 Betten nur durchschnittlich 9 Fälle.

Da es bei dem Datenfeld „Aufenthalt in benanntem Intensivbett“ nicht sicher ist, ob und wie lange eine intensivmedizinische Versorgung stattgefunden hat, werden in Schaubild 4 (mittlerer

Balken) zusätzlich nur solche Fälle dargestellt, bei denen ein OPS-Kode für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung dokumentiert war, die also mindestens 24 Stunden entsprechend der im OPS genannten Kriterien intensivmedizinisch behandelt wurden. In dieser Betrachtung liegt der Anteil der Fälle, die in den 332 größeren Krankenhäusern (ab 400 Betten) versorgt wurden, bei 67%.

Schaubild 4

Behandlungsfälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Versorgung 2021: Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



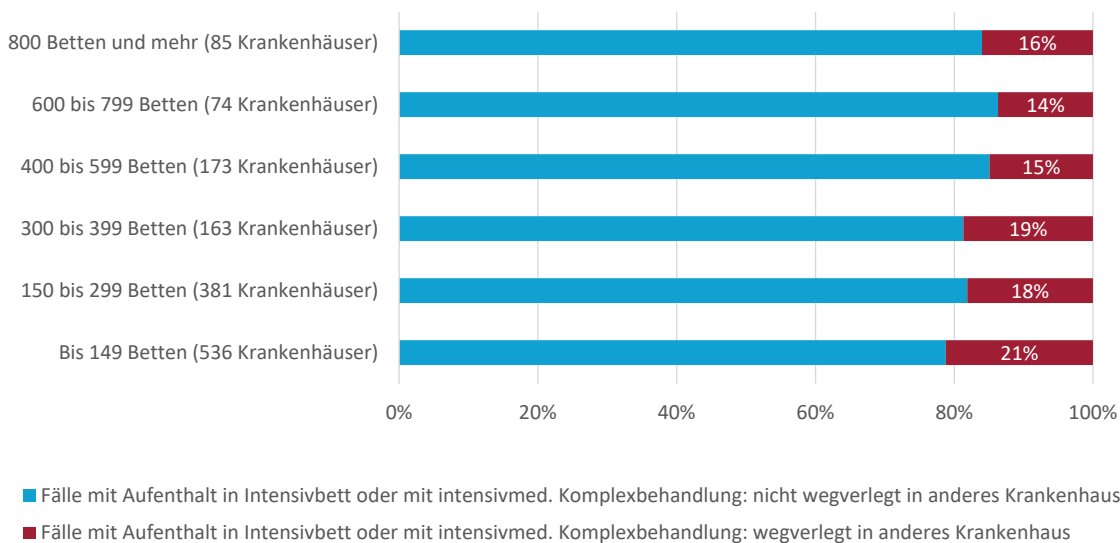
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020. – Anmerkung: Einbezogen sind Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und Aufenthalt in benanntem Intensivbett, sowie Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in benanntem Intensivbett. Nicht dargestellt sind Krankenhäuser ohne Ausweis der Bettengrößenklasse im InEK-Datenbrowser mit 1.068 Behandlungsfällen mit Aufenthalt in Intensivbett oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung bzw. 109 Behandlungsfällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung. Die Differenz der Fallzahlen der intensivmedizinisch versorgten Fälle mit ND U07.1 im Vergleich zu Tabelle 3 ergibt sich aus Unterschieden im Datenzugriff (Tabelle 3 Datenlieferung durch InEK, hier Datenabruf über InEK-Datenbrowser).

In Schaubild 4 sind alle Fälle gleich gewichtet, d.h. unabhängig von ihrer Verweildauer,⁶ einer möglichen Beatmung oder der Frage, ob die Patienten dort durchgehend therapiert werden konnten oder eine Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus notwendig war. Schaubild 5 zeigt daher die Anteile der Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung, die in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden. Der Anteil der verlegten Fälle lag in den großen Krankenhäusern mit mehr als 800 bzw. 600 bis 799 Betten bei 16% bzw. 14%. In Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten lag der Anteil der intensivmedizinisch versorgten COVID-19 Fälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus bei 21%.

⁶ Eine Darstellung gemäß Schaubild 4 mit Belegungs- bzw. Verweildauerzahlen ist nicht möglich, da vom InEK keine bettengrößenspezifischen durchschnittlichen Verweildauern zur Verfügung gestellt wurden. Durch die höheren Quoten an Wegverlegungen aus Häusern mit weniger Betten und weniger Beatmungserfahrung dürfte der Anteil der kleineren Krankenhäuser an den COVID-19-bezogenen Tagen kleiner sein als der Anteil nach Fällen – während es bei den größeren Krankenhäusern umgekehrt sein dürfte.

Schaubild 5

**Behandlungsfälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Versorgung 2021:
Anteil wegverlegt in anderes Krankenhaus**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020. – Anmerkung: Einbezogen sind Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und Aufenthalt in benanntem Intensivbett, sowie Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in benanntem Intensivbett.

Tabelle 4 listet weitere Kennzahlen zur stationären COVID-19-Versorgung im Jahr 2021 nach Bettengrößenklassen auf, etwa die mittlere Anzahl der Behandlungsfälle pro aufgestelltes Bett bzw. der intensivmedizinischen Fälle pro Intensivbett oder die Wegverlegungsquoten auch für alle stationären Patienten. In der letzten Spalte erfolgt eine Betrachtung innerhalb der Gruppen: Bezogen auf alle Behandlungsfälle mit COVID-19 war der Anteil der intensivmedizinisch versorgten Fälle in den 85 Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten mit 30% am höchsten und in den 536 Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten mit 18% am geringsten.

Tabelle 4

Behandlungsfälle mit COVID-19 2021: Versorgungskennzahlen nach Bettengrößenklassen

Bettengrößenklasse	Anzahl KH	Behandlungsfälle mit COVID-19				
		insgesamt		mit intensivmedizinischer Versorgung		
		Behandlungsfälle pro aufgestelltes Bett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Intensivfälle pro Intensivbett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Anteil mit intensivmedizinischer Versorgung
800 Betten und mehr	85	0,84	8%	2,62	16%	30%
600 bis 799 Betten	74	0,90	6%	3,35	14%	25%
400 bis 599 Betten	173	0,99	7%	4,21	15%	27%
300 bis 399 Betten	163	1,15	9%	4,62	19%	23%
150 bis 299 Betten	381	0,99	9%	4,03	18%	23%
bis 149 Betten	536	0,68	13%	2,29	21%	18%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020.

I.4 Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19

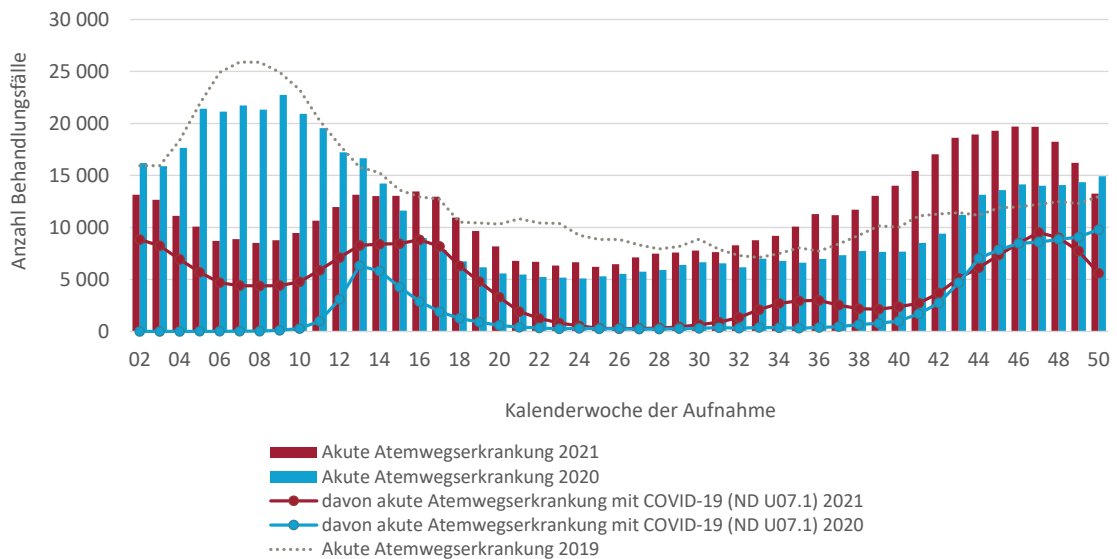
Um die Gesamtheit aller potenziell mit COVID-19 assoziierten Erkrankungen zu betrachten, wurden in Schaubild 6 alle Behandlungsfälle mit Hauptdiagnosen akuter Atemwegserkrankungen (d.h. Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen

obere oder untere Atemwege, Grippe) oder Nebendiagnosen für Virusinfektionen (Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren), unterteilt nach dem Vorliegen einer COVID-19-Nebendiagnose, dargestellt. Die Anzahl aller Behandlungsfälle mit akuter Atemwegserkrankung ist für das Jahr 2021 als rote Balken und für das Jahr 2020 als blaue Balken dargestellt. Die gestrichelte Linie zeigt die Anzahl der Behandlungsfälle mit akuter Atemwegserkrankung im Jahr 2019. Die Anteile der Behandlungsfälle mit einer COVID-19 Nebendiagnose in den Jahren 2020 und 2021 sind als blaue bzw. rote Linien ausgewiesen.

Schaubild 6

Anzahl Behandlungsfälle mit akuter Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) nach KW der Aufnahme

2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Der Anteil der Fälle mit akuter Atemwegserkrankung, bei denen die Nebendiagnose U07.1 kodiert ist, lag im Jahr 2021 bis KW 18 (Anfang Mai) relativ konstant zwischen 50% und 67%. Danach sank dieser Anteil ab und lag zwischen den KW 24 (Mitte Juni) und 30 (Ende Juli) bei unter 10%, stieg anschließend jedoch wieder bis auf 48% in den KW 47 bis 49 (Ende November/Anfang Dezember). Ab der KW 32 (Mitte August) war die Anzahl wöchentlicher Aufnahmen höher als im Vorpandemiejahr 2019 und überstieg auch die Fallzahlen des Jahres 2020. Insgesamt war die Anzahl der der Fälle mit akuter Atemwegserkrankung damit im Jahr 2021 um +1% höher als im Vorjahr. Gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019, in dem zwischen den KW 5 (Ende Januar) und 11 (Mitte März) zwischen 20 000 und 26 000 Aufnahmen beobachtet wurden, war die Anzahl um -11% reduziert (Tabelle 5).

Tabelle 5

Akute Atemwegserkrankungen: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

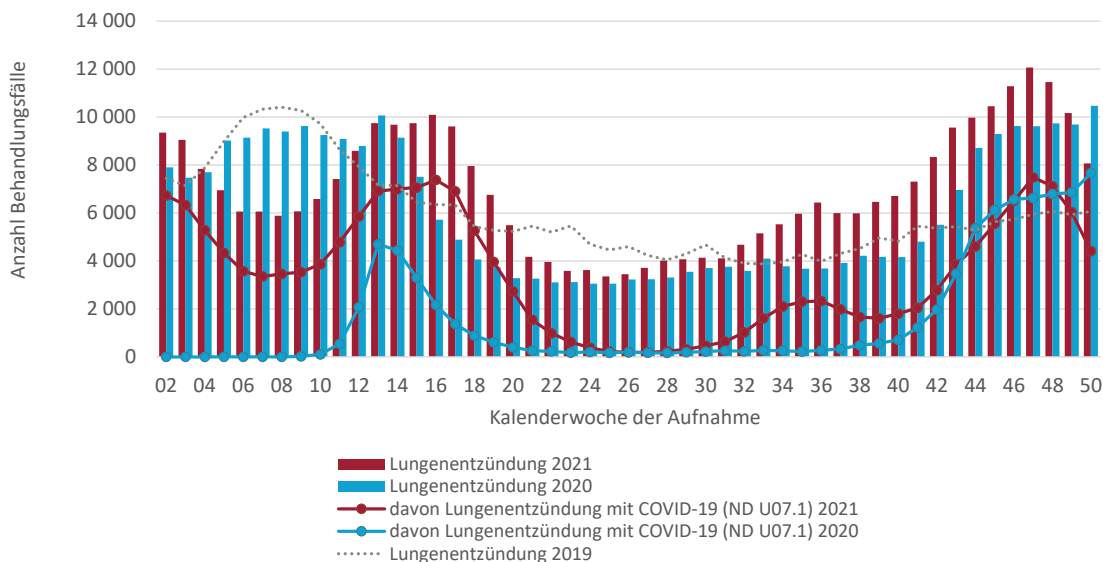
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Behandlungsfälle mit akuter Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) *	665 274	583 405	590 659	-81 869 (-12%)	+7 254 (+1%)	-74 615 (-11%)
Behandlungsfälle mit HD Lungenentzündung	310 051	323 520	363 204	+13 469 (+4%)	+39 684 (+12%)	53 153 (+17%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose. – * Hauptdiagnose Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe oder Nebendiagnose Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren.

Betrachtet man nur Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Lungenentzündung, so zeigt sich, dass die wöchentlichen Aufnahmen während des Gipfels der dritten Infektionswelle im Jahr 2021 (KW 13 bis 17, April) deutlich über dem Niveau des Jahres 2019 lagen (Schaubild 7). Nach anschließendem Rückgang nahmen die Fallzahlen im weiteren Verlauf wieder zu und lagen ab der 32. KW über dem Niveau des Jahres 2019 (und über dem des Vorjahres 2020). In der KW 47 (Ende November) wurden mehr als 12 000 Aufnahmen beobachtet. Der Anteil der Fälle mit der Nebendiagnose U07.1 lag bis KW 20 zwischen 50% und 73%. Danach sank dieser Anteil ab und lag zwischen den KW 25 (Ende Juni) und 29 (Mitte Juli) bei unter 10%, um anschließend wieder auf mehr als 60% in den KW 47 und 48 (Ende November) anzusteigen. Im Vergleich zu 2020 war die Anzahl der Fälle mit Hauptdiagnose Lungenentzündung im Jahr 2021 damit um +12% erhöht und im Vergleich zu 2019 um +17% (Tabelle 5).

Schaubild 7

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Lungenentzündung nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Tabelle 6

Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19: Kennzahlen

Kennzahlen	2019	2020	2021
Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) * mit COVID-19			
Anzahl Fälle	0	120 471	234 355
Anteil Todesfälle	-	20,5%	18,6%
Alter Median (IQR)	-	71 (56 - 82)	67 (53 - 80)
Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) * ohne COVID-19			
Anzahl Fälle	665 274	462 934	356 304
Anteil Todesfälle	5,7%	7,1%	7,4%
Alter Median (IQR)	67 (22 - 80)	68 (30 - 81)	64 (3 - 80)
Lungenentzündung mit COVID-19			
Anzahl Fälle	0	90 851	184 552
Anteil Todesfälle	-	22,6%	20,2%
Alter Median (IQR)	-	72 (58 - 82)	67 (54 - 80)
Lungenentzündung ohne COVID-19			
Anzahl Fälle	310 051	232 669	178 652
Anteil Todesfälle	9,4%	11,4%	12,1%
Alter Median (IQR)	75 (58 - 83)	76 (60 - 84)	75 (58 - 84)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil). – * Hauptdiagnose Lungenentzündung, ARDS, COPD mit akuter Exazerbation/Infektion, akute Infektionen obere oder untere Atemwege, Grippe oder Nebendiagnose Viruserkrankung, SARS, RS-Viren, Coronaviren.

In Tabelle 6 sind Kennzahlen zu Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19 dargestellt. Während die Sterblichkeit bei akuter Atemwegserkrankung mit COVID-19 im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr etwas zurückgegangen ist (18,6% vs. 20,5%), ist die Sterblichkeit bei Behandlungsfällen ohne COVID-19 etwas angestiegen (7,4% vs. 7,1%). Hier fällt auch eine deutliche Altersverschiebung auf: Im Jahr 2021 lag das untere Altersquartil bei 3, d.h. ein Viertel aller Behandlungsfälle ohne COVID-19 entfiel auf Kinder im Alter bis zu 3 Jahren. Im Jahr 2020 lag das untere Altersquartil dagegen noch bei 30 Jahren.

Betrachtet man nur Behandlungen mit der Hauptdiagnose Lungenentzündung, so zeigt sich auch hier bei Fällen mit COVID-19 eine etwas geringere Sterblichkeit im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 (20,2% vs. 22,6%) und eine höhere Sterblichkeit bei Fällen ohne COVID-19 (12,1% vs. 11,4%).

In beiden Gruppen waren die Behandlungsfälle mit COVID-19 im Jahr 2021 im Median etwas jünger als im Jahr 2020.

I.5 Weitere, nicht planbare Behandlungen

In Bei Behandlungen mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt ist der Anteil der transmuralen Infarkte im Jahr 2021 mit 33,3% höher als in den Vorjahren (2020: 32,8%; 2019: 31,7%). Die Krankenhaussterblichkeit steigt im Zeitverlauf an, auch bei separater Betrachtung der transmuralen und nicht-transmuralen Herzinfarkte (Tabelle 6). Dies könnte auf eine Verschiebung der Fallschwere durch eine zunehmende Konzentration auf „schwerere“ Fälle hindeuten.

Tabelle 7 sind Kennzahlen für ausgewählte, nicht planbare Behandlungen über die Jahre 2019, 2020 und 2021 vergleichend dargestellt.

Bei Behandlungen mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt ist der Anteil der transmuralen Infarkte im Jahr 2021 mit 33,3% höher als in den Vorjahren (2020: 32,8%; 2019: 31,7%). Die Krankenhaussterblichkeit steigt im Zeitverlauf an, auch bei separater Betrachtung der transmuralen und nicht-transmuralen Herzinfarkte (Tabelle 6). Dies könnte auf eine Verschiebung der Fallschwere durch eine zunehmende Konzentration auf „schwerere“ Fälle hindeuten.

Tabelle 7

Weitere, nicht planbare Behandlungen: Kennzahlen

Kennzahlen	2019	2020	2021
HD Herzinfarkt insgesamt			
Anzahl Fälle	208 583	194 379	192 875
Anteil transmuraler Herzinfarkt (vorwiegend STEMI)	31,7%	32,8%	33,3%
Anteil Todesfälle	8,0%	8,2%	8,4%
Alter Median (IQR)	71 (60-80)	71 (60 - 80)	70 (60 - 81)
<i>Davon: Transmuraler Herzinfarkt [vorwiegend STEMI]</i>			
Anzahl Fälle	66 139	63 702	64 199
Anteil Todesfälle	11,8%	12,1%	12,5%
Alter Median (IQR)	65 (56-77)	65 (56 - 76)	65 (56 - 77)
<i>Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt [NSTEMI]</i>			
Anzahl Fälle	139 409	128 194	126 144
Anteil Todesfälle	5,5%	5,7%	5,8%
Alter Median (IQR)	74 (62-81)	73 (62 - 81)	73 (62 - 82)
HD Schlaganfall insgesamt			
Anzahl Fälle	294 870	277 094	283 079
Anteil mit Stroke-Unit-Behandlung	59,9%	60,6%	61,2%
Anteil Todesfälle	8,7%	9,1%	9,1%
Alter Median (IQR)	76 (65-83)	76 (65 - 83)	76 (65 - 83)
<i>Davon: Hirninfarkt</i>			
Anzahl Fälle	250 087	235 005	240 608
Anteil Todesfälle	6,5%	6,7%	6,7%
Alter Median (IQR)	77 (66-83)	77 (66 - 83)	77 (66 - 83)
HD Transitorische Ischämische Attacke			
Anzahl Fälle	105 495	92 090	93 557
Anteil mit Stroke-Unit-Behandlung	65,5%	65,7%	65,7%
Anteil Todesfälle	0,3%	0,3%	0,3%
Alter Median (IQR)	75 (63-82)	75 (63 - 82)	75 (64 - 83)
HD Hüftgelenknahe Fraktur			
Anzahl Fälle	150 029	148 735	153 002
Anteil Todesfälle	5,0%	5,3%	5,3%
Alter Median (IQR)	82 (76-88)	83 (76 - 88)	83 (76 - 88)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil); STEMI: ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt; NSTEMI: Nicht-ST-Streckenhebungsherzinfarkt.

Beim Vergleich der Fallzahlen (Tabelle 8) zeigt sich, dass sich die Anzahl der Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2020 nur geringfügig verändert hat. Im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 ist die Fallzahl relativ um -8% reduziert. Dieser Rückgang war bei den transmuralen Herzinfarkten (vorwiegend ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt, STEMI) deutlich weniger ausgeprägt (Veränderung gegenüber 2019 -3%) als bei nicht-transmuralen Herzinfarkten, deren Symptome häufig von Patientinnen weniger wahrgenommen werden (Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt, NSTEMI, Veränderung gegenüber 2019-10%, siehe auch Schaubild 8).

Tabelle 8

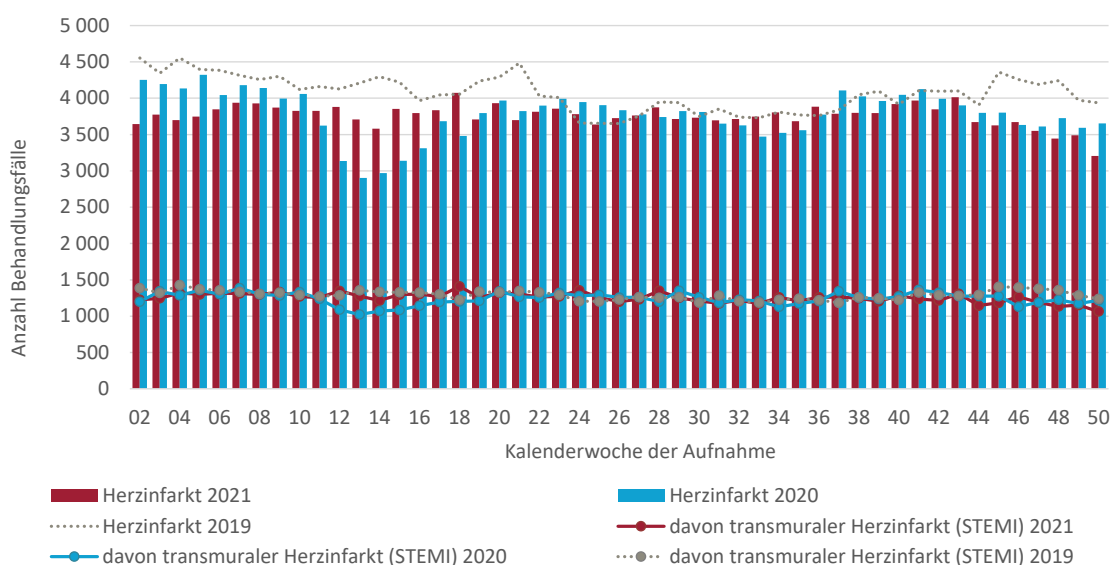
Weitere, nicht planbare Behandlungen (I): Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
HD Herzinfarkt insgesamt	208 583	194 379	192 875	-14 204 (-7%)	-1 504 (-1%)	-15 708 (-8%)
<i>Davon: Transmuraler Herzinfarkt</i>	66 139	63 702	64 199	-2 437 (-4%)	+497 (+1%)	-1 940 (-3%)
<i>Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt</i>	139 409	128 194	126 144	-11 215 (-8%)	-2 050 (-2%)	-13 265 (-10%)
HD Schlaganfall insgesamt	294 870	277 094	283 079	-17 776 (-6%)	+5 985 (+2%)	-11 791 (-4%)
<i>Davon: Hirninfarkt</i>	250 087	235 005	240 608	-15 082 (-6%)	+5 603 (+2%)	-9 479 (-4%)
HD Transitorische Ischämische Attacke	105 495	92 090	93 557	-13 405 (-13%)	+1 467 (+2%)	-11 938 (-11%)
HD Hüftgelenknahe Fraktur	150 029	148 735	153 002	-1 294 (-1%)	+4 267 (+3%)	+2 973 (+2%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose.

Schaubild 8

Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die gleiche Beobachtung (d.h. nur schwache Zunahmen der Fallzahlen im Jahr 2021 ggü. 2020) zeigen sich auch bei den anderen Diagnosen, wo jeweils ein neues Niveau erreicht zu sein scheint: Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall waren die Fallzahlen des Jahres 2021 um -4% gegenüber dem Jahr 2019 reduziert. Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Transitorische Ischämische Attacke waren die Fallzahlrückgänge ausgeprägter, dort lag die Differenz zwischen 2021 und 2019 bei -11%.

Die wöchentlichen Aufnahmen wegen hüftgelenknaher Fraktur liegen im Jahr 2021 etwas über denen des Jahres 2020 (+3%) und denen des Jahres 2019 (+2%).

Als weitere ungeplante Behandlungen wurden die wöchentlichen Aufnahmen mit dem Aufnahmearbeit „Notfall“ (d.h. stationäre Aufnahmen ohne Einweisung) bei Kindern bis 14 Jahren betrachtet. Hier zeigt sich, dass die Fallzahlen 2021 bis zur Jahresmitte das Niveau des Jahres 2019 noch deutlich unterschritten. Im weiteren Verlauf zeigten sich jedoch zwischen den KW 36 (Anfang September) und 45 (Anfang November) höhere wöchentliche Fallzahlen als in den Vorjahren (Schaubild 9). In der Summe lagen die Fallzahlen im Jahr 2021 um +5% über denen des Jahres 2020, waren jedoch im Vergleich zu 2019 um -17% reduziert (Tabelle 9).

Bei der Anzahl der Entbindungen im Krankenhaus zeigt sich zwischen den Jahren 2021 und 2020 eine Zunahme um +2% (Tabelle 9).

Tabelle 9

Weitere, nicht planbare Behandlungen (II): Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

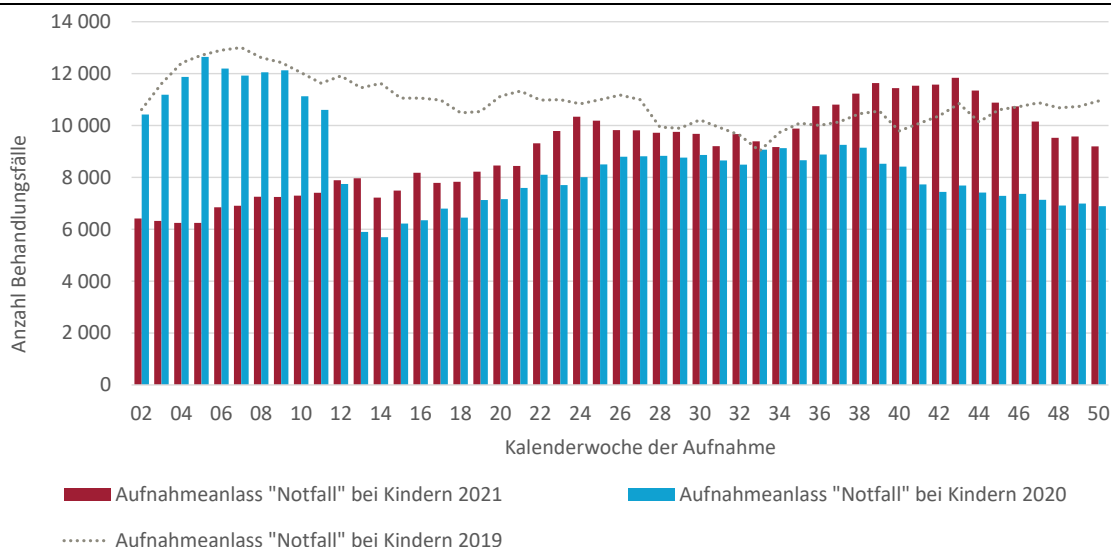
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Aufnahmearbeit "Notfall" bei Kindern	564 145	441 557	465 736	-122 588 (-22%)	+24 179 (+5%)	-98 409 (-17%)
Entbindungen im Krankenhaus	742 280	738 093	756 445	-4 187 (-1%)	+18 352 (+2%)	+14 165 (+2%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger.

Schaubild 9

Anzahl Behandlungsfälle ohne Einweisung (Aufnahmearlass "Notfall") bei Kindern nach KW der Aufnahme

2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.6 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Hier wurden vorwiegend planbare Operationen bei fünf Arten von bösartigen Neubildungen betrachtet. In Tabelle 10 sind Kennzahlen zu diesen Behandlungen dargestellt. Bei Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenresektionen war die Krankenhaussterblichkeit im Verlauf der Jahre 2019 bis 2021 tendenziell rückläufig. Ob dies primär auf Selektionseffekte oder eine tatsächliche Versorgungsverbesserung zurückzuführen ist, lässt sich den Daten nicht entnehmen, da diese nur aggregiert vorliegen und keine weiteren Informationen verfügbar sind. Es ist jedoch denkbar, dass es bei den hier geltenden Mindestmengen durch die seit 2020 geltende Prognoseregulierung weniger Krankenhäuser mit kleinen Fallzahlen und überdurchschnittlicher Sterblichkeit gibt.

Tabelle 10

Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung: Kennzahlen

Kennzahlen	2019	2020	2021
Kolorektale Resektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	47 570	43 044	42 514
Anteil Todesfälle	4,3%	4,4%	4,4%
Alter Median (IQR)	72 (62 - 80)	72 (62 - 80)	72 (62 - 80)
Speiseröhrenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	3 131	3 233	3 148
Anteil Todesfälle	6,3%	6,2%	5,9%
Alter Median (IQR)	65 (58 - 72)	65 (58 - 72)	65 (58 - 72)
Magenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	5 995	5 672	5 284
Anteil Todesfälle	6,2%	5,7%	5,7%
Alter Median (IQR)	71 (61 - 79)	70 (61 - 79)	70 (61 - 79)
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	6 299	6 419	6 299
Anteil Todesfälle	7,9%	7,4%	6,9%
Alter Median (IQR)	70 (61 - 77)	69 (61 - 77)	70 (61 - 77)
Mammaresektion bei Karzinom			
Anzahl Fälle	75 450	73 466	74 795
Anteil Todesfälle	0,06%	0,05%	0,05%
Alter Median (IQR)	63 (52 - 74)	63 (52 - 73)	63 (53 - 73)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: IQR: Interquartilsabstand (25. bis 75. Perzentil).

Tabelle 11 zeigt die Fallzahldifferenzen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019. Bei kolorektalen Resektionen bei Karzinom sind die Fallzahlen im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 kaum verändert, im Vergleich zu 2019 jedoch um -11% reduziert (siehe auch Schaubild 10).

Tabelle 11

Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

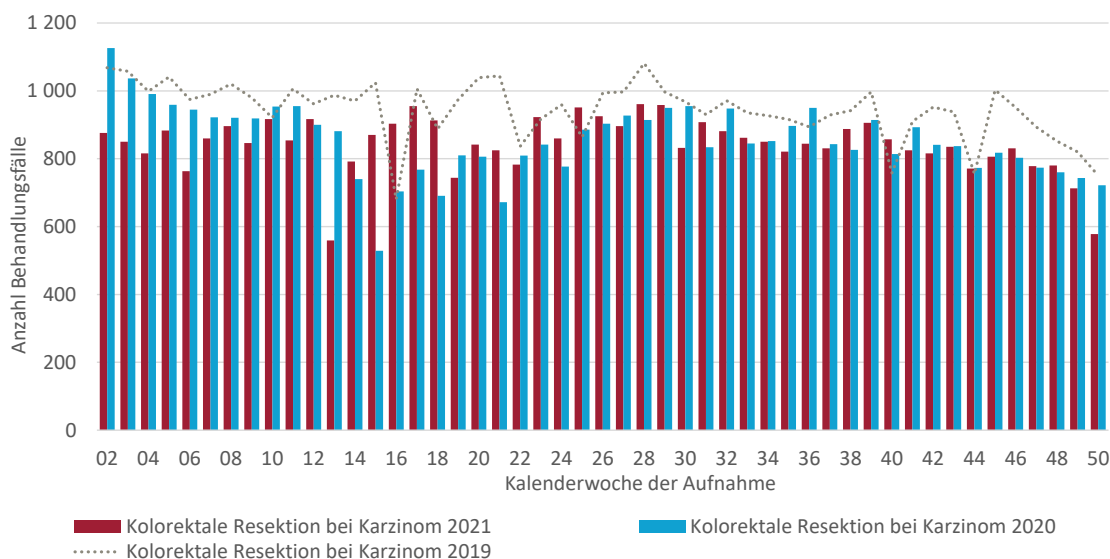
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Kolorektale Resektion bei Karzinom	47 570	43 044	42 514	-4 526 (-10%)	-530 (-1%)	-5 056 (-11%)
Speiseröhrenresektion bei Karzinom	3 131	3 233	3 148	+102 (+3%)	-85 (-3%)	+17 (+1%)
Magenresektion bei Karzinom	5 995	5 672	5 284	-323 (-5%)	-388 (-7%)	-711 (-12%)
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom	6 299	6 419	6 299	+120 (+2%)	-120 (-2%)	±0 (±0%)
Mammaresektion bei Karzinom	75 450	73 466	74 795	-1 984 (-3%)	+1 329 (+2%)	-655 (-1%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger.

Bei Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenresektionen sind die jährlichen Fallzahlen im Jahr 2021 weitgehend vergleichbar mit denen des Jahres 2019. Dagegen zeigt sich bei Magenresektionen ein zusätzlicher Fallzahlrückgang im Jahr 2021: Während die relative Veränderung im Vergleich zu 2019 im Betrachtungszeitraum des Jahres 2020 bei -5% lag, wurden im Jahr 2021 -7% weniger Fälle als im Vorjahr gezählt. Gegenüber dem Jahr 2019 liegt der relative Rückgang damit bei -12%. Bei Mammaresektionen war die Fallzahl im Jahr 2021 mit einer Differenz von -1% vergleichbar mit der des Jahres 2019.

Schaubild 10

Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

I.7 Typische planbare Operationen

Als typische planbare Operationen wurden Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenk-Endoprothesen bei Kox- bzw. Gonarthrose sowie Gallenblasenentfernungen bei Gallensteinleiden und Herniotomien (ohne Darmoperation) betrachtet.

Tabelle 12

Typische planbare Operationen: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

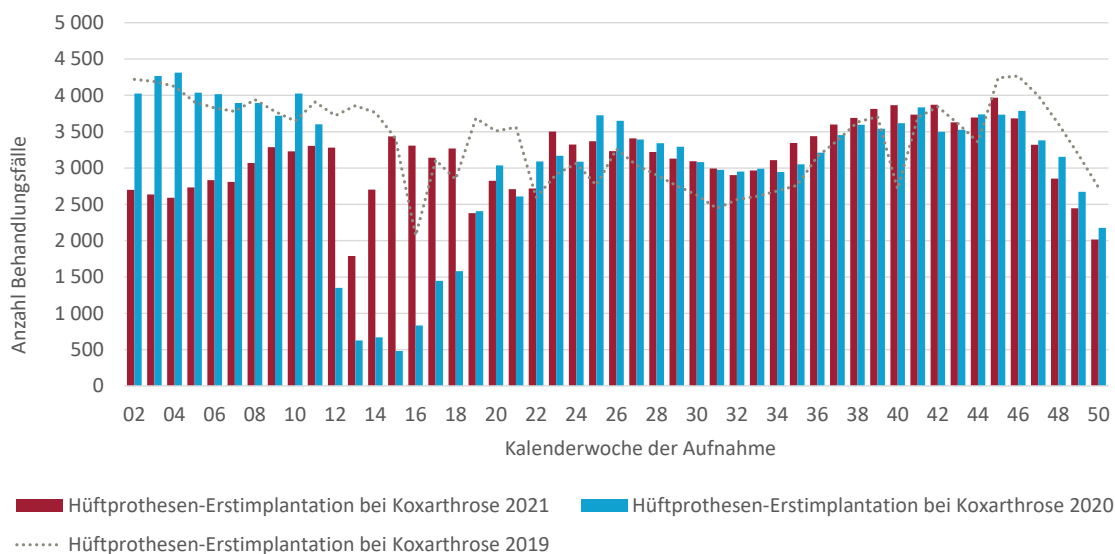
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose	168 509	153 277	156 944	-15 232 (-9%)	+3 667 (+2%)	-11 565 (-7%)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose	163 199	145 664	144 013	-17 535 (-11%)	-1 651 (-1%)	-19 186 (-12%)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden	150 987	139 183	138 829	-11 804 (-8%)	-354 (±0%)	-12 158 (-8%)
Herniotomie ohne Darmoperation	223 703	185 564	184 753	-38 139 (-17%)	-811 (±0%)	-38 950 (-17%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger.

Bei Hüftprothesen-Erstimplantationen stiegen die Fallzahlen im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 um +2%. Gegenüber dem Jahr 2019 ergibt sich damit noch ein Rückgang um -7% (Tabelle 11). In Schaubild 11 lässt sich erkennen, dass in den Jahren 2020 und 2021 während der Sommermonate höhere Fallzahlen als im Jahr 2019 zu beobachten sind, was auf gewisse „Nachholeffekte“ bei diesen Operationen schließen lässt. Ein ähnlicher Verlauf lässt sich auch bei Knieprothesen-Erstimplantationen beobachten (nicht dargestellt). Hier zeigte sich jedoch im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 ein weiterer Rückgang um -1%, die Differenz zum Jahr 2019 lag damit bei -12% (Tabelle 12).

Schaubild 11

**Anzahl Behandlungsfälle mit Hüftprothesen-Erstimplantation nach KW der Aufnahme
2020 und 2021 vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Die Anzahl der Gallenblasenentfernungen war im Jahr 2021 gegenüber 2020 nahezu unverändert. Im Vergleich zu 2019 lag der Rückgang bei -8%. Auch bei Herniotomien wurden im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 unveränderte Fallzahlen beobachtet. Die Fallzahldifferenz gegenüber dem Jahr 2019 betrug hier -17% (Tabelle 11).

I.8 Ambulant-sensitive Behandlungen

Schließlich wurden sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle (auch „potenziell vermeidbare“ Krankenhausfälle genannt) betrachtet. Diese gelten international als Indikator für eine un-

zureichende ambulante Behandlung, da sie primär bei entweder unzureichender ambulanter Behandlung oder vermeidbaren Komplikationen auftreten sollten. Sie können aber auch als Indikator für genutzte Überkapazitäten des stationären Sektors dienen. Die OECD zählt zu dieser Gruppe Diabetes, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Asthma (jeweils als Hauptdiagnose). In der vorliegenden Auswertung wurden alle Behandlungsfälle mit entsprechenden Hauptdiagnosen bei Erwachsenen (Alter ab 20 Jahre) betrachtet. Tabelle 13 zeigt die Fallzahldifferenzen für die Jahre 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019.

Tabelle 13

Ambulant-sensitive Behandlungen: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

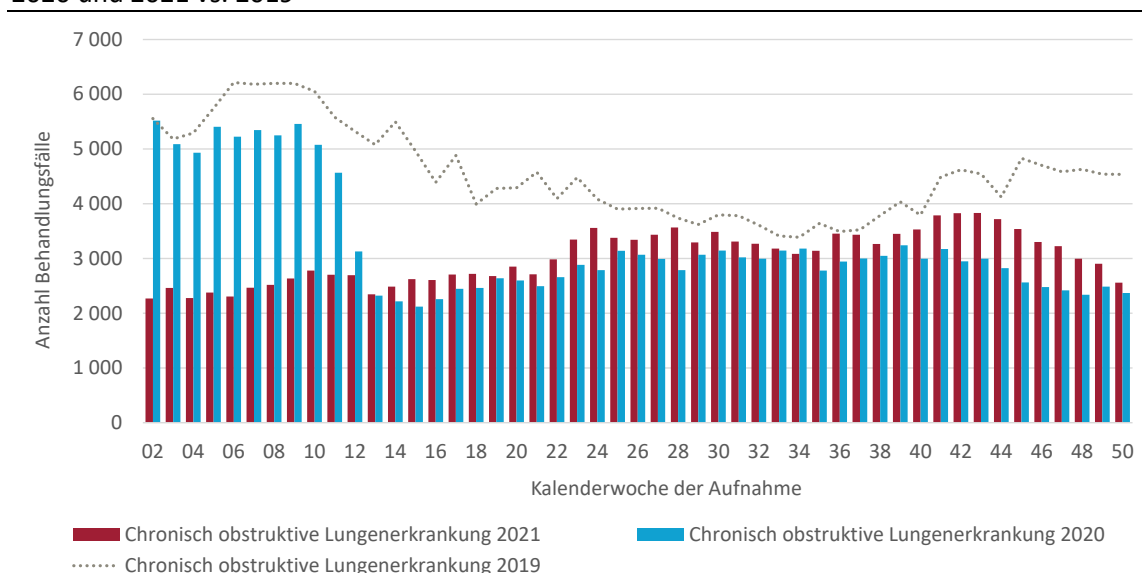
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
HD Asthma	23 212	16 419	14 962	-6 793 (-29%)	-1 457 (-9%)	-8 250 (-36%)
HD Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	232 882	166 722	153 581	-66 160 (-28%)	-13 141 (-8%)	-79 301 (-34%)
HD Diabetes mellitus	184 301	153 702	150 339	-30 599 (-17%)	-3 363 (-2%)	-33 962 (-18%)
HD Herzinsuffizienz	489 363	429 218	439 264	-60 145 (-12%)	+10 046 (+2%)	-50 099 (-10%)
HD Bluthochdruck	247 160	203 533	188 479	-43 627 (-18%)	-15 054 (-7%)	-58 681 (-24%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger.

Bei den Hauptdiagnosen Asthma bzw. COPD sind im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr weitere Fallzahlrückgänge mit -9% bzw. -8% zu beobachten. Gegenüber dem Jahr 2019 waren die Fallzahlen damit um jeweils mehr als ein Drittel reduziert. Bei der Interpretation dieser Fallzahlrückgänge sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Anti-COVID-Maßnahmen vorrangig zu dieser Entwicklung beigetragen haben könnten, wodurch insbesondere die üblicherweise im Winterhalbjahr höheren Fallzahlen ausgeblieben sind (Schaubild 12).

Schaubild 12

Anzahl Behandlungsfälle mit COPD nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019



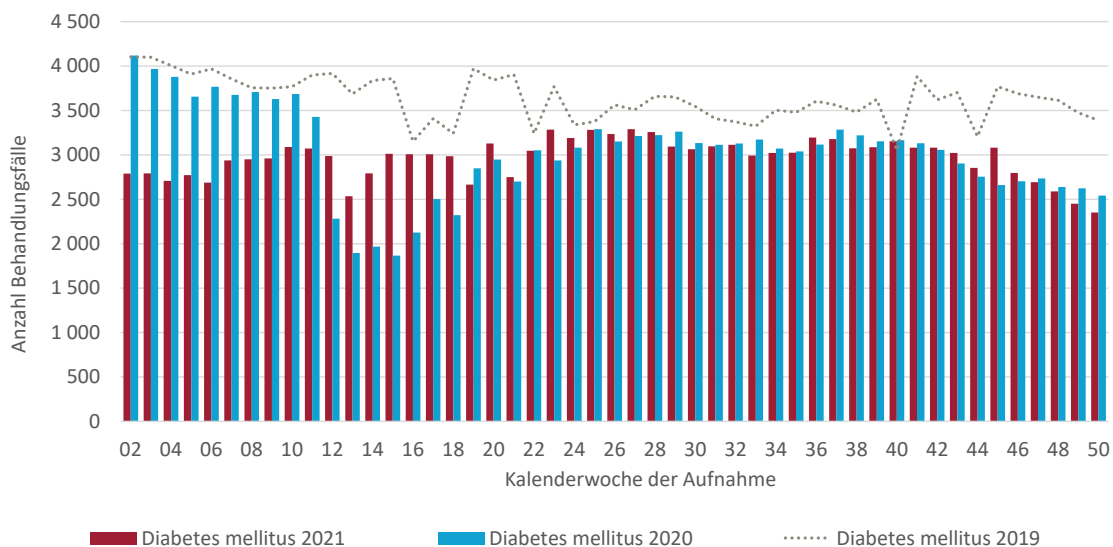
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungen mit den Hauptdiagnosen Diabetes mellitus und Bluthochdruck waren 2021 im Vergleich zu 2020 noch einmal weitere Fallzahlrückgänge von -2% bzw. -7% zu beobachten. Im Vergleich zum Jahr 2019 ergeben sich damit bei Diabetes mellitus mit -18% und Bluthochdruck

mit -24% überdurchschnittliche Fallzahlrückgänge, die auch nicht mit einem geänderten Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung zu erklären sind. Vielmehr deuten diese Fallzahlrückgänge auf ein geändertes Inanspruchnahmeverhalten hin. Schaubild 13 zeigt für Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Diabetes mellitus, dass sich – nach einem sehr starken Rückgang während der ersten SARS-CoV-2-Infektionswelle – inzwischen ein neuer „Normalwert“ der wöchentlichen Aufnahmen beobachten lässt. Inwieweit sich dieses Niveau auch nach der Pandemie verstetigt, muss anhand der kommenden Datenjahre weiter untersucht werden.

Schaubild 13

Anzahl Behandlungsfälle mit Diabetes mellitus nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Behandlungen mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz zeigte sich im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020 wieder eine leichte Zunahme der Fallzahlen um +2%. Im Vergleich zum Jahr 2019 lag die Differenz im Jahr 2021 bei -10%.

I.9 Vermutetes ambulantes Potenzial

Fallzahlveränderungen bei Behandlungen mit vermutetem ambulantes Potenzial wurden anhand ausgewählter DRG-Fallgruppen untersucht. Dabei handelt es sich um DRGs, bei denen ein substantieller Anteil auf Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag entfällt. Bei diesen DRGs kann vermutet werden, dass die zugrundeliegenden Behandlungsleistungen zumindest anteilig auch ambulant erbracht werden könnten. In Tabelle 14 sind die Fallzahlveränderungen ausgewiesen.

In allen untersuchten DRGs sind die Fallzahlen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 deutlich reduziert.

In den DRGs D13B (Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund, Hals) und F39B (Unterbindung und Striping von Venen) wurden gegenüber dem Jahr 2020 im Jahr 2021 zusätzliche, deutliche Fallzahlrückgänge beobachtet. In den DRGs G26B (Andere Eingriffe am Anus), J09B (Eingriffe bei Sinus

Tabelle 14

DRGs mit hohem Anteil an vermutetem ambulatem Potenzial: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Operative Eingriffe						
C08B Extrakapsuläre Extradaktion der Linse insgesamt						
Anzahl Fälle mit VD=1	57 213	43 234	44 549	-13 979 (-24%)	+1 315 (+3%)	-12 664 (-22%)
Anzahl Fälle mit VD>1	27 622	20 722	20 340	-6 900 (-25%)	-382 (-2%)	-7 282 (-26%)
D13B Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals						
Anzahl Fälle mit VD=1	20 024	11 252	9 227	-8 772 (-44%)	-2 025 (-18%)	-10 797 (-54%)
Anzahl Fälle mit VD>1	13 829	10 067	8 449	-3 762 (-27%)	-1 618 (-16%)	-5 380 (-39%)
D38Z Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen						
Anzahl Fälle mit VD=1	11 034	7 666	9 577	-3 368 (-31%)	+1 911 (+25%)	-1 457 (-13%)
Anzahl Fälle mit VD>1	41 928	33 982	35 270	-7 946 (-19%)	+1 288 (+4%)	-6 658 (-16%)
F39B Unterbindung und Stripping von Venen						
Anzahl Fälle mit VD=1	35 811	24 608	21 081	-11 203 (-31%)	-3 527 (-14%)	-14 730 (-41%)
Anzahl Fälle mit VD>1	14 867	10 435	7 435	-4 432 (-30%)	-3 000 (-29%)	-7 432 (-50%)
G26B Andere Eingriffe am Anus						
Anzahl Fälle mit VD=1	52 417	42 535	44 024	-9 882 (-19%)	+1 489 (+4%)	-8 393 (-16%)
Anzahl Fälle mit VD>1	50 045	42 766	39 388	-7 279 (-15%)	-3 378 (-8%)	-10 657 (-21%)
J09B Eingriffe bei Sinus pilonidalis						
Anzahl Fälle mit VD=1	15 612	13 148	12 552	-2 464 (-16%)	-596 (-5%)	-3 060 (-20%)
Anzahl Fälle mit VD>1	11 332	9 593	8 475	-1 739 (-15%)	-1 118 (-12%)	-2 857 (-25%)
I18B Wenig komplexe Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm						
Anzahl Fälle mit VD=1	27 225	21 059	20 867	-6 166 (-23%)	-192 (-1%)	-6 358 (-23%)
Anzahl Fälle mit VD>1	19 761	16 553	14 585	-3 208 (-16%)	-1 968 (-12%)	-5 176 (-26%)
Diagnostik						
F49G Invasive kardiologische Diagnostik						
Anzahl Fälle mit VD=1	84 172	66 648	67 162	-17 524 (-21%)	+514 (+1%)	-17 010 (-20%)
Anzahl Fälle mit VD>1	127 012	111 927	105 917	-15 085 (-12%)	-6 010 (-5%)	-21 095 (-17%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. Fallzahlen jeweils ohne Überlieger. – Anmerkung: VD: Verweildauer.

pilonidalis), I18B (Wenig komplexe Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm) und F49G (Invasive kardiologische Diagnostik) entfielen zusätzliche Fallzahlrückgänge überwiegend auf Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag. Eine Zunahme der Fallzahlen im Jahr 2021 gegenüber 2020 zeigte sich dagegen in der DRG D38Z (Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen).

Ob die beobachteten Fallzahlrückgänge darauf zurückzuführen sind, dass entsprechende Leistungen seltener erbracht wurden, oder aber darauf, dass Leistungen vermehrt in den ambulanten Sektor verschoben wurden, kann anhand der verfügbaren (stationären) Krankenhausabrechnungsdaten nicht untersucht werden.

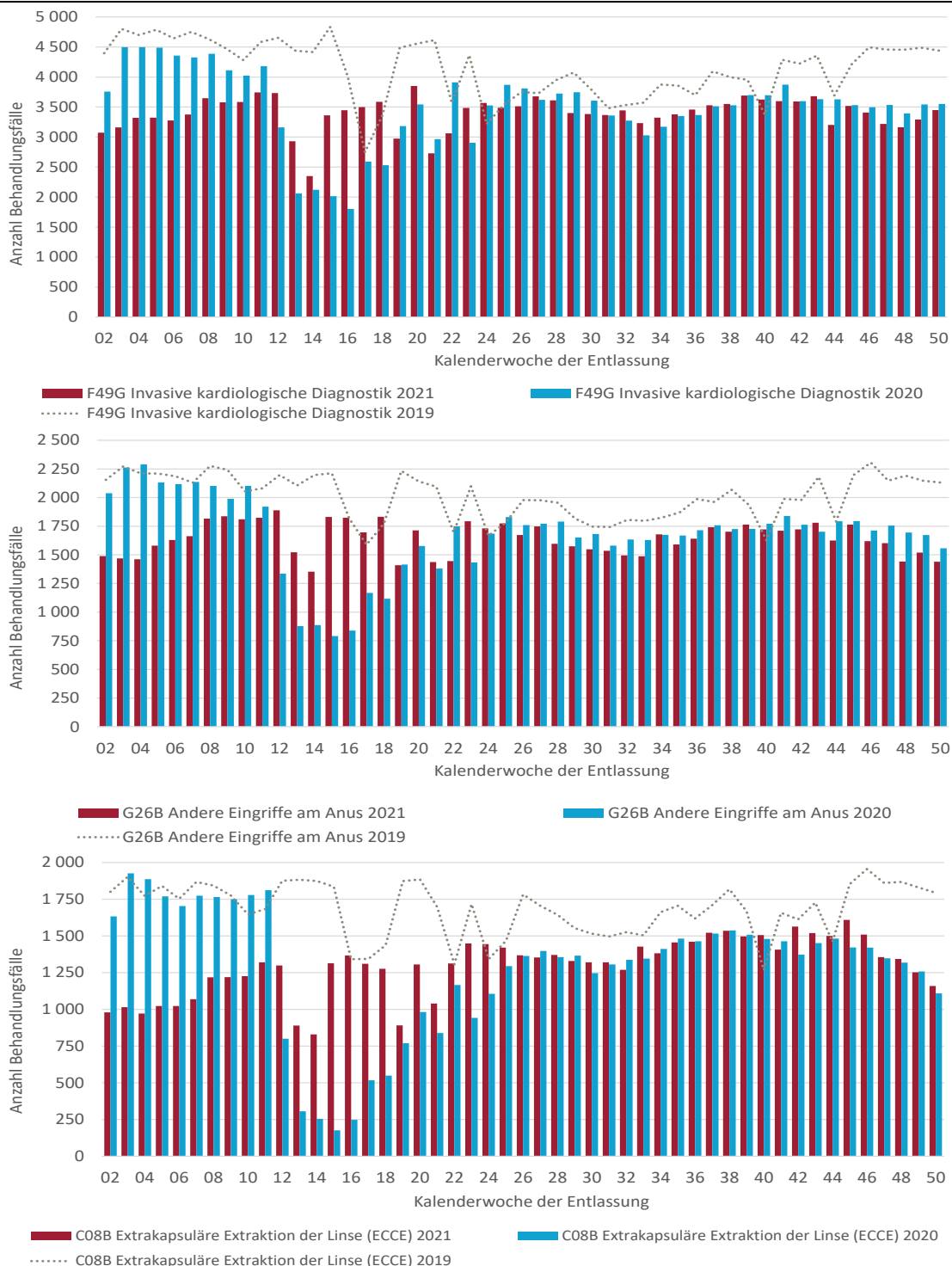
Schaubild 14 zeigt die Entwicklung der wöchentlichen Fallzahlen (hier nach Entlassungsdatum) für die drei fallzahlstärksten der betrachteten DRGs.

Ob die beobachteten Fallzahlrückgänge darauf zurückzuführen sind, dass entsprechende Leistungen seltener erbracht wurden, oder aber darauf, dass Leistungen vermehrt in den ambulanten Sektor verschoben wurden, kann anhand der verfügbaren (stationären) Krankenhausabrechnungsdaten nicht untersucht werden.

Schaubild 14

Anzahl Behandlungsfälle in den drei fallzahlstärksten DRGs mit vermutetem ambulanten Potenzial nach KW der Entlassung

2020 und 2021 vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. F49G: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre. G26B: Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum. C08B: Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge.

I.10 Fazit

Im Jahr 2021 gab es bei den nach DRG abgerechneten Fällen nahezu keine Veränderung gegenüber dem Vorjahr. Im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 waren die Fallzahlen – wie auch die Verweildauertage – um -13% reduziert. Die Bettenauslastung war mit 66,5% ähnlich wie im Jahr 2020 (65,7%), lag jedoch deutlich unter der des Jahres 2019 (75,1%). Von der geringeren Bettenauslastung waren Krankenhäuser mit kleiner oder mittlerer Bettengrößenklasse stärker betroffen als Krankenhäuser mit hoher Bettengrößenklasse.

Dies berücksichtigt auch die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit COVID-19, deren stationäre Versorgung im Jahr 2021 mehr Kapazitäten als 2020 beansprucht hat. Unter Berücksichtigung der ca. 33 000 Überlieger von 2020 nach 2021 nahm im Jahr 2021 die Versorgung der rund 385 000 stationär behandelten COVID-19-Patienten 4,4% der Verweildauertage bzw. knapp 3% der verfügbaren Bettentage in Anspruch. Auf den Intensivstationen lagen die entsprechenden Werte bei 12% bzw. 9%, d.h. im Durchschnitt wurde jedes achte belegte intensivmedizinische Bett (und jedes elfte vorhandene intensivmedizinische Bett) zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 genutzt.

Die Fallzahldifferenzen zwischen dem Jahr 2021 und dem Vorpandemiejahr 2019 variierten für die betrachteten anderen Behandlungsanlässe sehr breit um den Durchschnitt von -13%: Auf der einen Seite gab es weitgehend unveränderte Fallzahlen bei akuten Anlässen wie Entbindung (+2%), Hüftgelenknaher Fraktur (+2%) und transmuralem Herzinfarkt (-3%). Auf der anderen Seite gab es deutlich überdurchschnittliche Fallzahlrückgänge bei ambulant-sensitiven Indikationen wie Diabetes (-18%) oder Bluthochdruck (-24%)⁷ und ambulantisierbaren Operationen mit Verweildauer von einem Tag (zwischen -13% und -54%). Auch stationäre Aufnahmen von Kindern ohne Einweisung waren im Vergleich zum Jahr 2019 um -17% reduziert, obwohl im Vergleich zum Jahr 2020 wieder steigende Fallzahlen zu verzeichnen waren, die vermutlich mit den beobachteten Anstiegen bei akuten Atemwegserkrankungen ohne COVID-19 zusammenhängen. Der Rückgang bei elektiven Operationen lag zwischen -7% (Hüftprothesen-Erstimplantation) und -17% (Herniotomien).

Damit festigt sich die Beobachtung aus den vorangegangenen Analysen, dass bei praktisch allen Behandlungsanlässen, bei denen die vorliegenden Krankenhausabrechnungsdaten eine Einteilung in „dringend(er)“ und „weniger dringend“ bzw. „vermeidbar“ erlauben, der Rückgang bei ersteren wesentlich weniger ausgeprägt war als bei letzteren. Insbesondere bei den ambulant-sensitiven Indikationen und den Operationen mit hohem Ambulantisierungspotenzial ist ein über das Jahr 2020 hinaus bestehender Einbruch mit einem neuen wöchentlichen Fallzahlniveau zu beobachten. Das verdeutlicht auch weiterhin, dass das Inanspruchnahmeverhalten eine deutlich größere Rolle als die aktive Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser gespielt hat.

Die Analysen zeigen daneben noch weitere Änderungen im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser auf. So waren bei Operationen wegen bösartiger Neubildung im Jahr 2021 im Vergleich zu 2019 Fallzahlrückgänge bei kolorektalen und Magenresektionen (-11% bzw. -12%) zu beobachten, während die Fallzahlen bei den anderen untersuchten Krebsoperationen weitgehend mit dem Vorpandemiejahr vergleichbar waren. Ob es sich bei den beobachteten Rückgängen um ein vorübergehendes Phänomen (z.B. aufgrund während der Pandemie

⁷ Bei den ebenfalls ambulant-sensitiven Indikationen COPD und Asthma dürften die wesentlich größeren Fallzahlrückgänge um -36% bzw. -34% auch, ggf. sogar überwiegend, auf die durch die Anti-Corona-Maßnahmen vermiedenen Exazerbationen zurückzuführen sein.

geringerer Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen) – oder etwa ein dauerhaft geändertes therapeutischer Herangehen – handelt, sollte in den kommenden Jahren überprüft werden.

Bei nicht planbaren Behandlungen, wie akuten Atemwegserkrankungen ohne COVID-19, Herzinfarkt oder Herzinsuffizienz wurde zwischen 2019 und 2021 eine tendenziell zunehmende Krankenhaussterblichkeit beobachtet, die auf eine zunehmende Fallschwere hindeuten könnte. Möglicherweise wurden Patientinnen und Patienten mit leichteren Ausprägungen einer Erkrankung seit Beginn der Pandemie seltener stationär behandelt, was eine Verschiebung hin zu schwereren Fällen bedingt haben könnte.

Insgesamt setzt sich das veränderte Leistungsgeschehen der Krankenhäuser, das bereits im Jahr 2020 beobachtet wurde, auch im Jahr 2021 fort. Ein wesentlicher Befund sind die weiterhin gegenüber dem Jahr 2019 reduzierten Fallzahlen, die überwiegend auf ein verändertes Inanspruchnahme- bzw. Einweisungsverhalten bei weniger dringlichen, vermeidbaren oder ambulantisierbaren Behandlungsanlässen zurückzuführen sein dürften. Ob sich diese Entwicklung verstetigt, muss Gegenstand weiterer zukünftiger Analysen sein.

II Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen

II.1 Hintergrund

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 2020 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: Einnahmeausfälle aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge sollten über Ausgleichszahlungen kompensiert werden. Im Verlauf der Jahre 2020 und 2021 wurde die Höhe der Ausgleichszahlungen und die Anspruchsberechtigung verändert, sodass es vier unterschiedliche Regime in Bezug auf die Ausgleichszahlungen gibt.

Regime 1 – die einheitliche Ausgleichszahlung. 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 (Ausgleichszahlung).⁸ Diese Regelung galt gleichermaßen für somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

Regime 2 – die gestaffelte Ausgleichszahlung. 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 und psychosomatischen Krankenhäuser 280 Euro pro Tag erhielten.

Regime 3 – die individuelle Ausgleichszahlung. Im Zeitraum 18. November 2020 bis zum 15. Juni 2021 wurden Ausgleichszahlungen ausschließlich an somatische Krankenhäuser ausgezahlt, wenn bestimmte krankenhausesindividuelle und lokale Voraussetzungen zum Infektionsgeschehen

⁸ Der Ausgleich wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.

erfüllt wurden. Die Bewilligung der Pauschalen oblag den Bundesländern. Demnach konnten Kliniken der Notfallstufen 2 und 3 eine Pauschale bekommen, wenn in dem betroffenen Landkreis die 7-Tage-Inzidenz der nachgewiesenen Covid-19-Fälle über 70 lag und weniger als 25% der Intensivkapazitäten im Landkreis frei waren. Lag die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten durchschnittlich unter 15%, konnten die Bundesländer weitere Krankenhäuser der Notfallstufe 1 für den Erhalt von Ausgleichszahlungen bestimmen. Sofern ein Krankenhaus anspruchsberechtigt war, hat sich die Höhe der Pauschale gemäß § 21 Absatz 2a Satz 2 KHG an 90% der Höhe der gestaffelten Pauschale (Regime 2) orientiert.

Regime 4 – Ausgleichszahlungen für Einnahmeausfälle. Ab dem 15. November 2021 bis zum 18. April 2022 wurden erneut Ausgleichszahlungen für somatische Krankenhäuser gewährt. Die Durchführung wird in § 21 Abs. 2b KHG geregelt. Anspruchsberechtigt sind alle somatischen Krankenhäuser – unabhängig vom regionalen Infektionsgeschehen – wenn sie Notfallzuschläge im Sinne der Regelungen des G-BA erhalten. Die Kalkulation der Ausgleichszahlungen orientiert sich dabei an Regime 3. Zusätzlich wurde ab dem 1. November 2021 ein Versorgungsaufschlag für die Versorgung von COVID-19-Fällen gewährt. Der Versorgungsaufschlag ist in §21a KHG geregelt. Anspruchsberechtigt sind sowohl somatische Krankenhäuser als auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die stationär Patientinnen und Patienten mit labordiagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion versorgen.

Ziel dieser Analyse ist es, zu untersuchen, ob die Ausgleichszahlungen die **Erlösminderungen** der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs ihrer Leistungsmenge ausgleichen konnten. Nicht untersucht wird, ob und wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2021 insgesamt verändert hat. Um dies untersuchen zu können, müssten weitere Erlösarten sowie die Kostenentwicklung der Krankenhäuser bekannt sein. Dies ist nicht der Fall. Eine Abschätzung zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Erlös- und Kostenveränderungen der Krankenhäuser ist dem Krankenhaus Rating Report 2022⁹ zu entnehmen.

Es werden Daten des InEK ausgewertet, die als Beobachtungszeitraum die Jahre 2019 und 2021 jeweils für den Zeitraum 01. Januar bis 31. Dezember umfassen.¹⁰ Das InEK hat hierzu Struktur- und Leistungsdaten der somatischen Krankenhäuser sowie der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bereitgestellt. Alle Jahre sind nach dem aG-DRG-System 2020 gruppiert. Der Casemix deckt also nicht mehr die Pflegepersonalkosten ab – auch rückwirkend für 2019. Kostendaten liegen nicht vor. Zur Bestimmung der Erlöse aus Krankenhausbehandlungen greifen wir auf den krankenhausindividuellen Mittelwert des Entgeltbetrags je Fall für 2019 und seine Fortschreibung auf 2021 zurück. Eine feinere Differenzierung der Entgeltdaten – u.a. nach Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen – ist auf Grundlage der vorliegenden Datenbasis nicht möglich.

II.2 Methodik

Unsere Berechnungen beruhen auf den Struktur- und Leistungsdaten, die vom InEK auf Krankenhausebene bereitgestellt wurden. Wir nutzen ganzjährige Daten für die Jahre 2019 und 2021. Im ersten Schritt untersuchten wir die Daten auf Ausreißer und bereinigten sie um erkennbare Ausreißer. Kliniken, für die (i) keine Informationen zu den untersuchten Kennzahlen (z.B. Betten und

⁹ Der Report wird am 23. Juni 2022 veröffentlicht.

¹⁰ 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 KHEntG eingefügt.

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 un plausible 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 waren¹¹. Beispielsweise entwickelten sich die von den Krankenhäusern gemeldeten Entgelte über die Zeit teilweise 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 2021 für alle Krankenhäuser mit der krankenhausesindividuellen Änderungsrate des CMI bzw. des DMI fortgeschrieben. Ausreißer, die für alle Jahre unerklärliche Werte aufwiesen, wurden vollständig entfernt.

Die Preissteigerungen bei den Entgelten je Fall von 2019 auf 2021 bleiben bei diesem Vorgehen unberücksichtigt. Die Entgelte 2021 entsprechen in unserer Analyse also dem Preisniveau aus dem Jahr 2019. Die Ausgleichszahlungen 2021 deflationieren wir daher auf das Jahr 2019 unter Annahme einer durchschnittlichen Preissteigerung bei Krankenhausleistungen von 2019 auf 2020 in Höhe von 3,4% und von 2020 auf 2021 von 2,4%¹².

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 21% der Entgelte ausmachen. Im Ergebnis betragen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ also 79% der Entgelte je Fall.
- **„Sonstige Entgelte“** (z.B. für ambulante und Wahlleistungen) setzen wir pauschal mit 12% der Entgelte vor Abzug der Pflegekosten an. Im Ergebnis liegen die „Entgelte je Fall nach Abzug der Pflegepersonalkosten zuzüglich sonstiger Entgelte“ bei 91% der Entgelte je Fall.
- Die **Ausgleichszahlung** bezieht sich auf die im Jahr 2021 im Vergleich zum Jahr 2019 nicht belegten Betten auf Tagesbasis. Gemäß § 21 Abs. 2a Satz 1 und 2 KHG ermitteln die „Krankenhäuser [...] die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1a Satz 1, indem sie täglich, erstmals für den 18. November 2020, vom Referenzwert nach Absatz 2 Satz 1 die Zahl der am jeweiligen Tag behandelten Patientinnen und Patienten abziehen; die Ermittlung hat nur für den Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes zu erfolgen. Ist das Ergebnis größer als Null, sind für die nach Absatz 1a bestimmten Krankenhäuser 90 Prozent dieses Ergebnisses mit der sich für das Krankenhaus nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 der COVID-19- Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder in der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren.“ Für den Zeitraum ab 15. November 2021 gilt entsprechend §21 Abs. 2b KHG. Insgesamt belaufen sich die Ausgleichszahlungen für das Jahr 2021 auf 5,859 Mrd. Euro. Hinzu kommen 308,54 Mio. Euro, die zwischen dem 1. November 2021 und dem 31. Dezember 2021 im Rahmen des **Versorgungsaufschlages** an die Krankenhäuser gezahlt wurden. In der Summe wurden für

¹¹ Grundsätzlich ist der CMI in diesem Gutachten stets ohne Pflegepersonalkosten zu verstehen.

¹² Diese Preissteigerung entspricht dem Durchschnitt der Änderungsrate der Landesbasisfallwerte (LBFW) über alle Länder von 2019 auf 2020 und der entsprechenden Änderungsrate von 2020 auf 2021.

Ausgleichszahlungen und den Versorgungsaufschlag im Jahr 2021 damit insgesamt 6,167 Mrd. Euro ausgezahlt. Auf das Jahr 2019 deflationiert, entspricht dies einem Wert von 5,859 Mrd. Euro.

Um dieses relevante Volumen der Ausgleichszahlungen für das Jahr 2021 zu bestimmen, müssen die Auszahlungsdaten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) adjustiert werden. Dies ist nötig, weil der Betrachtungszeitraum der InEK-Daten von dem des BAS abweicht (01. Januar 2021 bis 31. Mai 2021 versus 18. November 2020 bis 15. Juni 2021). Hierzu nutzen wir die Mitteilung¹³ des BAS zum 10. Januar 2022, die sich auf die geleisteten Ausgleichszahlungen für den Zeitraum vom 18. November 2020 bis zum 15. Juni 2021 bezieht. Wir rechnen diesen Wert auf den Zeitraum vom 01. Januar 2021 bis 31. Mai 2021 mit Hilfe der Anzahl der gegenüber 2019 „fehlenden“ Belegungstage (voll-/teilstationär) herunter. Nach dem gleichen Verfahren korrigieren wir die vom BAS angegebenen Zahlungen für den Zeitraum 15. November 2021 bis 17. Januar 2022, um den Betrag der Ausgleichszahlungen für das Zeitfenster 15. November 2021 bis 31. Dezember 2021 zu erhalten.

Für diese Adjustierung nutzen wir die bereinigten wochenbezogenen Ganzjahresbeobachtungen aus den InEK-Daten. Anders als die Daten zu den Belegungstagen auf Krankenhausebene, die sowohl Aufnahme- als auch Entlassungstag der Patienten einbeziehen, geben die wochenbezogenen Leistungsdaten die Belegungstage gemäß der Datei FAB des § 21-Datensatzes an. Hier wird die durchschnittliche Fallzahl minutengenau dargestellt. Hinzu kommt eine unterschiedliche Handhabung der Überlieger. Während sie auf Krankenhausebene vollständig eingehen, werden auf Wochenebene lediglich die in die betrachteten Wochen fallenden Fachabteilungsaufenthalte berücksichtigt. Zusätzlich wurden in den bereinigten wochenbezogenen Daten Feiertage wie Neujahr entfernt, sodass bspw. KW 1 und KW 9¹⁴ vollständig fehlen. Dies verbessert die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren und die Adjustierung. Diese Unterschiede sind der Grund für die Abweichungen zwischen den ausgewiesenen Belegungstagen in Tabelle 15 und Tabelle 16.

Da in den InEK-Daten keine Angaben zu den ersten beiden Kalenderwochen im Jahr 2022 vorliegen, ergänzen wir diese händisch durch eine Fortschreibung der Fehlbelastung im Vergleich zum Jahr 2019 (86 %). Tabelle 15 stellt die Umrechnung der vom BAS gemeldeten Ausgleichszahlungen auf den InEK-Zeitraum dar.

¹³ <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/> (abgerufen am 10. Januar 2022).

¹⁴ Auf KW 9 fiel 2019 und 2020 Karneval.

Tabelle 15

Umrechnung der vom BAS gemeldeten Ausgleichszahlungen auf den InEK-Zeitraum
 Somatische Krankenhäuser

	1. Zeitraum		2. Zeitraum	
	BAS	adjustierte Pauschale	BAS	adjustierte Pauschale
Zeitraum Beginn	18.11.2020	01.01.2021	15.11.2021	15.11.2021
Zeitraum Ende	15.06.2021	15.06.2021	17.01.2022	31.12.2021
Anzahl Tage	209	165	63	46
Belegungstage IST	37 789 411	30 334 157	11 202 194	9 260 034
Belegungstage IST pro Tag	180 811	183 843	177 813	201 305
Belegungstage SOLL (Basis 2019)	46 659 245	37 636 181	13 525 429	11 254 068
Belegungstage SOLL pro Tag	223 250	228 098	214 689	244 654
Unterauslastung	19,0%	19,4%	17,2%	17,7%
Fehlende Belegungstage	8 869 834	7 302 025	2 323 236	1 994 034
Fehlende Belegungstage mit Kappung*		7 398 889		2 020 486
Skalierungsfaktor auf InEK-Zeitraum	0,83		0,87	
Ausgleichspauschale in Mio. €	5 529	4 612	1 433	1 246
Ausgleichspauschale in Mio. € (deflationiert auf 2019)**		4 358		1 178

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkungen: Belegungstage gemäß der Datei FAB des § 21-Datensatzes. – * Auf der Krankenhausebene kann es auch zu einer Zunahme der Belegungstage gekommen sein. Rein rechnerisch würden sich dadurch negative Ausgleichszahlungen ergeben. Solche zusätzlichen Belegungstage auf Krankenhausebene haben wir daher gekappt. – ** Deflationierung mit Änderungsraten der LBFW von 3,4% (2019-2020) und 2,4% (2020-2021).

- **Kosten:** Kostendaten der Krankenhäuser liegen nicht vor. Allerdings ist davon auszugehen, dass bei Nichterbringung von Leistungen variable Sachkosten eingespart werden können. Wir nehmen an, dass „variable Sachkosten“ pauschal 15% der Entgelte je Fall nach Pflegekostenabzug bei somatischen Krankenhäusern ausmachen. In psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern sind die Sachkosten geringer als im somatischen Bereich. Wir treffen hier die Annahme, dass kaum Sachkosten während der Pandemie eingespart werden konnten und setzen den Anteil an variablen Sachkosten für den psychiatrischen Bereich somit auf null.

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 Annäherung, um erwartete Erlösänderungen abbilden zu können.

Mit diesen Annahmen wurden je Krankenhaus die

- „**Bruttoerlöse**“ = „Entgelte nach Abzug der Pflegepersonalkosten“ + sonstige Entgelte + Ausgleichszahlung + Versorgungsaufschlag
- „**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. Bei fast allen Krankenhäusern sinkt 2021 die Zahl der Fälle und der Belegungstage im Vergleich zu 2019. 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 2021 wird die erhaltene Ausgleichszahlung auf null gesetzt („Kappung“). Denn eine Zuordnung, welche IK-Nummern möglicherweise zusammengelegt wurden, liegt nicht vor. Damit unterscheidet sich der aggregierte Wert der „fehlenden“ Belegungstage von dem hier errechneten Wert,

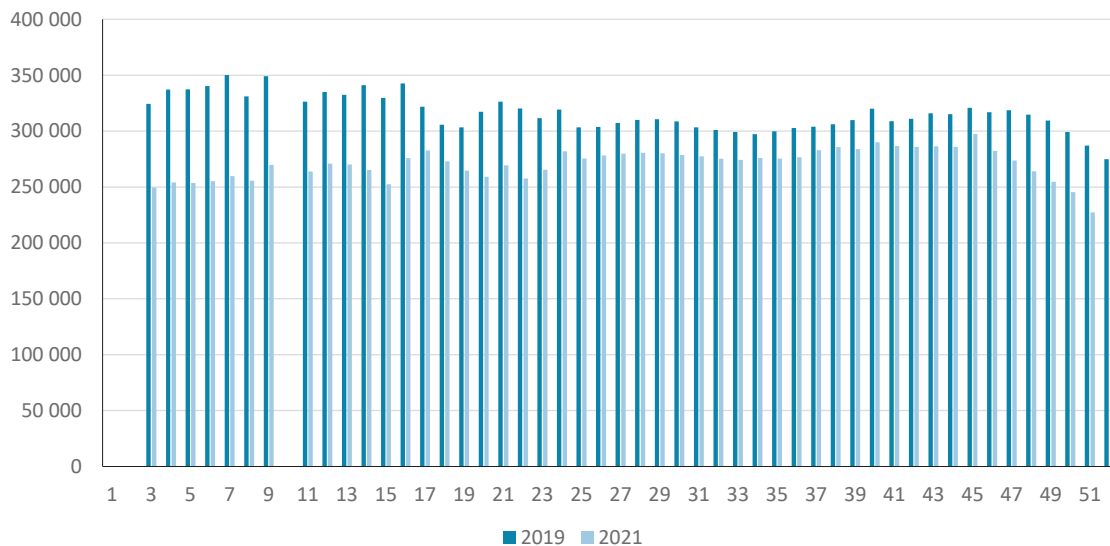
weil für einzelne Krankenhäuser Steigerungen der Belegungstage nicht gegengerechnet werden. Die fehlenden Belegungstage, auf denen die Ausgleichszahlungen basieren, fallen damit höher aus als die Differenz aus den aggregierten Belegungstagen 2019 gegenüber den aggregierten Belegungstagen 2021 für den Zeitraum 01. Januar bis 31. Dezember 2021.

II.3 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen

Schaubild 15 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten¹⁵ für die Kalenderwochen 2 bis 51 für die Jahre 2019 und 2021 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Gezeigt werden die Fälle nach Definition des InEK auf Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG. Zwischen den beiden Jahren beobachten wir im untersuchten Zeitraum einen **Rückgang der Patientenzahl um 17,2 %**, was einer Größenordnung von rund 1,3 Mio. entspricht.

Schaubild 15

Durchschnittliche Anzahl stationärer Patienten nach Jahren und Kalenderwochen



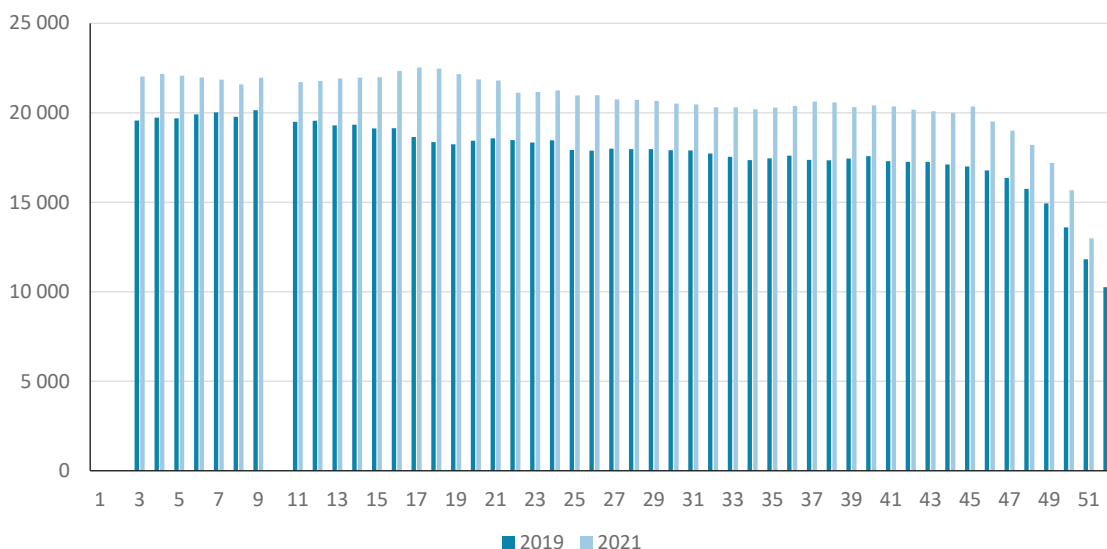
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl voll- und teilstationärer Patienten gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1, 52 und 53 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Untererfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

Schaubild 16 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten¹⁶ auf Intensivstation für die Kalenderwochen 2 bis 51 für die Jahre 2019 und 2021 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Zwischen den beiden Jahren beobachten wir einen **Anstieg der Patientenzahl von 13,1 %**, was einer Größenordnung von rund 131 Tsd. Patienten entspricht.

¹⁵ Bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen, wie beispielsweise Ostern.

¹⁶ Ebenfalls bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen.

Schaubild 16

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, 52 und 53 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.

II.4 Analysen: Folgen der Ausgleichszahlung auf die Erlössituation

Tabelle 16 fasst die relevanten Kennzahlen, für die in unserer Analyse betrachteten somatischen Krankenhäuser sowie die Auswirkung auf ihre Erlössituation für die Jahre 2019 und 2021 im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember zusammen. Unsere Datengrundlage umfasst pro Jahr **1 369 Krankenhäuser**. Die Zahl der behandelten Fälle und Belegungstage ging zwischen den beiden betrachteten Jahren zurück. Die im Jahr 2021 berechneten Fehltage belaufen sich auf rund 16,7 Mio. Der durchschnittliche CMI ist zwischen den Jahren 2019 und 2021 um 6,0% gestiegen und das Casemixvolumen um 7,7% gesunken. Die Verweildauer ist bei den DRG-Krankenhäusern leicht gestiegen (+0,3%).

Die Ausgleichszahlungen inklusive Versorgungsaufschlag¹⁷ belaufen sich für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2021 auf 5,859 Mrd. Euro. Wir beobachten eine **Bruttoerlösänderung von 0,3%**, und eine **Nettoerlössteigerung von +1,5%** gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019. Für eine umfassende Berücksichtigung der Erlösentwicklung wäre zudem zusätzlich die Entwicklung der Erlössituation bei den Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt sind zudem Preissteigerungen, die Entwicklung bei Zuschlägen, Zusatzentgelten sowie die monetären Auswirkungen der Durchführung von coronabedingten Erlösausgleichen. All dies kann aufgrund fehlender Daten in diesem Gutachten jedoch nicht abgebildet werden. Es ist daher davon auszugehen, dass die vorgenannten Berechnungen die durchschnittliche Erlössituation der somatischen Krankenhäuser unterschätzen.

¹⁷ Die Verteilung des Versorgungsaufschlags zwischen somatischen und psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäusern wurde anhand der Verteilung von Fällen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion ermittelt.

Tabelle 16

Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser und der durchschnittlichen Erlöse

Somatische Krankenhäuser, 2019 und 2021 jeweils 01.01. bis 31.12.

Somatische Krankenhäuser	2019	2021	Änderung	in %
Leistungsdaten				
Fallzahl	18 900 477	16 445 665	-2 454 812	-13,0
Belegungstage	130 986 188	114 314 877	-16 671 311	-12,7
Casemix	16 248 982	14 989 753	-1 259 228	-7,7
VWD	6,93	6,95	0,02	0,3
CMI	0,860	0,911	0,052	6,0
Finanzdaten auf Preisniveau 2019				
Mittlerer Entgeltbetrag in €/Fall	3 906	4 150	244	6,2
Entgeltsumme in Mio. €	73 827	68 246	-5 581	-7,6
Variable Sachkosten in Mio. €, Annahme: 15%			-837	
Erlösänderungen				
Ausgleichszahlungen ¹ in Mio. €	0	5 838	5 838	
Erlöse (brutto*) in Mio. €	73 827	74 850	258	0,3
Erlöse (netto*) in Mio. €	73 827	74 922	1 095	1,5

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: ¹ inklusive Versorgungsaufschlag; * brutto = ohne Änderung variabler Sachkosten, netto = mit Änderung variabler Sachkosten, Deflationierung mit Änderungsraten der LBFW von 3,4% (2019-2020) und 2,4% (2020-2021).

Tabelle 17 stellt die gleiche Berechnung für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser dar. Pro Jahr umfasst unsere Analyse hier **564 Häuser**. Die Zahl der behandelten Fälle und der Belegungstage sank gleichermaßen um -8,9%. Die berechneten Fehltagel belaufen sich auf rund 2,7 Mio. Es zeigt sich ein Anstieg im DMI von 1,0%, während das Daymixvolumen um 8,0% zurückging. Die Verweildauer blieb unverändert.

Tabelle 17

Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser und der durchschnittlichen Erlöse

Psychosomatische und psychiatrische Krankenhäuser, 2019 und 2021 jeweils 01.01. bis 31.12.

Psychiatrische Krankenhäuser	2019	2021	Änderung	in %
Leistungsdaten				
Fallzahl	1 044 087	951 166	-92 921	-8,9
Belegungstage	30 256 770	27 566 641	-2 690 129	-8,9
Daymix	30 201 984	27 791 033	-2 410 951	-8,0
VWD	28,98	28,98	0,00	0,0
DMI	0,998	1,008	0,010	1,0
Finanzdaten auf Preisniveau 2019				
Mittlerer Entgeltbetrag in €/Fall	8 199	8 349	150	1,8
Entgeltsumme in Mio. €	8 560	7 941	-619	-7,2
Ausgleichszahlungen ¹ in Mio. €	0	6	6	
Erlöse in Mio. €	8 560	7 947	-613	-7,2

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: ¹ inklusive Versorgungsaufschlag; Deflationierung mit Änderungsraten der LBFW von 3,4% (2019-2020) und 2,4% (2020-2021).

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wurden im Jahr 2021 keine Ausgleichszahlungen mehr gewährt, sie erhielten aber einen Versorgungsaufschlag für die Versorgung von Patienten mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion in Höhe von 6 Mio. Euro. Da hier bei den Erlösen keine Unterscheidung zwischen brutto und netto erfolgt, weisen wir nur einen Erlöswert und dementsprechend eine Änderung der Erlöse aus. Diese beläuft sich zwischen 2019 und 2021 auf **-7,2%**. Unberücksichtigt sind dabei die monetären Auswirkungen der Durchführung von coronabedingten Erlösausgleichen sowie Preissteigerungen und die Entwicklung bei Zuschlägen

und Zusatzentgelten. Daher ist auch hier davon auszugehen, dass die vorgenannte durchschnittliche Erlössituation unterschätzt wird. Zudem ist dabei zu beachten, dass dem im Jahr 2020 ein Erlöszuwachs von 10,6% bis 10,8% voranging (RWI und TU Berlin 2021).

Anhang

Methodik

Um das akutstationäre Leistungs- und Versorgungsgeschehen auf der Grundlage der Krankenhausabrechnungsdaten gemäß § 21 Abs. 1 bzw. Abs. 3 KHEntgG detailliert zu beschreiben, wurden in Anlehnung an die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)¹⁸ Falldefinitionen für relevante Behandlungen spezifiziert (Tabelle A 1). Die Auswertung der Daten gemäß dieser Falldefinitionen wurde vom InEK durchgeführt und erstreckte sich auf die dritte unterjährige Datenlieferung des Jahres 2021 (Behandlungsfälle, die im Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.12.2021 entlassen wurden) sowie die Ganzjahresdaten der Jahre 2019 und 2020.

Die jeweiligen Fallzahlen wurden nach der Kalenderwoche (KW) des Aufnahmedatums stratifiziert und können als aufgenommene Patientinnen und Patienten im Zeitraum einer Kalenderwoche interpretiert werden. Ergänzend werden zu ausgewählten Krankheits- und Behandlungsgruppen weitere Kennzahlen, wie z.B. die Krankenhaussterblichkeit oder die Altersverteilung dargestellt.

Zusätzlich wurden vom InEK weitere aggregierte Daten, u.a. zu aufgestellten Betten, Fallzahlen, Verweildauertagen und anderen Parametern stratifiziert nach Krankenhausgrößenklassen zur Verfügung gestellt. Ergänzende Zahlen wurden anhand von Datenabrufen über den InEK Daten-Browser generiert.

¹⁸Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2018. Working Papers in Health Services Research Vol. 3. Berlin: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-10644>

Tabelle A 1
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 COVID-19	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND in: (U071)
Lungenentzündung ohne COVID-19	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND not in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen mit COVID-19	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J22 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen ohne COVID-19	(HD in: (A481 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18 J80 J440 J41 J20 J21 J22 J00 J01 J02 J03 J04 J05 J06 J09 J10 J11) ND in: (B34 B972 B974 U049)) & ND not in: (U071)
COVID-19	ND in: (U071)
COVID-19 mit Beatmung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f) & Beatmungsstunden > 6
davon mit ECMO	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f) & Beatmungsstunden > 6 & OPS in: (8852)
COVID-19 mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Erwachsene)	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f)
COVID-19 mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Kinder)	ND in: (U071) & OPS in: (8-98d) & OPS not in: (8-980 8-98f)
COVID-19 mit Behandlung auf Intensivstation ohne Komplexbehandlung	ND in: (U071) & Intensivmarkierung aus der Datei FAB des §-21-Datensatzes & OPS not in: (8980 898d 898f)
Nicht planbare Behandlungen	
Akuter Herzinfarkt	HD in: (I21 I22)
Transmuraler Herzinfarkt (vorwiegend ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt)	HD in: (I210 I211 I212 I213)
Nichttransmuraler Herzinfarkt (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)
Hirninfrakt	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
Notfallbehandlung bei Kindern	Alter <=14 & Aufnahmearnlass = N

Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise

noch: Tabelle A 1

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
Vermutetes ambulantes Potenzial	
Extrakapsuläre Extraktion der Linse	DRG C08B
Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals	DRG D13B
Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen	DRG D38Z
Unterbindung und Stripping von Venen	DRG F39B
Invasive kardiologische Diagnostik	DRG F49B
Andere Eingriffe am Anus	DRG G26B
Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm	DRG I18B
Eingriffe bei Sinus pilonidalis	DRG J09B

Quelle: Eigene Zusammenstellung. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose; ND: Nebendiagnose; DRG: Diagnosis Related Group.



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