

Augurzky, Boris et al.

**Research Report**

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

RWI Projektberichte

**Provided in Cooperation with:**

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

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

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/268725>

**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 Mai 2021  
Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit**

30. November 2021



# Impressum

## Herausgeber:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung  
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany

## Postanschrift:

Postfach 10 30 54 | 45030 Essen, Germany

Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: [rwi@rwi-essen.de](mailto:rwi@rwi-essen.de)  
[www.rwi-essen.de](http://www.rwi-essen.de)

## Vorstand

Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt (Präsident)  
Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)  
Dr. Stefan Rumpf (administrativer Vorstand)

© RWI 2021

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

## RWI Projektbericht

Schriftleitung: Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt  
Gestaltung: Daniela Schwindt, Magdalena Franke, Claudia Lohkamp

**Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser  
und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise  
– Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Mai 2021**  
Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit

30. November 2021

## Projektteam

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

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

# Projektbericht

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Technischen Universität Berlin

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

**Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Mai 2021  
Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit**

30. November 2021



## Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung .....	2
I	Evaluation der Veränderungen der Fallzahlen hinsichtlich der betroffenen Patienten und der medizinischen Wirkungen .....	2
I.1	Methodik siehe Anhang .....	2
I.2	Ergebnisse im Überblick .....	2
I.2.1	Stationäre DRG-Behandlungsfälle im Wochenverlauf .....	3
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 .....	8
I.4	Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19 .....	11
I.5	Weitere, nicht planbare Behandlungen .....	12
I.6	Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung .....	15
I.7	Typische planbare Operationen .....	17
I.8	Ambulant-sensitive Behandlungen .....	18
I.9	Vermutetes ambulantes Potenzial .....	20
I.10	Fazit .....	22
II	Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen .....	23
II.1	Hintergrund .....	23
II.2	Methodik .....	24
II.3	Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen .....	27
II.4	Analysen: Folgen der Ausgleichszahlung auf die Erlössituation .....	29
Anhang	.....	32

## 0 Zusammenfassung

Dieser Bericht untersucht die Folgen der Covid-19-Pandemie auf das **Leistungsgeschehen** der Krankenhäuser in Deutschland für den Zeitraum vom 01. Januar 2020 bis zum 31. Mai 2021. Er untersucht außerdem, ob die seit dem 16. März 2020 geltenden 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 drei Berichten die Zeiträume bis einschließlich 31. Mai 2020, bis zum 30. September bzw. bis zum 31. Dezember 2020 ausgewertet. In dem vorliegenden **vierten Bericht** stellen wir Analysen für den Zeitraum vom 01. Januar bis zum 31. Mai des Jahres 2021 vor. Die Analysen basieren auf krankenhausespezifischen Struktur- und Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die vollen Jahre 2019 bis 2020 und für den Zeitraum bis Mai jeweils für die Jahre 2019 bis 2021. Da die Gesamtjahresdaten verlässlicher als die unterjährigen Daten sind, kann es auch rückwirkend zu Abweichungen zu den Ergebnissen aus den ersten drei Berichten kommen.

## I Evaluation der Veränderungen der Fallzahlen hinsichtlich der betroffenen Patienten und der medizinischen Wirkungen

### I.1 Methodik siehe Anhang

### I.2 Ergebnisse im Überblick

Dieser Bericht stellt eine unterjährige Fortschreibung der zuletzt für das Gesamtjahr 2020 präsentierten Daten und Auswertungen bis zum 31. Mai 2021 dar. Zunächst seien wesentliche Parameter der Krankenhausnutzung für den Zeitraum Januar bis Mai 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). Für die nach DRG abrechnenden Häuser sind außerdem die Verweildauertage sowie die Bettenauslastung der Intensivstationen dargestellt. Die nach DRG abrechnenden Häuser sind des Weiteren jeweils zusätzlich unterteilt in drei Bettengrößenklassen, und zwar die 919 „kleinen“ Krankenhäuser bis 299 Betten, die 338 „mittelgroßen“ Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und die 148 „großen“ Krankenhäuser mit mindestens 600 Betten (Tabelle 1).<sup>1</sup> Zur Einordnung gibt Tabelle 1 auch die Ganzjahreszahlen 2020 und den Vergleich zu 2019 wieder, die dem vorigen Bericht entnommen sind.

**Fallzahlen:** Die stationären Fallzahlen sind von Januar bis Mai 2021 weiter gesunken. Während sich für das Gesamtjahr 2020 im DRG-Bereich ein Rückgang von 13% ggü. dem Jahr 2019 gezeigt hatte, betrug der Rückgang im betrachteten Zeitraum jetzt weitere 5% im Vergleich zu 2020 und insgesamt 20% ggü. 2019. Bei den unter das PEPP-System fallenden psychiatrischen Fällen gab es im betrachteten Zeitraum einen Rückgang von 3% ggü. 2020 und 13% ggü. 2019, d.h. auch hier mehr als im Gesamtjahr 2020.

**Verweildauer:** Die mittleren Verweildauern im DRG-Bereich (jetzt 6,01 Tage) und im PEPP-Bereich (jetzt 27,70 Tage) waren ggü. 2020 praktisch unverändert.

---

<sup>1</sup> Für 7 Krankenhäuser lag keine Angabe zu den Betten vor.

**Verweildauertage:** In ähnlicher Größenordnung wie die Fallzahlen ist auch das Volumen der Verweildauertage zurückgegangen, nämlich im DRG-Bereich um 6% ggü. 2020 und 20% ggü. 2019 (und damit um 8%-Punkte mehr als im Gesamtjahr 2020). Die Unterschiede nach Krankenhausgröße waren hier nicht ausgeprägt: so betrug der Rückgang bei den kleinen Krankenhäusern 19%, bei den mittleren 21% und den großen 20%. Im PEPP-Bereich gingen die Verweildauertage in ähnlicher Größenordnung zurück, nämlich um 4% ggü. 2020 und 15% ggü. 2019 (und damit ebenfalls etwas stärker als im Gesamtjahr 2020).

**Bettenauslastung:** Durch den Rückgang der Verweildauertage ging auch die Bettenauslastung deutlich zurück, und zwar sowohl ggü. den Vorjahreszeiträumen als auch dem Gesamtjahr 2020: im DRG-Bereich lag sie noch bei 63,9%, und damit deutlich unter den Vorjahreszeiträumen (2019: 76,6%; 2020: 67,1%). Hier war ein deutlicher Effekt nach Krankenhausgröße zu beobachten: so betrug die Bettenauslastung in den kleinen Krankenhäusern noch 60,0% (2019: 73,8%; 2020: 63,4%), in den mittleren 62,6% (2019: 76,2%; 2020: 66,9%) und in den größeren 67,6% (2019: 79,1%; 2020: 70,6%). Die Bettenauslastung im PEPP-Bereich ging ggü. 2020 um 6% zurück<sup>2</sup>.

Tabelle 1

**Ausgewählte Leistungsdaten DRG- und PEPP-Krankenhäuser (DRG auch nach Bettengröße)**  
2020 Gesamtjahr mit Veränderung zu 2019  
sowie Januar bis Mai 2021 mit Veränderung zu 2020 und 2019

Kennzahlen	Jan.-Dez. 2020	Änderung		Änderung	
		2020 zu 2019	Jan.-Mai 2021	01-05/2021 zu 01-05/2020	01-05/2021 zu 01-05/2019
		in %		in %	in %
<b>Stationäre Behandlungsfälle</b>					
Alle DRG-Krankenhäuser	16 776 842	-13	6 484 535	-5	-20
DRG-Kh. bis 299 Betten	4 547 583	-14	1 831 216	-4	-19
DRG-Kh. 300-599 Betten	5 991 885	-14	2 311 390	-9	-21
DRG-Kh. mit 600+ Betten	6 123 709	-13	2 301 883	-3	-22
PEPP-Krankenhäuser	938 361	-11	383 628	-3	-13
<b>Mittlere Verweildauer (Tage)</b>					
Alle DRG-Krankenhäuser	6,02	+1	6,01	-1	0
PEPP-Krankenhäuser	27,73	-1	27,70	-2	-2
<b>Verweildauertage</b>					
Alle DRG-Krankenhäuser	101 015 514	-12	38 962 827	-6	-20
DRG-Kh. bis 299 Betten	27 514 443	-15	11 180 414	-6	-19
DRG-Kh. 300-599 Betten	34 848 594	-13	13 358 198	-10	-21
DRG-Kh. mit 600+ Betten	37 942 829	-11	14 181 618	-4	-20
PEPP-Krankenhäuser	26 022 021	-13	10 625 202	-4	-15
<b>Bettenauslastung</b>					
Alle DRG-Krankenhäuser	67,3%	-12	63,9%	-5	-17
DRG-Kh. bis 299 Betten	62,1%	-15	60,0%	-5	-19
DRG-Kh. 300-599 Betten	66,3%	-13	62,6%	-6	-18
DRG-Kh. mit 600+ Betten	71,2%	-11	67,6%	-4	-15
PEPP-Krankenhäuser	81,5%	-13	93,5%*	-6*	-1*

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. \* InEK-Angaben für 2020 inkonsistent, muss nachkontrolliert werden

## 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, sowie den Großteil der dritten

<sup>2</sup> Hier muss beim InEK noch einmal nachgefasst werden, da die Anzahl Betten im PEPP-Bereich in den verschiedenen Datenlieferungen auch für die gleichen Jahre erheblich voneinander abweichen.

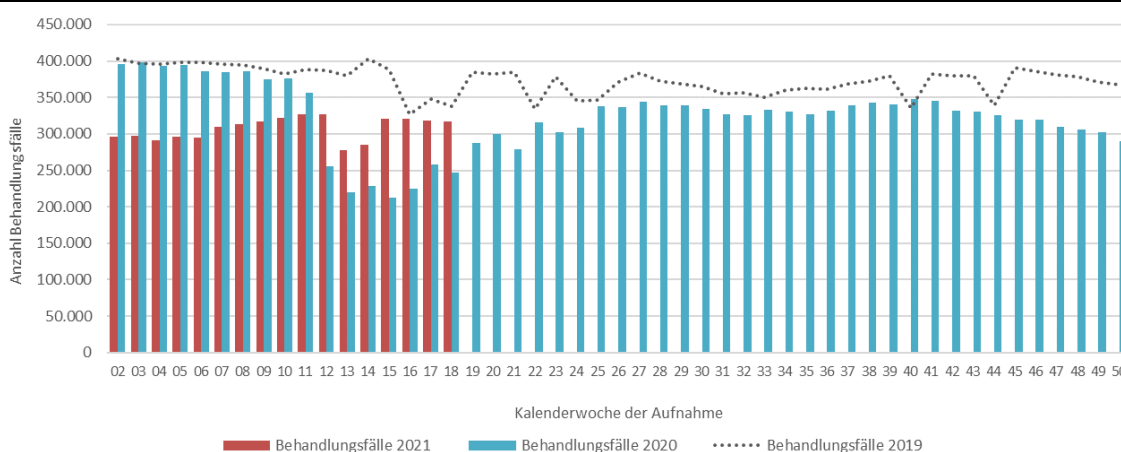


Infektionswelle. Nachdem die Infektionszahlen im Jahr 2021 zunächst bis zur 6. Kalenderwoche (KW) rückläufig waren, stiegen diese anschließend wieder an. Der Höhepunkt der dritten Infektionswelle wurde schließlich in der 16. KW 2021 erreicht. Damit ist das akutstationäre Leistungsgeschehen, das im hier vorliegenden Bericht auf Grundlage der ersten unterjährigsten Datenlieferung gemäß § 24 Abs. 2 KHG des Jahres 2021 analysiert wurde, vor dem Hintergrund dieses anhaltend dynamischen Infektionsgeschehens zu bewerten. Die Daten des Jahres 2021 umfassen alle stationären Behandlungsfälle mit Entlassungsdatum bis 31.05.2021.

Schaubild 1 zeigt jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 50. KW der Jahre 2019 und 2020 bzw. bis zur 18. KW des Jahres 2021 die Anzahl der aufgenommenen akutstationär behandelten Patientinnen und Patienten. 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). „Nachholeffekte“ sind nicht zu beobachten.

Schaubild 1

**Anzahl der stationären Behandlungsfälle nach KW der Aufnahme  
2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

In Tabelle 2 werden die Fallzahlen der Jahre 2019, 2020 und 2021 jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. KW gegenübergestellt. Bei der Gegenüberstellung der Behandlungsfallzahlen (vgl. auch Tabelle 1) wird deutlich, dass die Fallzahlen im Jahr 2021 gegenüber denen des Jahres 2019 noch stärker abgenommen haben (-20%) als die Fallzahlen des entsprechenden Zeitraumes im Jahr 2020 (-16%). Während die Fallzahlrückgänge im Jahr 2020 gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt waren, sind im Jahr 2021 in der Altersgruppe bis 19 Jahre sowie in der Altersgruppe ab 65 Jahren die Fallzahlrückgänge im Vergleich zur 2019 etwas ausgeprägter als in der mittleren Altersgruppe.

Tabelle 2

**Stationäre Behandlungsfälle 2019 bis 2021: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche**

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Fälle insgesamt	6 513 934	5 488 801	5 230 092	-1 025 133 (-16%)	-258 709 (-5%)	-1 283 842 (-20%)
Alter bis 19 Jahre	757 915	638 838	586 852	-119 077 (-16%)	-51 986 (-8%)	-171 063 (-23%)
Alter 20 bis 64 Jahre	2 721 428	2 294 121	2 265 601	-427 307 (-16%)	-28 520 (-1%)	-455 827 (-17%)
Alter ab 65 Jahre	3 034 591	2 555 842	2 377 639	-478 749 (-16%)	-178 203 (-7%)	-656 952 (-22%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

## I.3 Behandlungen in Zusammenhang mit COVID-19

### I.3.1 COVID-19-Fälle insgesamt

Insgesamt wurden bis 31.05. im Jahr 2021 194 716 Behandlungsfälle mit der Nebendiagnose U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen)<sup>3</sup> aufgenommen und entlassen (Tabelle 3). Dazu kommen noch 33 236 Überlieger, d.h. Behandlungsfälle mit Aufnahme im Jahr 2020 und Entlassung im Jahr 2021. Damit übersteigt die Anzahl der Behandlungsfälle in den ersten fünf Monaten des Jahres 2021 (insgesamt 227 952) die Anzahl der Behandlungsfälle im gesamten Jahr 2020 (176 574). Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich hier um Behandlungsfälle und nicht um Personen handelt, da verlegte Patientinnen und Patienten mehrfach gezählt werden.

Die mittlere Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag bis Ende Mai 2021 bei 11,4 Tagen, sodass ca. 2,22 Mio. Verweildauertage (ohne Überlieger) erbracht wurden, was 5,7% aller Verweildauertage entspricht. Dagegen entfielen im Jahr 2020 insgesamt 2,0% 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, erhöhten sich die Werte von rund 2,4% (2020) auf 6,9% (Jan.-Mai 2021) der Verweildauertage bzw. von 1,6% (2020) auf 4,4% (Jan.-Mai 2021) der verfügbaren Bettentage (d.h. verfügbare Betten x Anzahl Kalendertage).

<sup>3</sup> 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 COVID-19-Infektion ein Nebenbefund im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes aus anderem Anlass war oder im Krankenhaus erworben wurde.

Tabelle 3

**Behandlungen in Zusammenhang mit COVID-19: Kennzahlen; für 2021 nur bis 31.05.**

Kennzahlen	2020	2021 (bis 31.05.)	2021 inkl. ÜL (bis 31.05)
<b>Fälle mit COVID-19 (ND U07.1) insgesamt</b>			
Anzahl Fälle	176 574	194 716	227 952
Anteil Todesfälle	17,9%	16,4%	17,2%
Alter Median (IQR)	71 (55 - 82)	69 (54 - 81)	n.v.
Anteil Alter ab 65 Jahre	61,4%	58,2%	61,2%
Mittlere Verweildauer in Tagen	11,2	11,4	13,9
Anzahl mit intensivmedizinischer Behandlung insgesamt *	37 956	45 615	57 020
Anteil mit intensivmedizinischer Behandlung insgesamt *	21,5%	23,4%	25,0%
Anteil mit Beatmung	10,2%	11,8%	12,9%
<b>COVID-19 (ND U07.1) mit intensivmedizinischer Versorgung</b>			
<b>1. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Erwachsene)</b>			
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	20,3	21,4	23,1
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	12,0	12,6	13,3
<b>2. Anzahl Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Kinder)</b>			
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	11,9	10,6	11,0
Mittlere Verweildauer in Tagen auf Intensivstation	6,2	6,0	6,6
<b>3. Anzahl Fälle mit Behandlung auf Intensivstation (ohne Komplexbehandlung)</b>			
Mittlere Verweildauer in Tagen insgesamt	13,7	16,5	18,0
Mittlere Verweildauer in Tagen auf der Intensivstation	4,1	5,4	5,5
Anzahl Fälle mit Beatmung	17 980	22 956	29 433
davon Anteil mit ECMO	7,0%	7,9%	7,8%
Mittlere Beatmungsdauer in Stunden	283,3	281,5	298,0

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). – \* Intensivmedizinische Komplexbehandlung oder Behandlung auf Intensivstation (Aufenthalt in benanntem Intensivbett).

Betrachtet man im Jahr 2021 zunächst nur die Behandlungsfälle mit COVID-19 ohne Überlieger, so war bei 32 998 ein OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung kodiert und bei weiteren 111 ein OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern (Tabelle 3). Daneben wurden 12 506 Fälle in benannten Intensivbetten ohne Komplexcode für intensivmedizinische Behandlung gezählt. Insgesamt wurden also bis Ende Mai 2021 45 615 Fälle mit COVID-19 intensivmedizinisch versorgt (23,4%). 22 956 (11,8%) aller Fälle mit der Nebendiagnose U07.1 wurden für mindestens sechs Stunden beatmet. Im Vergleich zum Jahr 2020 waren die Patientinnen und Patienten mit COVID-19 in den ersten fünf Monaten des Jahres 2021 etwas jünger (im Median 69 Jahre vs. 71 Jahre im Jahr 2020), wurden jedoch häufiger intensivmedizinisch versorgt (23,4% vs. 21,5% 2020) und häufiger beatmet (11,8% vs. 10,2% 2020).

Die mittlere intensivmedizinische Verweildauer der Behandlungsfälle mit COVID-19 lag bis Ende Mai 2021 bei ca. 10,6 Tagen, sodass ca. 0,48 Mio. Verweildauertage (ohne Überlieger) erbracht wurden, was 14,7% aller intensivmedizinischen Verweildauertage entspricht (bzw. 11,3% der vorhandenen intensivmedizinischen Kapazitäten); diese Werte lagen bei hälftiger Berücksichtigung der Überlieger bei rund 17% bzw. 13%, d.h. jedes sechste belegte intensivmedizinische Bett (und jedes achte vorhandene intensivmedizinische Bett) wurde im Schnitt zur COVID-19-Versorgung genutzt.

Der Anteil der Todesfälle unter allen Behandlungsfällen mit der Nebendiagnose U07.1 lag bis Ende Mai 2021 bei 16,4% und war damit etwas geringer als im Jahr 2020 (17,9%).

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

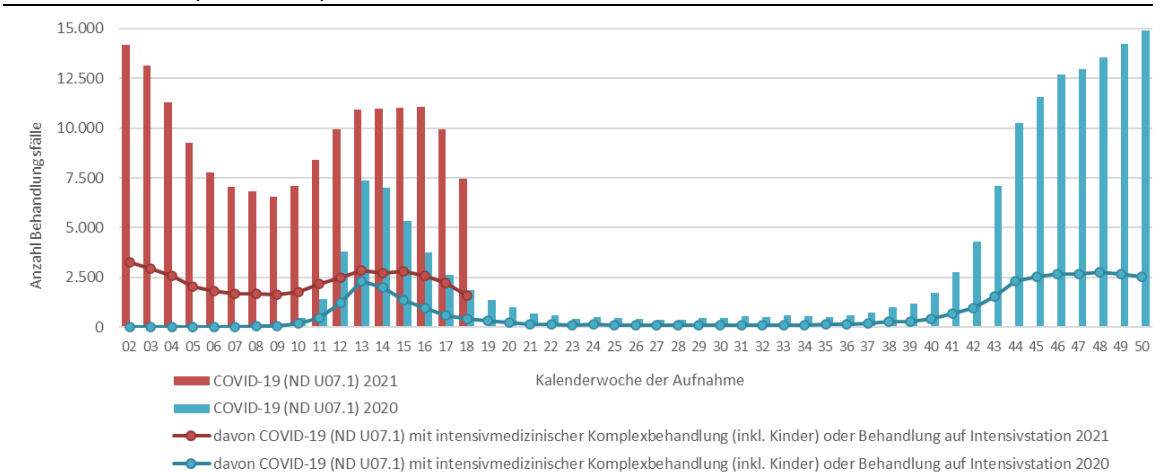
## I.3.2 COVID-19-Fälle nach Kalenderwochen

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 erreicht wurde, sank die Anzahl der stationären Behandlungsfälle im Jahr 2021 zunächst bis zur KW 9 (Anfang März), in der rund 6 500 Aufnahmen beobachtet wurden. Vor dem Hintergrund der dritten Infektionswelle stiegen die Fallzahlen anschließend wieder an und lagen in den KW 13 bis 16 (April) bei jeweils ca. 11 000. Der anschließende Rückgang in den KW 17 und 18 des Jahres 2021 ist möglicherweise anteilig auf zum Zeitpunkt der Datenlieferung noch nicht entlassene und damit nicht übermittelte Fälle zurückzuführen.

Der Anteil der Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung lag in den KW 2 bis 18 im Jahr 2021 jeweils zwischen 21 und 26%.

Schaubild 2

**Anzahl Behandlungsfälle mit COVID-19 nach KW der Aufnahme  
2020 und 2021 (bis KW 18)**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

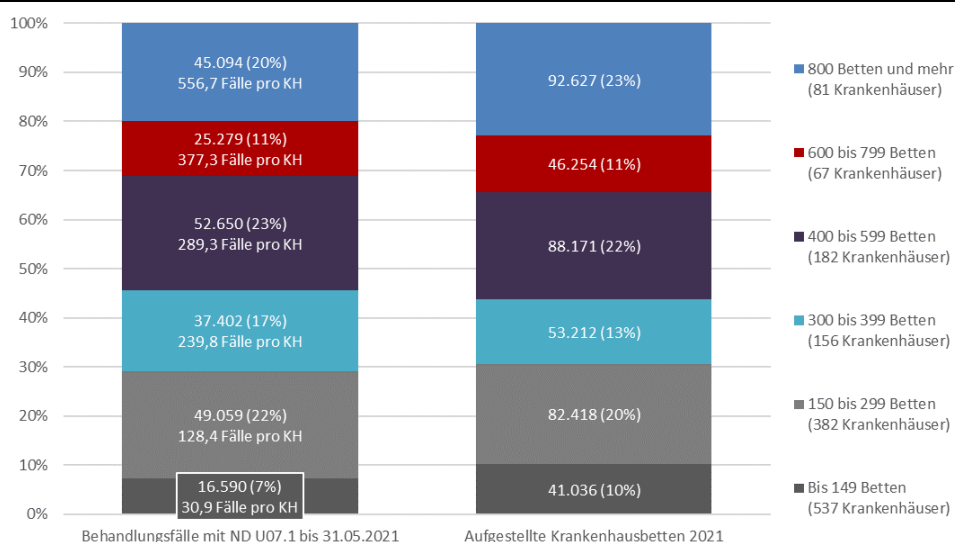
### I.3.3 COVID-19-Fälle nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Schaubild 3 zeigt die Verteilung der stationären Fälle mit COVID-19 (einschl. Überlieger), unterteilt nach Bettengrößenklassen der behandelnden Häuser (linker Balken). Daneben sind zum Vergleich die Anteile der aufgestellten Betten dargestellt (rechter Balken).

Schaubild 3

#### Behandlungsfälle mit COVID-19 2021 (bis 31.05.):

#### Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Nicht dargestellt: 7 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 1 878 Behandlungsfällen mit ND U07.1. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020.

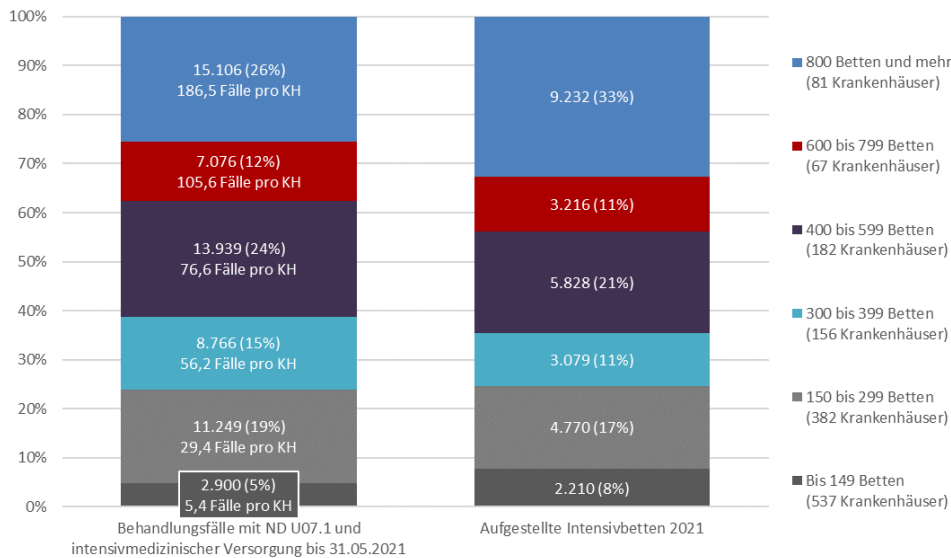
Es bieten sich zwei Betrachtungsweisen an: die absolute und die proportionale. Bei der absoluten Betrachtungsweise zeigt sich, dass 54% der Patienten in den insgesamt 330 Krankenhäusern mit mehr als 400 Betten behandelt worden sind. Bei der proportionalen Betrachtungsweise ergibt sich, dass die Verteilung der Behandlungsfälle mit COVID-19 in den ersten fünf Monaten des Jahres 2021 im Verhältnis zur Bettenzahl relativ gleichmäßig erfolgte (vgl. auch Tabelle 4). Ein überproportionaler Versorgungsanteil wurde aber in den 156 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten beobachtet, die 17% der Behandlungsfälle mit COVID-19 versorgten, insgesamt jedoch nur einen Bettenanteil von 13% hatten. In diesen Krankenhäusern wurden von Januar bis Mai 2021 durchschnittlich 240 Fälle mit COVID-19 behandelt. Dagegen versorgten die 81 Krankenhäuser mit mehr als 800 Betten durchschnittlich 557 Fälle mit COVID-19. Zu beachten ist, dass in dieser Betrachtung neben den 194 716 Fällen mit Aufnahme im Jahr 2021 auch die 33 236 Überlieger, d.h. Behandlungsfälle mit Aufnahme im Jahr 2020 und Entlassung im Jahr 2021, enthalten sind. 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).

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 beträgt der Anteil der Fälle in den 330 größeren Krankenhäusern sogar über 60%. Überproportionale Versorgungsanteile zeigen sich in den 182 Krankenhäusern mit 400 bis 599 Betten (24% der intensivmedizinisch versorgten Behandlungsfälle bei 21% der Intensivbetten) sowie in den 156 Krankenhäusern mit 300 bis 399 Betten (15% der Behandlungsfälle bei 11% der Intensivbetten). Eine solche Tendenz bestand auch bei den 382

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 den 81 Krankenhäusern mit 800 Betten und mehr wurden im Durchschnitt in den ersten 5 Monaten des Jahres 2021 187 Fälle mit COVID-19 intensivmedizinisch versorgt, dagegen in den 537 Krankenhäusern bis 149 Betten nur durchschnittlich 5 Fälle. Auch in dieser Darstellung sind Überlieger aus dem Jahr 2020 (13 421 Fälle) enthalten.

Schaubild 4

### Behandlungsfälle mit COVID-19 und intensivmedizinischer Versorgung 2021 (bis 31.05.): Versorgungsanteile nach Bettengrößenklassen



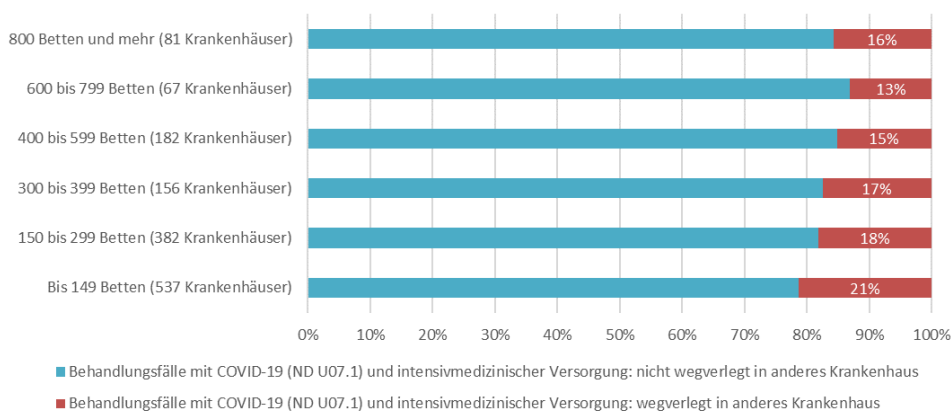
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Einbezogen sind Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und Aufenthalt in benanntem Intensivbett, sowie Behandlungsfälle mit Nebendiagnose U07.1 und OPS-Kode für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Aufenthalt in benanntem Intensivbett. Nicht dargestellt: 7 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 432 Behandlungsfällen mit ND U07.1 und intensivmedizinischer Versorgung. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020. 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<sup>4</sup>, 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. 13% und nahm mit abnehmender Krankenhausgröße zu. In Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten lag der Anteil der intensivmedizinisch versorgten COVID-19 Fälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus bei 21%. Die Verteilung ist damit ähnlich wie im Jahr 2020 (vgl. Projektbericht vom 30.04.2021: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020).

<sup>4</sup> 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 (bis 31.05.): Anteil wegverlegt in anderes Krankenhaus**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – 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: 7 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 432 Behandlungsfällen mit ND U07.1 und intensivmedizinischer Versorgung. Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020.

Tabelle 4 listet weitere Kennzahlen zur stationären COVID-19-Versorgung von Januar bis Mai 2021 nach Bettengrößenklassen auf, etwa die mittlere Anzahl der Behandlungsfälle pro aufgestelltem Bett bzw. der intensivmedizinischen Fälle pro Intensivbett oder der 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 81 Krankenhäusern mit mehr als 800 Betten mit 33% am höchsten und in den 537 Krankenhäusern mit bis zu 149 Betten mit 17% am geringsten.

Tabelle 4

**Behandlungsfälle mit COVID-19 2021 (bis 31.05.): Versorgungskennzahlen nach Bettengrößenklassen**

Bettengrößenklasse	Anzahl KH	Behandlungsfälle mit COVID-19				
		insgesamt		mit intensivmedizinischer Versorgung		
		Behandlungsfälle pro aufgestelltem Bett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Intensivfälle pro Intensivbett	Anteil wegverlegt in anderes KH	Anteil mit intensivmedizinischer Versorgung
800 Betten und mehr	81	0,49	8%	1,64	16%	33%
600 bis 799 Betten	67	0,55	6%	2,20	13%	28%
400 bis 599 Betten	182	0,60	7%	2,39	15%	26%
300 bis 399 Betten	156	0,70	9%	2,85	17%	23%
150 bis 299 Betten	382	0,60	9%	2,36	18%	23%
bis 149 Betten	537	0,40	14%	1,31	21%	17%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Nicht dargestellt: 8 Krankenhäuser ohne Angabe der Bettengrößenklasse mit 1 878 Behandlungsfällen mit ND U07.1 (davon 432 mit intensivmedizinischer Versorgung). Fallzahlen inklusive Überlieger aus 2020.

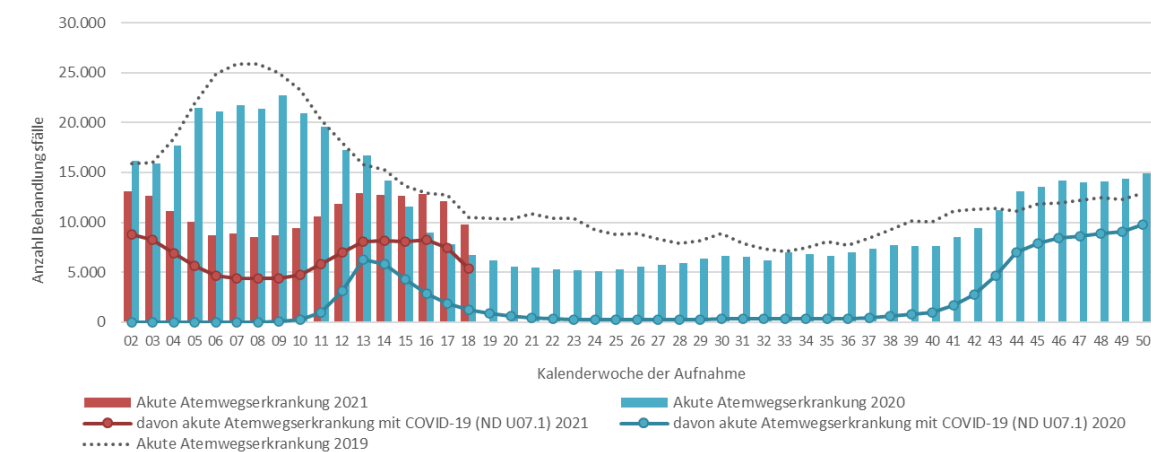
## I.4 Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19

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 (bis KW 18) 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 (bis KW 18) vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Im Jahr 2021 folgt die Anzahl der wöchentlichen Aufnahmen dem in Schaubild 2 (Behandlungsfälle mit COVID-19) beobachteten Muster. Der Anteil der Fälle mit akuter Atemwegserkrankung, bei denen die Nebendiagnose U07.1 kodiert ist, liegt relativ konstant zwischen 55 und 67%. Die hohen Behandlungszahlen mit wöchentlich mehr als 20 000 Aufnahmen, die in den Kalenderwochen 5 bis 10 der Jahre 2019 und 2020 beobachtet wurden, wurden im Jahr 2021 nicht erreicht.

Kennzahlen zu Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19 sind in Tabelle 5 dargestellt. Während die Sterblichkeit bei Lungenentzündung bzw. akuter Atemwegserkrankung mit COVID-19 in den ersten Monaten des Jahres 2021 im Vergleich zum Vorjahr etwas zurückgegangen ist, ist die Sterblichkeit bei Behandlungsfällen ohne COVID-19 deutlich angestiegen. Auch das mediane Alter der Behandlungsfälle ohne COVID-19 nahm in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 zu.



Tabelle 5

**Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen mit und ohne COVID-19: Kennzahlen; für 2021 nur bis 31.05.**

Kennzahlen	2019	2020	2021 (bis 31.05.)
<b>Lungenentzündung mit COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	0	90 851	104 817
Anteil Todesfälle	-	22,6%	20,4%
Alter Median (IQR)	-	72 (58 - 82)	69 (56 - 80)
<b>Lungenentzündung ohne COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	310 051	232 669	53 866
Anteil Todesfälle	9,4%	11,4%	14,9%
Alter Median (IQR)	75 (58 - 83)	76 (60 - 84)	77 (64 - 84)
<b>Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) * mit COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	0	120 471	130 990
Anteil Todesfälle	-	20,5%	19,2%
Alter Median (IQR)	-	71 (56 - 82)	69 (55 - 80)
<b>Akute Atemwegserkrankung (inkl. Lungenentzündung) * ohne COVID-19</b>			
Anzahl Fälle	665 274	462 934	92 138
Anteil Todesfälle	5,7%	7,1%	10,5%
Alter Median (IQR)	67 (22-80)	68 (30 - 81)	71 (51 - 82)

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

**I.5 Weitere, nicht planbare Behandlungen**

In Tabelle 6 sind Kennzahlen für ausgewählte, nicht planbare Behandlungen über die Jahre 2019, 2020 und 2021 (bis 31.05.) vergleichend dargestellt. Bei Behandlungen mit den Hauptdiagnosen Herzinfarkt, Schlaganfall und hüftgelenknaher Fraktur fällt auf, dass die Krankenhaussterblichkeit im Zeitverlauf etwas ansteigt.

Tabelle 6

**Weitere, nicht planbare Behandlungen: Kennzahlen; für 2021 nur bis 31.05.**

Kennzahlen	2019	2020	2021 (bis 31.05.)
<b>HD Herzinfarkt insgesamt</b>			
Anzahl Fälle	208 583	194 379	77 621
Anteil transmuraler Herzinfarkt (STEMI)	31,7%	32,8%	33,7%
Anteil Todesfälle	8,0%	8,2%	8,5%
Alter Median (IQR)	71 (60-80)	71 (60 - 80)	70 (60 - 80)
<i>Davon: Transmuraler Herzinfarkt [vorwiegend STEMI]</i>			
Anzahl Fälle	66 139	63 702	26 126
Anteil Todesfälle	11,8%	12,1%	12,6%
Alter Median (IQR)	65 (56-77)	65 (56 - 76)	65 (56 - 77)
<i>Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt [NSTEMI]</i>			
Anzahl Fälle	139 409	128 194	50 442
Anteil Todesfälle	5,5%	5,7%	5,8%
Alter Median (IQR)	74 (62-81)	73 (62 - 81)	73 (62 - 81)
<b>HD Schlaganfall insgesamt</b>			
Anzahl Fälle	294 870	277 094	110 401
Anteil mit Stroke-Unit-Behandlung	59,9%	60,6%	60,4%
Anteil Todesfälle	8,7%	9,1%	9,3%
Alter Median (IQR)	76 (65-83)	76 (65 - 83)	76 (65 - 83)
<i>Davon: Hirninfarkt</i>			
Anzahl Fälle	250 087	235 005	93 024
Anteil Todesfälle	6,5%	6,7%	6,8%
Alter Median (IQR)	77 (66-83)	77 (66 - 83)	77 (65 - 83)
<b>HD Transitorische Ischämische Attacke</b>			
Anzahl Fälle	105 495	92 090	36 553
Anteil mit Stroke-Unit-Behandlung	65,5%	65,7%	64,6%
Anteil Todesfälle	0,3%	0,3%	0,3%
Alter Median (IQR)	75 (63-82)	75 (63 - 82)	75 (63 - 82)
<b>HD Hüftgelenknahe Fraktur</b>			
Anzahl Fälle	150 029	148 735	57 654
Anteil Todesfälle	5,0%	5,3%	5,5%
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.*

Tabelle 7 zeigt die Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. KW des jeweiligen Betrachtungsjahres. Hier zeigt sich, dass die Anzahl der Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt gegenüber dem Jahr 2019 in den KW 2 bis 18 des Jahres 2021 relativ um -11% zurückgegangen ist. Der Rückgang bei den transmuralen Herzinfarkten (vorwiegend ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt, STEMI) war im Jahr 2021 weniger ausgeprägt (Veränderung gegenüber 2019 -3%) als dies im Vergleichszeitraum des Jahres 2020 der Fall war (Veränderung gegenüber 2019 -8%), was darauf zurückzuführen ist, dass der 2020 während der ersten Welle beobachtbare überproportionale Abfall ausgeblieben ist. Bei nicht-transmuralen Herzinfarkten (Nicht-ST-Streckenhebungs-Herzinfarkt, NSTEMI) sind die relativen Fallzahlrückgänge höher und konstant, d.h. sind 2021 im Vergleich zu 2020 konstant geblieben (und ggü. 2019 um -14% gefallen; siehe auch Schaubild 7).

Tabelle 7

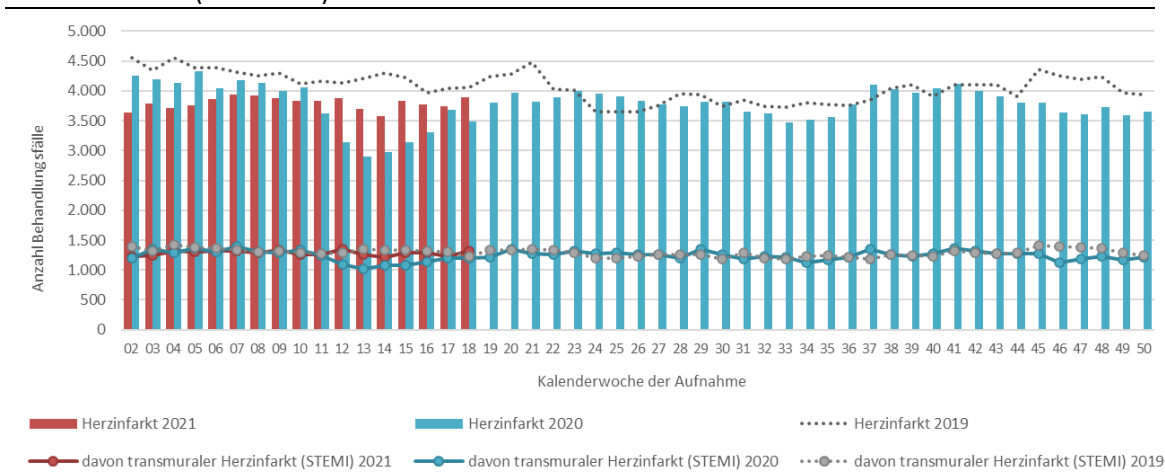
**Weitere, nicht planbare Behandlungen (I):  
Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalender-  
woche**

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
HD Herzinfarkt insgesamt	72 303	63 570	64 520	-8 733 (-12%)	950 (+1%)	-7 783 (-11%)
<i>Davon: Transmuraler Herzinfarkt</i>	22 557	20 839	21 811	-1 718 (-8%)	972 (+5%)	-746 (-3%)
<i>Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt</i>	48 638	41 870	41 896	-6 768 (-14%)	26 (0%)	-6 742 (-14%)
HD Schlaganfall insgesamt	101 583	93 163	93 377	-8 420 (-8%)	214 (0%)	-8 206 (-8%)
<i>Davon: Hirninfarkt</i>	85 353	78 375	78 563	-6 978 (-8%)	188 (0%)	-6 790 (-8%)
HD Transitorische Ischämische Attacke	35 817	29 954	29 855	-5 863 (-16%)	-99 (0%)	-5 962 (-17%)
HD Hüftgelenknahe Fraktur	51 138	49 891	49 931	-1 247 (-2%)	40 (0%)	-1 207 (-2%)

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

Schaubild 7

**Anzahl Behandlungsfälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt nach KW der Aufnahme  
2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

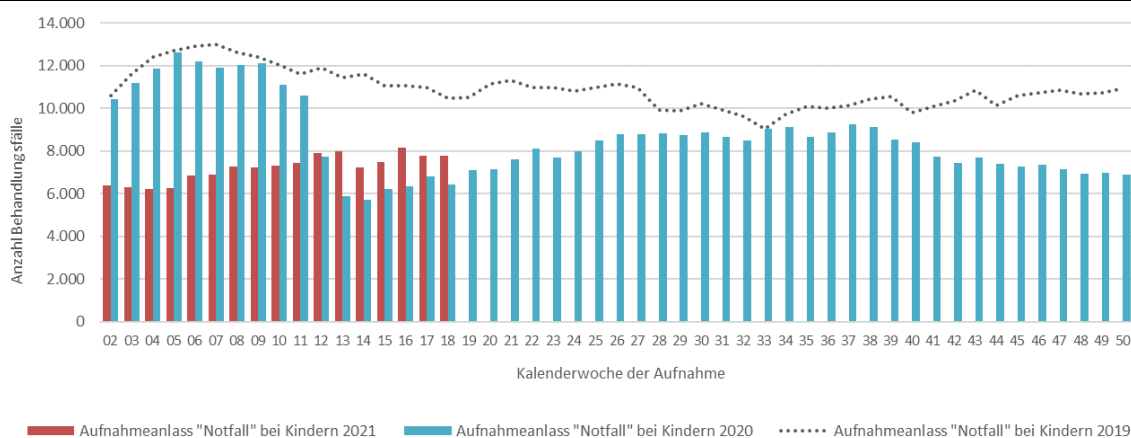
Die gleiche Beobachtung (d.h. konstante Fallzahlen im Jahr 2021 ggü. 2020) zeigen sich auch bei den anderen Diagnosen, wo jeweils ein neues Niveau erreicht zu sein scheint: Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Schlaganfall waren die Fallzahlen des Jahres 2021 (wie auch 2020) um -8% gegenüber dem Vergleichszeitraum des Jahres 2019 reduziert. Bei Behandlungsfällen mit der Hauptdiagnose Transitorische Ischämische Attacke ist der Rückgang im Jahr 2021 mit -17% ausgeprägter (2020 -16%).

Behandlungsfälle mit hüftgelenknahe Fraktur zeigen mit jeweils -2% in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019 nur marginale Rückgänge.

„Notfall“-Behandlungen (d.h. stationäre Aufnahmen ohne Einweisung) bei Kindern bis 14 Jahren waren im Vergleich zu 2019 im Jahr 2020 um -20% und im Jahr 2021 sogar um insgesamt -39% reduziert (siehe Schaubild 8 und Tabelle 8).

Schaubild 8

**Anzahl Behandlungsfälle ohne Einweisung (Aufnahmeanlass "Notfall") bei Kindern nach KW der Aufnahme**  
2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei der Anzahl der Entbindungen im Krankenhaus besteht zwischen den Jahren 2019 und 2020 im Betrachtungszeitraum praktisch keine Differenz. Im Jahr 2021 wurde ein Anstieg um +4% beobachtet.

Tabelle 8

**Weitere, nicht planbare Behandlungen (II):**  
**Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche**

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Aufnahmeanlass "Notfall" bei Kindern	200 543	161 323	122 527	-39 220 (-20%)	-38 796 (-24%)	-78 016 (-39%)
Entbindungen im Krankenhaus	233 574	232 414	243 370	-1 160 (0%)	10 956 (+5%)	+9 796 (+4%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

## I.6 Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung

Es wurden vorwiegend planbare Operationen bei fünf Arten von Neubildungen untersucht. In Tabelle 9 sind Kennzahlen zu diesen Behandlungen dargestellt. Bei Speiseröhren-, Magen- und Bauchspeicheldrüsenresektionen bei Karzinom war die Krankenhaussterblichkeit im Verlauf der Jahre 2019 bis 2021 leicht rückläufig. Ob dies primär auf Selektionseffekte oder eine tatsächliche Versorgungsverbesserung zurückzuführen ist, lässt sich den Daten nicht entnehmen, da mit den vorhandenen Informationen nicht adjustiert werden kann.

Tabelle 9

**Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung: Kennzahlen; für 2021 nur bis 31.05.**

Kennzahlen	2019	2020	2021 (bis 31.05.)
<b>Kolorektale Resektion bei Karzinom</b>			
Anzahl Fälle	47 570	43 044	15 751
Anteil Todesfälle	4,3%	4,4%	4,4%
Alter Median (IQR)	72 (62 - 80)	72 (62 - 80)	71 (61 - 80)
<b>Speiseröhrenresektion bei Karzinom</b>			
Anzahl Fälle	3 131	3 233	1 184
Anteil Todesfälle	6,3%	6,2%	5,5%
Alter Median (IQR)	65 (58 - 72)	65 (58 - 72)	64 (58 - 71)
<b>Magenresektion bei Karzinom</b>			
Anzahl Fälle	5 995	5 672	1 989
Anteil Todesfälle	6,2%	5,7%	5,4%
Alter Median (IQR)	71 (61 - 79)	70 (61 - 79)	70 (61 - 78)
<b>Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom</b>			
Anzahl Fälle	6 299	6 419	2 403
Anteil Todesfälle	7,9%	7,4%	7,3%
Alter Median (IQR)	70 (61 - 77)	69 (61 - 77)	70 (61 - 77)
<b>Mammaresektion bei Karzinom</b>			
Anzahl Fälle	75 450	73 466	29 969
Anteil Todesfälle	0,06%	0,05%	0,05%
Alter Median (IQR)	63 (52 - 74)	63 (52 - 73)	62 (52 - 72)

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

Tabelle 10 zeigt die Fallzahldifferenzen jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche. Die Fallzahlrückgänge bei kolorektalen Resektionen bei Karzinom sind im Vergleich zu 2019 im Jahr 2021 stärker ausgeprägt (-16%) als im Jahr 2020 (-10%, siehe auch Schaubild 9). Bei Speiseröhren- und Bauchspeicheldrüsenresektionen zeigen sich im Jahr 2021 gegenüber 2019 relative Rückgänge um jeweils -6%, die jedoch aufgrund der kleinen Fallzahlen auch zufallsbedingt sein könnten. Deutlicher fällt der Rückgang bei Magenresektionen bei Karzinom aus: Während die relative Veränderung im Vergleich zu 2019 im Betrachtungszeitraum des Jahres 2020 bei -4% lag, wurde im Jahr 2021 ein Rückgang um -19% beobachtet. Bei Mammaresektionen zeigte sich gegenüber 2019 im Jahr 2021 eine Veränderung um -3% (2020 +2%).

Tabelle 10

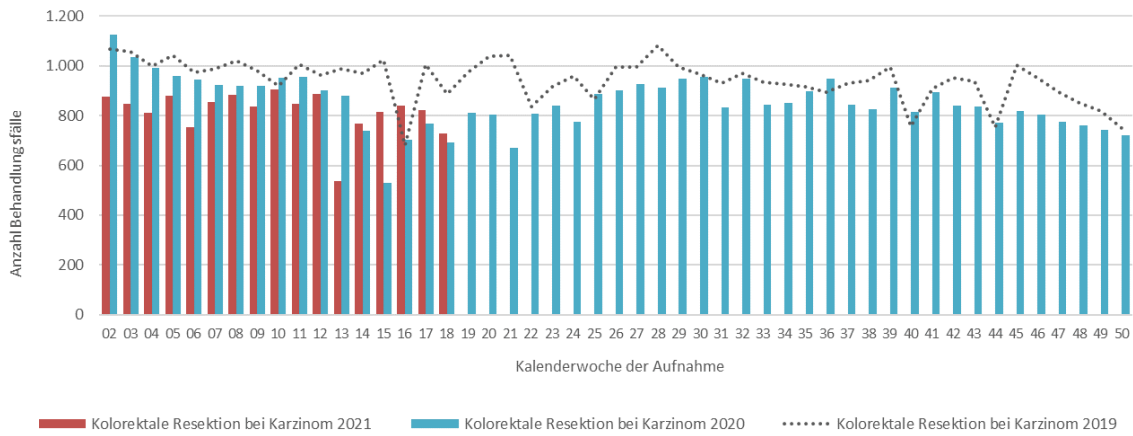
**Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche**

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Kolorektale Resektion bei Karzinom	16 576	14 942	13 890	-1 634 (-10%)	-1 052 (-7%)	-2 686 (-16%)
Speiseröhrenresektion bei Karzinom	1 112	1 192	1 047	80 (+7%)	-145 (-12%)	-65 (-6%)
Magenresektion bei Karzinom	2 140	2 044	1 739	-96 (-4%)	-305 (-15%)	-401 (-19%)
Bauchspeicheldrüsenresektion bei Karzinom	2 294	2 278	2 155	-16 (-1%)	-123 (-5%)	-139 (-6%)
Mammaresektion bei Karzinom	25 780	26 229	25 004	449 (+2%)	-1 225 (-5%)	-776 (-3%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Schaubild 9

**Anzahl Behandlungsfälle mit kolorektaler Resektion bei Karzinom nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 (bis KW 18) 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 11 zeigt die Fallzahldifferenzen jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche.

Tabelle 11

**Typische planbare Operationen: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche**

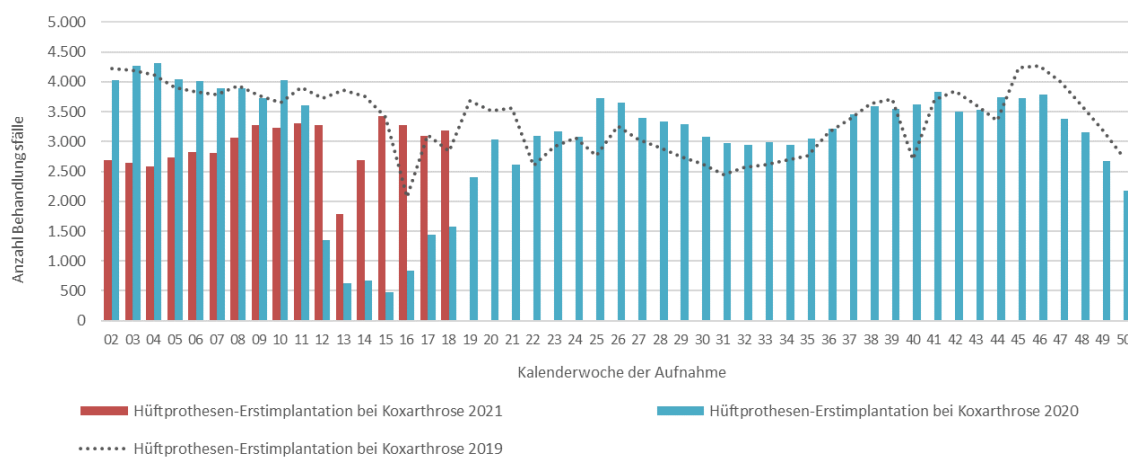
	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
Hüftprothesen-Erstimplantation bei Koxarthrose	62 095	46 789	49 872	-15 306 (-25%)	3 083 (+7%)	-12 223 (-20%)
Knieprothesen-Erstimplantation bei Gonarthrose	61 647	47 637	46 288	-14 010 (-23%)	-1 349 (-3%)	-15 359 (-25%)
Gallenblasenentfernung bei Gallensteinleiden	53 912	45 093	45 987	-8 819 (-16%)	894 (+2%)	-7 925 (-15%)
Herniotomie ohne Darmoperation	80 133	59 987	56 553	-20 146 (-25%)	-3 434 (-6%)	-23 580 (-29%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Hüftprothesen-Erstimplantationen reduzierten sich die Fallzahlen im Betrachtungszeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche im Vergleich zu 2019 im Jahr 2020 um -25%, stiegen jedoch 2021 wieder leicht an, so dass sich für 2021 ggü. 2019 noch ein Rückgang um -20% ergibt (siehe auch Schaubild 10). Ähnlich ausgeprägte Fallzahlrückgänge zeigten sich auch bei Knieprothesen-Erstimplantationen (Veränderung gegenüber 2019 im Jahr 2020 -23%, im Jahr 2021 -25%).

Schaubild 10

**Anzahl Behandlungsfälle mit Hüftprothesen-Erstimplantation nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei Gallenblasenentfernungen waren die Fallzahlen in den Jahren 2020 und 2021 um -16% bzw. -15% ggü. 2019 reduziert. Am ausgeprägtesten im Betrachtungszeitraum 2021 war der Fallzahlrückgang bei Herniotomien mit -29% ggü. 2019 (2020 -25%).

**I.8 Ambulant-sensitive Behandlungen**

Schließlich wurden sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle (auch „potenziell vermeidbare“ Krankenhausfälle genannt) betrachtet. Diese gelten international als Indikator für eine unzureichende ambulante Behandlung, da sie primär bei entweder unzureichender ambulanter Behandlung oder vermeidbaren Komplikationen auftreten sollten. Sie können aber auch als 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 12 zeigt die Fallzahldifferenzen für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche für die Jahre 2019, 2020 und 2021.

Tabelle 12

**Ambulant-sensitive Behandlungen: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche**

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
HD Asthma	9 214	6 760	4 087	-2 454 (-27%)	-2 673 (-40%)	-5 127 (-56%)
HD Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	92 326	68 802	42 715	-23 524 (-25%)	-26 087 (-38%)	-49 611 (-54%)
HD Diabetes mellitus	64 222	52 477	48 385	-11 745 (-18%)	-4 082 (-8%)	-15 837 (-25%)
HD Herzinsuffizienz	176 770	151 339	144 958	-25 431 (-14%)	-6 381 (-4%)	-31 812 (-18%)
HD Bluthochdruck	87 224	71 152	64 598	-16 072 (-18%)	-6 554 (-9%)	-22 626 (-26%)

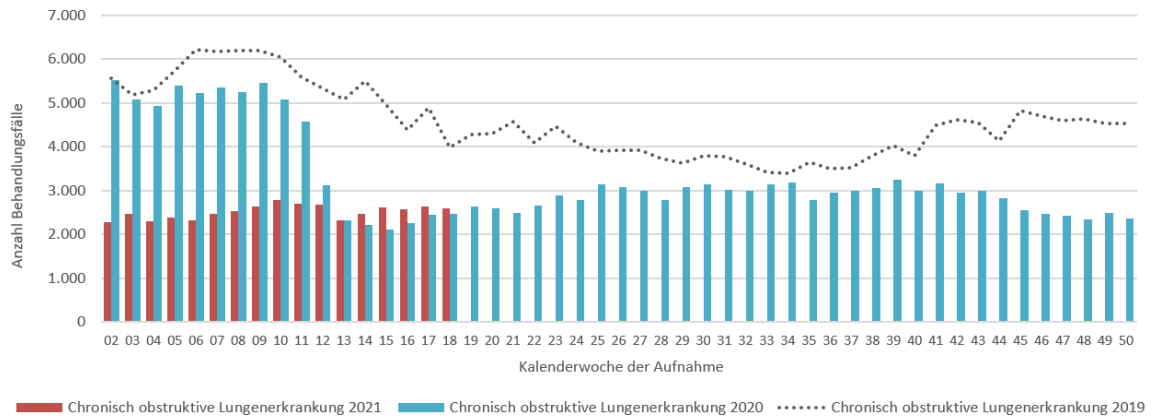
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Bei den Hauptdiagnosen Asthma bzw. COPD sind die Fallzahlrückgänge im Jahr 2021 ggü. 2020 mit -40% und -38% noch einmal ausgeprägter als 2020 im Vergleich zu 2019 (-27% bzw. -25%).

Über die zwei Jahre ergeben sich dadurch Rückgänge von -56% bzw. -54%. Bei der Erklärung dieses ausgeprägten Rückganges sollte berücksichtigt werden, dass die Anti-Covid-Maßnahmen vorrangig zu dieser Entwicklung beigetragen haben könnten, wodurch insbesondere die üblicherweise im Winterhalbjahr höheren Fallzahlen ausgeblieben sind (vgl. Schaubild 11).

Schaubild 11

**Anzahl Behandlungsfälle mit COPD nach KW der Aufnahme  
2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019**

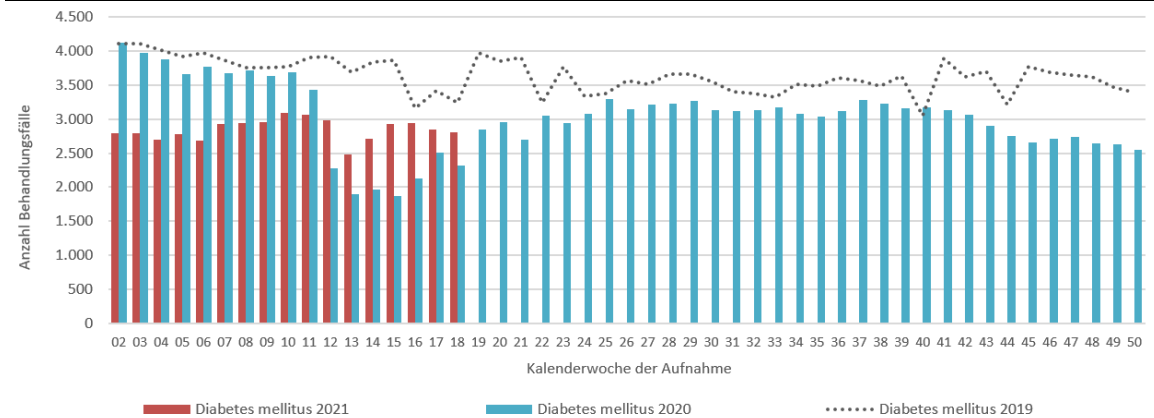


Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

Aber auch bei Behandlungen mit den Hauptdiagnosen Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck waren 2021 im Vergleich zu 2020 noch einmal deutliche Fallzahlrückgänge zu beobachten; für den 2-Jahreszeitraum 2021 im Vergleich zu 2019 ergeben sich damit insbesondere bei Diabetes mellitus mit -25% und Bluthochdruck mit -26% überdurchschnittliche Fallzahlrückgänge, die auch nicht mit einem geänderten Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung zu erklären sind. Das deutet darauf hin, dass der Fallzahlrückgang auf ein geändertes Inanspruchnahmeverhalten zurückzuführen ist. Schaubild 12 zeigt für den Diabetes mellitus, dass sich – nach einem sehr starken Rückgang während der ersten Welle – inzwischen ein neuer „Normalwert“ der wöchentlichen Aufnahmen beobachten lässt. Inwieweit sich dieses Niveau auch nach der Pandemie verstetigt, muss anhand der nachfolgenden Datenlieferungen weiter untersucht werden.

Schaubild 12

**Anzahl Behandlungsfälle mit Diabetes mellitus nach KW der Aufnahme  
2020 und 2021 (bis KW 18) vs. 2019**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.



## I.9 Vermutetes ambulantes Potenzial

Wie im vorangegangenen Projektbericht vom 30.04.2021 (Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020) wurden auch hier mögliche Fallzahlveränderungen 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.

Tabelle 13

### DRGs mit hohem Anteil an vermutetem ambulantes Potenzial: Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
<b>Operative Eingriffe</b>						
<b>C08B Extrakapsuläre Extraduktion der Linse insgesamt</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	20 414	14 069	13 225	-6 345 (-31%)	-844 (-6%)	-7 189 (-35%)
Anzahl Fälle mit VD>1	9 057	6 572	6 212	-2 485 (-27%)	-360 (-5%)	-2 845 (-31%)
<b>D13B Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	7 081	4 380	2 628	-2 701 (-38%)	-1 679 (-38%)	-4 453 (-63%)
Anzahl Fälle mit VD>1	4 889	3 976	2 541	-913 (-19%)	-1 435 (-36%)	-2 348 (-48%)
<b>D38Z Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	4 799	2 374	3 045	-2 425 (-51%)	671 (+28%)	-1 754 (-37%)
Anzahl Fälle mit VD>1	15 034	10 408	12 143	-4 626 (-31%)	1 735 (+17%)	-2 891 (-19%)
<b>F39B Unterbindung und Stripping von Venen</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	16 008	10 579	8 007	-5 429 (-34%)	-2 572 (-24%)	-8 001 (-50%)
Anzahl Fälle mit VD>1	5 899	4 403	3 169	-1 496 (-25%)	-1 234 (-28%)	-2 730 (-46%)
<b>G26B Andere Eingriffe am Anus</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	19 550	12 321	14 398	-7 229 (-37%)	2 077 (+17%)	-5 152 (-26%)
Anzahl Fälle mit VD>1	16 159	15 781	14 147	-378 (-2%)	-1 634 (-10%)	-2 012 (-12%)
<b>J09B Eingriffe bei Sinus pilonidalis</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	5 608	4 222	4 154	-1 386 (-25%)	-68 (-2%)	-1 454 (-26%)
Anzahl Fälle mit VD>1	3 677	3 183	2 943	-494 (-13%)	-240 (-8%)	-734 (-20%)
<b>I18B Wenig komplexe Eingriffe an Knie, Ellenbogen und Unterarm</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	10 109	6 731	7 072	-3 378 (-33%)	341 (+5%)	-3 037 (-30%)
Anzahl Fälle mit VD>1	6 147	5 272	5 487	-875 (-14%)	215 (+4%)	-660 (-11%)
<b>Diagnostik</b>						
<b>F49G Invasive kardiologische Diagnostik</b>						
Anzahl Fälle mit VD=1	31 612	22 439	21 855	-9 173 (-29%)	-584 (-3%)	-9 757 (-31%)
Anzahl Fälle mit VD>1	42 907	36 460	35 852	-6 447 (-15%)	-588 (-2%)	-7 055 (-16%)

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: VD: Verweildauer.

In Tabelle 13 sind die Fallzahlveränderungen jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche ausgewiesen. Bei allen untersuchten DRGs zeigen sich deutliche Fallzahlrückgänge in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum im Jahr 2019. Diese Rückgänge sind bei Behandlungsfällen mit einer Verweildauer von einem Tag stärker ausgeprägt als bei Behandlungsfällen mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag. Der größte Fallzahlrückgang zeigt sich in der DRG D13B (Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals): Hier wurden im Jahr 2021 63% weniger Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag behandelt als im Jahr 2019.

Gegen die Hypothese, dass die Rückgänge im Jahr 2020 auch auf die Anfang 2020 in Kraft getretene Änderung des § 275c Abs. 3 SGB V und die damit eingeführten (später ausgesetzten) Abschlagszahlungen bei geminderten Abrechnungsbeträgen von mindestens 300 Euro zurückzuführen

ren sein könnten,<sup>5</sup> spricht der klare zeitliche Zusammenhang des Fallzahlrückgangs mit dem Beginn der ersten Welle. Dies zeigt beispielhaft Schaubild 13 für die vier fallzahlstärksten betrachteten DRGs.

Schaubild 13

**Anzahl Behandlungsfälle mit den vier häufigsten DRGs mit hohem vermutetem ambulanten Potenzial nach KW der Aufnahme 2020 und 2021 vs. 2019 (jeweils bis KW 18)**



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten.

<sup>5</sup> Zum 01.01.2020 ist das MDK-Reformgesetz in Kraft getreten. Dieses sieht vor, dass Krankenhäuser bei beanstandeten Rechnungen neben dem Differenzbetrag zusätzliche Aufschläge in Höhe von 10% des geminderten Rechnungsbetrages, mindestens jedoch 300 Euro, an die Krankenkassen zahlen müssen (§ 275c Abs. 3 SGB V). Möglicherweise hat dies die Anreize zur ambulanten Erbringung bestimmter Leistungen (nämlich derjenigen, bei denen 300 Euro prozentual deutlich mehr als 10% der Vergütung ausmachen) erhöht. Mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz (in Kraft seit Ende März 2020) wurden die Aufschlagszahlungen für die Jahre 2020 und 2021 jedoch ausgesetzt.

## I.10 Fazit

Im betrachteten Zeitraum Januar bis Mai 2021 gab es einen weiteren Rückgang der stationären Fallzahlen. Bei den nach DRG abgerechneten Fällen waren dies -5% ggü. 2020 und -20% ggü. 2019 (bei den Verweildauertagen -6% bzw. -20%). Die Bettenauslastung betrug noch 63,9% und lag damit deutlich unter den Vorjahreszeiträumen (2019: 76,6%; 2020: 67,1%). Hierbei war ein deutlicher Effekt nach Krankenhausgröße zu beobachten: so betrug die Bettenauslastung in den kleinen Krankenhäusern noch 60,0% (2019: 73,8%; 2020: 63,4%), in den mittleren 62,6% (2019: 76,2%; 2020: 66,9%) und in den größeren 67,6% (2019: 79,1%; 2020: 70,6%).

Dies berücksichtigt die Versorgung der COVID-19-Patienten, deren stationäre Versorgung 2021 mehr Kapazitäten als 2020 beansprucht hat. Unter Berücksichtigung der ca. 33 000 Überlieger von 2020 nach 2021 nahm im Zeitraum Januar bis Mai 2021 die stationäre Versorgung der rund 228 000 stationär behandelten COVID-19-Patienten rund 8% der Verweildauertage bzw. 5% der verfügbaren Bettentage in Anspruch. Auf den Intensivstationen betrugen die entsprechenden Werte rund 17% bzw. 13%, d.h. jedes sechste belegte intensivmedizinische Bett (und jedes achte vorhandene intensivmedizinische Bett) wurde im Schnitt zur COVID-19-Versorgung genutzt.

Der Fallzahlrückgang variierte für die betrachteten Indikationen sehr breit um den Schnitt von -20%: Auf der einen Seite gab es fast unveränderte Fallzahlen bei akuten Anlässen wie Geburt (+4%), Hüftgelenknahe Fraktur (-2%) und transmuralen Herzinfarkt (-3%) sowie Resektionen der Brust, Bauchspeicheldrüse oder Speiseröhre bei Krebs (-3% bis -6%), auf der anderen Seite gab es deutlich überdurchschnittliche Fallzahlrückgänge bei ambulant-sensitiven Indikationen wie Diabetes (-25%) oder Bluthochdruck (-26%)<sup>6</sup>, ambulantisierbaren Operationen mit Verweildauer von einem Tag (zwischen -26% und -63%) und stationären Fällen ohne Einweisung bei Kindern (-39%). Der Rückgang bei elektiven Operationen lag etwa im Mittel des Fallzahlrückgangs (bei der Hüftgelenks-Implantationen etwa -20%).

Damit festigt sich die Beobachtung für die Fallzahlen im Jahr 2020, dass bei praktisch allen Diagnose(gruppen), bei denen die vorliegenden Routinedaten 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 bleibender 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.

---

<sup>6</sup> Bei den ebenfalls ambulant-sensitiven Indikationen COPD und Asthma dürften die wesentlich größeren Fallzahlrückgänge um über die Hälfte (-54% bzw. -56%) auch, ggf. sogar überwiegend, auf die durch die Anti-Corona-Maßnahmen erreichten Exazerbationen zurückzuführen 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 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 des Jahres 2020 wurde die Höhe der Ausgleichszahlungen und die Anspruchsberechtigung verändert, sodass es drei 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).<sup>7</sup> 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.** Ab dem 18. November 2020 bis zum 15. Juni 2021 wurden Ausgleichszahlungen ausschließlich an somatische Krankenhäuser ausgezahlt, wenn bestimmte krankenspezifische und lokale Voraussetzungen zum Infektionsgeschehen 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 der Höhe der gestaffelten Pauschale (Regime 2) orientiert.

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 2021<sup>8</sup> zu entnehmen.

---

<sup>7</sup> Der Ausgleich wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.

<sup>8</sup> Der Report wurde am 16. Juni 2021 veröffentlicht.

Es werden Daten des InEK aus zwei Datenlieferungen ausgewertet, die als Beobachtungszeitraum einmal die Jahre 2019 und 2020 sowie die Jahre 2019 bis 2021 jeweils für den Zeitraum 01. Januar bis 31. Mai umfassen.<sup>9</sup> 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 Krankensebene bereitgestellt wurden. Wir nutzen ganzjährige Daten für das Jahr 2019 sowie unterjährige Daten von Januar bis Mai aus den Jahren 2019 sowie 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 Entgelte) vorlagen oder (ii) weniger als 10 Betten vorhalten, hierunter fallen Tageskliniken und kleine Spezialkliniken (bspw. Augenkliniken), wurden entfernt. Anschließend wurden die Kennzahlen für Betten und Entgelte auf Plausibilität geprüft – zum Beispiel durch einen Vergleich mit den Werten aus den anderen Datenjahren. In den Fällen, in denen diese Kennzahlen in einem Jahr unplausible Werte aufwiesen, wurden sie imputiert, das heißt manuell gemäß der Vor- bzw. Folgejahreswerte angepasst.

Die Preissteigerungen bei den Entgelten je Fall von 2019 auf 2021 bleiben bei diesem Vorgehen unberücksichtigt. Die Entgelte 2020 und 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%<sup>10</sup>.

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,

<sup>9</sup> Mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBI. 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.

<sup>10</sup> Diese Preissteigerung entspricht dem Durchschnitt der Änderungsrate der Landesbasisfallwerte (LBFW) über alle Länder von 2019 auf 2020 und der entsprechenden Annahme von 2020 auf 2021.

erstmalig 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.“ Insgesamt belaufen sich die Ausgleichszahlungen für den Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Mai 2021 auf 4,281 Mrd. Euro.<sup>11</sup> Auf das Jahr 2019 deflationiert, entspricht dies einem Wert von 4,045 Mrd. Euro.

Um das relevante Volumen der Ausgleichszahlungen zu bestimmen, nutzen wir die Mitteilung des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zum 08. Oktober 2021<sup>12</sup>, 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. Dies ist nötig, weil der Betrachtungszeitraum der InEK-Daten von dem des BAS abweicht (01. Januar 2021 bis 31. Mai 2021 versus 18.11.2020 bis 15.06.2021).

Für diese Adjustierung nutzen wir die vorliegenden InEK-Daten aus der bereinigten wochenbezogenen Ganzjahreslieferung 2020 für den Zeitraum vom 18. November bis 31. Dezember 2020 sowie die Daten aus der bereinigten wochenbezogenen unterjährigen Lieferung für den Zeitraum 01. Januar bis 15. Mai 2021. 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 und Ostern entfernt, sodass bspw. KW 1 und KW 9 vollständig fehlen. Dies verbessert die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren und die Adjustierung. Diese Unterschiede sind der Grund für die Diskrepanz von 43% zwischen den ausgewiesenen Belegungstagen auf Krankenhausebene in Tabelle 14 und den Belegungstagen in Tabelle 15 sowie den entsprechenden Fehltagen.

Für die Adjustierung des Volumens der Ausgleichszahlungen auf den InEK-Zeitraum haben wir die letzten 16 Tage im Mai der unterjährigen Lieferung entfernt, weil zum 31. Mai noch keine vollständigen Statistiken über die letzten zwei Mai-Wochen vorlagen. Im Vergleich zu den vorliegenden Ganzjahresdaten aus dem Jahr 2019 käme es sonst zu einer Überschätzung der Fehltagelast in der zweiten Mai-Hälfte. Wir ersetzen diese letzten 16 Tage im Mai sowie die zusätzlichen ersten 15 Tage im Juni des BAS-Zeitraums durch eine Fortschreibung der Werte aus 2019. Wir beobachten in den KW 1-20 des Jahres 2021 gegenüber 2019 eine durchschnittliche Fehltagelast von 21%. Wir nehmen an, dass sie auch in den letzten 16 Tagen im Mai 2021 auftritt, und ersetzen für diesen Zeitraum die hohe beobachtete Fehltagelast

---

<sup>11</sup> Wir verteilen die für den Zeitraum vom 18.11.2020 bis zum 27.09.2021 vom BAS gemeldeten Ausgleichspauschalen in Höhe von 5.636 Mio. Euro auf den Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.05.2021 im Verhältnis zu den „fehlenden“ Belegungstagen in Bezug auf den gleichen Zeitraum zwei Jahre zuvor.

<sup>12</sup> <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/> (abgerufen am 11.10.2021).

von 74% durch die durchschnittliche Fehlbelastung von 21%. Wie oben erwähnt, wird die hohe beobachtete Fehlbelastung darauf zurückzuführen sein, dass zum Stichtag 31. Mai (i) noch nicht alle in dem Zeitraum behandelten Patienten entlassen waren und (ii) auch noch nicht alle abgeschlossenen Krankenhausfälle vorlagen. Tabelle 14 stellt die Umrechnung der vom BAS gemeldeten Ausgleichszahlungen auf den InEK-Zeitraum überblicksartig dar.

Tabelle 14

Umrechnung der vom BAS gemeldeten Ausgleichszahlungen auf den InEK-Zeitraum

	BAS	InEK
Zeitraum Beginn	18.11.2020	01.01.2021
Zeitraum Ende	15.06.2021	31.05.2021
Anzahl Tage	209	150
Belegungstage IST*	35.986.474	25.398.180
Belegungstage IST pro Tag	172.184	169.321
Belegungstage SOLL (Basis 2019)	45.220.296	32.320.695
Belegungstage SOLL pro Tag	216.365	215.471
Unterauslastung	20,4%	21,4%
<b>Fehlende Belegungstage</b>	<b>9.233.822</b>	<b>6.922.515</b>
<b>Fehlende Belegungstage mit Kappung**</b>		<b>7.014.345</b>
<b>Skalierungsfaktor auf InEK-Zeitraum</b>	<b>0,76</b>	
Ausgleichspauschale in Mio. €	5.636	4.281
Ausgleichspauschale in Mio. € (deflationiert auf 2019)***		4.045

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkungen: Belegungstage gemäß der Datei FAB des §21-Datensatzes. \* Ersetzen der letzten 16 Tage im Mai 2021 und der ersten 15 Tage im Juni 2021 wie im Text beschrieben. \*\* 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 KH-Ebene haben wir daher gekappt. Siehe auch Text weiter unten. \*\*\* 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
- „**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 in Bezug 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. Mai 2021.

### II.3 Analysen: Deskriptive Ergebnisse zum Leistungsgeschehen

Schaubild 1 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten<sup>13</sup> für die Kalenderwochen 2 bis 18 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 20,9 %**, was einer Größenordnung von rund 1,1 Mio. entspricht. Die Differenz zwischen den Jahren ist zu Beginn der Jahre relativ konstant, wobei die größte Diskrepanz (rund 90 Tsd. Patienten) in Kalenderwoche 6 erreicht wird. Ab der 14. Kalenderwoche sinkt der Unterschied deutlich.

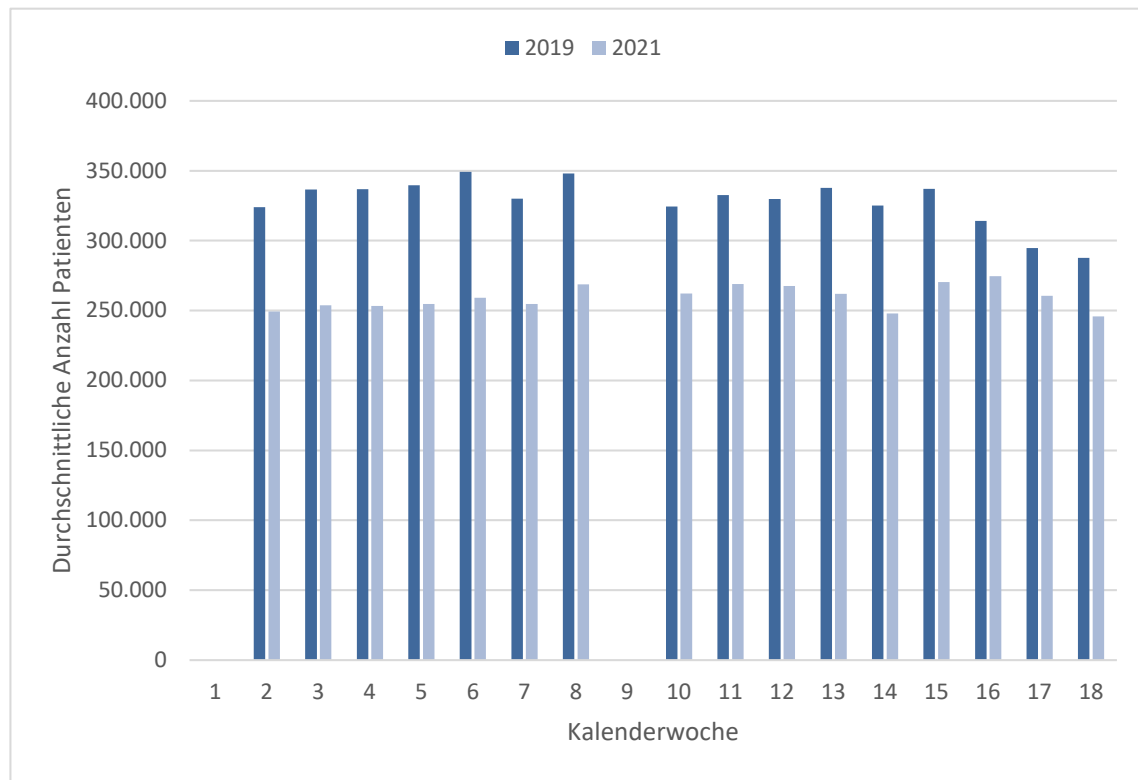
---

<sup>13</sup> Bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen, wie beispielsweise Ostern.



Schaubild 1

**Durchschnittliche Anzahl stationärer Patienten nach Jahren und Kalenderwochen**



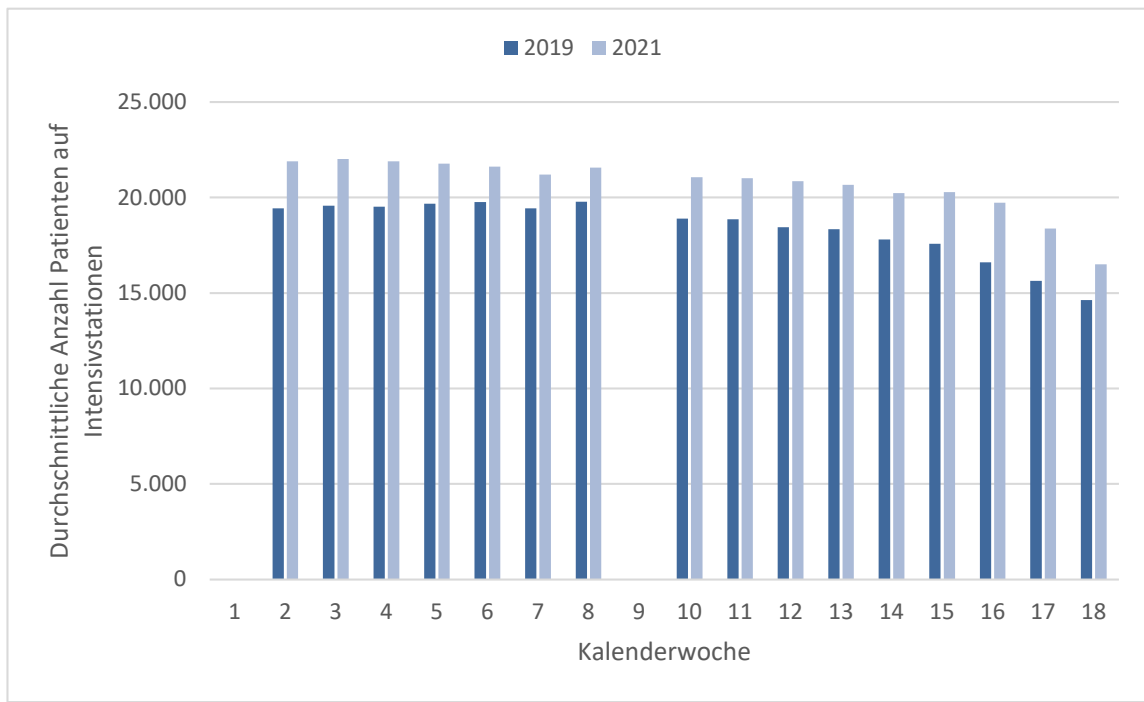
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl voll- und teilstationärer Patienten gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1 und 19 bis 22 wurden nicht betrachtet, um Unterzeichnungen durch die Länge der Woche 1 sowie Unterfassungen bei noch nicht entlassenen Patienten zu vermeiden. Aufgrund der Bereinigung um Feiertage liegen für Kalenderwoche 9 keine Daten vor.

Schaubild 2 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Patienten<sup>14</sup> auf Intensivstation für die Kalenderwochen 2 bis 18 für die Jahre 2019 bis 2021 in somatischen sowie psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Zwischen den beiden Jahren beobachten wir einen **Anstieg der Patientenzahl von 12,5 %**, was einer Größenordnung von rund 37 Tsd. Patienten entspricht.

<sup>14</sup> Ebenfalls bereinigt um die Auswirkungen von Feiertagen.

Schaubild 2

## Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation nach Jahren und Kalenderwoche



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Durchschnittliche Anzahl Patienten auf Intensivstation gemäß Definition InEK, basierend auf Daten nach § 21 KHEntgG. Kalenderwoche 1 und 19 bis 22 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 15 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 01. Januar bis 31. Mai zusammen. Unsere Datengrundlage umfasst pro Jahr **1 367 Krankenhäuser**. Die Zahl der behandelten Fälle und Belegungstage ging zwischen den beiden betrachteten Jahren zurück. Neben den Belegungstagen weisen wir auch die kalkulierten Fehltagelängen gegenüber 2019 aus. Diese weichen aus dem oben beschriebenen Grund von der Differenz der Belegungstage ab, da sie auf Basis der Fehlbelastung auf individueller Krankensebene berechnet worden sind. Die im Jahr 2021 berechneten Fehltagelängen belaufen sich auf rund 9,9 bzw. 10,0 Mio. Der durchschnittliche CMI ist zwischen den Jahren 2019 und 2021 um +8,6% gestiegen und das Casemixvolumen um 12,6% gesunken. Die Verweildauer ist bei den DRG-Krankenhäusern leicht gestiegen.

Die Ausgleichszahlungen belaufen sich für den Zeitraum 01. Januar bis 31. Mai 2021 auf 4,045 Mrd. Euro. Wir beobachten eine **Bruttoerlösänderung von +0,8%**, und eine **Nettoerlössteigerung von +2,7%** gegenüber dem entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019. Da ab dem 16. Juni 2021 Ausgleichszahlungen komplett eingestellt wurden, erwarten wir bei einer gleichbleibend niedrigen Leistungsmenge **bis Ende 2021 eine negative Erlösentwicklung auf Ganzjahresebene**. Hinzu kommt jedoch noch der Ganzjahresbudgetausgleich, der die negative Erlösentwicklung auf Ganzjahresebene abmildern sollte. 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 sowie Zusatzentgelten. All dies kann aufgrund fehlender Daten in diesem Gutachten jedoch nicht abgebildet werden.

Tabelle 15

**Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser und der durchschnittlichen Erlöse**

Somatische Krankenhäuser, 2019 und 2021 jeweils 01.01. bis 31.05.

Somatische Krankenhäuser	2019	2021	Änderung	In %
<b>Leistungsdaten</b>				
Fallzahl	7.988.014	6.425.744	-1.562.270	-19,6%
Belegungstage	54.659.364	44.754.601	-9.904.763	-18,1%
Fehltage (KH-Ebene, Kappung)			-10.036.154	
Casemix	6.867.560	6.001.468	-866.092	-12,6%
VWD	6,84	6,96	0,12	1,8%
CMI	0,860	0,934	0,074	8,6%
<b>Finanzdaten auf Preisniveau 2019</b>				
Entgeltsumme in Mio. €	30.742	26.955	-3.786	-12,3%
Mittlerer Entgeltbetrag in €/Fall	3.848	4.195	346	9,0%
Variable Sachkosten in Mio. €, Annahme: 15%			-568	
<b>Erlösänderungen</b>				
Ausgleichszahlungen in Mio. €	0	4.045	4.045	
Erlöse (brutto*) in Mio €	30.742	31.001	259	<b>0,8%</b>
Erlöse (netto*) in Mio €	30.742	31.569	827	<b>2,7%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: \* brutto = ohne Änderung variabler Sachkosten, netto = mit Änderung variabler Sachkosten, Kappung = für Krankenhäuser mit einer in den Daten beobachteten Leistungssteigerung im Jahr 2021 wird die erhaltene Ausgleichszahlung auf null gesetzt. Deflationierung mit Änderungsraten der LBFW von 3,4% (2019-2020) und 2,4% (2020-2021).

Tabelle 16 stellt die relevanten Kennzahlen, für die in unserer Analyse betrachteten psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhäuser sowie die Auswirkung auf die Erlössituation für die Jahre 2019 und 2021 im Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Mai dar. Pro Jahr umfasst unsere Analyse hier **503 Häuser**. Die Zahl der behandelten Fälle sank um -13,1% und die Zahl der Belegungstage um -14,7%. Die berechneten Fehltage belaufen sich auf rund 1,8 bzw. 1,9 Mio. Es zeigt sich ein Anstieg im DMI von +1,9%, während das Daymixvolumen um -13,1% zurückgegangen ist. Die Verweildauer ist leicht gesunken.

Im PSY-Bereich wurden im Jahr 2021 keine Ausgleichszahlungen mehr gewährt. Da hier 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 **-15,7%**. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass dem im Jahr 2020 ein Erlöszuwachs von 10,6% bis 10,8% voranging. Eine finale Beurteilung dieses Sachverhalts sollte jedoch erst bei Vorliegen einer Analyse für das gesamte Jahr 2021 erfolgen.

Tabelle 16

### Änderungsraten von Kennzahlen der Krankenhäuser und der durchschnittlichen Erlöse

Psychosomatische und psychiatrische Krankenhäuser, 2019 und 2021 jeweils 01.01. bis 31.05.

Psychiatrische Krankenhäuser	2019	2021	Änderung	In %
<b>Leistungsdaten</b>				
Fallzahl	413.734	359.383	-54.351	-13,1%
Belegungstage	11.985.703	10.227.267	-1.758.436	-14,7%
Fehltage (KH-Ebene)			-1.259.051	
Daymix	11.965.654	10.404.078	-1.561.576	-13,1%
VWD	28,97	28,46	-0,51	-1,8%
DMI	0,998	1,017	0,019	1,9%
<b>Finanzdaten auf Preisniveau 2019</b>				
Entgeltsumme in Mio. €	3.338	2.814	-524	-15,7%
Mittlerer Entgeltbetrag in €/Fall	8.067	7.830	-237	-2,9%
Ausgleichszahlungen in Mio. €	0	0	0	
Erlöse in Mio €	3.338	2.814	-524	<b>-15,7%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: Kappung = für Krankenhäuser mit einer in den Daten beobachteten Leistungssteigerung im Jahr 2021 wird die erhaltene Ausgleichszahlung auf null gesetzt. Deflationierung mit Änderungsraten der LBFW von 3,4% (2019-2020) und 2,4% (2020-2021).

## Anhang

### Methodik

Um das akutstationäre Leistungs- und Versorgungsgeschehen auf der Grundlage der Krankenhausabrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntgG bzw. § 24 KHG detailliert zu beschreiben, wurden in Anlehnung an die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)<sup>15</sup> Falldefinitionen für relevante Behandlungen spezifiziert (Tabelle A 1). Die Auswertung der Daten gemäß diesen Falldefinitionen wurde vom InEK durchgeführt und erstreckte sich auf die erste unterjährige Datenlieferung des Jahres 2021 (Behandlungsfälle, die im Zeitraum vom 01.01. bis zum 31.05.2021 entlassen wurden) sowie die Ganzjahresdaten der Jahre 2019 und 2020. Ergänzende Zahlen, wie beispielsweise die Anteile der Behandlungsfälle mit Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wurden anhand von Datenabrufen über den InEK DatenBrowser generiert. Zu beachten ist, dass die in diesem Bericht ausgewiesenen Zahlen für das Jahr 2020 von denen im vorangegangenen Projektbericht vom 30.04.2021 (Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020) abweichen können, da diese auf den Daten der dritten unterjährigen Datenlieferung beruhten. Im vorliegenden Bericht wurden für das Jahr 2020 die Ganzjahresdaten verwendet, in denen nachträgliche Kodierungen und Rechnungskorrekturen berücksichtigt sind.

Die jeweiligen Fallzahlen wurden nach der Kalenderwoche (KW) des Aufnahmedatums stratifiziert und können als aufgenommene Patienten im Zeitraum einer Kalenderwoche interpretiert werden. Um die Behandlungsfallzahlen der Jahre 2019, 2020 und 2021 zu vergleichen, wurden diese jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. KW gegenübergestellt. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da die 1. KW in den betrachteten Jahren jeweils unterschiedlich lang ist und die Fallzahlen der unterjährigen Datenlieferung des Jahres 2021 aufgrund zum Zeitpunkt der Datenlieferung noch nicht entlassener und damit nicht erfasster Fälle ab der 19. KW zunehmend unvollständig sind.

---

<sup>15</sup>Nimptsch 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
<b>Altersgruppen</b>	
Alter <19 Jahre	Alter <=19
Alter 20 bis 64 Jahre	Alter >=20 & Alter <=64 Jahre
Alter ab 65 Jahre	Alter >=65 Jahre
<b>Behandlungen akuter Atemwegserkrankungen und</b>	
Lungenentzündung mit SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND in: (U071)
Lungenentzündung ohne SARS-COV-2 Erregernachweis	HD in: (A481 J100 J110 J12 J13 J14 J15 J16 J17 J18) & ND not in: (U071)
Akute Atemwegserkrankungen mit SARS-COV-2 Erregernachweis	(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 SARS-COV-2 Erregernachweis	(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)
SARS-COV-2 Erregernachweis	ND in: (U071)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Beatmung	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f) & Beatmungsstunden > 6
SARS-COV-2 Erregernachweis mit ECMO	ND in: (U071) & OPS in: (8852)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Erwachsene)	ND in: (U071) & OPS in: (8980 898f)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (Kinder)	ND in: (U071) & OPS in: (8-98d) & OPS not in: (8-980 8-98f)
SARS-COV-2 Erregernachweis mit Behandlung auf Intensivstation ohne Komplexbehandlung	ND in: (U071) & Intensivmarkierung aus der Datei FAB des §-21-Datensatzes & OPS not in: (8980 898d 898f)
<b>Nicht planbare Behandlungen</b>	
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)
Hirninfarkt	HD in: (I63)
Transitorisch-ischämische Attacke	HD in: (G45)
Transitorisch-ischämische Attacke mit Stroke-Unit Behandlung	HD in: (G45) & OPS in: (8-981 8-98b)
Hüftgelenknahe Fraktur	HD in: (S720 S721) & Alter >19
Entbindung	(HD in: (Z37)   ND in: (Z37)   OPS in: (5720 5724 5725 5727 5728 5729 5730 5731 57322 57323 57324 57325 5732y 5733 5738 5739 5740 5741 5742 5745 5749 8515 9260 9261 9268)) & Alter >7 & Alter <59 & sex = female
Notfallbehandlung bei Kindern	Alter <=14 & Aufnahmearbeit = N

noch: Tabelle A 1

Gruppe	Definition
<b>Planbare Operationen bei bösartiger Neubildung</b>	
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)
<b>Typische planbare Operationen</b>	
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
<b>Ambulant-sensitive Behandlungen</b>	
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
<b>Vermutetes ambulantes Potenzial</b>	
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.