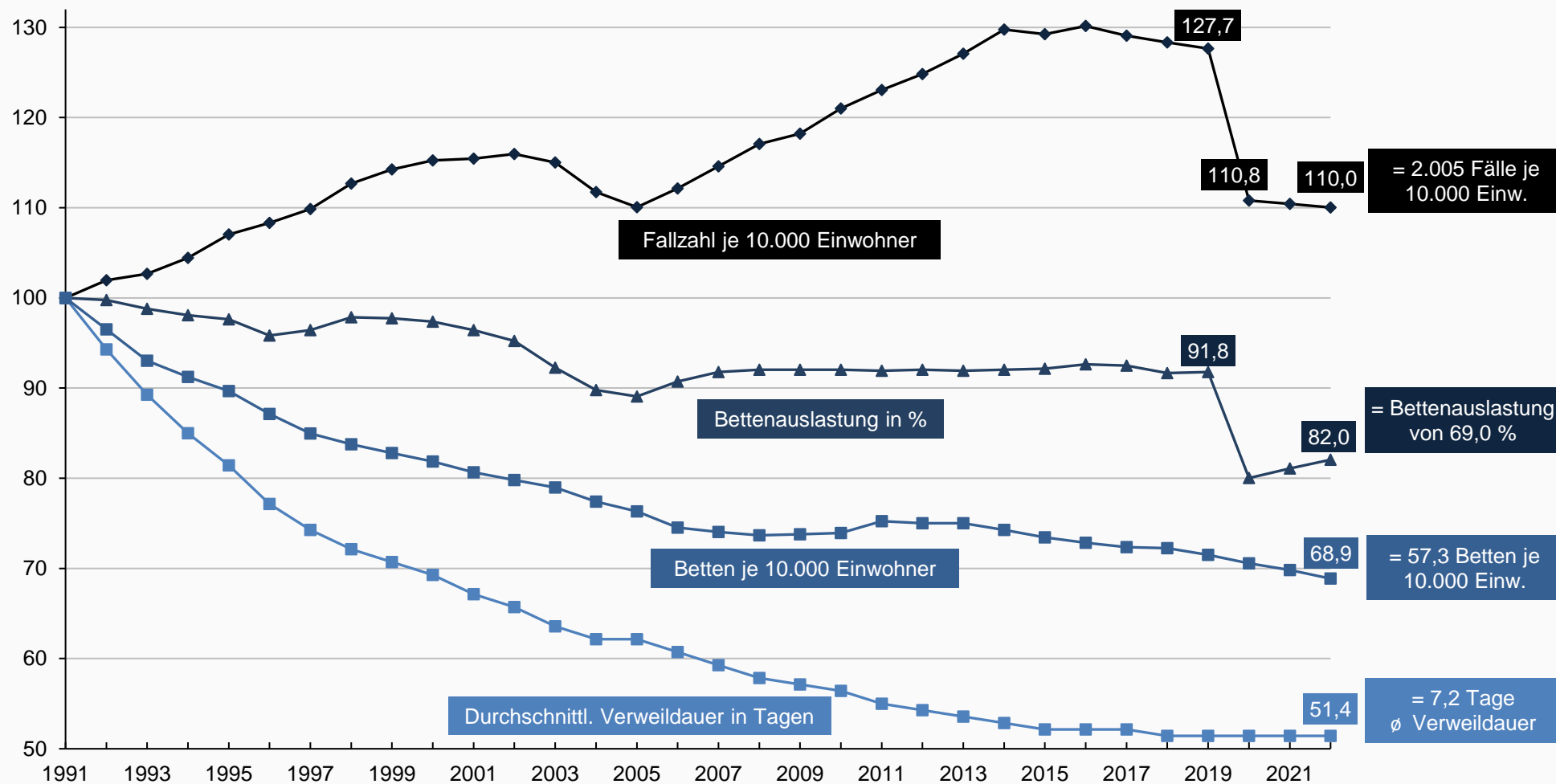


Entwicklung der Krankenhausversorgung 1991 - 2022

Indexdarstellung (1991 = 100)



= 2.005 Fälle je 10.000 Einw.

= Bettenauslastung von 69,0 %

= 57,3 Betten je 10.000 Einw.

= 7,2 Tage ø Verweildauer

Quelle: Statistisches Bundesamt (zuletzt 2023): Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (bis 2021); Statistischer Bericht: Grunddaten der Krankenhäuser

Entwicklung der Krankenhausversorgung 1991 - 2022

Die Grafik stellt die Entwicklung der Eckdaten der Krankenhausversorgung zwischen 1991 und 2022 als Indexverlauf dar. Die Ausgangswerte werden dabei auf 100 gesetzt, so dass sich erkennen lässt, um welchen Prozentsatz sich beispielsweise die Krankenhaufälle in dem zurückliegenden Zeitraum von 30 Jahren verändert haben. Ein Anstieg auf 110,4 signalisiert demnach eine Erhöhung um 10,4 %.

Im Jahr 2019 wurden rund 19,4 Mio. Krankenhaufälle registriert. Dies entspricht 2.327 Fälle je 10.000 Einwohner; gegenüber 1.822 Fälle je 10.000 Einwohner im Jahr 1991. Trotz dieser Erhöhung von Fallzahlen und Fallquoten hat sich die Zahl der Krankenhausbetten verringert – von 666 Tausend auf 494 Tausend. Je 10.000 Einwohner werden 2019 noch 59,5 Betten bereitgehalten – gegenüber 83,2 Betten im Jahr 1991. Dies entspricht einem Rückgang von 28,5 %.

Die gegenläufigen Trends von Fallquoten und Bettenquoten lassen sich durch die stark sinkende Verweildauer erklären. Die durchschnittliche Verweildauer je Fall liegt im Jahr 2019 nur noch bei 7,2 Tagen – gegenüber 14 Tagen im Jahr 1991. Dies ist gleichbedeutend mit einem Rückgang von knapp 50 %. Die sinkende Verweildauer ist zu einem Teil Folge neuer diagnostischer, therapeutischer und operativer Verfahren. Von grundlegender Bedeutung für den Entwicklungstrend in der Krankenhausversorgung sind darüber hinaus die Veränderungen in der Krankenhausfinanzierung durch die Einführung von Fallpauschalen, deren Höhe unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten ist. Da allein der Fall honoriert wird, gibt es einen starken ökonomischen Anreiz, die Pflegetage zu begrenzen.

2020 kennzeichnete den Beginn der Corona-Pandemie und damit einhergehend massive Auswirkungen auf die Fallzahlen und der Bettenauslastung. Während 2019 noch 19,4 Mio. Krankenhaufälle gezählt wurden, reduzierte sich dies in den von Covid-19 geprägten Jahren 2020 und 2021 auf etwa 16,8 Mio. (2020) bzw. 16,7 Mio. (2021). Im Verhältnis zur Bevölkerung sank die Fallzahl von 2.327 Fällen je 10.000 Einwohner auf 2.012 Fälle je 10.000 Einwohner im Jahr 2021. Die entspricht einem Rückgang von knapp 13%. Im Zusammenhang dazu sank auch die Bettenauslastung von 2019 auf 2021 um knapp 9 Prozentpunkte auf 68,2 %. Diese Entwicklung bleibt auch 2022 weiterhin bestehen. Die Fallzahl ist auf 2005 Fälle je 10.000 Einwohner weiter gesunken. Lediglich die Bettenauslastung verzeichnete 2022 einen geringfügigen Anstieg und betrug 69%. Die Gründe dafür sind vielfältig: Zum einen wurden während der Corona-Pandemie viele planbare Operationen verschoben. Zum anderen haben Krankenhäuser auf Grund der Corona-Bestimmungen ihre Stationen zum Teil nicht voll belegen dürfen. Insbesondere in psychiatrischen Einrichtungen wurden viele Stationen verkleinert oder sogar ganz geschlossen. Des Weiteren haben viele Vorsorge- und Routine Untersuchungen während der Pandemie nicht stattgefunden, sodass mitunter Erkrankungen nicht entdeckt wurden und so ein Krankenhausaufenthalt nicht stattgefunden hat.

Auf die Anzahl der Betten oder die durchschnittliche Verweildauer hatte die Corona-Pandemie keinen nennenswerten Einfluss.

Hintergrund

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

Krankenhäuser sind heute große Dienstleistungsunternehmen mit zumeist mehreren hundert Beschäftigten und Millionenumsätzen. Im Gesundheitswesen kommt ihnen eine zentrale Funktion zu, ca. ein Viertel der Gesundheitsausgaben entfallen pro Jahr auf den Krankenhausesektor, von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen die Krankenhäuser ca. ein Drittel der Leistungsausgaben (vgl. im Überblick [Tabelle VI.16](#)). Krankenhäuser arbeiten sehr personalintensiv, etwa 1,4 Mio. Personen (umgerechnet in Vollzeitäquivalente 965 Tausend) sind hier beschäftigt (vgl. [Abbildung VI.34](#) und [Abbildung VI.32c](#)). Entsprechend machen die Personalkosten einen großen Teil der Gesamtkosten der Einrichtungen aus.

Der Rückgang von Bettenzahlen und Bettenquoten (je 10.000 Einwohner) wird begleitet durch einen Konzentrations- und Privatisierungstrend bei den Einrichtungen. Die Zahl der Krankenhäuser ist zwischen 1992 und 2022 um 488 gesunken (von 2.381 auf 1.893), das entspricht einem Rückgang von 20,5 %. Zunehmend gewinnen dabei privatwirtschaftliche Einrichtungen an Gewicht. Im Jahr 2022 wurden mehr als ein Drittel (39,9 %) der Häuser privatwirtschaftlich betrieben (1992 nur 15,5 %), dies entspricht einem Bettenanteil von 20,4 % (vgl. [Abbildung VI32b](#)).

Angesichts des demografischen Wandels (Zunahme von Zahl und Anteil der älteren Menschen, insbesondere der Hochaltrigen), der Umbrüche in den Lebensformen (Zunahme von Ein-Personen-Haushalten) und der Veränderungen im Krankheitsspektrum ist davon auszugehen, dass die Krankenhausesfälle auch in Zukunft weiter steigen werden.

Ob und unter welchen Bedingungen ein weiterer Rückgang der Verweildauer gesundheitspolitisch erwünscht und ökonomisch sinnvoll ist, bedarf jedoch einer genauen Überprüfung. Das Risiko einer Fehlsteuerung hängt entscheidend von der Ausgestaltung und Höhe der Fallpauschalen ab. Kommt es allein oder vorrangig aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu einer vorzeitigen Entlassung, die aber medizinisch fragwürdig ist, kann eine solche Praxis im Endeffekt zu Mehrkosten führen. Denn den Einsparungen bei der stationären Versorgung sind die Mehrausgaben bei der ambulanten Behandlung und bei der häuslichen Krankenpflege gegenüberzustellen. Erhebliche Mehrausgaben können auch durch eine erneute Krankenhauseinweisung („Drehtüreffekt“) entstehen.

Methodische Hinweise

Die Daten entstammen der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes. Die Krankenhäuser übermitteln ihre Daten an die statistischen Ämter.

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden statistisch gesondert erfasst.