

Wiesbaden, 9. Dezember 2021

Pressekonferenz

„COVID-19: Sterbefälle, Todesursachen und Krankenhausbehandlungen in Zeiten der Pandemie – eine Analyse aus der amtlichen Statistik“

am 9. Dezember 2021 in Wiesbaden

Statement von Christoph Unger, Dr. Felix zur Nieden, Karin Böhm und Torsten Schelhase

– Es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Frage der Gefährlichkeit des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt den gesellschaftlichen Diskurs seit Beginn der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020. Nicht nur die Fragen, wie „tödlich“ das Virus ist und welche Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung gerechtfertigt sind, treiben die Menschen um. Auch die Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitssystem, insbesondere die Situation in den Krankenhäusern beschäftigen die Öffentlichkeit. Das Statistische Bundesamt will heute eine Analyse des Pandemieverlaufs im Hinblick auf das Sterbe geschehen in Deutschland und die Situation in den Krankenhäusern bieten. Wir blicken dazu auf die Entwicklung der Sterbefälle bis in den November 2021 sowie auf die Todesursachen des Jahres 2020 und auf das Geschehen in den Krankenhäusern im Jahr 2020. Klar ist: Wir stehen mitten in der vierten Welle der Corona-Pandemie. Heute vor zwei Wochen hat das Robert Koch-Institut (RKI) die erschütternde Zahl von 100 000 an COVID-19 verstorbenen Menschen in Deutschland verkündet. Es ist viel zu früh für eine Bilanz. Aber wir können aus der amtlichen Statistik einen faktenbasierten Überblick über gesundheitliche Folgen der Pandemie bieten.

Seite - 2 -

1. Die COVID-19-Todesfälle führten in allen vier Corona-Wellen zu einer Übersterblichkeit in Deutschland. Der Anstieg der Sterbefallzahlen ist nicht allein durch die Alterung der Bevölkerung erklärbar.

Nach den vorliegenden Sterbefallzahlen von März 2020 bis zum jetzigen Zeitpunkt sind in Deutschland insgesamt mehr Menschen verstorben, als unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wären. Diese Aussage lässt sich auch treffen, wenn nur das Kalenderjahr 2020 betrachtet wird. Auch im Kalenderjahr 2020 gab es mehr Tote, als durch die Alterung der Gesellschaft rechnerisch zu erwarten waren. Normalerweise geht die Sterblichkeit von Jahr zu Jahr zurück. Im Zuge der Corona-Krise ist die Sterblichkeit in Deutschland jedoch angestiegen.

Sterbefallzahlen unterliegen Schwankungen im Jahresverlauf, sie werden von saisonalen Einflüssen wie Grippewellen im Winter und Hitzewellen im Sommer geprägt. In diesen Phasen sterben für gewöhnlich mehr Menschen als im Rest des Jahres. Auch bei Sonderereignissen wie einer Pandemie ist es wichtig, den saisonalen Verlauf zu betrachten. Nur so lässt sich herausfinden, ob ein Sonderereignis die Sterblichkeit beeinflusst.

Zum Einfluss von Corona auf die Sterblichkeit in Deutschland ist Folgendes festzuhalten: Der Blick auf das Gesamtjahr 2020 ist nur bedingt hilfreich, um Schlussfolgerungen zu Auswirkungen der Pandemie auf das Sterbegeschehen zu ziehen, denn: Solche Auswirkungen zeigen sich erst ab März 2020, als erstmals Corona-Infektionen und COVID-19-Todesfälle in großer Zahl auftraten. In den vorhergehenden Wintermonaten gab es in Deutschland eine vergleichsweise milde Grippewelle. Dies sehen wir auch an den Krankenhausbehandlungen wegen Grippe, wie wir später noch zeigen werden. Die isolierte Betrachtung eines Kalenderjahres ist auch deshalb unzureichend, weil sich die zweite Corona-Welle auch auf den Jahresbeginn 2021 erstreckte. Die dritte Welle lag komplett im Jahr 2021 und aktuell befinden wir uns mitten in der vierten Welle.

Jahr 2020: 26 000 Sterbefälle können nicht auf eine alternde Gesellschaft zurückgeführt werden

Da es in der öffentlichen Diskussion immer wieder ein Thema ist betrachten wir trotzdem kurz die Sterblichkeit im Kalenderjahr 2020: Im Jahr 2020 sind in Deutschland rund 985 600 Menschen gestorben. Gegenüber 2019 sind die Sterbefallzahlen um 5 % oder 46 000 Fälle gestiegen. Allein aufgrund der Alterung wäre 2020 nur ein Anstieg der Sterbefallzahlen um etwa 2 % oder rund 20 000 Fälle zu erwarten gewesen. Das heißt im Umkehrschluss: Rund 26 000 Sterbefälle im Jahr 2020 können nicht auf eine alternde Gesellschaft zurückgeführt werden.

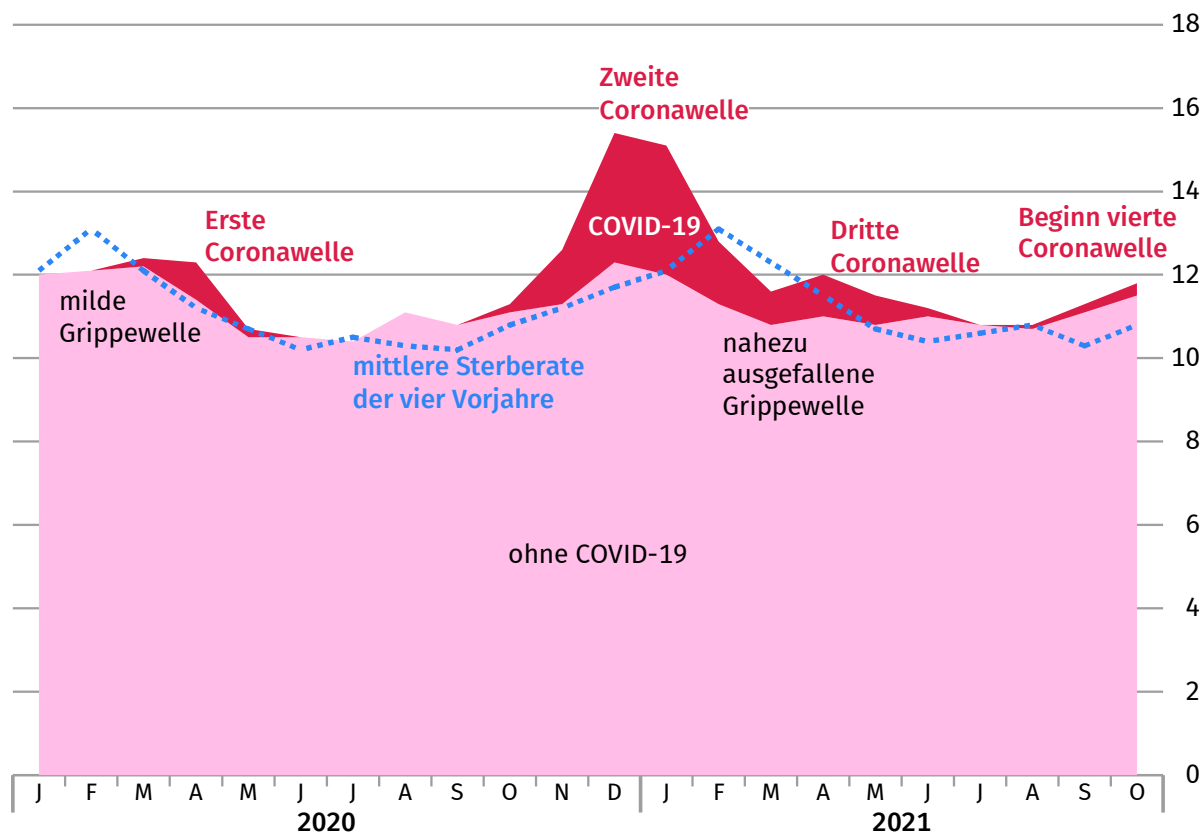
Weiten wir nun den Blick bis in das Jahr 2021 hinein: Vergleicht man die ersten zwölf Monate der Pandemie – also den Zeitraum von März 2020 bis Februar 2021 – mit den vorangegangenen zwölf Monaten, sind die Sterbefallzahlen um 7,5 % oder fast 71 000 Fälle gestiegen. Dieser Anstieg liegt noch deutlicher über dem alleine aufgrund der Alterung erwartbaren Plus von etwa 2 % bei der Betrachtung des Kalenderjahres 2020.

Seite - 3 -

Schaubild 1

Sterberate der Gesamtbevölkerung

nach Kalendermonat (normiert auf Kalenderjahre) je Tausend Einwohner



Quelle: Sonderauswertung der Sterbefallzahlen und Bevölkerungsstatistik (Destatis), COVID-19-Todesfälle nach Sterbedatum (RKI); Datenstand: November 2021

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Erläuterung zur Grafik: Der Verlauf des Sterbegeschehens seit Jahresbeginn 2020 nach Monaten wird hier mithilfe von Sterberaten dargestellt. Ergebnisse für 2021 sind vorläufig. Bei der Berechnung wurde die unterschiedliche Länge der Monate berücksichtigt. Die Raten wurden auf ein Kalenderjahr normiert; die vorliegenden Ergebnisse können somit mit Ergebnissen für Kalenderjahre verglichen werden.

Die üblicherweise auftretenden saisonalen Einflüsse können den Anstieg der Sterbefallzahlen in dieser Zwölf-Monats-Betrachtung nicht erklären: 2019 und 2020 gab es ähnliche Auswirkungen von Hitzewellen im Sommer – 2020 zeigten sich diese im August, 2019 bereits im Juli. Zum Jahresbeginn 2021 fiel dann die sonst übliche Grippewelle nahezu komplett aus. Normalerweise sind die Sterberaten in den ersten drei Monaten eines Jahres je nach Stärke der Grippewelle in unterschiedlichem Ausmaß erhöht. Trotz der Corona-Todesfälle lagen die Sterberaten ab Februar 2021 aufgrund der nahezu ausgebliebenen Grippewelle zunächst unter dem mittleren Wert der Vorjahre. Im Zuge der dritten Welle – also schon größtenteils außerhalb der typischen Grippezeit – lagen die Sterberaten wieder über dem mittleren Wert der Vorjahre. Auch 2021 gab es zeitgleich mit einer Hitzewelle einen Anstieg – diesmal im Juni.

Seite - 4 -

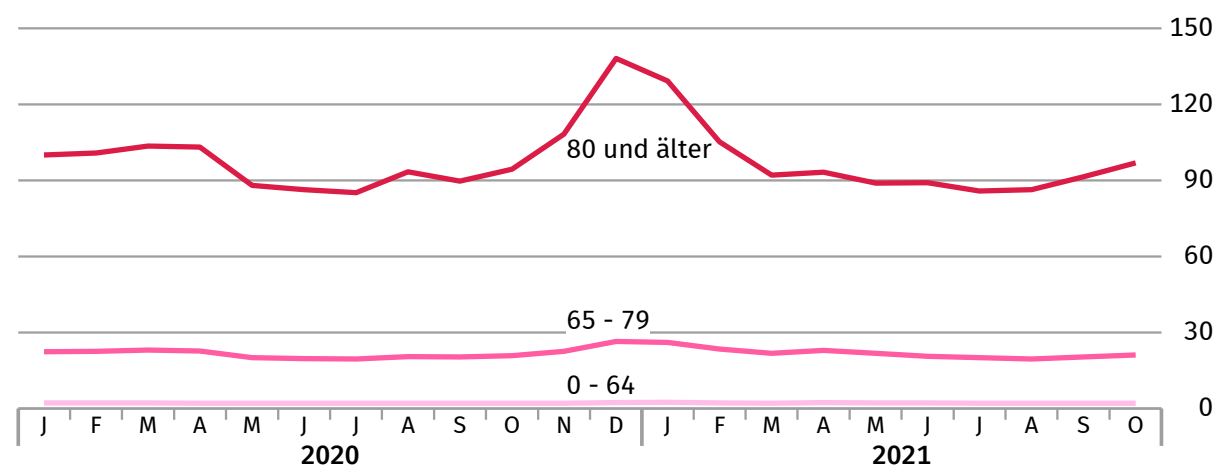
Eine deutliche Erhöhung der Sterbefallzahlen über den mittleren Wert der Vorjahre hinaus beobachten wir aktuell seit Anfang September. Die beim Robert Koch-Institut gemeldeten COVID-19-Todesfälle erklären nur ungefähr ein Drittel dieses Anstiegs im Oktober. Dieser Anstieg hat vermutlich mehrere Gründe. Beispielsweise können hier die zeitliche Verschiebung von Sterbefällen innerhalb eines Jahres durch die ausgefallene Grippewelle und unerkannte COVID-19-Todesfälle eine Rolle spielen. Möglicherweise zeigen sich auch die Auswirkungen von verschobenen Operationen und Vorsorgeuntersuchungen. Gewissheit dazu werden erst detailliertere Forschungsergebnisse bringen – der genaue Beitrag einzelner Effekte lässt sich derzeit nicht beziffern.

Für den gesamten November liegen noch keine Zahlen vor. In der zweiten Novemberwoche lagen die Sterbefallzahlen um 17 % oder etwa 3 100 Fälle über dem mittleren Wert der Vorjahre – beim Robert-Koch-Institut wurden bislang etwa 1 300 COVID-19-Todesfälle mit Sterbedatum in dieser Woche gemeldet – mit derzeit stark steigender Tendenz von Woche zu Woche.

Die Betrachtung des Saisonverlaufs lässt den Schluss zu, dass die Corona-Pandemie ganz wesentlich zum Anstieg der Sterbefallzahlen im Kalenderjahr 2020, aber insbesondere auch in den zwölf Monaten von März 2020 bis Februar 2021 beigetragen hat. Am höchsten waren die Abweichungen von einer erwartbaren Entwicklung bislang im Dezember 2020 und im Januar 2021. In dieser Zeit deckten sich die zusätzlichen Todesfälle nahezu komplett mit den beim Robert Koch-Institut gemeldeten COVID-19-Todesfällen.

Schaubild 2

Altersgruppenspezifische Sterberaten nach Kalendermonat (normiert auf Kalenderjahre) je Tausend Einwohner



Quelle: Sonderauswertung der Sterbefallzahlen und Bevölkerungsstatistik (Destatis); Datenstand: November 2021

Seite - 5 -

Die Sterberaten waren in erster Linie bei den Über-80-Jährigen erhöht, also in dem Altersbereich, in dem auch die COVID-19-Todesfälle gehäuft auftraten. Die beschriebene Entwicklung vollzog sich trotz der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, zu denen Kontaktbeschränkungen, Abstandsregeln und Maskenpflicht sowie die Geschäfts- und Gastronomieschließungen wie auch das Arbeiten im Homeoffice gehörten. Welche Entwicklung sich ohne diese Maßnahmen ergeben hätte, kann auf Basis der Sterbefallzahlen nicht ermittelt werden.

Sterbefallzahlen in Sachsen von März 2020 bis Februar 2021 am deutlichsten erhöht

Der Anstieg der Sterbefallzahlen traf nicht alle Regionen in gleichem Maße: So starben von März 2020 bis Februar 2021 in Schleswig-Holstein 2 % mehr Menschen als in den 12 Monaten zuvor – das liegt im Bereich einer erwartbaren Entwicklung. In Sachsen waren die Abweichungen in diesem Zeitraum am deutlichsten: Es starben 19 % mehr. Zeitweise hatten sich die Sterbefallzahlen in diesem Bundesland im Vorjahresvergleich mehr als verdoppelt – eine äußerst auffällige Entwicklung.

Im internationalen Vergleich waren die Auswirkungen der Corona-Wellen auf die Sterberaten in Deutschland gering – in den skandinavischen Ländern (mit Ausnahme Schwedens) waren sie noch geringer, in den meisten anderen europäischen Ländern sowie in den USA und vielen südamerikanischen Ländern dagegen deutlich stärker ausgeprägt.

Seite - 6 -

2. Bei 47 860 Verstorbenen im Jahr 2020 war COVID-19 als Grundleiden die Haupttodesursache oder hat als Begleiterkrankung zum Tod beigetragen. Weniger als die Hälfte aller bisher beim RKI gezählten Corona-Todesfälle fallen in das Jahr 2020.

Mit den vorliegenden Ergebnissen der Todesursachenstatistik für das Jahr 2020 sind erstmals genaue Analysen zu Todesfällen möglich, bei denen COVID-19 als Grundleiden – also als die für den Tod ausschlaggebende Todesursache – oder als Begleiterkrankung dokumentiert ist. Eine Begleiterkrankung ist nicht als Haupttodesursache ausschlaggebend für den Tod, sondern wird als Erkrankung gewertet, die zum Tod beigetragen hat. Die Todesursachenstatistik basiert auf der Auswertung der von den leichenschauenden Ärzten oder Ärztinnen ausgestellten Todesbescheinigungen. Diese Ergebnisse liegen derzeit vollständig ausgewertet für das Jahr 2020 vor. Auch hier gilt folglich, dass auf Basis der Ergebnisse keinesfalls eine „Pandemie-Bilanz“ gezogen werden kann. Laut den Daten des Robert Koch-Instituts fallen weniger als die Hälfte aller bislang dort erfassten COVID-19-Sterbefälle in das Jahr 2020. Aktuell zählt das RKI über 104 000 Corona-Todesfälle in Deutschland seit März 2020.

39 758 Verstorbene mit COVID-19 als Grundleiden, 8 102 Verstorbene mit COVID-19 als Begleiterkrankung im Jahr 2020

Im Jahr 2020 sind laut Todesursachenstatistik 39 758 Menschen in Deutschland an COVID-19 als Grundleiden verstorben. Diese Zahl hat das Statistische Bundesamt bereits Anfang November 2021 veröffentlicht. Nach vollständiger Auswertung der Todesbescheinigungen liegen nun auch die Daten zu COVID-19 als Begleiterkrankung vor: Im Jahr 2020 sind demnach 8 102 Menschen mit COVID-19 als Begleiterkrankung verstorben. Zusammen waren das 47 860 Verstorbene, bei denen COVID-19 entweder als Grundleiden die Haupttodesursache war (83 %) oder als Begleiterkrankung zum Tod beigetragen hat (17 %). Zum Vergleich: Das RKI verzeichnet im Jahr 2020 in seiner Statistik 41 604 COVID-19-Todesfälle.

Differenz zwischen RKI- und Todesursachenstatistik durch unterschiedliche Meldesysteme

Diese Differenz zwischen der Todesursachenstatistik und den vom RKI veröffentlichten Zahlen kommt durch die unterschiedlichen Meldesysteme zustande. Die Gesundheitsbehörden melden COVID-19-Todesfälle gemäß Infektionsschutzgesetz an das RKI. In die RKI-Statistik fließen demnach alle Verstorbenen als COVID-19-Todesfälle ein, die zum Todeszeitpunkt laborbestätigt mit dem Coronavirus infiziert waren und infolge dieser Infektion verstorben sind.

Im Unterschied dazu erfasst die Todesursachenstatistik einerseits Todesfälle, bei denen COVID-19 durch einen Labortest nachgewiesen und als Grundleiden identifiziert wurde. Das waren 38 510 Fälle oder 4,0 % aller Todesfälle im Jahr 2020. Hinzu kommen 1 248 Fälle, in denen COVID-19 nicht im Labor nachgewiesen, aber nach klinisch-epidemiologischer Einschätzung diagnostiziert und als Grundleiden dokumentiert wurde. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn der leichenschauende Arzt oder die leichenschauende Ärztin auf der Todesbescheinigung „Verdacht auf COVID-19“ oder „fragliche COVID-19-Erkrankung“ notiert hat.

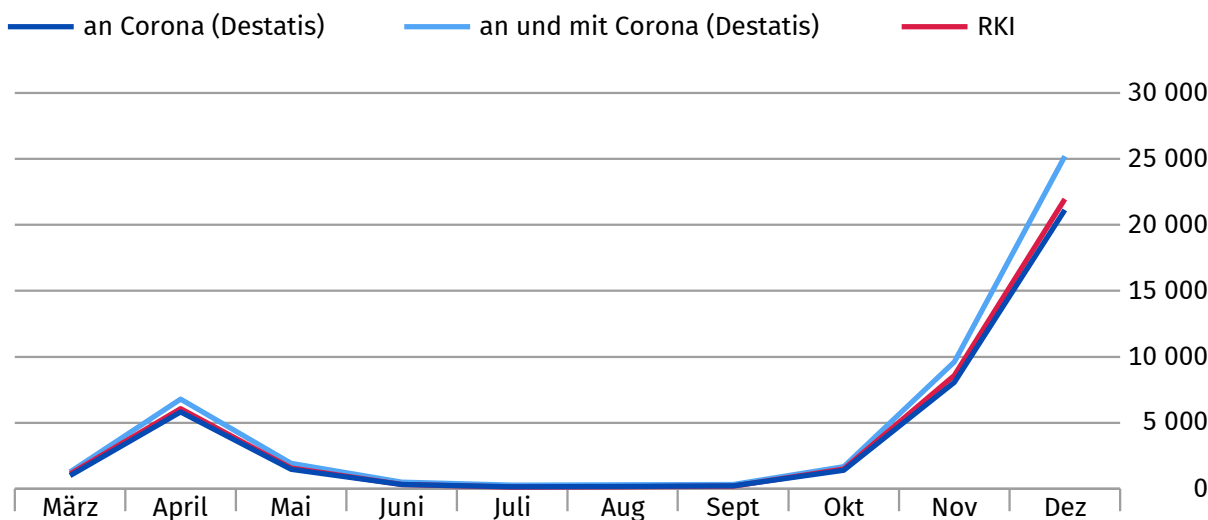
Seite - 7 -

Schließlich fließen in die Statistik die bereits genannten 8 102 Fälle ein, bei denen COVID-19 auf der Todesbescheinigung als Begleiterkrankung festgehalten wurde. Auch bei COVID-19 als Begleiterkrankung kann erneut zwischen den Fällen differenziert werden, in denen das SARS-CoV-2-Virus durch einen Labortest bestätigt (7 034 Fälle) oder nach klinisch-epidemiologischer Einschätzung diagnostiziert wurde (1 068 Fälle). So kommt letztlich die Summe der 47 860 „an“ (Grundleiden) oder „mit“ (Begleiterkrankung) COVID-19 Verstorbenen zustande.

Die folgende Grafik zeigt, dass die Zahlen der monatlichen COVID-19-Todesfälle in der Todesursachenstatistik und der RKI-Statistik über das Jahr 2020 hinweg parallel und fast deckungsgleich verlaufen. Die RKI-Zahlen liegen durchgängig etwas über der monatlichen Zahl der an COVID-19 als Grundleiden Verstorbenen in der Todesursachenstatistik, aber etwas niedriger als die Summe der an COVID-19 als Grundleiden und der mit COVID-19 als Begleiterkrankung Verstorbenen. Das bedeutet, dass in der RKI-Statistik auch solche Fälle enthalten sind, die in der Todesursachenstatistik als „mit“ Corona verstorben gelten.

Schaubild 3

Vergleich COVID-19 Verstorbene laut RKI und laut Todesursachenstatistik 2020



©  Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Mehr als die Hälfte aller Corona-Toten des Jahres 2020 starben im Dezember

An diesen monatlichen Ergebnissen der Todesursachenstatistik ist der Pandemieverlauf im Jahr 2020 gut ablesbar. Die erste Corona-Welle hatte ihren Höhepunkt im April 2020. In diesem Monat starben bereits 5 811 Personen an COVID-19. Deutlich größer waren die Auswirkungen der zweiten Welle, die alleine im Dezember 2020 mit 21 138 Todesfällen gut 53 % aller an COVID-19 Verstorbenen des Jahres 2020 forderte, das waren mehr als dreimal so viele wie im April. Die zweite Welle reichte allerdings über den Jahreswechsel 2020/2021 hinaus und verlief bis in den Februar 2021 hinein. Das heißt, dass die Todesursachenstatistik 2020 nur die COVID-19-

Seite - 8 -

Todesfälle bis etwa zur Hälfte dieser zweiten von bislang vier Corona-Wellen erfasst. Die vorläufigen Daten der neuen monatlichen Todesursachenstatistik zeigen, dass sich die Zahl der COVID-19-Verstorbenen auch im Januar 2021 auf ähnlichem Niveau bewegen wird wie im Dezember 2020.

An COVID-19 Verstorbene litten häufig unter Vorerkrankungen

Auf Todesbescheinigungen werden sogenannte multikausale Todesursachen oder Begleiterkrankungen erfasst, um deren Beitrag zum Tod einschätzen zu können. Da insbesondere bei sogenannten multimorbiden (= an mehreren Vorerkrankungen leidenden) älteren Verstorbenen eine einzige Krankheit sehr selten alleine zum Tod führt, ermöglichen die multikausalen Daten eine umfassende Ursachenforschung. Für die Todesfälle mit COVID-19 als Grundleiden, auf die wir uns im Folgenden beziehen, sind mithilfe dieser Angaben wichtige Rückschlüsse auf die Vorerkrankungen der Verstorbenen möglich.

Bei den im Jahr 2020 an COVID-19 als Grundleiden verstorbenen Personen (39 758) wurden vielfältige Vorerkrankungen auf der Todesbescheinigung vermerkt. Am häufigsten waren dies Herzkrankheiten wie Bluthochdruck (Hypertonie) und Vorhofflimmern oder Vorhofflattern, aber auch Demenz, gefolgt von Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus. Es handelt sich hierbei also um sogenannte Volkskrankheiten, die einen großen Teil der Bevölkerung vor allem im höheren Alter betreffen.

Tabelle 1: Häufigste Vorerkrankungen von an COVID-19 als Grundleiden Verstorbenen 2020

Rang	ICD-10 Gruppe	Bezeichnung der ICD-10 Gruppe	%	häufigste Einzelerkrankungen innerhalb der Gruppe	%
1	I10-I15	Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	21,13	I10 - essentielle (primäre) Hypertonie	19,93
				I11.9 - hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	1,11
2	F00-F09	organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	20,60	F03 - nicht näher bezeichnete Demenz	17,67
				F00.9 - Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	1,25
3	I30-I52 (ohne I46, I50)	sonstige Formen der Herzkrankheit (ohne Herzstillstand und Herzinsuffizienz)	17,63	I48.9 - Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	9,93
				I51.9 - Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	2,29
4	N17-N19 (ohne N17)	Niereninsuffizienz (ohne akutes Nierenversagen)	16,46	N19 - nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	6,83
				N18.9 - chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	6,65
5	E10-E14	Diabetes mellitus	15,50	E11.9 - Diabetes mellitus Typ 2, ohne Komplikationen	8,57
				E14.9 - nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus, ohne Komplikationen	6,43

Risikofaktor Alter: 70 % der an COVID-19 Verstorbenen waren 80 Jahre und älter

Die Altersverteilung der an COVID-19 als Grundleiden Verstorbenen zeigt deutlich das erhöhte Risiko für einen tödlichen Verlauf von COVID-19 in der älteren Bevölkerung. Von den fast 40 000 im Jahr 2020 an COVID-19 Verstorbenen waren nur rund 3 % unter 60 Jahren. Demgegenüber waren rund 97 % im Alter ab 60 Jahren, oder genauer: 7,4 % der an COVID-19 Verstorbenen waren 60- bis 69-Jährige, 19,5 % waren 70- bis 79-Jährige und 70 % waren 80 Jahre und älter.

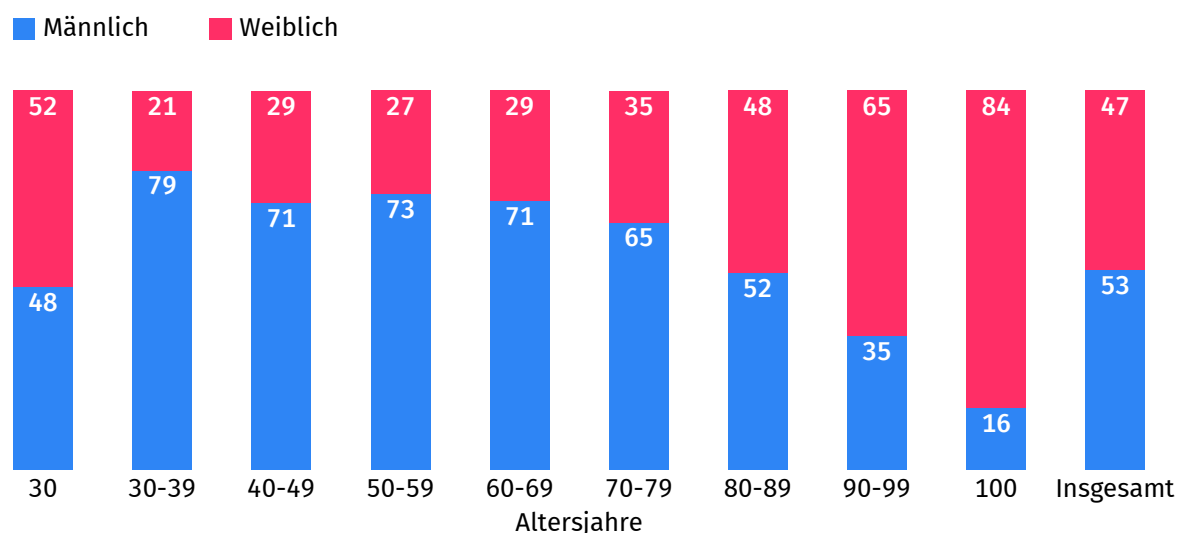
Das Durchschnittsalter der im Jahr 2020 an COVID-19 als Grundleiden Verstorbenen betrug 82,2 Jahre (Männer: 80,0 Jahre, Frauen: 84,7 Jahre). In der Altersgruppe zwischen 85 bis 89 Jahren sind 5 % der Verstorbenen an COVID-19 gestorben. COVID-19 war damit die dritthäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe. Häufigste Todesursache bei den 85- bis 89-Jährigen Verstorbenen war die chronische ischämische Herzkrankheit, woran 10 % der Verstorbenen in dieser Altersgruppe verstarb, zweithäufigste Todesursache war eine nicht näher bezeichnete Demenz, die bei 7 % der Verstorbenen in dieser Altersgruppe die Haupttodesursache war.

In jüngeren Altersgruppen starben Männer deutlich häufiger an COVID-19 als Frauen

Bezogen auf das Geschlecht sind Männer etwas häufiger an COVID-19 gestorben als Frauen. Insgesamt 52,7 % der an COVID-19 Verstorbenen waren männlich. Die Verteilung nach Altersgruppen zeigt, dass insbesondere in jüngeren Altersgruppen besonders viele Männer unter den an COVID-19 Verstorbenen waren. So waren über 70 % der an COVID-19 Verstorbenen in der Altersgruppe von 30 bis 69 Jahren Männer, während der Männeranteil unter allen zwischen 30 bis 69 Jahren Verstorbenen im Jahr 2020 lediglich bei knapp 65 % lag.

Schaubild 4

Altersspezifisches Geschlechterverhältnis der an COVID-19 Verstorbenen 2020



Deutlich weniger Verstorbene an anderen infektiösen Atemwegserkrankungen

Wie bereits erläutert, fiel die Grippewelle im Winter 2020/2021 nahezu komplett aus. Dies ist auch auf die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie zurückzuführen. Diese verhinderten nicht nur Neuinfektionen mit dem Coronavirus, sondern dämmten auch andere Infektionskrankheiten ein, die normalerweise weit verbreitet sind. Dies lässt sich auch an den Todesfällen infolge sogenannter schwerer akuter respiratorischer Infektionskrankheiten ablesen. Dazu zählen Grippe, Lungenentzündung, akute Bronchitis und sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege. Im Jahr 2020 gab es 17 588 Todesfälle mit solchen Erkrankungen als Grundleiden, das waren 1,78 % aller Todesfälle. In den Jahren 2016 bis 2019 hatte der Anteil dieser Todesfälle an allen Todesfällen mit Werten zwischen 2,15 % und 2,51 % deutlich höher gelegen. 2020 starben insgesamt 17,8 % beziehungsweise etwa 3 800 weniger Menschen an diesen schweren akuten respiratorischen Infektionskrankheiten als im Mittel der vier Vorjahre.

Zahl der Suizide im Jahr 2020 nahezu unverändert – Anteil an allen Todesfällen weiter gesunken

Betrachten wir zuletzt noch eine nicht natürliche Todesursache: den Suizid. Die Frage, ob durch die Corona-Maßnahmen das zweifellos entstandene individuelle psychische Leid mehr Menschen als in anderen Jahren dazu veranlasst hat, sich das Leben zu nehmen, wurde im gesamten Pandemieverlauf sehr häufig an das Statistische Bundesamt herangetragen. Mit dem Vorliegen der endgültigen Ergebnisse der Todesursachenstatistik 2020 können wir sagen: Im Jahr 2020 gab es im Vergleich zu den Vorjahren keinen auffälligen Anstieg der Zahl der Suizide. 2020 beendeten 9 206 Menschen in Deutschland ihr Leben durch einen Suizid. Das ist der zweitniedrigste Wert seit 1980. Noch niedriger war der Wert bislang nur 2019 mit 9 041 Fällen. Der Anteil der Suizide an allen Todesursachen war 2020 mit 0,93 % niedriger als in den Jahren 2016 bis 2019, in denen die Anteile kontinuierlich von 1,08 % im Jahr 2016 bis auf 0,96 % im Jahr 2019 gesunken waren. Diese rückläufige Entwicklung setzte sich also im Jahr 2020 fort.

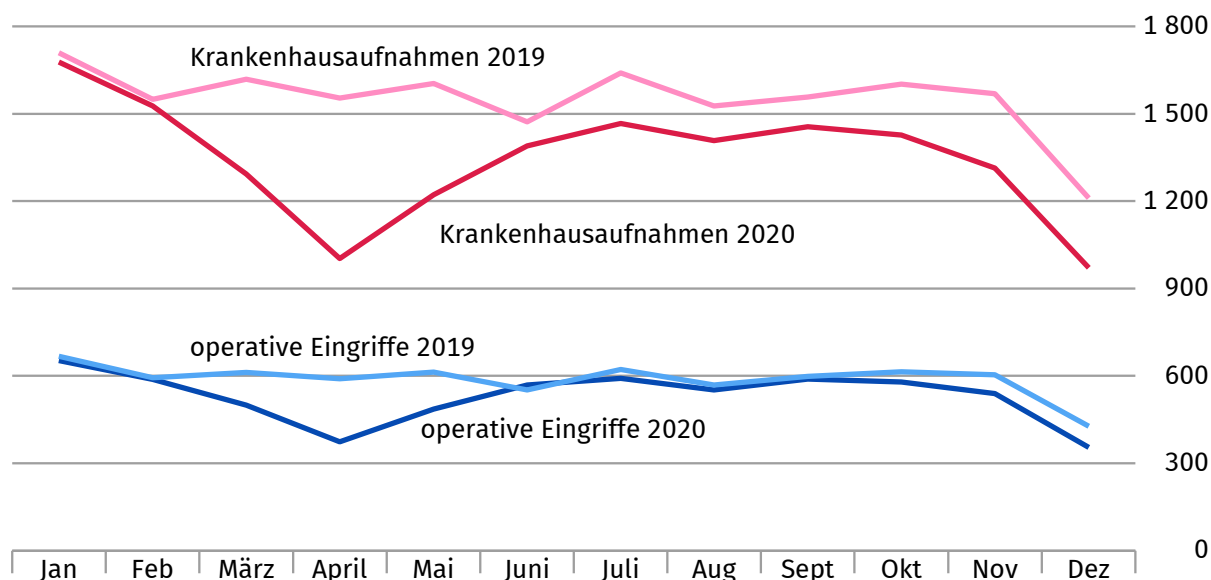
3. Die Corona-Pandemie führte im Jahr 2020 in den Krankenhäusern zu deutlich weniger Behandlungsfällen und Operationen. Besonders stark war der Rückgang in der ersten Corona-Welle.

Die Corona-Pandemie hatte und hat erhebliche Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem. Die hohe Auslastung der Krankenhäuser durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten, das Freihalten von Bettenkapazitäten für COVID-19-Behandlungsfälle sowie die verschärften Hygienekonzepte führten schon früh im Pandemieverlauf dazu, dass „planbare“ Behandlungen und Operationen verschoben werden mussten. Zudem vermieden vermutlich viele Menschen Krankenhausaufenthalte, wenn sie diese nicht als unbedingt notwendig erachteten.

Die Zahlen aus der Krankenhausstatistik bestätigen dies: So gab es im Jahr 2020 in Deutschland fast 2,5 Millionen weniger Krankenhausbehandlungen als im Vorjahr. Das entspricht einem Minus von 13,1 %. So niedrig waren die Fallzahlen zuletzt im Jahr 2006. Auch die Zahl der Operationen ging zurück: 2020 wurden in den deutschen Krankenhäusern 690 000 oder 9,7 % weniger Patientinnen und Patienten operiert als im Vorjahr – so wenige wie zuletzt im Jahr 2005. Vor allem weniger dringliche und gut planbare operative Eingriffe (zum Beispiel Knie- und Hüftprothesenerstoperationen, kleinere Eingriffe der Hals-Nasen-Ohren- und Augenheilkunde) wurden verschoben beziehungsweise nicht durchgeführt.

Schaubild 5

Krankenhausfälle und operative Eingriffe¹ nach dem Aufnahmemonat² 2019-2020 in Tausend



¹ Fälle mit einer Operation aus dem Kapitel 5 des OPS

² Überlieger, d.h. Patient/innen, die im Berichtsjahr 2019 bzw. 2020 aufgenommen, aber erst im darauffolgenden Berichtsjahr entlassen werden, sind in der Darstellung nicht enthalten.

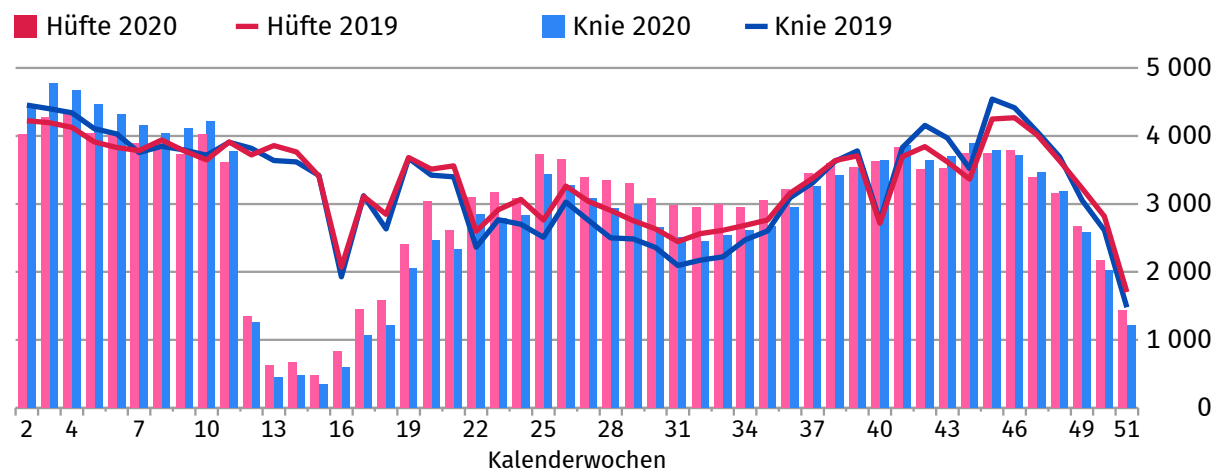
Seite - 12 -

Besonders stark war der Rückgang der Behandlungszahlen in der ersten Corona-Welle im April 2020 mit über einem Drittel (-35 %) weniger stationären Behandlungsfällen als im Vorjahresmonat. Auch die Zahl der Fälle mit Operation ging zurück, und zwar mit 37 % weniger Fällen als im April 2019 noch etwas stärker als die Gesamtzahl der Behandlungsfälle. In den folgenden Monaten stiegen die Gesamtbehandlungszahlen zwar, allerdings war der Abstand zum Vorjahresniveau erheblich. Etwas anders sah es bei der Zahl der Behandlungsfälle mit Operation aus: Diese lag im Juni 2020 sogar leicht über und danach nur leicht unter dem Vorjahresniveau. Dies zeigt, dass zunächst verschobene Operationen im weiteren Jahresverlauf teilweise nachgeholt werden konnten. Im November 2020 sind die Zahlen dann erneut zurückgegangen und lagen auch im Dezember 2020 deutlich unter dem Vorjahresniveau. Bei der Betrachtung der Behandlungszahlen im Dezember ist allerdings zu beachten, dass Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel hinaus im Krankenhaus waren, erst bei ihrer Entlassung im Jahr 2021 in die Statistik einfließen.

Schaubild 6

Anzahl Behandlungsfälle mit Hüft- oder Knieprothesenerstimplantationen

nach Kalenderwochen bei der Krankenhausaufnahme 2019/2020 bei der Krankenhausaufnahme¹



¹ Überlieger, d.h. Patient/innen, die im Berichtsjahr 2019 bzw. 2020 aufgenommen, aber erst im darauffolgenden Berichtsjahr entlassen werden, sind in der Darstellung nicht enthalten.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Rückgänge in fast allen Fachgebieten – außer Kardiologie, Gastroenterologie und Geburtshilfe

Die Zahl stationärer Krankenhausbehandlungen war im Jahr 2020 in fast allen Fachgebieten rückläufig. Die deutlichsten Rückgänge gab es in der Rheumatologie (-21,5 %), der Hals-, Nasen-Ohren-Heilkunde (-21,2 %) und der Pädiatrie/Kinderheilkunde (-20,5 %). Steigende Fallzahlen wiesen lediglich die Fachabteilungen Kardiologie (+3,0 %), Gastroenterologie (+2,6 %) und Geburtshilfe (+0,7 %) auf.

Weniger Behandlungen wegen Infektionskrankheiten und bei allen anderen Diagnosekapiteln

Bestimmte Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose, Virushepatitis oder Meningokokkeninfektion) mussten 2020 in den Krankenhäusern insgesamt deutlich seltener behandelt werden als in den Vorjahren. Knapp 30 % weniger Menschen als im Vorjahr mussten 2020 aufgrund von Infektionen ins Krankenhaus eingewiesen werden. Auch Krankheiten des Atmungssystems – dazu zählt auch die Grippe – mussten 2020 seltener behandelt werden als im Vorjahr, die Behandlungszahlen sanken hier um gut 18 %. Dieser Befund passt auch zu der schwach ausgeprägten Grippewelle Anfang 2020 und der fast ausgebliebenen Grippewelle 2020/21. Aber nicht nur Infektionskrankheiten sind (vermutlich auch durch Maßnahmen wie die Abstands- und Hygieneregeln) zurückgegangen: Bei allen weiteren Hauptdiagnosekapiteln war ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen.

Tabelle 2: Veränderung der Hauptdiagnosekapitel 2020 im Vergleich zu 2019

Hauptdiagnosekapitel	%
Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten (Pos.-Nr. der ICD-10 A00-B99)	-29,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	-20,8
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	-20,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	-19,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	-19,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	-18,3
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	-17,7
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	-17,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	-16,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	-14,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	-13,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90)	-12,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	-11,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	-11,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)	-10,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	-10,5
Neubildungen (C00-D48)	-7,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)	-5,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Beanspruchung des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)	-2,8
Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)	-1,5

Seite - 14 -

Mehr Behandlungsfälle mit Diagnose Lungenentzündung wegen COVID-19-Zusammenhang

Trotz des Rückgangs bei den Infektionskrankheiten und den Krankheiten des Atmungssystems gab es einen Anstieg der Fälle von Pneumonien (Lungenentzündungen), und zwar um 5 % im Vergleich zum Vorjahr auf insgesamt rund 323 500. Dieser Anstieg ist fast ausschließlich pandemiebedingt auf die Diagnose „Pneumonie durch sonstige Viren“ zurückzuführen. 91 056 Fälle wurden 2020 so kategorisiert, davon waren 93,5 % oder 85 158 Fälle mit nachgewiesener COVID-19-Infektion.

Rückläufige Behandlungszahlen auch bei psychischen Erkrankungen

Rückläufig waren im Jahr 2020 auch die stationären Behandlungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen (-19,6%). Auch bei den psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsfällen, die im Rahmen des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltsystem) abgerechnet werden, war ein Rückgang um 10,2 % zu verzeichnen. Dieser bewegt sich also in ähnlichem Rahmen wie der allgemeine Rückgang aller Krankenhausbehandlungen in den somatischen Krankenhäusern (-13,1 %).

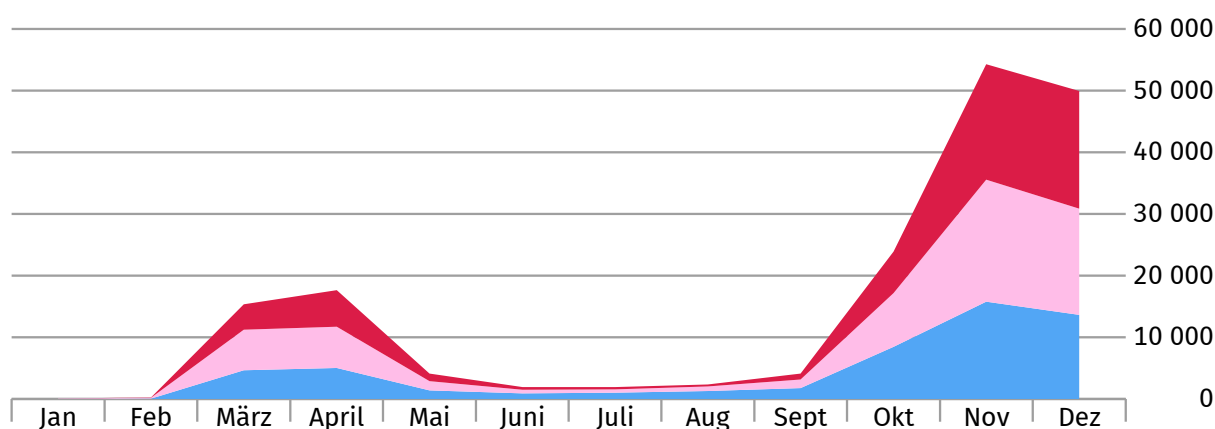
Rund 176 000 Patientinnen und Patienten waren mit oder wegen COVID-19 im Krankenhaus – rund 31 600 dieser Personen sind im Krankenhaus verstorben

Insgesamt erfolgten 2020 rund 176 000 Krankenhausaufenthalte von Patientinnen und Patienten mit oder wegen einer COVID-19-Infektion. Davon wurden 137 360 (78 %) als Notfälle in das Krankenhaus eingewiesen. Im Durchschnitt war diese Patientengruppe 67 Jahre alt. Zum Vergleich: Das Durchschnittsalter aller Patientinnen und Patienten lag bei 56 Jahren. Mehr als jede sechste (17,9 %) mit oder wegen COVID-19 behandelte Person ist im Krankenhaus verstorben. Das waren rund 31 600 Personen. Ihr Durchschnittsalter lag bei 80,3 Jahren.

Schaubild 7

Aufnahme von vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 2020 mit oder wegen COVID-19, mit Entlassung zum 31.12.2020

■ unter 60 Jahre ■ 60 bis unter 80 Jahre ■ 80 Jahre und älter



Seite - 15 -

Die aus der Todesursachenstatistik ablesbare hohe Gefährdung vor allem älterer Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen durch COVID-19 zeigt sich auch in der Krankenhausstatistik. So waren Menschen ab 60 Jahren häufiger mit oder wegen einer COVID-19-Infektion im Krankenhaus als Menschen unter 60 Jahren. 69,1 % der COVID-19-infizierten Patientinnen und -Patienten waren über 60 Jahre alt, 30,9 % unter 60 Jahren.

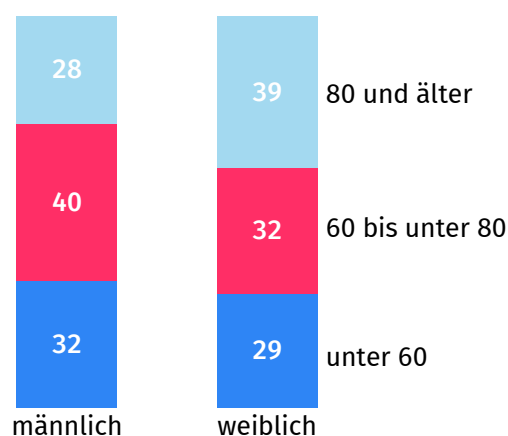
Einem erhöhten Risiko, sich mit oder wegen einer COVID-19-Infektion einer Krankenhausbehandlung unterziehen zu müssen, unterlagen dabei vor allem ältere Frauen. 38,8 % der behandelten Patientinnen mit einer nachgewiesenen Infektion waren über 80 Jahre alt.

In jüngeren Altersgruppen, vor allem bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sind schwere Verläufe seltener und asymptomatische COVID-19-Infektionen häufiger. Beispielsweise waren nur 2 379 Kinder unter 15 Jahren mit oder wegen einer nachgewiesenen Infektion im Krankenhaus. Das waren 1,4 % aller mit oder wegen einer COVID-19-Infektion ins Krankenhaus aufgenommenen Patientinnen und Patienten.

Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass die Nebendiagnose einer COVID-19-Infektion laut der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Krankheiten (ICD-10-GM) dann kodiert wird, wenn das Virus durch einen Labortest nachgewiesen ist, und zwar unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung oder der Symptome. Somit sind keinesfalls nur Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungsverläufen, sondern auch Infizierte *ohne* oder mit *milden* Symptomen erfasst.

Schaubild 8

Mit oder wegen COVID-19 im Krankenhaus behandelte Patientinnen und Patienten 2020 nach Altersgruppen in %



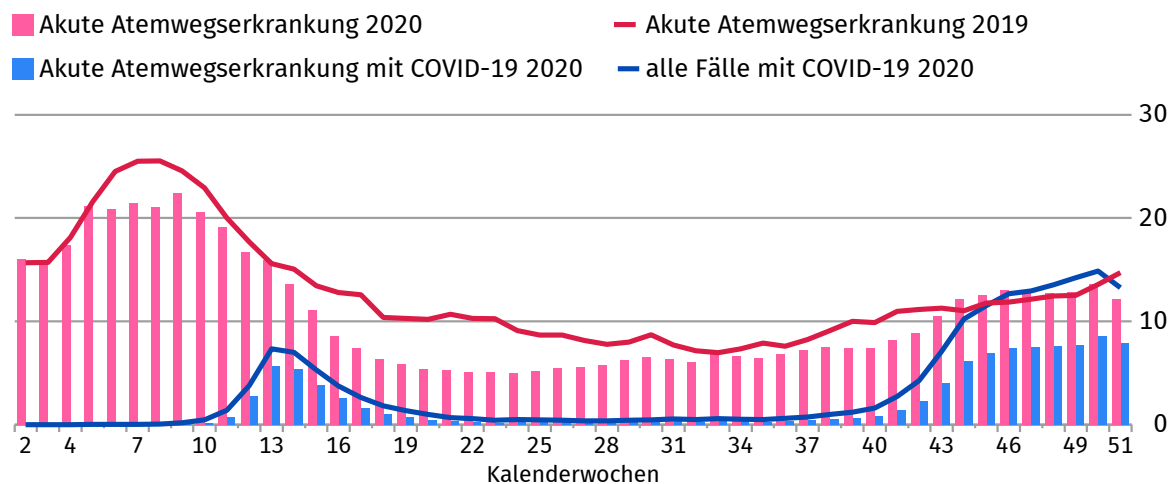
Mehr als die Hälfte der COVID-19-Patientinnen und -Patienten waren wegen Infektionen der unteren Atmungsorgane im Krankenhaus

Einschlägige Erkrankungen im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion sind vor allem akute Atemwegserkrankungen. Weitere Organbeteiligungen oder Komplikationen können auftreten. Typischerweise traten bei den mit oder wegen einer COVID-19-Infektion behandelten Patientinnen und Patienten im Jahr 2020 vor allem Infektionen der unteren Atemwege auf, am häufigsten eine durch das Virus ausgelöste Lungenentzündung (85 158 Fälle). Weitere Diagnosen waren eine nicht näher bezeichnete Infektion der unteren Atemwege (3 875 Fälle), eine akute Bronchitis (2 392 Fälle) sowie eine Viruspneumonie (1 562 Fälle). Bei weiteren 1 920 Fällen erfolgte die Behandlung wegen des Atemnotsyndroms ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome oder akutes Lungenversagen). Zusammengenommen waren somit 94 907 oder 53,9 % der Behandelten mit einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion aufgrund von Infektionen der unteren Atmungsorgane im Krankenhaus.

Tabelle 3: Ausgewählte und häufige Hauptdiagnosen bei Behandelten mit einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion im Jahr 2020

Insgesamt, Virus nachgewiesen	176 143
Darunter:	
Infektionen der unteren Atemwege (Lunge, Bronchien, Kehlkopf und Luftröhre)	
J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren	85 158
J22 Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	3 875
J20.8 Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	2 392
J80.0 Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]	1 920
J12.9 Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet	1 562
Infektionen der oberen Atemwege (Nase, Nasennebenhöhlen und Rachenraum) und weitere Krankheiten des Atmungssystems	
J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet	2 736
J98.7 Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	1 321
J96.0 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	1 168
J06.8 Sonstige akute Infektionen an mehreren Lokalisationen der oberen Atemwege	844
J00 Akute Rhinopharyngitis	93
Viruskrankheit mit nicht näher bezeichneter Lokalisation, Sonstige	
B34.2 Infektion durch Coronaviren nicht näher bezeichneter Lokalisation	4 299
B99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	1 187
R06.0 Dyspnoe	1 044
Z22.8 Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten (mit Erregernachweis, ohne Krankheitszeichen)	1 409

Schaubild 9

Behandlungsfälle mit ausgewählten akuten Atemwegserkrankungen (inkl. Lungenentzündung) nach Kalenderwochen 2019/2020 in Tausend bei der Krankenhausaufnahme¹


Überlieger, d.h. Patient/innen, die im Berichtsjahr 2019 bzw. 2020 aufgenommen, aber erst im darauffolgenden Berichtsjahr entlassen werden, sind in der Darstellung nicht enthalten.

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Gut ein Fünftel der COVID-19-Patientinnen und -Patienten musste intensivmedizinisch versorgt werden – jede dritte dieser Personen ist im Krankenhaus verstorben

Gut ein Fünftel (20,9%) der im Jahr 2020 stationär behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten mussten intensivmedizinisch versorgt werden, das waren 36 854 Personen¹. Damit machten COVID-19-Fälle 2,3 % aller Intensivfälle im Jahr 2020 aus. 58,1 % oder 21 420 intensivmedizinisch versorgte COVID-19-Patientinnen und Patienten mussten künstlich beatmet werden. Ihre durchschnittliche Beatmungsdauer lag bei 254 Stunden, also bei fast 11 Tagen. Gut ein Drittel (34,6 %) der mit oder wegen COVID-19 intensivmedizinisch versorgten Personen ist im Krankenhaus verstorben, das waren 12 756 Personen.

Die durchschnittliche Krankenhaus-Verweildauer von COVID-19-Infizierten lag im Jahr 2020 bei 11,2 Tagen. Bei den intensivmedizinisch Behandelten (ohne Komplexbehandlung) waren es 14,0 Tage und bei den mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung² Versorgten 20,4 Tage. Im Vergleich dazu dauerte der Krankenhausaufenthalt aller Patientinnen und Patienten im Schnitt 6,0 Tage. Die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhauspatientinnen und -patienten blieb damit im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr unverändert.

¹ Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung von mindestens 0,5 Tagen während des Krankenhausaufenthalts.

² Behandlungsfälle mit intensivmedizinischer Versorgung einschließlich intensivmedizinischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen von mindestens 0,5 Tagen während des Krankenhausaufenthalts.

4. Fazit

Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten:

- Die Corona-Pandemie hat in den bisherigen Wellen zu einer Übersterblichkeit in Deutschland geführt.
- Im Jahr 2020 sind die Sterbefallzahlen gegenüber 2019 um 46 000 Fälle oder 5 % gestiegen. Alleine aufgrund der Alterung der Bevölkerung wäre ein Anstieg der Zahl Verstorbener um etwa 2 % oder ungefähr 20 000 Fälle zu erwarten gewesen.
- In den ersten zwölf Monaten der Pandemie von März 2020 bis Februar 2021 war der Anstieg noch stärker: Es starben 7,5 % oder fast 71 000 Menschen mehr als in den zwölf Monaten vor diesem Zeitraum.
- Am höchsten wichen die Sterbefallzahlen bislang im Dezember 2020 und im Januar 2021 von der erwartbaren Entwicklung ab. In dieser Zeit waren die zusätzlichen Todesfälle fast deckungsgleich mit den beim RKI gemeldeten COVID-19-Todesfällen.
- Gegenwärtig sehen wir wieder einen Anstieg der Übersterblichkeit und der COVID-19-Todesfälle. Ob es einen ähnlichen Verlauf wie inmitten der zweiten Corona-Welle zum Jahreswechsel 2020/2021 geben wird, lässt sich derzeit noch nicht absehen.
- Es bleibt festzuhalten: Die erhöhten Sterbefallzahlen traten trotz der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie auf. Sie lassen nicht ermessen, was ohne oder mit mildereren Maßnahmen passiert wäre.
- Die Todesursachenstatistik zeigt, dass COVID-19 im Jahr 2020 nicht nur die Haupttodesursache für rund 39 800 Menschen in Deutschland war, sondern auch bei 8 100 Menschen als Begleiterkrankung zum Tod beigetragen hat.
- 70 % der an COVID-19 als Grundleiden verstorbenen Menschen waren 80 Jahre und älter. Viele von ihnen hatten alterstypische Vorerkrankungen wie Herzerkrankungen, Bluthochdruck oder Demenz. Bei dieser Personengruppe verlief eine COVID-19-Erkrankung besonders häufig tödlich.
- Die Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung hatten den Nebeneffekt, dass es im Winter 2020/2021 nicht zu einer Grippewelle kam. Die Todesursachenstatistik zeigt, dass die Maßnahmen offensichtlich zu deutlich weniger Todesfällen aufgrund anderer infektiöser Atemwegserkrankungen führten. So starben 2020 rund 3 800 Menschen weniger an solchen Erkrankungen als im Mittel der Jahre 2016 bis 2019.
- Dieser Effekt zeigt sich auch in der Krankenhausstatistik: 2020 wurden knapp 30 % weniger Menschen wegen bestimmter Infektionskrankheiten im Krankenhaus behandelt als im Vorjahr. Allerdings stieg die Zahl der Behandlungen wegen Lungenentzündungen, da gut ein Viertel davon im Zusammenhang mit COVID-19 stand.
- Keine Auffälligkeiten gab es im Jahr 2020 bei der Todesursache Suizid: Der Anteil der Suizide an allen Todesursachen ist weiter gesunken, die rückläufige Entwicklung der Vorjahre setzte sich hier auch im Pandemiejahr 2020 fort.

Seite - 19 -

- In der ersten und zweiten Corona-Welle haben sich die Verschiebungen von Krankenhausbehandlungen und Operationen zeitweise deutlich bemerkbar gemacht. Aktuell berichten die Krankenhäuser erneut von Verschiebungen – diesen Effekt können wir noch nicht in Zahlen ausdrücken. Auch die Frage, ob verschobene Behandlungen zu einem schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit sogar zu höheren Sterbefallzahlen führen, wie wir sie im September und Oktober 2021 beobachtet haben, können wir heute noch nicht beantworten.
- Rund 176 000 Menschen in Deutschland wurden im Jahr 2020 Corona-infiziert im Krankenhaus behandelt. Davon wurde gut jede fünfte Person intensivmedizinisch versorgt und mehr als jede dritte mit oder wegen COVID-19 intensivmedizinisch behandelte Person ist im Krankenhaus gestorben.