

## **Indikator 11.4 (K)**

### **Kosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten und Krankenhausgrößenklassen, Land, Jahr**

#### **Definition**

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der allgemeinen Krankenhäuser nach Kostenarten. Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III – Kostennachweis – der Krankenhausstatistik ausgewiesen. Allgemeine Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Abteilungen und sind von sonstigen Krankenhäusern (Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten, s. Ind. 11.5) abzugrenzen. Zu allgemeinen Krankenhäusern zählen Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag und weitere Krankenhäuser. Demzufolge sind die Kosten der sonstigen Krankenhäuser und von Bundeswehrkrankenhäusern nicht enthalten.

Die Kosten der Krankenhäuser werden ab 2002 wieder nach dem Bruttoprinzip ermittelt. D. h., dass in den ausgewiesenen Gesamtkosten auch nichtstationäre Kosten enthalten sind. Von 1996 bis 2001 erfolgte die Ermittlung der Kosten nach dem Nettoprinzip. In den Nettokosten waren keine nicht-pflegesatzfähigen Kosten (z. B. für Forschung, Lehre, Ambulanz, Wahlleistungen) enthalten. Die unterschiedlichen Kostenermittlungsprinzipien erlauben keinen Vergleich einzelner Kostenarten. Nur wenn den Berichtsjahren das gleiche Prinzip zugrunde liegt, ist ein Vergleich möglich. Einzig die bereinigten Kosten lassen sich über alle Berichtsjahre vergleichen. Die Gliederung der Kosten richtete sich bis 2001 nach der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Bundespflegeverordnung. Ab 2002 richtet sie sich nach dem Kontenrahmen der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV). Unter Kosten des Krankenhauses wird die Summe der Personal- und Sachkosten, Zinsen und ähnlichen Aufwendungen sowie Steuern verstanden. Die Brutto-Gesamtkosten ergeben sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses und der Kosten der Ausbildungsstätten. Die bereinigten Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen (Kosten für Leistungen, die nicht über Pflegesätze vergütet werden). Krankenhauskosten nach dem Bruttoprinzip fallen höher aus als Krankenhauskosten nach dem Nettoprinzip. Die berechneten Kosten je Berechnungs- und Belegungstag, je Fall und je Bett sind nach Bettenzahl von Krankenhäusern unterschiedlich und dienen als betriebswirtschaftliche Vergleichsparameter.

#### **Datenhalter**

Statistische Landesämter

#### **Datenquelle**

Krankenhausstatistik, Teil III - Kostennachweis

#### **Periodizität**

Jährlich, 31.12.

#### **Validität**

Entsprechend dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) werden die Jahresendrechnungen der Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

#### **Kommentar**

Angaben zur Kostenstruktur der sonstigen Krankenhäuser sind im Indikator 11.5 gesondert ausgewiesen. Bei Addition der Kosten beider Krankenhausarten erhält man die gesamten Krankenhauskosten. Es handelt sich um einen Prozessindikator.

#### **Vergleichbarkeit**

Der WHO-Indikator 6750 992704 *Expenditures on inpatient care, ppp \$ per capita* wie auch der OECD-Indikator *Expenditure on acute care* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umgerechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe der Krankenhauskosten müssten aus den Indikatoren 11.4 und 11.5 errechnet werden, dann auf die Einwohner des Landes umgerechnet werden. Demzufolge liegen weder bei der WHO noch bei der OECD gegenwärtig Kostenangaben zu den allgemeinen Krankenhäusern vor. Der Indikator ist mit dem bisherigen Indikator 11.4 wegen der verschiedenen Kostenermittlungsprinzipien (mit Ausnahme der *bereinigten Kosten*) nicht vergleichbar.

#### **Originalquellen**

Statistische Landesämter

#### **Dokumentationsstand**