

## **Indikator 11.5 (K)**

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

#### **Definition**

Der Indikator dient der Übersicht über die Ausgaben der sonstigen Krankenhäuser nach Kostenarten. Kosten der Krankenhäuser werden im Teil III – Kostennachweis – der Krankenhausstatistik ausgewiesen. Sonstige Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische, psychotherapeutische und/oder neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind. Die Abgrenzung der sonstigen Krankenhäuser ab 2002 stimmt nicht mit jener der Jahre 2001 und früher überein. Die neue Definition bezieht auch Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten ein. Vor 2002 waren sonstige Krankenhäuser definiert als Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten, so dass nur die Kombination von psychiatrischen und neurologischen Betten zur Zählung bei den sonstigen Krankenhäusern führten. Wegen der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sollten Vorjahresvergleiche nur auf der Basis der Krankenhäuser insgesamt gemacht werden.

Die Kosten der allgemeinen Krankenhäuser, reiner Belegkrankenhäuser und von Bundeswehrkrankenhäusern sind 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 Bundespflegesatzverordnung. 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 sonstigen 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 Jahresendabrechnungen der Krankenhäuser jährlich von unabhängigen Prüfgesellschaften überprüft. Auf dieser Grundlage ist von einer guten Qualität der Kostenrechnungen der Krankenhäuser auszugehen.

#### **Kommentar**

Kostenarten der allgemeinen Krankenhäuser werden im Indikator 11.4 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* beinhaltet alle Krankenhauskosten, umgerechnet auf pro Kopf der Bevölkerung. Die Summe aller Krankenhauskosten müsste aus den Indikatoren 11.5 und 11.4 errechnet werden, dann auf die Einwohner des Landes umgerechnet werden. Bedingte Vergleichbarkeit besteht zum WHO-Indikator und auch zum OECD-Indikator *Expenditure on psychiatric care*. Im bisherigen Indikatorensatz gab es keinen Indikator zu den Kosten der sonstigen Krankenhäuser.

#### **Originalquellen**

Statistische Landesämter

#### **Dokumentationsstand**