

4. GESUNDHEITSLAISTUNGEN

4.3. Krankenhausbetten (Verfügbarkeit und Auslastung)

Die Zahl der Krankenhausbetten liefert einen Anhaltspunkt für den Umfang der Ressourcen, die für die stationäre Betreuung von Patienten in Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Sie gibt jedoch keinen Aufschluss über die Kapazität der Krankenhäuser zur Durchführung von notfallbedingten oder Wahleingriffen für Patienten, die am selben Tag wieder entlassen werden. Außerdem befasst sich dieser Abschnitt lediglich mit den Krankenhausbetten für die Akutversorgung, während die Betten in der Psychiatrie oder in der Langzeitpflege unberücksichtigt bleiben.

Die Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung je Einwohner ist in Japan und Korea am höchsten, mit über sieben Betten je 1 000 Einwohner im Jahr 2007 (Abbildung 4.3.1). In Japan wie auch in Korea kann es zu „sozial bedingten Einweisungen“ kommen, was bedeutet, dass ein Teil der eigentlich für die Akutversorgung vorgesehenen Krankenhausbetten für die Langzeitpflege genutzt wird (Hurst, 2007). Auch in Österreich und Deutschland liegt die Zahl der Akutbetten weit über dem OECD-Durchschnitt. Am niedrigsten ist sie in Mexiko, gefolgt von Schweden und Spanien.

In den meisten OECD-Ländern ist die Zahl der Akutbetten in Krankenhäusern zurückgegangen. Im Durchschnitt der Länder ist die Zahl von 4,7 je 1 000 Einwohner im Jahr 1995 auf 3,8 im Jahr 2007 gesunken. Nur in Korea und der Türkei ist die Zahl der Akutbetten zwischen 1995 und 2007 gestiegen. In Korea erklärt sich der deutliche Anstieg durch die Nutzung von Akutbetten für die Langzeitpflege, die mangelnde Kapazitätsplanung in Bezug auf den Bedarf an Krankenhausbetten sowie die Investitionsanreize für den privaten gewinnorientierten Krankenhaussektor (OECD, 2003b).

Der Grund für den in den meisten Ländern festgestellten Rückgang der Zahl der Akutbetten ist zumindest teilweise in den Fortschritten der Medizintechnik zu sehen, dank denen mehr ambulante Eingriffe möglich wurden, wodurch sich die Notwendigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte verringerte. Überdies waren Kostendämpfungsmaßnahmen oft auf den Krankenhaussektor ausgerichtet, der in fast allen OECD-Ländern nach wie vor der größte Ausgabenposten im Gesundheitswesen ist (vgl. Indikator 7.3 „Gesundheitsausgaben nach Leistungsart“). Das rückläufige Angebot an Krankenhausbetten geht in vielen Ländern mit einem Rückgang der Krankenhauseinweisungen und der durchschnittlichen Verweildauer (vgl. Indikator 4.5 „Durchschnittliche Krankenhausverweildauer“) einher.

In einigen Ländern war der Rückgang der Zahl der Krankenhausbetten für die Akutbehandlung auch mit einer Steigerung ihrer Belegungsraten verbunden. Die Belegungsrate der Akutbetten betrug im Jahr 2007 im Durchschnitt der OECD-Länder 75%, etwas mehr als 1995

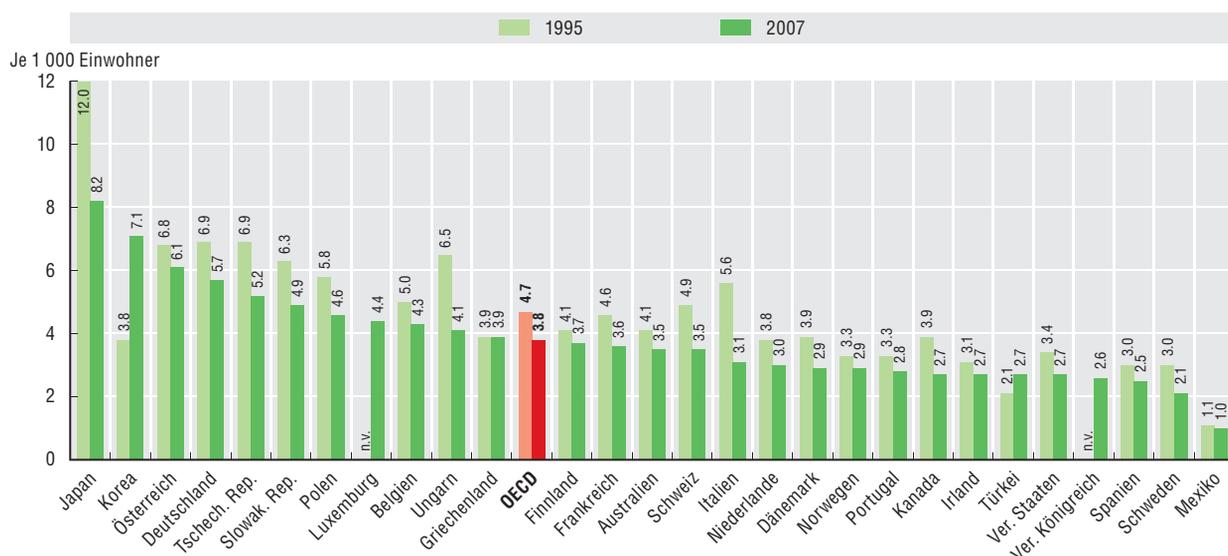
(Abbildung 4.3.2). Kanada, Norwegen, Irland, die Schweiz und das Vereinigte Königreich wiesen im Jahr 2007 die höchsten Belegungsraten auf. All diese Länder verfügen über weniger Akutbetten als die meisten anderen OECD-Länder. Am niedrigsten waren die Belegungsraten 2007 mit unter 65% demgegenüber in Mexiko und den Niederlanden. In den Niederlanden ist die Belegungsrate seit 1995 stark zurückgegangen, während die Zahl der Akutbetten ebenso gesunken ist.

Definition und Abweichungen

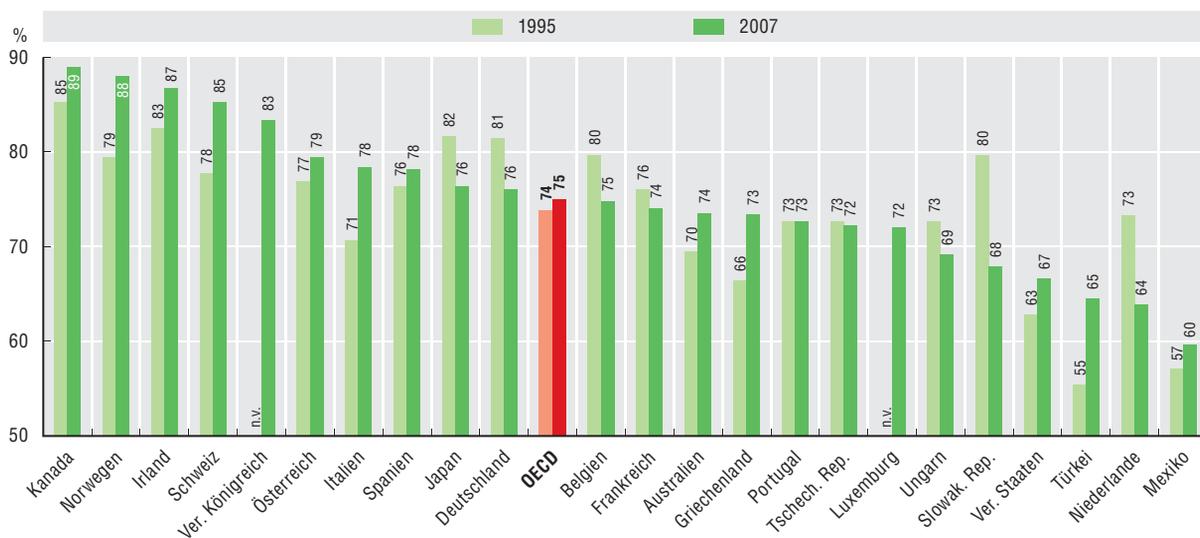
Als Akutkrankenhausbetten gelten normalerweise nur Betten, die für die „kurative Behandlung“ gemäß der Definition des Handbuchs zum *System of Health Accounts* (OECD, 2000) bestimmt sind. Zwischen den Ländern und im Zeitverlauf bestehen jedoch Unterschiede bei den der „Akutbehandlung“ zugerechneten bzw. nicht zugerechneten Leistungsarten (z.B. in Bezug auf den Umfang der Ausklammerung der Betten für Langzeitpflege, Rehabilitation und palliative Behandlung), die die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigt. Einige Länder (z.B. Australien, Deutschland, Irland, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Spanien, Schweiz, Türkei und Vereinigte Staaten) geben bei den Betten für die Akutversorgung die Gesamtbettenzahl in allen Allgemein- bzw. Akutkrankenhäusern an. Ein Teil dieser Betten wird jedoch u.U. für andere Zwecke, z.B. für die Langzeitpflege, genutzt (z.B. in Japan und Korea). In den Niederlanden basiert die Kalkulation der Belegungsraten auf der Zahl der konzessionierten statt der Zahl der aufgestellten Betten, was eine leichte Untererfassung bewirkt (die Zahl der konzessionierten Betten kann 2-10% höher sein als die Zahl der aufgestellten Betten). Die Zahl der Betten im privaten Sektor ist in Ungarn und Irland nicht oder nur teilweise berücksichtigt. Die Daten für Finnland basieren nicht auf einer effektiven Zählung der Betten, sondern wurden geschätzt, indem die Zahl der Krankenhaustage in der Akutversorgung durch die Gesamtzahl der Tage des Jahres (365) dividiert wurde; das führt insofern zu einer Unterzeichnung, als die Belegungsrate niedriger als die unterstellte Rate von 100% ist.

Die Belegungsrate der Akutbetten errechnet sich aus der Zahl der Krankenhausbettentage in der Akutversorgung, dividiert durch die Zahl der aufgestellten Betten für die Akutversorgung, multipliziert mit der Gesamtzahl der Tage (365).

4.3.1 Akutbetten je 1 000 Einwohner, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



4.3.2 Belegungsrate der Akutbetten, 1995 und 2007 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/803713587887>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Krankenhausbetten (Verfügbarkeit und Auslastung)", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-39-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.