

Dipl.-Kauffrau Karin Böhm, Dipl.-Ökonom Martin Beck, Dipl.-Verwaltungswirtin Sandra Klemt,
Dipl.-Volkswirt Florian Peter

Orientierungswert für Krankenhäuser

Methodische Grundlagen

Im Jahr 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit das Statistische Bundesamt beauftragt, einen Orientierungswert für Krankenhäuser zu ermitteln. Der Orientierungswert für Krankenhäuser soll die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die bisherige Veränderungsrate berücksichtigen. Diese sogenannte Grundlohnrate bildet die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab und stellt die Obergrenze für Preisverhandlungen im Krankenhausbereich dar. Die Kopplung der Krankenhauskosten an die Entwicklung der Grundlohnrate sollte die Beitragsätze der GKV-Versichertengemeinschaft stabil halten. Der tatsächliche Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser geht daraus nicht vollständig hervor.

Die Ermittlung des Orientierungswertes ist im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I Seite 534) geregelt. Das Statistische Bundesamt hat den Orientierungswert erstmals zum 30. Juni 2010 und seitdem regelmäßig ermittelt und dem Bundesministerium für Gesundheit zugeleitet. Eine Veröffentlichung dieses Wertes und der Systematik, wie er zu ermitteln ist, sieht das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz nicht vor. Erst durch das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012 (BGBl. I Seite 1613) wurden die bisherigen Regelungen zum Orientierungswert für Krankenhäuser konkretisiert.

Danach ist das Statistische Bundesamt verpflichtet, den Orientierungswert für Krankenhäuser spätestens bis zum 30. September eines Jahres, erstmals spätestens zum 30. September 2012 zu veröffentlichen.

1 Von der Grundlohnrate zum Orientierungswert

Krankenhäuser rechnen ihre allgemeinen Leistungen für voll- und teilstationäre Behandlungen gegenüber den Patientinnen und Patienten oder deren Kostenträgern seit dem Jahr 2004 nach dem auf Fallpauschalen basierenden DRG-Entgeltsystem (DRG steht für Diagnosis Related Groups) ab.¹ DRG-Systeme sind medizinisch-ökonomische Patientenklassifikationssysteme, die Gruppen von Patientinnen und Patienten, die hinsichtlich ihrer klinischen Merkmale und des Ressourcenverbrauchs ähnlich sind, in diagnosebezogenen Fallgruppen zusammenfassen. In den Gesundheitssystemen vieler Länder bilden DRGs die Grundlage für die Vergütung der Leistungen sowie für Kosten-, Effizienz- und Qualitätsvergleiche. Alle in Deutschland über Fallpauschalen abrechenbaren Leistungen sind im Fallpauschalenkatalog des DRG-Entgeltsystems aufgelistet. Der Katalog umfasst rund 1 200 DRGs. Sie reichen von der DRG A01A „Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden“ bis zur DRG Z66Z „Vorbereitung zur Lebendspende“.

Notwendiger Bestandteil eines Vergütungssystems nach DRGs sind neben der Klassifikation Abrechnungsregeln und Informationen zur Wertigkeit der DRGs. Entsprechend sind jeder DRG im Fallpauschalenkatalog mehrere abrechnungs-

¹ Die entsprechenden Regelungen finden sich im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I Seite 886), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I Seite 1613), sowie im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I Seite 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I Seite 1613).

relevante Größen zugeordnet: Dazu zählen bundesweit kalkulierte Bewertungsrelationen, die den Behandlungsaufwand eines Falles repräsentieren, sowie Regelungen zu Verweildauer und Verlegungen. Je höher der durchschnittliche Behandlungsaufwand ist, desto höher ist auch die Bewertungsrelation einer DRG. Sie liegt derzeit zwischen 0,141 und 65,338. Eine Bewertungsrelation von 2,000 bedeutet beispielsweise, dass der Behandlungsaufwand für diesen Krankenhausfall doppelt so hoch ist wie für einen durchschnittlichen Krankenhausfall. Die Vergütungshöhe insgesamt wird durch einen Basisfallwert bestimmt, hinter dem sich ein bestimmter Eurobetrag verbirgt. Das Produkt aus Bewertungsrelation und Basisfallwert ergibt die Fallpauschale. Sie ist – vereinfacht betrachtet, weil mögliche Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge nicht berücksichtigt werden – die Vergütung, die das Krankenhaus für seine Leistungen in Bezug auf einen Krankenhausfall erhält.

Der Basisfallwert wird nach § 10 Krankenhausentgeltgesetz von den Vertragsparteien auf Landesebene jedes Jahr prospektiv für das folgende Jahr vereinbart. Im Jahr 2012 liegt er im Bundesdurchschnitt bei 2 993,09 Euro. Am niedrigsten ist er in Schleswig-Holstein (2 930,79 Euro), am höchsten in Rheinland-Pfalz (3 175,75 Euro). Für die Leistungserbringer innerhalb eines Landes gilt durch die bundeseinheitlich kalkulierten Bewertungsrelationen und die landesweit gültigen Basisfallwerte der gleiche Preis für gleiche Leistungen.

Die jährliche Veränderung der landesweit gültigen Basisfallwerte war bisher durch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (sogenannte Grundlohnrate) begrenzt. Diese Vorgabe trägt dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 71 Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Rechnung. Sie sollte der GKV-Versichertengemeinschaft stabile Beitragssätze garantieren. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen nach § 71 Absatz 3 SGB V auf der Grundlage der monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für einen definierten Zeitraum bis zum 15. September eines jeden Jahres fest. Die vom Bundesministerium für Gesundheit festgestellte Veränderungsrate lag im Jahr 2012 im gesamten Bundesgebiet bei + 2,03 %, im Jahr 2011 bei + 1,98 %². Allerdings wurde mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) die Rate für das Jahr 2010 um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2011 um 0,5 Prozentpunkte gemindert.

Die so ermittelte Veränderungsrate ist nicht an den tatsächlichen Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser gekoppelt. Mit dem Ziel, die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser künftig besser als mit der Grundlohnrate berücksichtigen zu können, hat das Bundesministerium

für Gesundheit das Statistische Bundesamt im Jahr 2009 beauftragt, einen Orientierungswert für Krankenhäuser zu ermitteln. Die gesetzliche Grundlage bildet das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009 (BGBl. I Seite 534) mit entsprechenden Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes in Artikel 2. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes war nach den gesetzlichen Vorgaben bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln. Der Wert selbst sollte erstmals zum 30. Juni 2010 berechnet werden. Das Statistische Bundesamt hat die erforderliche Methodik für die Ermittlung des Orientierungswertes für Krankenhäuser termingerecht bis Ende 2009 entwickelt. Seit Juni 2010 wird der Orientierungswert für das Bundesministerium für Gesundheit quartalsweise bestimmt. Eine Entscheidung, in welchem Jahr die Grundlohnrate durch den Orientierungswert für Krankenhäuser abgelöst werden soll, wurde im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz nicht getroffen. Auch eine Veröffentlichung des Orientierungswertes sowie der Systematik für dessen Ermittlung sieht das Gesetz nicht vor. Im Dezember 2009 fand aber ein Informationsgespräch über die seinerzeit bereits weitgehend abgeschlossenen konzeptionellen Arbeiten des Statistischen Bundesamtes in Bezug auf die Systematik des Orientierungswertes für Krankenhäuser statt, zu dem das Bundesministerium für Gesundheit Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung, des Verbands der privaten Krankenversicherung sowie Vertreter der Länder eingeladen hatte.

Durch das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) vom 21. Juli 2012 wurden die bisherigen gesetzlichen Regelungen zum Orientierungswert für Krankenhäuser konkretisiert. Artikel 2 und Artikel 3 des Gesetzes sehen folgende Änderungen der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV) und des Krankenhausentgeltgesetzes vor:

- › Das Statistische Bundesamt veröffentlicht den Orientierungswert für Krankenhäuser jeweils spätestens bis zum 30. September eines Jahres, erstmals spätestens zum 30. September 2012.
- › Unterschreitet der Orientierungswert die vom Bundesministerium für Gesundheit ermittelte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Absatz 3 SGB V, entspricht der Orientierungswert dem Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes beziehungsweise der Bundespflegesatzverordnung.⁴ Danach kann die Veränderungsrate um bis zu einem Drittel der Differenz erhöht werden beziehungsweise gilt im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein fixer Wert von 40 % der Differenz.

² Siehe www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Bekanntmachungen/120912__Bekanntmachung_BAnz_2012.pdf (abgerufen am 28. September 2012).

³ Siehe www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Bekanntmachungen/Bekanntmachung_Bundesanzeiger2011_11_09__13.pdf (abgerufen am 28. September 2012).

⁴ § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a Krankenhausentgeltgesetz beziehungsweise § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Bundespflegesatzverordnung.

Der Orientierungswert für Krankenhäuser wird damit ab Ende September 2012 in der Praxis der Krankenhausfinanzierung angewendet. Er hat für die finanzielle Steuerung des über 74 Milliarden Euro umfassenden Krankenhausbereichs eine hohe Relevanz. Entsprechend wurde die erstmalige Veröffentlichung des Orientierungswertes von Kostenträgern, Leistungserbringern und Fachöffentlichkeit mit Spannung erwartet. Die Anfragen im Vorfeld der Veröffentlichung des Orientierungswertes zeigten zudem den dringenden Bedarf an öffentlich zugänglichen Informationen über Konzept und Methodik der Ermittlung dieses Wertes. Im September 2012 hat das Statistische Bundesamt eine Kurzfassung des Konzepts zur Wertermittlung für den Orientierungswert veröffentlicht⁵, Ende September 2012 ist eine Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes zur erstmaligen Veröffentlichung des Orientierungswertes für Krankenhäuser erschienen.⁶ Auf Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit wird der Wert Anfang Oktober 2012 außerdem im amtlichen Teil des Bundesanzeigers bekanntgegeben.

Der vorliegende Beitrag geht ausführlich auf die methodischen Grundlagen des Orientierungswertes für Krankenhäuser ein und stellt ergänzend auch Alternativmaße dar, die im Rahmen der bis Dezember 2009 andauernden Konzeptentwicklung vom Statistischen Bundesamt eingehend geprüft und bewertet wurden.

Das Konzept zur Ermittlung des Orientierungswertes basiert ausschließlich auf bereits beim Statistischen Bundesamt vorhandenen Daten. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die Vierteljährliche Verdiensterhebung, ausgewählte Preisstatistiken und den Kostennachweis der Krankenhäuser. Die vom Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geforderte bessere Abbildung der Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser im Orientierungswert ist dadurch umgesetzt, wird aber entsprechend durch die in den Datenquellen verfügbaren Informationen limitiert. Die vorhandenen statistischen Angaben wurden mit Blick auf die Fragestellung entsprechend einer hierfür entwickelten und nachfolgend im Einzelnen dargestellten Systematik neu verknüpft.

2 Grundkonzept für die Systematik

2.1 Mögliche Kennzahlen zur Messung der Kostenentwicklung: Index/Messzahl/Kostensumme

Die Entwicklung der Kosten im Krankenhausbereich lässt sich grundsätzlich anhand eines Index, einer Messzahl oder der Veränderung der Kostensumme ablesen.

Ein Index ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mengenkomponekte konstant gehalten wird, während die Preiskomponekte die aktuelle Entwicklung der Preise widerspiegelt (Laspeyres-Index). Dabei kann grundsätzlich unterschieden werden zwischen Indizes, die auf eine „Festbasisperiode“ abstellen (Laspeyres-Festbasisindex), und solchen, bei de-

nen die Basis jeweils die Vorperiode ist (Laspeyres-Kettenindex). Da der Orientierungswert die Kostenveränderung im Vergleich zur Situation in der Vorperiode ausdrücken soll, wurde die Variante „Laspeyres-Festbasisindex“ nicht weiterverfolgt. Ein „Laspeyres-Kettenindex“ würde die reinen Preisveränderungen abbilden, im Vergleich zum Vorjahr eingetretene Mengen- und Strukturänderungen [im Personalkostenbereich zum Beispiel Änderungen der Qualifikationsstruktur (Leistungsgruppen) und der Beschäftigtenstruktur (Vollzeit/Teilzeit)] jedoch nicht berücksichtigen.

Bei einem Nachweis der Kostenentwicklung anhand einer Messzahl würden sowohl die reinen Preisänderungen als auch Verschiebungen in der Mengenstruktur einbezogen. Änderungen des Mengenniveaus würden dagegen nicht berücksichtigt.

Als dritte Option kommt noch die Berechnung der Kostenentwicklung anhand der Kostensummen in Betracht. Hierbei werden die Summen aller Kosten der jeweiligen Vergleichszeiträume ins Verhältnis gesetzt. Daher werden bei dieser Methode alle Preis- und Mengenveränderungen voll berücksichtigt.

Die mathematischen Grundlagen und Zusammenhänge sind in Anhang 1 (siehe Seite 797 ff.) ausführlich dargestellt. Anhang 1 enthält außerdem eine Beurteilung der Aussagekraft und der Eignung der Indikatoren im Hinblick auf den Teilorientierungswert für Personalkosten.

2.2 Auswahl einer Kennzahl zur Ermittlung des Orientierungswertes

Im Hinblick auf den Personalkostenbereich durchgeführte methodische Untersuchungen haben ergeben, dass sich die für den Orientierungswert relevante Entwicklung der Kosten in den Krankenhäusern adäquat durch die Berechnung eines Preisindex, hier eines Laspeyres-Kettenindex, ermitteln lässt. Dies lässt sich wie folgt begründen (siehe auch Anhang 1):

Während die Preisveränderungen korrekt ermittelt werden können, ist dies für die Mengenveränderungen nur eingeschränkt möglich. Die Differenz der Veränderungsrate gemäß der Kostensumme und des Preisindex ist ein Maß für den Einfluss aller (!) Faktormengenänderungen, unabhängig von deren Ursachen. Diese Ursachen können sein:

- a) Änderungen in der Fallzahl
- b) Änderungen in der Fallstruktur (Casemix)
- c) Faktorsubstitution, zum Beispiel in Reaktion auf geänderte Faktorpreise
- d) technischer Fortschritt beziehungsweise höhere Produktionseffizienz

Die genannten Faktoren wirken sich im System der Krankenhausfinanzierung an folgenden Stellen aus (siehe auch Anhang 1):

- a) Anzahl der Fallpauschalen
- b) Casemix (relatives „Gewicht“ der Fälle)

⁵ www.destatis.de im Bereich Publikationen > Thematische Veröffentlichungen > Fachberichte.

⁶ www.destatis.de/presse

c) + d) Wirtschaftlichkeitsreserve; Bewertung der DRG

Die Einflussfaktoren a) und b) sollten keinesfalls Auswirkungen auf den Orientierungswert haben, da jeder zusätzliche Fall von den Krankenkassen mit einer zusätzlichen Fallpauschale vergütet wird und sich Veränderungen des Casemix in den jährlichen Anpassungen der Bewertungsrelationen widerspiegeln. Die Berücksichtigung von c) und d) wäre zumindest theoretisch denkbar, sollte sich jedoch eher in dem Veränderungswert und/oder in den Finanzierungsverhandlungen selbst niederschlagen.

Im Übrigen ist eine differenzierte Darstellung der Veränderung der Kosten nach den Ursachen a) bis d) mit den vorhandenen Daten nicht möglich. Insofern bleibt gegenwärtig nur die Wahl, alle oder keine auf Veränderungen in den Faktormengen zurückzuführenden Kostenänderungen im Orientierungswert zu berücksichtigen. Da die erste Alternative zur „Doppelberücksichtigung“ bestimmter Kostengrößen im System der Krankenhausfinanzierung führen würde, scheidet diese Option aus. Für die Bestimmung des Orientierungswertes kann somit bis auf Weiteres nur auf den Laspeyres-Kettenindex zurückgegriffen werden, der ausschließlich reine Preisänderungen im Vergleich zum Vorjahr umfasst. Wirtschaftlichkeitsgewinne können auf der Basis der derzeit vorliegenden Daten bei der Berechnung des Orientierungswertes nicht berücksichtigt werden.

2.3 Teilorientierungswerte für Personal- und Sachkosten

Basisinformationen über die Kostenstruktur in den Krankenhäusern liefert der jährliche Kostennachweis der Kran-

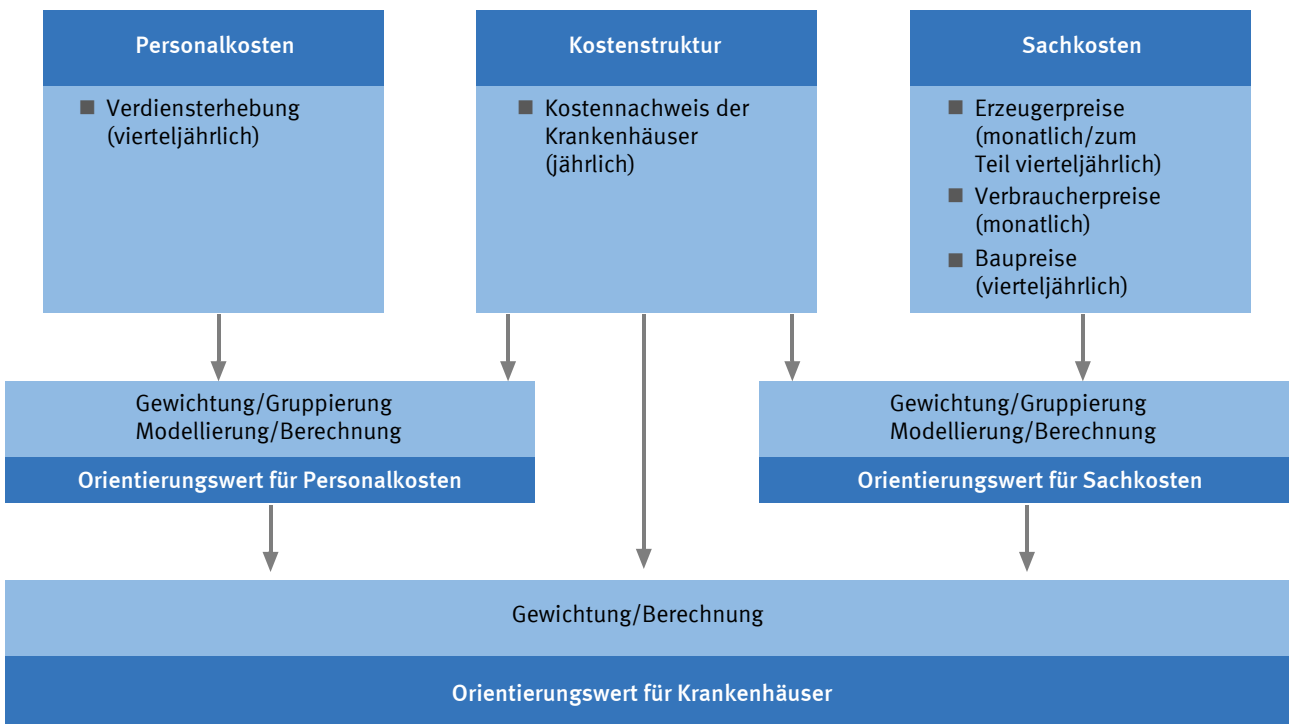
kenhäuser⁷, der Teil der Krankenhausstatistik ist und als Vollerhebung durchgeführt wird. Aus diesem ergeben sich Informationen zur Höhe und Verteilung von Personal- und Sachkosten und deren grob gegliederten Kostengruppen. Da es sich bei den Personal- und Sachkosten um Kostenarten handelt, die unterschiedlichen Einflüssen unterliegen, werden in einem ersten Schritt separate Orientierungswerte für die Personalkosten und die Sachkosten ermittelt, die nach entsprechender Gewichtung den zu veröffentlichen Orientierungswert für Krankenhäuser ergeben (siehe Schaubild 1).

Der Kostennachweis der Krankenhäuser steht erst im vierten Quartal des dem Berichtsjahr folgenden Jahres zur Verfügung; damit ist er für eine zeitnahe Fortschreibung der Kostenentwicklung, wie sie der Orientierungswert verlangt, ungeeignet. Daher dienen als zeitnahe Datengrundlage für die Personalkosten die Vierteljährliche Verdiensterhebung und für die Sachkosten die vorliegenden Preisstatistiken. Weitere Datenquellen für den Bereich Sachkosten und für die grundlegenden Einflussfaktoren auf die Kostenstruktur der Krankenhäuser wären wünschenswert, stehen aber bislang nicht zur Verfügung.

Mögliche Differenzen zwischen den fortgeschriebenen Orientierungswerten und den späteren Ergebnissen des Kostennachweises der Krankenhäuser werden nicht für eine nachträgliche Korrektur, sondern für mögliche Verbesserungen des Verfahrens zur Ermittlung der künftigen Orientierungswerte herangezogen.

⁷ Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht Kostennachweis der Krankenhäuser“; www.destatis.de im Bereich Publikationen > Qualitätsberichte > Gesundheit.

Schaubild 1 Ermittlung des Orientierungswertes für Krankenhäuser



3 Teilorientierungswert für die Personalkosten

Die Basis für die Berechnung der Entwicklung der Personalkosten ist die als geschichtete⁸ Stichprobe durchgeführte Vierteljährliche Verdiensterhebung, da sie aufgrund der unterjährigen Periodizität zeitnah Indikatoren für die Entwicklung der Lohnkosten im Bereich der Krankenhäuser liefern kann. Als weitere mögliche Datenquelle wurde 2009 auch die Statistik der Tarifverdienste in Betracht gezogen. Dies erschien jedoch aus folgenden Gründen als die schlechtere Alternative:

- › Beschäftigte in Krankenhäusern sind zum Teil nicht tarifgebunden.
- › Aktuelle Arbeitnehmerstrukturen können nicht abgebildet werden.
- › Die Statistik der Tarifverdienste bezieht sich nur auf Vollzeitbeschäftigte.

Die Vierteljährliche Verdiensterhebung ist somit besser geeignet, den jeweiligen Ist-Zustand abzubilden.

3.1 Allgemeine Erläuterungen zur Stichprobe

Die Vierteljährliche Verdiensterhebung ist eine Stichprobenerhebung. In die Ergebnisse fließen nicht die Angaben aller Krankenhäuser ein, sondern nur von denjenigen, die anhand eines aus mathematischer Sicht optimierten Stichprobenplans zufällig ausgewählt wurden. Der Stichprobenplan ist so angelegt, dass größere Krankenhäuser eine wesentlich höhere Auswahlchance haben (bis zu 100 %) als kleinere. Auf diese Weise wurde erreicht, dass die vor 2006 gezogene und von 2007 bis 2011 in der Erhebung verwendete Stichprobe der Vierteljährlichen Verdiensterhebung 70 % aller Beschäftigten und damit auch aller Personalkosten erfasste. Für eine Stichprobenerhebung ist dieser Abdeckungsgrad äußerst hoch, sodass die Ergebnisse sehr zuverlässig sind. Gleichwohl handelt es sich um eine Zufallsstichprobe und eine solche ist immer mit einem Zufallsfehler behaftet. Dieser Zufallsfehler lässt sich quantifizieren. Bei der Ermittlung des Teilorientierungswertes für die Personalkosten sind die durchschnittlichen Bruttostundenverdienste der Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten die entscheidende Größe. Die Stichprobe liefert hier zum Beispiel für das dritte Vierteljahr 2009 einen Wert von 20,63 Euro. Der sogenannte relative Standardfehler beträgt 0,4 % und ist damit sehr gering. Zum Vergleich: Die amtliche Statistik veröffentlicht Werte mit einem relativen Standardfehler bis 5 % ohne Einschränkungen und mit einem relativen Standardfehler bis 10 % mit Einschränkungen. Aus den genannten Gründen sind die Stichprobenergebnisse der Vierteljährlichen Verdiensterhebung, die in die Berechnung des Orientierungswertes einfließen, auch im Vergleich zu Ergebnissen sogenannter Vollerhebungen sehr belastbar.

⁸ Schichtungsmerkmale sind Bundesland, Betriebsgrößenklasse und Wirtschaftszweig (WZ-2-Steller).

2011 wurde eine neue Stichprobe der Vierteljährlichen Verdiensterhebung für das Berichtsjahr 2012 gezogen. Dabei wurde bei der Stichprobenplanung eine eigene Schicht für die Krankenhäuser vorgesehen, sodass auf diesem Weg die Qualität der Ergebnisse, die in den Teilorientierungswert für Personalkosten einfließen, nochmals verbessert werden konnte.

Weitere Informationen zur Qualität der Daten der Vierteljährlichen Verdiensterhebung enthält der Qualitätsbericht zur Vierteljährlichen Verdiensterhebung.⁹

3.2 Vorbereitende Maßnahmen und methodische Entscheidungen im Vorfeld der erstmaligen Berechnung des Teilorientierungswertes für Personalkosten

3.2.1 Qualität der Datengrundlage

Mit dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert ist die Verteilung von Geldern in einer Größenordnung von über 74 Milliarden Euro verbunden. Deshalb ist es unabdingbar, die bestmögliche Qualität der Daten sicherzustellen.

Da in die Berechnungen des Orientierungswertes die Ergebnisse der Vierteljährlichen Verdiensterhebung für den Wirtschaftszweig Q861 „Krankenhäuser“ (Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 – WZ 2008) vollständig eingehen, wurde 2009 zunächst anhand des statistischen Unternehmensregisters die korrekte Zuordnung der Krankenhäuser geprüft. Dies ergab einerseits, dass alle Krankenhäuser dem Wirtschaftszweig richtig zugeordnet waren. Andererseits waren in der entsprechenden Schicht der Stichprobe mehr Betriebe enthalten, als es Krankenhäuser in Deutschland gibt. Dies ließ auf eine falsche Zuordnung anderer Betriebe zum Krankenhaussektor schließen.

Im Rahmen der Umstellung der Vierteljährlichen Verdiensterhebung von der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2003 (WZ 2003), auf die Ausgabe 2008 im Jahr 2009 wurde dies bereinigt, indem fehlerhaft zugeordnete Betriebe auf die korrekten Wirtschaftszweige umgeschlüsselt wurden.

Die Überprüfung der Betriebe des Wirtschaftszweiges Q861 ergab außerdem, dass bestimmte Krankenhausstypen, die per Definition aus der Berechnung des Orientierungswertes ausgeschlossen sein sollten, zutreffenderweise diesem Wirtschaftszweig zugeordnet sind. Diesem Umstand kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeholfen werden, er muss daher in Kauf genommen werden. Allerdings ist dies für die Ergebnisse von geringer Relevanz, da der Anteil dieser eigentlich auszuschließenden Krankenhausstypen an allen Krankenhäusern gering ist und keine Hinweise, zum Beispiel aus Tarifverträgen, auf eine abweichende Verdiensterentwicklung vorliegen.

⁹ Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht der Vierteljährlichen Verdiensterhebung“; www.destatis.de im Bereich Publikationen > Qualitätsberichte > Verdienste & Arbeitskosten.

Übersicht 1

Definition der Leistungsgruppen

Für Analysezwecke werden Leistungsgruppen gebildet, die eine grobe Abstufung der Arbeitnehmertätigkeiten nach der Qualifikation darstellen. Sie sind wie folgt definiert:

Leistungsgruppe 1 „Arbeitnehmer in leitender Stellung“ = Arbeitnehmer/-innen mit Aufsichts- und Dispositionsbefugnis. Hierzu zählen zum Beispiel angestellte Geschäftsführer/-innen, sofern deren Verdienst zumindest teilweise erfolgsunabhängige Zahlungen enthält. Eingeschlossen sind auch alle Arbeitnehmer/-innen, die in größeren Führungsbereichen Dispositions- oder Führungsaufgaben wahrnehmen und Arbeitnehmer/-innen mit Tätigkeiten, die umfassende kaufmännische oder technische Fachkenntnisse erfordern. In der Regel werden die Fachkenntnisse durch ein Hochschulstudium erworben.

Leistungsgruppe 2 „Herausgehobene Fachkräfte“ = Arbeitnehmer/-innen mit sehr schwierigen bis komplexen oder vielgestaltigen Tätigkeiten, für die in der Regel nicht nur eine abgeschlossene Berufsausbildung, sondern darüber hinaus mehrjährige Berufserfahrung und spezielle Fachkenntnisse erforderlich sind. Die Tätigkeiten werden überwiegend selbstständig ausgeführt. Dazu gehören auch Arbeitnehmer/-innen, die in kleinen Verantwortungsbereichen gegenüber anderen Mitarbeiter(n)-innen Dispositions- oder Führungsaufgaben wahrnehmen (zum Beispiel Vorarbeiter/-innen, Meister/-innen).

Leistungsgruppe 3 „Fachkräfte“ = Arbeitnehmer/-innen mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung, erforderlich ist.

Leistungsgruppe 4 „Angelernte Arbeitnehmer“ = Arbeitnehmer/-innen mit überwiegend einfachen Tätigkeiten, für deren Ausführung keine berufliche Ausbildung, aber insbesondere Kenntnisse und Fertigkeiten für spezielle, branchengebundene Aufgaben erforderlich sind. Die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten werden in der Regel durch eine Anlernzeit von bis zu zwei Jahren erworben.

Leistungsgruppe 5 „Ungelernte Arbeitnehmer“ = Arbeitnehmer/-innen mit einfachen, schematischen Tätigkeiten oder isolierten Arbeitsvorgängen, für deren Ausübung keine berufliche Ausbildung erforderlich ist. Das erforderliche Wissen und die notwendigen Fertigkeiten können durch Anlernen von bis zu drei Monaten vermittelt werden.

3.2.2 Unterscheidung des Nachweises nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal

In der Konzeptphase wurde es als sinnvoll angesehen, die Entwicklung der Personalkosten getrennt nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal zu berechnen. Damit sollten vertiefte Informationen zu „Kostentreibern“ gewonnen werden, die anhand des Orientierungswertes gemessene Veränderung der Gesamtkosten der Krankenhäuser sollte zutreffender interpretiert sowie die Validität der Berechnungsmethodik besser eingeschätzt werden können.

In der Vierteljährlichen Verdiensterhebung werden die Verdienste allerdings nur in der Untergliederung nach Leistungsgruppen und nicht nach Berufen erfragt. Daher wurde anhand der Verdienststrukturerhebung, die alle vier Jahre Verdienste nach Berufen ausweist, geprüft, ob eine Differenzierung in ärztliches und nichtärztliches Personal auch anhand der Leistungsgruppen möglich ist.

Eine Sonderauswertung der Verdienststrukturerhebung des Jahres 2006 ergab, dass im Bereich Krankenhäuser (WZ 85.11 der WZ 2003) mehr als 85 % der Ärztinnen und Ärzte

der Leistungsgruppe 1 (= Arbeitnehmer in leitender Stellung) zugeordnet sind (siehe Tabelle 1).

Ersichtlich war außerdem, dass sich die Leistungsgruppe 1 zum überwiegenden Teil (78 %) aus Ärztinnen und Ärzten zusammensetzt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Verteilung der Ärztinnen und Ärzte und des nichtärztlichen Personals in den Leistungsgruppen 2006
%

	Nicht-ärztliches Personal	Ärzte/Ärztinnen	Alle Arbeitnehmer/-innen
Leistungsgruppe 1	22,0	78,0	100
Leistungsgruppe 2	94,2	5,8	100
Leistungsgruppe 3	99,3	0,7	100
Leistungsgruppe 4	98,6	1,4	100
Leistungsgruppe 5	97,2	2,8	100
Alle Leistungsgruppen	87,8	12,2	100
Keine Angabe zur Leistungsgruppe	99,5	0,5	100

Tabelle 1 Verteilung der Ärztinnen und Ärzte und des nichtärztlichen Personals auf die Leistungsgruppen 2006
%

	Nicht-ärztliches Personal	Ärzte/Ärztinnen	Alle Arbeitnehmer/-innen
Leistungsgruppe 1	3,4	85,2	13,4
Leistungsgruppe 2	22,6	10,0	21,0
Leistungsgruppe 3	50,8	2,5	44,9
Leistungsgruppe 4	9,0	0,9	8,0
Leistungsgruppe 5	4,7	1,0	4,3
Alle Leistungsgruppen	100	100	100
Keine Angabe zur Leistungsgruppe	9,6	0,3	8,5

Aufgrund dieser Erkenntnisse erscheint es vertretbar, das ärztliche und nichtärztliche Personal anhand der Leistungsgruppen zuzuordnen.

Betrachtet man die Verdienste nach Leistungsgruppen, sind sowohl beim ärztlichen als auch beim nichtärztlichen Personal deutliche Unterschiede zwischen der Leistungsgruppe 1 und der Leistungsgruppe 2 (= Herausgehobene Fachkräfte) zu erkennen. Dies lässt darauf schließen, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die eventuell falsch in Leistungsgruppe 2 eingeordnet sind, gering sein muss.

Auch aus diesem Grund sollte die Vorgehensweise, das ärztliche Personal durch die Leistungsgruppe 1 und das nichtärztliche Personal durch die Leistungsgruppen 2 bis 5

Tabelle 3 Bruttomonatsverdienste nach Beschäftigungsart und Leistungsgruppe im Oktober 2006

EUR

	Nicht-ärztliches Personal	Ärzte/Ärztinnen	Alle Arbeitnehmer/-innen
Vollzeit			
Leistungsgruppe 1	4 522	6 244	5 913
Leistungsgruppe 2	2 960	4 778	3 099
Leistungsgruppe 3	2 473	3 602	2 481
Leistungsgruppe 4	2 033	4 006	2 084
Leistungsgruppe 5	1 791	4 956	1 926
Teilzeit			
Leistungsgruppe 1	2 255	3 510	3 045
Leistungsgruppe 2	1 914	3 171	1 951
Leistungsgruppe 3	1 607	2 281	1 610
Leistungsgruppe 4	1 271	1 647	1 272
Leistungsgruppe 5	1 087	2 190	1 101
Keine Angabe zur Leistungsgruppe	410	492	414

zu approximieren, eine ausreichend genaue Abschätzung sein.

3.2.3 Lohnnebenkosten

Die Personalkosten (= Arbeitskosten) setzen sich zusammen aus den Bruttoverdiensten und den Lohnnebenkosten. Da die Vierteljährliche Verdiensterhebung nur die Entwicklung der Verdienste abbildet, muss der Anteil der Lohnnebenkosten hinzugeschätzt werden. Es wurde daher 2009 geprüft, ob den Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ein entsprechender Faktor entnommen werden könnte. Diese Vorgehensweise wird auch bei der Berechnung des Arbeitskostenindex praktiziert.

Ein Vorteil der Verwendung von Angaben der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen wäre, dass sie ebenfalls vierteljährlich zur Verfügung stehen. Ein Nachteil könnte darin bestehen, dass die Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen nicht für den Wirtschaftszweig „Krankenhäuser“ verfügbar sind, sondern nur für die übergeordnete Wirtschaftsabteilung „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ (WZ 2003). Es musste daher überprüft werden, ob die verfügbaren Angaben einen guten Näherungswert für den (unbekannten) Faktor im Wirtschaftszweig „Krankenhäuser“ darstellen.

Ein Vergleich des Zuschlagsfaktors für die Lohnnebenkosten in allen Wirtschaftsabteilungen ergab nur unwesentliche Abweichungen. Dies lässt vermuten, dass sich der Faktor für den untergeordneten Bereich der Krankenhäuser ebenfalls nur geringfügig von dem der Wirtschaftsabteilung „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ unterscheidet.

Eine zusätzlich durchgeführte Sonderauswertung der Arbeitskostenerhebung 2004 zielte darauf ab, herauszufinden, ob die Struktur der Arbeitskosten in den Wirtschaftsbereichen „Krankenhäuser“ und „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ übereinstimmt. Sie hatte folgendes Ergebnis:

- › Die Abweichungen für einzelne Kostenbestandteile lagen zwischen –0,7 und +0,6 Prozentpunkten, wobei

23 % der Positionen gar keine Abweichungen aufwiesen und bei 47 % die Abweichung lediglich zwischen –0,2 und +0,2 Prozentpunkten lag.

- › Auch die Anteile der Bruttoverdienste in den beiden Wirtschaftsbereichen „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ und „Krankenhäuser“ an den jeweiligen Arbeitskosten insgesamt wichen nur um 0,2 Prozentpunkte voneinander ab.

Eine Zuschätzung der Lohnnebenkosten anhand der Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen für die Wirtschaftsabteilung „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ erscheint daher sinnvoll und vertretbar. Dies gilt umso mehr, da die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen inzwischen ebenfalls auf die WZ 2008 umgestellt wurden und nunmehr Angaben für die spezifisch den Gesundheitssektor repräsentierende Wirtschaftsabteilung „Gesundheitswesen“ verwendet werden können.

3.2.4 Beamtetes Personal

Im Zusammenhang mit den Überlegungen zur Berechnung eines Zuschlagsfaktors für die Lohnnebenkosten wurde ebenfalls überprüft, ob die Tatsache, dass Beamtinnen und Beamte nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegen, berücksichtigt werden muss. Die Recherchen im Jahr 2009 haben ergeben, dass etwa 5 000 Beamte an Hochschulkrankenhäusern und etwa 1 600 Beamte an sonstigen Krankenhäusern tätig waren. Dies entspricht lediglich rund 0,8 % der Gesamtzahl der Beschäftigten an Krankenhäusern (etwa 800 000). Eine gesonderte Berücksichtigung der Beamten bei der Bestimmung des Zuschlagsfaktors ist daher aus methodischer Sicht nicht erforderlich.

3.3 Berechnungsmethodik

Nachstehend wird die Methodik der Berechnung der Personalkostenentwicklung anhand der Kennzahlen Laspeyres-Kettenindex, Messzahl und Kostensumme erläutert. Dabei werden jeweils vier Berechnungsschritte dargestellt, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Kennzahlen zu verdeutlichen.

3.3.1 Option A: Darstellung der Personalkostenentwicklung anhand eines Laspeyres-Kettenindex

(1) Bei der Berechnung sollte der Verdienst von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten differenziert nach Geschlecht und Leistungsgruppen berücksichtigt werden, um die tatsächliche Beschäftigungssituation in Krankenhäusern so realistisch abzubilden, wie dies die Vierteljährliche Verdiensterhebung als Datengrundlage zulässt. Als Grundlage für die Berechnung des Personalkostenindex für Krankenhäuser wird daher der durchschnittliche Bruttostundenverdienst vollzeit- und teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach Leistungsgruppen gewählt. Dieser errechnet sich durch Division der Verdienstsomme durch die Anzahl der bezahlten Stunden im jeweiligen Berichtsquartal und hat im Gegensatz zum durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst den Vorteil, dass sich Verschiebungen in der Struktur

der Arbeitnehmer/-innen nicht unerwünscht auswirken (der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst könnte sich zum Beispiel allein durch einen Anstieg der Anzahl teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer/-innen reduzieren).

Als Basiszeitraum wurde das Vorjahr beziehungsweise das Vorjahresquartal festgelegt.

(2) Für die Berechnung der Personalkostenentwicklung im Krankenhausbereich insgesamt werden zunächst Angaben der Vierteljährlichen Verdiensterhebung zu den bezahlten Arbeitsstunden und den Bruttostundenverdiensten, differenziert nach Vollzeit/Teilzeit, Geschlecht und den Leistungsgruppen 1 bis 5, des jeweiligen Berichtsquartals verwendet, um einen Durchschnittsverdienst je Stunde mit aktuellen Gewichten je Quartal zu berechnen. Zusätzlich wird mithilfe der Bruttostundenverdienste im Berichtsquartal und der Stundenanzahl im Vorjahresquartal ein durchschnittlicher Bruttostundenverdienst mit Gewichten der Vorperiode ermittelt.¹⁰ Die Mengenkomponente der jeweiligen Vorperiode wird durch die Gewichtung der Bruttostundenverdienste der Berichtsperiode mit Gewichten der Vorperiode konstant gehalten.

(3) Der Zuschlagsfaktor für die Lohnnebenkosten im jeweiligen Zeitraum wird aus den Daten der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen abgeleitet und errechnet sich durch Division der (tatsächlichen und unterstellten) Sozialbeiträge durch die Bruttolöhne und -gehälter. Die Bruttostundenverdienste werden im nächsten Schritt um diesen Faktor erhöht, um so die Personalkosten je bezahlter Stunde zu erhalten.

(4) Die Personalkosten je bezahlter Stunde der Berichtsperiode werden abschließend zu dem entsprechenden Wert der Basisperiode ins Verhältnis gesetzt.

3.3.2 Option B: Darstellung der Personalkostenentwicklung anhand einer Messzahl

(1) Wie im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (1).

(2) Als Ausgangsbasis für die Berechnung der Messzahl werden die im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (2) beschriebenen Hilfsgrößen verwendet. Über die Gewichtung der Bruttostundenverdienste der Berichtsperiode mit aktuellen relativen Gewichten werden Änderungen in der Mengenstruktur berücksichtigt.

(3) Wie im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (3).

(4) Wie im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (4).

3.3.3 Option C: Darstellung der Personalkostenentwicklung anhand der Kostensummen

(1) Grundlage der Berechnung sind die Bruttoverdienstsummen einschließlich Sonderzahlungen der jeweiligen Berichts- beziehungsweise Basisperiode.

10 Als Grundlage für die Berechnung der Personalkosten bei Ärzten wird der durchschnittliche Bruttostundenverdienst in Leistungsgruppe 1 gewählt. Die Personalkosten für nichtärztliches Personal basieren auf einem durchschnittlichen Verdienst der Leistungsgruppen 2 bis 5. Für beide Personalgruppen wird analog der oben beschriebenen Vorgehensweise ein Durchschnittswert über alle Leistungsgruppen gebildet.

(2) Die Verdienstsomme insgesamt errechnet sich durch Addition der Verdienstsommen aller Leistungsgruppen. Die Verdienstsomme für Ärzte ist gleich der Verdienstsomme der Leistungsgruppe 1. Die Verdienstsomme für nichtärztliches Personal ergibt sich durch Addition der Verdienstsommen der Leistungsgruppen 2 bis 5.

(3) Wie im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (3).

(4) Wie im Abschnitt 3.3.1 Ziffer (4).

3.4 Überprüfung der Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Konzeptentwicklung standen Daten der Krankenhausstatistik für das Jahr 2008 zur Verfügung, die zur Überprüfung der Berechnungsergebnisse herangezogen wurden. In Tabelle 4 ist die Entwicklung der Personalkosten in Krankenhäusern von 2007 bis 2008 gemessen anhand des Laspeyres-Kettenindex und des Kostennachweises der Krankenhäuser gegenübergestellt.

Tabelle 4 Vergleich der Entwicklung der Personalkosten in Krankenhäusern anhand des Laspeyres-Kettenindex und des Kostennachweises der Krankenhäuser 2007/2008
%

	Alle Arbeitnehmer/-innen	Ärzte/Ärztinnen	Nicht-ärztliches Personal
Laspeyres-Kettenindex	+ 1,0	+ 2,4	+ 0,4
Kostennachweis der Krankenhäuser	+ 2,7	+ 4,5	+ 1,8
Abweichung in Prozentpunkten	- 1,7	- 2,1	- 1,4

Ein möglicher Erklärungsansatz für die Abweichungen liegt darin, dass die Krankenhausstatistik als Personalkosten nicht nur die Kosten definiert, die in direktem Zusammenhang mit der stationären Arbeit stehen, sondern auch sogenannte nichtstationäre Kosten in die Personalkosten einrechnet. Hierunter fallen zum Beispiel Kosten für Personalunterkunft und -verpflegung, Kosten für Hilfsbetriebe, für wissenschaftliche Forschung und Lehre, für ambulante Leistungen von Ärzten der Krankenhäuser, für Ambulanzen der Krankenhäuser sowie Kosten für die Arztausbildung bei Lehrkrankenhäusern. Diese Kostenarten sind im Arbeitskostenbegriff der Verdiensterhebungen nicht enthalten. Eine überdurchschnittliche Steigerung der nichtstationären Personalkosten könnte somit den höheren Anstieg der Personalkosten im Kostennachweis der Krankenhäuser im Vergleich zu den basierend auf der Vierteljährlichen Verdiensterhebung ermittelten Personalkosten verursacht haben.

Darauf könnte auch die Entwicklung der Gesamtkosten hindeuten, die folgendes Bild ergibt: Die bereinigten Kosten (= Bruttogesamtkosten minus nichtstationäre Kosten insgesamt) stiegen im Jahr 2008 im Vergleich zum Vorjahr um 4,6%. Die nichtstationären Kosten insgesamt stiegen im gleichen Zeitraum um 7,4%. Für den Bereich der Personalkosten ist ein Nachweis der nichtstationären Kosten leider nicht möglich. Vermutlich sieht die Entwicklung aber ähnlich aus.

Tabelle 5 Entwicklung der Bruttogesamtkosten und Abzüge

	Bruttogesamtkosten	Abzüge				Bereinigte Kosten
		insgesamt	Ambulanz	wissenschaftliche Forschung und Lehre	sonstige Abzüge	
	Mill. EUR					
2007	69 194	8 745	2 891	2 330	3 523	60 450
2008	72 639	9 393	3 128	2 419	3 846	63 245
	%					
2008 gegenüber 2007 ..	+ 5,0	+ 7,4	+ 8,2	+ 3,8	+ 9,2	+ 4,6

Weiterhin wurde geprüft, inwieweit die Anzahl der im Kostennachweis der Krankenhäuser berücksichtigten Vollkräfte mit der Anzahl der hochgerechneten Arbeitnehmer aus der Vierteljährlichen Verdiensterhebung übereinstimmt. Hierzu wurden die Teilzeitbeschäftigten der Vierteljährlichen Verdiensterhebung mithilfe der bezahlten Stunden in Vollzeitäquivalente umgerechnet. Die hochgerechnete Zahl der Vollzeitäquivalente aus der Vierteljährlichen Verdiensterhebung entspricht danach nahezu exakt der Zahl der Vollkräfte aus der Krankenhausstatistik. Auch der Personalzuwachs von 2007 auf 2008 hat einen ähnlichen Umfang wie in der Krankenhausstatistik.

Die Ende 2009 für die Vierteljährliche Verdiensterhebung durchgeführte Überprüfung der Anzahl der hochgerechneten Arbeitnehmer ergab für den Zeitraum vom ersten Quartal 2007 bis zum zweiten Quartal 2009 eine recht stabile Entwicklung der Beschäftigtenzahlen. Die Veränderungen im Vergleich zum jeweiligen Vorquartal lagen zwischen $-3,0\%$ und $+3,6\%$. Auch die Verteilung der Arbeitnehmer auf die einzelnen Leistungsgruppen blieb über den untersuchten Zeitraum hinweg stabil.

Die Überprüfung der Anzahl der hochgerechneten Betriebe ergab für den oben genannten Zeitraum ebenfalls keine Auffälligkeiten (Veränderungsraten zum jeweiligen Vorquartal zwischen $+0,4\%$ und $-2,0\%$). Vergleicht man jedoch die Anzahl hochgerechneter Betriebe der Vierteljährlichen Verdiensterhebung im Wirtschaftszweig „Krankenhäuser“ mit der Anzahl der Krankenhäuser im Kostennachweis, so zeigt sich, dass der Vierteljährlichen Verdiensterhebung rund 60% mehr Betriebe zugrunde liegen. Der Grund hierfür liegt in der unterschiedlichen Definition dessen, was jeweils gezählt wird. Während die Vierteljährliche Verdiensterhebung auf einzelne Betriebe abstellt, befragt die Krankenhausstatistik sogenannte Wirtschaftseinheiten. Wenn mehrere Krankenhausstandorte über eine gemeinsame Verwaltungseinheit verfügen, meldet diese für alle angeschlossenen Krankenhäuser zusammen als Einheit.

3.5 Schlussfolgerungen

Die auf Grundlage der Ausführungen in Anhang 1 durchgeführten methodischen Untersuchungen haben ergeben, dass sich die für den Teilorientierungswert relevante Entwicklung der Personalkosten in den Krankenhäusern, das heißt im Wesentlichen die Änderung des Verdienstniveaus, adäquat durch die Berechnung eines Laspeyres-Kettenindex auf der Grundlage der Vierteljährlichen Verdiensterhebung ermitteln lässt. Als Hintergrundinformationen werden die Veränderungen der Messzahl und der Kostensumme

berechnet und außerdem nach ärztlichem und nichtärztlichem Personal differenziert, da dies Hinweise zu Struktur- und Mengenänderungen und deren Auswirkungen auf die gesamten Personalkosten im Krankenhaussektor liefert.

4 Teilorientierungswert für die Sachkosten

4.1 Datenquellen

Zur Berechnung der Preisveränderung der Sachkosten der Krankenhäuser werden verschiedene Preisstatistiken aus dem preisstatistischen System des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

Die einzelnen Statistiken des preisstatistischen Systems unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht. Ihre Abgrenzung ergibt sich aus den Wirtschaftsstufen, in denen die Preise erhoben werden, und den Waren oder Dienstleistungen, für die Preise erhoben werden. Ebenso wird zwischen Einkaufs- und Verkaufspreisen unterschieden. Das System der deutschen Preisstatistik berücksichtigt dabei die komplette Wertschöpfungskette von der Produktion über den Handel bis zum Verbrauch der Waren und Dienstleistungen.

Die Preisindizes werden nach der Laspeyres-Methode berechnet. Wägungsschema und Basisjahr werden in der Regel in einem Rhythmus von fünf Jahren angepasst. Qualitätsveränderungen von Produkten werden durch geeignete Verfahren (Qualitätsbereinigung) herausgerechnet, sodass die reine Preisveränderung eines Produktes in die Indexberechnung einfließt.

Für die Berechnung des Teilorientierungswertes für die Sachkosten werden aus den Daten der amtlichen Preisstatistik Subindizes aus der Statistik der Erzeugerpreise für gewerbliche Produkte, der Verbraucherpreisstatistik, aus der Statistik der Erzeugerpreise für Dienstleistungen und Preisindizes für die Bauwirtschaft verwendet.

4.1.1 Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz)

Die Statistik der Erzeugerpreise für gewerbliche Produkte erstreckt sich auf die Kaufverträge für alle industriellen Erzeugnisse von Unternehmen mit Sitz in Deutschland, die ihre Erzeugnisse im Inland produzieren und absetzen. Aus dieser Grundgesamtheit werden in einem mehrstufigen Auswahlverfahren repräsentative Produkte ausgewählt und ihre Preisentwicklung beobachtet. Es werden die Verkaufs-

preise der Produzenten erhoben. Im Warenkorb zum aktuellen Basisjahr 2005 befinden sich etwa 1 300 Produktarten, für die monatlich von 5 000 Unternehmen etwa 9 000 Preise gemeldet werden.¹¹

4.1.2 Verbraucherpreise

Zur Erhebungsgesamtheit der Verbraucherpreisstatistik gehören die Güter aller Anbieter von Waren und Dienstleistungen im Inland, soweit diese Teil der Verbrauchsausgaben der privaten Haushalte sind. Die Waren und Dienstleistungen, für die Preise erhoben werden, bilden repräsentativ das gesamte Spektrum der Verbrauchsausgaben privater Haushalte in Deutschland ab. Dieser Warenkorb umfasst für das aktuelle Basisjahr 2005 etwa 700 Güterarten, für die monatlich in rund 30 000 Berichtsstellen Einkaufspreise für über 300 000 repräsentativ ausgewählte Verkaufsfälle erhoben werden.¹²

4.1.3 Erzeugerpreise für Dienstleistungen

Die Erzeugerpreisstatistik für Dienstleistungen erhebt vierteljährlich etwa 15 900 Preise für repräsentativ ausgewählte Dienstleistungen in rund 2 500 Unternehmen. Zur Grundgesamtheit der Erzeugerpreisstatistik für Dienstleistungen gehören alle Unternehmen, Selbstständigen und Freiberufler mit Sitz in Deutschland, die Dienstleistungen der durch EU-Verordnung festgelegten Wirtschaftszweige erbringen.¹³

4.1.4 Preisindizes für Bauleistungen

Für die Berechnung der Preisindizes für die Bauwirtschaft werden vierteljährlich Preise für die Ausführung fest umrisser Bauleistungen erhoben. Es werden rund 5 000 Unternehmen befragt, die im Durchschnitt Preise für 6 Bauleistungen angeben.¹⁴

4.2 Auswahl der Preisreihen als Datengrundlage

Für die Berechnung des Teilorientierungswertes für Sachkosten von Krankenhäusern werden die vorhandenen Preisindizes des Statistischen Bundesamtes als Datengrundlage für die Preisentwicklung verwendet. Die Auswahl der Preisindizes orientiert sich an den Erläuterungen zu den Sachkostengruppen in der Veröffentlichung „Kostennachweis der Krankenhäuser“ (Fachserie 12, Reihe 6.3). Die Sachkosten sind hier wie folgt untergliedert:

- › Lebensmittel und bezogene Leistungen
- › Medizinischer Bedarf
 - Arzneimittel

- Blut, Blutkonserven und Blutplasma
- Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- ärztliche und pflegerische Verbrauchsmaterialien, Instrumente
- Narkose- und sonstiger OP-Bedarf
- Laborbedarf
- Implantate
- Transplantate
- › Wasser, Energie, Brennstoffe
- › Wirtschaftsbedarf
- › Verwaltungsbedarf
- › Zentraler Verwaltungsdienst
- › Zentraler Gemeinschaftsdienst
- › Pflegesatzfähige Instandhaltung
- › Sonstige Abgaben
- › Versicherungen
- › Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter
- › Sonstige Sachkosten

In den Preisstatistiken werden verschiedene Klassifikationen verwendet, auf deren Grundlage Subindizes auf verschiedenen Hierarchieebenen berechnet werden. Für die Erzeugerpreise gewerblicher Produkte bildet das Güterverzeichnis für Produktionsstatistiken, Ausgabe 2009 (GP 2009), die Grundlage.¹⁵ Für die Verbraucherpreise findet die Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP) Anwendung.¹⁶ Die Erzeugerpreise für Dienstleistungen werden nach der Gliederung der Klassifikation der Wirtschaftszweige, Ausgabe 2008 (WZ 2008) berechnet.¹⁷ Für die Berechnung der Preisindizes für Bauleistungen wird eine eigenständige Gliederung für verschiedene Bauleistungen verwendet.¹⁸

Auf der untersten Ebene der jeweiligen Gliederung wird die Preisentwicklung für ein bestimmtes Produkt, eine bestimmte Produktkategorie oder eine bestimmte Dienstleistung angegeben. Preisindizes für höhere Hierarchie-Ebenen geben die allgemeine Preisentwicklung einer weiter gefassten Gruppe von Waren oder Dienstleistungen an. Für die Berechnung des Teilkostenindex für Sachkosten war zu entscheiden, auf welcher Gliederungsebene die einzelnen Indizes in die Berechnung aufgenommen werden sollten.

Für eine Aufnahme von Indizes auf der untersten Gliederungsebene sprach die Möglichkeit, die einzelnen Subindi-

11 Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz)“; www.destatis.de im Bereich Publikationen › Qualitätsberichte › Preise.

12 Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht Verbraucherpreisindex“; www.destatis.de im Bereich Publikationen › Qualitätsberichte › Preise.

13 Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht Erzeugerpreisindizes für unternehmensnahe Dienstleistungen“; www.destatis.de im Bereich Publikationen › Qualitätsberichte › Preise.

14 Siehe Statistisches Bundesamt (Herausgeber): „Qualitätsbericht Preisindizes für die Bauwirtschaft – Statistik der Bauleistungspreise“; www.destatis.de im Bereich Publikationen › Qualitätsberichte › Preise.

15 Siehe Fachserie 17 „Preise“, Reihe 2 „Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise)“.

16 Siehe Fachserie 17 „Preise“, Reihe 7 „Verbraucherpreisindizes für Deutschland“.

17 Siehe Fußnote 14.

18 Siehe Fachserie 17 „Preise“, Reihe 4 „Preisindizes für die Bauwirtschaft“.

zes den Inputprodukten der Krankenhäuser genauer zuordnen zu können. Mit einer passenden Feingewichtung ließe sich damit ein Genauigkeitsgewinn erzielen.

Preisindizes auf höheren Gliederungsebenen werden aus gewichteten Preisindizes der unteren Gliederungsebenen gebildet. Für die Erzeugerpreise gewerblicher Produkte stammen diese Gewichtungen aus den Umsatz- und Produktionswerten der gewerblichen Produktion in Deutschland, für die Verbraucherpreise in der Hauptsache aus der im Rahmen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe ermittelten Ausgabenstruktur der privaten Haushalte. Es ist davon auszugehen, dass diese Gewichtung in den meisten Fällen nicht mit der Verteilung der Sachkosten der Krankenhäuser identisch ist. Da die genaue Verteilung der Sachkosten der Krankenhäuser unterhalb der Ebene, die in der Krankenhausstatistik ausgewiesen wird, nicht bekannt ist, könnte die vorhandene Gewichtung der Preisindizes als Näherungswert herangezogen werden. Für die Verwendung von Preisindizes auf höheren Gliederungsebenen spricht die größere Repräsentativität der Preisreihen für eine größere Gütergruppe. Hinter den Preisindizes auf höheren Gliederungsebenen stehen mehr Preisbeobachtungen als hinter denen auf niedrigeren Gliederungsebenen. Damit besteht aber auch die Gefahr, dass Produkte mit in die Berechnungen aufgenommen werden, die nicht zu den Inputprodukten der Krankenhäuser gehören. Da Subindizes verschiedener Preisstatistiken zur Berechnung herangezogen werden, ergäbe sich darüber hinaus das Problem der Gewichtung der einzelnen herangezogenen Preisstatistiken zueinander.

Bei einem Abwägen des Für und Wider sprach die größere Transparenz des Rechensystems für die Verwendung möglichst detaillierter Subindizes. In die Berechnung des Teilkostenindex für Sachkosten werden auf tiefster Gliederungsebene alle vorhandenen Subindizes einbezogen, die auf Grundlage der Erläuterungen zu den Kostengruppen im „Kostennachweis der Krankenhäuser“ den Inputprodukten der Krankenhäuser zugeordnet werden können. Darunter sind auch Subindizes, die zwar nicht speziell dem Krankenhaussektor zuzuordnen sind, die aber als repräsentativ für bestimmte Kostenbereiche angesehen werden können. Dies ist zum Beispiel bei der Kostengruppe „Versicherungen“ der Fall.

Die herangezogenen Subindizes setzen sich wie folgt zusammen:

- › Erzeugerpreise gewerblicher Produkte (Inlandsabsatz) 144 Subindizes
- › Verbraucherpreise 49 Subindizes
- › Erzeugerpreise für Dienstleistungen 7 Subindizes
- › Baupreise 1 Subindex

Aus den verschiedenen Preisstatistiken werden somit 201 Subindizes verwendet.

Die genaue Auswahl der Subindizes enthält Anhang 2 „Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten“ auf Seite 800 ff. Die verwendeten Preisindizes werden

in der Datenbank GENESIS-Online veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Drei Kostengruppen und einer Untergruppe konnten von Seiten des Statistischen Bundesamtes keine Preisreihen zugeordnet werden. Dies sind die Gruppen „Zentraler Verwaltungsdienst“, „Zentraler Gemeinschaftsdienst“, „Sons-tige Sachkosten“ und die Untergruppe „Transplantate“. Insgesamt machen diese vier Gruppen etwa 10,2% der Sachkosten (= 3,9% der Gesamtkosten) der Krankenhäuser aus.

4.3 Qualitätsänderungen der Produkte

Das Konzept des „reinen Preisvergleichs“ der Preisstatistik erfordert, dass Produkte konstanter Qualität beobachtet werden. Verändert sich die Qualität eines Produktes, wird der Preis für die Zwecke der Inflationsmessung korrigiert (sogenannte Qualitätsbereinigung). So hat zum Beispiel eine Verbesserung eines Produkts bei gleichbleibendem Preis eine Verringerung des Preises, der in die Indexberechnung eingeht, zur Folge.

Da Qualitätsänderungen der gekauften Produkte die Entwicklung der Kosten beeinflussen, wäre ein Verzicht auf die Qualitätsbereinigung bei der Berechnung des Teilorientierungswertes für Sachkosten wünschenswert.

Für diejenigen Preisstatistiken, die zentral vom Statistischen Bundesamt berechnet werden, liegen Informationen über die Qualitätsänderungen vor. Daher könnten Preisanpassungen aufgrund von Qualitätsänderungen für die Berechnung des Orientierungswertes grundsätzlich wieder rückgängig gemacht werden. Zu den zentralen Statistiken gehören die Statistik der Erzeugerpreise gewerblicher Produkte und die Statistik der Erzeugerpreise für Dienstleistungen. Auch Preisanpassungen bei bestimmten Indizes aus der Verbraucherpreisstatistik könnten wieder rückgängig gemacht werden, so etwa bei denen für EDV-Geräte. Die Rücknahme der Preisanpassungen wäre allerdings mit erheblichem Aufwand verbunden.

Untersuchungen der ausgewählten Preisindizes haben ergeben, dass der Effekt einer Rücknahme der Qualitätsbereinigung in den meisten Fällen nur minimal wäre, sodass angesichts des erheblichen Zusatzaufwands hierauf verzichtet wird. Nur im Bereich der Informationstechnologie ist dieser Effekt größer. Daher wird hier die Qualitätsbereinigung für die Berechnung des Orientierungswertes rückgängig gemacht.

4.4 Gewichtung der Preisreihen, Wägungsschema

Durch das Wägungsschema, das die Gewichtung der Preisreihen für die Berechnung des Teilorientierungswertes für Sachkosten bestimmt, wird die Kostenstruktur der Krankenhäuser abgebildet. Als Informationsquelle dient der „Kostennachweis der Krankenhäuser“, in dem die Sachkosten in zwölf Kostengruppen aufgeteilt sind. Die Kostengruppe „medizinischer Bedarf“ ist zusätzlich nach acht Untergruppen differenziert. Für das Wägungsschema, das den Berech-

nungen des Orientierungswertes für das Jahr 2012 zugrunde liegt, wird der aktuelle „Kostennachweis der Krankenhäuser“ für das Jahr 2010 verwendet.¹⁹ Das Wägungsschema wird jährlich an die neuesten Ergebnisse aus dem „Kostennachweis der Krankenhäuser“ angepasst.

Die Kostengruppen und die Untergruppen werden entsprechend der Kostenverteilung aus dem „Kostennachweis der Krankenhäuser“ gewichtet. Die drei Kostengruppen und die eine Untergruppe, denen – wie in Abschnitt 4.2 beschrieben – keine Preisindizes zugeordnet werden konnten, werden bei der Gewichtung nicht berücksichtigt.

Da keine weiteren Informationen über die Kostenverteilung innerhalb der Kostengruppen oder Untergruppen aus der amtlichen Statistik zur Verfügung stehen, werden die ausgewählten Preisindizes den Kostengruppen beziehungsweise den Untergruppen zugeordnet und innerhalb der Kostengruppen gleich gewichtet. Die aktuelle Gewichtung der Kostengruppen ist im Anhang 2 „Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten“ enthalten.

4.5 Berechnung des Teilorientierungswertes für Sachkosten

Da die Preisindizes aus den verschiedenen Preisstatistiken für unterschiedliche Berichtszeiträume vorliegen, werden zunächst für die Preisindizes, für die monatliche Ergebnisse vorliegen, Quartalswerte als Mittelwerte aus den Monatsergebnissen berechnet. Anhand dieser Quartalswerte werden für neun Kostengruppen Preisindizes als gleich gewichtete Mittelwerte berechnet. Diese Kostengruppenpreisindizes werden als gewogenes Mittel zu einem Gesamtpreisindex für die Krankenhaussachkosten zusammengefasst. Der Index wird als Kettenindex berechnet. Die Gewichtung wird jährlich an die Ergebnisse des „Kostennachweises der Krankenhäuser“ angepasst, verkettet wird über das zweite Quartal eines jeden Jahres. Für die erstmalige Berechnung wurde das Jahr 2007 im Jahresdurchschnitt auf 100 normiert.

Der Gesamtindex für die Sachkosten der Krankenhäuser gibt die preisinduzierten Kostensteigerungen der Krankenhäuser im Sachkostenbereich wieder. Kostenänderungen, die durch Mengenänderungen verursacht werden, werden von dem Index nicht abgebildet.

Dem arithmetischen Mittel der jeweils letzten vier Quartale des Gesamtindex für Sachkosten wird das arithmetische Mittel der vier Quartale des entsprechenden Vorjahreszeitraums gegenübergestellt. Die daraus ermittelte prozentuale Veränderung ergibt den Teilorientierungswert für Sachkosten.

4.6 Ergebnisse

Proberechnungen ergaben, dass in den vergangenen Jahren die Differenz zwischen der berechneten Preisentwicklung und der tatsächlichen Kostenentwicklung nicht unerheblich war. Beispielhaft ist in Tabelle 6 der Teilorientierungswert

Tabelle 6 Vergleich der Entwicklung der Preisindizes im Teilorientierungswert für Sachkosten mit dem Kostennachweis der Krankenhäuser

	Teilorientierungswert für Sachkosten	Sachkosten gemäß Kostennachweis der Krankenhäuser	Abweichung
	gleitender Vorjahresvergleich in %	Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %	Prozentpunkte
2008 gegenüber 2007 ..	+ 1,5	+ 6,3	- 4,8

für Sachkosten für das Jahr 2008 und die prozentuale Veränderung der Sachkosten gemäß dem „Kostennachweis der Krankenhäuser“ von 2007 auf 2008 aufgeführt. Neben den bereits beschriebenen Lücken des Teilorientierungswertes für Sachkosten dürfte der Grund für die Abweichung hauptsächlich darin liegen, dass Mengenänderungen, wie zum Beispiel Änderungen der Fallzahl, des Casemix oder der Substitution von Kostenfaktoren und ähnlichen Veränderungen²⁰, im Teilorientierungswert für Sachkosten nicht berücksichtigt werden.

4.7 Ausblick

4.7.1 Zusätzliche Preisindizes

Die Auswahl der Preisindizes, die in die Berechnung des Teilorientierungswertes für Sachkosten einfließen, konnte ausschließlich auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt in den verschiedenen Preisstatistiken verfügbaren Subindizes erfolgen.

Wie oben ausgeführt, können derzeit drei Kostengruppen und einer Untergruppe der Krankenhauskosten, auf die etwa 10,2% der Sachkosten der Krankenhäuser entfallen, keine Preisindizes zugeordnet werden. Unter den für die Berechnungen verwendeten Preisindizes sind auch solche, die zwar nicht speziell dem Krankenhausesektor zuzuordnen sind, die aber als repräsentativ für bestimmte Kostenbereiche angesehen werden können. Für verschiedene andere Kostengruppen scheinen nicht genügend Preisindizes zu existieren, um die gesamten Inputprodukte ausreichend repräsentieren zu können. Dies trifft beispielsweise auch auf die größte Kostengruppe „Medizinischer Bedarf“ zu. Die verwendeten Preisstatistiken müssten um entsprechende Preisindizes erweitert werden, um diese Lücken schließen zu können. Auch Preisstatistiken, die bisher noch nicht verwendet wurden, zum Beispiel die Einfuhrpreisstatistik, aus der keine Preisindizes in die Berechnung einbezogen werden konnten, müssten entsprechend erweitert werden.

Eine Erweiterung der Preisstatistiken ist kurzfristig nicht möglich. Im Abstand von fünf Jahren findet für jede Preisstatistik eine Indexrevision statt. Die Revision ist verbunden mit einer neuen Zusammenstellung des Wägungsschemas und

¹⁹ Fachserie 12 „Gesundheit“, Reihe 6.3 „Kostennachweis der Krankenhäuser“; verwendet werden die Angaben in Tabelle 4.1 für „Krankenhäuser insgesamt“ abzüglich der Angaben für „Reine Tages- und Nachtkliniken“.

²⁰ Einen Überblick über die Ursachen und Auswirkungen von Mengenänderungen gibt eine Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung, die im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes entstanden ist [siehe Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Herausgeber): „Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen“, RWI Projektbericht, Essen 2012].

der verschiedenen Stichproben (Berichtsstellen, Preisrepräsentanten), um den Index an die seit der vorangegangenen Indexrevision veränderten Marktstrukturen anzupassen. So besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Indexrevision 2010, die für den größeren Teil der verwendeten Preisindizes im Herbst 2013 durchgeführt wird, die Aufnahme zusätzlicher Erhebungspositionen zu prüfen. Einschränkend ist bei der Aufnahme zusätzlicher Erhebungspositionen zu berücksichtigen, dass diese nicht dem eigentlichen Zweck und den rechtlichen Vorgaben der Preisstatistiken widersprechen darf.

Alternative Datenquellen für die Preisentwicklung von Produkten, die von Krankenhäusern bezogen werden, müssten noch erschlossen werden.

4.7.2 Feingliederung des Wägungsschemas

Um die aus der Preisstatistik herangezogenen Preisindizes für den Teilorientierungswert für Sachkosten angemessen gewichten zu können, sind Informationen über die Verteilung der Kosten für die Inputprodukte der Krankenhäuser unterhalb der vom Kostennachweis der Krankenhäuser dargestellten Kostengruppen erforderlich. Derzeit können die innerhalb der Kostengruppen herangezogenen Indizes nur gleich gewichtet in die Berechnung des Sachkostenindex einfließen.

Als mögliche Quelle für die fehlenden Informationen kommen die Krankenhäuser selbst infrage. So könnte in einer Stichprobenerhebung bei Krankenhäusern um detaillierte Angaben zu deren Inputkosten gebeten werden. Da es für eine solche Befragung keine gesetzliche Grundlage gibt, könnte diese nur mit freiwilliger Beteiligung der Krankenhäuser durchgeführt werden. Auf Anfrage zeigten sich einige angesprochene Krankenhäuser für eine einmalige Zusammenarbeit kooperationsbereit. Nicht gewährleistet wäre bei dieser freiwilligen Befragung die Repräsentativität der Ergebnisse, deren Qualität aufgrund des geringen Umfangs der Stichprobe nicht sichergestellt werden kann. Jedoch ist zu erwarten, dass die erhobenen Daten und eine damit vorgenommene detaillierte Gewichtung näher an der Realität liegen als die aktuelle gleichmäßige Gewichtung innerhalb der Kostengruppen.

Die Verteilung der Kosten unterhalb der Kostengruppen müsste bei der jährlichen Anpassung des Wägungsschemas der Preisindizes ebenfalls aktualisiert werden. Eine jährliche Anpassung der Gewichte unterhalb der Kostengruppen wäre nur dann nicht nötig, wenn davon ausgegangen werden könnte, dass die Kostenverteilung der Produkte innerhalb der Kostengruppe über einen längeren Zeitraum relativ konstant bleibt.

4.7.3 Bewertung der Informationslücke

Unter den dargestellten Problemen tragen insbesondere die fehlenden Detailinformationen über die Kostenstruktur im Sachkostenbereich zu einer gewissen Unschärfe bei. Der Aufwand für eine zusätzliche Befragung der Krankenhäuser wäre erheblich. Daher ist unklar, wie diese Informationslücke nachhaltig geschlossen werden kann. Der Effekt detaillierter Wägungsdaten (Feingewichtung) auf den Teil-

orientierungswert für Sachkosten insgesamt kann ohne Zusatzinformationen nicht abgeschätzt werden.

5 Orientierungswert für Krankenhäuser

Die beiden auf der Grundlage von Preisindizes, genauer: Laspeyres-Kettenindizes getrennt ermittelten Teilorientierungswerte für die Personalkosten und die Sachkosten werden in einem letzten Schritt zum Orientierungswert für Krankenhäuser zusammengeführt. Hierzu dient der aktuelle Kostennachweis der Krankenhäuser als Gewichtunggrundlage. Er liefert jährlich statistische Informationen über Kostenvolumen und -struktur in der stationären Versorgung. Im Kostennachweis wird im Wesentlichen zwischen Personal- und Sachkosten unterschieden, die in grob gegliederte Kostengruppen unterteilt sind. Die Ergebnisse des Kostennachweises der Krankenhäuser in Deutschland liegen in der Regel im Dezember des dem Berichtsjahr folgenden Jahres vor. Ab diesem Zeitpunkt können sie bei der Ermittlung des Orientierungswertes für Krankenhäuser berücksichtigt werden. Dies gilt auch für Verschiebungen im Anteil der Personal- und Sachkosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser, zu denen es in der Vergangenheit in geringem Umfang gekommen ist. Bis zu diesem Zeitpunkt wird auf die Ergebnisse des Vorjahres zurückgegriffen.

5.1 Berechnung des Orientierungswertes für Krankenhäuser

Die Kostenstruktur der Krankenhäuser (K_G) nach den Ergebnissen des Kostennachweises der Krankenhäuser für das Jahr 2010, differenziert nach Personal- (K_P), Sach- (K_S) und sonstigen Kosten (K_R), geht aus Tabelle 7 hervor. Unter den sonstigen Kosten werden Zinsen und ähnliche Aufwendungen sowie Steuern zusammengefasst.

Tabelle 7 Auszug aus dem Kostennachweis der Krankenhäuser 2010

	Mill. EUR
Krankenhauskosten insgesamt ¹	78 272
Personalkosten	47 429
Sachkosten	30 298
Zinsen (und ähnliche Aufwendungen)	402
Steuern	143

¹ Krankenhäuser ohne reine Tages- und Nachtkliniken.

Der Orientierungswert für Krankenhäuser (OW) ergibt sich aus dem gewichteten Teilorientierungswert für die Personalkosten (OW_P) und dem gewichteten Teilorientierungswert für die Sachkosten (OW_S) zum Ende des jeweiligen Quartals wie folgt:

$$OW = \frac{OW_P \cdot K_P + OW_S \cdot K_S}{K_G - K_R}$$

Für die sonstigen Kosten mit einem Anteil an den Gesamtkosten der Krankenhäuser von 0,7 % im Jahr 2010 wird bei

dieser Berechnung implizit eine der Änderung der Personal- und Sachkosten entsprechende Kostenänderung unterstellt.

Für 2012, definiert als der Zeitraum vom dritten Quartal 2011 bis einschließlich des zweiten Quartals 2012, ergibt sich folgender Orientierungswert für Krankenhäuser:

Tabelle 8 Orientierungswert für Krankenhäuser 2012
%

Teilorientierungswert für die Personalkosten	Teilorientierungswert für die Sachkosten	Orientierungswert für Krankenhäuser
1,89	2,17	2,00

5.2 Zusatzinformation

Neben dem Orientierungswert für Krankenhäuser errechnet das Statistische Bundesamt auch die Teilorientierungswerte für die Personalkosten und für die Sachkosten. Im Personalkostenbereich werden als Hintergrundinformationen zusätzlich die Veränderungen der Messzahl und der Kostensumme (siehe Kapitel 3 und Anhang 1) berechnet, die Hinweise zu Struktur- und Mengenänderungen und deren Auswirkungen auf die gesamten Personalkosten im Krankenhaussektor liefern. Eine unterschiedliche Einbeziehung der beiden Teilbereiche zu den Personal- und Sachkosten bei der Ermittlung der Veränderungsrate durch die Vertragsparteien wäre damit grundsätzlich möglich. Eine Untersuchung zur Mengenentwicklung der Krankenhausleistungen sollen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach den Vorgaben des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) als Forschungsauftrag vergeben.

6 Schlussbemerkung

Der Orientierungswert für Krankenhäuser und seine Teilkomponenten zu den Personal- und Sachkosten basieren auf bereits vorhandenen Daten der amtlichen Statistik, die mit Blick auf die Fragestellung entsprechend einer hierfür entwickelten Systematik neu verknüpft wurden.

Mit dem Orientierungswert für Krankenhäuser sind unterschiedliche Erwartungen, insbesondere im Hinblick auf dessen Größenordnung, verbunden. Die Kostenträger wünschen sich einen möglichst niedrigen Wert, weil sie die zusätzlichen Kosten, die mit einem hohen Orientierungswert verbunden sind, finanzieren müssen. Die Leistungserbringer wünschen sich einen möglichst hohen Wert, weil er ihr Einnahmenniveau positiv beeinflusst. Für das Statistische Bundesamt ist bei der Ermittlung des Orientierungswertes indessen einzig der gesetzliche Auftrag maßgebend: Der Orientierungswert soll die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser abbilden als die Grundlohnrate beziehungsweise die daraus abgeleitete Veränderungsrate. Dazu zieht es die ihm zur Verfügung stehenden statistischen Angaben über Kostengrößen der Krankenhäuser heran und wertet diese systematisch aus. Für den Orientierungswert werden reine Preisveränderungen der Personal- und Sach-

ressourcen in den Krankenhäusern gemessen. Im Vergleich zum Vorjahr eingetretene Mengen- und Strukturveränderungen werden nicht berücksichtigt. Sie bedürfen keiner zusätzlichen Refinanzierung durch die Kostenträger, da diese Aspekte an anderen Stellen in der Krankenhausfinanzierung bereits berücksichtigt werden.

Da die Daten zur Ermittlung des Orientierungswertes aus den Einrichtungen stammen, für die der Orientierungswert angewendet werden soll, kann dieser Wert ihrem Finanzierungsbedarf grundsätzlich besser Rechnung tragen als eine gesamtwirtschaftlichen Einflüssen unterliegende Grundlohnrate. Im Orientierungswert findet die Entwicklung der Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser Berücksichtigung. Er ist das Ergebnis der in ihn einfließenden Teilorientierungswerte und ihrer Gewichtung. Durch den hohen Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser wird der Orientierungswert wesentlich von der Entwicklung der Personalkosten beeinflusst. Eine gewisse Nähe von Orientierungswert und Grundlohnrate war zu erwarten, die weitgehende Übereinstimmung der entsprechenden Größen für 2012 jedoch nicht. Für die Ermittlung des Orientierungswertes gelten wie für alle Arbeiten des Statistischen Bundesamtes die Grundsätze der Neutralität, Objektivität und wissenschaftlichen Unabhängigkeit. Das Verfahren zur Ermittlung des Orientierungswertes ist transparent und grundsätzlich als lernendes System konzipiert. Eine schrittweise Weiterentwicklung der Datengrundlagen und der Methodik ist für die Zukunft unter der Voraussetzung denkbar, dass dem Statistischen Bundesamt Ressourcen für die Weiterentwicklung des Orientierungswertes für Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden. [u](#)

Anhang 1

1 Relevante Grundprinzipien der Krankenhausfinanzierung

Der Orientierungswert soll diejenige Veränderung in den Krankenhauskosten widerspiegeln, die nicht bereits über andere „Stellschrauben“ im System der Krankenhausfinanzierung berücksichtigt wird. Die Auswahl des in diesem Sinne besten Indikators erfordert es, die relevanten Grundprinzipien der Krankenhausfinanzierung zu beachten. Diese lassen sich stark vereinfacht wie folgt zusammenfassen:

- › Der Basisfallwert wird zwischen Krankenkassen und Krankentraägern ausgehandelt und bestimmt letztlich das „Preisniveau“ im Krankenhaussektor. Der Orientierungswert beziehungsweise der durch ihn vorgegebene Verhandlungskorridor begrenzt künftig den Verhandlungsspielraum und somit auch den jährlichen Anstieg des Basisfallwertes.
- › Ändern sich die für die Behandlung eines bestimmten „Krankheitsfalles“ erforderlichen Behandlungskosten relativ zu denen anderer Krankheitsfälle, so wird dies über die jährliche Anpassung der Bewertungsrelation im Fallpauschalenkatalog berücksichtigt. Über das System der Bewertungsrelationen werden die relativen „Preise“ für die einzelnen Behandlungsfälle festgelegt und gegebenenfalls angepasst, nicht jedoch das Preisniveau. Daraus folgt, dass eine Neubewertung der Bewertungsrelationen nicht dazu führt, dass bestimmte Preisveränderungen aus dem Orientierungswert herauszurechnen sind, um eine Doppelrechnung (und damit auch eine überhöhte Vergütung) zu vermeiden.
- › Ein einzelner Behandlungsfall wird – vereinfacht betrachtet – über die Fallpauschale (= Bewertungsrelation des Behandlungsfalles multipliziert mit dem Basisfallwert) abgerechnet. Ändert sich die Zahl der Behandlungsfälle (Output), so wird die damit einhergehende Kostensteigerung im Krankenhaussektor dadurch abgegolten, dass vonseiten der Krankenkassen mehr Fallpauschalen bezahlt werden. Diese Kostensteigerungen, die ursächlich auf Mengenveränderungen auf der Outputseite zurückzuführen sind, dürfen keinen Einfluss auf den Orientierungswert, der den Anstieg des Basisfallwertes begrenzt, haben, da sie ansonsten doppelt in die Krankenhausfinanzierung einfließen würden.
- › Wirtschaftlichkeitsgewinne sind Gegenstand in den Verhandlungen zum Basisfallwert.

2 Formeln zur Berechnung der Veränderungsrate der Personalkosten in Krankenhäusern

Symbole

- S_i = bezahlte Arbeitsstunden der Personalgruppe i
- A_i = durchschnittliche Arbeitskosten je bezahlte Arbeitsstunde der Personalgruppe i
- V_i = durchschnittlicher Bruttostundenverdienst der Personalgruppe i

F = Aufschlagsfaktor für die Lohnnebenkosten; es gilt:
 $A_i = V_i \cdot F$

i = i -te Personalgruppe ($i = 1$ bis 20)

t = Analysezeitraum

Δ = Veränderungsrate

W = Wachstumsfaktor¹

Die Summierung in den unten stehenden Formeln erfolgt immer über i . Das Symbol wird weggelassen, um die Übersichtlichkeit der Formeln zu verbessern.

Vorbemerkungen

Bei den Berechnungen mit den Daten der Vierteljährlichen Verdiensterhebung können anhand der Merkmale Geschlecht (männlich/weiblich), Beschäftigungsumfang (Vollzeit/Teilzeit) und Leistungsgruppe (1 bis 5) durch Kombination der Merkmalsausprägungen 20 Personalgruppen unterschieden werden, zum Beispiel männliche Vollzeitbeschäftigte der Leistungsgruppe 1.

Personalkosten entstehen den Krankenhäusern, da sie bei den jeweiligen Personalgruppen Arbeitsstunden nachfragen, für die sie im Durchschnitt A_i Euro an Arbeitskosten aufwenden müssen. Ziel der Berechnungen ist es, die (relevante) Veränderung der Personalkosten in den Krankenhäusern durch einen geeigneten Indikator zu ermitteln. Hierfür kommen prinzipiell drei² Indikatoren infrage, deren Veränderungsrate sich durch die Gewichtung der durchschnittlichen Arbeitskosten je bezahlte Arbeitsstunde der einzelnen Personalgruppen (A_i) unterscheiden. Bei den Optionen A und B (Laspeyres-Kettenindex und Messzahl) bestehen die Gewichte für die Arbeitskosten je Stunde im Anteil der bezahlten Stunden der einzelnen Personalgruppen an allen bezahlten Stunden in unterschiedlichen Bezugsperioden. Bei Option C (Kostensumme) ist es statt des Anteils der bezahlten Stunden einer Personalgruppe die Summe der bezahlten Stunden dieser Personalgruppe.

Die Veränderungsrate Δ und die Wachstumsfaktoren W lassen sich für die drei Optionen formelmäßig wie folgt darstellen:

Veränderungsrate auf Basis des Laspeyres-Kettenindex (Option A)

$$(1) \quad \Delta K = 100 \cdot \frac{\sum A_{i,t} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}}{\sum A_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}} - 100$$

Veränderungsrate auf Basis der Messzahl (Option B)

$$(2) \quad \Delta M = 100 \cdot \frac{\sum A_{i,t} \cdot \frac{S_{i,t}}{\sum S_{i,t}}}{\sum A_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}} - 100$$

1 Die „Veränderungsrate“ gibt die prozentuale Veränderung an. Bei einer Veränderungsrate von zum Beispiel 3 % wäre der „Wachstumsfaktor“ definitionsgemäß 1,03.
2 Der „Laspeyres-Festbasisindex“ wird nicht (mehr) näher betrachtet.

Veränderungsrate auf Basis der Summe der Personalkosten [Kostensumme] (Option C)

$$(3) \quad \Delta P = 100 \cdot \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t}}{\sum A_{i,t-1} \cdot S_{i,t-1}} - 100$$

Wachstumsfaktor auf Basis des Laspeyres-Kettenindex (Option A)

$$(4a) \quad WK = \frac{\sum A_{i,t} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}}{\sum A_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}} \text{ oder}$$

$$(4b) \quad WK = \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1}}{\sum A_{i,t-1} \cdot S_{i,t-1}}$$

Wachstumsfaktor auf Basis der Messzahl (Option B)

$$(5a) \quad WM = \frac{\sum A_{i,t} \cdot \frac{S_{i,t}}{\sum S_{i,t}}}{\sum A_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t-1}}} \text{ oder}$$

$$(5b) \quad WM = \frac{\sum S_{i,t-1}}{\sum S_{i,t}} \cdot \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t}}{\sum A_{i,t-1} \cdot S_{i,t-1}}$$

Wachstumsfaktor auf Basis der Summe der Personalkosten [Kostensumme] (Option C)

$$(6) \quad WP = \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t}}{\sum A_{i,t-1} \cdot S_{i,t-1}}$$

Die Gleichungen (1) und (4a) beziehungsweise (4b) verdeutlichen, dass der Laspeyres-Kettenindex die reinen Preisveränderungen im Vergleich zur Vorperiode misst. Änderungen der Faktormengen werden nicht berücksichtigt, da die Gewichte der Vorperiode beibehalten werden.

Die Gleichungen (2) und (5a) beziehungsweise (5b) zeigen, dass die Messzahl zusätzlich zu den reinen Preisveränderungen auch Veränderungen in der Struktur der Faktormengen bei gegebenem Mengenniveau einschließt, da statt der (relativen) Gewichte der Vorperiode die der Berichtsperiode in die Messzahl einfließen.

Die Gleichungen (3) und (6) sagen aus, dass die Veränderung der Kostensumme sämtliche Effekte aus Veränderungen der Faktorpreise und -mengen berücksichtigt, und zwar unabhängig von deren Ursache.

Während die Preisveränderungen in dem dargestellten System korrekt ermittelt werden können, ist dies für die Mengenveränderungen nur eingeschränkt möglich. Die Differenz der Veränderungsrate gemäß der Kostensumme (Option C) und des Preisindex (Option A) ist ein Maß für den Einfluss aller (!) Faktormengenänderungen, unabhängig von deren Ursachen. Diese Ursachen können sein:

- a) Änderungen in der Fallzahl
- b) Änderungen in der Fallstruktur

c) Faktorsubstitution, zum Beispiel in Reaktion auf geänderte Faktorpreise

d) technischer Fortschritt beziehungsweise höhere Produktionseffizienz

Die genannten Faktoren wirken sich im System der Krankenhausfinanzierung an folgenden Stellen aus (siehe auch Kapitel 1 des Anhangs 1):

- a) Anzahl der Fallpauschalen
- b) Casemix (relatives „Gewicht“ der Fälle)
- c) + d) Wirtschaftlichkeitsreserve; Bewertung der DRG

Die Einflussfaktoren a) und b) sollten keinesfalls Auswirkungen auf den Orientierungswert haben, da jeder zusätzliche Fall von den Krankenkassen mit einer zusätzlichen Fallpauschale vergütet wird und sich Veränderungen des Casemix in den jährlichen Anpassungen der Bewertungsrelationen widerspiegeln. Die Berücksichtigung von c) und d) wäre zumindest theoretisch denkbar, sollte sich jedoch eher in dem Veränderungswert und/oder in den Finanzierungsverhandlungen selbst niederschlagen.

Im Übrigen ist eine differenzierte Darstellung der Veränderung der Personalkosten nach den Ursachen a) bis d) mit den vorhandenen Daten der Vierteljährlichen Verdiensterhebung nicht möglich. Insofern bleibt gegenwärtig nur die Wahl, alle oder keine auf Veränderungen in den Faktormengen zurückzuführenden Kostenänderungen im Orientierungswert zu berücksichtigen. Da die erste Alternative zur „Doppelberücksichtigung“ bestimmter Kostengrößen im System der Krankenhausfinanzierung führen würde, scheidet diese Option aus. Für die Bestimmung des Orientierungswertes kann bei den Personalkosten somit bis auf Weiteres nur auf den Laspeyres-Kettenindex zurückgegriffen werden, der ausschließlich reine Preisänderungen im Vergleich zum Vorjahr umfasst. Es ist aber sinnvoll, die Veränderung der Messzahl und der Kostensumme ebenfalls zu berechnen, da sie aggregierte Hinweise zu Struktur- und Mengenänderungen und deren Auswirkungen auf die Krankenhauskosten liefern. Daher ist es zweckmäßig, abschließend auf die Beziehungen der Indikatoren untereinander einzugehen.

Zusammenhang „Kostensumme“ und „Messzahl“

Aus den Gleichungen (5b) und (6) ergibt sich:

$$(7) \quad WP / WM = \frac{\sum S_{i,t}}{\sum S_{i,t-1}},$$

das heißt die beiden Größen unterscheiden sich in dem Ausmaß, in dem sich die Gesamtzahl der bezahlten Arbeitsstunden von der Vorperiode zur Berichtsperiode verändert hat. Es handelt sich um eine reine Volumenänderung, deren Zustandekommen nicht nach Ursachen differenziert werden kann. Keine Rolle spielen an dieser Stelle jedoch Struktureffekte.

Zusammenhang „Kostensumme“ und „Laspeyres-Kettenindex“

Aus den Gleichungen (4b) und (6) ergibt sich:

$$(8a) \quad WP/WK = \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t}}{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1}} \text{ oder}$$

$$(8b) \quad WP/WK = \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t}}{S_{i,t-1}}}{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1}}$$

Da der Laspeyres-Kettenindex ausschließlich die reinen Preisänderungen und die Kostensumme die reinen Preisänderungen sowie zusätzlich sämtliche Effekte aus der Veränderung der Faktormengen widerspiegelt, besteht der Unterschied zwischen beiden Indikatoren im Einfluss der Veränderung der absoluten Faktormengen. Dies zeigt sich in Gleichung (8b) an dem Faktor $S_{i,t}/S_{i,t-1}$.

Zusammenhang „Messzahl“ und „Laspeyres-Kettenindex“

Aus den Gleichungen (4a) und (5a) ergibt sich nach einigen Umformungen:

$$(9) \quad WM/WK = \frac{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1} \cdot \frac{S_{i,t}/\sum S_{i,t}}{S_{i,t-1}/\sum S_{i,t-1}}}{\sum A_{i,t} \cdot S_{i,t-1}},$$

das heißt die beiden Größen unterscheiden sich in dem Ausmaß, in dem sich der Anteil der bezahlten Arbeitsstunden der einzelnen Personalgruppen an der Gesamtzahl der bezahlten Arbeitsstunden von der Vorperiode zur Berichtsperiode verändert hat, mit anderen Worten in dem Ausmaß, in dem sich die Struktur der bezahlten Arbeitsstunden verändert hat. Dies wird in Gleichung (9) deutlich an dem Faktor

$$\frac{S_{i,t}/\sum S_{i,t}}{S_{i,t-1}/\sum S_{i,t-1}}.$$

3 Gesamtzusammenhang im Personalkostenbereich

All dies lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Veränderung des Laspeyres-Kettenindex: Spiegelt die reine Preisveränderung wider und ist somit maßgeblich für den Orientierungswert.

Veränderung der Messzahl: Erfasst die reine Preisveränderung und zusätzlich diejenigen Veränderungen in den Personalkosten, die auf eine Veränderung in der Struktur der bezahlten Arbeitsstunden zurückzuführen sind. Der Unterschied zum Laspeyres-Kettenindex drückt genau diese Struktureffekte aus.

Veränderung der Kostensumme: Enthält alle Preis- und Mengeneffekte. Der Unterschied zum Laspeyres-Kettenindex drückt den Einfluss aller Mengeneffekte aus (unabhängig von deren Ursache). Der Unterschied zur Messzahl liegt in den „reinen“ Volumeneffekten. Die Mengeneffekte lassen sich lediglich in Struktureffekte und reine Volumeneffekte zerlegen. Eine weitere Differenzierung nach den Ursachen der Mengeneffekte ist nicht möglich.

Anhang 2 Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten und Auswahl der Preisindizes

Stand: Berechnung für das zweite Quartal 2012

Kostengruppe	Wägungsanteil in ‰	Quelle	Systematiknummer	Bezeichnung
Sachkosten insgesamt . . .	1 000,00			
Lebensmittel und bezogene Leistungen	70,83			
		EP	GP09-101111405	Anderes Rindfleisch, frisch oder gekühlt (ganze oder halbe Tierkörper; Vorder- oder Hinterviertel, mit Knochen)
		EP	GP09-101112300	Schweinekörper (ganze oder halbe Tierkörper), frisch oder gekühlt
		EP	GP09-101112500	Schweineschinken oder -schultern und Teile davon, mit Knochen, frisch oder gekühlt
		EP	GP09-101112900	Anderer frische oder gekühlte Schweinefleischteile
		EP	GP09-101210500	Teile von Hühnern, frisch oder gekühlt
		EP	GP09-101210600	Teile von Truthühnern, frisch oder gekühlt
		EP	GP09-101220130	Hühner, gefroren, unzerteilt
		EP	GP09-101311200	Schweineschinken, -schultern und Teile davon, mit Knochen, gesalzen, getrocknet oder geräuchert
		EP	GP09-101311800	Anderes Schweinefleisch, gesalzen, getrocknet oder geräuchert
		EP	GP09-101314601	Rohwürste (ohne Leberwürste), aus Fleisch, Schlachtnebenerzeugnissen oder Blut, einschl. Lebensmittelzubereitungen auf der Grundlage dieser Erzeugnisse (ohne Fertiggerichte)
		EP	GP09-101314603	Kochwürste (ohne Leberwürste), aus Fleisch, Schlachtnebenerzeugnissen oder Blut, einschl. Lebensmittelzubereitungen auf der Grundlage dieser Erzeugnisse (ohne Fertiggerichte)
		EP	GP09-101314605	Brühwürste (ohne Leberwürste), aus Fleisch, Schlachtnebenerzeugnissen oder Blut, einschl. Lebensmittelzubereitungen auf der Grundlage dieser Erzeugnisse (ohne Fertiggerichte)
		EP	GP09-101315250	Zubereitungen aus Truthühnerfleisch (ohne Zubereitungen aus Lebern)
		EP	GP09-101315350	Zubereitungen von anderem Geflügel (ohne Zubereitungen aus Lebern)
		EP	GP09-101315450	Schinken vom Schwein und Teile davon (z. B. Kochschinken)
		EP	GP09-101315750	Anderer Zubereitungen von Schweinefleisch (einschließlich Mischungen), (ohne fein homogenisierte Zubereitungen, Zubereitungen aus Lebern)
		EP	GP09-102014000	Fischfilets, gefroren
		EP	GP09-102024200	Pazifischer Lachs, Atlantischer Lachs und Donaulachs, einschl. Fischfilets, geräuchert
		EP	GP09-102025200	Heringe, anders zubereitet oder haltbar gemacht, jedoch nicht fein zerkleinert (ohne Fertiggerichte)
		EP	GP09-102025700	Fischfilets, Fischstäbchen, roh, lediglich mit Teig umhüllt oder paniert, auch in Öl vorgebacken, gefroren, anders zubereitet oder haltbar gemacht, jedoch nicht fein zerkleinert (ohne Fertiggerichte)
		EP	GP09-103114300	Kartoffeln in Form von Mehl, Grieß oder Flocken, ohne Essig zubereitet oder haltbar gemacht, nicht gefroren
		EP	GP09-103114603-609	And. zubereitete Kartoffeln, ohne Essig zubereitet oder haltbar gemacht, nicht gefroren
		EP	GP09-103212200	Orangensaft, nicht gefroren, nicht gegoren, ohne Zusatz von Alkohol
		EP	GP09-103216001	Apfelsaftkonzentrate, nicht gegoren, ohne Zusatz von Alkohol
		EP	GP09-103216003	Anderer Apfelsaft (einschl. Apfelsüßmost), nicht gegoren, ohne Zusatz von Alkohol
		EP	GP09-103911000	Gemüse, auch in Wasser oder Dampf gekocht, gefroren
		EP	GP09-103917400	Anderes Gemüse, gefroren, ohne Essig zubereitet oder haltbar gemacht (ohne Kartoffelerzeugnisse)
		EP	GP09-103917909	Anderes Gemüse u. Mischungen von Gemüse (ohne Zubereitungen), nicht gefroren (ohne Kartoffelerzeugnisse)
		EP	GP09-103918001	Gurken, mit Essig zubereitet oder haltbar gemacht
		EP	GP09-103922901-909	Konfitüren, Fruchtgelees, Marmeladen, Fruchtmoste und -pasten aus anderen als Zitrusfrüchten, durch Kochen hergestellt
		EP	GP09-103925501-508	Anderer Früchte, anders zubereitet oder haltbar gemacht, auch mit Zusatz von Zucker, anderen Süßmitteln oder Alkohol (ohne Müsli auf der Grundlage nicht gerösteter Getreideflocken)
		EP	GP09-104151000	Sojaöl und seine Fraktionen, raffiniert, jedoch nicht chemisch modifiziert
		EP	GP09-104156000	Raps-, Rübsen- und Senföl sowie deren Fraktionen, raffiniert, jedoch nicht chemisch modifiziert
		EP	GP09-104160500	Pflanzliche Fette und Öle sowie deren Fraktionen, hydriert, umgeestert, wiedererestert oder elaidiniert, auch raffiniert, jedoch nicht weiterverarbeitet
		EP	GP09-104210300	Margarine (ohne flüssige Margarine)
		EP	GP09-105111420/480	Flüssige Milch mit einem Fettgehalt von mehr als 1 % und weniger als 6 %
		EP	GP09-105112100-400	Milch und Rahm mit einem Fettgehalt von mehr als 6 %, weder eingedickt noch gesüßt
		EP	GP09-105130300	Butter u. a. Fettstoffe aus Milch, mit einem Fettgehalt von 85 % oder weniger

EP = Erzeugerpreise gewerblicher Produkte; DLP = Erzeugerpreise für Dienstleistungen; VPI = Verbraucherpreise; BP = Baupreise.

Anhang 2 Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten und Auswahl der Preisindizes

Stand: Berechnung für das zweite Quartal 2012

Kostengruppe	Wägungsanteil in ‰	Quelle	Systematiknummer	Bezeichnung	
<i>noch: Lebensmittel und bezogene Leistungen</i>		EP	GP09-105140300	Frischkäse (nicht gereifter Käse; einschl. Molkenkäse und Quark)	
		EP	GP09-105140509	Anderer Käse	
		EP	GP09-105140700	Schmelzkäse, weder gerieben noch in Pulverform	
		EP	GP09-105152450	Sauermilch, Sauerrahm, Jogurt u. a. fermentierte Erzeugnisse, flüssig, mit Geschmackszusätzen oder mit Früchten, Nüssen oder Kakao	
		EP	GP09-105210000	Speiseeis, auch kakaohaltig	
		EP	GP09-106121000	Mehl von Weizen oder Mengkorn	
		EP	GP09-106122000	Mehl von anderem Getreide als Weizen oder Mengkorn (z. B. Roggen, Mais, Reis, Gerste, Hafer)	
		EP	GP09-106124001-009	Mischungen und Teig, zum Herstellen von Backwaren	
		EP	GP09-106133510-550	Lebensmittelzubereitungen aus Getreide oder Getreideerzeugnissen (z. B. Cornflakes)	
		EP	GP09-106140500	Kleie und andere Rückstände, auch in Form von Pellets, vom Sichten, Mahlen oder von anderen Bearbeitungen von Weizen	
		EP	GP09-106211110-150	Weizen-, Mais-, Kartoffelstärke	
		EP	GP09-106211500/700	Weizenkleber, Dextrine u. a. modifizierte Stärke	
		EP	GP09-106213100-900	Glucose und Glucosesirup; Fructose und Fructosesirup; Invertzucker; Zucker und Zuckersirupe, a. n. g.	
		EP	GP09-1071110002	Toastbrot	
		EP	GP09-1071110003	Roggen- oder Mischbrot (auch Schnittbrot)	
		EP	GP09-1071110004	Körner- oder Vollkornbrot (auch Schnittbrot)	
		EP	GP09-1071110005	Brötchen	
		EP	GP09-107311300/500	Makkaroni, Nudeln und ähnliche Teigwaren, weder gekocht oder gefüllt noch in anderer Weise zubereitet	
		EP	GP09-108112300	Weißzucker, fest, ohne Zusatz von Aroma- oder Farbstoffen	
		EP	GP09-108311500	Kaffee, geröstet, nicht entkoffeiniert	
		EP	GP09-108311700	Kaffee, geröstet, entkoffeiniert	
		EP	GP09-108312400	Auszüge, Essenzen, Konzentrate aus Kaffee, Zubereitungen auf der Basis dieser Auszüge, Essenzen und Konzentrate oder auf der Grundlage von Kaffee	
		EP	GP09-108313000	Grüner Tee (nicht fermentiert), schwarzer Tee (fermentiert) und teilweise fermentierter Tee, in unmittelbaren Umschließungen mit einem Inhalt von 3 kg oder weniger	
		EP	GP09-108315000	Kräutertees (auch Früchtetees)	
		EP	GP09-108412300	Tomatenketchup und andere Tomatensoßen	
		EP	GP09-108412550	Senf (einschl. zubereitetem Senfmehl)	
		EP	GP09-108412703	Würzen und Würzmittel	
		EP	GP09-108412705	Zubereitungen zum Herstellen von Soßen (ohne Würzen und Würzmittel) (z. B. Soßenpulver, Soßenansätze u. a. nicht gebrauchsfertige Soßen)	
		EP	GP09-108412708	Anderer Würzsoßen (gebrauchsfertige Soßen; ohne Salatsoßen)	
		EP	GP09-108421-23	Pfeffer, Paprika, Zimt u. a. Gewürze	
		EP	GP09-108513000	Fertiggerichte auf der Grundlage von Gemüse	
		EP	GP09-108514100	Teigwaren, gefüllt, auch gekocht oder vorgekocht	
		EP	GP09-108610600	Zusammengesetzte fein homogenisierte Nahrungsmittelzubereitungen aus mehreren Grundstoffen, wie Fleisch, Fisch, Gemüse oder Früchten, i. A. E., zur Ernährung von Kindern oder zum Diätgebrauch in Behältnissen mit einem Inhalt von 250 g oder weniger	
		EP	GP09-108610700	Zubereitungen zur Ernährung von Kindern, aus Getreide, Mehl, Stärke oder Milch, i. A. E., in Behältnissen mit einem Inhalt von 250 g oder weniger	
		EP	GP09-108911001/003	Suppen und Brühen, Zubereitungen z. Herstellen von Suppen und Brühen	
		EP	GP09-108919300	Lebensmittelzubereitungen auf Getreide- oder Milchbasis (ohne Kindernahrung) (z. B. Dampfnudeln)	
		EP	GP09-108919409	Anderer Lebensmittelzubereitungen, a. n. g. (z. B. vegetarischer Brotaufstrich, Tofu-Produkte, Käsefondues, Zuckeraustauschstoffe u. a.)	
		EP	GP09-110711301/302	Natürliche Mineralwasser	
		EP	GP09-110719301/302	Cola- und Colamischgetränke	
		EP	GP09-110719303/304	Limonaden	
		EP	GP09-110719591-594	Fruchtsaftgetränke	
	Medizinischer Bedarf	540,19			
	Arzneimittel	159,32			
			EP	GP09-211020600/700	Acyclische u. a. cyclische Amide und ihre Derivate; Salze dieser Erzeugnisse
			EP	GP09-211031100-700	Ausgewählte heterocyclische Verbindungen (ohne Verbindungen, die ein Phenothiazinringssystem enthalten)
			EP	GP09-211032000	Sulfonamide

EP = Erzeugerpreise gewerblicher Produkte; DLP = Erzeugerpreise für Dienstleistungen; VPI = Verbraucherpreise; BP = Baupreise.

Anhang 2 Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten und Auswahl der Preisindizes

Stand: Berechnung für das zweite Quartal 2012

Kostengruppe	Wägungsanteil in ‰	Quelle	Systematiknummer	Bezeichnung
<i>noch: Medizinischer Bedarf Arzneimittel</i>		EP	GP09-211053000	Natürliche, auch synthetisch hergestellte Glykoside und pflanzliche Alkaloide, ihre Salze, Ether, Ester und anderen Derivate
		EP	GP09-2120-02	Arzneimittel, Krankenhausbedarf
		EP	GP09-212022000	Empfängnisverhütende chemische Zubereitungen auf der Grundlage von Hormonen oder Spermiziden
Blut, Blutkonserven und Blutplasma	39,84	EP	GP09-212021200	Antisera und andere Blutfraktionen
Verband-, Heil- und Hilfsmittel	12,90	VPI	CC0612030100	Wundpflaster
		EP	GP09-212024400	Watte, Gaze, Binden u. dgl., mit medikamentösen Stoffen getränkt oder überzogen oder i. A. E. zu medizinischen, chirurgischen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Zwecken (ohne Heftpflaster u. a. Waren mit Klebeschicht)
		EP	GP09-3092203001	Rollstühle u. a. Fahrzeuge für Kranke und Körperbehinderte
		EP	GP09-325013530	Künstliche Nieren
		EP	GP09-325013630	Transfusionsgeräte (einschl. Infusionsgeräten)
		EP	GP09-325021800	Apparate und Geräte für Ozon-, Sauerstoff- oder Aerosoltherapie, Beatmungsapparate zur Wiederbelebung und andere Apparate und Geräte für Atmungstherapie
		Ärztliche und pflegerische Verbrauchsmaterialien, Instrumente	80,11	VPI
VPI	CC0612090200	Kondome oder Schwangerschaftstests		
VPI	CC0613012200	Andere Geräte für die Gesundheitspflege		
EP	GP09-205959630	Erzeugnisse und Zubereitungen zu pharmazeutischen oder chirurgischen Zwecken, a. n. g.		
EP	GP09-212023400	Röntgenkontrastmittel; diagnostische Reagenzien zur Verwendung am Patienten		
EP	GP09-325013170	Katheter, Kanülen u. dgl.		
EP	GP09-325013350	Endoskope für medizinische Zwecke		
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	82,99	EP	GP09-325013110	Spritzen, auch mit Nadeln
		EP	GP09-325013793-799	And. App. u. Geräte f. medizin. u. chirurg. Zwecke
		EP	GP09-325030300/500	Möbel für die Human-, Zahn- und Tiermedizin oder Chirurgie; Friseur- u. ä. Stühle, mit Schwenk-, Kipp-, Hebevorrichtung; Teile dafür
		EP	GP09-325050300	Nahtmaterial u. Klebstoffe für org. Gewebe, steril, für die Chirurgie zum Schließen von Wunden (ausg. steriles Catgut); sterile Laminariastifte und -tampons, resorbierbare blutstillende Einlagen f. chirurgische od. zahnärztliche Zwecke; Adhäsionsbarrieren
Laborbedarf	49,40	DLP	DL-TU-03	Chemische und ähnliche Untersuchung
		EP	GP09-205952100	Zusammengesetzte Diagnostik- oder Laborreagenzien (ohne andere pharmazeutische Erzeugnisse für medizinische oder chirurgische Zwecke)
		EP	GP09-205952300	Modelliermassen; zubereitetes Dentalwachs oder Zahnabdruckmassen in Zusammenstellungen, i. A. E. oder in Tafeln, Stäben o.ä. Formen; andere Zubereitungen für zahnärztliche Zwecke auf der Grundlage von Gips
		EP	GP09-231923300	Glaswaren für Laboratorien, hygienische oder pharmazeutische Bedarfsartikel aus Glas, auch mit Skalen oder Eichzeichen
		EP	GP09-325013800	Zentrifugen für Laboratorien
Implantate	115,63	EP	GP09-325022350	Künstliche Gelenke
		EP	GP09-325022390	Andere Apparate und Vorrichtungen für orthopädische Zwecke oder zum Behandeln von Knochenbrüchen
		EP	GP09-325022590	Andere Waren der Zahnprothetik
Wasser, Energie, Brennstoffe	73,68	VPI	CC0443000000	Abwasserentsorgung
		EP	GP09-192026007	Heizöl, leicht (Erdöldestillat, 180°C bis 380°C, zur Erzeugung von Wärme oder Dampf)
		EP	GP09-351113100	Elektrischer Strom (Jahresabgabe 12 600 kWh) Normaltarif
		EP	GP09-351113101	Elektrischer Strom (Jahresabgabe 12 600 kWh) Sondertarif
		EP	GP09-352222200	Erdgas bei Jahresabgabe von 116 300 kWh an Handel und Gewerbe

EP = Erzeugerpreise gewerblicher Produkte; DLP = Erzeugerpreise für Dienstleistungen; VPI = Verbraucherpreise; BP = Baupreise.

Anhang 2 Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten und Auswahl der Preisindizes

Stand: Berechnung für das zweite Quartal 2012

Kostengruppe	Wägungsanteil in ‰	Quelle	Systematiknummer	Bezeichnung
noch: Wasser, Energie, Brennstoffe		EP	GP09-352223100	Erdgas bei Jahresabgabe von 1 163 MWh an Industrie
		EP	GP09-353110032	Fernwärme, Belieferung eines Nichtwohngebäudes
Wirtschaftsbedarf	100,59	EP	GP09-360012120	Wasser bei Abgabe an die Industrie (50 000 m ³ monatlich)
		VPI	CC0314210100	Chemische Reinigung oder Färben von Bekleidung
		VPI	CC0314250200	Waschen und Bügeln von Bekleidung
		VPI	CC0951190200	Belletristik
		VPI	CC0951190300	Sachbuch
		VPI	CC0951190400	Kinder- und Jugendbücher
		VPI	CC0952011200	Tageszeitung, überregional, Abonnement
		VPI	CC0952015100	Wochenzeitung, Abonnement
		VPI	CC0952055100	Zeitschriften, Abonnement
		VPI	CC0444035100	Entgelte für die Gartenpflege
		EP	GP09-204132523	Universalwaschmittel, flüssig, i. A. E.
		EP	GP09-204132529	Andere Universalwaschmittel, i. A. E.
		EP	GP09-204132533/539	Feinwaschmittel, i. A. E.
		EP	GP09-204132575	Handgeschirrspülmittel, i. A. E.
		EP	GP09-204132577	Maschinengeschirrspülmittel, i. A. E.
		EP	GP09-204132596	WC-Reinigungsmittel, i. A. E.
		EP	GP09-204132597	Andere Reinigungsmittel, flüssig
		EP	GP09-204132600	Grenzflächenaktive Zubereitungen (ohne Seifen), n. A. E.
		EP	GP09-205941570	Zubereitete Schmiermittel für Maschinen, Apparate, Fahrzeuge, mit einem nicht charakterbestimmenden Ölanteil von 70 GHT oder mehr
Verwaltungsbedarf	74,18	EP	GP09-205941790	Andere zubereitete Schmiermittel für Maschinen, Apparate, Fahrzeuge u. a. (ohne solche die Erdöl oder Öl aus bituminösen Mineralien enthalten)
		DLP	WZ08-81210	Allgemeine Gebäudereinigung
		VPI	CC0913011200	Personalcomputer
		VPI	CC0913011300	Notebook
		VPI	CC0913013100	Monitor
		VPI	CC0913014100	Tintenstrahlfarbdrucker
		VPI	CC0913014200	Laserdrucker
		VPI	CC0913015100	Scanner
		VPI	CC0913015400	Organizer
		VPI	CC0913016100	Tisch- oder Taschenrechner
		VPI	CC0913039100	PC-Anwendersoftware
		VPI	CC0942310100	Rundfunkgebühr (Grundgebühr)
		VPI	CC0942310200	Fernsehgebühr
		VPI	CC0942330100	Kabelgebühr
		VPI	CC0954011100	Füllhalter, Kugelschreiber oder Ähnliches
		VPI	CC0954015300	Aktenordner o. a. Büroartikel, a. n. g.
		VPI	CC0954031200	Briefumschläge, Briefblock, Briefpapier
		VPI	CC0954039100	Druckerpapier
		VPI	CC0954051100	Blei-, Farbstift, Schreibkreide, -kohle, o. Ä.
		VPI	CC0954055400	Farbpatrone für Tintenstrahlrucker
		VPI	CC1262010200	Dienstleistungen der Kreditinstitute
		VPI	CC1270090300	Sonstige Gebühren
		VPI	CC0915	Reparatur von Informationsverarbeitungsgeräten
		DLP	WZ08-6910	Rechtsberatung
		DLP	WZ08-6920	Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung, Buchführung
		DLP	WZ08-61	Telekommunikation
		DLP	DL-KUR-01	Kurierdienste
		DLP	DL-POST-01	Brief-, Paket- und Expressdienste
		EP	GP09-262040000	Teile und Zubehör für automatische Datenverarbeitungsmaschinen
		EP	GP09-263021000	Fernsprechapparate für die drahtgebundene Fernsprechtechnik mit schnurlosem Hörer
Pflegesatzfähige Instandhaltung	113,21			
Sonstige Abgaben	8,59	BP	INSTHLEIST	Instandhaltungsleistungen (ohne Umsatzsteuer, nur Mehrfamiliengebäude)
		VPI	CC0442000200	Müllabfuhr, große Müllmenge
		VPI	CC0444031100	Straßenreinigung

EP = Erzeugerpreise gewerblicher Produkte; DLP = Erzeugerpreise für Dienstleistungen; VPI = Verbraucherpreise; BP = Baupreise.

Anhang 2 Wägungsschema des Teilorientierungswertes für Sachkosten und Auswahl der Preisindizes

Stand: Berechnung für das zweite Quartal 2012

Kostengruppe	Wägungsanteil in ‰	Quelle	Systematiknummer	Bezeichnung
<i>noch: Sonstige Abgaben</i> Versicherungen	17,06	VPI	CC0444032100	Schornsteinfegergebühr
		VPI	CC1252000100	Versicherungsdienstleistungen für die Wohnung
		VPI	CC1255000100	Beiträge zur privaten Haftpflichtversicherung
		VPI	CC1255000200	Beiträge zur Rechtsschutzversicherung
Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter	1,67	VPI	CC0312169100	Herrenberufsanzug
		VPI	CC0312270100	Arbeitsbekleidung für Damen
		VPI	CC0511022100	Bett
		VPI	CC0511023100	Lattenrost oder Sprungrahmen
		VPI	CC0511024100	Matratze mit Federkern
		VPI	CC0511051200	Schreibtisch, Computertisch, Schreibtischstuhl
		VPI	CC0511069100	Tisch- oder Bodenleuchte
		VPI	CC0914013200	CD-ROMs, digitale Speicher o. Ä., unbespielt
		EP	GP09-139212530	Bettwäsche aus Geweben, aus Baumwolle
		EP	GP09-139224991-999	Steppdecken, Deckbetten, Polster, Schlummerrollen und Kopfkissen mit and. Materialien als Federn oder Daunen gefüllt
		EP	GP09-141230130	Schürzen, Kittel u. a. Arbeits- und Berufskleidung aus Baumwolle oder Chemiefasern, für Männer oder Knaben
		EP	GP09-222219908	Müll- und Abfalltransportbehälter
		EP	GP09-231311400	Flaschen u. a. Behältnisse zu Transport- u. Verpackungszwecken, für Nahrungsmittel und Getränke, mit einem Nenninhalt von weniger als 2,5 l, aus nicht gefärbtem Glas
		EP	GP09-231312600/900	Trinkgläser (ohne solche aus Bleikristall)
		EP	GP09-234111303	Geschirr, aus Porzellan, weiß oder einfarbig
		EP	GP09-234210300	Ausgüsse, Wasch-, Klosettbecken, Badewannen u. ä. Installationsgegenstände aus Porzellan, zu sanitären Zwecken
		EP	GP09-234411000	Waren für chemische u. a. technische Zwecke, aus Porzellan
		EP	GP09-234412101-109	Andere keramische Waren für chemische und andere technische Zwecke (ohne Dauermagnete)
		EP	GP09-259911100	Abwasch- und Waschbecken, aus nicht rostendem Stahl
		EP	GP09-259912498	Koch-, Brat-, Backgeschirr und andere Haushalts-, Hauswirtschaftsartikel und deren Teile, mit Farbe versehen oder lackiert
		EP	GP09-275111350	Einbaukühlschränke
		EP	GP09-275112000	Haushaltsgeschirrspülmaschinen
		EP	GP09-275113000	Maschinen zum Waschen von Wäsche und Wäschetrockner, mit einem Fassungsvermögen an Trockenwäsche von 10 kg oder weniger
EP	GP09-275121230	Staubsauger, mit einer Leistung von 1 500 W oder weniger und mit einem Fassungsvermögen des Staubbehälters von 20 l oder weniger		
EP	GP09-275125300	Durchlauferhitzer, auch für gewerbliche Zwecke		
EP	GP09-275125500	Andere elektrische Warmwasserbereiter, a. n. g., auch für gewerbliche Zwecke		
EP	GP09-275128100	Elektrische Vollherde		

EP = Erzeugerpreise gewerblicher Produkte; DLP = Erzeugerpreise für Dienstleistungen; VPI = Verbraucherpreise; BP = Baupreise.

Auszug aus Wirtschaft und Statistik

Herausgeber

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

www.destatis.de

Schriftleitung

Roderich Egeler, Präsident des Statistischen Bundesamtes

Brigitte Reimann (verantwortlich für den Inhalt)

Telefon: + 49 (0) 6 11 / 75 20 86

Ihr Kontakt zu uns

www.destatis.de/kontakt

Statistischer Informationsservice

Telefon: + 49 (0) 6 11 / 75 24 05

Telefax: + 49 (0) 6 11 / 75 33 30

Abkürzungen

WiSta	=	Wirtschaft und Statistik
MD	=	Monatsdurchschnitt
VjD	=	Vierteljahresdurchschnitt
HjD	=	Halbjahresdurchschnitt
JD	=	Jahresdurchschnitt
D	=	Durchschnitt (bei nicht addierfähigen Größen)
Vj	=	Vierteljahr
Hj	=	Halbjahr
a. n. g.	=	anderweitig nicht genannt
o. a. S.	=	ohne ausgeprägten Schwerpunkt
St	=	Stück
Mill.	=	Million
Mrd.	=	Milliarde

Zeichenerklärung

p	=	vorläufige Zahl
r	=	berichtigte Zahl
s	=	geschätzte Zahl
–	=	nichts vorhanden
0	=	weniger als die Hälfte von 1 in der letzten besetzten Stelle, jedoch mehr als nichts
.	=	Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten
...	=	Angabe fällt später an
X	=	Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll
I oder —	=	grundsätzliche Änderung innerhalb einer Reihe, die den zeitlichen Vergleich beeinträchtigt
/	=	keine Angaben, da Zahlenwert nicht sicher genug
()	=	Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert statistisch relativ unsicher ist

Abweichungen in den Summen ergeben sich durch Runden der Zahlen.