

Die Verweildauer in Krankenhäusern des Landes Bremen einschließlich eines nationalen und internationalen Vergleichs

Gliederung

1 Die wichtigsten Ergebnisse in der Zusammenfassung.....	2
2 Allgemeine und methodische Vorbemerkungen	3
2.1 „Gründe“ für die Entwicklung von Verweildauer.....	4
2.2 Zum Zusammenhang von Verweildauerentwicklung und Krankenhausausgaben	4
3 Die Entwicklung der Verweildauer im Land Bremen	5
3.1 Die Verweildauerentwicklung in den Fachdisziplinen.....	5
3.2 Verweildauer und Alter	6
3.3 Verweildauer und Geschlecht.....	7
3.4 Verweildauer und Herkunft.....	7
3.5 Verweildauer und Diagnosen	7
3.6 Verweildauerunterschiede zwischen den Krankenhäusern.....	9
3.7 Verweildauervergleich zwischen Bremen und Bremerhaven	10
4 Der Verweildauervergleich mit anderen Bundesländern	10
5 Die Verweildauer im internationalen Vergleich.....	11
Tabellen.....	13
Tabelle 1: Disziplinbezogene Verweildauern in Bremen und Bremerhaven von 1980 bis 2003 – vollstationär	
Tabelle 2: Verweildauerentwicklung nach Altersgruppen – Somatik Land Bremen	
Tabelle 3: Verweildauerentwicklung nach Geschlecht – Somatik Land Bremen	
Tabelle 4: Verweildauerentwicklung nach Herkunft – Somatik Land Bremen	
Tabelle 5: Verweildauern nach Diagnosegruppen (Kapiteln) – Land Bremen vollstationär 1995-2003	
Tabelle 6: Disziplinbezogene Verweildauer nach Krankenhäusern im Jahr 2003 – Somatik vollstationär	

1 Die wichtigsten Ergebnisse in der Zusammenfassung

- Seit 1980 hat sich die disziplinbezogene Verweildauer der Somatik (von 14,5 auf 7,5 Tage) **fast halbiert** (-48 %)

- Diese Entwicklung verlief in **Bremen und Bremerhaven weitgehend parallel**, im Jahr 2003 war die Verweildauer der **Somatik** mit 7,5 (Bremen) und 7,6 (Bremerhaven) fast identisch.

- Die Verweildauer der vollstationären **Psychiatrie** (ohne Forensik) ist seit 1982 um ca. 64 % zurückgegangen (von ca. 67 auf 23,5 Tage). Obwohl auf einem sehr unterschiedlichem Niveau (wobei die VD in Bremen ca. doppelt so hoch wie in Bremerhaven liegt), ist auch diese Entwicklung annähernd parallel verlaufen.

- In allen Fachbereichen ist die Verweildauer rückläufig.** Die Spanne des prozentualen Rückgangs reicht von 30 bis ca. 65 %. Die größten Verweildauerreduzierungen sind festzustellen in der Augenheilkunde, der Neurologie (Stadt Bremen) und der Inneren Medizin. Vergleichsweise gering fiel der Verweildauerückgang in der Strahlenheilkunde aus. Die disziplinbezogene Entwicklung korrespondiert weitgehend mit den diagnosebezogenen Auswertungen.

- Ältere Menschen** liegen vergleichsweise länger in den Krankenhäusern. Da deren Verweildauerückgang in den letzten Jahren allerdings überdurchschnittlich ausfiel, haben sich die altersabhängigen Verweildauern insgesamt stärker angeglichen.

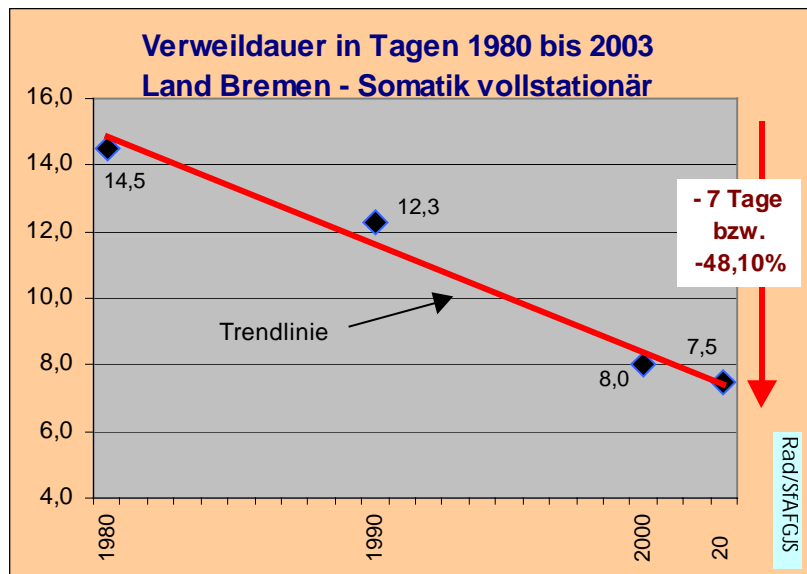
- Männer und Frauen** liegen annähernd **gleich** lang im Krankenhaus. Auch in der Entwicklung sind keine gravierenden geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen.

- Auswärtige Patienten** werden – auch im mehrjährigen Durchschnitt – ca. 0,5 Tage **früher** entlassen als einheimische Patienten.

- Gesamtverweildauern der **Krankenhäuser** lassen sich wegen zu unterschiedlicher Fachabteilungs- und Leistungsstrukturen i.a. nicht unmittelbar miteinander vergleichen. Vom Grundsatz her, aber auch zumeist der Höhe her sind die Unterschiede bei detaillierter Analyse jedoch durchaus erklärbar.

- Die deutliche Verweildauersenkung im Land Bremen **entspricht** weitgehend **dem nationalen wie auch international vorherrschenden Trend**. Vergleichbare Daten vorausgesetzt, übertrifft der Rückgang im Land Bremen in den letzten 10 Jahren prozentual sogar die Entwicklung in den anderen Bundesländern und der zu internationalen Vergleichen herangezogenen Länder.

- Weitergehende detaillierte und insbesondere aussagefähige internationale Vergleiche sind – zumindest mit absoluten Zahlen - nicht möglich !



- ◆ Die mit dem aktuellen Krankenhausplan aufgestellten **Prognosen** der Verweildauer für das Jahr 2005 erweisen sich insgesamt wie auch in vielen Teilbereichen als **korrekt** eingeschätzte Fortsetzung der rückläufigen Entwicklung (Somatik und Psychiatrie vollstationär: Ist 2003: 8,2 Tage - Prognose 2005: 8,0 Tage).

2 Allgemeine und methodische Vorbemerkungen

Die Verweildauer (im folgenden z.T. abgekürzt mit 'VD') ist zusammen mit der Fallzahlentwicklung die prägende Determinante für die Belegung, den Bedarf und die Prognose von Krankenhauskapazitäten. Der Begriff **Verweildauer** scheint hierbei vordergründig recht eindeutig zu sein, soll er doch nichts anderes als die durchschnittliche Liegezeit der Patienten im Krankenhaus wiedergeben. Seriöse analytische und methodisch fundierte Vergleiche zeigen jedoch sehr schnell, dass auch der so simple erscheinende Begriff der Verweildauer präzise definiert werden muss, bevor aus deren Vergleich Rückschlüsse auf Struktur und Effizienz von Krankenhausversorgung oder gar für die Gesundheitspolitik gezogen werden können.

Welche Verwerfungen in Verweildauervergleichen auftreten und wodurch sie verursacht werden können, zeigt die folgende Auflistung von Einflussfaktoren und zu treffenden Festlegungen:

- ist die Psychiatrie mit einer vergleichsweise langen Verweildauer enthalten ?
- handelt es sich um **fall-** oder **disziplinbezogene** Verweildauern ? (fallbezogen bedeutet im Durchschnitt höhere Verweildauern, da der gesamte Krankenhausaufenthalt zugrunde gelegt wird, interne Verlegungen folglich nicht berücksichtigt werden)
- für disziplinbezogene Verweildauern relevant: wie detailliert ist die Disziplinliederung ? Z.B. für die Innere Medizin: sind ‚Subdisziplinen‘ enthalten oder ist etwa die Lungenmedizin mit einer vergleichsweise hohen Verweildauer gesondert dargestellt ? Weiterhin: ist die Intensivmedizin statistisch als eigenständiger Bereich geführt, was i.a. wegen der hohen Zahl von internen Verlegungen zu einer deutlich geringeren disziplinbezogenen Verweildauer führen kann ¹
- sind Daten teilstationär behandelter Patienten berücksichtigt (was wegen erheblicher methodischer Probleme nicht zu empfehlen ist)?
- wenn doch, welche Berechnungsmethodik findet Anwendung? (die abrechnungsorientierte Quartalsbetrachtung, die eher bei onkologischen oder Dialysepatienten mit nicht direkt aufeinanderfolgenden Behandlungstagen einer Behandlungssequenz Sinn macht, aber für die Psychiatrie mit teilweise sehr langen Verweildauern zu statistischen Verwerfungen führt ?)
- sind Beurlaubungen herausgerechnet (insbes. bei Psychiatrie relevant) ?
- sind Eintagesfälle einberechnet ?
- für Auswertungen aus DRG-Datenbeständen: wie sind Wiederaufnahmen aus gleichem Anlass und Wechsel zwischen Nicht-DRG und DRG-Bereich berücksichtigt ?

Bei der Bewertung von Krankenhausliegezeiten ist weiterhin zu beachten, dass in der Vergangenheit Wiedereinweisungen statistisch und abrechnungstechnisch stets einen neuen Fall produzierte. So geht beispielsweise ein Patient, der dreimal in einem Jahr wegen des gleichen Behandlungsanlasses im Krankenhaus mit insgesamt 30 Tagen aufgenommen wurde, rechnerisch in die Statistik als 3 Fälle mit einer Durchschnittsverweildauer von 10 Tagen ein. Auswertungen für das Land Bremen zeigen, dass in einzelnen Disziplinen bis zu 30 % der Fälle durch Mehrfachaufnahmen verursacht sind, der Durchschnitt liegt bei 16 %.

Hinzu kommen Aspekte der krankenhausexternen und sektorübergreifenden Versorgungsqualität: wie ist die „Abnahmefähigkeit“ von Patienten in weiterbehandelnden teilstationä-

¹ zumal die gesonderte Berücksichtigung von zentralen Intensivabteilungen eine statistische „Benachteiligung“ der Krankenhäuser mit dezentralen, disziplinären Intensivbereichen bedeuten würde

ren und ambulanten Einrichtungen, in (Früh-)Rehabilitations- und AHB-Einrichtungen, in Pflege- und Altenheime. Aber auch die Organisation der Krankenseinweisung und –aufnahme bzw. deren Vermeidung bei fehlender vollstationärer Versorgungsnotwendigkeit beeinflusst die Verweildauer.

Zur Vermeidung eines Vergleichs „von Äpfel mit Birnen“ werden aus den beschriebenen methodischen Problemlagen, soweit dies die Datenlage erlaubt, nur Verweildauerwerte zum Vergleich herangezogen, die nachweislich nach ähnlichen statistischen und methodischen Grundlagen erstellt wurden wie die Bremer Verweildauerdaten. Wenn im Ausnahmefall die Sicherstellung einer Kompatibilität nicht möglich war, wird hierauf ausdrücklich hingewiesen und nachdrücklich davor gewarnt, die entsprechenden Daten ohne die genannten Einschränkungen weiter zu verwenden. Unter diesen Vorbehalten basieren die folgenden Auswertungen und Aussagen

- ausschließlich auf vollstationären Patientendaten,
- auf einer generellen Trennung von Somatik und Psychiatrie (und überwiegenden Beschränkung auf die Somatik),
- bei disziplinbezogenen Aussagen: auf einer vollständigen Einrechnung der Daten der Intensivmedizin (also keine eigenständige Ausweisung).

Die Probleme der Vergleichbarkeit von Verweildauerwerten werden am deutlichsten bei der Gegenüberstellung internationaler Daten. Wie das Kapitel 5 zeigt, sind Aussagen aus Vergleichen, soweit die hier getroffenen Einschränkungen und Vorbehalte nicht berücksichtigt werden, wertlos und teilweise sogar irreführend. Die Erläuterungen der Methodik zur Verweildauerermittlung in einzelnen Ländern zeigen vielmehr, dass die oben angeführten Einflussfaktoren auf und Vorgaben für eine vergleichbare Verweildauerdefinition noch nicht einmal abschließend ist.

2.1 „Gründe“ für die Entwicklung von Verweildauer

Die rückläufige Entwicklung der Verweildauer wird im allgemeinen in einer eher pauschalen Form mit verbesserten und schonenderen Diagnostik- und Therapiemethoden, mit optimierten Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses und mit dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck begründet. Eine detaillierte Hinterfragung der Ursachen und deren Zusammenwirken findet dagegen selten statt und stößt zudem schnell an methodische Grenzen: die datengestützte Herausarbeitung der Ursachen von Verweildaueränderungen und Unterschieden im Rahmen vergleichender Analysen ist begrenzt. Eine quantitative Benennung einzelner Einflussfaktoren ist im allgemeinen sogar unmöglich². Der Versuch, Verweildauerentwicklungen begründen zu wollen, muss sich, wie auch dieser Bericht zeigt, eher auf die empirische Analyse kausaler Zusammenhänge im Kontext mit den Rahmenbedingungen der medizinischen, gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklungen beschränken.

2.2 Zum Zusammenhang von Verweildauerentwicklung und Krankenhausaufgaben

Einer der häufig genannten Gründe für den Rückgang von Verweildauern ist der stärkere wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser, u.a. durch die Einführung neuer Vergütungssysteme. Im Umkehrschluss ließe sich vermuten, dass kürzere Krankenhausliegezeiten mehr oder weniger automatisch zu einer Reduzierung der Kosten für das Gesundheits- und speziell das Krankenhauswesen führen. Internationale Vergleiche, insbesondere mit den USA, zeigen aber, dass kürzere Verweildauern nicht zwangsläufig niedrigere Gesundheits- und Krankenhausaufgaben bedeuten³. Es sei deshalb davor gewarnt, aus den hier dargestellten Ergebnissen voreilig Rückschlüsse auf die Qualität von Krankenhausleistungen und deren wirtschaftliche Erbringung ziehen zu wollen !

² hierzu fehlen momentan auch noch verknüpfbare Daten anderer Versorgungsbereiche, um deren Zusammenwirken mit der Krankenhausversorgung ausreichend zu beschreiben

³ vgl. u.a. Dr. M. Schölkopf/Dr. H. Stapf-Finé „Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung“ in „das Krankenhaus“ 2/2003

3 Die Entwicklung der Verweildauer im Land Bremen

3.1 Die Verweildauerentwicklung in den Fachdisziplinen

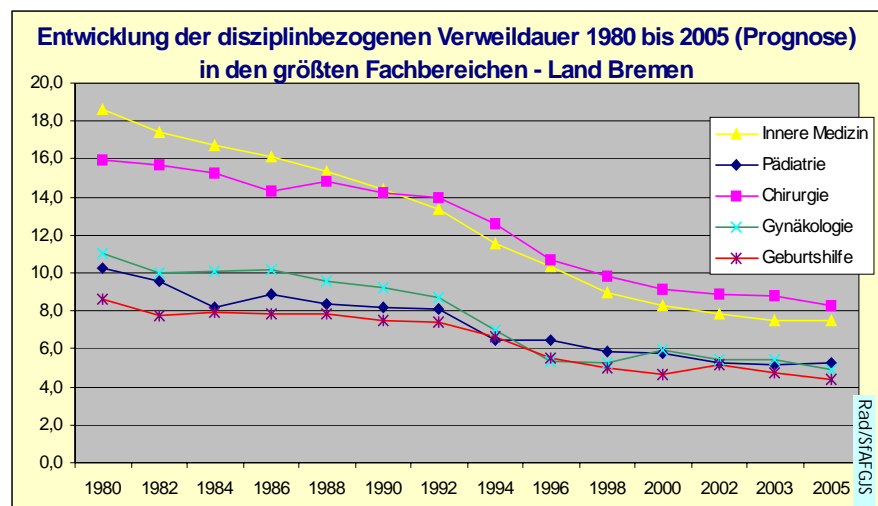
Zuverlässige Daten für disziplinbezogene Verweildauern liegen im Land Bremen ab 1980 (Gliederung nach Alter/Geschlecht/Herkunft sowie Psychiatrie ab 1982) vor. Einbezogen in einige Auswertungen / Grafiken ist jeweils auch das Prognosejahr 2005, die Ist-Daten gehen bis zum Jahr 2003. Einzelne Spezialbereiche wie beispielsweise die Kardiochirurgie oder die Rheumachirurgie sind allerdings erst nach diesem Zeitpunkt als eigenständige Fachabteilungen eingerichtet worden. Zur Wahrung der Kontinuität der Zeitreihenanalyse wie auch der Vergleichbarkeit zwischen Bremen und Bremerhaven sowie Land Bremen mit anderen Bundesländern werden die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie jeweils incl. Subdisziplinen ausgewiesen⁴.

Erwartungsgemäß wird die Höhe und Entwicklung der Verweildauer von medizinischen Fachbereichen primär durch die Alterstruktur der Patienten („je älter, desto länger“, s. unten), den Anteil der multimorbiden und chronisch erkrankten Patienten und das insbesondere durch die Diagnosen abgebildete Krankheitsspektrum bestimmt. Weiterhin ist für die meisten Fachbereiche anzunehmen, dass Verbesserungen in der Versorgungskette – bis hin zu Altenheimen - einen Teil der Verweildauerverkürzung verursacht haben. Hinzu kommt der verstärkte Aufbau teilstationärer Versorgungsangebote und eine Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich. Aufgrund der Erfahrungen in Ländern wie Australien und den USA, die bereits seit längerem mit einem DRG-Vergütungssystem leben, kann sich dieser Prozeß in den nächsten Jahren noch verstärken und zu einer weiteren Verringerung der Verweildauer führen.

Die durchschnittliche Verweildauer der vollstationären Somatik im Land Bremen ist seit 1980 von 14,5 auf 7,5 Tage in 2003, also um ca. 48 % gesunken. Diese Entwicklung wird geprägt durch die großen Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie (mit ca. 75 % der Gesamtaufnahmen), deren rückläufige Verweildauer in der Grafik 1 (und der Tabelle 1 im Anhang) ausgewiesen ist.

Der überproportionale Rückgang in der Inneren Medizin ist zumindest teilweise durch die Einrichtung geriatrischer Fachabteilungen begründet. Dieser Zusammenhang ist abgebildet ab in dem VD-Rückgang in der zweiten Hälfte der 90-Jahre, also in den Jahren, in denen im Land Bremen die Geriatrie aufgebaut wurde.

Die Innere Medizin gehört zusammen mit der Neurologie (allerdings nur in der Stadt Bremen) und der Augenheilkunde zu den Bereichen, in denen die Verweildauer überdurchschnittlich zurückgegangen ist. Die Augenheilkunde ist das Paradebeispiel, wie durch den Einsatz neuer schonender Verfahren, hier die Lasertechnologie, die Liegezeiten erheblich verkürzt werden können. Die VD-Reduzierung auf ca. 3 ½ Tage geht hierbei



Die VD-Reduzierung auf ca. 3 ½ Tage geht hierbei

⁴ In der Inneren Medizin gelten als Subdisziplinen die Kardiologie, die Lungen- und Bronchialheilkunde, die Rheumatologie und die Schmerztherapie, in der Chirurgie sind dies neben der Allgemeinen Chirurgie die Unfallchirurgie, die Thoraxchirurgie, die Kardiochirurgie, die Handchirurgie, die Rheumachirurgie und die Gefäßchirurgie.

sogar noch einher mit zwei Entwicklungen, die tendenziell limitierend auf Verweildauerkürzungen wirken: 1. der erheblichen Verlagerung „leichterer“ Fälle (insbes. Katarakt-OPs) zum Ambulanten Operieren und 2. einer deutlichen Zunahme älterer Patienten. Die Augenheilkunde ist entgegen der sonstigen Alterstruktur ein Fachbereich, der bezogen auf die Liegezeiten keine besonderen Altersausprägungen aufweist: alte Patienten liegen hier im Durchschnitt genauso lange wie jüngere Patienten.

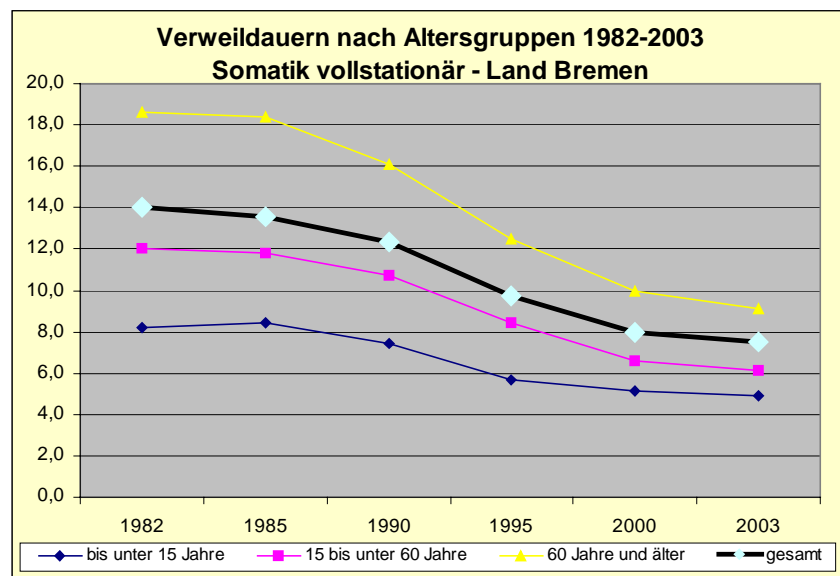
Für den überdurchschnittlichen VD-Rückgang in der Neurologie ist zu vermuten, dass im besonderen Maße hier die verbesserten AHB- und Rehabilitationsangebote verbunden mit schnelleren Krankenhausentlassungen sowie die Einrichtung der stroke-unit (Schlaganfallpatienten) den Rückgang der Liegezeiten ermöglichen.

Noch stärker als in den somatischen Disziplinen ist die Verweildauer in den **psychiatrischen** Fachabteilungen im Land Bremen gesunken (um fast 65 % zwischen 1982 und 2003). Hinter dieser Entwicklung steht die Auflösung der früher eher langfristig orientierten vollstationären Behandlungskonzepte zugunsten eines stärker auf teilstationäre und auch ambulante Einrichtungen ausgerichteten Psychiatriekonzepts. Innerhalb der insgesamt deutlich rückläufigen Psychiatrie-Verweildauer fällt auf, dass die Liegezeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichsweise gering verkürzt wurden. In den letzten Jahren schwankte zudem die Verweildauer (zwischen 45 und 50 Tagen) ohne einen eindeutigen Trend.

3.2 Verweildauer und Alter

Zu berücksichtigen ist, dass in diesen Zahlen auch die Pädiatrie und die Geburtshilfe enthalten sind, also Disziplinen, in denen eine Versorgung nur bis zu einem bestimmten Alter erfolgt. Die folgende Grafik (vgl. auch Tabelle 2 im Anhang) dokumentiert, dass ältere Menschen deutlich länger im Krankenhaus liegen als die Jüngeren. Die vergleichsweise kürzesten Verweildauern weisen die Kinder und Jugendlichen aus.

Es wird aber auch deutlich, dass sich die altersadjustierten Verweildauern stärker angleichen. 1982 lag die Verweildauer der über 60-Jährigen noch um 4,6 Tage über der durchschnittlichen Gesamtverweildauer, im Jahr 2003 beträgt diese Differenz nur noch 1,6 Tage. Auch in den in der Tabelle 2 angeführten relativen Veränderungswerten wird diese Entwicklung deutlich: der Verweildauerrückgang der über 60-Jährigen zwischen 1982 und 2003 lag bei über 51 %, der entsprechende Wert bei den bis 15-Jährigen dagegen nur bei 40 %.



Mit Ausnahme der bereits beschriebenen Ausnahmesituation in der Augenheilkunde (ohne besondere altersbedingte Ausprägungen in der Verweildauer) und einer ebenfalls recht ausgeglichenen Verteilung in der HNO-Heilkunde finden sich die dargestellten Entwicklungen in allen anderen Fachbereichen, in denen alle Altersgruppen vertreten sind, wieder.

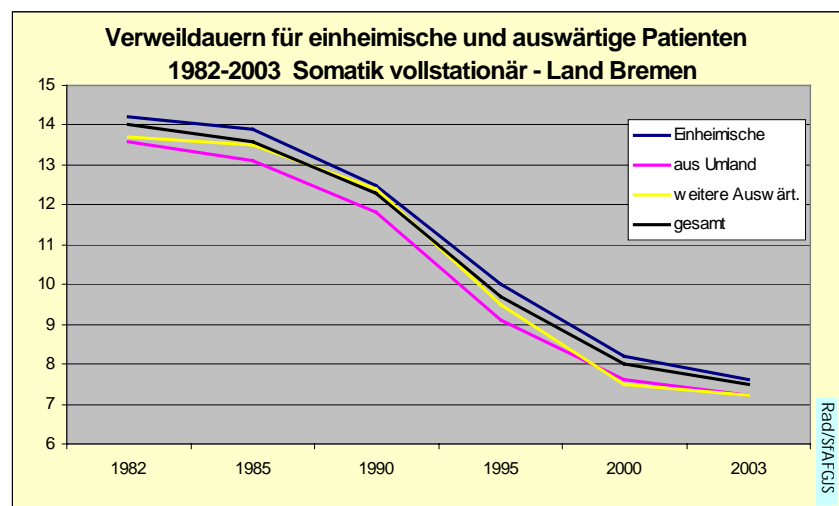
3.3 Verweildauer und Geschlecht

Geschlechtsbezogen sind keine signifikanten Verweildauerunterschiede festzustellen (vgl. Tabelle 3 im Tabellenanhang). Zumindest seit 2000 verweilten Frauen und Männer annähernd gleich lang in Bremer Krankenhäusern. Die für 1982 bis 1995 ausgewiesene geringere Verweildauer der Frauen (um ca. 0,4 Tage) ist – zumindest zu einem Teil – in der stärkeren Gewichtung der damals vergleichsweise niedrigen frauenheilkundlichen Verweildauer begründet.

3.4 Verweildauer und Herkunft

Ca. 1/3 der Patienten der Krankenhäuser im Land Bremen sind Auswärtige. Wenn die Liegezeiten der Auswärtigen im signifikanten Maß von denen der einheimischen Patienten abweichen, würde dies nicht ohne Auswirkung auf die durchschnittliche Gesamtverweildauer haben. Die folgende Grafik (und Tabelle 4) zeigt, dass die durchschnittliche Liegezeit von auswärtigen Patienten, insbesondere aus dem unmittelbaren niedersächsischen Umland (rote Linie) stets unter der der einheimischen Patienten lag. Im Analysezeitraum lag diese Differenz im Durchschnitt bei 0,5 Tagen. Ohne die Auswärtigen wäre folglich die durchschnittliche Verweildauer in den Bremer Krankenhäusern um ca. 0,2 Tage länger.

Über mögliche Ursachen für die vergleichsweise geringere Verweildauer der Auswärtigen kann z.Zt. nur gemutmaßt werden, da Daten z.B. zu Verlegungen zwischen Krankenhäusern des Landes Bremen und des Umlandes (noch) nicht vorliegen. Gleichwohl plausibel wie auch medizinisch vernünftig ist die Annahme, dass auswärtige Patienten im Anschluss an eine Akut- oder Notfallversorgung aus Spezialdisziplinen in Bremen frühzeitig (wieder) in das „heimische“ Krankenhaus im niedersächsischen Umland verlegt werden. Hierauf weisen die Verweildauerunterschiede in der Kardiologie⁵ und der Pneumologie⁶ hin, die deutlich über der bereits genannten durchschnittlichen Differenz liegen.



3.5 Verweildauer und Diagnosen

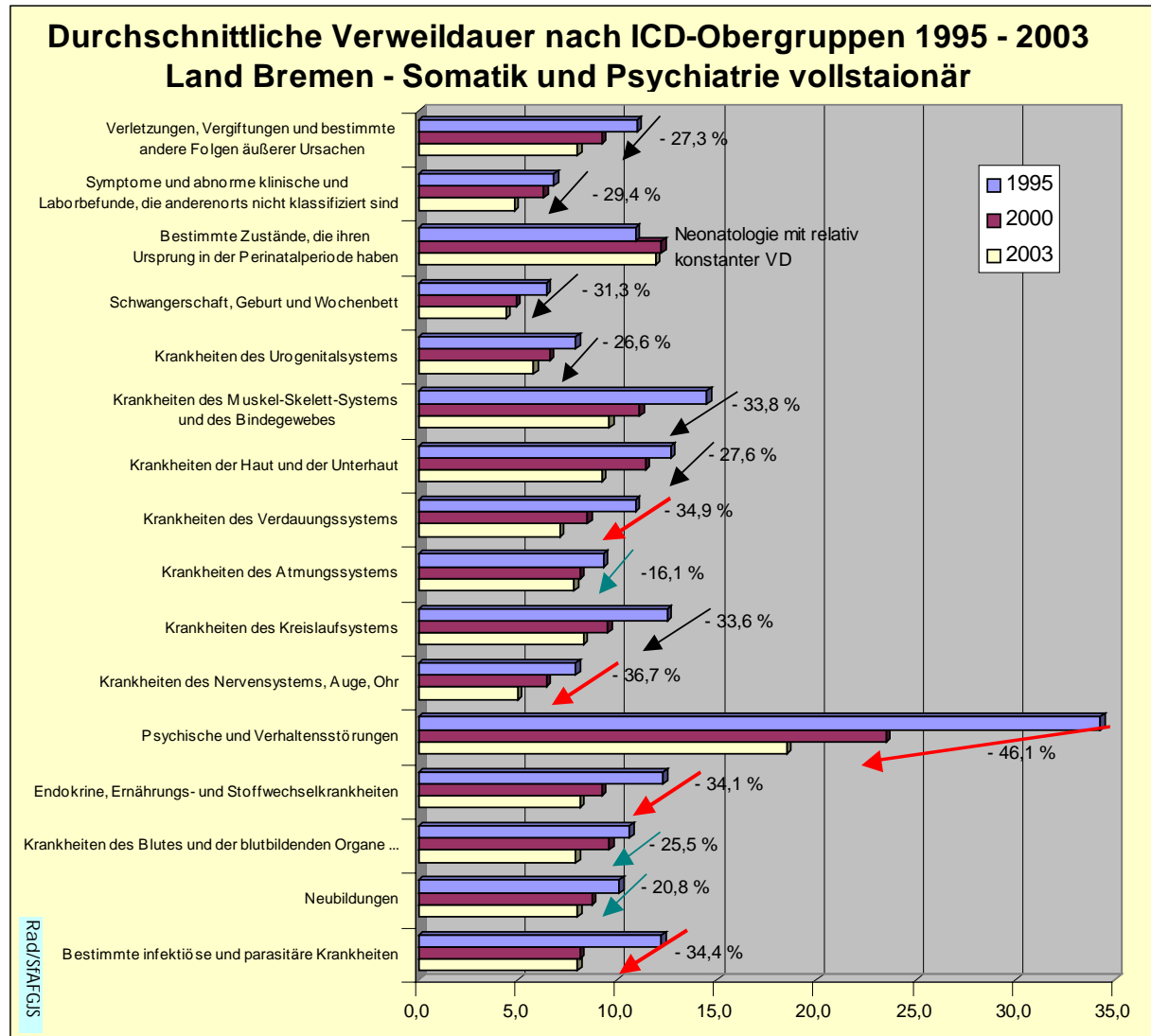
Häufige Änderungen in der ICD-Systematik (neuere Revisionen) erschweren einen Aufbau langjähriger Zahlenreihen. Vergleichsweise unverändert über die Jahre geblieben ist jedoch die Gliederungsebene der ICD-Kapitel (Obergruppen), die folglich auch eine Darstellung der diagnosebezogenen Verweildauern von 1995 bis 2003 ermöglicht. Von den quantitativ relevanten ICD-Gruppen ist einzig die frühere Obergruppe „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ in der neueren Systematik in „Krankheiten des Auges...“, „Krankheiten des Ohres...“ und „Krankheiten des Nervensystems“ unterteilt.

Die Entwicklung etlicher dieser ICD-Kapitel korrespondiert stark mit den Verweildauerrends der Disziplinen, deren Leistungsumfang durch das jeweilige Kapitel geprägt wird. Die Diagnosegruppen mit einem vergleichsweise starken Rückgang sind in der folgenden Grafik

⁵ Verweildauer der Kardiologie in 2003: Einheimische 3,7, Auswärtige 2,8 Tage

⁶ Verweildauer der Lungen- und Bronchialheilkunde in 2003: Einheimische 9,8, Auswärtige 8,5 Tage

durch rote Entwicklungspfeile gekennzeichnet. Dies sind insbesondere psychiatrische Diagnosen (vgl. Aussagen zur Psychiatrie unter 3.1) mit einem deutlichen Minus von 46,1 % und die zusammengefassten Diagnosen des Nervensystems, der Augen- und HNO-Erkrankungen, wozu insbesondere die Verweildauerentwicklung der augenheilkundlichen Diagnosen beigetragen hat. Somit steht diese Entwicklung insbesondere in Korrespondenz zu den Ausführungen zur Augenheilkunde im Abschnitt 3.1.

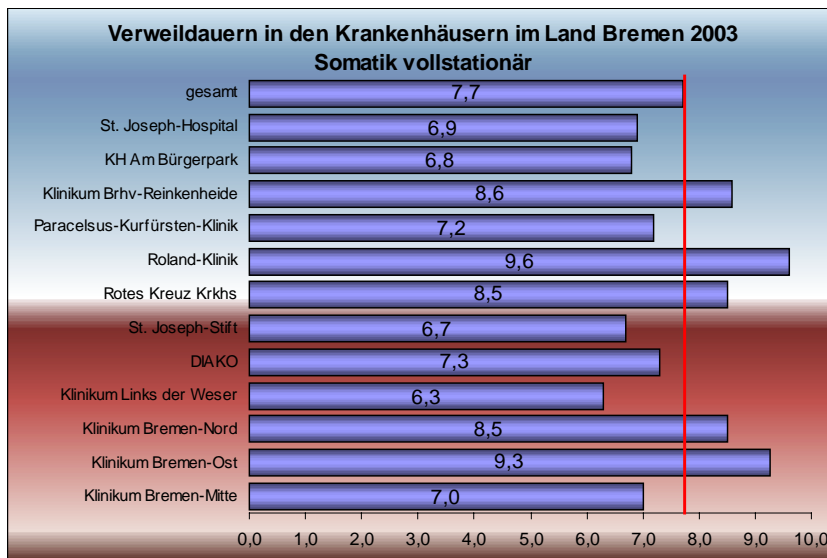


(zur Vergleichbarkeit mit 1995 sind für 2000 und 2003 die Verweildauern der Kapitel „Krankheiten des Auges...“, „Krankheiten des Ohres...“ und „Krankheiten des Nervensystems“ nicht gesondert aufgeführt, sondern über die Fallzahlen gewichtet in dem Kapitel „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ zusammengefasst.)

Vergleichsweise gering fiel der Verweildauerrückgang für die Krankheiten der Atmungsorgane (mit einer Entsprechung in der relativ geringen Verweildauerabnahme der Lungen- und Bronchialheilkunde) und die Neubildungen aus, für die eine Zuordnung zu Fachdisziplinen allerdings nicht möglich ist, Diese Diagnosegruppe gehört im Gegenteil zum Standardleistungsspektrum vieler Fachbereiche.

3.6 Verweildauerunterschiede zwischen den Krankenhäusern

Die nüchterne Bilanz der in der Grafik dargestellten Verweildauerunterschiede zeigt eine Bandbreite der Abweichungen vom Mittelwert von + 1,9 Tagen (Roland-Klinik) bis -1,4 Tage (Klinikum Links der Weser), die maximale Abweichung liegt folglich bei 24 %. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Verweildauerhöhe und Zugehörigkeit zu einer Trägerschaftenart oder Krankenhausgröße ist hierbei nicht erkennbar.



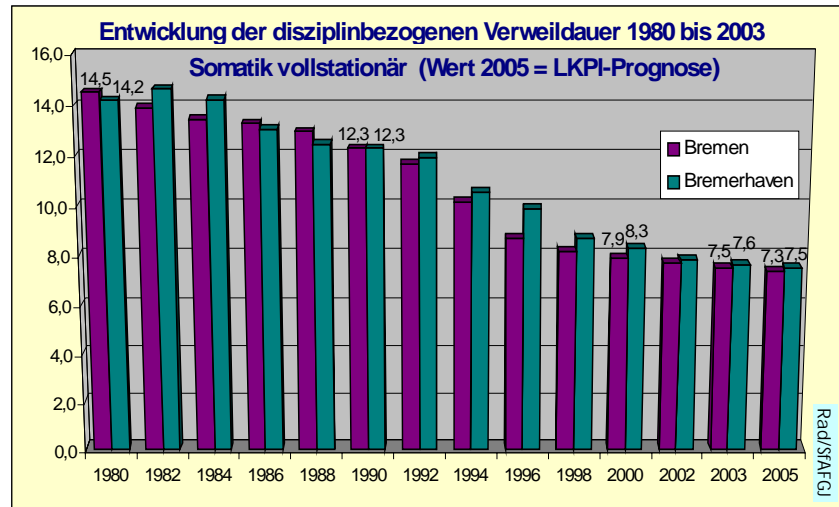
Grundsätzlich sind Verweildauervergleiche zwischen Krankenhäusern problematisch, da das Disziplin- und Leistungsspektrum zu unterschiedlich ist. Selbst ein direkter Vergleich der beiden großen Krankenhäuser mit einer tiefgegliederten Fachabteilungsstruktur, dem Klinikum Bremen-Mitte mit 7,0 Tagen und dem Kli-

nikum Reinkenheide mit 8,6 Tagen, wird unstatthaft, da einerseits im KBM mit der Pädiatrie und der Urologie zwei Fachabteilungen mit geringen Verweildauern und andererseits im Klinikum Reinkenheide die Geriatrie mit einer langen Liegezeit vorgehalten werden. Festzuhalten ist, dass die Vorhaltung von Disziplinen mit überproportional langen Liegezeiten (wie insbes. die Geriatrie, aber auch die Neurochirurgie und die Orthopädie) und von relativ kurzen Verweildauern (Augenheilkunde, Kardiologie als Teildisziplin der Inneren, Geburtshilfe und Pädiatrie) für die Gesamtverweildauern von Krankenhäuser von vorrangiger Bedeutung sind.

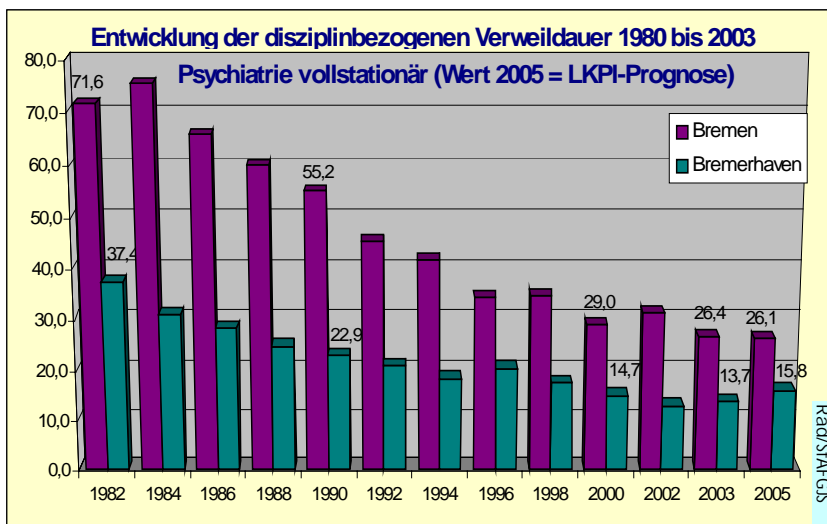
Die krankenhausspezifischen Verweildauerunterschiede gehören naturgemäß zu den Hauptthemen der mit den Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung geführten Gespräche. Die Erfahrungen aus diesen Gesprächen belegen, dass insgesamt trotz aller Einschränkungen die Verweildauern der Krankenhäuser sich wegen der unterschiedlichen Fachabteilungs- und Leistungsstrukturen i.a. nicht unmittelbar miteinander vergleichen lassen, sie zeigen aber zugleich auch, dass aber vom Grundsatz wie auch zumeist der Höhe her die Unterschiede bei detaillierter Analyse durchaus erklärbar sind. Der disziplinbezogene Vergleich der Verweildauer(entwicklungen) zwischen den Krankenhäusern, der in diesen Strukturgesprächen häufig intensiv diskutiert wird, würde, so sinnvoll er auch im Gegensatz zu einem Vergleich der Gesamtverweildauern von Krankenhäusern ist, den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Einen Überblick über die krankenhausbefugenen Werte und Unterschiede bietet die Tabelle 6 im Anhang.

3.7 Verweildauervergleich zwischen Bremen und Bremerhaven

Aktuell gibt es, bezogen auf die vollstationäre Somatik, keine großen Verweildauerunterschiede zwischen Bremen und Bremerhaven. In Bremerhaven lag sie im Jahr 2003 bei 7,6 Tagen, in der Stadt Bremen bei 7,5 Tage. Im Zeitraum von 1990 bis 2000 lagen Patienten in Bremerhavener Krankenhäusern im Durchschnitt deutlich länger als Patienten in Krankenhäusern der Stadt Bremen. Plausible Erklärungen, etwa durch stark abweichende Fachabteilungs- und Leistungsstrukturen, gibt es hierfür nicht: die in Bremerhaven fehlenden bzw. nicht so stark ausgeprägten urologischen, orthopädischen und kardiologischen Versorgungsangebote neutralisieren sich in ihrer Wirkung auf die Verweildauer weitgehend.



Der Vergleich für die vollstationäre Psychiatrie zeigt, dass die durchschnittliche Verweildauer in Bremerhaven über die Jahre hinweg in etwa halb so hoch ist wie die in der Stadt Bremen (im Jahr 2003 in Bremerhaven: 13,7 Tage – in Bremen: 26,4 Tage). Die Entwicklung des Verweildauerrückgangs verlief hierbei allerdings weitgehend parallel.



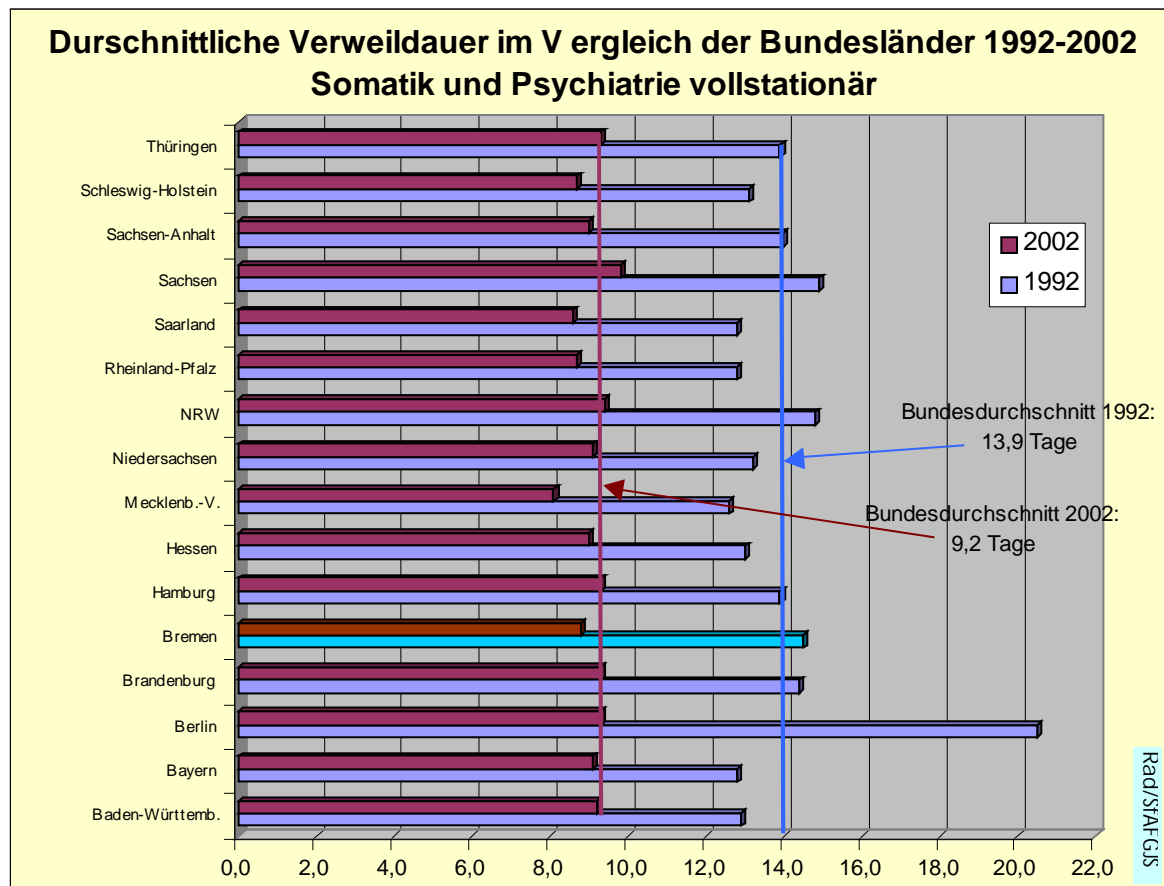
Die Ursachen für das unterschiedliche Niveau: in der Stadt Bremen ist die Psychotherapie / Psychosomatik und die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit vergleichsweise langen Liegezeiten enthalten, zudem wird die Verweildauer der Psychiatrie in der Stadt Bremen stärker durch psychotische Krankheitsbilder und Belastungsstörungen mit vergleichsweise langen Verweildauern bestimmt, in Bremerhaven dominieren dagegen eindeutig Patienten mit Abhängigkeits- und Entzugserkrankungen, die im Durchschnitt deutlich geringere Verweildauern aufweisen.

Die Ursachen für das unterschiedliche Niveau: in der Stadt Bremen ist die Psychotherapie / Psychosomatik und die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit vergleichsweise langen Liegezeiten enthalten, zudem wird die Verweildauer der Psychiatrie in der Stadt Bremen stärker durch psychotische Krankheitsbilder und Belastungsstörungen mit vergleichsweise langen Verweildauern bestimmt, in Bremerhaven dominieren dagegen eindeutig Patienten mit Abhängigkeits- und Entzugserkrankungen, die im Durchschnitt deutlich geringere Verweildauern aufweisen.

4 Der Verweildauervergleich mit anderen Bundesländern

Die folgenden Daten basieren auf Ergebnissen nach der Krankenhausstatistik-Verordnung. Auch wenn diese Daten nicht vollständig übereinstimmen mit den auf der Landesebene veröffentlichten Verweildauerwerten, so sind sie jedoch in sich weitgehend schlüssig, da die Erhebungsanforderungen und die Auswertungsmethoden im Rahmen dieser gesetzlichen Vorgabe für alle Krankenhäuser in Deutschland identisch sind.

Die folgende Grafik verdeutlicht, dass im Land Bremen die Verweildauer im Jahr 1992 noch über dem Bundesdurchschnitt lag. Durch einen überproportionalen Rückgang (-39,3 % bei durchschnittlich -33,8 %) ist die Verweildauer in Bremen unter den Bundesdurchschnitt im Jahr 2002 gesunken. Wird Berlin mit einer strukturbedingt nicht vergleichbaren Verweildauerentwicklung außer Acht gelassen⁷, ist der Verweildauerrückgang in Bremen am höchsten ausgefallen. Seitdem gehört Bremen (8,8 Tage) zusammen mit Mecklenburg-Vorpommern (8,1 Tage), dem Saarland (8,6 Tage), Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz (jeweils 8,7



Tage) zu den Bundesländern mit einer vergleichsweise niedrigen Krankenhausverweildauer. Gegenüber den Stadtstaaten Hamburg und Berlin, die in Bezug auf die Versorgungsstruktur wie z.B. das Verhältnis von Spezial- und Standardversorgung am ehesten vergleichbar sind, hat Bremen (2002) eine um 0,5 Tage niedrigere Verweildauer.

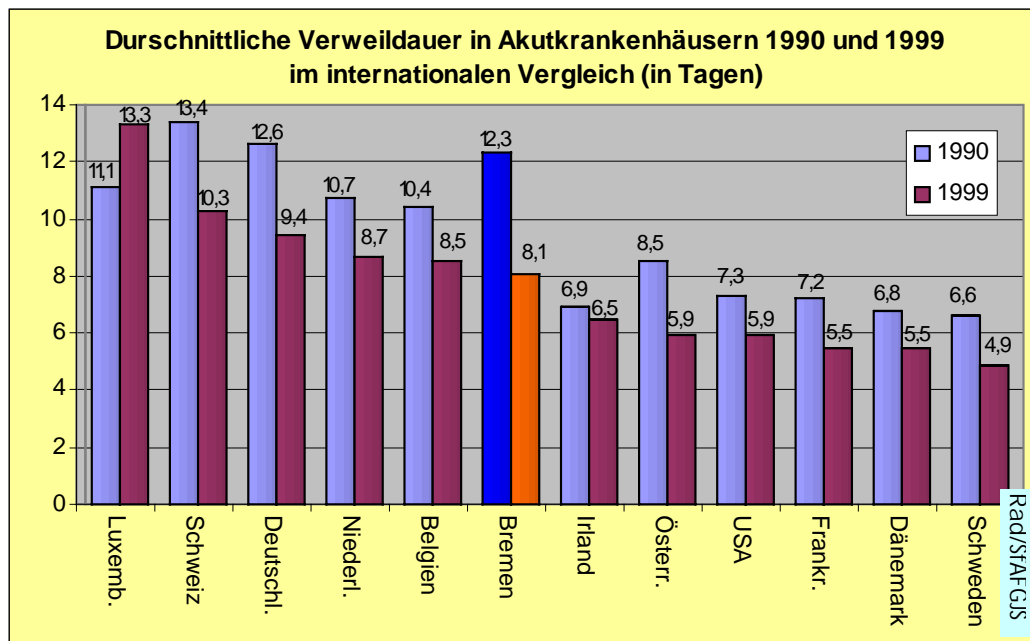
Die Feststellung des überproportionalen Verweildauerrückgangs Bremens im Vergleich zu den anderen Bundesländern deckt sich im übrigen auch mit der im folgenden Abschnitt dargestellten Grafik und Kommentierung zum internationalen Vergleich.

5 Die Verweildauer im internationalen Vergleich

Vergleiche internationaler Verweildauer kennzahlen sind - auch in der Fachliteratur - selten zu finden und wenn, dann sind sie veraltet. Dies liegt einerseits daran, dass diese Daten nicht systematisch und kontinuierlich erhoben werden. Andererseits bestehen, und dies mag zugleich Grund für die fehlende zeitnahe Statistik sein, erhebliche Probleme in der Vergleichbarkeit der internationalen Daten. Die methodische und statistische Kompatibilität, die

⁷ bis ca. 1997 wurden – entgegen der Statistik der anderen Bundesländer - „Chroniker“ mit einer vergleichsweise hohen Verweildauer in der Inneren Medizin geführt, seitdem ist auch die Berliner Verweildauer wieder vergleichbar

im Kapitel 2 als zwingende Voraussetzung für aussagefähige Vergleiche beschrieben ist, liegt offensichtlich nicht vor, wie neueste OECD-Veröffentlichungen zeigen⁸. Deutschland ist in der OECD-Statistik mit einem Verweildauerwert von 11,6 Tagen (!) im Jahr 2001 als absolutes Schlusslicht aufgeführt. Die genaue Analyse der methodischen Erläuterungen und Nachfragen beim Statistischen Bundesamt haben ergeben, dass hier im Unterschied zu (allen ?) anderen Ländern für Deutschland die Rehabilitationseinrichtungen mit einbezogen sind, dieser Wert also in keiner Weise „vergleichbar“ ist.



In der Literatur findet sich mehrfach eine Übersicht bzw. Grafik für die Jahre 1990 und 1999, die an dieser Stelle mangels neuerer, vergleichbarer Daten angeführt wird. In diese Übersicht sind die Verweildauerdaten des Landes Bremen für die Somatik vollstationär eingefügt. Auch wenn wegen der beschriebenen vielfältigen methodischen Probleme nicht sichergestellt ist, dass die Bremer Daten auf einer den anderen Ländern vergleichbaren Basis stehen, so lässt sich doch eine Schlussfolgerung sehr eindeutig ziehen: die Verweildauer im Land Bremen ist im Vergleich mit den aufgeführten Ländern am stärksten zurückgegangen.

⁸ Wie kritisch internationale Verweildauervergleiche sind, wird deutlich daran, dass die OECD, die im Rahmen ihrer Gesundheitsstatistiken auch Auswertungen zur Verweildauer veröffentlicht, diese Statistik mit dem Hinweis begleitet:

“Note: Some countries may include deaths and discharges (separations) as well as same day separations and that caution should be exercised when making international comparisons due to the possibility that countries may provide data for different types of institutions.”

Überdies ist die einseitige VD-Übersicht durch vielseitige Erläuterungen ergänzt, die die im Kapitel 2 dargestellten methodischen Probleme veranschaulichen. Diese und weitere Informationen sind im Internet unter www.oecd.org unter statistics/health zu finden.

Tabellen

Tabelle 1: Disziplinbezogene Verweildauern in Bremen und Bremerhaven von 1980 bis 2003 – vollstationär (Wert für 2005 entspricht Prognose nach dem LKPI)

		1980	1982	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2005	Veränd. 1980-2003		
												absol.	in %
Innere Medizin (incl. Sub- disziplinen)	HB Aufn	29467	30783	31016	35724	43446	46172	46403	47554	46435			
	HB VD	19,3	17,5	16,4	14,4	10,4	8,2	7,9	7,5	7,5	-11,8	-61,0%	
	BHV Aufn	8560	7773	9050	10252	12505	15019	16553	16462	16223			
	BHV VD	16,4	17,0	16,3	14,5	12,3	8,7	7,6	7,3	7,6	-9,1	-55,3%	
	Land Aufn	38.027	38.556	40.066	45.976	55.951	61.191	62.956	64.016	62.658			
Land VD	18,6	17,4	16,4	14,4	10,8	8,3	7,8	7,5	7,5	-11,2	-59,9%		
Pädiatrie	HB Aufn	9896	9152	7795	8628	10475	11795	11150	10931	10785			
	HB VD	10,2	9,4	8,6	8,2	6,3	5,7	5,3	5,2	5,3	-4,9	-48,8%	
	BHV Aufn	2902	2631	2443	2671	2702	2902	3100	3055	2786,1			
	BHV VD	10,5	10,3	8,4	8,2	6,8	5,9	5,2	5,3	5,0	-5,2	-49,9%	
	Land Aufn	12.798	11.783	10.238	11.299	13.177	14.697	14.250	13.986	13.571			
Land VD	10,2	9,6	8,6	8,2	6,4	5,7	5,3	5,2	5,2	-5,0	-49,0%		
Chirurgie (incl. Sub- disziplinen)	HB Aufn	27553	26465	28538	27957	28685	32458	32794	30797	32168			
	HB VD	15,9	15,3	14,4	14,4	12,1	9,3	8,9	8,8	8,4	-7,1	-44,6%	
	BHV Aufn	8401	8090	8331	9435	11075	11927	12373	12126	12505			
	BHV VD	16,1	16,8	15,9	13,7	11,3	8,7	8,8	8,7	7,9	-7,4	-46,1%	
	Land Aufn	35.954	34.555	36.869	37.392	39.760	44.385	45.167	42.923	44.673			
Land VD	15,9	15,7	14,7	14,2	11,8	9,2	8,9	8,8	8,3	-7,2	-45,0%		
Kinderchirurgie	Land Aufn	3.244	3.053	2.832	2.758	3.014	3.655	3.300	3.158	3.277			
	Land VD	8,1	7,9	7,4	7,5	4,7	3,7	3,9	4,1	3,5	-4,0	-50,0%	
Orthopädie	Land Aufn	4.449	4.048	4.022	5.935	6.674	7.612	7.858	7.611	7.320			
	Land VD	21,7	22,0	23,4	18,0	14,8	11,8	11,2	10,6	10,2	-11,1	-51,1%	
Urologie	Land Aufn	3.596	3.657	4.518	5.334	4.643	5.107	5.185	5.223	5.148			
	Land VD	11,7	12,9	10,9	9,3	8,4	6,7	6,8	6,8	6,1	-4,9	-41,6%	
Neurochirurgie	HB Aufn	1358	1338	1515	1596	1461	2062	1947	1962	1961,1			
	HB VD	17,1	19,5	17,2	17,9	16,4	11,4	11,4	11,0	10,0	-6,1	-35,5%	
	BHV Aufn	861	838	1154	1282	1422	1695	1482	1557	1092,4			
	BHV VD	15,2	18,7	17,4	16,8	14,4	10,7	13,0	11,5	10,7	-3,7	-24,4%	
	Land Aufn	2.219	2.176	2.669	2.878	2.883	3.757	3.429	3.519	3.054			
Land VD	16,4	19,2	17,3	17,4	15,4	11,1	12,1	11,2	10,3	-5,1	-31,4%		
MKG-Chirurgie	HB Aufn	1278	1414	1356	1111	1121	1429	1619	1455	1.184			
	HB VD	11,8	10,1	10,6	10,9	8,0	7,0	7,2	6,7	9,0	-5,1	-43,1%	
	BHV Aufn	655	646	786	965	854	906	920	887	809			
	BHV VD	13,5	15,1	12,4	9,6	9,5	7,1	6,8	6,8	6,7	-6,7	-49,3%	
	Land Aufn	1.933	2.060	2.142	2.076	1.975	2.335	2.539	2.342	1.994			
Land VD	12,4	11,7	11,3	10,3	8,7	7,1	7,1	6,8	8,1	-5,6	-45,4%		
Gynäkologie	HB Aufn	12743	13083	12909	12980	15950	11363	11396	10531	10889			
	HB VD	11,0	9,8	10,2	9,0	5,6	5,7	5,3	5,3	4,8	-5,7	-51,9%	
	BHV Aufn	3221	3242	3168	3052	3161	2353	2425	2418	2190,9			
	BHV VD	11,3	10,9	10,3	10,2	8,2	6,8	6,1	5,9	5,5	-5,4	-47,7%	
	Land Aufn	15.964	16.325	16.077	16.032	19.111	13.716	13.821	12.949	13.080			
Land VD	11,1	10,0	10,2	9,2	6,1	5,9	5,5	5,4	4,9	-5,7	-56,5%		
Geburtshilfe	HB Aufn	6939	6245	5525	7387	7758	8340	7144	7229	8304,5			
	HB VD	8,5	7,6	7,9	7,3	6,1	4,6	5,3	4,9	4,3	-3,6	-42,8%	
	BHV Aufn	2171	2090	1731	2156	2171	2146	2028	1940	1878,5			
	BHV VD	9,0	8,2	7,8	8,1	6,7	4,9	4,5	4,3	4,5	-4,7	-52,5%	
	Land Aufn	9.110	8.335	7.256	9.543	9.929	10.486	9.172	9.169	10.183			
Land VD	8,6	7,8	7,9	7,5	6,2	4,6	5,1	4,7	4,4	-3,9	-45,0%		
HNO-Heilkunde	HB Aufn	6497	6684	7073	7858	8472	8567	8199	8675	8158,2			
	HB VD	10,1	9,0	9,1	8,6	6,9	6,2	5,9	5,7	5,8	-4,4	-44,0%	
	BHV Aufn	1393	1502	1464	1852	934	1280	1509	1472	1185,4			
	BHV VD	8,4	8,5	7,4	6,0	7,7	6,5	6,4	6,5	6,1	-1,9	-22,1%	
	Land Aufn	7.890	8.186	8.537	9.710	9.406	9.847	9.708	10.147	9.344			
Land VD	9,8	8,9	8,8	8,1	7,0	6,2	6,0	5,8	5,8	-4,0	-40,9%		
Augenheilkunde	HB Aufn	4133	3721	4040	5353	5809	4872	4595	4544	4521,1			
	HB VD	10,6	12,1	11,6	9,3	6,2	4,4	4,1	3,6	4,0	-7,0	-66,0%	
	BHV Aufn	436	392	408	538	1625	1368	1362	1482	1452,2			
	BHV VD	15,4	14,5	13,3	8,8	4,6	3,7	3,5	3,3	3,5	-12,1	-78,6%	
	Land Aufn	4.569	4.113	4.448	5.891	7.434	6.240	5.957	6.026	5.973			
Land VD	11,1	12,3	11,8	9,3	5,8	4,3	4,0	3,5	3,9	-7,5	-68,1%		

Fortsetzung Tabelle 1 :

		1980	1982	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2005	Veränd. 1980-2003		
												absol.	in %
Dermatologie	HB Aufn	1725	1611	1506	1268	1174	1190	1280	1294	1184,2			
	HB VD	16,4	16,4	18,5	18,3	13,9	10,4	9,5	8,9	9,0	-7,5	-45,8%	
	BHV Aufn	646	481	389	585	580	625	657	696	687,69			
	BHV VD	18,2	24,7	21,3	15,2	11,2	10,6	10,2	9,5	9,0	-8,7	-47,6%	
	Land Aufn	2.371	2.092	1.895	1.853	1.754	1.815	1.937	1.990	1.872			
	Land VD	16,9	18,3	19,1	17,3	13,0	10,5	9,7	9,1	9,0	-7,8	-46,0%	
Strahlen- heilkunde	HB Aufn	1770	1089	1117	812	998	960	931	779	1033,8			
	HB VD	8,9	11,2	12,5	10,0	6,8	4,9	5,8	5,9	5,0	-3,0	-33,7%	
	BHV Aufn	520	579	537	490	522	534	412	481	564,11			
	BHV VD	15,0	14,7	14,7	17,9	15,5	11,2	12,2	10,2	9,4	-4,8	-32,0%	
	Land Aufn	2.290	1.668	1.654	1.302	1.520	1.494	1.343	1.260	1.598			
	Land VD	10,3	12,4	13,2	13,0	9,8	7,1	7,7	7,5	6,6	-2,7	-26,7%	
Neurologie	HB Aufn	2024	1799	2078	2146	2989	3492	3828	3615	3772,4			
	HB VD	25,4	28,1	24,8	21,6	13,9	9,2	9,9	9,7	9,0	-15,7	-61,9%	
	BHV Aufn	901	887	938	1358	1659	2105	1978	1997	2166,3			
	BHV VD	15,4	17,4	16,1	14,5	11,5	8,4	8,4	8,1	8,4	-7,3	-47,6%	
	Land Aufn	2.925	2.686	3.016	3.504	4.648	5.597	5.806	5.612	5.939			
	Land VD	22,3	24,6	22,1	18,8	13,1	8,9	9,4	9,1	8,8	-13,2	-59,2%	
Nuklearmedizin	HB Aufn	0	0	0	0	1	274	280	270	319,78			
	HB VD	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,5	4,7	5,2	3,6	0,0	0,0%	
	BHV Aufn	0	0	0	0	124	58	47	30	111,56			
	BHV VD	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	6,3	5,8	6,1	6,4	0,0	0,0%	
	Land Aufn	0	0	0	0	125	332	327	300	431			
	Land VD	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	8,3	4,9	4,9	5,3	4,3	0,0	0,0%	
Geriatric	HB Aufn	0	0	0	0	0	1734	1855	1990	2487			
	HB VD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	23,7	23,6	25,1	23,6	#DIV/0!	
	BHV Aufn	0	0	0	0	0	603	510	663	716,59			
	BHV VD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,7	22,2	21,6	23,0	21,6	#DIV/0!	
	Land Aufn	0	0	0	0	0	2.337	2.365	2.653	3.204			
	Land VD	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	24,4	23,4	23,1	24,6	#DIV/0!	#DIV/0!		
Somatik	HB Aufn	118565	116032	117292	128441	143285	151989	149771	147636	149675			
	HB VD	14,5	13,9	13,5	12,3	9,4	7,9	7,7	7,5	7,3	-7,1	-48,6%	
	BHV Aufn	30667	29151	30399	35295	39347	43593	45356	45266	44392			
	BHV VD	14,2	14,7	13,9	12,3	10,5	8,3	7,8	7,6	7,5	-6,6	-46,3%	
	Land Aufn	149.232	145.183	147.691	163.736	182.632	195.582	195.127	192.902	194.067			
	Land VD	14,5	14,0	13,6	12,3	9,7	8,0	7,7	7,5	7,4	-7,0	-48,1%	
Erw.-Psychiatrie (incl. Sub- disziplinen) vollstat.	HB Aufn	0	5734	5016	5549	5664	7155	7056	6776	5795,3			
	HB VD	0,0	73,5	81,9	54,7	36,1	28,2	30,8	25,6	25,0	-47,9	-65,2%	
	BHV Aufn	1195	1025	1261	1440	1517	1914	2143	2084	1607,8			
	BHV VD	30,3	37,4	31,5	22,9	17,9	14,7	12,7	13,7	15,8	-23,7	-63,5%	
	Land Aufn	1.195	6.759	6.277	6.989	7.181	9.069	9.199	8.860	7.403			
	Land VD	30,3	68,0	71,7	48,1	32,2	25,3	26,6	22,8	23,0	-45,3	-66,5%	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Land Aufn	0	326	216	219	252	243	300	276	239			
	Land VD	0,0	38,3	63,3	66,6	59,8	54,6	45,1	47,8	53,6	9,5	24,8%	
Psychiatrie gesamt	HB Aufn	0	6060	5232	5768	5916	7398	7356	7052	6034,2			
	HB VD	0,0	71,6	81,1	55,2	37,1	29,0	31,4	26,4	26,1	-45,2	-63,1%	
	BHV Aufn	1195	1025	1261	1440	1517	1914	2143	2084	1607,8			
	BHV VD	30,3	37,4	31,5	22,9	17,9	14,7	12,7	13,7	15,8	-23,7	-63,5%	
	Land Aufn	1.195	7.085	6.493	7.208	7.433	9.312	9.499	9.136	7.642			
	Land VD	30,3	66,7	71,5	48,7	33,2	26,1	27,2	23,5	24,0	-43,1	-64,7%	
Land Bremen gesamt	HB Aufn	118565	122092	122524	134209	149201	159387	157127	154688	155709			
	HB VD	14,5	16,8	16,4	14,1	10,5	8,9	8,8	8,3	8,1	-8,4	-50,3%	
	BHV Aufn	31862	30176	31660	36735	40864	45507	47499	47350	46000			
	BHV VD	14,8	15,4	14,6	12,7	10,8	8,6	8,0	7,9	7,8	-7,5	-48,8%	
	Land Aufn	150.427	152.268	154.184	170.944	190.065	204.894	204.626	202.038	201.709			
	Land VD	14,6	16,5	16,0	13,8	10,6	8,8	8,6	8,2	8,0	-8,3	-50,1%	

Tabelle 2: Verweildauerentwicklung nach Altersgruppen - Somatik Land Bremen

	1982	1985	1990	1995	2000	2003	Veränderung 1982 -> 2003	
							absol.	in %
bis 1 Jahr	13,3	12,5	11,6	8,9	8,1	10,8	-2,5	-18,8%
1 bis unter 5 Jahre	7,0	6,1	4,8	3,9	3,7	3,7	-3,3	-47,1%
5 bis unter 15 Jahre	7,5	8,0	6,4	5,0	4,2	4,0	-3,5	-46,7%
bis unter 15 Jahre	8,2	8,4	7,4	5,7	5,1	4,9	-3,3	-40,2%
15 bis unter 30 Jahre	9,4	9,4	8,4	6,6	5,1	4,8	-4,6	-48,9%
30 bis unter 45 Jahre	11,7	11,4	10,0	7,8	6,2	5,8	-5,9	-50,4%
45 bis unter 60 Jahre	15,3	14,5	13,1	10,0	7,8	7,0	-8,3	-54,2%
15 bis unter 60 Jahre	12,0	11,8	10,7	8,4	6,6	6,1	-5,9	-49,2%
60 bis unter 70 Jahre	17,4	17,2	15,1	11,5	9,0	8,1	-9,3	-53,4%
70 bis unter 80 Jahre	19,3	19,9	16,8	12,8	10,5	9,5	-9,8	-50,8%
80 Jahre und älter	19,3	17,4	16,8	13,5	10,7	10,2	-9,1	-47,2%
60 Jahre und älter	18,6	18,4	16,1	12,5	10,0	9,1	-9,5	-51,1%
gesamt	14,0	13,6	12,3	9,7	8,0	7,5	-6,5	-46,4%

Tabelle 3: Verweildauerentwicklung nach Geschlecht - Somatik Land Bremen

	1982	1985	1990	1995	2000	2003	Veränderung 1982 -> 2003	
							absol.	in %
männlich	14,3	13,9	12,4	9,9	8,0	7,4	-6,9	-48,3%
weiblich	13,9	13,4	12,2	9,6	8,0	7,5	-6,4	-46,0%
gesamt	14,0	13,6	12,3	9,7	8,0	7,5	-6,5	-46,4%

Tabelle 4: Verweildauerentwicklung nach Herkunft - Somatik Land Bremen

	1982	1985	1990	1995	2000	2003	Veränderung 1982 -> 2003	
							absol.	in %
Einheimische	14,2	13,9	12,5	10,0	8,2	7,6	-6,6	-46,5%
aus Umland	13,6	13,1	11,8	9,1	7,6	7,2	-6,4	-47,1%
weitere Auswärt.	13,7	13,5	12,4	9,5	7,5	7,2	-6,5	-47,4%
gesamt	14,0	13,6	12,3	9,7	8,0	7,5	-6,5	-46,4%

**Tabelle 5: Verweildauern nach Diagnosegruppen (Kapiteln) – Land Bremen
vollstationär 1995-2003**

ICD-Kapitel	1995	2000	2003	Differenz 1995->2003
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12,2	8,1	8,0	-34,4
Neubildungen	10,1	8,7	8,0	-20,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe ...	10,6	9,6	7,9	-25,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	12,3	9,2	8,1	-34,1
Psychische und Verhaltensstörungen	34,3	23,5	18,5	-46,1
Krankheiten des Nervensystems, Auge, Ohr	7,9	6,4	5,0	-36,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	12,5	9,5	8,3	-33,6
Krankheiten des Atmungssystems	9,3	8,1	7,8	-16,1
Krankheiten des Verdauungssystems	10,9	8,5	7,1	-34,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	12,7	11,4	9,2	-27,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14,5	11,1	9,6	-33,8
Krankheiten des Urogenitalsystems	7,9	6,6	5,8	-26,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	6,4	4,9	4,4	-31,3
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	10,9	12,2	11,9	9,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	6,8	6,3	4,8	-29,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,0	9,2	8,0	-27,3

**Tabelle 6: Disziplinbezogene Verweildauer nach Krankenhäusern im Jahr 2003 – So-
matik vollstationär**

	Klinikum Bremen- Mitte	Klinikum Bremen- Ost	Klinikum Bremen- Nord	Klinikum Links der Weser	DIAKO	St. Joseph- Stift	Rotes Kreuz Krkhs	Roland- Klinik	Parac.- Kurfürst.- Klinik	Klinikum Reinken- heide	KH Am Bürger- park	St. Joseph Hospital	gesamt
Innere Medizin	7,8	9,0	8,8	5,1	7,8	7,6	8,2			7,9	7,0	7,1	7,5
Pädiatrie	5,8		4,4	4,9							5,3		5,2
Kinderchirurgie	4,1												8,8
Chirurgie	8,8	9,7	9,4	10,8	7,9	6,4	8,7	6,1		9,2	7,5	9,6	8,8
HNO-Heilkunde	5,9				5,3	5,8			4,8	6,5			5,8
Neurologie		9,7								8,1			9,1
Urologie	6,4							7,8					6,8
Neurochirurgie	12,0								8,8	11,5			11,2
Orthopädie					10,5			12,7	8,2				10,6
Gynäkologie	6,8		5,5	3,8	4,7	5,7				6,2		5,5	5,4
Geburtshilfe	6,2		3,7	4,5	4,1	4,6				4,1		4,5	4,7
Augenheilkunde	4,0					3,3			2,1			3,3	3,5
Strahlenheilkunde	5,9									10,2			7,5
Dermatologie	8,9									9,5			9,1
MKG-Chirurgie	6,7									6,8			6,8
Nuklearmedizin	5,2											6,1	5,3
Geriatrie		27,2	25,8			20,6				21,6			23,1
gesamt	7,0	9,3	8,5	6,3	7,3	6,7	8,5	9,6	7,2	8,6	6,8	6,9	7,7
Abweichung vom Mittel	-0,7	1,5	0,8	-1,4	-0,4	-1,0	0,8	1,9	-0,5	0,9	-0,9	-0,8	