

Krankenhäuser in Hessen von 1990 bis 2005

Die stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen führten in den letzten Jahren zu mehreren gesetzlichen Neuerungen. Zu einer der wichtigsten Neuerungen zählte das im April 2002 verkündete Fallpauschalengesetz, nachdem die Vergütung der Krankenhäuser auf ein System umgestellt wurde, das sich nach der Diagnose für den Patienten richtete und nicht wie bisher nach deren Verweildauer im Krankenhaus. Mit der Einführung dieses Vergütungssystems wurden weitreichende Veränderungsprozesse in Gang gesetzt, die noch längst nicht abgeschlossen sind. 2005 gab es in Hessen insgesamt 175 Krankenhäuser. Davon waren 154 allgemeine Krankenhäuser. Dies waren 12 bzw. 9 Krankenhäuser weniger als 1990. Entsprechend diesem Rückgang wurden auch weniger Betten aufgestellt. Der Versorgungsgrad von insgesamt 765 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 1990 sank auf 609 Betten 2005. Möglich war dies wohl aufgrund der Verlagerung der vor- und nachstationären Behandlung in den Bereich der niedergelassenen Arztpraxen, was sich ebenso in einer kürzeren durchschnittlichen Verweildauer von 8,4 Tagen 2005 niederschlug. 1990 hatte diese noch 13,2 Tage betragen. Die Fallzahlen dagegen stiegen von 1,04 Mill. Patienten 1990 auf rund 1,18 Mill. Patienten 2005. Angaben über das Personal in hessischen Krankenhäusern wurden erstmals 1991 erhoben. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte nahm seit 1991 um knapp 33 % auf 9499 im Jahr 2005 zu. Dagegen erfolgte ein Abbau beim nichtärztlichen Personal. Die Beschäftigtenzahl verringerte sich gegenüber 1991 um 5 % auf gut 62 000 Personen 2005. Die Gesamtkosten der Krankenhäuser, die auch die Kosten für ambulante Leistungen, Forschung und Lehre beinhalten, beliefen sich 2005 auf knapp 4,6 Mrd. Euro. Der Anteil der Personalkosten betrug gut 63 %, auf die Sachkosten entfielen knapp 36 %. Die Personalkosten stiegen seit 1990 um 6 Zehntel an, während die Sachkosten sogar um 9 Zehntel zunahmen. Die Umstellung auf das Fallpauschalensystem erforderte von den Krankenhäusern die Ausrichtung auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung, was verschiedene Veränderungen zur Folge hatte. Neben Privatisierungen, Fusionen und Schließungen machte sich ein Trend hin zur Zentralisierung und Spezialisierung bemerkbar, der sich in Zukunft noch weiter fortsetzen wird.

Methodische Vorbemerkungen

Mit dem Gesundheitsreformgesetz, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, wurde das seit 1911 in der Reichsverordnung verankerte deutsche Krankenversicherungsrecht überarbeitet und als Buch V des Sozialgesetzbuches (SGB V) aufgenommen. Für Krankenhäuser war das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) relevant. Unter anderem erfolgte hier die Budgetierung von Leistungsbereichen wie das Arzneimittelbudget und das Krankenhausbudget. Von einschneidender Bedeutung für die Krankenhäuser war nach mehreren gesetzlichen Neuerungen im Gesundheitswesen das Fallpauschalengesetz, verkündet im April 2002. Mit diesem Gesetz wurde ein Vergütungssystem für die Krankenhäuser erstmalig eingeführt, das sich an der Diagnose für den Patienten orientierte und nicht an dessen Verweildauer im Krankenhaus, wie dies bisher der Fall war. Ab 2003 konnten die Krankenhäuser optional nach diesem DRG-System (Diagnosis-Related-Groups) abrechnen, ab 1. Januar 2004 war dies verpflichtend.

Vor der Umstellung des Vergütungssystems auf Fallpauschalen wurde für jedes einzelne Krankenhaus zunächst kostenneutral ein „krankenhausindividueller Basisfallwert“ ermittelt, der sich am Budget des vergangenen Jahres orientierte. Dieser Basisfallwert, der Durch-

schnittspreis aller Fälle, diente als Grundlage zur Ermittlung der neu eingeführten Fallpauschale. Jeder einzelne Fall erhält nach einem Fallpauschalenkatalog eine Gewichtung. In die Gewichtung gehen außer der Hauptdiagnose weitere Merkmale wie z. B. Nebendiagnose, Alter, Geschlecht und Schwierigkeitsgrad mit ein. Aus dem Wert der Gewichtung und dem krankenhausindividuellen Basisfallwert wird die Vergütung des Krankenhauses für diesen bestimmten Fall errechnet. 2005 wurde ein landeseinheitlicher Basisfallwert vereinbart. Ziel ist die Angleichung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert in einer Konvergenzphase bis 1. Januar 2009. Damit wurden landeseinheitliche Preise geschaffen, die unabhängig von der Verweildauer der Patienten sind. Es ist angedacht, nach einer weiteren, sich anschließenden Konvergenzphase einen bundeseinheitlichen Basisfallwert festzulegen. Ausgenommen von dieser Regelung ist die Vergütung der Krankenhausleistung für Patienten, bei denen eine psychosomatische bzw. psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. In diesen Fällen lässt sich keine allgemeingültige Dauer für einen Heilungsprozess festlegen. Die Vergütung erfolgt hier wie bisher nach der Bundespflegesatzverordnung.

Mit dem neuen Vergütungssystem ist es jedem Krankenhaus möglich, sein „Preis-Leistungs-Verhältnis“ mit dem anderer Krankenhäuser zu vergleichen, was den Wett-

bewerb im Gesundheitswesen stärken soll. Damit wurde ein Prozess ausgelöst, der grundlegende strukturelle Veränderungen für die Krankenhäuser zur Folge hatte.

Abnehmende Zahl der Krankenhäuser

2005 gab es in Hessen insgesamt 175 Krankenhäuser. Davon waren 154 allgemeine Krankenhäuser. Dies waren 9 allgemeine Krankenhäuser weniger als 1990. Ein Vergleich der Trägerschaft der Krankenhäuser im Zeitverlauf muss aufgrund einer veränderten Zählweise ab 2002 auf allgemeine Krankenhäuser beschränkt bleiben. Zu den allgemeinen Krankenhäusern wurden nicht gezählt: rein psychiatrische, psychotherapeutische und neuro-

Ausgewählte Daten für Krankenhäuser

Jahr	Krankenhäuser insgesamt		
	Anzahl	aufgestellte Betten	Versorgungsgrad (Betten je 100 000 Einwohner)
1990	187	43753	765
1995	182	41428	691
2000	175	39915	659
2001	178	38560	635
2002	183	38267	629
2003	179	37952	623
2004	172	37059	609
2005	175	37104	609

Gestiegene Fallzahlen und weniger aufgestellte Betten

Die Erkrankungen der hessischen Bevölkerung erforderte im Jahr 2005 die stationäre Behandlung von rund 1,18 Mill. Patienten. Dies waren gegenüber 1990 (1,04 Mill.) gut 13 % mehr, was u. a. auf die Zunahme der alternden Bevölkerung zurückgeführt werden kann. Trotz der gestiegenen Fallzahlen sank die Zahl der aufgestellten Betten auf etwa 37 000 Betten im Jahr 2005. Dies waren knapp 6650 Betten weniger als 1990. Bezogen auf die Bevölkerungszahl wurden 2005 rund 609 Betten je 100 000 Einwohner aufgestellt; 1990 waren dies noch 765 Betten. Auch die Bettenauslastung (Belegungstage / aufgestellte Betten x 365) mit 73,2 % 2005 verminderte sich gegenüber 1990 um 13,2 Prozentpunkte.

Der Abbau der aufgestellten Betten trotz gestiegener Fallzahlen war nur durch die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer (Belegungstage / Fallzahl) der Patienten im Krankenhaus möglich. Sie entwickelte sich ebenfalls gegenläufig und betrug 2005 durchschnittlich 8,4 Tage. Damit nahm sie seit 1990 (13,2 Tage) kontinuierlich um mehr als ein Drittel ab.

Erhebliche Unterschiede gab es 2005 in Bezug auf die Dauer des Aufenthaltes bei den Fachabteilungen. Am längsten verweilten die Patienten dem Krankheitsbild entsprechend in den Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie in der Fachab-

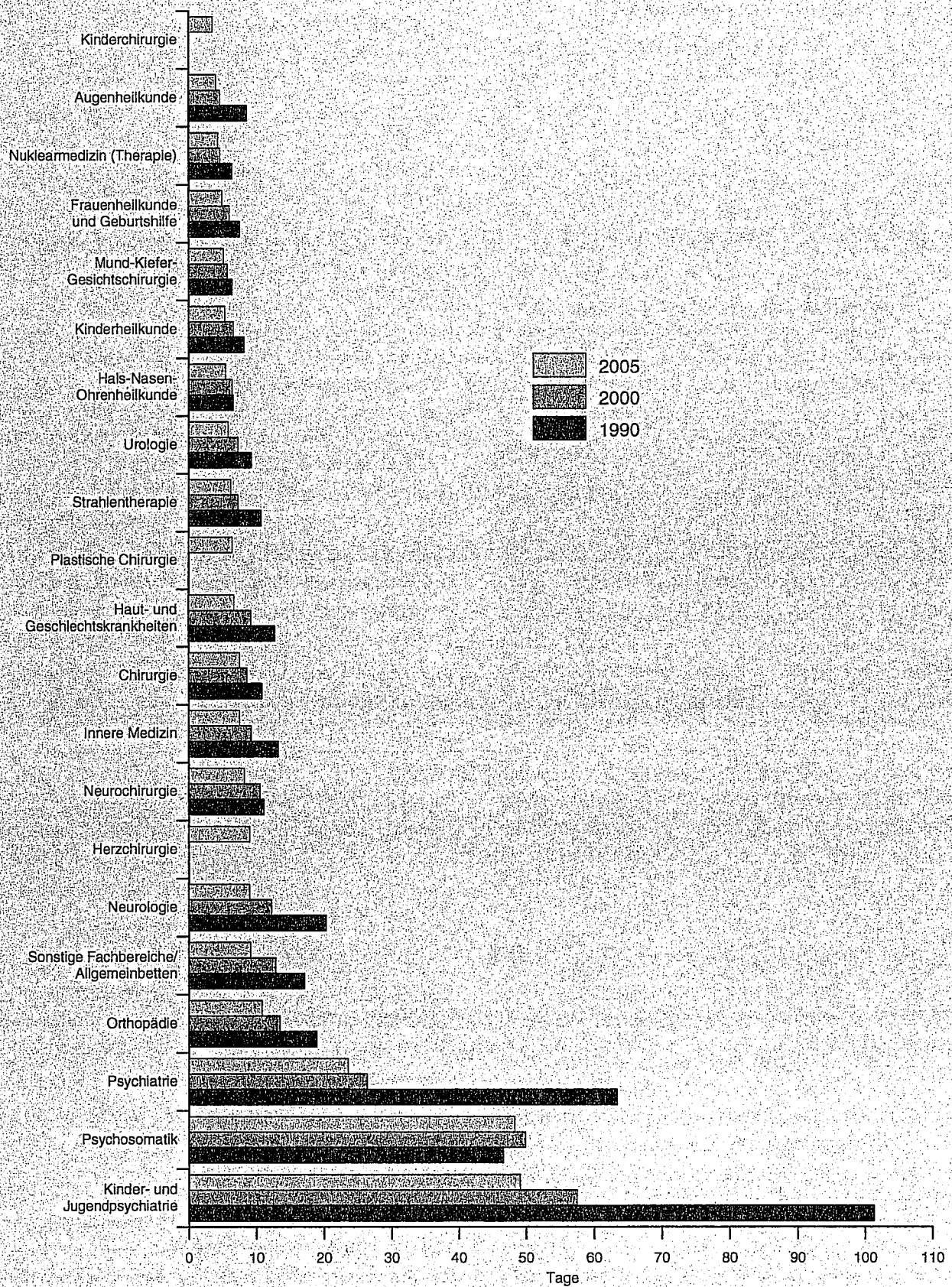
Ausgewählte Daten für allgemeine Krankenhäuser (KH) nach Trägern

Jahr	Trägerschaft								
	öffentlich			freigemeinnützig			privat		
	KH	aufgestellte Betten	Versorgungsgrad (Betten je 100 000 Einwohner)	KH	aufgestellte Betten	Versorgungsgrad (Betten je 100 000 Einwohner)	KH	aufgestellte Betten	Versorgungsgrad (Betten je 100 000 Einwohner)
1990	55	21 634	378	72	13 909	243	36	2 424	42
1995	52	20 561	343	74	14 375	240	32	2 450	41
2000	50	19 474	321	68	14 450	239	34	2 977	49
2001	50	18 562	306	65	13 748	226	38	3 165	52
2002	48	19 062	313	63	12 135	199	43	3 584	59
2003	48	19 046	313	59	11 835	194	43	3 732	61
2004	49	18 641	306	57	11 656	191	39	3 661	60
2005	52	19 499	320	56	10 894	179	46	3 967	65

logische Klinken. Bei Betrachtung der Trägerschaft der jeweiligen Einrichtungen konnten unterschiedliche Entwicklungen beobachtet werden. Während die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher sowie in freigemeinnütziger Trägerschaft um 5,5 bzw. 22 sank, nahm die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft um knapp 28 % zu. Die insgesamt rückläufige Zahl der Krankenhäuser wurde nicht nur durch Schließungen einzelner Häuser verursacht, sondern auch durch Fusionen.

teilung der Psychotherapeutischen Medizin (49,1 bzw. 48,3 Tage). Nimmt man diese Abteilungen aus dem Vergleich heraus, so wiesen die Orthopädie mit durchschnittlich 10,8 Tagen, sonstige Fachbereiche mit 9,1 Tagen und die Neurologie und Herzchirurgie mit 9 Tagen die längsten Verweilzeiten auf. Die Patienten der Kinderchirurgie konnten bereits nach durchschnittlich 3,5 Tagen wieder entlassen werden. Auch Patienten mit einem Aufenthalt in der Abteilung für Augenheilkunde,

Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern nach Fachabteilungen in Rangfolge 2005



HSL 34/07

Ärztliches Personal in Krankenhäusern

Jahr	Insgesamt	davon	
		hauptamtliche Ärzte	Belegärzte
1991	7 157	6 542	615
1995	7 667	7 023	644
2000	8 057	7 362	695
2001	8 237	7 538	699
2002	8 376	7 643	733
2003	8 694	7 926	768
2004	9 353	8 627	726
2005	9 499	8 744	755

in der Nuklearmedizin sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe konnten das Krankenhaus in weniger als 5 Tagen wieder verlassen (siehe auch Schaubild auf Seite 189).

Uneinheitliche Personalentwicklung an Hessens Krankenhäusern

2005 waren in Hessens Krankenhäusern insgesamt etwa 9499 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. Dies waren gegenüber 1991 knapp 33 % mehr. Der größte Zuwachs gegenüber dem Vorjahr konnte 2004 mit knapp 9 % beobachtet werden, der u. a. auf die Miterfassung der „Ärzte im Praktikum“ zurückzuführen war.

Im Gegensatz dazu wurde im nichtärztlichen Dienst Personal abgebaut. 2005 wurden mit etwa 62 000 Beschäftigten knapp 2670 Beschäftigte weniger gezählt als 1991.

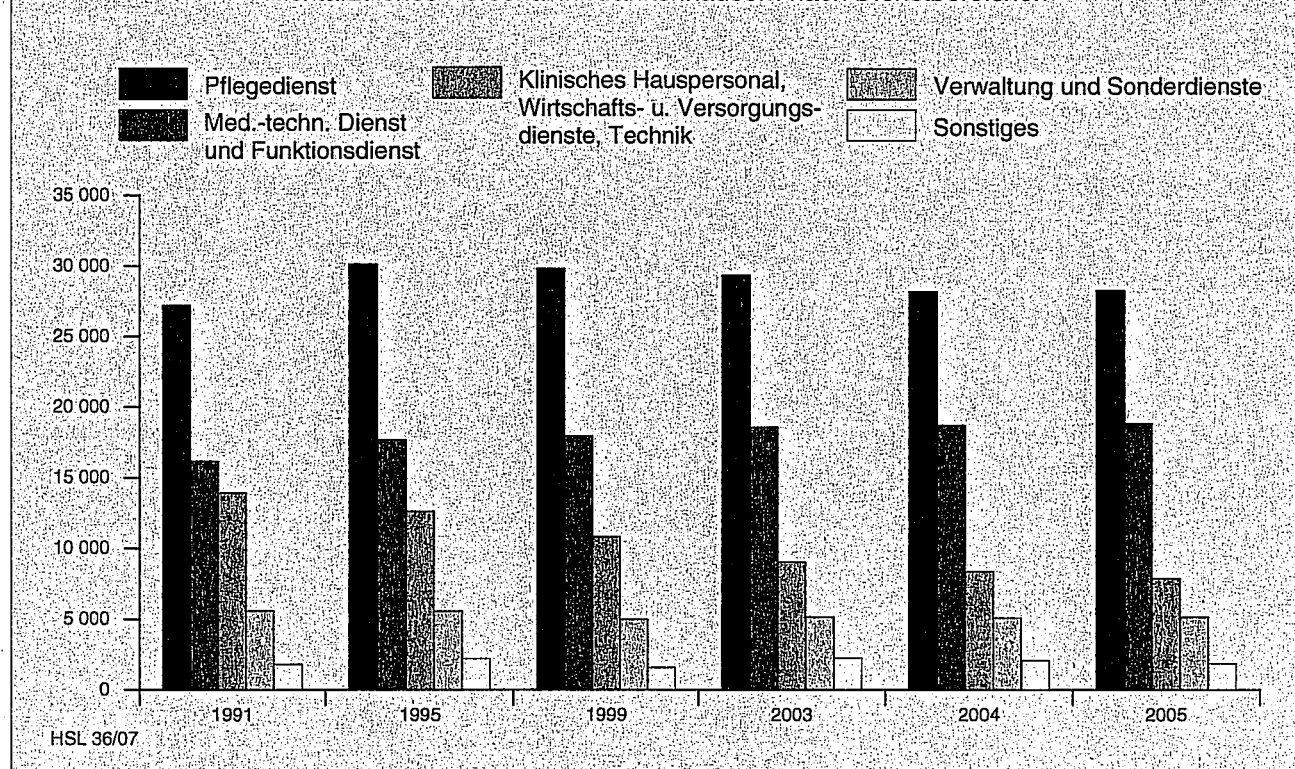
Dies entsprach einem Rückgang von 4,1 %. Personal wurde hauptsächlich im Bereich „Klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie technischer Dienst“ abgebaut. Die Beschäftigtenzahl sank hier von knapp 14 000 Personen im Jahr 1991 auf etwa 7900 im Jahr 2005. Damit halbierte sich die Zahl der Beschäftigten dieser Bereiche fast. Die größten Zuwächse wies mit 17 % der medizinisch-technische Dienst (einschl. Funktionsdienst) auf, in dem es 2005 rund 18 850 Beschäftigte gab. Auch im Pflegedienst wurden 2005 mit knapp 28 300 Personen 4,0 % mehr beschäftigt als 1991.

Die Ergebnisse zeigen die Bemühungen, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Der Personalabbau speziell im Bereich „Klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie technischer Dienst“ lässt vermuten, dass bestimmte Dienste (z. B. Reinigungsdienst, Patientenverpflegung) ausgelagert wurden. Auch ist denkbar, dass durch erfolgte Fusionen diese speziellen Dienste von zwei oder mehreren Krankenhäusern genutzt wurden und dies zum Personalabbau führte.

Kostenanstieg der Krankenhäuser gebremst

Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser für stationäre Behandlung in Hessen (ohne Forschung und Entwicklung etc.) betrugen 2005 rund 4,1 Mrd. Euro. Gegenüber 1990 waren dies etwa 62 % mehr. Durchschnittlich verzeichneten die Krankenhäuser Zuwächse in diesem Zeitraum von 3,3 % pro Jahr. 2004 und 2005 lagen die Zuwachsraten gegenüber dem jeweiligen Vorjahr bei

Nichtärztliches Personal in Krankenhäusern nach Dienstbereichen



Kosten, Fallzahl und Belegungstage der Krankenhäuser

Jahr	Gesamt- kosten	davon			Bereinigte Kosten	Kosten pro Fall in Euro	Kosten pro Belegungstag in Euro	Fallzahl	Belegungs- tage
		Personal- kosten	Sachkosten	sonstige Kosten					
	1000 Euro								
1990	2 672 262	1 791 179	840 280	40 804	2 529 473	2428	184	1 041 844	13 792 995
1995	3 680 691	2 456 695	1 183 134	40 862	3 495 865	3041	284	1 149 458	12 519 293
2000	3 836 093	2 522 867	1 276 172	37 054	3 759 056	3115	330	1 206 880	11 481 722
2001	4 009 928	2 590 734	1 377 733	41 461	3 917 203	3234	352	1 211 200	11 180 191
2002	4 357 245	2 812 395	1 480 483	64 367	4 010 238	3323	368	1 206 909	10 889 464
2003	4 469 449	2 898 841	1 500 198	70 410	4 054 511	3383	391	1 198 528	10 367 858
2004	4 521 166	2 886 300	1 564 352	70 514	4 087 101	3470	411	1 177 710	9 948 038
2005	4 556 326	2 872 892	1 620 913	62 521	4 103 028	3470	414	1 182 374	9 918 866

0,8 bzw. 0,4 %, womit eine Dämpfung des bisherigen Kostenanstiegs erreicht wurde. Auch die Kosten pro Fall wiesen eine ähnliche Entwicklung auf. Seit 1990 stiegen diese um knapp 43 % an und erreichten 2004 mit 3470 Euro ihr Maximum, das auch 2005 unverändert blieb. Für die Kosten pro Tag von 414 Euro im Jahr 2005 war gegenüber 1990 ein enormer Zuwachs von 125 % zu verzeichnen; im Jahresdurchschnitt wären dies 5,6 %. Anders als die stagnierenden Kosten pro Fall stiegen die Kosten pro Tag durchschnittlich nur 0,7 % gegenüber dem Vorjahr. Dieser geringere Anstieg wurde durch den Rückgang der Belegungstage bei gleichzeitig höheren Kosten ausgelöst.

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser, einschl. der Kosten für ambulante Leistungen, Forschung und Lehre, beliefen sich 2005 auf knapp 4,6 Mrd. Euro. Die Personalkosten hatten einen Anteil von 63 %, auf die Sachkosten entfielen knapp 36 %. Während die Personalkosten 2004 um 0,4 % und 2005 um 0,5 % sanken, wiesen die Sachkosten einen Zuwachs von 4,3 % im Jahr 2004 und 3,6 % im Jahr 2005 auf. Die restlichen Kosten verteilten sich auf Kosten der Ausbildungsstätten, Zinsen für Betriebsmittelkredite und Steuern. Seit 1990 erfuhren die Gesamtkosten damit einen Zuwachs von gut 7 Zehnteln (Jahresdurchschnitt: 3,6 %), wobei die Personalkosten um 6 Zehntel (Jahresdurchschnitt: 3,2 %) und die Sachkosten um 9 Zehntel (Jahresdurchschnitt: 4,5 %) stiegen. Hier wirkt sich möglicherweise der zuvor beschriebene

Personalabbau aus, der aufgrund von Auslagerungen spezieller Dienste erfolgte und sich in gewissem Umfang in einer Erhöhung der Sachkosten niederschlägt.

Fazit

Mit den gesetzlichen Neuregelungen konnten zwar noch keine Kostensenkungen erreicht werden, sie führten aber zu einer merklichen Dämpfung der Kostensteigerungen von durchschnittlich 6,7 % Anfang der Neunzigerjahre auf durchschnittlich 0,6 % in den Jahren 2004 und 2005. Erreicht wurde dies durch Umstrukturierungen und Neuordnungen von Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern. Neben den Privatisierungen zeigten Zentralisierung sowie Spezialisierung ihre Wirkung, indem Häuser sich einer bestimmten Fachrichtung z. B. Kardiologie oder Onkologie zuwendeten. So wurden z. B. kürzlich bundesweit 4 Universitätskliniken als „Onkologische Spitzenzentren“ ausgezeichnet. Die Verlagerung der Vor- und Nachbehandlung der Patienten in die Verantwortung der niedergelassenen Ärzte führte zur Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Im Gegensatz dazu stieg die Fallzahl. Der Veränderungsprozess ist noch in vollem Gange und wird sich in Richtung noch wirtschaftlicherer Leistungserbringung weiterbewegen. Somit bleibt spannend, inwieweit sich die Indikatoren wie durchschnittliche Verweildauer, Bettenauslastung, Anzahl der Krankenhäuser und Fallzahlen etc. noch verändern werden.