

Gesundheitswesen

Dagmar Ertl

Steigende Kosten trotz Strukturveränderungen - Entwicklungen in den saarländischen Krankenhäusern von 1995 bis 2001*)

Der vorliegende Beitrag untersucht die Entwicklung in den saarländischen Krankenhäusern vor dem Hintergrund der Kostensenkungsdebatte im Gesundheitswesen. Dazu werden Eckdaten wie die Bettenanzahlen, Patientenzahlen, Pflage- und Verweildauer sowie die Entwicklung der Personalzahlen und der Kosten verglichen. Die Daten zeigen, dass trotz kontinuierlicher Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer und stetigem Bettenabbau die Kosten in den Kliniken sowohl absolut als auch pro behandelten Patienten weiter angestiegen sind.

Vorbemerkung

Leere Kassen und rigorose Sparmaßnahmen führten seit den neunziger Jahren zu tiefen Einschnitten in das Gesundheitssystem. Auch an den Krankenhäusern ging diese Entwicklung nicht spurlos vorbei. Der stationäre Sektor des Gesundheitswesens durchläuft seit Jahren einen teilweise enormen Strukturwandel. Mit einer Verkürzung der Verweildauer pro Patient und einem höheren Auslastungsgrad versuchen die Kliniken dem Kostenanstieg entgegen zu wirken. Dies zeigen die Daten der Krankenhausstatistik, die auf Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) vom 10. April 1990¹⁾ auch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Im vorliegenden Aufsatz wird die Situation der saarländischen Krankenhäuser und die Entwicklung einiger, das Krankenhauswesen charakterisierender Kennzahlen untersucht.

Entsprechend der im Sozialgesetzbuch (SGB V, § 107 Abs. 1) vorgenommenen Abgrenzung unterscheidet die Kran-

kenhausstatistik zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen:

Die wesentlichen Aufgaben von **Krankenhäusern** bestehen darin, Krankheiten zu erkennen und zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern; außerdem leisten sie Geburtshilfe.

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen dagegen sind Einrichtungen, die entsprechend ihrer Bezeichnung stationäre Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsleistungen (einschließlich Anschlussheilbehandlungen) für ihre Patientinnen und Patienten erbringen, aber keine Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe.

Eckzahlen der Krankenhäuser

Im Jahr 2001 gab es im Saarland 28 Krankenhäuser. Nur vorübergehend hatte sich die Zahl in den Jahren 1999 und 2000 auf 27 verringert.

Tabelle 1: Eckdaten der Krankenhäuser

Merkmal	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderungen in % 2001 gegenüber	
								2000	1995
Krankenhäuser	28	28	28	28	27	27	28	3,7	0,0
Aufgestellte Betten	8 623	8 499	8 265	8 106	8 101	8 050	7 540	- 6,3	- 12,6
Vollstationär behandelte Patienten	238 681	241 068	244 652	249 649	254 409	257 796	259 448	0,6	8,7
Pflage- und Verweildauer insgesamt	2 643 398	2 550 579	2 513 860	2 475 785	2 464 676	2 402 409	2 334 619	- 2,8	- 11,7
Verweildauer je Patient	11,1	10,6	10,3	9,9	9,7	9,3	9,0	- 3,2	- 18,9
Nutzungsgrad der Betten in %	84,0	82,0	83,3	83,7	83,4	81,5	84,8	4,0	1,0

*) Dieser Beitrag entstand unter Mitarbeit von Judith Klahm. 1) Verordnung über die Bundesstatistik der Krankenhäuser (KHStatV) vom 10. April 1990; BGBl. I S. 730.

Veränderungen machten sich hinsichtlich der Klinikgrößen bemerkbar: Existierten im Jahr 1995 noch 6 Kliniken mit 400 und mehr Betten, so waren es im Jahr 2001 nur noch 4, während sich die Anzahl der Kliniken mit 250 bis unter 400 Betten im gleichen Zeitraum von 6 auf 7 erhöht hat. Gleichzeitig ist auch die Zahl der Einrichtungen mit 100 bis unter 250 Betten von 14 (1995) auf 13 (2001) gesunken. Zugenommen hat dagegen die Zahl der kleinen Krankenhäuser mit unter 100 Betten; sie stieg von 2 auf 4 Häuser. Insgesamt ist also ein Trend zu kleineren Einrichtungen zu beobachten.

Im Untersuchungszeitraum fand ein fortschreitender erheblicher **Abbau der Krankenhausbetten** statt. Standen 1995 noch 8 623 Betten in den saarländischen Krankenhäusern zur Verfügung, so reduzierte sich diese Zahl bis zum Jahr 2001 auf 7 540. Allein im letzten Berichtsjahr wurden mehr als 500 Betten abgebaut. Gleichzeitig stieg die Zahl der vollstationär behandelten Fälle um 8,7 % auf 259 448 Patientinnen und Patienten. Dieser scheinbare Widerspruch von Bettenabbau und steigenden Patientenzahlen erklärt sich durch eine erhebliche **Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer**. Lagen die Patienten 1995 noch 11,1 Tage im Krankenhaus, waren es 2001 nur noch 9,0 Tage. Das entspricht einer Reduktion von fast 20 %. Besonders verkürzt hat sich die durchschnittliche Verweildauer im Bereich der inneren Medizin (- 27,0 %) und der Chirurgie (- 23,6 %). Durch die Verkürzung der Verweildauer verminderte sich auch die Zahl der Pflgetage seit 1995 um 11,7 % auf rund 2,3 Mill. Tage im Jahr 2001.

Die saarländischen Kliniken arbeiten heute deutlich effektiver als 1995. Insbesondere durch die Auslagerung von pflegerischen Aufgaben an andere Einrichtung konnte die durchschnittliche Verweildauer erheblich gesenkt werden. Jedoch sind die Kliniken durch Vorgaben der Gesundheitspolitik gezwungen, mit weiteren Maßnahmen ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. So soll in deutschen Krankenhäusern spätestens ab 2004 nach Fallpauschalen mit den Krankenkassen abgerechnet werden - unabhängig davon, wie lange ein Patient im Krankenhaus liegt. Der neue Abrechnungsmodus kommt vielerorts schon in diesem Jahr zur Anwendung, wenn auch noch auf freiwilliger Basis.

Die saarländischen Krankenhäuser scheinen gut gerüstet für diese Umstellung. Die Auslastung der Betten in den saarländischen Krankenhäusern lag 2001 bei 84,8 %. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 80,7 % ist das die höchste Auslastung aller Bundesländer. Die **durchschnittliche Verweildauer** der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus gilt seit langem als Indikator für die erzielte Effizienz der stationären Behandlung. Sie ist im Saarland mit 9,0 Tagen um 0,8 Tage niedriger als im Bundesdurchschnitt. Nur die Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern schicken ihre Patientinnen und Patienten noch früher nach Hause. Daher erklärten sich 21 der 28 saarländischen Krankenhäuser bereit, schon in diesem Jahr nach dem Fallpauschalensystem abzurechnen.

Strukturentwicklungen in den Fachabteilungen

Ein Drittel aller in den saarländischen Krankenhäusern stehenden Betten entfielen 2001 auf die innere Medizin (2 445 Betten), weitere 21 % oder 1 572 Betten auf die Chirurgie, so dass diese beiden Bereiche zusammen über mehr als die Hälfte aller aufgestellten Krankenhausbetten verfügten. In psychiatrischen Abteilungen standen 607 Betten, in Abteilungen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 590, in neurologischen Abteilungen 476, in orthopädischen Abteilungen 419 und in Abteilungen der Kinderheilkunde 367. Die Urologie umfasst 257 Betten und die Augenheilkunde 137. Auf die übrigen Abteilungen entfielen 670 Betten.

Der beschriebene Bettenabbau in den saarländischen Krankenhäusern zieht sich durch nahezu alle Fachabteilungen: Lediglich die Neurologie konnte 2001 mit 476 Betten 85 Betten mehr aufweisen als 1995.

Der Nutzungsgrad der Betten lag in der Psychiatrie (inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie) mit 99,1 % und in der Augenheilkunde mit 95,9 % am höchsten und in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mit 63,4 % am niedrigsten. Dort allerdings werden auch die wenigsten Betten vorgehalten, so dass das leer stehende Bett dort prozentual mehr ins Gewicht fällt als in anderen Fachabteilungen.

Personal

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den saarländischen Krankenhäusern ist zwischen 1995 und 2001 von 1 545 auf 1 662 Personen gewachsen. In diesen Zahlen sind auch die Teilzeitbeschäftigten enthalten.

Für die Beurteilung der Entwicklung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser eignet sich daher der Indikator **Vollkräfte im Jahresdurchschnitt**, der die auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten während des Berichtsjahres angibt. Auch hier fällt auf, dass beim ärztlichen Personal von 1996 bis 2001 ein kontinuierlicher Zuwachs von 14,9 % zu verzeichnen ist, während das nichtärztliche Personal um 2,9 % abgebaut wurde.

Das nichtärztliche Personal in Krankenhäusern umfasst im wesentlichen drei Gruppen: Den Pflegedienst, der mit 45 % fast die Hälfte des nichtärztlichen Personals ausmacht, den medizinisch-technische Dienst, der zusammen mit dem Funktionsdienst ein gutes Viertel des Personals stellt und das sonstige Personal, das sich größtenteils aus Wirtschafts-, Versorgungs- und Verwaltungsdienst zusammensetzt.

Seit 1998 wird im Pflegedienst Personal abgebaut. Hier waren mit 5 193 Pflegekräften im Jahre 2001 rund 2,9 % weniger beschäftigt als 1998. Größere Personalzuwächse gegenüber dem Vergleichsjahr 1995 verzeichneten dagegen der medizinisch-technische Dienst (+ 8,5 %) und der Funktionsdienst (+ 14,0 %).

**Tabelle 2: Personal in Krankenhäusern
(Vollkräfte im Jahresdurchschnitt)**

Merkmal	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderungen in % 2001 gegenüber	
								2000	1995
Personal insgesamt	13 253	13 839	13 318	13 353	13 193	13 095	13 132	0,3	- 0,9
Ärztliches Personal	1 481	1 632	1 621	1 667	1 680	1 698	1 702	0,2	14,9
Nichtärztliches Personal	11 772	12 207	11 697	11 686	11 513	11 397	11 430	0,3	- 2,9
darunter									
Pflegedienst	5 279	5 674	5 288	5 350	5 230	5 188	5 193	0,1	- 1,6
medizinisch-technischer Dienst	1 654	1 735	1 687	1 726	1 760	1 778	1 794	0,9	8,5
Funktionsdienst	1 188	1 256	1 321	1 293	1 305	1 305	1 354	3,8	14,0
Verwaltungsdienst	879	920	902	903	914	914	910	- 0,4	3,5

Kosten

Die Gesamtkosten der Krankenhäuser betragen 2001 rund 882 Mio. Euro. Im Wesentlichen setzen sich diese zu knapp 70 % aus Personalkosten (600 Mill. Euro) und zu 30 % aus Sachausgaben (276 Mill. Euro) zusammen. Der größte Ausgabenposten bei den Personalkosten war der Pflegedienst mit

wickelten und seitdem wieder leicht gestiegen sind. Für den Anstieg der Sachkosten waren in erster Linie die Kostensteigerungen beim medizinischen Bedarf verantwortlich. In diesem Bereich sind die Ausgaben im Beobachtungszeitraum um fast 24 Mio. Euro bzw. um 18,2 % gestiegen.

Die Betrachtung der absoluten Kostenentwicklung im Krankenhauswesen kennzeichnet die Situation nur unvollständig.

Tabelle 3: Kosten der Krankenhäuser

Merkmal	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderungen 2001 gegenüber	
								2000	1995
	1 000 EUR							%	
Personalkosten	575 684	552 171	549 573	554 029	570 981	585 739	600 043	2,4	4,2
Sachkosten	248 614	228 009	238 231	244 972	254 623	262 494	275 859	5,1	11,0
Zinsen für Betriebsmittelkredite	298	378	99	76	63	48	144	199,6	- 51,7
Kosten der Ausbildungsstätten	6 119	6 129	6 076	6 349	6 316	6 445	6 396	- 0,8	4,5
Gesamtkosten	830 715	786 687	793 980	805 426	831 983	854 727	882 442	3,2	6,2
Abzüge (behandlungsfremde Kosten)	74 340	12 241	12 251	11 896	12 644	13 856	14 049	1,4	- 81,1
Bereinigte Kosten	756 375	774 447	781 729	793 530	819 339	840 871	868 393	3,3	14,8

235 Mill. Euro und bei den Sachausgaben die Aufwendungen für den medizinischen Bedarf in Höhe von 155 Mill. Euro.

Die Gesamtkosten erhöhten sich in den Jahren 1995 bis 2001 um 6,2 %. Der Kostenanstieg fiel bei den Personalausgaben mit + 4,2 % deutlich geringer aus als bei den Sachausgaben, die seit 1995 um 11 % gewachsen sind. Wobei anzumerken ist, dass sich die Personalkosten bis 1997 rückläufig ent-

wickelten und seitdem wieder leicht gestiegen sind. Um die Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen, wie die schrittweise Auslagerung von pflegerischen Aufgaben an andere Einrichtungen und den Zwang zum effektiven Wirtschaften auf die Kostenentwicklung nachzuvollziehen, ist es notwendig, die Kostendaten in Beziehung zu bestimmten Leistungsgrößen, wie die Anzahl der Pflegetage, die Zahl der aufgestellten Betten oder die Anzahl der behandelten Patientin-

Tabelle 4: Kennziffern für Kosten der Krankenhäuser

Merkmal	Einheit	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Veränderungen in % 2001 gegenüber	
									2000	1995
Bereinigte Kosten je										
Krankenhaus	1 000 Euro	27 013	27 659	27 919	28 340	30 346	31 143	31 014	- 0,4	14,8
aufgestelltem Bett	Euro	87 716	91 122	94 583	97 894	101 140	104 456	115 171	10,3	31,3
Pflege-tag	Euro	286	304	311	321	332	350	372	6,3	30,0
stationär behandeltem Fall	Euro	3 169	3 213	3 195	3 179	3 221	3 262	3 347	2,6	5,6
Personalkosten je Vollkraft	Euro	43 438	39 900	41 265	41 491	43 279	44 730	45 693	2,2	5,2

nen und Patienten zu setzen. Des weiteren ist es sinnvoll, für Kostenvergleiche die um die behandlungsfremden Kosten bereinigten Kosten als Vergleichsgröße heranzuziehen.

Ein Maß für die in den Krankenhäusern vorhandenen Kapazitäten ist die Anzahl der aufgestellten Betten. Während sich die Bettenzahlen kontinuierlich verringerten, erhöhten sich die Kosten je aufgestelltes Bett von 87 716 Euro im Jahre 1995 auf 115 171 Euro im Jahr 2001; das ist eine Zunahme um 31,1 %. Die größte jährliche Steigerung war dabei im Jahre 2001 mit einem Kostenanstieg pro Bett um 10,3 % zu beobachten. Verständlich wird dies vor dem Hintergrund, dass die Verkürzung der Verweildauer und damit zusammenhängend auch der Bettenabbau hauptsächlich auf die Reduzierung der nachsorgenden Pflege zurückzuführen ist und nicht auf einen Rückgang der Patienten und der an ihnen erbrachten kostenintensiven Leistungen.

Durch die Betrachtung der Kosten pro Pfl egetag, wird eine direkte Verbindung zwischen Ausgaben und Leistungen geschaffen, denn hier werden die entstandenen Kosten nicht auf die vorgehaltenen Kapazitäten bezogen, sondern auf die von den Kliniken erbrachten Leistungen. Da im Krankenhaus insbesondere die ersten Pfl egetage am kostenintensivsten sind, hat der Rückgang der Verweildauer die durchschnittlichen Kosten eines Pfl egetags deutlich erhöht. Entstanden im Jahre 1995 an einem Pfl egetag Kosten von 286 Euro, so verteuerte sich ein einzelner Pfl egetag bis 2001 um 30 % und verursachte damit Kosten von 372 Euro. Dieser zunächst exorbitant anmutende Anstieg relativiert sich jedoch wieder bei Betrachtung der Kosten je Krankenhausaufenthalt.

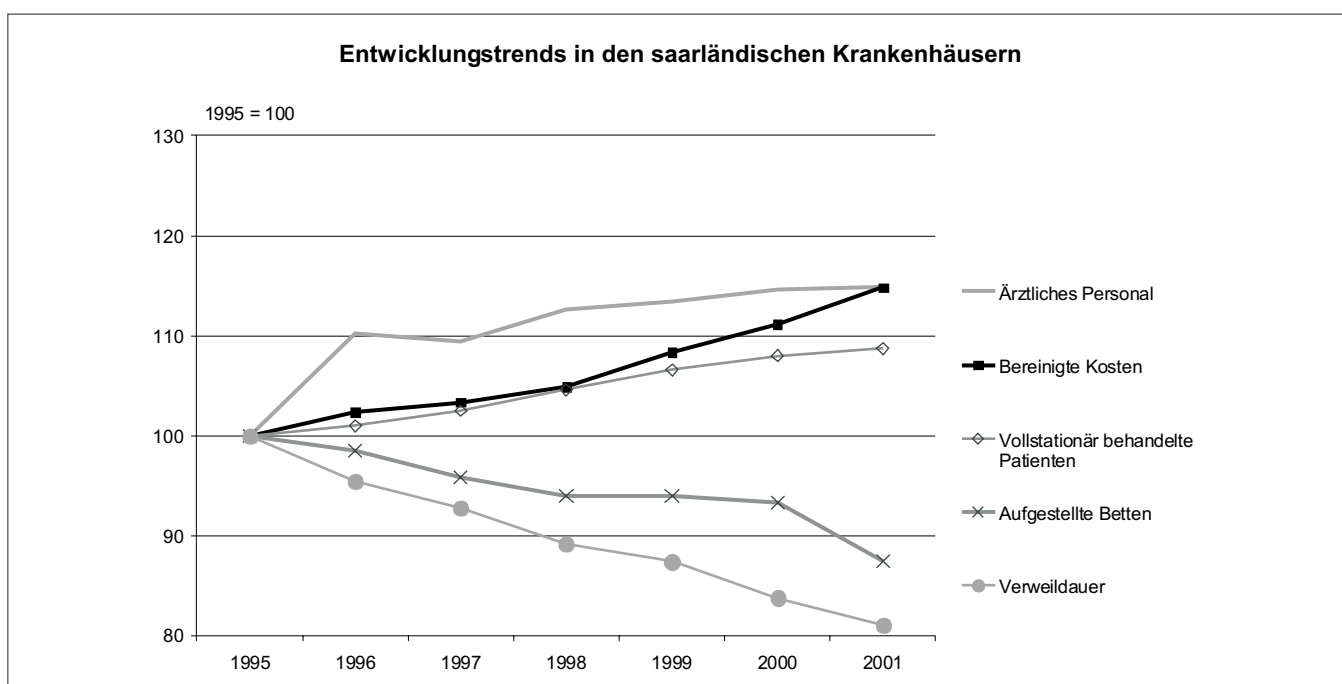
Die bereinigten Kosten je vollstationär behandelten Patienten stiegen seit 1995 um 5,6 % und beliefen sich 2001 auf

3 347 Euro. Im Vergleich hierzu stiegen beispielsweise die privaten Lebenshaltungskosten im gleichen Zeitraum um 7,9 %. Nach einer leicht rückläufigen Entwicklung in den Jahren 1997 und 1998 sind weitere Kostensteigerungen von zuletzt 2,6 % im Jahr 2001 zu verzeichnen.

Resümee

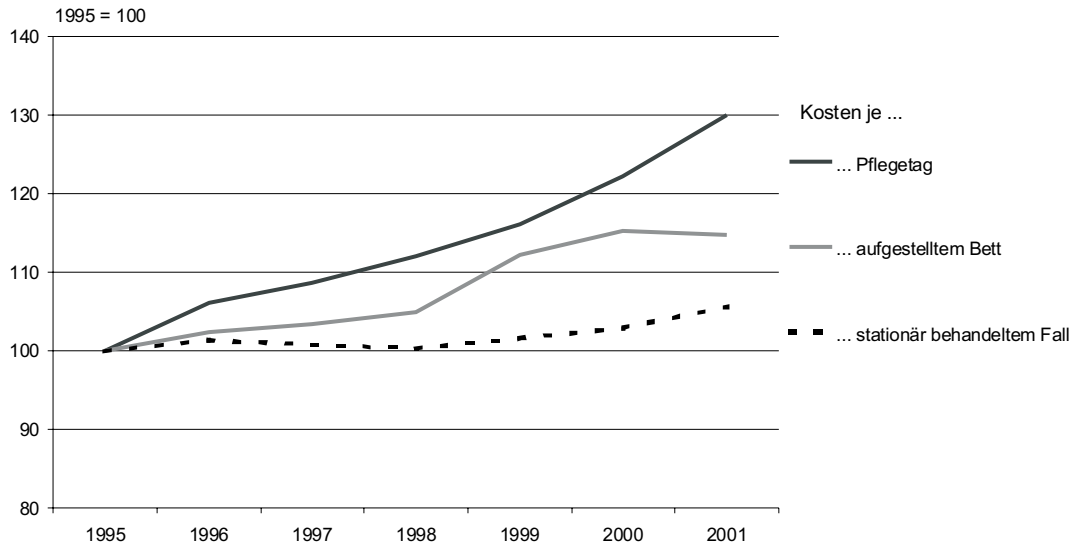
Die Betrachtung der Entwicklung von Strukturdaten, Personal und Kosten der saarländischen Krankenhäuser im Zeitraum von 1995 bis 2001 zeigt folgende Trends:

- Wie in der gesamten Bundesrepublik ist es auch im Saarland gelungen, die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus kontinuierlich zu senken.
- Korrespondierend dazu erfolgte ein stetiger Abbau von Bettenkapazitäten.
- Dies fand allerdings vor dem Hintergrund weiter steigender Patientenzahlen statt und hat eine Intensivierung von Krankenhausleistungen zur Folge. In Bezug auf den Auslastungsgrad liegen die saarländischen Krankenhäuser bundesweit an der Spitze.
- Das ärztliche Personal wurde weiter aufgestockt, während Pflegepersonal abgebaut worden ist.
- Die Kostenentwicklung macht eine differenzierte Betrachtung erforderlich: Die Steigerungsraten der Kosten je Bett bzw. je Pfl egetag lagen im Beobachtungszeitraum deutlich über denen der absoluten Kosten. Demgegenüber haben sich die Kosten je stationär behandeltem Patienten bspw. nicht stärker als die allgemeinen Lebenshaltungskosten erhöht.





Monetäre Kennziffern zur Entwicklung der saarländischen Krankenhäusern



Der in den saarländischen Krankenhäusern erfolgte stetige Abbau von Betten und der dort erbrachten Pflegeetage pro Patient ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass seit den neunziger Jahren ein stufenweiser Prozess der Auslagerung von Aufgaben, die nicht zum originären Versorgungsauftrag gehören und entsprechend nicht von den Krankenkassen vergütet wurden, aus den Krankenhäuser erfolgte. Bestanden z.B. noch vor 15 Jahren eine Reihe von Abteilungen zur Betreuung von Pflegefällen, so wurden diese nach und nach aufgelöst und die Patienten in spezielle Pflegeeinrichtungen überführt. Weiterhin führte der Zwang zum effektiven Wirtschaften zur Schließung von Fachabteilungen mit ungenü-

gender Bettenauslastung bzw. zur Verringerung der Bettenzahlen in diesen Abteilungen. Da hauptsächlich nur noch akut Kranke in den Krankenhäusern betreut werden, hat die Betreuungsintensität pro Bett zugenommen - was die erhöhten Steigerungsraten der Kosten pro Krankenhausbett erklärt.

In den nächsten Jahren wird sich zeigen, inwieweit sich weitere Maßnahmen der Gesundheitspolitik, insbesondere die Einführung der Fallkostenpauschalen im stationären Bereich, in der medizinischen Betreuung widerspiegeln werden und ob der Spagat zwischen hoher Kosteneffizienz und hoher Versorgungsqualität gelingt.