

# Krankenhaus-Report 2017

## „Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 187-195



<b>13</b>	<b>Die optimale Klinikgröße .....</b>	<b>187</b>
	<i>Markus Lüngen</i>	
13.1	Hintergrund .....	187
13.2	Methode .....	189
13.3	Theoretische Überlegungen .....	190
13.4	Rahmenbedingungen kleiner Kliniken.....	191
13.5	Empirische Belege .....	192
13.6	Ausblick .....	194

# 13 Die optimale Klinikgröße

Markus Lungen

## Abstract

Die Frage nach der optimalen Klinikgröße kann betriebswirtschaftlich beantwortet werden, beinhaltet jedoch auf gesellschaftlicher Ebene auch die Aspekte der erzielbaren Qualität, des regionalen Zugangs zu Leistungen und der Zufriedenheit der Versicherten mit der Krankenversorgung. In Deutschland wird insbesondere diskutiert, ob kleine ländliche Krankenhäuser wirtschaftlich bestehen können und wie in solchen Regionen die Versorgung aufrechterhalten werden kann. Die Literatur zeigt eine Tendenz, dass Kliniken zwischen 300 und 600 Betten eine (betriebswirtschaftlich) optimale Größe aufweisen, dass zudem Spezialisierung und horizontale Kooperation die wirtschaftliche Situation kleiner Krankenhäuser verbessern. Zunächst muss daher die Politik formulieren, welche Versorgung sie in Regionen erwartet, sodass Träger darauf mit Konzepten optimaler Klinikgrößen reagieren können.

The question of the optimal size for hospitals can be answered economically, but on a societal level, the aspects of achievable quality, regional access to services and satisfaction of the insured with health care are important too. In Germany, there is an ongoing discussion whether small rural hospitals can exist economically and how hospital supply can be maintained in such regions. A literature review shows that the (economically) optimal number of beds for hospitals is between 300 and 600 and that small hospitals can improve their economic situation by specialisation and horizontal cooperation. Therefore, the legislator needs to clarify what regional hospital supply is expected so that hospital owners can respond with concepts of optimal clinic sizes.

13

## 13.1 Hintergrund

Eine Diskussion um die optimale Größe von Unternehmen wird meist vor einem betriebswirtschaftlichen Hintergrund geführt, indem variable und fixe Kosten in Abhängigkeit von der Produktionsmenge betrachtet werden. Der optimale Umfang der Produktion und der Kapazitäten kann dann modellhaft mit einer gewissen Sicherheit abgeleitet werden. Dies gilt generell auch für die optimale Kapazität von Krankenhäusern und damit für die Behandlung von akutstationären Patienten. Diese betriebswirtschaftliche Betrachtung kann vollständig den Trägern von Krankenhäusern überlassen werden, die auch die damit verbundenen Folgen der Entscheidungen des Managements zu verantworten haben.

Aus gesellschaftlicher Sicht stellt sich die Situation weitaus komplexer dar. Erstens handelt es sich bei den Ressourcen zur Behandlung von Patienten um öffentliche Mittel im weiteren Sinne. Eine ineffiziente Verwendung dieser Mittel durch

die Vorhaltung zu kleiner oder zu großer Krankenhäuser gefährdet somit nicht nur den betriebswirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses, sondern erfordert darüber hinaus eventuell ein Eingreifen des Staates, um die Verschwendung öffentlicher Mittel zu minimieren.

Zweitens kann die optimale Betriebsgröße nicht nur mit der Zielvariablen Kosten ausgewertet werden, sondern auch unter Qualitätsaspekten. Auch hieraus ergibt sich eine öffentliche Verantwortung, indem eine auf die Patientenversorgung bezogene optimale Betriebsgröße als Parameter der Strukturqualität angestrebt wird, um das Ergebnis der Behandlung nicht zu gefährden.

Drittens ist es eine öffentliche Aufgabe, Strukturen für die Ausbildung von Personal im Gesundheitswesen bereitzustellen sowie effiziente und effektive Forschung und Lehre zu ermöglichen. Auch hierbei kann die Größe eines Krankenhauses relevant sein.

Schließlich ergibt sich neben der positiv zu betrachtenden gesellschaftlichen Diskussion auch eine normative politische Komponente, bei der auch Ansprüche und Erwartungshaltung der Bevölkerung hineinspielen. Nicht nur in entlegenen Regionen schaffte es die Bevölkerung häufig, die aus ihrer Sicht bestehende Notwendigkeit von kleinen Krankenhäusern effektiv vorzutragen. Die regionalen und auch überregionalen politischen Vertreter griffen die Argumente oftmals auf, sodass politische Lösungen nicht immer zum Besten der Gesellschaft gefunden wurden.

Gesetzgeberisch wurde in den vergangenen Jahren diskutiert, ob insbesondere kleine Krankenhäuser kostendeckend zu betreiben sind oder Zuschläge benötigen. Entsprechende Beispiele finden sich für die Inseln in Nord- und Ostsee. Die teilweise vor Gericht entschiedenen Sachverhalte machten deutlich, dass weniger die optimale Größe des gesamten Krankenhauses einbezogen werden sollte als vielmehr die optimale Größe einzelner Fachabteilungen (Sachverständigenrat 2014, Kapitel 7).

Ein Ansatz für die politische Umsetzung optimaler Betriebsgrößen besteht insbesondere in der Ausgestaltung des Krankenhausplans. Dieser ist jedoch in der Regel methodisch nicht so aufgebaut, dass eine flächendeckende Versorgung mit möglichst optimal strukturierten Ressourcen bzw. Standorten gewährleistet wird, sondern meist steht die Fortschreibung von etablierten Strukturen im Vordergrund. Auch über den Krankenhausplan hinausgehende faktisch planerische Eingriffe mittels öffentlicher Zuwendungen werden kritisch gesehen. Die komplexe rechtliche Einschätzung, inwieweit finanzielle Zuwendung insbesondere öffentlicher Träger den Wettbewerb verzerren und unerlaubte Zuwendungen darstellen, ist noch nicht abgeschlossen (Bank für Sozialwirtschaft 2016).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Diskussion um eine optimale Klinikgröße aus betriebswirtschaftlicher Sicht immer wieder neu am Markt geführt werden muss. Erst durch die Verknüpfung der Fragestellung mit den aus gesellschaftlicher Sicht relevanten Zielparametern Qualität, Erreichbarkeit und Zufriedenheit der Versicherten entsteht eine komplexe Gemengelage. Hinzu kommen zunehmend gesetzliche Regelungen, die sich auch aus dem europäischen Rahmen für unerlaubte Beihilfen ergeben. Da es öffentlichen Trägern nicht erlaubt ist, die öffentliche Versorgung durch Schließung eines Krankenhauses zu gefährden, kommen weitere, auch methodische Fragestellungen der Krankenhausplanung hinzu (Sachverständigenrat 2014, Kapitel 7).

Zu den gesellschaftlichen Dimensionen des Zugangs, der methodischen Umsetzung von Krankenhausplanung und auch des Zusammenhangs von Spezialisierung, Fallzahlen und Qualität wurden bereits vielfältige Vorschläge gemacht (Alsfasser et al. 2016; Jeschke und Günster 2014; Lungen und Büscher 2012). Weniger Konsens besteht überraschenderweise dazu, ob kleine Krankenhäuser betriebswirtschaftlich überleben können oder sogar Vorteile gegenüber größeren Einheiten haben. Die nachfolgende Diskussion soll sich daher darauf konzentrieren.

## 13.2 Methode

Die betriebswirtschaftliche Frage nach der optimalen Betriebsgröße könnte durch die Aufstellung einer Funktion, die von der Größe des Krankenhauses auf die Produktionskosten schließt, beantwortet werden. Dabei ergeben sich jedoch vielfältige Probleme. Zunächst muss geklärt werden, welche Variable die Größe eines Krankenhauses abbildet. Diskutiert werden hier die Bettenzahl, die Fallzahl sowie die Anzahl und Struktur der Fachabteilungen.

Weiter stellt sich die Frage, ob lediglich auf die Produktionskosten als zu erklärender Variable abgestellt wird oder auf eine weitergehende Approximation von betriebswirtschaftlichem Erfolg. Dies kann der Gewinn bzw. Überschuss sein, das langjährige Fortbestehen des Standorts, der konsequente Verzicht auf öffentliche Subventionen, die für den Patienten bereitgestellte Ergebnisqualität oder auch die von Versicherten erlebte Zufriedenheit mit der Versorgung.

Selbst wenn ein solcher Datensatz für die Analyse zur Verfügung stünde, müssten weitere Störvariablen berücksichtigt werden. Es kann vermutet werden, dass der betriebswirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses auch abhängt von der Trägerschaft, der Wettbewerbssituation in der Region unter Einbeziehung auch ambulanter Strukturen, der Zugehörigkeit des Krankenhauses zu größeren Strukturen oder die Teilnahme des Standorts an Kooperationen und nicht zuletzt die Spezialisierung des Krankenhauses oder seiner Fachabteilungen auf medizinische Entitäten.

Wenig hilfreich ist der Ausweg, dass nicht mehr das Krankenhaus als Standort die relevante Planungsgröße darstellte, sondern vielmehr die Fachabteilung der richtige Untersuchungsgegenstand wäre. Zum einen sind Fachabteilungen wiederum nur ein Sammelbecken für medizinische Entitäten, sodass nicht die Fachabteilung, sondern beispielsweise die Versorgung von Hauptdiagnosegruppen als Planungsgröße erhalten könnte. Zum anderen kann eine Fachabteilung nicht ohne Krankenhaus existieren. Auch eine große, kostenoptimale Fachabteilung bedarf der Hülle eines Krankenhauses. Mit anderen Worten könnte zwar faktisch ein Krankenhaus als eine einzige Fachabteilung geplant werden, nicht jedoch eine Fachabteilung ohne Krankenhaus.

Als weiterer Ausweg wird die seit Einführung der Diagnosis-Related Groups (DRG) mittels Bewertungsrelationen abbildbare Fallzusammensetzung (Casemix) gesehen. Jedoch können auch innerhalb des Casemix erhebliche Unterschiede in der Versorgung bestehen. Daher sind auch addierte Casemix-Punkte oder der daraus abgeleitete Casemix-Index nicht unmittelbar geeignet, eine Kategorisierung vorzunehmen.

Ein Datensatz für eine solche methodisch und empirisch anspruchsvolle Analyse existiert nach bestem Wissen nicht. Beispielsweise scheitert die Analyse oftmals bereits daran, dass Krankenhäuser in Datenbeständen über Standorte hinweg nach Trägerschaften zusammengefasst werden (oder auch nicht), sodass ein Krankenhaus einen oder mehrere Standorte mit teilweise erheblicher Entfernung voneinander umfassen kann. Die Definition, was ein Krankenhaus überhaupt ist, wird zunehmend unschärfer.

Die nachfolgende Analyse kann daher nicht auf einen einheitlichen und als Konsens geltenden Datensatz zurückgreifen. Vielmehr soll die Studienlage soweit verdichtet werden, dass sich argumentative Rückschlüsse ergeben. Der Begriff der Größe eines Krankenhauses soll nachfolgend mit der Bettenzahl oder Fallzahl beschrieben werden, auch wenn dies, wie oben ausgeführt, nicht optimal erscheint. Der Grund für diese Festlegung liegt darin, dass die meisten auch internationalen Publikationen diese Einheit zur Beschreibung von Größe verwenden. Unter einem Krankenhaus oder einer Klinik soll eine allein operativ tätige Einheit (ein Standort) verstanden werden. Optimalität wird über den betriebswirtschaftlichen (jährlichen) Erfolg gemessen.

### 13.3 Theoretische Überlegungen

In der ökonomischen Theorie wird in der Regel davon ausgegangen, dass Größenvorteile existieren. Dies bedeutet, dass mit steigender Stückzahl die Kosten pro Stück sinken und ebenso die Qualität verbessert werden kann. Übertragen auf Krankenhäuser kann diese unterstellte Produktionsfunktion bedeuten, dass größere Krankenhäuser auch Größenvorteile realisieren können.

Entgegengesetzte Überlegungen beziehen die ansteigende Komplexität des Managements mit ein. Große Einheiten können so eine Tendenz zunehmender Ineffizienz aufweisen. Während für große Krankenhäuser der Maximalversorgung diese Ineffizienzen des Managements oftmals anekdotisch berichtet werden (teilweise wieder gekoppelt an die Trägerschaft), wird für die Güterproduktion häufig abweichend argumentiert: Dadurch, dass ein Betrieb mittlerer Größe in Gedanken verdoppelt werden kann, darf ein doppelt großer Betrieb nicht ineffizienter sein als ein mittlerer Betrieb. Größenvorteile wären demnach in der Theorie eine Einbahnstraße, die sich am Ende der Produktionsfunktion nicht wieder ins Gegenteil verkehren können. Das Auftreten von Größennachteilen, die aus reinen Managementversäumnissen entstehen, wird daher für die wettbewerbliche Güterproduktion meist abgelehnt.

Bei der Versorgung von Patienten kann diese Überlegung jedoch nicht immer greifen. Wie oben bereits angedeutet sind große Krankenhäuser oftmals mit anderen Patientenfällen konfrontiert als Krankenhäuser mittlerer Größe. Daher kann nicht ein Krankenhaus mittlerer Größe verdoppelt werden, um seine Effizienz auch als großes Krankenhaus zu erhalten. Dies bedeutet zwar nicht, dass große Krankenhäuser naturgesetzlich ineffizienter sein müssen als Krankenhäuser mittlerer Größe, jedoch sollten zumindest Standardverfahren des Managements geprüft werden, bevor sie auf große Krankenhäuser übertragen werden. Mit anderen Worten produziert

ein sehr großes Krankenhaus etwas anderes als ein mittleres Krankenhaus (etwa andere Operationen, Fallschweren und Komplexitäten) und ist daher mit einer abweichenden Produktionsfunktion konfrontiert.

Insgesamt scheint sich somit aus der Theorie eine U-förmige Funktion ableiten zu lassen, bei der sowohl kleine Krankenhäuser als auch sehr große Krankenhäuser mit betriebswirtschaftlichen Nachteilen der Kosten pro Fall konfrontiert werden können. Während sich diese Nachteile bei kleinen Krankenhäusern eher aus den fehlenden Möglichkeiten der Umlage von Fixkosten ergeben, sind bei großen Krankenhäusern vermutlich eher Ineffizienzen des Managements die Ursache, sofern gleiche Fallkonstellationen angenommen werden.

### 13.4 Rahmenbedingungen kleiner Kliniken

Soll gemäß der politischen Problemlage insbesondere die Problematik der optimalen Betriebsgröße nach unten für kleine Krankenhäuser thematisiert werden, stellen sich mehrere Optionen dar, die neben der Betriebsgröße Einfluss auf den betriebswirtschaftlichen Erfolg haben können.

- **Spezialisierung:** Eine Konzentration auf wenige Eingriffe kann in Bezug auf die erreichbaren Fallkosten Vorteile bringen. Allerdings wäre eine Spezialisierung keine Lösung für alle kleinen Krankenhäuser. Insbesondere in exponierten regionalen Lagen sollen kleine Krankenhäuser oftmals eine Grundversorgung sicherstellen. Dort bietet sich Spezialisierung nicht an. Allerdings spricht das Argument der Spezialisierung dafür, dass auch kleine Einheiten bestehen können, sofern große Einheiten die nicht passenden Fälle aufnehmen. Eine Lösung für alle regionalen Lagen ist dies allerdings nicht.
- **Planbarkeit der Leistungen:** Ein hohes Maß an Störungen des Ablaufs, viele Notfälle, vielfältige externe Zuweisungen etc. führen tendenziell zu höheren Kosten. Meist sind diese Planungsunsicherheiten nicht zufällig verteilt, sondern orientieren sich auch an vorhandenen Alternativen für abgebende Krankenhäuser und Patienten. Auch hier gilt, dass Krankenhäuser in exponierten regionalen Lagen weniger Alternativen für Rettungswagen und Notfälle aufweisen. Einzig die externe Verlegung als Ventil zur Erhöhung der Planbarkeit bleibt bestehen.
- **Ambulantisierung:** Werden zukünftig ambulante Behandlung und stationäre Behandlung stärker verzahnt, könnten kleine Krankenhäuser einen fließenden Übergang zu Medizinischen Versorgungszentren generieren. Es besteht nur wenig Evidenz, dass ambulante Behandlungen in Krankenhäusern hohe Deckungsbeiträge generieren, was im Gegensatz zu den Reinerträgen von ärztlichen Praxen steht (Statistisches Bundesamt 2011). Inwieweit auch hier in Krankenhäusern Managementprobleme die Ursache darstellen, bleibt offen. Zumindest scheint die Erweiterung von kleinen Kliniken durch ambulante Kompetenz nicht zwangsläufig die Erträge zu steigern bzw. die noch rentable Klinikgröße sinken zu lassen.
- **Kooperation und Konzernintegration:** In der Regel werden vertikale und horizontale Kooperationen bis hin zur Integration in Konzerne unterschieden. Empirisch scheint sich die horizontale Kooperation wirtschaftlich positiver auszu-

wirken als die vertikale Kooperation (Büchner et al. 2016). Hieraus ergibt sich für kleine Krankenhäuser die Möglichkeit, in (horizontal aufgebauten) Konzernen oder anderen engen Kooperationen Unterschlupf zu finden. Inwieweit dies wiederum nach Trägerschaften besser gelingt, bleibt offen.

Insgesamt scheinen sich vielfältige Optionen für kleine Krankenhäuser zu ergeben, um eine geringe Größe nachhaltig aufrechtzuerhalten. Nicht alle diese Optionen bieten sich jedoch für jedes Krankenhaus an, sodass im Einzelfall geprüft werden muss.

### 13.5 Empirische Belege

Mit den Schlagworten „Hospital size“ und „efficiency“ wurde im Juni 2016 eine nicht systematische Suche mittels PubMed durchgeführt, ergänzt um eine Suche in verweisender Literatur.

Insgesamt waren die Ergebnisse nicht durchgängig hilfreich für die deutsche Diskussion. Die meisten Studien wurden im Ausland durchgeführt und oftmals war offenbar die Verfügbarkeit von Daten leitend für die Hypothese. Es finden sich zudem vielfältigste Studien zu Effizienzunterschieden nach Trägerschaft (Herr et al. 2011; Tiemann et al. 2012, dort findet sich auch eine Übersicht), was zumindest für die hier geführte Diskussion kaum hilfreich ist, da weder die Trägerschaften ad hoc geändert werden können noch die damit langfristig verbundenen Auswirkungen auf Qualität, Zugang und politische Steuerung bekannt sind. Aufgrund der Studienlage vorzuschlagen, dass kleine Krankenhäuser privatisiert werden sollten, dürfte strittig sein: Die Studienlage ist inhomogen, Privatisierung geht häufig mit Spezialisierung einher, die Auswirkungen auf die Patientenselektion wurden nicht untersucht und alternative Konzepte wie eine Einbindung von kleinen Krankenhäusern in unabhängiger geführte öffentliche Kooperationen wurden nicht ernsthaft gegenübergestellt. Zudem basieren viele Studien auf Modellen, bei denen erklärende Variablen (wie etwa Verweildauer) nicht zweifelsfrei die Effizienz messen (Herr 2008).

Seit Jahren werden im Krankenhaus Rating Report mehrere hundert Jahresabschlüsse von Krankenhäusern erfasst und ausgewertet (Augurzyk et al. 2011). Die Auswertung mit Daten des Jahres 2008 umfasste 230 Krankenhäuser, die als „ländliche Grundversorger“ (50 bis 300 Betten und mindestens die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin) eingeordnet wurden und zusätzlich 107 „ländliche Großversorger“ sowie 250 „ländliche Spezialkliniken“. Die Auswertung machte deutlich, dass kleine Grundversorger auf dem Land häufiger wirtschaftliche Probleme aufweisen als solche in der Stadt. Beiden ist gemein, dass sie schlechter abschneiden als große Krankenhäuser und Spezialkliniken. Allerdings existieren auch Unterschiede nach der Trägerschaft. So scheinen insbesondere kleine ländliche Grundversorger in kommunaler Trägerschaft von wirtschaftlichen Problemen betroffen zu sein, während sowohl kirchliche Träger als auch private Träger besser abschneiden. Der Krankenhaus Rating Report regt an, über Privatisierung, Schließung und die Bildung größerer kommunaler Einheiten nachzudenken.

Allerdings stellen Schmid und Ulrich (2013) anhand einer empirischen Untersuchung heraus, dass der deutsche Krankenhausmarkt mittlerweile eine Konzentration der Trägerschaften erreicht hat, die Auswirkungen auf den Wettbewerb wahrscheinlich macht. Wenn eine weitere Konzentration der Trägerschaften angeregt wird, um so kleine Krankenhäuser rentabler zu machen, sollte zumindest die Trägervielfalt in einer Region beachtet werden.

In einem mittlerweile klassischen internationalen Review unter Einbeziehung von über 200 Studien fanden die Autoren aus York, dass keine Evidenz dafür besteht, dass Größenvorteile (economies of scale) in Akutkrankenhäusern über eine Größe von 200 Betten hinaus bestehen (NHS Centre for Reviews and Dissemination 1996). Zudem ist es gemäß den Ergebnissen des Reviews wahrscheinlich, dass Krankenhäuser ab 600 Betten wiederum in der Praxis Größennachteile (diseconomies of scale) aufweisen. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass es in der Praxis selten sinnvoll wäre, Krankenhäuser zu fusionieren, da die Schwelle für nachlassende Größenvorteile so niedrig liegt, dass Fusionen eher zu Einheiten mit Größennachteilen führen. Die Studie untersuchte auch den Zugang zu Leistungen und die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine weite räumliche Entfernung des Patienten zu Gesundheitsleistungen in der Tendenz dazu führt, dass weniger Leistungen in Anspruch genommen werden. Eine Konzentration von Leistungen in wenigen Krankenhäusern würde somit (zumindest in ländlichen Gebieten) dazu führen, dass die Inanspruchnahme sinkt.

In die gleiche Richtung weist eine Studie über rund 2 900 amerikanische Krankenhäuser, in der kleine Krankenhäuser die geringsten Gewinnmargen aufweisen (3,5%) und große Krankenhäuser (ohne Angabe einer Bettenzahl) die höchsten (7,0%). Über den großen Krankenhäusern werden in der Studie noch Lehrkrankenhäuser (5,6%) und Maximalversorger (4,5%) angesiedelt, die wieder geringere Profite aufweisen (Foster und Zrull 2013).

Zusammenfassend zeigt die Literatur viele Studien zum Zusammenhang von Trägerschaft und Effizienz (allerdings ohne eindeutige Richtung) sowie eine Häufung von Studien aus und in den USA. Im Ausland stößt die Thematik bei der Wissenschaft inzwischen allerdings auf weniger Interesse. Dies hängt wohl weniger mit der endgültigen Klärung des Sachverhalts zusammen als mit der fehlenden politischen Brisanz in den meisten Ländern. Dort wurden die Krankenhausstrukturen weitaus früher und rationaler gestaltet als in Deutschland, sodass sich die Frage nach der Effizienz kleiner Krankenhäuser nicht mehr drängend stellt.

Davon losgelöst ist die deutsche Situation zu sehen, die häufiger noch von kleinen Krankenhäusern mit vorwiegend öffentlicher Trägerschaft in ländlicher Umgebung geprägt wird. Es scheint sich um ein Problem zu handeln, das am ehesten durch professionelles Management, verbesserten Zugang zu Investitionsmitteln und die Bildung von größeren (horizontalen) Kooperationen gelöst werden kann. Diese spezifische Problemlage lässt umgekehrt den Schluss zu, dass keine politischen Anstrengungen zur pauschalen Unterstützung kleiner Krankenhäuser, etwa in Ballungsgebieten, unternommen werden müssen. Ebenso fallen spezialisierte Krankenhäuser aus dem Fokus. Überspitzt ausgedrückt scheint nicht die Größe eines Krankenhauses das Problem zu sein, sondern wie mit der Größe betriebswirtschaftlich und strategisch umgegangen wird.



Auch der Sachverständigenrat argumentiert für Deutschland, dass es nicht zu wenige Krankenhäuser gibt (also kleine Standorten aus betriebswirtschaftlichen Gründen bereits schließen mussten), sondern zu viele, sodass sich sogar ein intensiver Wettbewerb entfalten kann, der ein Indiz für weiterhin bestehende räumliche Nähe und die Konkurrenz um eine identische Wohnbevölkerung darstellt (Sachverständigenrat 2014). Die Krankenhauslandschaft kämpft in den meisten Regionen weniger mit dem Problem geringer Klinikgrößen, sondern sieht sich mit gegeneinander bekämpfenden kleinen Krankenhäusern auf engstem Raum konfrontiert, was das Bundeskartellamt bereits zum Einschreiten veranlasst hat.

## 13.6 Ausblick

Der Beitrag untersuchte anhand der Frage der optimalen Klinikgröße, welche Rückschlüsse sich für die deutsche Krankenhauslandschaft ziehen lassen. Die Literatur sieht eine betriebswirtschaftlich optimale Klinikgröße offenbar im Bereich von 300 bis 500 Betten, teilweise auch darunter. Neben der reinen Bettenzahl (und der Frage, ob die Bettenzahl die methodisch richtige Variable ist) sind allerdings Spezialisierung, Investitionsfähigkeit und die Zugehörigkeit zu Kooperationen entscheidende Parameter für Profitabilität. Völlig außer Acht gelassen wird meist die notwendige Größe für Ausbildung und Forschung.

Wichtiger als die Frage, ob ein Krankenhaus nachweisbar noch betriebswirtschaftlich zu betreiben ist, scheint zu sein, mittels welcher (politisch moderierter) Prozesse die Versorgung in einer Region sichergestellt werden kann. Dies betrifft dann nicht mehr nur die Institution Krankenhaus, sondern kann auch Netzwerke von Ärzten ansprechen, Medizinische Versorgungszentren mit aufgestellten Betten, Operationszentren für ambulante Eingriffe, die Nutzung von Telemedizin oder auch die Stärkung eines leistungsstarken Rettungsdienstes mit Transportdienst in Fachkliniken.

Die deutsche Gesundheitspolitik scheint die Diskussion bisher eher zu scheuen. Die letzten Reformen setzten einen Schwerpunkt auf neue Aufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschuss, der mit dem Hebel der Qualität erreichen soll, was die Krankenhausplanung zumindest bisher nicht geschafft hat, nämlich eine rationale Gestaltung der Krankenhauslandschaft. Insgesamt scheint Qualität (oder allgemeiner: Performance) der neue Treiber für den Verbleib am Krankenhausmarkt zu sein, nicht länger das betriebswirtschaftliche Ergebnis.

## Literatur

- Alfasser G, Leicht H, Günster C et al. Volume-outcome relationship in pancreatic surgery. *Br J Surg* 2016; 103 (1): 136–43.
- Augurzky B, Gülker R, Kroplop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2011. Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen 2011.

- Bank für Sozialwirtschaft. EU-Beihilferecht und staatliche Finanzierung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Ausarbeitung. Brüssel 2016.
- Büchner VA, Blum K, Schreyögg J. Kooperationsverhalten im deutschen Krankenhausmarkt. *Das Krankenhaus* 2016; 108 (6): 483–8.
- Foster D, Zrull L. Hospital Performance Differences by Size and Teaching Status. *Truven Health Analytics. Research brief* June 2013.
- Herr A, Schmitz H, Augurzky B. Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Econ.* 2011; 20 (6): 660–74.
- Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Econ.* 2008; 17 (9): 1057–71.
- Jeschke E, Günster C. Zum Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und -ergebnis in der Hüftendoprothetik. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report* 2014. Stuttgart: Schattauer 2014; 227–40.
- Lüngen M, Büscher G. Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung. Ergebnisse aus einem Modell zur Zentrenbildung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report* 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 111–22.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (University of York). Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Effective Health Care* 1996; 2 (8): 1–16.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.
- Schmid A, Ulrich V. Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin. *Health Policy* 2013; 109: 301–10.
- Statistisches Bundesamt. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Unternehmen und Arbeitsstätten. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Wiesbaden 2011.
- Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: A review of studies with particular focus on Germany. *Health Policy* 2012; 104: 163–71.