

# Krankenhaus-Report 2008/2009

## „Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /  
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 3–15



<b>1</b>	<b>Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen .....</b>	<b>3</b>
	<i>Günter Neubauer und Christof Minartz</i>	
1.1	Problemstellung.....	3
1.2	Theoretische Erklärungsansätze.....	4
1.2.1	Economies of Scale .....	4
1.2.2	Spezialisierung und Qualität.....	6
1.2.3	Reduktion der Transaktionskosten .....	7
1.3	Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung.....	9
1.3.1	Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen .....	9
1.3.2	Zentrumsbildung in einem Betrieb .....	10
1.3.3	Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe.....	11
1.3.4	(Sektorübergreifende) Versorgungszentrierung in einer Region .....	12
1.4	Weiterentwicklung.....	13
1.5	Europäische Perspektive .....	14
1.6	Literatur.....	14

# 1 Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen

Günter Neubauer und Christof Minartz

## Abstract

Der Beitrag befasst sich mit den Zielen und Optionen der Zentrierten Versorgung. Anhand von theoretischen Erklärungsansätzen wird dargelegt, welche Gründe für eine zentrierte Versorgung sprechen. Insbesondere wird hierbei auf Skaleneffekte, die Steigerung der Qualität durch Spezialisierung und die Reduktion von Transaktionskosten eingegangen. Bei der Darstellung von konkreten Ausprägungsformen konzentriert sich der Beitrag auf die folgenden drei Ebenen der Versorgungszentrierung: sektorübergreifende Zentrierung der Versorgung in einer Region, Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe und schließlich in einem einzelnen Krankenhausbetrieb. Abschließend wird gezeigt, inwieweit sich die Versorgungszentrierung in Deutschland weiterentwickeln wird und welche Rolle in diesem Kontext die Europäisierung spielt.

The article deals with objectives and options of centralised medical care. Based on theoretical approaches, it outlines the advantages of centralised care. In particular, it addresses the issues economies of scale and reduction of transaction costs and shows that specialisation results in quality improvements. The article focuses on three levels of centralised medical care: cross-sectoral centralisation within a region, centralisation within a hospital chain and finally within a single hospital. Finally, it demonstrates how centralized medical care will probably develop in Germany and what role the europeanisation plays in this context.

## 1.1 Problemstellung

Die neueren gesetzlichen Rahmenbedingungen für die deutschen Krankenhäuser, insbesondere die Einführung der G-DRGs, die andauernde Mittelknappheit, aber auch medizinisch-technische Innovationen führen zu tiefgreifenden Anpassungsprozessen auf dem Krankenhausmarkt. Der gesundheitspolitisch gewollte Wettbewerb bewirkt einerseits einen Abbau von Überkapazitäten in Form von Bettenreduzierungen und auch in Form von Krankenhausschließungen. Andererseits haben viele Krankenhäuser die zunehmende Bedeutung der Wettbewerbsfähigkeit erkannt und entsprechende Konzepte entwickelt. Sie haben nicht nur auf die neuen Rahmenbedingungen reagiert, sondern die neuen Freiheiten genutzt, um ihre Häuser zukunftsorientiert aufzustellen.

Eine Strategie stellt die Bildung von medizinischen Zentren dar. In ihnen wird die medizinische Kompetenz über tradierte Grenzen einzelner Fachabteilungen hinweg konzentriert, was zugleich eine Restrukturierung der Prozessabläufe im Kran-

kenhaus zur Folge hat. Die damit verbundene Interdisziplinarität und gleichzeitige Spezialisierung soll zum einen die Behandlungsqualität erhöhen und zum anderen die Kosteneffizienz steigern. Darüber hinaus kann die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern intensiviert und verbessert werden.

Im Rahmen dieses Beitrags verstehen wir unter dem Begriff *Zentrierung* die Zusammenlegung von Leistungen im Sinne einer funktionalen Bedeutung. Demgegenüber verwenden wir den Begriff *Zentralisierung* nachgeordnet als eine spezielle Form der Zentrierung im Sinne einer räumlichen Bedeutung.

Dieser Beitrag soll einen Überblick über die theoretischen Erklärungsansätze, die Ziele und Gestaltungsoptionen zentrierter Versorgung geben. Anhand von theoretischen Erklärungsansätzen sollen zunächst die Treiberfaktoren für die Versorgungszentrierung beleuchtet werden. Anschließend werden konkrete Ausprägungsformen der Versorgungszentrierung dargestellt. Dabei werden Krankenhäuser und auch niedergelassene Ärzte einbezogen. Es werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Anreize für die Leistungserbringer betrachtet, die zu einer verstärkten Bildung von Versorgungszentren in Deutschland führen. In diesem Kontext wird die Weiterentwicklung der zentrierten Versorgung in Deutschland insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendrucks diskutiert. Ein Ausblick auf die europäische Perspektive schließt diesen Beitrag ab.

## 1.2 Theoretische Erklärungsansätze

Zunächst sollen im Rahmen von theoretischen Erklärungsansätzen die Ziele einer zentrierten Versorgung erörtert werden. Hierbei stehen Skaleneffekte (*Economies of Scale*), das Ziel einer verbesserten Behandlungsqualität und der Druck die Transaktionskosten zu reduzieren im Mittelpunkt.

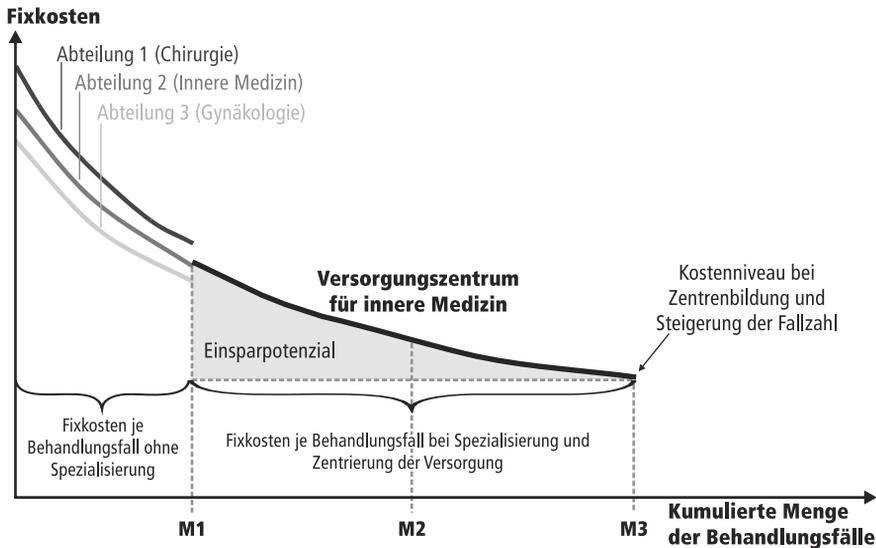
### 1.2.1 Economies of Scale

Die Einführung der G-DRGs hat in erster Linie dazu geführt, dass sich deutsche Krankenhäuser neu positionieren mussten und müssen. Da nun nicht mehr Verweildauertage, sondern die gewichtete Zahl der behandelten Patienten bei der Vergütung von entscheidender Bedeutung sind, spielen die Fallkapazität eines Krankenhauses und deren Erhöhung eine zunehmend wichtigere Rolle.

Bei einer Kapazitätserweiterung entstehen Sprungkosten. Um diese Sprungkosten zu decken, werden zusätzliche Patienten, d. h. eine erhöhte Auslastung benötigt. In einem stagnierenden Markt können zusätzliche Patienten nur zu Lasten der Konkurrenz gewonnen werden. Ein Ansatz zur Gewinnung von zusätzlichen Patienten ist die Spezialisierung. Durch eine entsprechende Arbeitsteilung mit benachbarten Krankenhäusern und die Zentrierung auf bestimmte Spezialgebiete können die notwendigen Betriebsgrößen erreicht werden.

Die Bildung von größeren Betriebseinheiten und damit die Optimierung der Kostenstrukturen ist ein geeigneter Weg, um dem ökonomischen Druck zu begegnen. Gemäß der Theorie der *Economies of Scale* sinken mit einer steigenden Ausbrin-

Abbildung 1–1

**Fixkostendegression bei zentrierter Versorgung**

Krankenhaus-Report 2008/2009

Wido

gungsmenge die Durchschnittskosten eines Betriebes. Die wichtigste Ursache hierfür ist die Fixkostendegression, da sich mit einer steigenden Kapazitätsauslastung die Fixkosten auf eine größere Ausbringungsmenge verteilen. Im Rahmen der zentrierten Versorgung werden wesentliche Aktivitäten der Wertschöpfungskette zusammengelegt und dadurch die Fixkosten gesenkt. Wie Abbildung 1–1 veranschaulicht, kann durch Spezialisierung und Zentrierung der Versorgung ein niedrigeres Fixkostenniveau je Fall erreicht werden. Durch die Zusammenlegung unterschiedlicher Abteilungen und Konzentration auf ein Spezialgebiet, in diesem Fall die innere Medizin, kann das Krankenhaus in diesem Bereich die Fallzahl erhöhen und die Kosten senken. Die Arbeitsteilung und Spezialisierung von einzelnen Krankenhäusern führt zu einer Bildung von Versorgungszentren mit verbesserten Kostenstrukturen.

Im Bereich der Krankenhäuser, die vor allem durch ihren hohen Anteil der Personalkosten von ungefähr zwei Dritteln an den laufenden Gesamtkosten einen hohen Fixkostenanteil haben, spielt eine hohe Kapazitätsauslastung und die damit verbundene Fixkostendegression eine entscheidende Rolle. Die Bildung von spezialisierten medizinischen Zentren stellt eine Möglichkeit dar, um eine hohe Kapazitätsauslastung zu erreichen. Durch die Zentrenbildung können Doppelvorhaltungen von Personal und medizinisch-technischen Geräten reduziert oder ganz vermieden werden. Es wird aber gleichzeitig schwieriger, ein umfassendes medizinisches Leistungsangebot an jedem Standort vorzuhalten.

Die Zentrierung der Infrastruktur und die arbeitsteilige Spezialisierung in Versorgungszentren ermöglichen die Versorgung einer regionalen und überregionalen Patientenkiel mit verbesserten Kostenstrukturen. Damit sind die Größenvorteile und Skaleneffekte ein wichtiger Anreiz zur Gründung eines medizinischen Zentrums.

## 1.2.2 Spezialisierung und Qualität

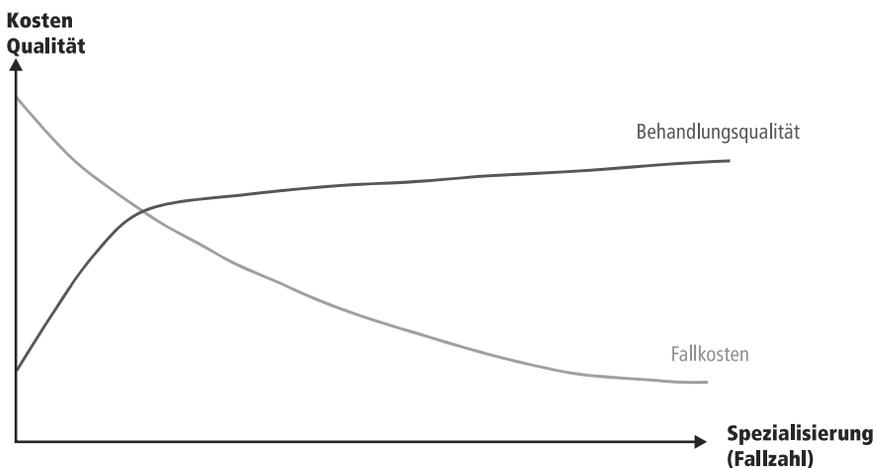
Ein weiterer Treiberfaktor der zentrierten Versorgung ist die angestrebte Steigerung der medizinischen Qualität. Durch Zentrumsbildung und die Spezialisierung auf bestimmte Organe, Krankheiten oder Eingriffe wird die jeweilige Fallzahl gesteigert. Dadurch kann in einem engen Fachgebiet ein Erfahrungsvorsprung realisiert werden, der in Kombination mit der Kompetenzbündelung im Zentrum für eine überdurchschnittliche Qualität der medizinischen Behandlung sorgt. Gerade angesichts der sich wandelnden Rahmenbedingungen gewinnt die Qualitätsorientierung an Bedeutung.

Unterschiedliche Studien haben ergeben, dass in Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen das Risiko der perioperativen Mortalität signifikant sinkt (Birkmeyer et al. 2002). Wenn keine anderen Qualitätsinformationen vorliegen, ist die Menge der durchgeführten Prozeduren ein geeigneter Indikator für die Qualität eines Hauses und damit eine gute, erste Entscheidungshilfe bei der Klinikauswahl (Heller 2004). Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität, wie Abbildung 1–2 zeigt.

Die Abbildung verdeutlicht, dass nicht nur, wie bereits dargelegt, mit steigender Fallzahl und Spezialisierung die Fallkosten abnehmen, sondern auch die Behandlungsqualität steigt. Wir sind in dem vorliegenden Beispiel von einem degressiven Verlauf der Funktion der Behandlungsqualität ausgegangen, d. h. die Qualität der Behandlung nimmt zunächst mit einer Erhöhung der Fallzahl stark zu, allerdings wird der Qualitätszuwachs bei weiter steigenden Fallzahlen immer geringer (Vickers et al. 2007). Je öfter in einem Zentrum ein bestimmter Eingriff vorgenommen wird, umso besser sind die Behandlungsergebnisse im Sinne einer sinkenden Komplikations- und Sterblichkeitsrate.

Abbildung 1–2

### Auswirkungen der Spezialisierung auf Fallkosten und Behandlungsqualität



Große Abteilungen verfügen über größere Erfahrungen darin, Operationskomplikationen zu beherrschen. Die entstandene Routine hilft, Probleme frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Deshalb ist die Zentrenbildung gerade auch aus medizinischer Sicht sinnvoll. Die Prozessorientierung in medizinischen Zentren sorgt zudem nicht nur für eine Verbesserung der Kostenstrukturen, sondern für eine Optimierung der Patientenbehandlung. Durch die Überwindung konventioneller Versorgungsstrukturen wird beispielsweise eine schnellere Diagnosenerstellung ermöglicht. Bereits der Begriff „medizinisches Zentrum“ steht – obwohl er nicht geschützt ist – für einen hohen Qualitätsanspruch.

Insbesondere abgestimmte Behandlungspfade als ein Instrument der Prozessoptimierung im Versorgungszentrum tragen dazu bei, die Behandlungsqualität zu steigern. Dies gelingt, indem durch die Standardisierung klinischer Behandlungspfade klare Behandlungs- und Qualitätsziele vorgegeben werden. Gerade bei Behandlungen, die in einem Versorgungszentrum häufig erbracht werden, ist die Erstellung von Behandlungspfaden sinnvoll und wirkt qualitätssteigernd.

Auch der Gesetzgeber hat mit der Einführung von Mindestmengen bei planbaren Leistungen (nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V) die Bedeutung der Quantität einer Leistung im Hinblick auf die damit verbundene Behandlungsqualität gesetzlich verankert. Krankenhäuser, die die festgelegte Mindestmenge nicht erreichen, dürfen derartige Leistungen nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen (Neubauer und Neubauer 2005). Diese gesetzliche Maßnahme soll die Zentrenbildung in der deutschen Krankenhauslandschaft fördern.

Eine Spezialisierung und Zentrenbildung kann sowohl in einem Verbund von Krankenhäusern als auch in einem einzelnen Krankenhaus erfolgen, was an späterer Stelle thematisiert wird. Die mit der Zentrierung verbundenen Lern- und Spezialisierungseffekte führen zu einer Steigerung der Qualität bei der Patientenversorgung. Insbesondere die Prozessqualität kann durch die Optimierung der Koordination der einzelnen Teilprozesse erhöht werden.

Durch Zentrenbildung kann insgesamt die betriebswirtschaftliche Situation eines oder mehrerer Krankenhäuser optimiert werden, da sich durch die Steigerung der Qualität die Patientenzahl erhöhen lässt und dadurch wiederum die Kostenstrukturen verbessert und die Erlöse ausgedehnt werden.

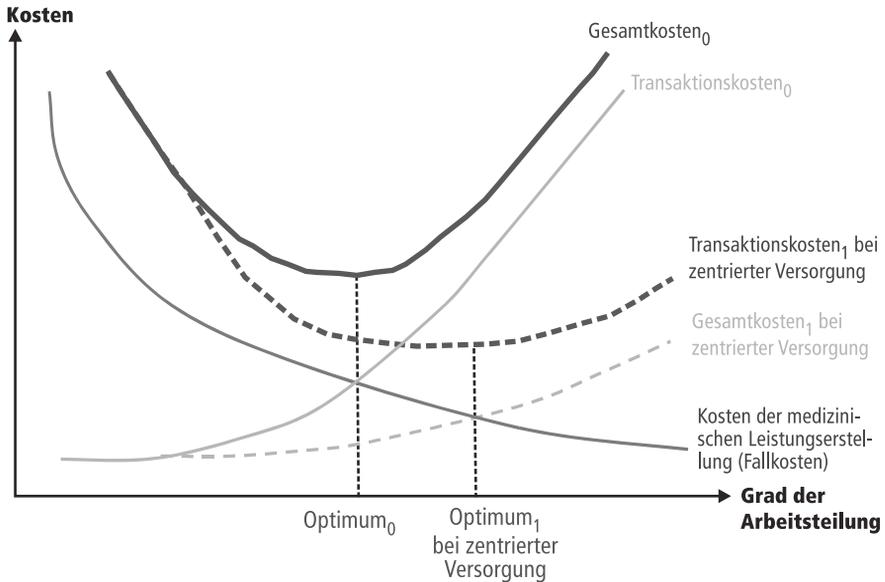
### 1.2.3 Reduktion der Transaktionskosten

Durch Spezialisierung und Arbeitsteilung können Effizienzpotenziale ausgeschöpft werden. Allerdings werden bei der Arbeitsteilung auch entsprechende Abstimmungsprozesse notwendig, wodurch Ressourcen verbraucht werden. Der zur Abstimmung erforderliche Einsatz von Produktionsfaktoren verursacht (Transaktions-) Kosten (Picot et al. 2002). Eine zunehmende medizinische Arbeitsteilung führt deshalb nicht zwangsläufig zu sinkenden Gesamtkosten, die sich aus den Kosten der medizinischen Leistungserbringung (Fallkosten) und den Transaktionskosten zusammensetzen.

Unter Transaktionskosten verstehen wir Verwaltungs- sowie medizinisch-pflegerische Koordinationskosten. Um eine arbeitsteilige Aufgabe optimal zu erfüllen, müssen die einzelnen Arbeitsabläufe sowie deren Teilergebnisse aufeinander abgestimmt werden. Durch eine sinnvolle Aufgabenteilung können Koordinationskosten

Abbildung 1–3

### Transaktionskosten und Kosten der medizinischen Leistungserbringung



Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

gesenkt, allerdings nicht vollständig vermieden werden (Zelle 1998). Es gilt, den optimalen Grad der Arbeitsteilung zu finden, der die geringsten Gesamtkosten erzeugt. Die folgende Abbildung veranschaulicht den Verlauf der Kosten der medizinischen Leistungserbringung, der Transaktionskosten und der Gesamtkosten als Summe der beiden erstgenannten.

Wie die Abbildung 1–3 zeigt, sinken die Kosten der medizinischen Leistungserbringung mit zunehmender Arbeitsteilung, während die Transaktionskosten im Gegensatz dazu steigen. Die Gesamtkosten haben deshalb einen U-förmigen Verlauf, d. h. sie fallen zuerst, erreichen ihren Tiefpunkt und steigen anschließend wieder an. Durch die Zentrierung der Versorgung lassen sich die Transaktionskosten aufgrund einer zweckmäßigen Aufgabenverteilung absenken. Dies führt zu einem Absinken der Gesamtkosten und es wird ein neues Optimum O1 erreicht mit einem höheren Grad der Arbeitsteilung.

Horizontale und vertikale Kooperationen bzw. Zentrierungen wirken damit durch Senkung der Transaktionskosten effizienzsteigernd (SVR 2007). Durch die Zentrierung der Versorgung können niedrigere Transaktions- und damit auch niedrigere Gesamtkosten erreicht werden, da aufgrund der ausgeprägten Prozessorientierung die Kooperation und Arbeitsteilung vereinfacht werden.

## 1.3 Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung

In diesem Beitrag unterscheiden wir drei Ebenen der Versorgungszentrierung: Zum ersten in einem einzelnen Krankenhausbetrieb, zum zweiten in einem Krankenhausunternehmen mit mehreren Betrieben und zum dritten (sektorübergreifend) in einer Region. Die Abbildung 1–4 gibt hierzu eine Übersicht.

Bevor die genannten Ausprägungsformen der zentrierten Versorgung konkretisiert werden, stellen wir zunächst die im Hinblick auf die Zentrenbildung relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen dar.

### 1.3.1 Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren mit unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen die Rahmenbedingungen für die Bildung von medizinischen Zentren verändert und deren Gestaltungsoptionen erweitert. Bereits im Jahr 2000 wurde mit der Einführung der integrierten Versorgung (§ 140a ff. SGB V) eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit angestoßen. Das GKV-Modernisierungsgesetz im Jahre 2004 setzte mit der Einführung der Anschubfinanzierung einen finanziellen Anreiz, um die transsektorale Kooperation weiter zu fördern. Eine weitere Perforierung der Sektorgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung macht es notwendig, dass die Krankenhäuser entsprechende organisatorische Voraussetzungen schaffen. Medizinische Zentren sind hier die angemessene Antwort, um die Kooperation zu vereinfachen und nicht nur interne Einrichtungen zu integrieren, sondern auch externe.

Mit dem § 95 SGB V hat der Gesetzgeber Krankenhäusern als medizinischen Leistungserbringern die Möglichkeit gegeben, medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und auf diese Weise an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Ein MVZ am Krankenhaus stellt zum einen eine zusätzliche Erlösmöglichkeit dar und zum anderen dient es dazu, die Patienten ins zugehörige Krankenhaus zu lenken.

Zudem führt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) zu einer Liberalisierung und Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung. Ärzte können nun gleichzeitig am Krankenhaus angestellt sein und im Rahmen einer Teilzulassung an

Abbildung 1–4

#### Ebenen der Versorgungszentrierung



der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese neuen Freiheiten eröffnen Ärzten und Krankenhäusern mehr Möglichkeiten und fördern die sektorübergreifende Zentrenbildung.

Darüber hinaus bietet der § 116b SGB V den Krankenhäusern eine Möglichkeit zur Ausdehnung ihrer Erlöse, indem sie ambulante Behandlungen erbringen. Gerade medizinische Zentren sind prädestiniert dafür, hochspezialisierte Leistungen z. B. auf dem Gebiet der Onkologie zu erbringen und erfüllen damit die Anforderungen des Gesetzgebers für diese Art der ambulanten Leistungserbringung. Je nach vertragsärztlicher Versorgungssituation können medizinische Zentren in einem Krankenhaus eine Konkurrenz für niedergelassene Ärzte darstellen.

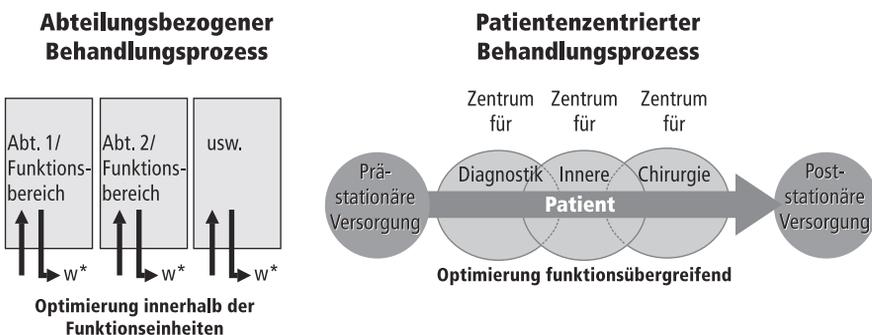
### 1.3.2 Zentrumsbildung in einem Betrieb

Die Bildung von medizinischen Zentren im Rahmen eines Krankenhausbetriebes bündelt die medizinische Kompetenz und überwindet übliche Grenzen zwischen einzelnen Fachabteilungen. Für die Behandlung einer bestimmten Krankheitsgruppe werden sämtliche erforderliche Teilleistungen im medizinischen Zentrum zusammengefasst und koordiniert angeboten. Zuvor eigenständig tätige Fachbereiche und Abteilungen werden zu spezialisierten und interdisziplinären Zentren gebündelt. Die Abbildung 1–5 veranschaulicht die Optimierung des stationären Behandlungsprozesses durch Patientenzentrierung gegenüber einem konventionellen abteilungsbezogenen Behandlungsprozess. Der Vorteil der Patientenzentrierung liegt darin, dass ein effizienterer medizinischer Behandlungsablauf ermöglicht wird und dadurch die Wartezeiten minimiert werden.

Das Ziel einer solchen funktionsübergreifenden Zentrenbildung liegt in der Verbesserung der Versorgung und Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Durch die gemeinsame Nutzung der medizinisch-technischen Infrastruktur können auch in einem einzelnen Betrieb die Kostenstrukturen verbessert werden. Hierzu ist natürlich eine bestimmte Mindestgröße des Krankenhausbetriebes erforderlich, um die interdisziplinäre Arbeit unter der Beteiligung unterschiedlicher Fachrichtungen zu ermög-

Abbildung 1–5

#### Patientenzentrierung in einem Krankenhausbetrieb



lichen. Insbesondere können Universitätsklinika Vorteile realisieren, indem sie durch Bildung von medizinischen Zentren den Prozess der komplizierten und kostenintensiven Eingriffe interdisziplinär (aufgrund der Transaktionskosten) optimieren.

Die Etablierung von medizinischen Kompetenz- und Exzellenzzentren gilt als Versprechen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung auf dem neuesten Stand der Medizin. Durch fakultätsübergreifende Zusammenarbeit in einem Exzellenzzentrum wird dieses Qualitätsversprechen eingelöst. Exzellenzzentren zeichnen sich durch eine leistungsstarke medizinische Forschung aus, die das Eintrittstor für die Einführung von Innovationen in das deutsche Gesundheitssystem darstellt. Dies führt dazu, dass Exzellenzzentren aus Patientensicht besonders attraktiv und deshalb in der Lage sind, hohe Erlöse zu erzielen.

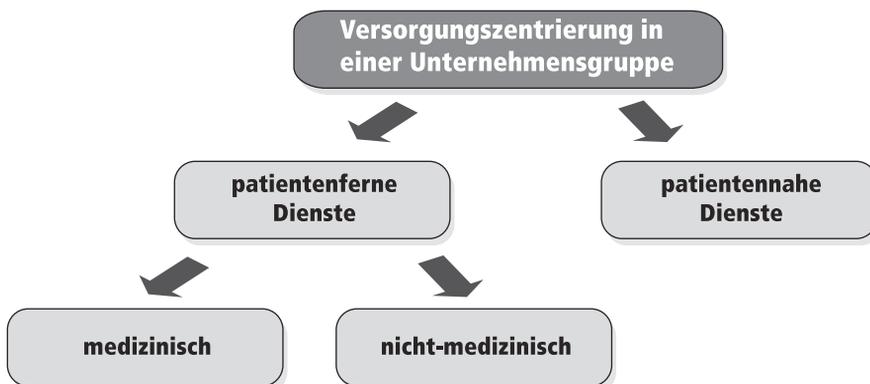
### 1.3.3 Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe

Die Versorgungszentrierung in einer Unternehmensgruppe, die mehrere Krankenhäuser umfasst, ermöglicht eine überbetriebliche Spezialisierung, was eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit und der Behandlungsqualität verspricht (Münch 2006). Durch die horizontale Koordination und Zentrierung der Leistungsprozesse von Krankenhäusern im Verbund können medizinische Zentren beispielsweise gegliedert nach Indikationen oder Organen gebildet werden. Diese Spezialisierung sorgt dafür, dass eine Doppelvorhaltung v. a. von medizinischen Geräten vermieden wird und die Auslastung in den einzelnen Zentren gesteigert werden kann.

Neben der Zentrierung von patientennahen Diensten können in einem Unternehmensverbund auch die patientenfernen Dienste zentriert werden. Wie Abbildung 1–6 zeigt, können letztere zusätzlich nach medizinischen und nicht-medizinischen Diensten unterschieden werden.

Abbildung 1–6

#### Versorgungszentrierung im Unternehmensverbund



### 1.3.4 (Sektorübergreifende) Versorgungszentrierung in einer Region

Die Versorgungszentrierung in einer Region folgt dem „System Zentraler Orte“ nach Christaller (1933) und Lösch (1940). Die Krankenhausplanung in Deutschland basiert noch heute auf den Theorien von Christaller und Lösch. Danach verfügt ein „zentraler Ort“ hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung über einen sogenannten Bedeutungsüberschuss. Zentrale Orte bieten Versorgungsgüter und Dienstleistungen in einem größeren Maße an, als dies für die lokal ansässige Bevölkerung notwendig ist, d. h. die umliegende Region wird mitversorgt.

Idealtypisch bildet sich das Einzugsgebiet kreisförmig um den zentralen Ort aus (Thünen 1826). Von entscheidender Bedeutung für die Größe des Einzugsgebietes ist die „wirtschaftliche Entfernung“, d. h. die Transport- und Zeitkosten, die für die Bevölkerung anfallen. Patienten sind nur bereit, bis zu einer bestimmten physischen und damit wirtschaftlichen Entfernung weiter entfernte Versorgungszentren in Anspruch zu nehmen. Indes gilt für die Versorgungszentren, dass sie ein bestimmtes Einzugsgebiet benötigen, um eine betriebliche Mindestgröße zu erreichen, mit der die Betriebskosten pro Leistungseinheit gedeckt werden können. Die Wirtschaftlichkeit einzelner medizinischer Versorgungszentren hängt damit entscheidend von ihrem Einzugsgebiet ab.

Sinken die Kosten der Erreichbarkeit, erweitert sich das Einzugsgebiet eines Krankenhauses. Sofern Patienten die freie Wahl des Krankenhauses eingeräumt wird, kommt es zu einem regionalen Wettbewerb. Je stärker durch moderne Transportwege die Kosten der Erreichbarkeit sinken, umso mehr Patienten können für ein Krankenhaus gewonnen werden. Um den drohenden Verdrängungswettbewerb aufgrund von überlappenden Versorgungsgebieten zu vermeiden, können sich Krankenhäuser komplementär spezialisieren. Durch diese Zentrierung der Versorgung steigen aber wiederum die Erreichbarkeitskosten für die Bevölkerung, da sie nun weitere Wege in Kauf nehmen muss. Durch die Spezialisierung muss die Versorgung für die Patienten – etwa durch eine verbesserte Behandlungsqualität – attraktiver werden, damit sie die Kosten der längeren Wege nicht scheuen (Neubauer et al. 2007).

Durch die zunehmende Zentrierung der Versorgung wird aber die Grundversorgung in der Fläche bedroht. Wenn die Bevölkerung für ihre medizinische Versorgung bereit ist, weitere Wege in Kauf zu nehmen, können ländliche Krankenhäuser nur noch schwer die betriebswirtschaftlich erforderliche Mindestmenge an Patienten erzielen, da sie zunehmend Patienten an die spezialisierten medizinischen Zentren verlieren. Es sei denn, sie spezialisieren sich selbst und bieten nur noch im Verbund eine Grundversorgung an.

Eine neue Dimension der Zentrierung muss in der Zentralisierung der Patientenversorgung in sektorübergreifenden Gesundheitszentren gesehen werden. Hier geht es in erster Linie darum, die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung zu integrieren. Trotz der vielfältigen Möglichkeiten der Telematik bedeutet eine fachliche Integration aber immer noch ein räumliches Zusammenrücken der Behandlungsorte. Fachärzte der gleichen Fachrichtung schließen sich zusammen, um auf diese Weise die interne Spezialisierung zu intensivieren und die erforderliche diagnostische und therapeutische Ausstattung gemeinsam bereitzustellen und zu nutzen.

## 1.4 Weiterentwicklung

Der zunehmende Kostendruck wird in der Krankenhausversorgung weitere Anpassungsprozesse auslösen. Zum einen werden sich die Krankenhäuser zu größeren Unternehmensgruppen zusammenschließen, zum anderen wird sich aber auch die Spezialisierung und interne Zentrierung als Antwort auf die zunehmende Arbeitsteilung und Wissensvermehrung in der Medizin weiterentwickeln.

Wie wir bereits aufgezeigt haben, sind die Möglichkeiten der Zentrierung in Unternehmensgruppen noch ungleich größer als etwa in einem einzelnen Krankenhaus. Von daher erwarten wir, dass durch die vermehrte Kettenbildung im Krankenhausesektor die Zentrierung der Versorgung sowohl in den Regionen als auch innerhalb der einzelnen Krankenhausgruppen zunehmen wird. Doch auch Krankenhäuser selbst, insbesondere Krankenhäuser der Grundversorgung, stehen vor der Frage, wie sie einerseits ihre Wettbewerbsfähigkeit in der Fläche erhalten und andererseits zu hohe Fallkosten vermeiden können. So wird auch für sie die Zentrierung der Versorgung im Rahmen einer arbeitsteiligen Abstimmung zwischen den einzelnen Krankenhäusern voranschreiten.

Schließlich sehen wir aber auch in der Zentrierung der fachärztlichen Versorgung gerade für Deutschland noch einen gewissen Verbesserungsbedarf. Im Ausland ist die fachärztliche Versorgung in der Regel am oder im Krankenhaus zentriert. Die in Deutschland noch immer vorzufindende doppelte Facharztschiene ist hier ein Hindernis. Freilich muss das nicht bedeuten, dass alle Fachärzte am Krankenhaus angestellt sein müssen. Hier sind viele Formen der Zentrierung der Versorgung möglich. Von Facharztzentren über Belegkrankenhäuser bis hin zu medizinischen Versorgungszentren können die neuen, durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz liberalisierten Arbeitsbedingungen genutzt werden.

Die Option, dass ein Arzt im Krankenhaus angestellt ist und gleichzeitig mit einer Teilzulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, eröffnet sowohl Krankenhäusern als auch niedergelassenen Mediziner neue Chancen. Durch die Angliederung eines medizinischen Versorgungszentrums an ein Krankenhaus kann eine einheitliche ambulante sowie stationäre Versorgung der Patienten gewährleistet werden. Ein Patient kann kontinuierlich von dem selben Arzt behandelt werden oder zumindest bereits frühzeitig mit dem behandelnden Krankenhausarzt in Kontakt treten. Insbesondere können durch die Zentrierung der ambulanten und stationären Versorgung an einem Ort Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Auch die Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bietet neue Möglichkeiten zur Zentrierung der fachärztlichen Versorgung. Ein MVZ am Krankenhaus kann als Hauptbetriebsstätte einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft beispielsweise als Bestandteil eines auf Onkologie spezialisierten Zentrums fungieren. Vertragsärzte können weiterhin überwiegend in ihrer Praxis tätig sein und zusätzlich im fachübergreifenden Versorgungszentrum. Dies eröffnet für alle Beteiligten, d.h. Krankenhaus, niedergelassene Ärzte und Patienten Vorteile und Synergiepotenziale.

Insgesamt kann durch die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes die Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung verstärkt werden. Allerdings gilt es zu bedenken, dass bereits vor Einführung des VÄndG durch das Belegarztwesen und Ermächtigungen für Krankenhausärzte eine Verzahnung der fach-

ärztlichen Versorgung möglich war. Zumindest dürften die neuen Regelungen aber einen stärkeren Wettbewerb und damit Anpassungsprozesse auslösen, die zukünftig wiederum die Zentrierung der Versorgung forcieren dürften.

## 1.5 Europäische Perspektive

Ein zusammenwachsender europäischer Raum wird an den vielen Grenzen der europäischen Mitgliedsstaaten eine transnationale Zentrierung der Krankenhausversorgung nicht nur zulassen, sondern sogar unterstützen (Neubauer und Schallermaier 2006). Schon heute gibt es im Bereich der Hochleistungsmedizin bestimmte Zentrierungstendenzen. Hier sei etwa an das europäische Transplantationszentrum erinnert.

Gerade kleinere europäische Mitgliedsstaaten müssen sich überlegen, wie weit sie vor dem Hintergrund der Entwicklung der Medizin den Anspruch erfüllen wollen, alle Möglichkeiten der medizinischen Versorgung im eigenen Land anzubieten, oder ob sie sich nicht besser im Rahmen einer Arbeitsteilung und Spezialisierung mit den Nachbarstaaten entsprechend abstimmen. Für die großen europäischen Mitgliedsstaaten ist diese Frage aber ebenfalls nicht von vornherein abzulehnen – auch sie sollten sich insbesondere im Bereich der Forschung und Entwicklung zu Zentren hinbewegen.

Die Bildung von Kompetenzzentren, die für besondere Entwicklungen stehen, kann durchaus im europäischen Rahmen ablaufen. Hier eröffnet sich in der nahen Zukunft gerade für die Europäische Kommission im Rahmen ihrer Initiative zur Koordination der Gesundheitspolitik ein reichhaltiges Feld. Freilich muss Koordination heißen, durch finanzielle Unterstützung und durch Information Abläufe aufeinander abzustimmen und nicht zentral anzuordnen.

## 1.6 Literatur

- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346: 1128–37.
- Christaller W. Die zentralen Orte in Süddeutschland: eine ökonomisch-geographische Untersuchung über die Gesetzmäßigkeit der Verbreitung und Entwicklung der Siedlungen mit städtischen Funktionen. Jena: Fischer 1933.
- Heller G. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen in Deutschland? In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz*. Stuttgart: Schattauer 2005: 213–32.
- Lösch A. Die räumliche Ordnung der Wirtschaft. Eine Untersuchung über Standort, Wirtschaftsgebiete und internationalen Handel. Jena: Fischer 1940.
- Münch E. Vom Krankenhaus zum Versorgungs- und Service-Stützpunkt in der Flächenversorgung. In: Rebscher H (Hrsg.). *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Heidelberg: Economica 2006: 769–82.
- Neubauer AS, Neubauer S. Macht Übung den Meister? Deutschland erfindet das Mindestmengen-Rad. *krankenhaus umschau* 10/2005: 838-840.

- Neubauer G, Schallermaier C. Europäische Integration als Herausforderung an die Wirtschaft. In: Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Ausgewählte Beiträge von Günter Neubauer. München: Eigenverlag. 2006.
- Neubauer G, Beivers A, Minartz C. Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart: Schattauer 2007: 65–85.
- Picot A, Diel H, Franck E. Organisation: Eine ökonomische Perspektive. 3. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 2002.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- Thünen JH von. Der isolierte Staat in Beziehung auf Landwirtschaft und Nationalökonomie. Hamburg: Friedrich-Perthes Verlag 1826.
- Vickers AJ, Bianco FJ, Serio AM, Eastham JA, Schrag D, Klein EA, Reuther AM, Kattan MW, Pontes JE, Scardino PT. The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy. In: JNCI Journal of the National Cancer Institute 2007; 99(15):1171–7.
- Zelle B. Kooperationen von Krankenhäusern im Bereich der Patientenversorgung. Bayreuth: P.C.O. 1998.