



Studienreihe „Regionale Gesundheitsversorgung“

Teil I: Bayern

Zwischen Investition und Schließung –
welche Krankenhäuser braucht der Freistaat?

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
Überblick Versorgungssituation international, Deutschland und Bayern	3
Demografie und Bevölkerungsdichte innerhalb Bayerns	4
Übersicht Krankenhäuser Bayern	6
Bettendichte	8
Fahrzeiten und Erreichbarkeiten	10
Personalentwicklung in bayerischen Krankenhäusern	11
Wirtschaftliche Eckdaten Kliniken	13
Insights: drei archetypische Regionen	15
Fazit und Empfehlungen	16
Ihre Ansprechpartner	18

Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft hat eine hohe volkswirtschaftliche Relevanz. Mit rd. 11 Prozent am BIP trägt sie wesentlich zur Wertschöpfung in Deutschland bei, nicht zuletzt in ihrer Rolle als bedeutsamer Beschäftigungsmotor. So arbeiten insgesamt ca. 7 Mio. Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft. Dabei sind die Krankenhäuser mit einem Anteil von 25 Prozent an den Gesamtausgaben der wesentliche Faktor.

Bedingt durch den Strukturwandel gerade in den Flächenländern, demografische Entwicklungen und immense Investitionsbedarfe stehen die Krankenhäuser aktuell im besonderen Fokus der Öffentlichkeit. Zentrale Vorgaben aus Berlin, insbesondere seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses, sollen Veränderungsprozesse in den vermeintlich überholten Krankenhausstrukturen der Bundesländer bewirken. Als Beispiele seien hier folgende Themen genannt: Mindestmengen, Zentrenbildung, Pflegepersonaluntergrenzen, qualitätsorientierte Krankenhausplanung, sektorübergreifende Versorgungsformen, Notfallstrukturen, Qualitätssicherung, Bedarfsplanung.

Diese Fragestellungen sind sicher von hoher Bedeutung, haben sie doch unmittelbaren Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungssituation in Deutschland. Im Ergebnis fokussieren sie sämtlich auf den zentralen Diskussionspunkt, wie viele und welche Krankenhäuser für die Versorgung der Bevölkerung benötigt werden.

Im Rahmen der Deloitte-Studienreihe „Regionale Gesundheitsversorgung“ sollen die individuellen, regionalen Gegebenheiten der einzelnen Bundesländer betrachtet und Diskussionsansätze für eine bessere Krankenhausversorgung geliefert werden.

In Teil 1 der Reihe widmen wir uns der Gesundheits- und Krankenhausversorgung im Freistaat Bayern. Auch dort wird im Spannungsfeld zwischen Qualität, Ökonomie und flächendeckender Versorgung aktuell sehr intensiv darüber diskutiert, welche und wie viele Krankenhäuser der Freistaat benötigt. Der interessierten Öffentlichkeit, den politisch Verantwortlichen, den Krankenhausmanagern sowie den Angehörigen und Vertretern der medizinischen Berufe ist klar, dass es Veränderungen geben muss. Wie diese genau aussehen sollen, darüber konnte bisher noch kein Konsens gefunden werden. Mithilfe dieser Studie wollen wir einen Beitrag zur Objektivierung der aktuellen Diskussion leisten.

Überblick Versorgungssituation international, Deutschland und Bayern

In der aktuellen Diskussion zur zukünftigen Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung werden immer häufiger internationale oder auch innerdeutsche Vergleiche angestellt. Insbesondere der in Dänemark angestoßene Transformationsprozess der Krankenhauslandschaft mit dem Bau sogenannter „Supra-Krankenhäuser“ wird vielfach als neuer „Goldstandard“ gesehen. Über die Anwendung derartiger Erkenntnisse auf nationale oder regionale Gegebenheiten liegen jedoch kontroverse Meinungen vor.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über einzelne Kennzahlen der Gesundheitsversorgung in ausgewählten Ländern, Deutschland und Bayern. Man sieht, dass im gesamtdeutschen Vergleich die Bevölkerungsdichte in Bayern deutlich unter der im übrigen Land liegt, im internationalen Vergleich allerdings – mit Ausnahme von England – deutlich über Ländern wie den USA oder Kanada. Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung ist deutschlandweit ein Negativtrend mit -1,7 Prozent zu

erkennen, welcher sich im Bundesland Bayern gegenwärtig mit +3,9 Prozent (noch) nicht widerspiegelt. Im internationalen Vergleich wird der gesamtdeutsche Bevölkerungsrückgang, bspw. verglichen mit Ländern wie Kanada (+12,4%) oder auch England (+8,3%), noch deutlicher. Damit einhergehend liegt das gesamtdeutsche Durchschnittsalter mit 46 Jahren über dem der Vergleichsländer.

Die Gesundheitsausgaben in Bayern betragen pro Kopf 4.024 EUR und waren im Vergleich zur gesamtdeutschen Situation (4.131 EUR) etwas niedriger, allerdings nicht signifikant. Im Gegensatz dazu sind die Ausgaben pro Kopf bspw. in England mit 3.206 EUR erheblich geringer. Mit 8.850 EUR pro Kopf sind die USA hier Spitzenreiter. Auch in Dänemark, welches momentan als ein Leitmodell für die Krankenhausversorgung der Zukunft auch in Deutschland diskutiert wird, sind die Gesundheitsausgaben mit fast 5.000 EUR

pro Kopf deutlich höher als in Deutschland und Bayern.

Zu erkennen ist ebenfalls, dass, wiederum mit Ausnahme der USA, wo die Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP deutlich höher liegen, die bayerischen und gesamtdeutschen Ausgaben vergleichbar mit internationalen Aufwendungen sind.

Die Krankenhausfälle in Deutschland und Bayern befinden sich mit 25 bzw. 23 Fällen auf 100 Einwohner generell oberhalb der Fälle der Vergleichsländer. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang jedoch auch die überdurchschnittliche Anzahl an Krankenhausbetten sowie die Anzahl der Ärzte pro Einwohner. Bezüglich dieser Kennzahlen liegen Deutschland und Bayern deutlich vorn. Für eine erste Einordnung in den internationalen Kontext soll dieser Vergleich zunächst ausreichen, im Folgenden richten wir den Blick auf die regionale und konkrete Versorgungssituation in Bayern.

Tabelle 1 – Überblick Kennzahlen Bayern, Deutschland und international

	Deutschland	Bayern	England	USA	Kanada	Finnland	Dänemark
Bevölkerung	80.689.000	12.900.000	54.780.000	321.774.000	35.851.774	5.482.013	5.676.002
Bevölkerungsdichte: EW/km ²	229	184	269	35	4	18	134
Bevölkerungsentwicklung (bis 2030)	-1,7%	3,9%	8,3%	10,6%	12,4%	3,7%	5,9%
Durchschnittsalter	46	46	40	42	41	43	42
Gesundheitsausgaben in EUR	314,9 Mrd.	51 Mrd.	108,7 Mrd.	2,65 Bio.	133,9 Mrd.	20 Mrd.	28,2 Mrd.
pro Kopf in EUR	4.131	4.024	3.206	8.850	3.915	3.651	4.997
als Anteil am BIP	11%	10%	10%	18%	10%	10%	11%
Krankenhausfälle/100 EW	25	23	13	11	8	17	15
Krankenhäuser	1.956	372	400	5.627	1.461	258	40
Krankenhausbetten/10.000 EW (inkl. Psy.)	62	58	27	29	27	49	31
Mittlere VWD in Tagen	7,4	7,2	7,0	4,8	7,6	10,8	4,3
Ärzte/10.000 EW	41	45	28	26	26	30	36

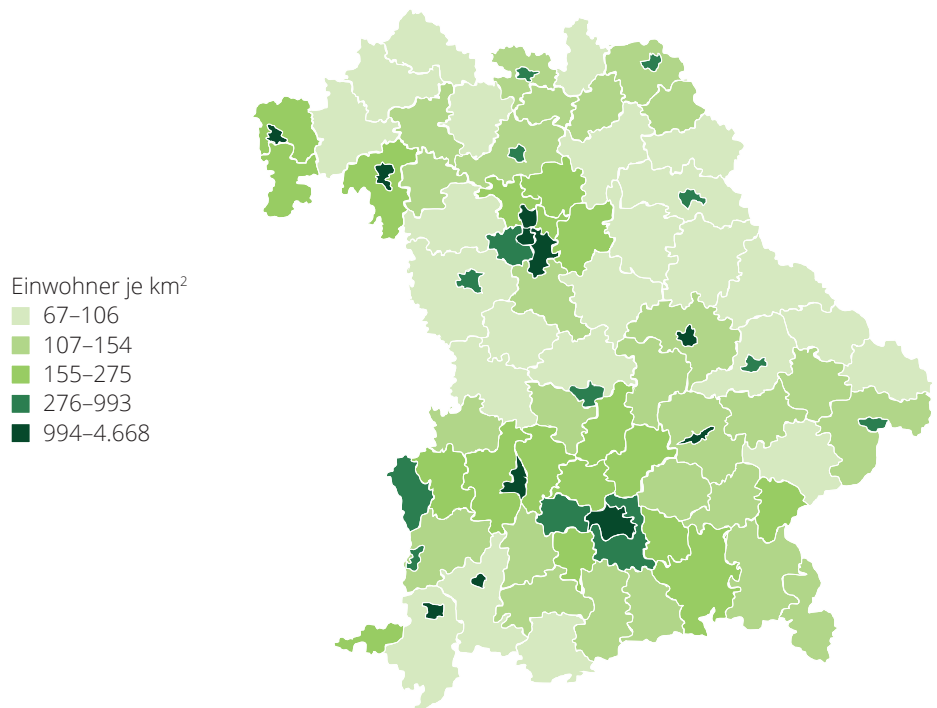
Demografie und Bevölkerungsdichte innerhalb Bayerns

Nach der Einordnung der bayerischen Versorgungssituation in den internationalen Kontext werfen wir nun einen intensiveren Blick auf die innerbayerischen Verhältnisse zu Bevölkerung und Krankenhausversorgung. Grundsätzlich ist zu sagen, dass Bayern das Bundesland mit den meisten ländlichen Landkreisen ist. Dennoch sind die Unterschiede auch innerhalb Bayerns augenfällig.

Die nebenstehende Darstellung der Bevölkerungsdichte zeigt anschaulich die Unterschiede innerhalb von Bayern. Ungefähr ein Drittel der Landkreise ist mit einer Bevölkerungsdichte zwischen 67 und 106 Einwohnern je km² so dünn besiedelt, dass dort lokalisierte Krankenhäuser jeweils auf ein (sehr) begrenztes Patientenpotenzial treffen, was insbesondere mit Blick auf mögliche Spezialisierungen – und die damit verbundene Erfüllung von Mindestmengen – in diesen Kliniken zu beachten ist. Zu nennen sind hier vor allem die Oberpfalz, Teile von Unter- und Mittelfranken sowie das südliche Schwaben.

Andererseits sind neun besonders bevölkerungsreiche Zentren erkennbar, um die herum sich dichter besiedelte „Speckgürtel“ bis hin zu Metropolregionen gebildet haben (z.B. München, Augsburg oder die Region Erlangen, Fürth, Nürnberg, Schwabach). Hier sind Spezialisierungen, aber auch Kooperationen und Zusammenschlüsse zwischen Krankenhäusern wegen der hohen Bevölkerungsdichte und der größeren Anzahl von Kliniken deutlich leichter zu realisieren.

Abb. 1 – Bevölkerungsdichte Bayern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Gemeindeverzeichnis, Gebietsstand 2015, Aktualisierung 2017; Darstellung: Deloitte.

Die bevölkerungsreichsten wie die bevölkerungsärmsten Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns sind den nachstehenden Tabellen zu entnehmen. Ebenfalls dargestellt sind Prognosen für die Einwohnerentwicklungen der Landkreise mit den

stärksten Zuwächsen und Verlusten bis 2036.

Es ist zu erkennen, dass die künftige Bevölkerungsentwicklung die bestehenden Unterschiede zementiert bzw. an

vielen Stellen sogar verschärft. Das führt zu großen Herausforderungen für die bayerische Krankenhausplanung, wenn das Ziel auch weiterhin eine vergleichbare stationäre Versorgungsqualität in der Stadt wie in der Fläche sein soll.

Tabelle 2 – Top 5 der bevölkerungsreichsten wie der bevölkerungsärmsten Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns

Top	Landkreis nach Bevölkerung	Einwohnerzahl	Einwohner/km ²	Top	Kreisfreie Städte nach Bevölkerung	Einwohnerzahl	Einwohner/km ²
1	München	340.003	511,9	1	München, Landeshauptstadt	1.450.381	4.668,1
2	Rosenheim	256.074	177,9	2	Nürnberg	509.975	2.736,2
3	Augsburg	245.600	229,3	3	Augsburg	286.374	1.950,0
4	Fürstenfeldbruck	213.481	491,0	4	Regensburg	145.465	1.802,5
5	Regensburg	189.390	136,1	5	Ingolstadt	132.438	993,0
...
67	Tirschenreuth	73.314	67,6	21	Weiden i.d.Opf.	42.055	596,1
68	Wunsiedel im Fichtelgebirge	73.185	120,7	22	Amberg	41.861	834,9
69	Kulmbach	72.468	110,1	23	Coburg	41.257	854,4
70	Kronach	67.916	104,2	24	Ansbach	41.159	412,0
71	Lichtenfels	66.655	128,2	25	Schwabach	40.428	990,4

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

Tabelle 3 – Prognosen der Einwohnerentwicklungen für die Landkreise mit den stärksten Zuwächsen und Verlusten bis 2036

Top	Landkreis	Einwohnerprognose	Top	Kreisfreie Städte	Einwohnerprognose
1	Dachau	16%	1	Landshut	13%
2	Ebersberg	14%	2	München, Landeshauptstadt	12%
3	Erding	13%	3	Regensburg	9%
4	München	13%	4	Fürth	8%
5	Fürstenfeldbruck	12%	5	Augsburg	8%
...
67	Tirschenreuth	-11%	21	KWeiden i.d.Opf.	-6%
68	Kulmbach	-11%	22	Bayreuth	-6%
69	Hof	-13%	23	Schweinfurt	-7%
70	Kronach	-14%	24	Coburg	-7%
71	Wunsiedel im Fichtelgebirge	-15%	25	Hof	-10%

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017

Übersicht Krankenhäuser Bayern

Der ergänzende Blick auf die bayerischen Kliniken stellt den Zusammenhang zwischen zu versorgender Bevölkerung und den vorhandenen Leistungserbringern her.

Die Entwicklung seit dem Jahr 2007 zeigt einen Rückgang der Krankenhausedichte insgesamt in Bayern, wobei dieser sich im Speziellen auf Krankenhäuser mit öffentlicher bzw. frei-gemeinnütziger Trägerschaft beschränkt. Im Gegenzug gab es eine Zunahme an Krankenhäusern in privater Trägerschaft, wenn auch nicht proportional, sodass diese den Negativtrend nicht auffangen konnte.

Zu bemerken ist, dass die Abnahme an Krankenhäusern mit öffentlicher oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft vermutlich einhergeht mit Fusionen (und Verschmelzungen der IK-Nummern). Dies zeigt sich in der Krankenhausstatistik als Rückgang der Einrichtungen, geht jedoch einher mit Effizienzsteigerungen, einer kompakteren Versorgung sowie der breiteren Vernetzung. Insofern kann nicht pauschal von einer Verschlechterung der Situation in der Krankenhauslandschaft ausgegangen werden. Vielmehr bedarf die veränderte Versorgungssituation einer differenzierteren Betrachtung.

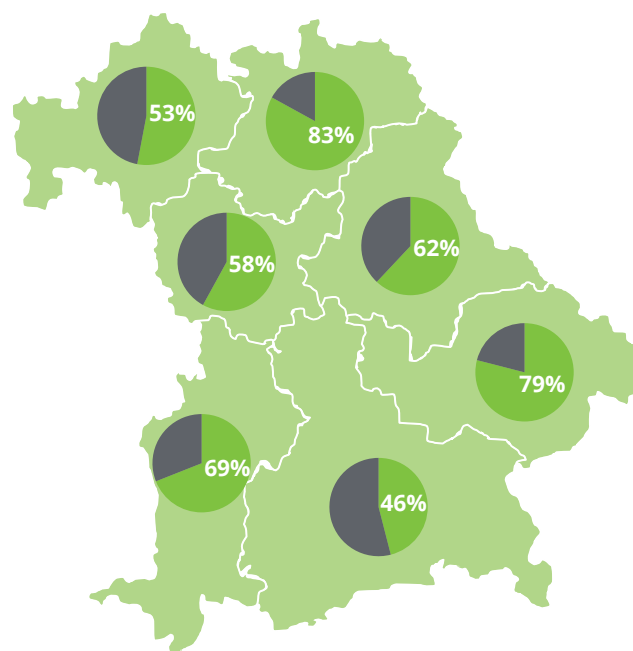
Bricht man diese Entwicklung auf die Regionen herunter und rückt die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft in den Mittelpunkt (Bayern ist das Bundesland mit den meisten kommunalen Krankenhäusern), so ist zu erkennen, dass der Anteil öffentlicher Krankenhäuser in den Regierungsbezirken Oberfranken sowie Niederbayern mit 83 bzw. 79 Prozent im innerbayerischen Vergleich am höchsten ist. In Schwaben, der Oberpfalz und Mittelfranken liegt er mit 69, 62 und 58

Tabelle 4 – Entwicklung Krankenhäuser in Bayern 2007 bis 2017 nach Trägerschaft

Stichtag	Allgemeine Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser mit öffentl. Trägern	Allgemeine Krankenhäuser mit frei-gemeinnützigen Trägern	Allgemeine Krankenhäuser mit privaten Trägern
31.12.2007	325	175	45	105
31.12.2008	327	171	44	112
31.12.2009	327	169	45	113
31.12.2010	323	161	43	119
31.12.2011	319	156	42	121
31.12.2012	315	149	41	125
31.12.2013	307	141	44	122
31.12.2014	302	137	44	121
31.12.2015	298	135	43	120
31.12.2016	291	132	41	118
31.12.2017	286	126	39	121
Diff.absolut	-39	-49	-6	16
Diff.prozentual	-12%	-28%	-13%	15%

Quelle: Landesamt für Statistik Bayern | www.statistik.bayern.de

Abb. 2 – Anteil öffentlicher Krankenhäuser je Regierungsbezirk



Quelle: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, 42. Fortschreibung (01.01.2017); Darstellung: Deloitte, ohne Universitätskliniken, Psychiatrien, Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie tagesklinische Versorgungsangebote.

Prozent meist deutlich über der Hälfte der jeweiligen Einrichtungen, wohingegen in Unterfranken und Oberbayern mit 53 und 46 Prozent ein im Vergleich merklich niedrigerer Anteil öffentlicher Häuser zu verzeichnen ist.

Von 215 öffentlichen Krankenhäusern in Bayern sind 166 somatische Häuser. Öffentliche Krankenhäuser betreiben im Durchschnitt 1,9 Kliniken. Neben der reinen Anzahl der Häuser nach Trägerschaft ist die Differenzierung der Kliniken nach Größenklassen interessant.

In nachstehender Tabelle wird der Trend der Fusionierung bzw. des Ausbaus von Krankenhäusern Richtung größerer

Gesundheitszentren deutlich. Während die Abnahme kleinerer und mittlerer Häuser mit unter 200 Betten bzw. 200 bis 500 Betten auffallend ist, gibt es im Bereich mit über 500 Betten mit 28 Prozent einen merklichen Anstieg. Auch hier sind mögliche Fusionseffekte mit Verschmelzungen der IK-Nummern als ursächlich zu vermuten, da diese Entwicklung sich wiederum nicht proportional zum generellen Rückgang der allgemeinen Krankenhäuser darstellt. Ob die nächsten zehn Jahre statistisch ähnlich verlaufen und ein weiterer Rückgang der kleineren Krankenhäuser zu verzeichnen ist, hängt in hohem Maße von den Weichenstellungen der kommenden Strukturplanung ab.

Tabelle 5 – Entwicklung Krankenhäuser in Bayern 2007 bis 2017 nach Größe

Stichtag	Allgemeine Krankenhäuser gesamt	Allgemeine Krankenhäuser mit unter 200 Betten	Allgemeine Krankenhäuser mit 200 bis unter 500 Betten	Allgemeine Krankenhäuser mit 500 und mehr Betten
31.12.2007	325	219	77	29
31.12.2008	327	224	75	28
31.12.2009	327	222	76	29
31.12.2010	323	219	74	30
31.12.2011	319	216	72	31
31.12.2012	315	214	72	29
31.12.2013	307	204	73	30
31.12.2014	302	199	73	30
31.12.2015	298	196	70	32
31.12.2016	291	189	69	33
31.12.2017	286	185	64	37
Differenz absolut	-39	-34	-13	8
Differenz prozentual	-12%	-16%	-17%	28%

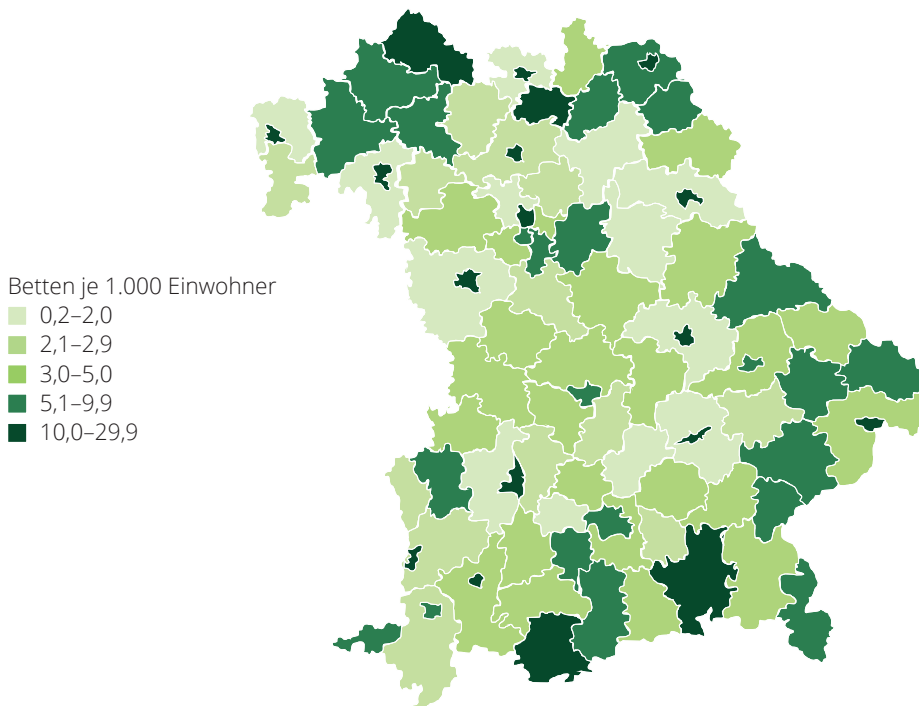
Quelle: Landesamt für Statistik Bayern | www.statistik.bayern.de

Bettendichte

Ähnlich heterogen wie die oben aufgezeigte Bevölkerungsdichte innerhalb Bayerns stellt sich auch die Dichte der stationären Krankenhausbetten bezogen auf die Einwohner dar. Hier ergibt sich erstaunlicherweise keine völlig eindeutige Korrelation zwischen der Einwohnerdichte und den für die Menschen vorgehaltenen Klinikbetten. Eine Ausnahme bilden diesbezüglich die großen und größeren Städte in Bayern.

Der Vergleich von Betten- und Einwohnerdichte in den dünner und sehr dünn besiedelten Kreisen ist möglicherweise ein Hinweis auf den noch nicht vollends abgeschlossenen Konsolidierungsprozess innerhalb der bayerischen Krankenhauslandschaft.

Abb. 3 – Bettendichte in Bayern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Gemeindeverzeichnis, Gebietsstand 2015, Aktualisierung 2017; Darstellung: Deloitte.

Die Darstellung der Landkreise bzw. kreisfreien Städte mit den jeweils fünf höchsten bzw. niedrigsten Bettendichten unterstreicht die sehr großen regionalen Unterschiede in der Versorgung Bayerns. Allerdings wird hierbei nur unzureichend die Wechselbeziehung zwischen den räumlichen Einheiten berücksichtigt. Die stationäre Versorgung endet naturgemäß

nicht an den Kreis- oder Stadtgrenzen. An der spiegelbildlichen Beziehung zwischen den mit hoher Bettendichte versehenen, kreisfreien Städten Ansbach, Erlangen und Würzburg wird dies besonders deutlich. Dem gegenüber stehen die vermeintlich „schlecht“ versorgten, die Städte jeweils umgebenden Landkreise. Hier ist sicher eine gemeinsame Betrachtung sinnvoll.

Tabelle 6 – Landkreise bzw. kreisfreie Städte mit den jeweils fünf höchsten bzw. niedrigsten Bettendichten

Landkreis nach Bevölkerung	Bettendichte/ 1.000 Einwohner	Kreisfreie Städte nach Bevölkerung	Bettendichte/ 1.000 Einwohner
Garmisch-Partenkirchen	15,0	Ansbach	29,9
Rhön-Grabfeld	13,8	Erlangen	20,3
Lichtenfels	11,3	Regensburg	19,3
Rosenheim	10,8	Bayreuth	19,0
Starnberg	9,8	Würzburg	18,8
...
Coburg	1,1	Ingolstadt	9,7
Erlangen-Höchstadt	0,9	Straubing	9,4
Ansbach	0,8	Kempten	9,0
Würzburg	0,8	Nürnberg	6,9
Aschaffenburg	0,2	Schwabach	4,2

Quelle: Landesamt für Statistik Bayern | www.statistik.bayern.de

Fahrzeiten und Erreichbarkeiten

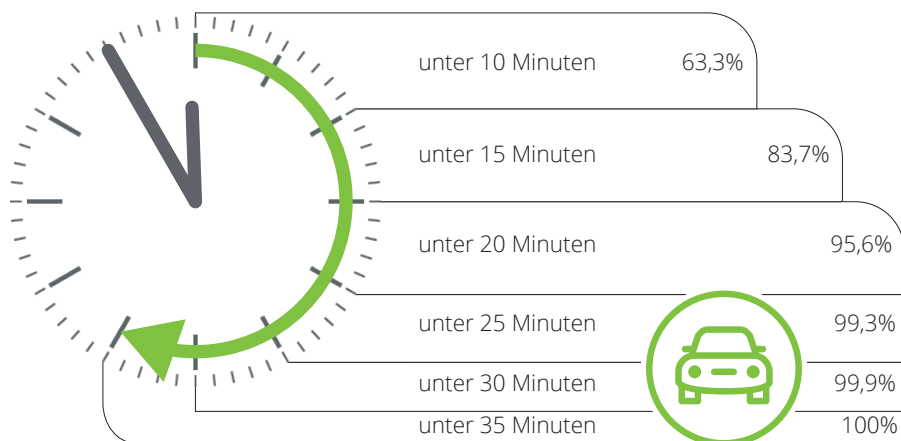
Eine wiederum andere Perspektive auf Bevölkerung, Bettendichte und Krankenhausstandorte liefert eine Analyse der Fahrzeiten der Bevölkerung hin zu den Kliniken. Hier ist für Bayern insgesamt und im Durchschnitt eine weitgehend gute Abdeckung zu erkennen – zumindest mit Grundversorgungsleistungen:

Über 99 Prozent der Bevölkerung sind in der Lage, ein Krankenhaus der Grundversorgungsstufe innerhalb von 25 PKW-

Minuten zu erreichen. Zu beachten ist, dass dies lediglich Durchschnittswerte sind. Je nach konkreter Region und zu erbringender medizinischer Leistung und deren Spezialisierungsgrad sind jedoch deutlich weitere Wege zu den jeweiligen Kliniken zu unterstellen. Der Schluss einer generellen Überversorgung erscheint daher als nicht zutreffend – hier bedarf es einer jeweils kleinräumigen Analyse der regionalen Situation.

Abb. 4 – Erreichbarkeit/Fahrzeiten

Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung, Anteil der Bevölkerung Bayerns



Quelle: BBSR: Erreichbarkeit von Krankenhäusern – Gemeinden
https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/krankenhaus_erreichbarkeit.html

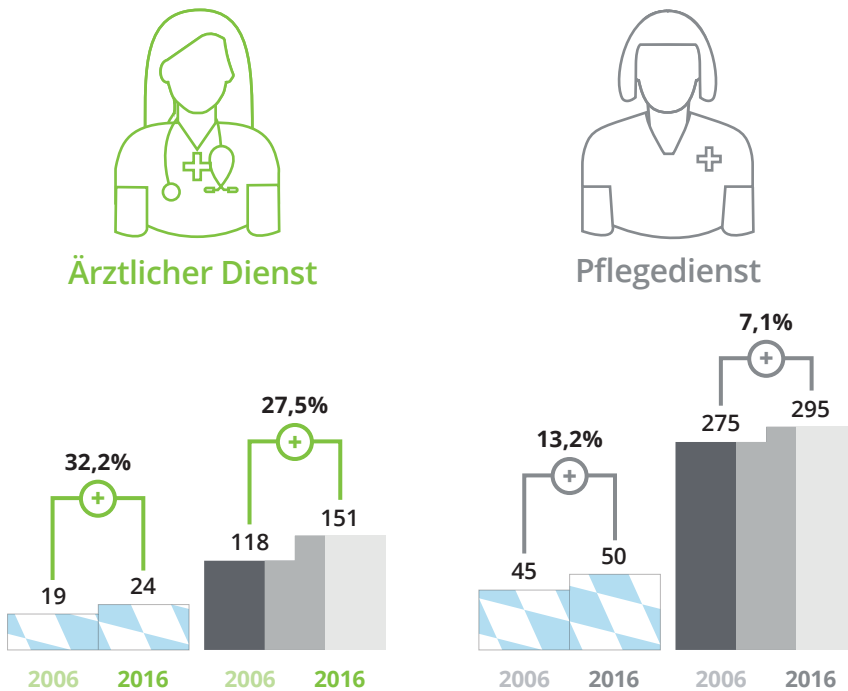
Personalentwicklung in bayerischen Krankenhäusern

Wichtigste Erfolgsfaktoren und Ressource in den Krankenhäusern sind die Beschäftigten. Hier sind es vor allem die Ärzte und Pflegekräfte, welche die medizinische Leistungserbringung „stemmen“ und den überwiegenden Anteil des Personals stellen.

Während das Personal im Ärztlichen Dienst zwischen 2006 und 2016 bayern-

wie bundesweit in einem ähnlichen Maße (+ rd. 30%) aufgestockt wurde, verlief der Personalaufbau in der Pflege im Vergleich zum Ärztlichen Dienst deutlich langsamer. Eine bemerkenswerte Besonderheit für Bayern ist dabei, dass der Anstieg der Kräfte im Pflegedienst im Betrachtungszeitraum jedoch annähernd doppelt so hoch ausfiel wie im Bundesvergleich.

Abb. 5 – Personalentwicklung Ärzte und Pflege in bayerischen Krankenhäusern
(in Tausend Vollkräften/VK)

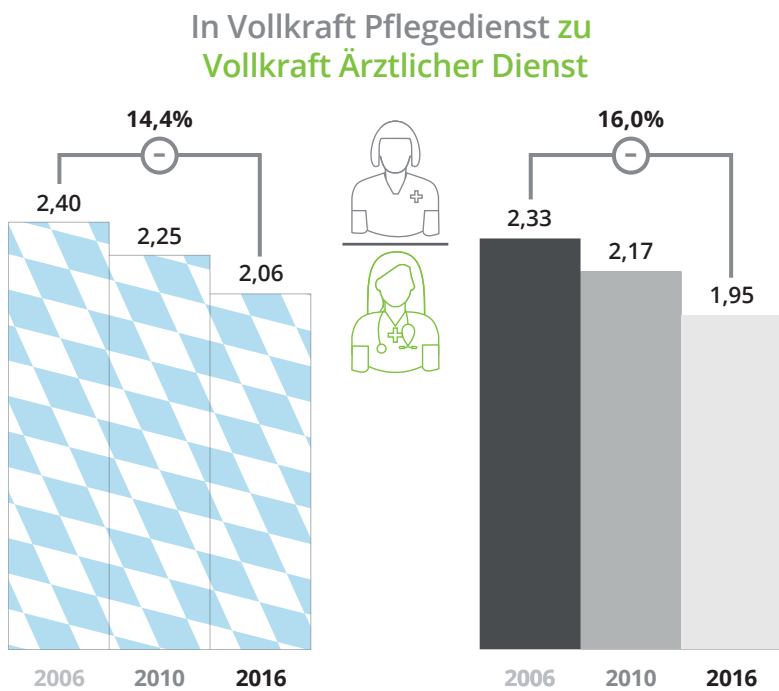


Quelle: Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt

Deutlich wird diese in Bayern besondere Entwicklung auch am Verhältnis der Beschäftigten im Pflegedienst zu den Ärzten. Zwar ist auch in Bayern ein Rückgang der Pflegekräfte im Verhältnis zu Ärzten von 2006 nach 2016 erkennbar, dieser Rückgang fällt aber deutlich geringer aus als in Gesamtdeutschland.

Die Patienten in bayerischen Krankenhäusern erscheinen pflegerisch besser versorgt als im Rest der Republik – zumindest gemessen an der Personalintensität im Pflegedienst. Wie diese Beobachtungen zu den aktuellen Untergrenzen und den Qualifikationsniveaus gemäß den Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses passen, bedarf einer weiteren Detailanalyse.

Abb. 6 – Entwicklung Verhältnis Ärzte und Pflege in bayerischen Krankenhäusern



Quelle: Krankenhausstatistik – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt

Wirtschaftliche Eckdaten Kliniken

Ergänzend liefert ein Blick in ausgewählte Wirtschaftlichkeitsdaten weitere Informationen zur Situation der bayerischen Krankenhäuser. Im Zentrum der aktuellen Debatten steht hierbei ein möglicher Zusammenhang zwischen Größe des Krankenhauses und dessen Wirtschaftlichkeit.

Im Rahmen unserer Studie haben wir die Abschlussdaten von 90 Krankenhäusern aus den Jahren 2015/2016 ausgewertet und entsprechende Subcluster zu Regionen/Größe etc. gebildet. Die Informationen entstammen den beim Bundesanzeiger veröffentlichten Jahresabschlüssen von 56 Gesellschaften (hierbei handelt es sich um die aktuellsten, öffentlich verfügbaren Informationen; n = insgesamt 112 Datensätze). In Einzelfällen erfolgte eine Ergänzung durch Informationen der Häuser aus vorliegenden Geschäftsberichten.

Wir haben eine Einteilung der Kliniken anhand der Planbettenanzahlen in folgende Cluster vorgenommen:

- Klein: bis einschließlich 150 Betten
- Mittel: 151 bis einschließlich 450 Betten
- Groß: ab 451 Betten

Bei den kleinen und mittleren Kliniken zeigt sich jeweils ein recht ähnlicher mittlerer Fallschweregrad/CMI (0,925–0,928), der verglichen mit den großen Häusern niedriger ausfällt. Neben einer geringeren Spezialisierung innerhalb des Leistungsspektrums wird hierfür insbesondere die tendenziell niedrigere Versorgungsstufe der Häuser ausschlaggebend sein.

Allerdings scheinen sich gerade die kleinen Häuser hinsichtlich der Personaleinsatzeffizienz auf die geringeren Fallschweren – und damit ein geringeres Vergütungsniveau pro Fall – eingestellt zu haben, denn der Umsatz pro Vollkraft (VK) und über alle Dienstarten ist der Höchste in unserer Stichprobe (93 TEUR/VK).

Tabelle 7 – Wirtschaftliche Kennzahlen bayerischer Krankenhäuser

Parameter (Geschäftsjahr2016)	Alle KH	Klein	Mittel	Groß
CMI	1,035	0,925	0,929	1,100
Umsatz/Vollkraft in TEUR	88	93	85	88
Umsatz/Vollkraft Ärztlicher Dienst in TEUR	541	675	541	534
Umsatz/Vollkraft Pflegedienst in TEUR	246	245	218	254
EBITDA-Marge	2,0%	2,1%	2,6%	1,9%
Personalaufwandsquote	67,6%	60,4%	65,8%	68,4%
Materialaufwandsquote	29,0%	33,1%	28,8%	29,3%
Eigenkapitalquote	22,7%	15,5%	25,7%	23,3%
Verbindlichkeitenquote	13,2%	27,8%	10,7%	12,8%
Verbindlichkeitenquote ggü. Gesellschafter	4,7%	8,6%	1,6%	5,5%
Anlagenabnutzungsgrad	60,0%	47,9%	55,0%	63,9%
Investitionsquote	12,7%	24,2%	11,1%	13,0%

Quelle: Bundesanzeiger, Deloitte Recherche

Die Unterschiede in der operativen Profitabilität sind innerhalb der Stichprobe zwischen den drei Größenklassen entsprechend gering. Die EBITDA-Margen liegen zwischen 1,9 (große Häuser) und 2,6 Prozent (mittlere Häuser), bei nur geringem Abstand zwischen großen und kleinen Häusern (2,1%). Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Größe des Krankenhauses und operativer Ertragskraft ist hieraus demzufolge nicht direkt ableitbar. Auch die Regionalität im Sinne von ländlicher und urbaner Klinik scheint kein Indikator für die Wirtschaftlichkeit zu sein. So ist die operative Profitabilität bei ländlichen Krankenhäusern aus unserer Stichprobe sogar besser als bei urbanen Häusern. Eins ist jedoch allen bayerischen Krankenhäusern gemein: auch wenn diese noch verhältnismäßig gut gefördert werden, mit den

ausgewiesenen EBITDA-Margen werden sie aus eigener Kraft nur schwer ihren notwendigen Innovations- und Investitionsbedarf finanzieren können. Mit einem Anlagenabnutzungsgrad von über 60% stehen hier insbesondere die großen Krankenhäuser unter massivem Druck.

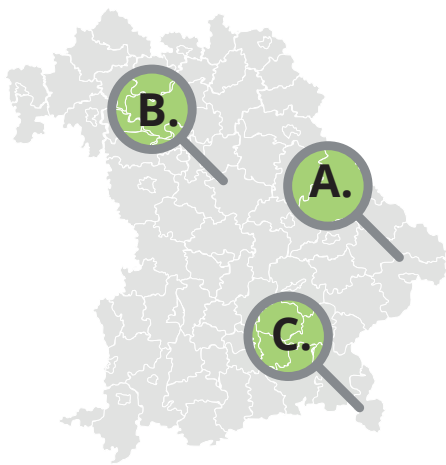
Hinsichtlich der Kapitalstruktur bestehen hingegen Vorteile der mittleren und großen Häuser, die über höhere Eigenkapitaldecken verfügen und deren Verschuldungsgrad folglich geringer ausfällt. Kleine Krankenhäuser zeigen zudem eine auffallend hohe Verbindlichkeitsrate ggü. ihren Gesellschaftern. Dies könnte ein möglicher Hinweis auf entsprechende Subventionen seitens der Eigentümer von kleinen Krankenhäusern sein.

Insights: drei archetypische Regionen

Fasst man die Erkenntnisse aus den zuvor beschriebenen Dimensionen zusammen, lassen sich bestimmte, wiederkehrende Merkmale der Regionen innerhalb Bayerns identifizieren, für die bestimmte Problemlagen – aber auch Lösungsansätze – denkbar sind.

Die drei nachfolgend skizzierten, typischen Regionen innerhalb Bayerns können als weitgehend repräsentativ für das Bundesland angesehen werden.

Abb. 7 – Insights drei typische Regionen



A. Ländliche Kreise

Diese sind geprägt durch eine eher dünne Besiedelung und weisen eine Bevölkerungsdichte zwischen ca. 67 und 104 Einwohnern pro km² auf (Mittelwert: 88,1 Einw./km²). In der Regel ist die jeweilige Kreisstadt die größte Gemeinde innerhalb dieser Kreise. Häufig befindet sich hier ein Krankenhaus. Bereits weiter oben haben wir darauf hingewiesen, dass Einwohner- und Bettendichte nicht zwingend deckungsgleich sind, sodass zur Frage der Anzahl der Krankenhausbetten leider keine typbezogen einheitliche Aussage sinnvoll erscheint.

B. Kreise mittlerer Besiedelung

Diese sind geprägt durch eine dichtere Besiedelung und weisen eine Bevölkerungsdichte zwischen ca. 106 und 140 Einwohnern pro km² auf (Mittelwert: 121,6 Einw./km²). Häufig umgeben die Kreise größere Kreisstädte oder umschließen kreisfreie Städte. Auch hier beheimaten zumeist die Kreisstädte und/oder die kreisfreien (Groß-)Städte die versorgenden Krankenhäuser.

C. Dichter besiedelte Kreise

Die Bevölkerungsdichte beträgt hier zwischen ca. 146 und 512 Einwohnern pro km² auf (Mittelwert: 222,6 Einw./km²).

Es handelt sich zumeist um dichter besiedelte Kreise, die kreisfreie Städte/Großstädte umgeben (sog. „Speckgürtel“), oder um Kreise mit einer großen Kreisstadt. Insbesondere, wenn Großstädte innerhalb dieser Regionen lokalisiert sind, existieren zumeist mehrere Krankenhäuser.

Fazit und Empfehlungen

Angesichts der Heterogenität der Versorgungslandschaft und der Versorgungsnotwendigkeiten innerhalb Bayerns verbieten sich pauschale Lösungen nach Einheitsschema. Vielmehr müssen individuelle Ansätze gefunden werden, die die jeweilige Ausgangslage vor Ort ausreichend berücksichtigen. Es stellt sich die Frage, in welche und wieviele Strukturen sollte zukünftig was investiert werden. Die nachfolgenden Empfehlungen dienen als Diskussionsanstoß.

1. Digitale Vernetzung von Krankenhäusern über die Versorgungsstufen hinweg (ePA, Telemedizin) zur Nutzung von fachlichen Synergien zur Verbesserung der Versorgungsqualität „ohne eigene Ressourcen“
2. Etablierung verstärkter Kooperationen von Maximalversorgern in Großstädten und Bildung von Exzellenzclustern
3. Horizontale Vernetzung und Zentrenbildung bei Schwerpunktversorgern und (digitale) Vernetzung mit kleineren, ländlichen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung
4. Aufhebung bzw. Modifizierung kartellrechtlicher Beschränkungen insbesondere bei kommunalen Krankenhauszusammenschlüssen und Verbundlösungen
5. Ggf. Umwidmung kleiner, vermeintlich nicht bedarfsgerechter Krankenhäuser (Umnutzung, Ambulantisierung, neue, integrierte Versorgungskonzepte, Digitallösungen/e-Health), sofern Grundversorgung in zumutbarer Entfernung und bei geeigneter Verkehrsanbindung sichergestellt werden kann
6. Berücksichtigung der regionalen (fachärztlichen) ambulanten Versorgungslage in der Krankenhausplanung und Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses
7. Regionale Initiativen zwischen Kommunen und Krankenhausträgern
8. Abgestimmte Förderungen von Menschen in Ausbildung zu Gesundheitsberufen zur verbesserten Deckung des Fachkräftebedarfs in Ärzteschaft und Pflege
9. Weitergehende Innovations- und Digitalisierungsförderung (wohlweislich, dass Bayern bereits hohe Förderquoten aufweist!) in zukunftsfähige Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen

Lösungsansatz

Wir plädieren für eine engere Vernetzung der Gesundheitsdienstleister und der Etablierung von regionalen Versorgungsnetzwerken. Hierbei arbeiten Grund- Regelversorger, Maximalversorger, Schwerpunktversorger/Zentren inkl. entsprechender Portalpraxen, Rehakli-

niken (Phasen B, C, D) und Interdisziplinäre Ambulante Versorgungszentren eng miteinander zusammen. E-Health Lösungen und Elektronische Patientenakten ermöglichen den barrierefreien und effizienten Austausch von medizinischen und administrativen Daten.

Abb. 8 – Etablierung von regionalen Versorgungsnetzen



Ihre Ansprechpartner



Dr. Sebastian Krolop

Partner | Life Sciences and Healthcare Industry Lead
Tel: +49 (0)221 9732 4331
skrolop@deloitte.de



Alexander Morton

Partner | Restructuring Services Health Care
Tel: +49 (0)211 8772 3199
alexandermorton@deloitte.de

Unter Mitwirkung von:
Frank Jantzen, Daniela Derscheid und Florian Müller

Deloitte.

Die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft („Deloitte“) als verantwortliche Stelle i.S.d. BDSG und, soweit gesetzlich zulässig, die mit ihr verbundenen Unternehmen und ihre Rechtsberatungspraxis (Deloitte Legal Rechtsanwaltsgesellschaft mbH) nutzen Ihre Daten im Rahmen individueller Vertragsbeziehungen sowie für eigene Marketingzwecke. Sie können der Verwendung Ihrer Daten für Marketingzwecke jederzeit durch entsprechende Mitteilung an Deloitte, Business Development, Kurfürstendamm 23, 10719 Berlin, oder kontakt@deloitte.de widersprechen, ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen entstehen.

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen, die nicht geeignet sind, den besonderen Umständen des Einzelfalls gerecht zu werden, und ist nicht dazu bestimmt, Grundlage für wirtschaftliche oder sonstige Entscheidungen zu sein. Weder die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited, noch ihre Mitgliedsunternehmen oder deren verbundene Unternehmen (insgesamt das „Deloitte Netzwerk“) erbringen mittels dieser Veröffentlichung professionelle Beratungs- oder Dienstleistungen. Keines der Mitgliedsunternehmen des Deloitte Netzwerks ist verantwortlich für Verluste jedweder Art, die irgendetwas im Vertrauen auf diese Veröffentlichung erlitten hat.

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), eine „private company limited by guarantee“ (Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach britischem Recht), ihr Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen. DTTL und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sind rechtlich selbstständig und unabhängig. DTTL (auch „Deloitte Global“ genannt) erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Mandanten. Eine detailliertere Beschreibung von DTTL und ihren Mitgliedsunternehmen finden Sie auf www.deloitte.com/de/ueberUns.

Deloitte erbringt Dienstleistungen in den Bereichen Wirtschaftsprüfung, Risk Advisory, Steuerberatung, Financial Advisory und Consulting für Unternehmen und Institutionen aus allen Wirtschaftszweigen; Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Mit einem weltweiten Netzwerk von Mitgliedsgesellschaften in mehr als 150 Ländern verbindet Deloitte herausragende Kompetenz mit erstklassigen Leistungen und unterstützt Kunden bei der Lösung ihrer komplexen unternehmerischen Herausforderungen. Making an impact that matters – für rund 286.000 Mitarbeiter von Deloitte ist dies gemeinsames Leitbild und individueller Anspruch zugleich.