

Jahrestagung des Arbeitskreises Medizinische Geographie in der DGfG  
Sitzung G: Gesundheitsversorgung - Zugang und Inanspruchnahme

# Zugang zur Krankenhausversorgung als geographisches Problem

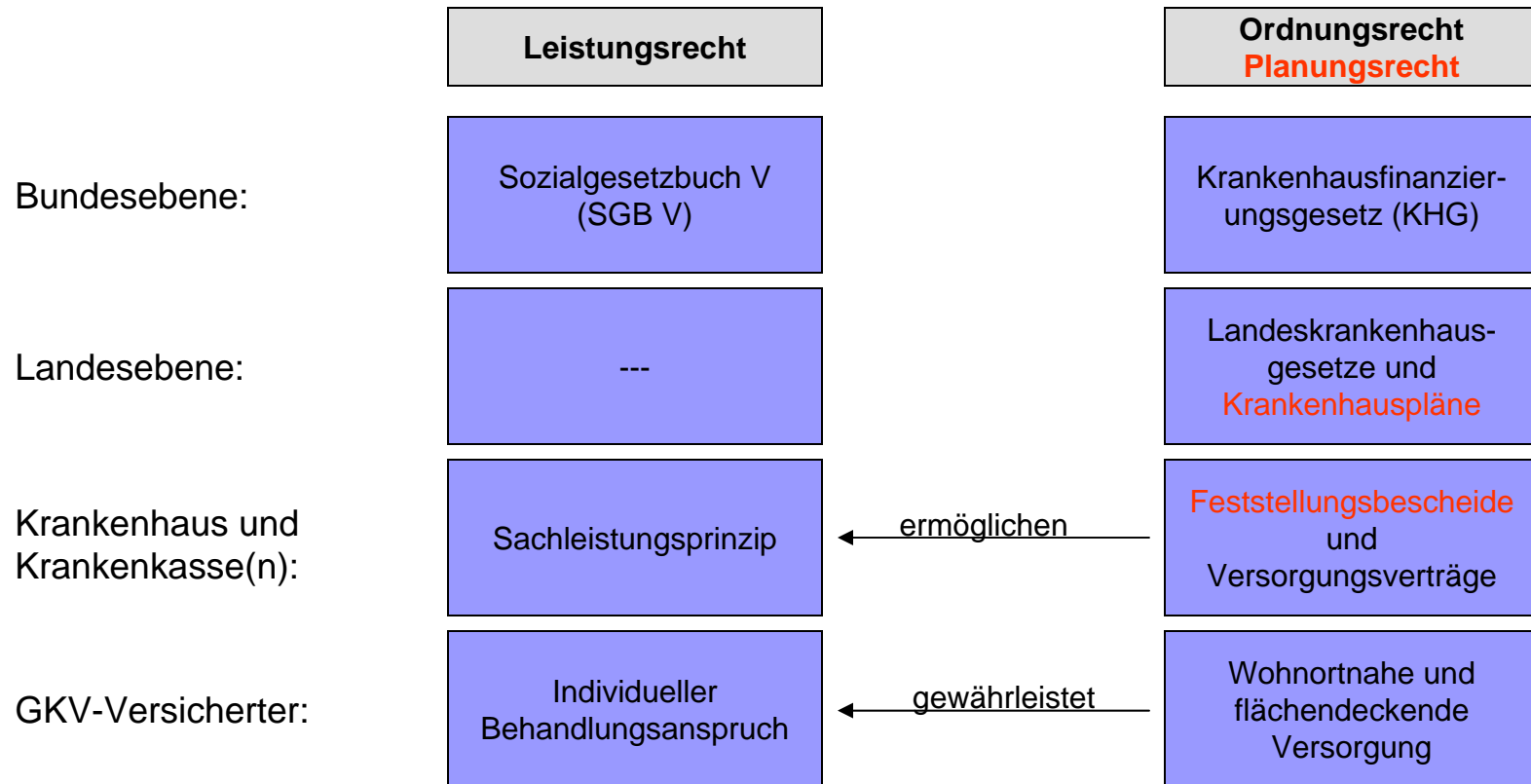
Dr. Axel Kortevoß

Forschungsgruppe Geomed  
Geographisches Institut der Universität zu Köln

07. Oktober 2006



- **Rechtsrahmen der Krankenhausversorgung**
- **Krankenhausfinanzierung vs. staatliche Krankenhausplanung**
- **Status der Krankenhausversorgung**
- **Zugang zur Krankenhausversorgung bei Marktversagen**
- **Instrumente für die Krankenhausplanung**

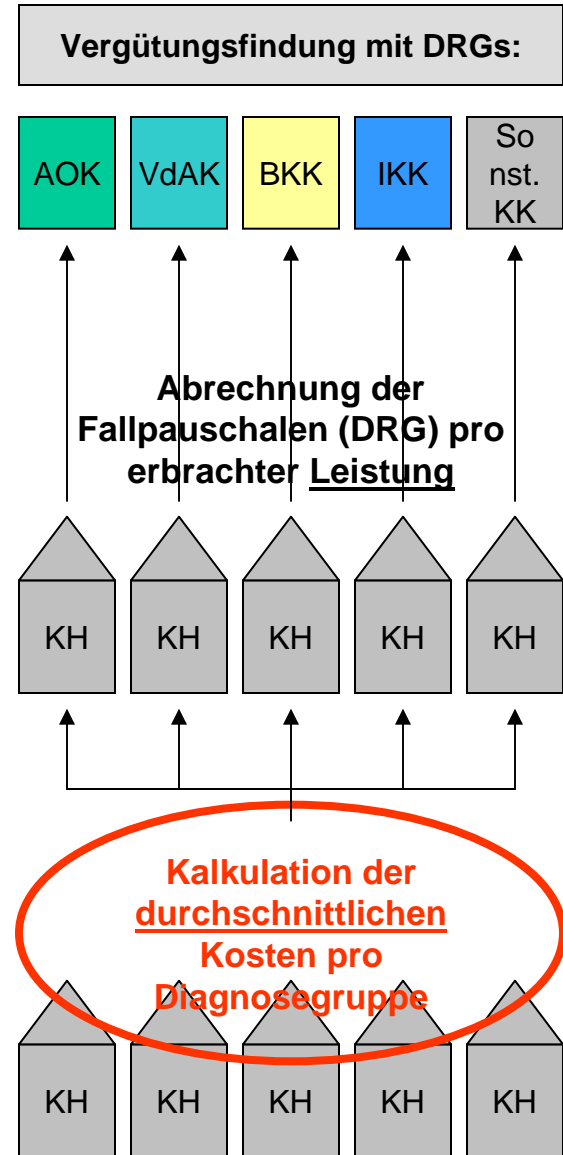
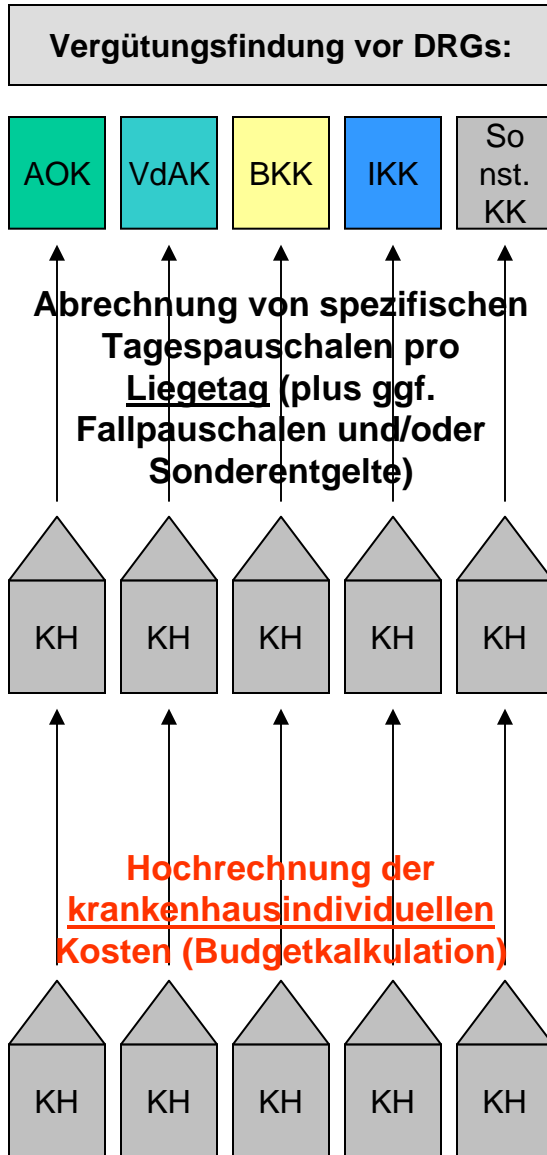


Planungsmaxime der Rechtsprechung: „Bedarf = Summe der Verordnungen“

De facto wird also bei der Krankenhausplanung die in der Vergangenheit tatsächliche beobachtete Inanspruchnahme zugrunde gelegt.

Der tatsächliche oder zukünftige Bedarf bleibt weitgehend unbekannt.

- **Rechtsrahmen der Krankenhausversorgung**
- **Krankenhausfinanzierung vs. staatliche Krankenhausplanung**
- **Status der Krankenhausversorgung**
- **Zugang zur Krankenhausversorgung bei Marktversagen**
- **Instrumente für die Krankenhausplanung**



Der durch die G-DRGs- ausgelöste Wettbewerb ist KEIN klassischer Wettbewerb, weil...

...es keine frei Preisgestaltung gibt: Fallpauschalen

...eine Nachfragerautonomie verneint wird: Gesundheit ist kein Autokauf

...ein marktwirtschaftliche Leistungserbringung nicht erwünscht ist: Sachleistung

Das Wettbewerbsverhältnis zwischen den Krankenhäusern ist erst einmal ein Effizienzwettbewerb = „DRG = Degressiver Ressourcen Gebrauch“ (Düllings 2003).

Darüber hinaus wird u.a. mit dem Instrument der Qualitätsberichte auch ein Qualitätswettbewerb angestrebt.

Die bisherige Krankenhausplanung geht von der Ausweisung von...

- ... x Standorten ...

... mit ...

- ... x Betten ...

... für ...

- ... alle Fachrichtungen ...

... sowie ...

- ... ggf. Versorgungsstufen ...

für normativ festgelegte Planungsgebiete aus.

Damit wird planerisch die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung sichergestellt.

Voraussetzung für die Funktion der angestrebten Selbstregulierung des Krankenhausmarktes ist ein weitgehender Rückzug der staatlichen Kapazitätsplanung, mit der über die Vorgabe von „Betten in Fachabteilungen“ die Angebotsstruktur weitgehend festgeschrieben wurde.

Ein Festhalten an einer staatlichen Kapazitätsplanung würde unter DRG-Bedingungen (Durchschnittspreise!) bedeuten, dass einzelne Krankenhäuser...

...entweder staatlich verordnet Verluste schreiben würden

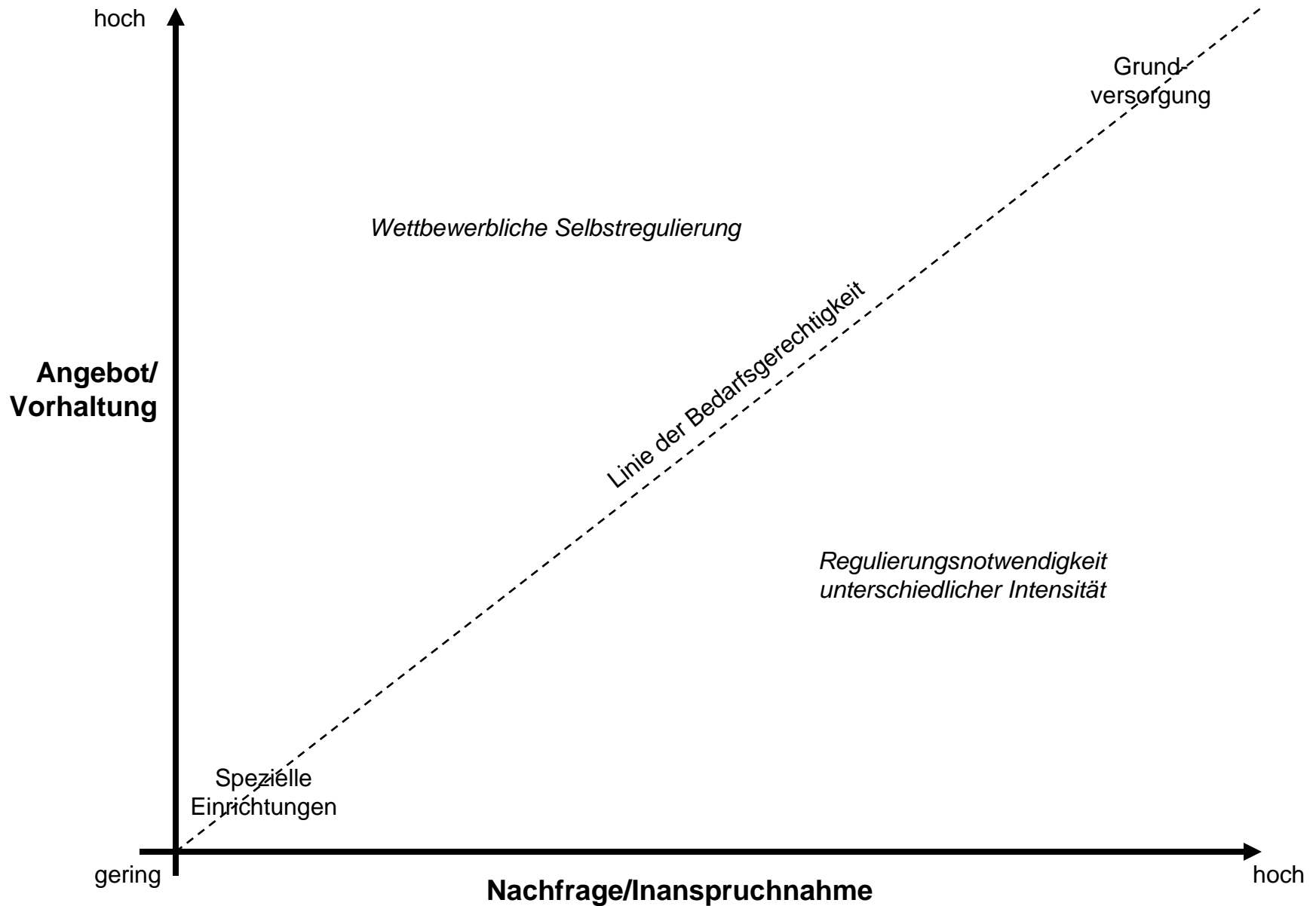
...oder die Erfüllung des Feststellungsbescheides missachten müssten.

**Der durch das G-DRG-System angestrebte Wettbewerb um Effizienz und Qualität würde ausgehebelt.**

Leber (2003): „Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung wirkungslos.“

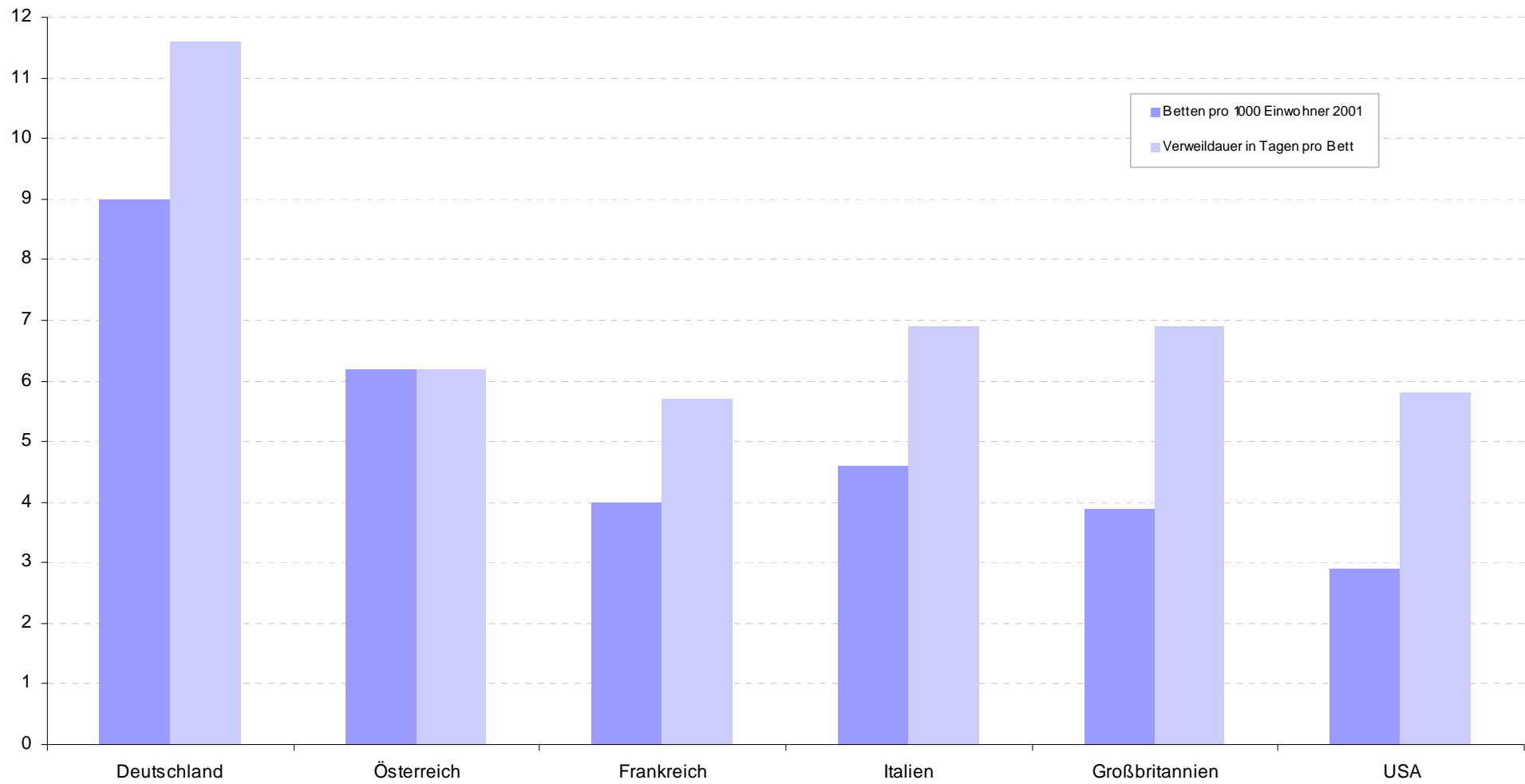
**Unter DRG-Bedingungen erfüllt die Krankenhausplanung bestenfalls nur noch eine Rückfallfunktion. Für die Definition von Interventionsschwellen bestehen derzeit fast keine methodischen Instrumente.**

# Regulierungsmatrix einer gestuften Krankenhausplanung

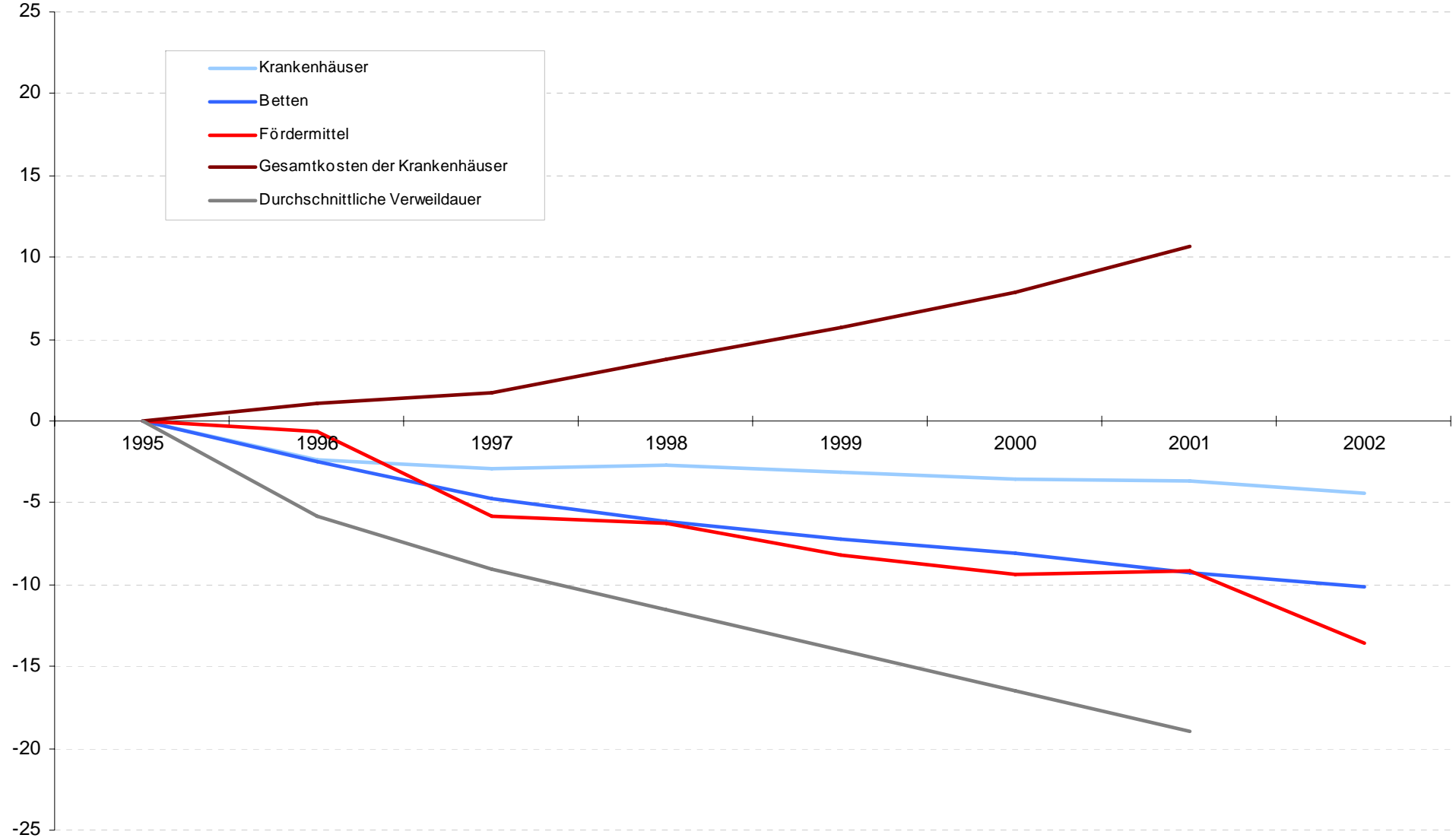


- **Rechtsrahmen der Krankenhausversorgung**
- **Krankenhausfinanzierung vs. staatliche Krankenhausplanung**
- **Status der Krankenhausversorgung**
- **Zugang zur Krankenhausversorgung bei Marktversagen**
- **Instrumente für die Krankenhausplanung**

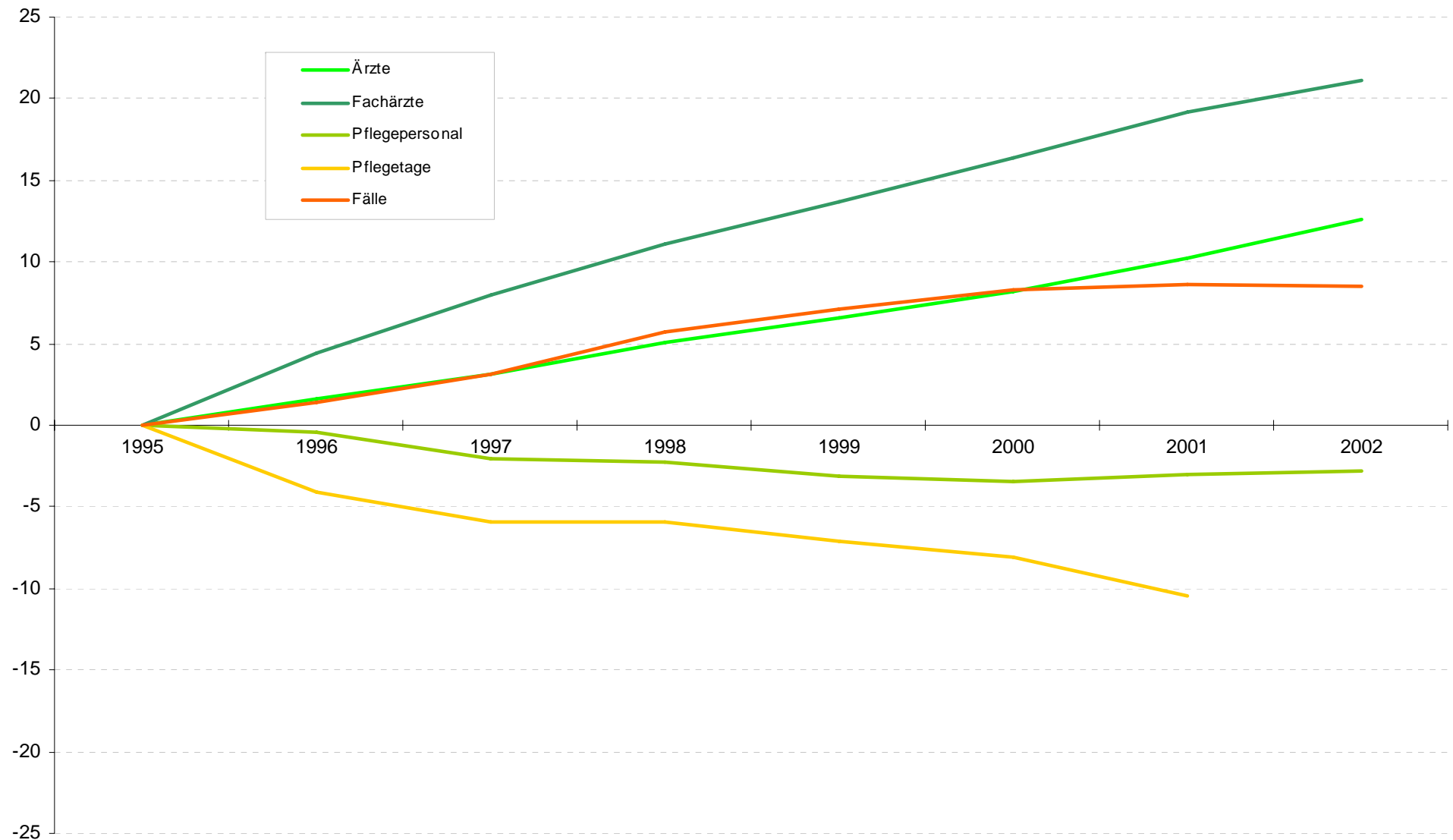
# Krankenhauskennzahlen im internationalen Vergleich



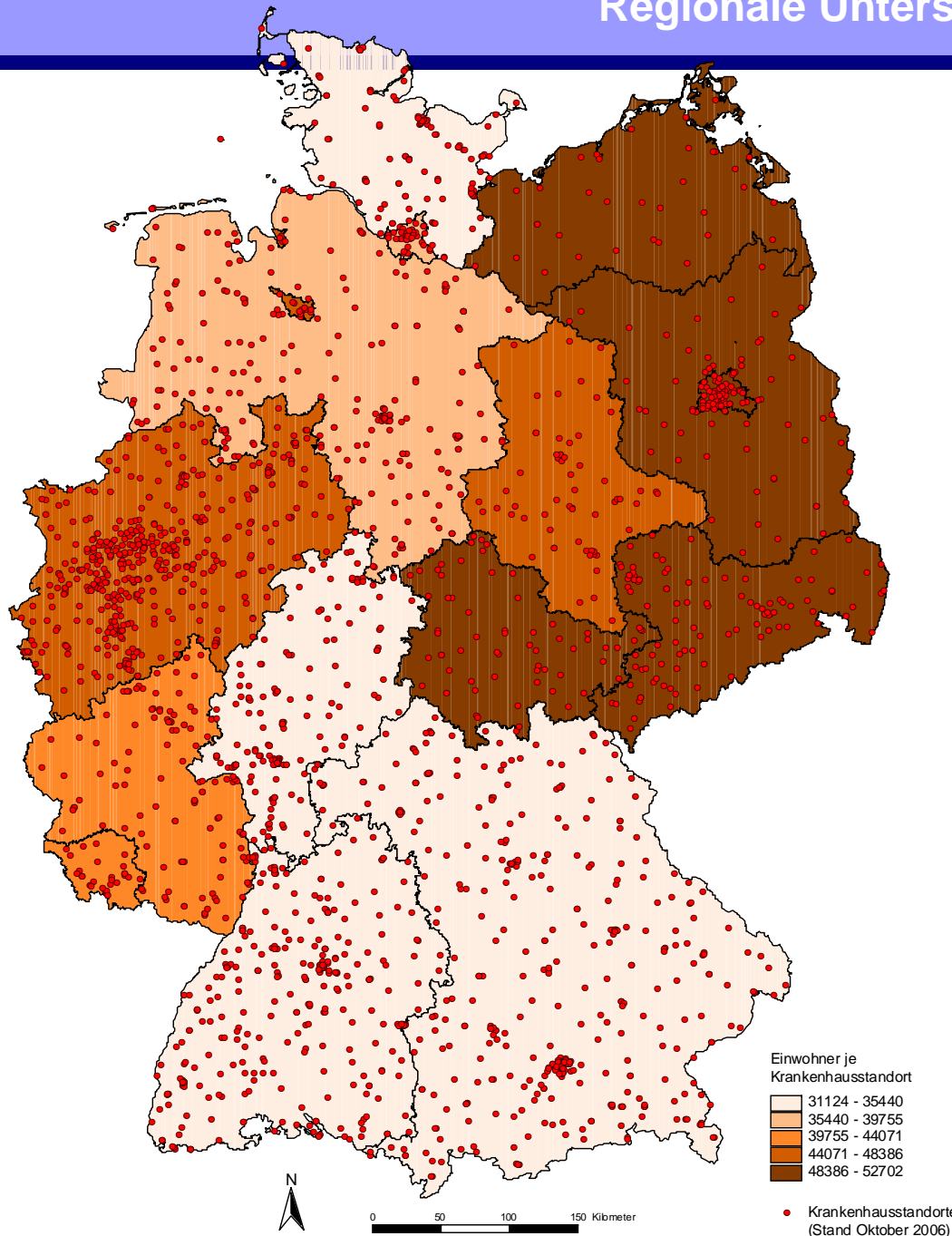
# Entwicklung von Krankenhauskennzahlen (1)



# Entwicklung von Krankenhauskennzahlen (2)

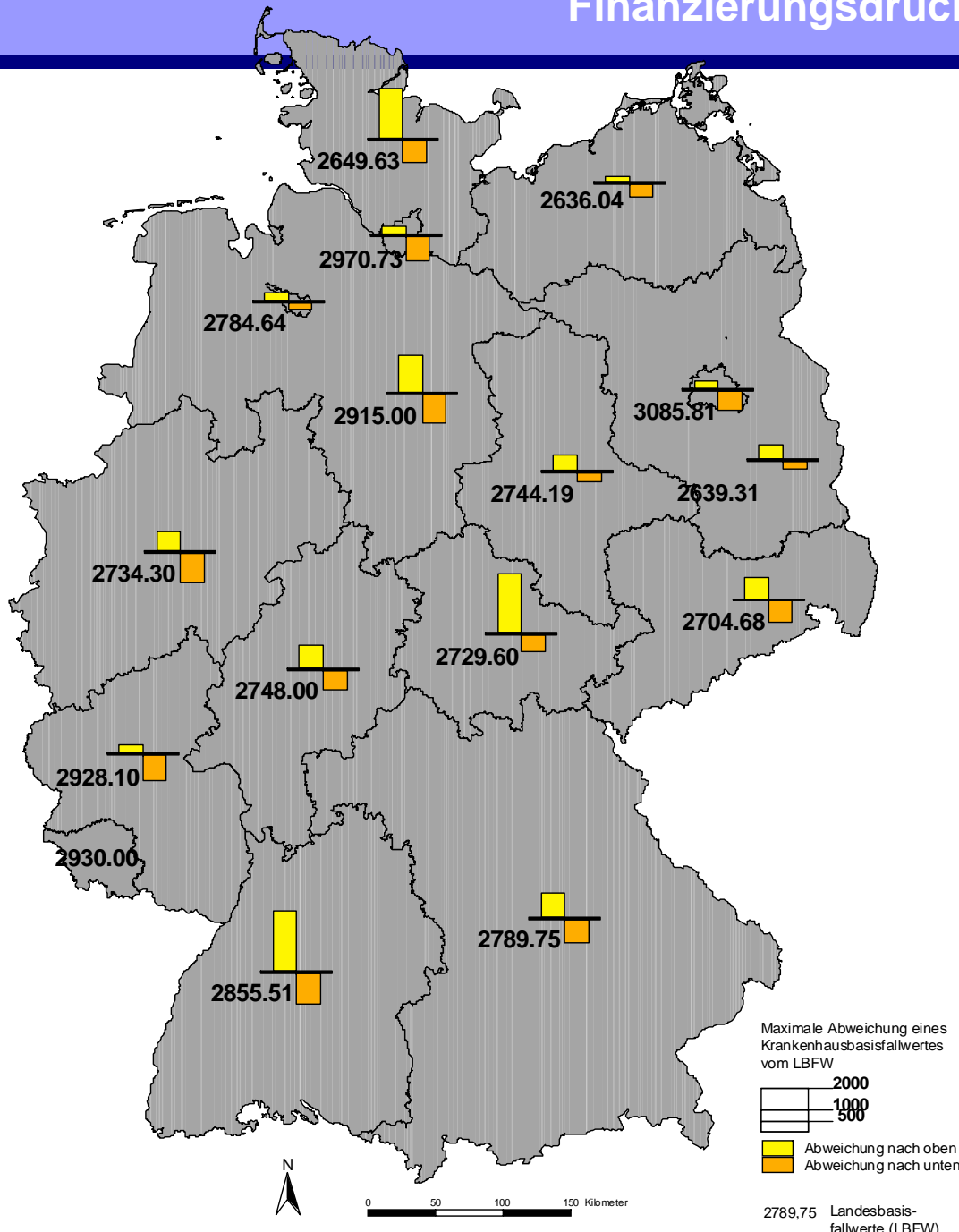


Standorte der Krankenhäuser (Okt 2006) und Einwohner je Krankenhausstandort (2003)



Derzeit wird die stationäre Versorgung mit ca. (!) 2283 Krankenhausstandorten sichergestellt.

Dabei sind deutliche räumliche Unterschiede im Krankenhausbestand zwischen den Bundesländern zu verzeichnen.



Landesbasisfallwerte und Abweichung der Krankenhausbasisfallwerte (2005)

Gegenüber dem Höchststand der staatlichen Investitionen in 1991 von 3.641 Mio € wurden in 2005 noch 2.696 Mio € (-25%) zur Verfügung gestellt.

Der Anteil der staatlichen Investitionen im Verhältnis zu den Betriebskosten ging von 1993-2003 von knapp 25% auf unter 6% zurück.

Das bedeutet eine deutliche Verschiebung der Kostenlast auf die GKV (und PKV) sowie ein erheblicher Investitionsstau.

2

Private Krankenhäuser Februar 2006  
Marktführer



Standorte der umsatzstärksten privaten Krankenhausbetreiber

- Asklepios Kliniken GmbH
- Helios Kliniken GmbH
- Wittgensteiner Kliniken AG\*
- Rhön-Klinikum AG
- Sana Kliniken GmbH & Co KGaA
- Betriebsführung durch Sana Kliniken GmbH & Co KGaA\*\*
- Hauptsitz eines Unternehmens
- Krankenhaus

\* Seit 2006 gehört die Wittgensteiner Kliniken AG zur Helios Kliniken Gruppe.  
 \*\* Krankenhäuser in anderer (z.B. kommunaler oder kirchlicher) Trägerschaft, die durch einen Managementvertrag mit der Sana Kliniken GmbH & Co KGaA verbunden sind.

0 25 50 75 100 km  
Maßstab 1:6000000

Seit 1992 ist der Anteil der KH in privater Trägerschaft um über 50% und der Anteil der Betten um knapp 90% gestiegen.

Prominente Beispiele für Krankenhausprivatisierungen sind der Verkauf des LBK Hamburg an die Asklepios GmbH und der Verkauf des Universitätsklinikums Giessen-Marburg GmbH an die Rhön-Klinikum AG.

Rhön-Klinikum AG hat sich zum Ziel gesetzt, Patienten flächendeckend (max. 90 min Entfernung) in eigenen Häusern behandeln zu können.

- Es besteht ein Widerspruch zwischen wettbewerblich orientierten G-DRGs und dem ordnungspolitischen Rahmen
- Die Entwicklung der dualen Krankenhausfinanzierung geht kontinuierlich zu Lasten der laufenden Kosten also zu Lasten der GKV
- Der Kostendruck auf das einzelne Krankenhaus steigt kontinuierlich
- Private Krankenhausbetreiber streben eine deutlich höhere Marktbeteiligung (in allen Versorgungsstufen) an

Unabhängig von den sich massiv veränderten Rahmenbedingungen behält der Staat den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung sowohl in Form der Krankenhausplanung als auch in Form des individuellen Leistungsanspruchs des Versicherten:

Was passiert, wenn ein Marktversagen eintritt?!!!...????

- **Rechtsrahmen der Krankenhausversorgung**
- **Krankenhausfinanzierung vs. staatliche Krankenhausplanung**
- **Status der Krankenhausversorgung**
- **Zugang zur Krankenhausversorgung bei Marktversagen**
- **Instrumente für die Krankenhausplanung**

Das Marktversagen wurde bislang durch die weitgehende staatliche Bestandsgarantie i.V. mit einer Finanzierungspflicht durch die Krankenkassen und dem historisch gewachsenen Versorgungsniveau verhindert.

Zukünftig stellen sich den Bundesländern folgende Planungsaufgaben:

**Sicherstellungszuschlag:** Welche Krankenhäuser sind aufgrund ihrer Lage für die flächendeckende Versorgung unbedingt notwendig?

**Notfallversorgungsabschlag:** Welche Krankenhäuser werden für die stationäre Notfallversorgung nicht benötigt?

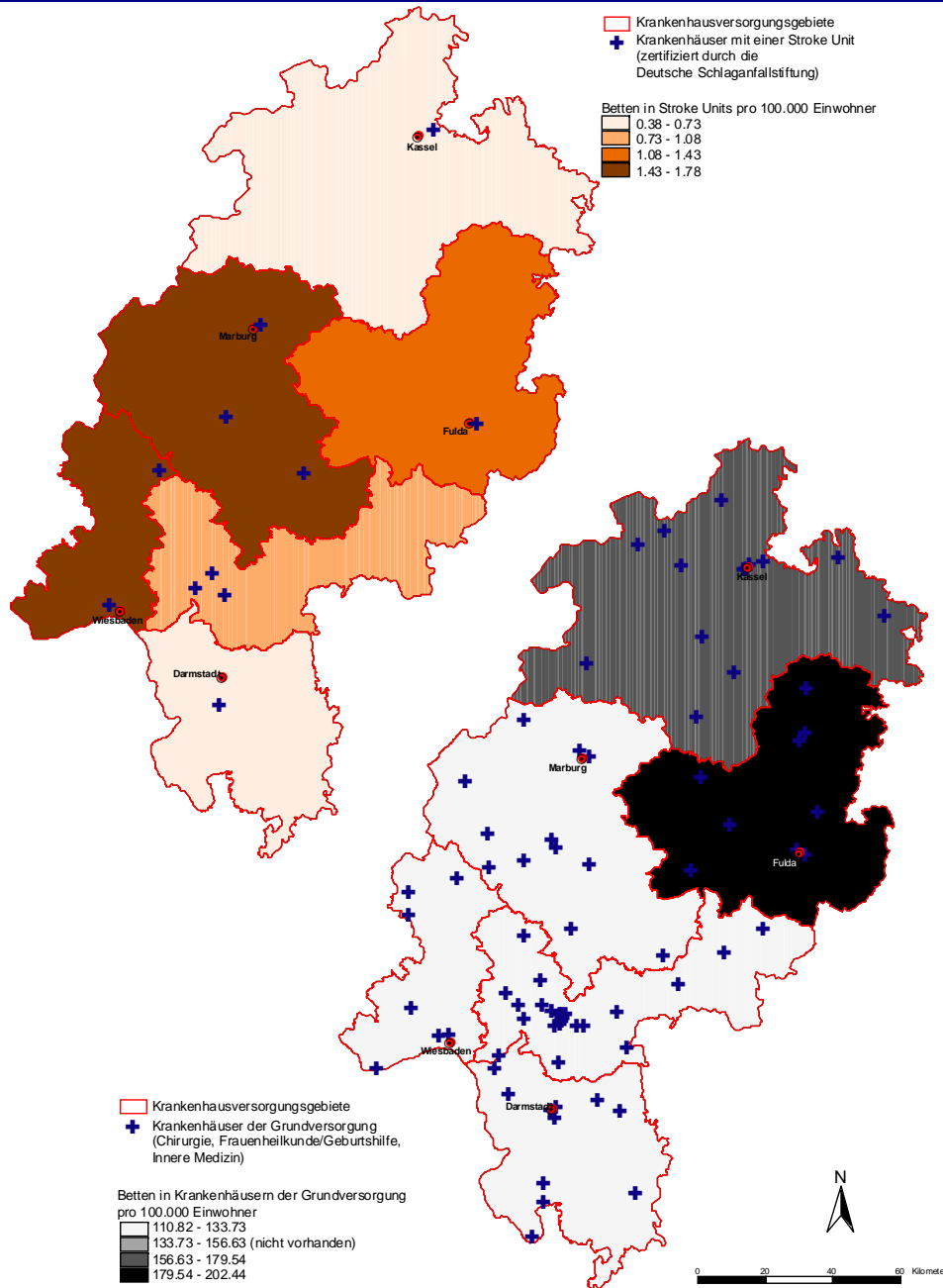
**Mindestmengenvorgaben:** Kann die Versorgung mit den verbleibenden Kapazitäten sichergestellt werden?

Die Beantwortung dieser Fragen erfordert die Erhebung und Analyse der räumlichen Verteilung der Kapazitäten und der Bevölkerung. Als zentraler Indikator für den Zugang ist demnach erst einmal die **Entfernung** zwischen Bedarf und Angebot entscheidend.

*Krankenhausbetten pro 100.000 EW in Stroke Units und Krankenhäuser der Grundversorgung (Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Innere Medizin)*

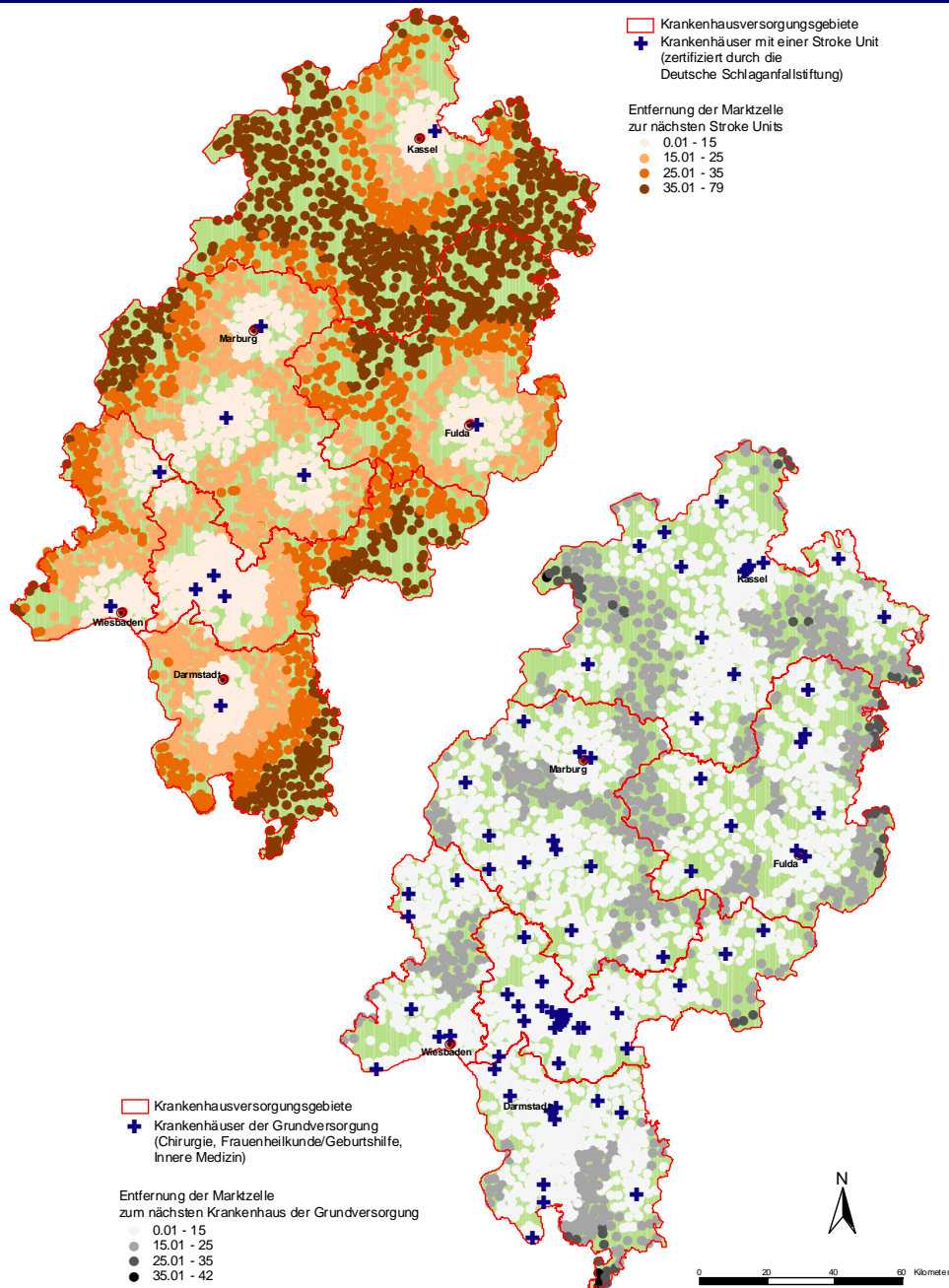
Ein Marktversagen ist auf der bisher zugrunde gelegten räumlichen Ebene nicht erkennbar.

Die Effekte des Ausscheiden eines Krankenhauses auf die regionale Versorgung kann mit den bisherigen Planungsinstrumenten nicht analysiert werden.



- **Rechtsrahmen der Krankenhausversorgung**
- **Krankenhausfinanzierung vs. staatliche Krankenhausplanung**
- **Status der Krankenhausversorgung**
- **Zugang zur Krankenhausversorgung bei Marktversagen**
- **Instrumente für die Krankenhausplanung**

# Entfernung zur nächsten Einrichtung



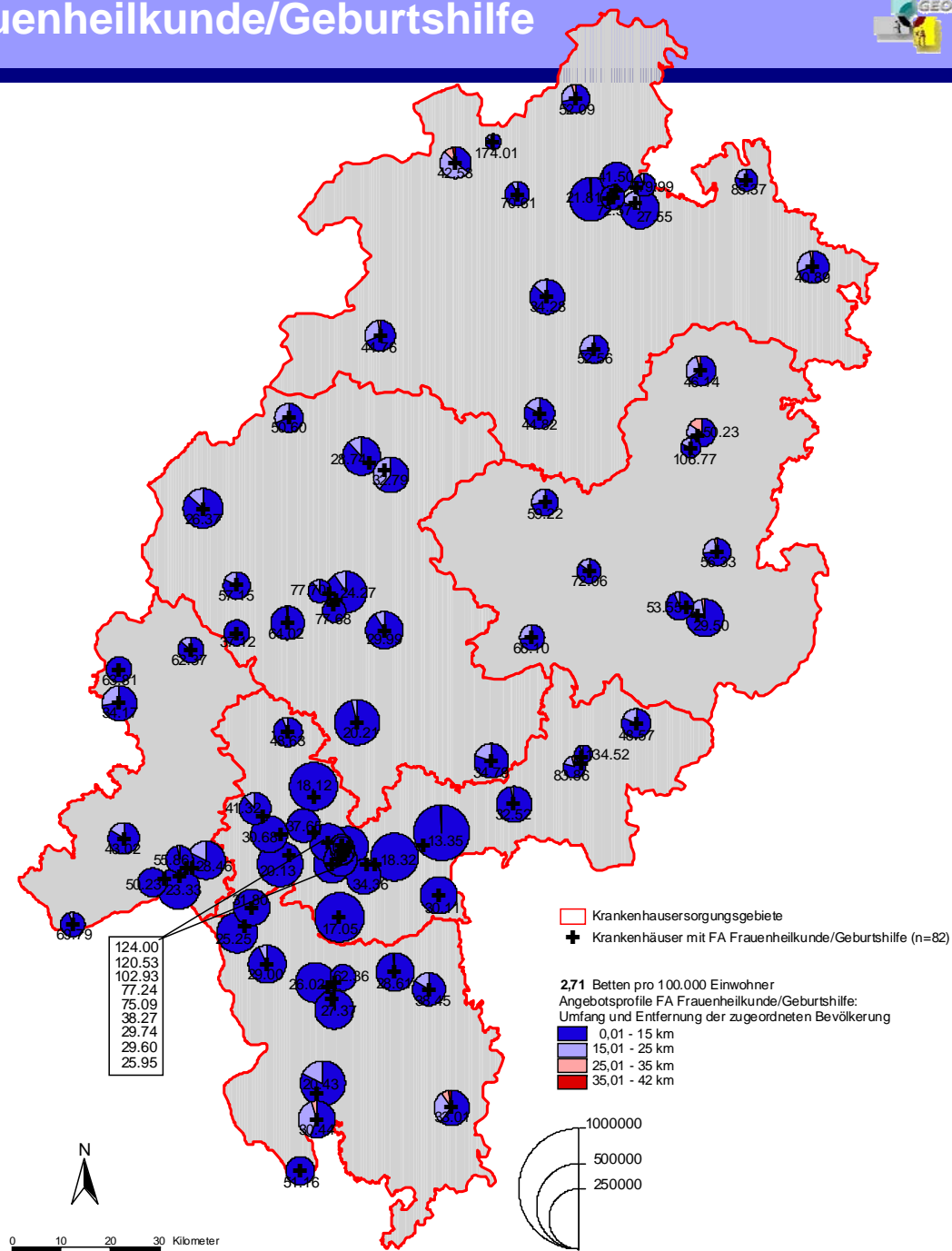
Entfernung von Bevölkerungsstandorten zur nächsten Stroke Unit bzw. zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung

Die Darstellung basiert auf 5.095 „Marktzeilen“ für Hessen der Firma microm GmbH.

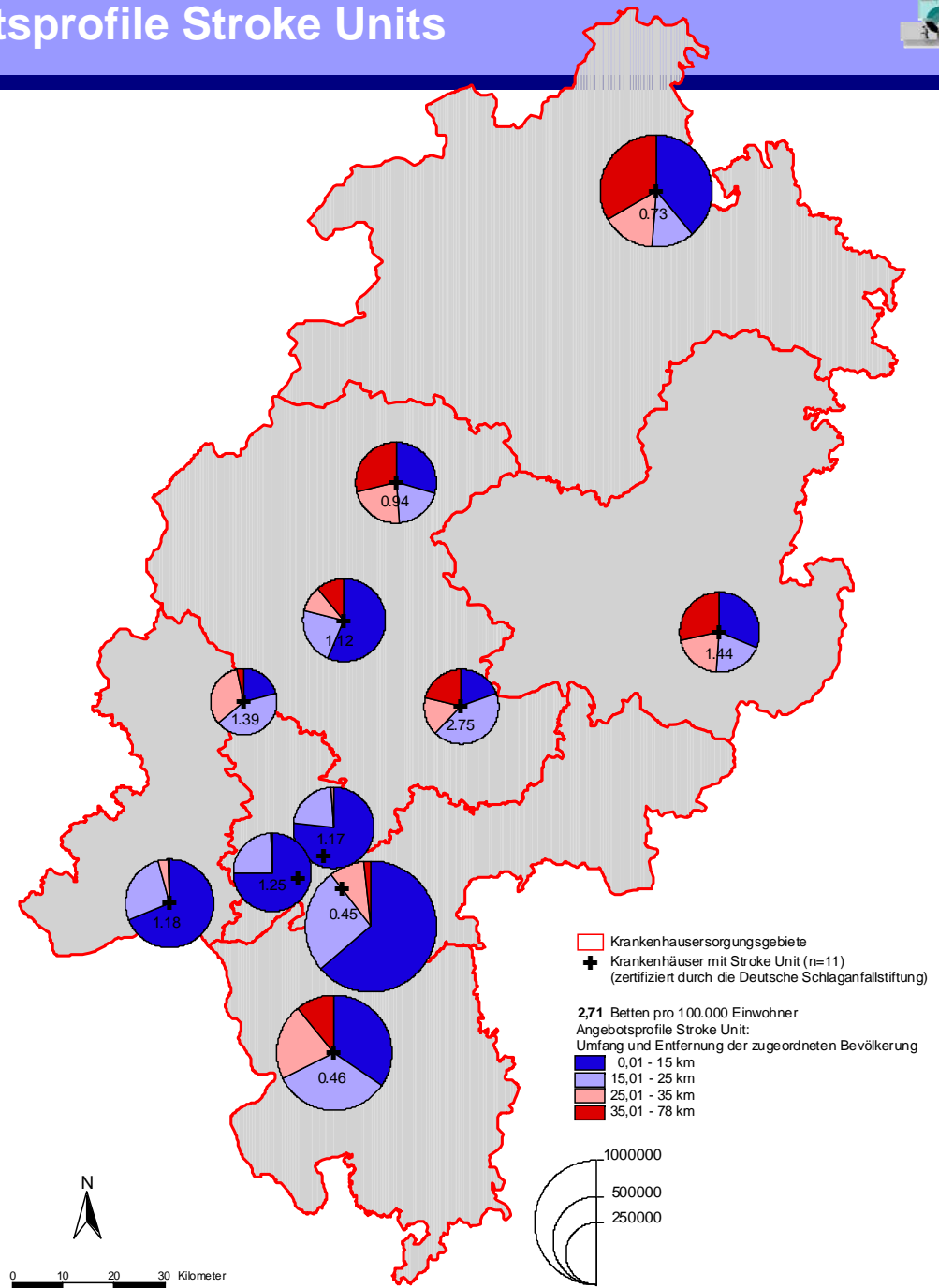
Die Entfernungsberechnung erfolgt auf dem realen Strassennetz.

Die Entfernungsklassifizierung basiert auf dem Vorgaben der Krankenhausplanung Hessen für die stationäre Notfallversorgung.

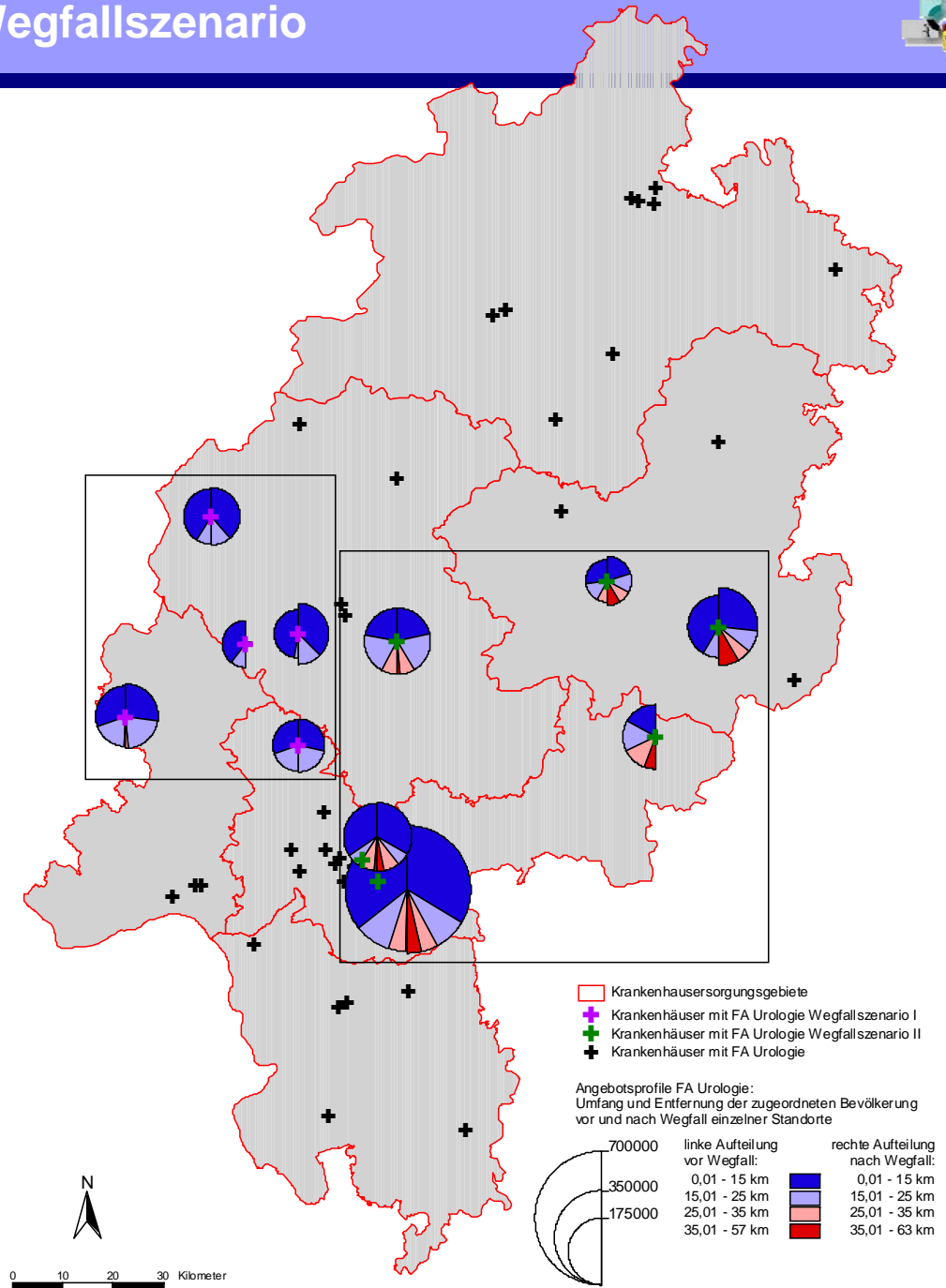
Ausweisung des Umfanges der über die kürzeste Entfernung zugeordneten Bevölkerung für jede Fachrichtung bzw. spezielle Einrichtung nach Entfernungsklassen.



Ausweisung des Umfanges der über die kürzeste Entfernung zugeordneten Bevölkerung für jede Fachrichtung bzw. spezielle Einrichtung nach Entfernungsklassen.



Veränderung des zugeordneten Einzugsgebietes und der Entfernungen bei Wegfall eines Standortes.



Mit der Ausweisung von **Angebotsprofilen** pro Krankenhaus (nach Fachrichtungen) kann für die Frage der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung dargestellt und simuliert werden,

- ob es „isolierte“ Krankenhausstandorte gibt
- ob es „unterversorgte“ Regionen gibt
- wie ordnungspolitische Eingriffe wirken können

Mit der Integration von Nachfrage- (viel lieber aber!) Bedarfsdaten könnte darüber hinaus auch simuliert werden

- ob zukünftig veränderte Versorgungsstrukturen benötigt werden

Der durch die G-DRGs ausgelöste Effizienzwettbewerb wird zu einer Reduzierung der Krankenhausdichte führen.

Die Planungskategorie „Zugang zur stationären Versorgung“ wird unter G-DRG-Bedingungen für die planerische Sicherstellung der Krankenhausversorgung eine entscheidende Bedeutung haben.

Die Angebotsstrukturen und die Nachfragestrukturen müssen bei zukünftigen Planungsentscheidungen (insb. Sicherstellungszuschlag) auf kleinräumiger Ebene stärker berücksichtigt werden.

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**