

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

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

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 97-109



7	Erreichbarkeit von Krankenhäusern.....	97
	<i>Martin Spangenberg</i>	
7.1	Hintergrund	98
7.2	Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung	99
7.3	Mittelbereiche als Versorgungsregionen.....	102
7.4	Auswirkungen des demografischen Wandels auf die regionale Nachfrage nach Krankenhausleistungen.....	105
7.5	Handlungsempfehlungen	107
	Literatur.....	109

7 Erreichbarkeit von Krankenhäusern

Martin Spangenberg

Abstract

Die aktuelle Analyse der Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigt, dass 73,2% der Bevölkerung in 10 Minuten und 97,5% in 20 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung erreichen. Damit ist die Situation 2008 im Vergleich zu 2003 nahezu unverändert, obwohl sich im selben Zeitraum die Gesamtzahl der Krankenhäuser von 2 197 auf 2 083 verringert hat. Sollte die Zahl der Krankenhausstandorte zukünftig sinken, etwa aufgrund der Bevölkerungsentwicklung oder von Konzentrationsprozessen im Markt, kommt es neben neuen Versorgungsformen für die Aufrechterhaltung einer gut erreichbaren stationären Grundversorgung darauf an, die richtigen Krankenhausstandorte zu erhalten. Eine kreisbezogene Planungsebene ist hier eher ungeeignet, da beispielsweise zum Teil sehr große ländliche Planungskreise existieren. Sinnvoller ist die Orientierung am Raster der landesplanerisch ausgewiesenen zentralen Orte und dabei für die Krankenhäuser der Grundversorgung an Mittel- und Oberzentren (rund 1 000 Gemeinden). Analysen zeigen, dass man für die Sicherstellung der Grundversorgung auch mit deutlich weniger zentralen Orten auskommen kann, im Extremfall wäre z. B. eine Halbierung der Mittelzentren auf ca. 400 möglich. Das lässt den Schluss zu, dass ein räumlich optimiertes Standortnetz von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung ebenfalls mit weitaus weniger Standorten auskommen könnte, ohne dass daraus substantielle Einbußen bei der Erreichbarkeit resultierten.

The analysis of hospital accessibility shows that 73.2% of the population are able to reach the nearest primary care hospital in 10 minutes and 97.5% in 20 minutes. This means that the situation in 2008 compared to 2003 remained virtually the same, although the total number of hospitals has declined from 2 197 to 2 083 in the same period of time. Should the number of hospital sites decrease in the future as a result of the development of the population or concentration processes in the market, it is important that apart from new forms of health care, the right locations should be maintained in order to keep up an easily accessible primary care. A county-based planning level is rather inappropriate since some of the rural planning areas are very large. An orientation by the grid of the central places in regional planning makes more sense, which would include primary care hospitals at medium-sized and main commercial centres (approximately 1,000 municipalities). Analyses show that in order to ensure primary health care, much less central locations would be needed and that in extreme cases only half of the regional centres would suffice, leaving around 400. This suggests that a spatially optimized site network of hospitals for basic and standard care would also work with far fewer sites without incurring substantial losses in accessibility.

7.1 Hintergrund

Die stationäre medizinische Versorgung findet in Deutschland in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen statt. Dabei teilten sich im Jahr 2009 2 084 Krankenhäuser die akutstationäre Versorgung (Statistisches Bundesamt 2011a, 8).

Akutkrankenhäuser werden in der Krankenhausplanung nach Versorgungsstufen unterschieden.¹ Krankenhäuser der Grund- oder Regelversorgung sollen flächendeckend die wohnraumnahe Versorgung sichern. Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen verfügen über ein breites Spektrum an Fachabteilungen und versorgen überörtliche Einzugsbereiche. Die Maximalversorgung, die häufig Universitätsklinika erbringen, konzentriert sich dagegen auf einzelne zentrale Standorte. Fachkrankenhäuser verfügen über Versorgungsangebote einzelner Fachgebiete wie beispielsweise Psychiatrie oder Neurologie.

Die Versorgungsstufen sind für eine bundesweite Darstellung der akutstationären Versorgung nur eingeschränkt anwendbar, da die Länder bei Anzahl und Zuordnung der Versorgungsstufen uneinheitlich verfahren. Zudem haben die Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern sowie die Entwicklung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den letzten Jahren gezeigt, dass die statische Einteilung der Versorgungsstufen die Versorgungsrealität nur ungenau abbildet.

Die abgestufte Versorgung steht jedoch einer bedarfsgerechten Versorgung nicht entgegen. Vielmehr sichert sie die Qualität der Leistungsangebote und ihre wirtschaftlich notwendige Auslastung. Die Krankenhauslandschaft bestimmt nicht nur die Versorgungsverhältnisse, sie stellt auch einen beträchtlichen Wirtschaftsfaktor dar. In den Jahren 1992 bis 2009 sind die Gesundheitsausgaben je Einwohner von 2 020 Euro stetig auf 3 400 Euro angestiegen. Dies belegt neben der steigenden finanziellen Belastung auch die regionalwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens. Von den Gesundheitsausgaben in Höhe von 278 345 Mio. Euro im Jahr 2009 entfallen 70 998 Mio. Euro auf die Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2011b). Der Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser an den Gesundheitsausgaben liegt damit 2009 bei 25,5%, also gut einem Viertel.

Die räumliche Verteilung der Krankenhausstandorte ist stark an Zentren und damit verbunden auch an regionalen Bevölkerungsschwerpunkten ausgerichtet, wobei in den Großstädten die höchsten Versorgungsgrade erreicht werden. Das bedeutet, dass dort Leistungen auch für die Umlandbevölkerung der Zentren erbracht werden. Hohe Versorgungsgrade sind aber auch in den ländlichen Kreisen zu beobachten; dabei handelt es sich oft um landschaftlich attraktive Tourismusregionen mit Kurbetrieb.

Die Ausstattung mit Krankenhauskapazitäten war seit der Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik 1991 bis zum Jahr 2008 rückläufig, wenn auch mit verminderter Dynamik in den letzten Jahren. Im Jahr 2009 ist ein Krankenhaus hinzugekommen (Statistisches Bundesamt 2011a, 10). Zwischen 1991 und

¹ Einen Überblick über die Strukturen der Krankenhausplanungen der Länder liefert die Zusammenstellung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG 2010).

2009 ist die Zahl der Krankenhäuser insgesamt um 13,6% zurückgegangen, die Zahl der aufgestellten Betten im gleichen Zeitraum sogar um 24,4%. Danach standen mit insgesamt 503 341 Betten im Jahr 2009 durchschnittlich 615 Betten je 100 000 Einwohner zur Verfügung. Im Bundesdurchschnitt lag die Bettenauslastung 2009 bei 77,5%.

Gegenläufig entwickeln sich die Behandlungen: Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle ist von 1991 bis 2009 um 22,2% von knapp 14,6 Mio. auf über 17,8 Mio. Patienten angewachsen. Gleichzeitig konnte die durchschnittliche Verweildauer der Patienten von 14,0 Tagen auf 8,0 Tage reduziert werden. Das entspricht einer Absenkung um 42,9%. Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft ist gegenüber 1991 mit 14,8% im Jahr 2009 mit 32,0% mehr als doppelt so hoch (Statistisches Bundesamt 2011a, 8).

Die Bettenplanung ist zentraler Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder. Die Qualität der Bereitstellung von Krankenhausleistungen für die Bevölkerung lässt sich mit der Bettendichte in einer Region allerdings nur unzureichend bewerten. Zum einen muss in der Planung berücksichtigt werden, welche Leistungen in der Region tatsächlich nachgefragt werden. Zum anderen ist für die Krankenhausgrundversorgung die Erreichbarkeit der Krankenhäuser in der Fläche von entscheidender Bedeutung und wichtiges Kriterium für eine Einschätzung des Versorgungsgrads der Bevölkerung.

Die Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist eine wichtige Aufgabe öffentlicher Daseinsvorsorge, die dem Sozialstaatsprinzip entspringt. Die derzeit gute Versorgungslage ist in einigen Regionen und Bereichen der Gesundheitsversorgung allerdings zusehends gefährdet, weil davon auszugehen ist, dass nicht alle Krankenhäuser dem vermehrten Wettbewerbsdruck standhalten können. Zuletzt hat der Krankenhaus Rating Report 2011 des RWI Schließungen von 10% der Krankenhäuser bis zum Jahr 2020 vorausgeschätzt (RWI 2011). Aber nicht nur Schließungen von Krankenhäusern können Patientenwege verlängern – Selektivverträge der Krankenkassen mit bestimmten Häusern könnten den gleichen Effekt haben.²

7.2 Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung

Vermehrte Beachtung erlangte das Thema der Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Zusammenhang mit der verpflichtenden Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2004. Mit der Einführung des neuen leistungsbezogenen Vergütungssystems wurden verstärkt Marktelemente in die Krankenhausfinanzierung eingebracht. Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten sollen auf den tatsächlichen medizinischen Bedarf ausgerichtet werden. Bei zunehmendem Wettbewerb unter den Krankenhäusern ist als Folge möglicher Spezialisierungen auch ein räumlicher

² Den Erreichbarkeitsfolgen widmet sich eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung: vgl. Albrecht et al. 2010.

Spezialisierungsprozess von Krankenhausleistungen zu erwarten. Diese versprechen zwar steigende Qualität bei sinkenden Stückkosten pro Behandlung, bedeuten aber auch Einbußen bei der Krankenhauserreichbarkeit in der Fläche. Auch wenn die Patienten zum Teil lange Wege auf sich nehmen und bei elektiven Leistungen bewusst nicht immer das wohnortnächste Krankenhaus ansteuern, bleibt die Krankenhauserreichbarkeit ein wichtiges Planungskriterium (Friedrich und Beivers 2009).

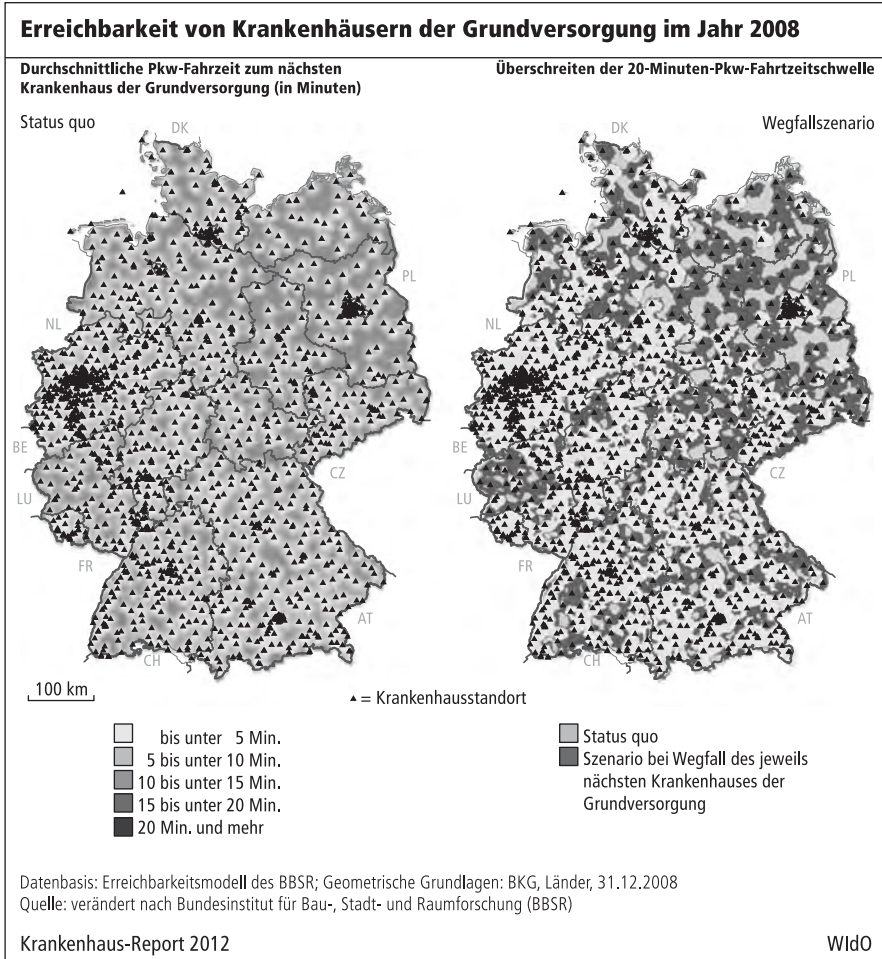
Mögliche Folge ist eine verstärkte Leistungskonzentration insbesondere in Ballungsräumen durch Zusammenschlüsse bzw. Schließungen von Standorten. Krankenhäuser in peripheren Lagen, die infolge des Sicherstellungsauftrages auch unwirtschaftliche Behandlungsleistungen übernehmen müssen, sehen sich gegenüber anderen Häusern im Wettbewerbsnachteil. Um negativen Folgen hieraus für die Versorgung der Bevölkerung entgegenzuwirken, können in ihrer Tragfähigkeit gefährdete Krankenhausstandorte in ländlichen Räumen gefördert werden. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz eröffnet hier die Möglichkeit eines Sicherstellungszuschlages (§ 17 b KHG), um Krankenhäuser zu erhalten und damit eine wohnraumnahe Grundversorgung zu sichern (Feststellung zuschlagfähiger Krankenhäuser und Gewährung eines Sicherstellungszuschlages).

Nur drei Bundesländer konkretisieren Ansprüche an eine wohnortnahe stationäre Versorgung mit Standardvorgaben für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern (Winkel et al. 2010): In Hessen sollen Notfallkrankenhäuser in 20 bis maximal in 30 Minuten erreichbar sein. Mecklenburg-Vorpommern gibt eine maximale Entfernung zu Akutkrankenhäusern von 25 bis 30 km an, Nordrhein-Westfalen operationalisiert „Wohnortnähe“ mit einer Maximaldistanz von 15 bis 20 km. Bei einer angenommenen Durchschnittsgeschwindigkeit von 60 km/h entspricht dies einem Erreichbarkeitsmindeststandard von maximal 20 Minuten Fahrzeit.

Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) hat – unterstützt vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) – im Jahr 2004 eine Erreichbarkeitsanalyse für Krankenhäuser der Grundversorgung durchgeführt, um die Einhaltung entsprechender Erreichbarkeitsvorgaben zu überprüfen. Die Analyseergebnisse flossen in das Kapitel „Öffentliche Daseinsvorsorge“ im Bundesraumordnungsbericht 2005 (BBR 2005) ein und wurden darüber hinaus u. a. im Krankenhaus-Report 2005 veröffentlicht (Spangenberg und Schürt 2006). Eine aktuelle Analyse der Krankenhauserreichbarkeit des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im BBR im Zuge der Erarbeitung des kommenden Raumordnungsberichts liefert nahezu die gleichen Ergebnisse.

Die dabei zum Stand 2008 betrachteten 1 700 Krankenhäuser der Grundversorgung sind jeweils durch länderübergreifend einheitliche Kriterien definiert: Die Untersuchungen machen aufgrund der Unterschiede in den Krankenhausplanungen den Grundversorgungsbegriff nicht an der Versorgungsstufe, sondern an der Vorhaltung von Fachabteilungen der drei Disziplinen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe fest. Zu Einrichtungen der Grundversorgung wurden dabei Krankenhäuser gezählt, wenn sie über eine chirurgische oder internistische Fachabteilung (mit mehr als fünf Betten) oder eine gynäkologische Abteilung verfügen. In den Fällen, in denen die Bettenzahlen in diesen Fachabteilungen nicht betriebsstättenscharf vorliegen, wurde gestützt auf Fallzahlen des WiDO eine Schätzung vorge-

Abbildung 7–1



nommen.³ Ergänzend flossen die Krankenhauspläne der Länder als Informationsgrundlage ein.

Abbildung 7–1 (linke Karte) zeigt das Ergebnis der aktuellen Erreichbarkeitsanalyse für die insgesamt 1 700 in die Untersuchung einbezogenen Krankenhausstandorte, die sich nur sehr gering gegenüber denen der gleichen Untersuchung für den Raumordnungsbericht 2005 unterscheiden, weil trotz des Bettenabbaus nur wenig Krankenhausstandorte wegfielen.

Legt man die notwendige PKW-Fahrtzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandortes zugrunde, so befinden sich aktuell nahezu drei Viertel der Bevölke-

³ Auch aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser gehen die Bettenzahlen an einzelnen Betriebsstätten nicht immer eindeutig hervor. Der Schätzung der Bettenzahl aus Fallzahlen und Verweildauer liegen als durchschnittliche Annahmen zugrunde: Auslastung 0,85, Verweildauer in Tagen: Chirurgie 7,3; Frauenheilkunde und Geburtshilfe 4,8, Innere Medizin 6,8.

Tabelle 7–1

Bevölkerung nach Fahrzeitklassen

Kumulierte Anteile in %	2008	2003
unter 5 Minuten	33,3	34,0
unter 10 Minuten	73,1	73,9
unter 15 Minuten	90,9	91,4
unter 20 Minuten	97,5	97,6
20 Minuten und mehr	100	100

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

7

rung (73,2%) innerhalb eines 10-Minuten-Radius und 97,5% innerhalb eines 20-Minuten-Radius um das jeweils nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Lediglich 2,5% der Bundesbevölkerung benötigen mehr als 20 Minuten zum nächstgelegenen Krankenhaus. Die betroffenen Gebiete liegen zum größten Teil in den neuen Ländern.

Der Anteil der Bevölkerung, der nicht innerhalb von 20 Minuten ein Krankenhaus der Grundversorgung erreicht, fiel gegenüber der Untersuchung aus dem Jahr 2004 nur um 0,2 Prozentpunkte. Demnach hat sich die Zugänglichkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung gemessen an der PKW-Fahrzeit zwischen 2003 und 2008 für die Wohnbevölkerung kaum vermindert (siehe Tabelle 7–1).

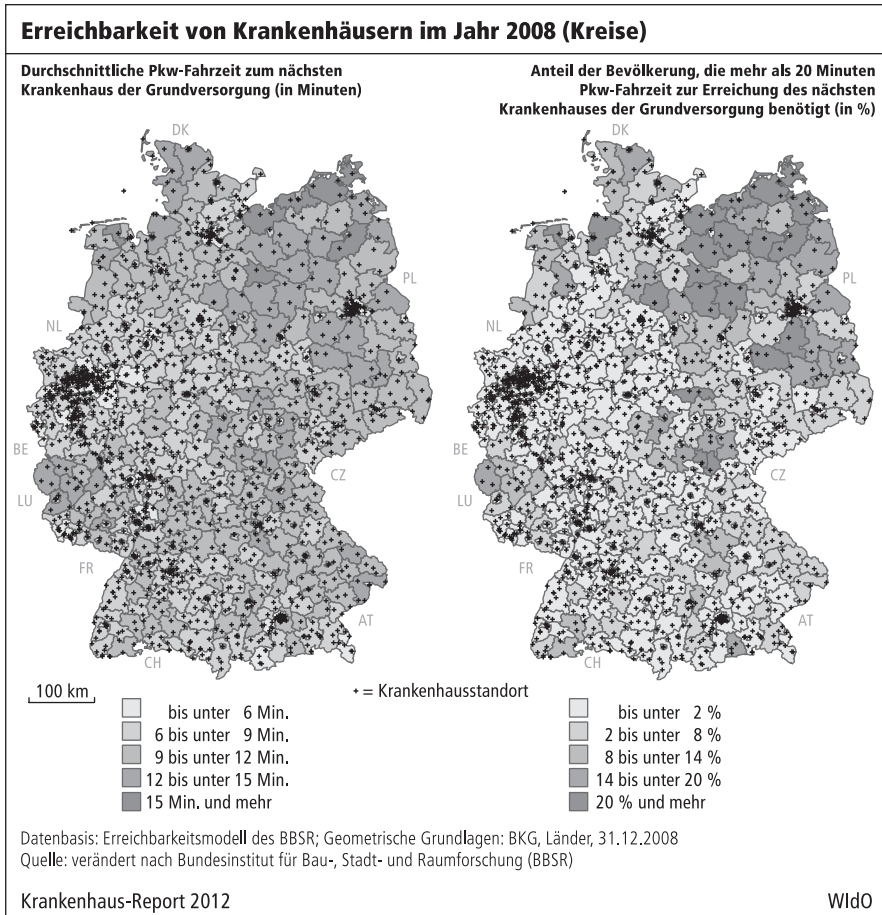
Die Abweichungen sind vor dem Hintergrund der teilweise unterschiedlichen Erhebungsgrundlagen der Krankenhausbetriebsstätten nicht signifikant. Der Versorgungsgrad der Bevölkerung gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern und damit die flächendeckende Krankenhausversorgung können allgemein weiterhin als sehr gut eingestuft werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei nach wie vor diejenigen Krankenhausstandorte, deren räumliche Lage derart isoliert ist, dass sich bei ihrem Wegfall die regionale Versorgungssituation durch längere Anfahrtswege über tolerierbare Verhältnisse hinaus verschlechtern würde. Dies wird deutlich, wenn die Folgen eines fiktiven Wegfalls von Standorten auf die Erreichbarkeiten dargestellt werden, um die Abhängigkeit von vielen einzeln gelegenen Standorten aufzuzeigen. Diese regional bedeutsamen Krankenhäuser würden im Falle einer Schließung große, unterversorgte Gebiete hinterlassen. In Abbildung 7–1 (rechte Karte) sind diejenigen Gebiete grau eingefärbt, von denen aus ein Krankenhaus der Grundversorgung bei Wegfall des nächstgelegenen Krankenhausstandortes mit dem Pkw erst in 20 Minuten oder mehr zu erreichen wäre.

7.3 Mittelbereiche als Versorgungsregionen

Die Ergebnisse der oben dargestellten Erreichbarkeitsanalysen gehen in die Laufende Raumbesichtigung BBSR – als eine Art bundesweites Frühwarnsystem zur Ermittlung benachteiligter Räume – ein. Wichtigste räumliche Bezugsebene der Laufenden Raumbesichtigung bildet die Kreisebene mit 412 Kreisen, davon 111 kreis-

Abbildung 7–2



freie Städte und 301 Landkreise. Die beiden Karten in Abbildung 7–2 zeigen beispielhaft zwei aus den Analyseergebnissen abgeleitete Kreisindikatoren:

- durchschnittliche Pkw-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2008, in Minuten
- Anteil der Bevölkerung, der 2008 mehr als 20 Minuten Pkw-Fahrzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhauses der Grundversorgung benötigte, in %

Die Kreisebene ist wegen der hohen Datenverfügbarkeiten und der Verantwortlichkeiten der Oberbürgermeister und Landräte in vielfältigen Aufgabenbereichen eine wichtige Analyseebene. Als Planungs- oder Versorgungsregionen sind die Kreise allerdings wegen ihres rein administrativen Zuschnitts wenig geeignet. Das gilt auch für die bisher übliche kreisscharfe Bedarfsplanung der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zu groß zugeschnittene Planungsräume verwischen insbesondere in ländlich-peripheren Räumen mit (zunehmend) großen Kreisgebieten die örtlichen Problemlagen.

Tabelle 7–2

Grundstufen zentraler Orte

Zentralörtliche Grundstufe	Typische Ausstattung	Versorgungsbereich
Oberzentrum (118 Gemeinden)	Fachhandel, größere Banken und Kreditinstitute, (Fach-) Hochschule, Schwerpunktkrankenhaus, wissenschaftliche Bibliothek, Sportstadion, Fernbahnhof	Oberbereich
Mittelzentrum (893 Gemeinden)	Warenhaus, Krankenhaus, Fachärzte, Hotel, Altenpflegeheim, Theater, Museum, Jugendeinrichtung, weiterführende Schule, Bibliothek, größere Sportanlage, Bahnhof	Mittelbereich
Grund-/Kleinzentrum (2716 Gemeinden)	Postfiliale, Bank, Einzelhandel, Allgemeinarzt, Zahnarzt, Apotheke, Kindertageseinrichtung, Grundschule, Sportstätte	Nahbereich

Krankenhaus-Report 2012

Wido

7

Dem trägt beispielsweise der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Rechnung mit der Regelung, dass seit November 2010 die Mittelbereiche als Bezugsräume betrachtet werden.⁴ Mittelbereiche sind die funktional und nach Erreichbarkeitskriterien abgegrenzten Versorgungsbereiche von Mittelzentren.⁵

In den Raumordnungsplänen der Länder sind rund 1 000 Mittelzentren (inklusive der Oberzentren, die auch mittelzentrale Funktionen tragen) festgelegt. Die Ebene der Mittelzentren bildet eine Grundstufe in den hierarchischen Zentrale-Orte-Systemen der Länder mit Oberzentren, Mittelzentren sowie Grund- und Kleinzentren. Zentrale Orte sind Gemeinden, die nicht nur sich selbst, sondern ihr Umland innerhalb eines Versorgungsbereiches mit Angeboten sozialer Infrastruktur versorgen.

Die Zentrale-Orte-Konzepte der Landesplanungen unterscheiden sich in den einzelnen Abstufungen zentraler Orte und den entsprechenden Ausweisungskriterien. Für die Grundstufen zentraler Orte lassen sich aber typische Ausstattungsmerkmale festhalten (Tabelle 7–2).

Landesplanerische Kataloge der für Mittelzentren anzustrebenden Ausstattung umfassen die über die örtliche Grundversorgung hinausgehenden Einrichtungen des gehobenen Bedarfs. Dazu zählen nach Entschließung vom 8. Februar 1968 der Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) Krankenhäuser der Grundversorgung mit den drei Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie. Raumordnungsklauseln in den gesetzlichen Grundlagen bei Planung und Controlling der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung sollen sicherstellen, dass die Planungen am System der zentralen Orte ausgerichtet werden. Mittelbereiche wären demnach gute Planungs- und Versorgungsregionen für Krankenhäuser der Grundversorgung.

4 Gemäß Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg: Beschluss Nr. 54/10 – Verfahren des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung von bestehender oder drohender Unterversorgung gemäß §§ 100 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB V, S. 3.

5 In aktuellen Raumordnungsplänen ist Sachsen-Anhalt das einzige Flächenland, für das bisher keine landesplanerische Grundlage zur Abgrenzung von Mittelbereichen existiert.

Hinzu kommt, dass das „Zentrale-Orte-Konzept“ – genauso wie in Zeiten des Wachstums – ein wichtiges Orientierungsraster liefert, wenn es darum geht, in Räumen mit Bevölkerungsrückgang die Standortnetzen von Infrastrukturangeboten auszudünnen und sich auf tragfähige Zentren zu konzentrieren.

7.4 Auswirkungen des demografischen Wandels auf die regionale Nachfrage nach Krankenhausleistungen

Insgesamt wird im Gesundheitsbereich mit einer Zunahme der Nachfrage gerechnet, die sich auch aus dem altersspezifischen Inanspruchnahmeverhalten ergibt. Selbst bei einer Abnahme der Gesamtbevölkerung führt die Zunahme älterer Menschen zu einem erhöhten Bedarf an medizinischen Leistungen, wie entsprechende Modellrechnungen belegen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008).

Bestimmend sind hierfür altersspezifische Nachfrageprofile (Abbildung 7–3). Sie unterscheiden sich für Männer und Frauen zwar bei den mittleren Altersgruppen – mit einem lokalen Maximum bei den Frauen im Alter von ca. 30 Jahren, was vor allem auf die mit Schwangerschaften und Geburtshilfe verbundenen Leistungen zurückzuführen ist. Für die großen Leistungsbereiche der Krankenhäuser, Arznei-

7

Abbildung 7–3

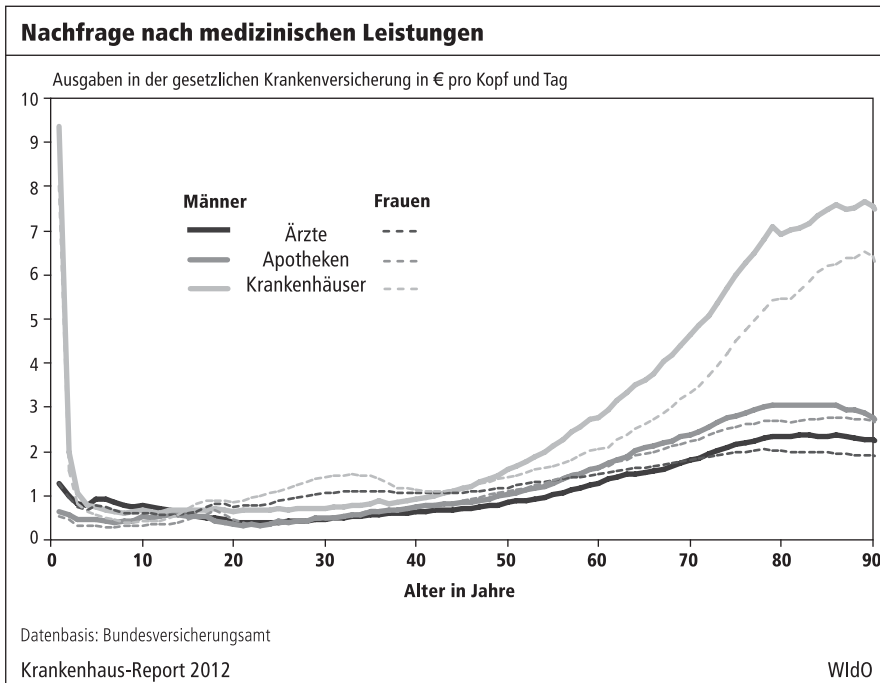
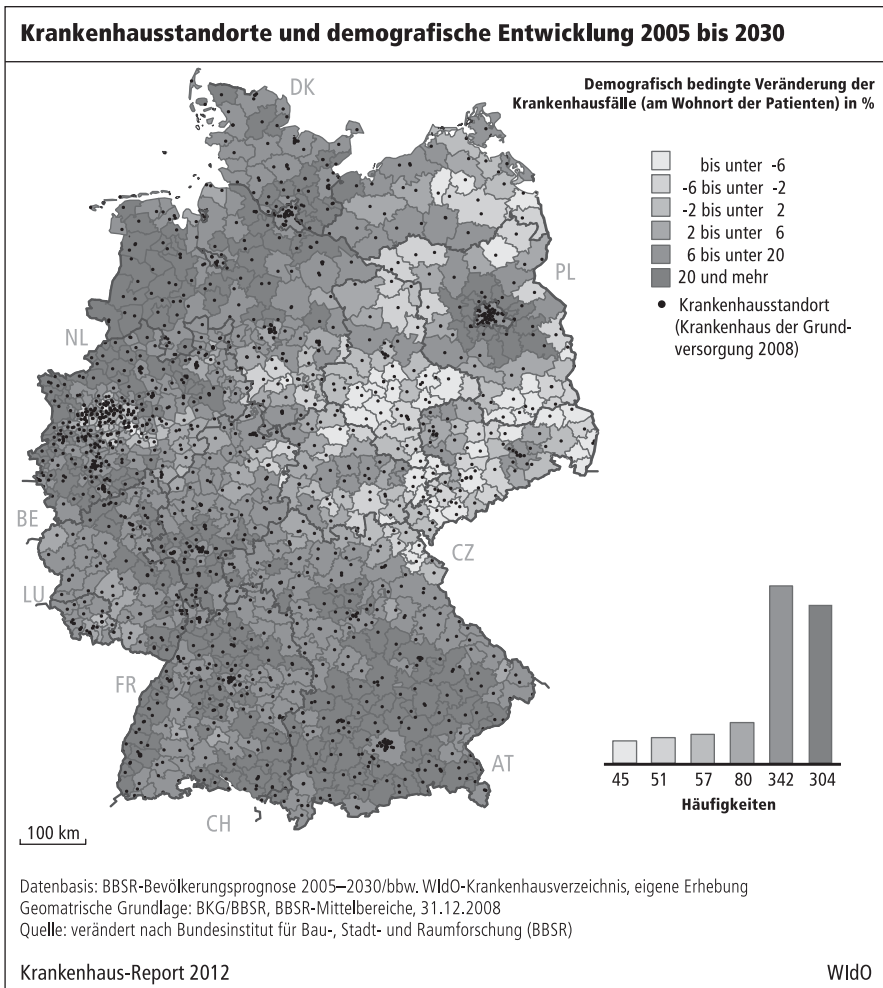


Abbildung 7–4



mittel und Ärzte sind aber die Gemeinsamkeiten der Geschlechter bei der Zunahme der Nachfrage in höherem Alter ausschlaggebend.

Die Zunahme der Inanspruchnahme von Leistungen mit dem Alter ist bei Krankenhäusern besonders ausgeprägt. Grundsätzlich ist daher davon auszugehen, dass die Zunahme der Zahl älterer Menschen vor allem bei den Krankenhäusern zu einer Steigerung oder Stabilisierung der Nachfrage führt. Aus der Verknüpfung der prognostizierten Bevölkerungszahlen und deren alters- und geschlechtsspezifischer Zusammensetzung mit dem entsprechenden Nachfrageverhalten ergibt sich insgesamt eine Zunahme der Nachfrage um rund 16% im Westen und um gut 6% im Osten.

Eine nach Mittelbereichen regional differenzierte Betrachtung auf Basis der kleinräumig regionalisierten Bevölkerungsprognose des BBSR (Abbildung 7–4) zeigt trotz alternder Bevölkerung auch Teilräume mit einem erwarteten Rückgang

der Nachfrage bis 2030. Davon betroffen sind vor allem die im Süden der neuen Länder außerhalb der Agglomerationsräume Leipzig und Dresden und dem Kernraum von Thüringen gelegenen Gebiete. Diese Regionen haben gegenwärtig – wie auch schon zu DDR-Zeiten – eine vergleichsweise „alte“ Bevölkerung. Dort ist die künftige demografische Alterung, gemessen an der Ausgangslage, weniger ausgeprägt. Vor allem in diesen Räumen muss für größere Gebiete mit entsprechenden Tragfähigkeitsproblemen gerechnet werden. Allerdings ist hier das Standortnetz dichter als etwa in den dünn besiedelten Räumen Mecklenburg-Vorpommerns und Nordbrandenburgs.

Die Rückgänge der Krankenhausfallzahlen setzen meist erst ab ca. 2015/2020 ein, in den nächsten zehn Jahren dürfte es noch keine nennenswerten, demografisch bedingten Abnahmen geben. Nicht berücksichtigt ist bei diesen Berechnungen, dass durch den medizinischen Fortschritt zum Beispiel die Verweildauern in Krankenhäusern tendenziell geringer werden oder stationäre Behandlungen durch ambulante ersetzt werden können. Solche (nichtdemografischen) Einflussfaktoren reduzieren zusätzlich die Nachfrage nach Krankenhausbehandlungen.

Abgesehen von den genannten Räumen mit demografisch stagnierender oder rückläufiger Nachfrage überwiegen die Regionen mit einer demografisch bedingten Zunahme der Krankenhausfälle. In diesen Räumen sind mögliche Schließungen von Krankenhäusern und eine entsprechende Verschlechterung der Versorgungssituation also weniger durch rückläufige Nachfrage als durch andere betriebswirtschaftliche Kriterien denkbar.

Überlagert man die obigen Ergebnisse (Abbildung 7–1, rechte Karte) mit der zu erwartenden Nachfrage (Abbildung 7–4), dann lassen sich Räume identifizieren, die im doppelten Sinne als gefährdet angesehen werden können: Eine demografisch sinkende Nachfrage erzeugt Tragfähigkeitsprobleme, die Schließung von Standorten würde jedoch die Versorgungs- und Erreichbarkeitssituation wiederum verschlechtern. Diese Konstellation gibt es in Teilen der Nord- und Osthälfte der neuen Länder. Dagegen würde in den nachfrageschwachen Räumen im Süden von Sachsen-Anhalt, in Sachsen und in Thüringen eine Schließung von Standorten erkennbar geringere Lücken in die Versorgungslandschaft schlagen.

7.5 Handlungsempfehlungen

Für die Krankenhauslandschaft in ihrem Strukturwandel (Privatisierung, Einführung von Fallpauschalen, etc.) und zunehmender Unternehmenskonzentration hilft die Konzentration von (verbleibenden) Krankenhausstandorten an zentralen Orten, eine abgestufte stationäre Gesundheitsversorgung flächendeckend zu sichern. Dabei ist die strukturpolitische Bedeutung der Krankenhäuser als wichtige regionale Wirtschaftsunternehmen und Arbeitgeber für den ländlichen Raum nicht zu vernachlässigen. Insbesondere die Mittelzentren sind im ländlichen Raum als „Pflöcke“, „Knotenpunkte“ oder „stabilisierende Anker“ von hoher regionaler Bedeutung.

Die Ausrichtung der Krankenhausstandorte am Netz der zentralen Orte verbessert zusätzlich die Krankenhäuserreichbarkeit, denn Verkehrsverbindungen und -er-

schließungen sind ebenfalls am Zentrale-Orte-System ausgerichtet⁶. Ihre Erreichbarkeit wird auch noch insofern verbessert, als Besuche mit Besorgungen bei anderen zentralen Orten gebündelten Einrichtungen verknüpfbar sind. Gut ausgestattete zentrale Orte sorgen auch dafür, Wohn- und Arbeitsort für die an der Primärversorgung beteiligten Ärzte und das Personal der Krankenhäuser attraktiv zu halten.

Die im Sommer 2006 von den für Raumordnung zuständigen Ministern beschlossenen Leitbilder zur Raumentwicklung (vgl. „Leitbild 2: Daseinsvorsorge sichern“, BMVBS 2006) setzten besonders auf realistische Anpassungen des zentralörtlichen Systems als Reaktion auf die Gefährdung der Leistungen und Einrichtungen durch die Folgen des demografischen Wandels und knapper werdender öffentlicher Mittel⁷. Dabei besteht für die Bundesländer erheblicher Spielraum für eine Straffung der Zentrale-Orte-Systeme. Eine bundesweite Analyse der räumlichen Verteilung von zentralen Orten des BBR kommt zu dem Ergebnis, dass zur Erfüllung der üblichen landesplanerischen Tragfähigkeits- und Erreichbarkeitskriterien nur die Hälfte der derzeit ausgewiesenen Mittelzentren benötigt wird (Pütz und Spangenberg 2006). Im Extremfall einer Halbierung der derzeit ausgewiesenen Mittelzentren auf ca. 400 könnte auch zukünftig die Versorgung mit tragfähig ausgelasteten Einrichtungen der Daseinsvorsorge des gehobenen Bedarfs, wie etwa Krankenhäusern der Grundversorgung aufrechterhalten werden.

Mobilitätssicherung in nachfrageschwachen ländlichen Regionen auch für Personen, die nicht mit dem Auto fahren können oder wollen, sollte deshalb ein zentraler Bestandteil von Konzepten und Strategien zur Sicherung der Daseinsvorsorge sein. Eine Strategie, die Tragfähigkeitsproblemen entgegenzutreten soll, muss darauf abzielen, notwendige Konzentrationsmaßnahmen mit einer qualitativen Verbesserung des Infrastrukturangebotes zu verbinden.

Wenn in von Abwanderungen betroffenen ländlichen Regionen die Auslastung von Infrastruktureinrichtungen gefährdet ist, müssen zentralörtliche Netze ausgedünnt werden oder Lösungen etwa in der Funktionsteilung in Städteverbänden gesucht werden. Auch im Gesundheitsbereich kann auf temporäre, mobile und flexible Angebotsformen zurückgegriffen werden, wie „Gesundheitszentren“ mit mehreren Allgemein-/Fachärzten; Nutzung von Krankenhauseinrichtungen durch ambulante Mediziner, temporär-mobile Behandlungsangebote oder Ansätze der Telemedizin. In der Fläche könnte die wohnortnahe Versorgung durch Portalkliniken gesichert werden, die Patienten nach einer Erstversorgung und telemedizinisch vernetzter Diagnose an spezialisierte Kliniken verteilen.

Neben der Modernisierung und Flexibilisierung der Versorgungsstruktur ist ein gezieltes regionalisiertes Monitoring erforderlich. Das bedeutet eine fortlaufende Beobachtung der sich wandelnden regionalen Versorgungsstrukturen und der Auswirkungen des demografischen Wandels, auch im Ländervergleich. Eine dazu geeignete räumliche Bezugsebene bilden die Mittelbereiche als Versorgungsbereiche der Mittelzentren.

6 So definiert die RIN Erreichbarkeitsanforderungen für unterschiedliche Funktionsstufen von Verbindungen zwischen und zu zentralen Orten sowohl im motorisierten Individualverkehr als auch im öffentlichen Verkehr (Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen 2008).

7 Zur Rolle der Raumordnung in der Gesundheitsversorgung siehe auch Spangenberg 2008.

Literatur

- Albrecht M. et al. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung – Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen. Edition Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 252. Düsseldorf 2010.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg). Raumordnungsbericht 2005. Berichte Bd. 21, Bonn 2005.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg). Leitbild 2: Daseinsvorsorge sichern. In: Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland. Verabschiedet von der Ministerkonferenz für Raumordnung am 30.06.2006.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Anlage zum DKG-Rundschreiben Nr. 275/2010 vom 16.09.2010. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: September 2010.
- Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (FGSV). Richtlinien für integrierte Netzgestaltung (RIN). Ausgabe 2008 = FGSV-Nr. 121. Köln 2009.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–81.
- Pütz T, Spangenberg M. Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich? In: BBR (Hrsg). Gleichwertige regionale Lebensverhältnisse? IzR 6/7.2006.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) (Hrsg). Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. Essen 2011.
- Spangenberg M, Schürt A. Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status quo und Szenarien. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 205–19.
- Spangenberg M. Auch die Raumordnung ist gefragt. Land in Form – Magazin für den ländlichen Raum. Bd. Gesundheit und medizinische Versorgung im ländlichen Raum. Bonn: Deutsche Veretzungsstelle ländlicher Raum 2008.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2008.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2009, Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2011a.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheitsausgaben in Deutschland. www.gbe-bund.de 2011b. (22. Juli 2011).
- Winkel R et al. Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg). BMVBS-Online-Publikation 13/10. Bonn 2010.