

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 69-84



5	Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhaus- landschaft aus Patientensicht	69
	<i>Max Geraedts</i>	
5.1	Einführung	70
5.2	Spektrum vorliegender Befragungsergebnisse	71
5.3	Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen	72
5.4	Krankenhauswahl	73
5.5	Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung	76
5.6	Vertrauen in Krankenhäuser	79
5.7	Flächendeckung der Krankenhausversorgung	80
5.8	Fazit	83

5 Strukturwandel und Entwicklung der Krankenhauslandschaft aus Patientensicht

Max Geraedts

Abstract

Deutschlands Krankenhausstrukturen und Krankenhauslandschaft haben sich in den letzten 25 Jahren in vielerlei Hinsicht weiterentwickelt. Im Gegensatz zu Entwicklungen des Gesundheitssystems im Ganzen und den Entwicklungen im ambulanten Sektor ist die Bürger- und Patientensicht auf den Krankenhaussektor aber bisher kaum erfragt worden. Daher können Aussagen zur Patientensicht auch nur im Nebenschluss auf der Basis von Sekundärdatenanalysen zur Inanspruchnahme des Krankenhaussektors sowie von Befragungen zum Gesundheitssystem als Ganzes oder den Erfahrungen mit einzelnen Krankenhäusern getroffen werden. So äußern sich die Bürger in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt immer zufriedener mit dem Gesundheitssystem – und somit wahrscheinlich auch mit den Krankenhäusern, vertrauen aber Hausärzten mehr als Pflegekräften, Krankenhausärzten und – am wenigsten – Krankenhäusern. Trotzdem machen die meisten Patienten in Deutschlands Krankenhäusern positive Erfahrungen – wenn es irgendwo hapert, dann berichten Patienten über Probleme im Bereich der Kommunikation. Weiterhin beruht die Krankenhauswahl insbesondere auf eigenen Erfahrungen und der von Angehörigen, wobei niedergelassene Ärzte als Berater eine wesentliche Rolle spielen. Für mehr als 80% der Bürger ist es vorstellbar – wie von der Gesundheitspolitik gewollt –, weiter entfernte Krankenhäuser nach Qualitätskriterien auszuwählen. Bei fast allen Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt suchen auch bereits mehr als 50% der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. In Anbetracht der dichten, flächendeckenden Krankenhausversorgung in Deutschland sind damit aber empirisch für die meisten Einwohner keine relevanten bzw. unzumutbaren Fahrzeitverlängerungen verbunden.

Over the past 25 years, Germany's hospital structures and arrangements have advanced in several respects. In contrast to developments in the health system as a whole and developments in the outpatient sector, the public's and patients' perspectives on the inpatient sector have rarely been subject to surveys so far. Therefore, conclusions about patients' views can only be inferred indirectly by using hospital utilisation data and surveys concerning the health system as a whole and patients' experiences with individual hospitals. Based on these data, it seems that patient satisfaction with the German health care system – and probably also with hospitals – has increased during recent years; however, patients trust their primary care physicians more than nurses, hospital physicians and – least of all – hospitals. Nevertheless, most patients report positive experiences with German hospitals; if there are problems, then communication seems to be

the principal weak point they criticise. Patients' hospital choice still relies on patients' own experiences and those of relatives and friends, while off ce-based physicians play a major role as consultants. Anyhow, more than 80 % of Germany's citizens regard it as conceivable to choose a better, more distant hospital – the quality oriented choice model that is politically put forth. Looking at secondary data referring to all indications for hospitalizations, more than 50 % of patients already do not choose the nearest, but a more distant hospital. However, in view of the high hospital density in Germany, most residents do not have to travel unacceptable distances.

5.1 Einführung

Gesundheitspolitisch steht außer Frage, dass die derzeitige Struktur der Krankenhauslandschaft in Deutschland einer Weiterentwicklung bedarf. Von den zahlreichen Baustellen potenzieller Weiterentwicklung, die in den letzten Jahren unter anderem von den Autoren des Krankenhaus-Reports aufgezeigt wurden, sollen nur einige exemplarisch benannt werden: Überkapazitäten in verdichteten Räumen einerseits, drohende Erreichbarkeitsprobleme und Personalmangel vor allem in ländlichen Regionen andererseits. Insolvenzgefährdung bei einem Drittel der Krankenhäuser verbunden mit einem Investitionsstau bei unzureichender Investitionsfinanzierung durch die Länder und gleichzeitig Gewinne der privaten Krankenhausträger. Ambulantisierung der Medizin und Ausweitung der ambulanten Tätigkeiten der Krankenhäuser bei gleichzeitiger Steigerung der Inanspruchnahme stationärer Notfalleinrichtungen, die vielfach als unbegründet eingeschätzt werden. Zunehmender Missmut von Ärzten und Pflegekräften über die wahrgenommene Beeinflussung klinischer Entscheidungen durch wirtschaftliche Überlegungen – vielfach unter dem Stichwort „Ökonomisierung“ gefasst – und trotzdem Forderungen nach der Ausschöpfung weiterer Rationalisierungspotenziale. Messbare Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern, auf die der Gesetzgeber mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen reagiert, die letztlich zu einer qualitätsorientierten Zentralisierung von Leistungen führen könnten und gleichzeitig vehemente Proteste gegen die Schließung von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern durch betroffene Bürger (siehe auch den Beitrag von Beivers und Waehlert in diesem Band).

Empirisch steht außer Frage, dass sich die Krankenhauslandschaft in den letzten 25 Jahren zwar nicht revolutionär, aber doch evolutionär verändert hat. Die Zahl der Allgemeinen Krankenhäuser sank insbesondere fusionsbedingt um rund 20 %, die Zahl der Krankenhausbetten um 25 %, die Zahl der Belegungstage um 30 % und die Verweildauer um fast 50 %. Im gleichen Zeitraum stieg die stationäre Fallzahl um 30 % an und die Zahl beschäftigter Ärzte wuchs um 60 %, während die Zahl beschäftigter Pflegekräfte zunächst zunahm, dann rasant abnahm und inzwischen wieder knapp den Stand von vor 25 Jahren erreicht hat. Weiterhin veränderte sich die Trägerschaft der Krankenhäuser in diesem Zeitraum: 1991 waren 46 % der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, 39 % in freigemeinnütziger und 15 % in privater Trägerschaft; dagegen befanden sich 2015 nur noch 29 % in öffentlicher und

35% in freigemeinnütziger, aber 36% in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2016).

Unklar bleibt bisher, inwieweit diese Veränderungen in der Krankenhauslandschaft auf der einen Seite und die genannten „Baustellen“ im Bereich der akutstationären Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite von den Bürgern Deutschlands wahrgenommen und für positiv oder aber negativ erachtet werden. Erfüllt die derzeitige Struktur der Krankenhauslandschaft die von der Politik als vordringliches Ziel genannte Patientenorientierung oder sind die bereits erwähnten Proteste gegen Krankenhausschließungen nur die Spitze eines Eisbergs größter Unzufriedenheit mit der derzeitigen Struktur und den Entwicklungen im Krankenhausesektor?

Der vorliegende Beitrag nähert sich der Beantwortung dieser Fragestellung auf der Basis veröffentlichter repräsentativer Befragungs- und Studienergebnisse der letzten Jahre, die überblicksartig zusammengefasst werden; wo immer möglich werden auch zeitliche Trends berichtet.

5.2 Spektrum vorliegender Befragungsergebnisse

Die Suche nach Bürgermeinungen zur Struktur der Krankenhauslandschaft und zu Entwicklungen im Bereich des Krankenhausesektors in Deutschland ergibt bei der ersten Betrachtung einen interessanten Nebenbefund: So richtig scheinen sich die verschiedenen Akteure für die Meinung der Bürger in diesem Bereich nicht zu interessieren. Die Partner der Selbstverwaltung, die Pharma- und Medizinprodukteindustrie sowie Stiftungen und Gewerkschaften legen bei ihren durchaus vorhandenen Befragungen zum Gesundheitssystem einen Schwerpunkt auf Entwicklungen im Gesundheitssystem im Allgemeinen und den niedergelassenen Bereich im Besonderen. Beispielhaft zu nennen sind hier der leider eingestellte Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung, die KBV-Versichertenbefragungen oder die von der Firma Janssen beauftragten Befragungen¹.

Beim Krankenhausesektor gibt es nur wenige verwertbare Befragungsergebnisse zur Funktionalität des gesamten Sektors. Diese beziehen sich vor allem auf die Krankenhauswahl. Ansonsten gibt es die repräsentativen Befragungen zu den Erfahrungen von Patienten mit einzelnen Krankenhäusern, die als Surrogat für Meinungen zur Entwicklung des gesamten Sektors genutzt werden können; hier sind vor allem die Befragungen des Picker-Instituts, der Techniker Krankenkasse sowie der AOKen und BARMER GEK im Rahmen der Weissen Liste der Bertelsmann Stiftung zu nennen.

Sekundärdatenanalysen der theoretisch und praktisch zurückgelegten Fahrzeiten zu von Patienten in Anspruch genommenen Krankenhäusern sind zwar keine Befragungsergebnisse, jedoch spiegeln auch diese Analysen das Patientenverhalten in Bezug auf den Krankenhausesektor wider, sodass sie ebenfalls als Surrogat für die Einschätzung der Funktionalität dieses Sektors herangezogen werden können.

¹ www.gesundheitsmonitor.de; www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php; forsa 2016.

Die genannten Quellen bilden die Basis der folgenden Ausführungen; diese werden durch einzelne zusätzliche Studienergebnisse ergänzt.

5.3 Bewertung des Gesundheitssystems im Allgemeinen

5

Im Einklang mit anderen Untersuchungen zur gleichen Fragestellung berichten auch die im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2016 durchgeführten Analysen über eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem deutschen Gesundheitssystem (Marstedt und Reiners 2016). Für diese Studie wurden gleichlautende Befragungen aus den Jahren 2001 bis 2015 als Zeitreihe ausgewertet, sodass Trends erkennbar werden. Auf die Frage, wie zufrieden die für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung repräsentativen Befragten insgesamt mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland sind, antworteten im Jahr 2001 87%, dass sie (sehr) zufrieden seien. Dieser Wert verschlechterte sich im Zeitraum 2004 bis 2007 auf 81–83% und stieg seitdem bis zum Jahr 2015 auf nun 93% an. Insgesamt also hohe und leicht steigende Zufriedenheitswerte, die durch die Vielzahl zwischenzeitlicher Gesundheitsreformen kaum tangiert wurden. Trotzdem und eventuell gerade wegen der Vielzahl der immer wieder diskutierten Reformen sehen die Befragten für das deutsche Gesundheitssystem insgesamt einen hohen Reformbedarf, wobei auch dieser Wert in den letzten Jahren abgenommen hat. Während im Jahr 2001 noch 28% der Befragten nur kleinere Verbesserungen für notwendig erachteten, 60% einschneidende Maßnahmen zur Verbesserung für nötig hielten und 12% urteilten, dass von Grund auf verändert werden müsse, lagen diese Anteile im Jahr 2014 bei 43%, 52% und nur 5%. Sowohl beim Reformbedarf als auch bei der Zufriedenheit zeigen sich verschiedene Einflussfaktoren auf die Beurteilungen: Dabei sind Jüngere, Angehörige niedrigerer Sozialschichten, Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und Befragte mit geringerem Wissen über das Gesundheitssystem eher unzufriedener und ängstlicher in Bezug auf erwartete, für ihre Situation in Zukunft eher abträgliche Reformen als Ältere, chronisch Kranke, Befragte mit größerem Systemwissen und solche mit einem guten Gesundheitszustand.

Beinahe gleichlautend stellen sich die Ergebnisse der ebenfalls bereits über einen längeren Zeitraum laufenden Befragungen im Rahmen des „TK-Meinungspuls Gesundheit“ dar. Demnach hat sich die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem seit 2003 zunächst bis 2006 verschlechtert, um seitdem kontinuierlich zuzunehmen. In dieser beinahe jährlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von rund 2000 Bürgern Deutschlands waren beispielsweise im Jahr 2006 54% der Befragten entweder weniger zufrieden oder unzufrieden, während 44% zufrieden oder vollkommen/sehr zufrieden waren; im Jahr 2017 äußerten sich nur noch 16% als weniger zufrieden oder unzufrieden, während 84% jetzt zufrieden oder vollkommen/sehr zufrieden waren (TK-Meinungspuls 2017). Im Unterschied zur Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors äußerten sich hier jüngere Personen zufriedener als ältere, wobei insbesondere die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen besonders unzufrieden scheint. Vergleichbar zum Gesundheitsmonitor sind diejenigen mit schlechterem Gesundheitszustand oder aber geringerem Einkommen weniger zufrieden mit dem Gesundheitssystem. Wie beim Gesundheits-

monitor sehen auch die Befragten beim TK-Meinungspuls trotz der hohen Zufriedenheit mit dem System einen weiteren Reformbedarf: Nur 10% äußern, dass das System so bleiben soll wie es ist, 77% sehen Reformbedarf an einigen Stellen, während 13% einen grundlegenden und umfassenden Änderungsbedarf konstatieren (TK-Meinungspuls 2014).

5.4 Krankenhauswahl

Als wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit Gesundheitssystemen wird international die Zugänglichkeit zu Versorgungseinrichtungen beschrieben. Dem deutschen Gesundheitssystem wird oftmals eine vergleichsweise hohe Zugänglichkeit attestiert. Gleichzeitig wird aber auf große Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung hingewiesen und gesundheitspolitisch durch verschiedene Maßnahmen wie die Einführung von Qualitätsberichten, Mindestmengen sowie einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung und -vergütung versucht, Patienten zu einer stärker qualitätsorientierten Auswahl von Krankenhäusern zu lenken. Ob Bürger bereit sind, ein Krankenhaus nach qualitätsorientierten Kriterien auszuwählen, wie die Krankenhauswahl bisher vonstattengeht und mit welchen potenziellen Effekten auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern gerechnet werden muss, ist seit Langem Thema repräsentativer Befragungen.

Eine bedeutsame Unterscheidung ist dabei dahingehend zu treffen, ob Bürger nach ihrem potenziellen Vorgehen befragt werden oder aber stationäre Patienten ihr tatsächliches Vorgehen berichten.

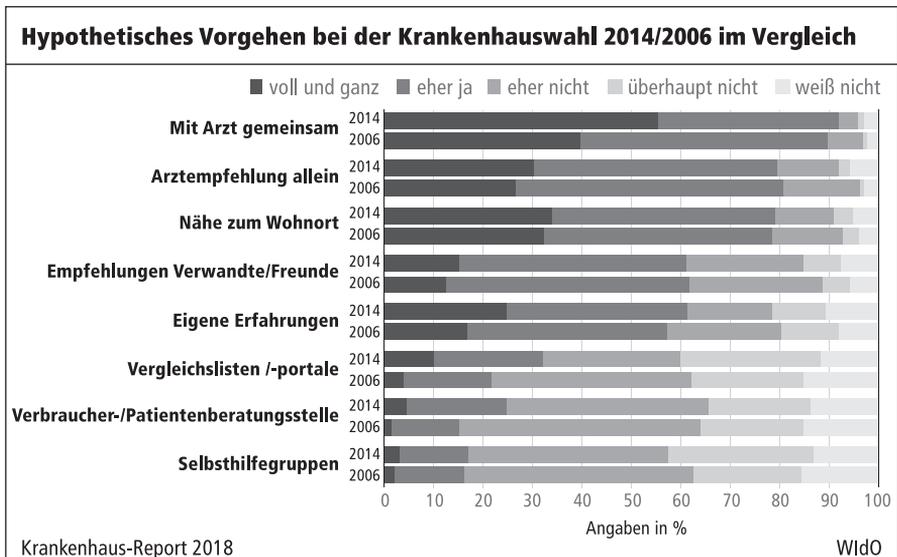
Eine frühe Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2006, also kurz nach den ersten Veröffentlichungen der gesetzlichen Qualitätsberichte, erbrachte zunächst, dass nur wenige Bürger die Berichte kannten und auch sonst Vergleichslisten in Zeitschriften oder im Internet für die Auswahl von Krankenhäusern nur sporadisch (von 0,5–2,6% der Befragten) genutzt wurden (Geraedts 2006). Fragte man jedoch nach dem hypothetischen Vorgehen und gibt mehrere potenzielle Vorgehensweisen vor, die alle angekreuzt werden können, dann sprachen sich 22% der Bevölkerung dafür aus, Vergleichslisten nutzen zu wollen. Solche Listen spielten jedoch im Vergleich mit anderen theoretisch bevorzugten Vorgehensweisen eine nur geringe Rolle. Hauptsächlich wurde genannt, dass die Krankenhauswahl gemeinsam mit dem Arzt entschieden (92%) oder aber dem Arzt überlassen würde (81%); ebenfalls wichtig erschien die Nähe zum Wohnort (79%, mit stärkerer Ausprägung bei gesetzlich Versicherten im Vergleich zu Privatversicherten), Empfehlungen von Freunden/Verwandten (62%) und die eigenen Erfahrungen (57%).

Werden Bürger nach den konkreten Auswahlkriterien befragt, die sie zur Krankenhauswahl anlegen wollen, muss unterschieden werden, ob hier freie Antworten oder aber die Beantwortung einer vorgelegten Auswahlliste analysiert werden. In der genannten Studie wurde den Befragten eine Liste mit 33 konkreten Kriterien aus den Bereichen medizinisches Leistungsspektrum, Qualifikation des Personals, Behandlungsverfahren und deren Erfolge, allgemeine Serviceleistungen der Klinik und sonstige Ausstattung und Leistungsmerkmale vorgelegt. Die Top Ten der am häufigsten genannten Kriterien sahen wie folgt aus (Geraedts 2006):

1. Qualifikation der Ärzte
2. Sauberkeit der Klinik und Patientenzimmer
3. Qualifikation des Pflegepersonals
4. Behandlung nach den neuesten und derzeit besten medizinischen Verfahren
5. Freundlichkeit des Personals
6. Einbeziehung der Patienten bei der Behandlung
7. Spezialkompetenzen der Klinik
8. Zufriedenheit der Patienten mit dieser Einrichtung
9. Behandlungserfolge und Komplikationsraten der Klinik
10. Empfehlung der Klinik durch Spezialisten

Sechs und acht Jahre später (2012 und 2014) nahm der Gesundheitsmonitor das Thema Krankenhauswahl wieder in seine Befragungen auf. Dabei wurde im Jahr 2014 die Frage nach dem hypothetischen Vorgehen bei der Krankenhauswahl fast gleichlautend wie im Jahr 2006 gestellt, sodass ein Vergleich zwischen diesen beiden Jahrgängen möglich ist. Abbildung 5–1 belegt, dass die Reihenfolge der Bedeutung der einzelnen bei der Befragung vorgegebenen potenziellen Vorgehensweisen und die Ergebnisse für die beiden positiven Einschätzungen („stimme voll und ganz zu“, „stimme eher zu“) beinahe stabil blieben. Unter der Bedingung, mehrere Antworten ankreuzen zu können, benannten rund vier Fünftel der Befragten die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt oder das Vertrauen auf dessen Empfehlung und die Nähe zum Wohnort als Vorgehensweisen. Rund 60% würden auch Empfehlungen von Verwandten oder Freunden sowie die eigenen Erfahrungen bei der Auswahl heranziehen. Die geringste Bedeutung kam weiterhin den Vergleichsportalen, Patienten-/Verbraucherberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu. Trotzdem kann konstatiert werden, dass deren Bedeutung den höchsten

Abbildung 5–1



Zuwachs erfahren hatte, indem die beiden erstgenannten Informationsquellen 2014 um 10% häufiger als 2006 in Betracht gezogen wurden. Zuletzt muss eine weitere Entwicklung explizit benannt werden, die in den acht Jahren zwischen den beiden Befragungszeiträumen eine Veränderung erfahren hat: Der Anteil der Befragten, der einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Arzt „voll und ganz“ zustimmte, nahm um 16% zu – die gesellschaftliche Akzeptanz der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Bereich der Gesundheitsversorgung scheint sich also tatsächlich erhöht zu haben.

Ebenfalls auf der Grundlage der Befragungen des Gesundheitsmonitors kann die hypothetische Bedeutung einzelner Kriterien bei der Krankenhauswahl im Zeitverlauf verglichen werden. Im Unterschied zur Befragung 2006 wurden aber in der Befragung 2012 nur neun Kriterien aus den Rubriken „medizinische Qualität“, „Renommee“ und „Komfortmerkmale“ zur Auswahl gestellt, von denen jeweils nur höchstens zwei angekreuzt werden sollten (Mansky 2012). Zudem wurde nach der Kriterienwahl im Falle eines leichteren Anlasses und aufgrund einer schweren Erkrankung gefragt. Auf diese Weise gefragt, präferierten die Befragungsteilnehmer am meisten „überdurchschnittlich gute medizinische Behandlungsergebnisse des Krankenhauses“ (28% bei leichtem, 35% bei schwerem Anlass), dann den Ruf des Krankenhauses (19% bzw. 17%) oder die Empfehlung durch behandelnde Ärzte (19% bzw. 18%). Die übrigen zur Auswahl gestellten Kriterien wurden seltener angekreuzt, indem bei leichterem Anlass die Erreichbarkeit des Krankenhauses (9%), Sauberkeit und Komfort (8%), Freundlichkeit des Pflegepersonals und der Ärzte (8%), die Sterblichkeit und Komplikationen (7%) und zuletzt das Essen (2%) eine unbedeutendere Rolle spielten. Bei schwererem Anlass wurden die Sterblichkeit und Komplikationen mit 12% als wichtiger bewertet, während alle übrigen genannten Kriterien eine noch etwas geringere Rolle spielten. Obwohl sich diese Befragung methodisch stark von der im Jahr 2006 unterscheidet, lässt sich feststellen, dass weiterhin die medizinische Versorgung, der Ruf bzw. Empfehlungen, aber auch die Erreichbarkeit eine größere Rolle als typische Komfortmerkmale einnehmen. Zudem bleibt der Fakt, dass Bürger der Sterblichkeit bzw. Komplikationsrate, die oftmals als die herausragenden Kriterien für Krankenhausvergleiche propagiert werden, nicht die größte Bedeutung beimessen. Inwieweit die Befragten hierbei diese Aspekte verdrängen und solche negativen Ergebnisse am liebsten für sich ausschließen, kann auf der Basis dieser Befragungen nicht analysiert werden.

Vergleicht man nun diese Ergebnisse zur hypothetischen Krankenhauswahl mit den Befragungsergebnissen einer Studie, bei der insgesamt 1925 aktuell stationäre Patienten unter anderem auf die Frage geantwortet haben, warum sie in genau diesem aktuell aufgesuchten Krankenhaus behandelt werden, dann ergeben sich Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede (Universität Witten/Herdecke 2014). Bei dieser Befragung konnten die Patienten von 18 Auswahlkriterien mehrere benennen. Neben einer Teilgruppe von 21%, die keine Auswahlgründe angegeben hatten, weil sie nicht selbst bzw. nicht mit über das behandelnde Krankenhaus entschieden hatten, standen an erster Stelle der Entscheidungskriterien mit 48% die eigenen Erfahrungen der Patienten mit dem Krankenhaus bei Voraufenthalten. Eine Empfehlung vom eigenen behandelnden Haus- oder Facharzt befand sich mit 25% an zweiter Stelle, gefolgt mit 22% vom guten Ruf des Krankenhauses. Danach folgte das praktische Kriterium der Wohnortnähe (19%) und die Empfehlung durch Ange-

hörige (16%). Dass sich die Krankenhausärzte genug Zeit für die Patienten nehmen, gaben 11 % als wichtiges Entscheidungskriterium an. Alle weiteren Gründe wurden von jeweils unter 10% angegeben. Darunter befanden sich auch die oben genannten Behandlungserfolge (3,1%), die Behandlungshäufigkeit (2,1%), allgemeine Komplikationen oder Entzündungen (2,4%), die Zufriedenheit anderer Patienten mit dem Krankenhaus (1,6%) und die Sterblichkeit (0,5%).

Die zuletzt aufgeführten, in der aktuellen Diskussion oft als wesentlich genannten Kriterien spielen demnach für die reale Auswahl-situation keine prominente Rolle. Die tatsächliche, nicht hypothetische Krankenhauswahl muss dabei vor dem Hintergrund folgender Fakten betrachtet werden: Laut der genannten Studie verfügen die meisten Patienten auf der einen Seite über immense Vorerfahrungen und auf der anderen Seite über zu wenig Zeit, um eine informierte, vergleichende Krankenhauswahl selbst treffen zu können. 42% der Studienteilnehmer hatten ein bis fünf und 52% sogar mehr als fünf Krankenhausaufenthalte vor der aktuellen Aufnahme. 65% waren bereits im aktuellen Krankenhaus behandelt worden, von denen 93% angaben, mit dem Voraufenthalt zufrieden gewesen zu sein. Hinzu kommt, dass nur 21% der Patienten mehr als sieben Tage Zeit zwischen der Indikationsstellung zum Krankenhausaufenthalt und der aktuellen Aufnahme hatten. Damit werden viele der bei den hypothetischen Befragungen aufgeführten Kriterien der Krankenhauswahl hinfällig. Umso bedeutsamer sind die (eigenen) Erfahrungen mit den Krankenhäusern, wozu in den letzten Jahren vielfach Befragungen durchgeführt worden sind.

5.5 Erfahrungen/Zufriedenheit mit der Krankenhausversorgung

Die bedeutendsten laufenden Befragungen finden durch die derzeit größten Krankenkassen statt, die ihre Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt anschreiben und um die Beteiligung an einer „Zufriedenheitsbefragung“ bitten. Die AOKs und die BARMER GEK nutzen das Instrument „Patient Experience Questionnaire“ (PEQ) mit einem Rücklauf von rund 40%, die Techniker Krankenkassen ein eigenes validiertes Instrument, das inzwischen nur noch online angewendet wird, mit einem Rücklauf von rund 20%. Weiterhin ist das von vielen Krankenhäusern genutzte Befragungsinstrument des Picker-Instituts zu nennen, das eine Quote von etwa 55% berichtet. Während der Fokus beim Picker-Instrument vollständig auf Fragen zu den im Krankenhaus gemachten Erfahrungen liegt, setzen die beiden anderen Instrumente sowohl Erfahrungsfragen als auch Einschätzungsfragen ein.

Betrachtet man zunächst einmal die typischerweise genutzten Qualitätsdimensionen, dann zeigt Tabelle 5–1 die Ergebnisse von rund 100 000 TK-Versicherten aus Befragungen des Jahres 2016. Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt liegt im Durchschnitt bei 80%, wobei eindrucksvoll erkennbar ist, dass die Zufriedenheit in allen Dimensionen mit der Krankenhausgröße beinahe schon in Form einer Dosis-Wirkungs-Beziehung assoziiert ist. Im Großen und Ganzen kann man sagen, dass Patienten in kleineren Krankenhäusern wesentlich zufriedener sind als in großen Krankenhäusern. Die besten Werte werden für die

Tabelle 5–1

Ergebnisse der TK-Zufriedenheitsbefragungen 2016*

Beurteilung der Qualitätsdimensionen (Bettengrößenklasse)	Zufriedenheit				
	(50–149)	(150–299)	(300–499)	(500–799)	(>799)
Allgemeine Zufriedenheit mit dem Krankenhaus	86,8%	82,1%	80,8%	79,2%	78,8%
Behandlungsergebnis	82,5%	80,6%	79,9%	79,0%	78,2%
Medizinisch-pflegerische Versorgung	84,5%	80,0%	78,3%	76,4%	75,5%
Information und Kommunikation	85,8%	81,8%	80,4%	78,8%	78,1%
Organisation und Unterbringung	83,3%	78,8%	76,9%	74,6%	71,6%
Patientensicherheitskultur	84,8%	80,0%	77,9%	75,9%	74,8%

* nur Krankenhäuser mit >29 TK-versicherten Teilnehmern

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

allgemeine Zufriedenheit, die schlechtesten für die Zufriedenheit mit Organisation und Unterbringung erzielt.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch die Befragungen mit dem PEQ, in die über mehrere Jahre inzwischen mehr als 1 Million Rückmeldungen eingeflossen sind. Hierbei liegen die aktuellen Werte für die verschiedenen Dimensionen wie folgt: Weiterempfehlung (82%), Zufriedenheit mit ärztlicher Versorgung (83%), Zufriedenheit mit pflegerischer Betreuung (82%) und Zufriedenheit mit Organisation und Service (78%) (Bertelsmann Stiftung 2017).

Die relativ schlechteren Ergebnisse bei „Organisation und Unterbringung“ spiegeln sich auch in der Beantwortung einer Frage wider, die im Rahmen des Gesundheitsmonitors leider nur zwischen 2001 und 2008 gestellt wurde. Hierbei ging es um die Zustimmung zur Frage, ob die Qualität der Krankenhaus-Gebäude/-Einrichtungen erhöht werden müsste. Im Jahr 2001 stimmten dieser Aussage 50% der Befragten zu; dieser Wert sank bis auf 42% im Jahr 2004 und stieg dann wieder an auf 53% im Jahr 2008 (Bertelsmann Stiftung 2017).

Analysen mit den PEQ-Daten der Befragungen aus dem Jahr 2013, bezogen nur auf diejenigen 999 Krankenhäuser, von denen mehr als 75 Fragebögen vorlagen (insgesamt 300 200 Fragebögen), erbrachten folgende Erkenntnisse im Hinblick auf potenzielle Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit der Patienten (Kraska et al. 2017): Die allgemeine Zufriedenheit bzw. Weiterempfehlung war auch in dieser multivariaten linearen Regressionsstudie signifikant mit der Krankenhausgröße assoziiert (je größer, desto schlechter), zudem mit der Region (Osten besser als Süden und wesentlich besser als Nordwesten Deutschlands), der Personalausstattung (je mehr Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, desto besser), der Krankenhausträgerschaft (freigemeinnützig besser als öffentlich; am schlechtesten schnitten privat getragene Krankenhäuser ab) und der Qualität der Versorgung – gemessen anhand der Daten der externen stationären Qualitätssicherung (insbesondere höhere Zufriedenheit bei höherer Prozessqualität).

Im Gegensatz zu diesen Befragungsergebnissen, aus denen kaum konkrete Verbesserungsoptionen abzuleiten sind, stellt das Picker-Institut den teilnehmenden Kliniken ein als Problemhäufigkeit bezeichnetes Ergebnismaß zur Verfügung,

wobei der prozentuale Anteil der Patienten berichtet wird, der beim jeweiligen Themenbereich Verbesserungspotenzial sieht. Der Picker-Bericht 2013 auf der Grundlage von etwa 112 000 Befragungen aus 197 Krankenhäusern aus den Jahren 2009 bis 2012 benennt vor allem die Vorbereitung auf die Entlassung (47% der Patienten sehen Probleme), die Einbeziehung der Familie (30% sehen Probleme) und die Arzt-Patienten-Interaktion (22% Probleme) als Hauptproblembereiche (Picker-Institut 2013). Im Picker-Bericht 2014, der 138 044 Rückmeldungen aus 157 Krankenhäusern aus den Jahren 2010 bis 2013 zusammenfasst, werden ebenfalls die Probleme bei der Kommunikation rund um die Entlassung besonders betont (Picker-Institut 2014). Insbesondere die Information der Angehörigen über mögliche Unterstützungsmaßnahmen bei der Genesung (63% der Patienten berichten Probleme), genauso wie unzureichende Informationen über Nebenwirkungen der häuslichen Medikation (63% Probleme) und unzureichende Informationen über die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (51%) werden von der Mehrzahl der Patienten bemängelt. Jeweils rund 20% der Patienten beklagen sich über unverständliche oder widersprüchliche Antworten von Ärzten und Pflegekräften, unverständliche Erklärungen der Operationsergebnisse oder von Narkoserisiken und nicht vorhandene, aber notwendige medizinische Unterlagen.

Eine kleinere Stichprobe lag dem Picker-Bericht 2016 zugrunde; hier waren 38 000 Erwachsene aus 83 Krankenhäusern beteiligt, die 2014 oder 2015 befragt worden waren (Picker-Institut 2016). Kommunikationsprobleme spielten auch hier wieder die Hauptrolle: 29% der Befragten monierten unverständliche Erklärungen von Untersuchungsergebnissen, dass Ärzte nicht für Ängste, Befürchtungen und Sorgen verfügbar seien (36%), dass die häusliche Medikation nicht verständlich erklärt wurde (34%) oder dass über zu beachtende Gefahrensymptome nach der Entlassung (43%) und die Wiederaufnahme von Alltagsaktivitäten (50%) unzureichend informiert wurde. Dabei ist zu beachten, dass sich die hier berichteten Anteile jeweils auf diejenigen Befragungsteilnehmer beziehen, für die die Frage relevant war. Die jeweiligen Grundgesamtheiten werden in den Picker-Berichten nicht erwähnt.

Zu Problemen bei der Entlassung waren auch im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2011 sehr ähnliche Fragen gestellt worden (Bertelsmann Stiftung 2017). Die Befragungsteilnehmer, die einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten, beklagten zu 10%, dass sie nicht über die verordnete Entlassmedikation aufgeklärt worden waren, nichts über zu beachtende Symptome nach der Entlassung mitgeteilt bekommen hatten (12%), trotz weiterer Behandlungsbedürftigkeit nichts über die weitere Behandlung erfahren hatten (13%), Kontakte und Termine zur Nachsorge mit anderen Leistungserbringern nicht geknüpft worden waren (10%) und der Hausarzt verzögert Informationen erhalten hatte (10%). Im Gegensatz zu den Picker-Berichten beziehen sich diese Anteile auf die Grundgesamtheit der Befragten, sodass die Problemhäufigkeit geringer ist, die Themen jedoch weitestgehend übereinstimmen.

Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bei der regelmäßig rund 6 000 Erwachsene größtenteils zu Fragestellungen rund um die ambulante Versorgung befragt werden, ergänzt die genannten Befragungen um den Aspekt des Übergangs zwischen der stationären und ambulanten Versorgung. In diesen Befragungen zeigt sich, dass nur wenige Patienten von solchen Problemen betroffen waren. Im Jahr 2010 berichteten von den 24% der Befragten, die im letz-

ten Jahr im Krankenhaus behandelt worden waren, nur 4% über Probleme beim Übergang vom Krankenhaus zum Haus- oder Facharzt (KBV 2010). Im Jahr 2016 berichteten 5% der insgesamt 25% mit einem Krankenhausaufenthalt von solchen Problemen (KBV 2016). Als häufigstes Problem wurde im Jahr 2010 noch ein fehlender Arztbrief benannt (23%); im Jahr 2016 war dieses Problem nur noch mit einer Häufigkeit von 12% vorhanden. Andere, häufig genannte Probleme im Jahr 2010 waren Kommunikationsprobleme (19%), eine als unzureichend empfundene Behandlung im Krankenhaus (16%) oder eine Umstellung der Medikation (9%). 2016 wurden insbesondere nicht durchgeführte Abschlussgespräche mit einem Arzt (19%) oder nicht mitgegebene Medikamente zur Überbrückung der ersten poststationären Tage beklagt (49%).

Fasst man die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zu den Erfahrungen von Krankenhauspatienten zusammen, dann scheinen Patienten größtenteils positive Erfahrungen mit den Krankenhäusern in Deutschland zu machen. Verbesserungspotenzial liegt vor allem in der Kommunikation und der Organisation innerhalb der Krankenhäuser und zwischen den Versorgungssektoren.

5.6 Vertrauen in Krankenhäuser

In Anbetracht dieser Ergebnisse zu den Erfahrungen mit Krankenhäusern lassen sich die wenigen Befragungsdaten zum Vertrauen in Krankenhäuser interpretieren. Im Rahmen der Gesundheitsmonitorbefragungen wurde zunächst 2002 und 2003 und später nochmals im Jahr 2010 nach dem Vertrauen in Krankenhäuser gefragt (Bertelsmann Stiftung 2017). Im Vergleich zum Vertrauen in Hausärzte (83% im Jahr 2003, Kategorien viel/sehr viel) und Krankenpflegekräfte (57%) lag das Vertrauen in Krankenhäuser 2002 und 2003 jeweils nur bei 47%, im Jahr 2010 vertrauten aber 65% den Krankenhäusern.

Im Jahr 2012 wurde nochmals nach dem Vertrauen in Krankenpflegekräfte und zudem nach dem Vertrauen in Krankenhausärzte gefragt. Während das Vertrauen in Krankenpflegekräfte mit 91% viel höher als im Jahr 2003 lag, war das Vertrauen in Krankenhausärzte mit 80% zwar niedriger als bei Pflegekräften, jedoch weitaus höher als in die „Organisation Krankenhaus“ (Bertelsmann Stiftung 2017). Auch im Picker-Bericht 2016 wird der Anteil Befragter mit keinem/wenig Vertrauen in Krankenhausärzte mit 17% angegeben (Picker-Institut 2016). Während das Vertrauen in das Personal also durchaus zufriedenstellend ist, scheint das Vertrauen in die Einrichtungen als Ganzes doch eher angeschlagen zu sein. Auch hierbei ist jedoch wieder zu bedenken, dass diese Befragungen eine repräsentative Stichprobe von Bürgern befragt haben und nicht nur solche Personen, die selber mit Krankenhäusern Erfahrungen gemacht haben. Betrachtet man die oben genannten Ergebnisse zur Krankenhauswahl aktueller Krankenhauspatienten, dann scheint das Vertrauen darin, dass das Krankenhaus, in dem man vormals behandelt wurde (und überlebt hat), auch für den aktuellen Anlass geeignet ist, sehr groß zu sein – so könnte die hohe Bedeutung der eigenen Vorerfahrungen und nicht anderer „objektiver“ Kriterien bei der Krankenhauswahl erklärt werden.

5.7 Flächendeckung der Krankenhausversorgung

Ob ein „objektiv“ besser geeignetes Krankenhaus in der Realität ausgewählt wird, hängt – wie oben dargelegt – auch davon ab, ob das Krankenhaus erreichbar ist oder welche zusätzlichen Wege bei der Inanspruchnahme des „besseren“ Krankenhauses in Kauf genommen werden müssten. Zu dieser Fragestellung liegen sowohl Befragungsdaten vor als auch einige empirische Analysen der tatsächlich zurückgelegten Entfernungen und der potenziellen Entfernungen bei Auswahl eines anderen Krankenhauses. Diese Daten geben Aufschluss über die aktuelle Inanspruchnahme und akzeptierte Veränderungen bei der Erreichbarkeit von Krankenhäusern.

Das hypothetische Verhalten in Bezug auf das Kriterium Nähe zum Behandlungsort bzw. Akzeptanz weiterer Anfahrtswege lässt sich näherungsweise aus den Befragungen der Techniker Krankenkasse ableiten. Im Rahmen des TK-Meinungspuls wurden repräsentative Stichproben Erwachsener danach gefragt, ob sie bereit wären, für eine bessere Behandlungsqualität längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Diese Bereitschaft lag 2014 bei 84 % und stieg im Jahr 2017 auf 91 % an (TK-Meinungspuls 2014, 2017)

Das reale Verhalten spiegelt sich zum einen in der bereits erwähnten Befragung aktuell stationärer Krankenhauspatienten aus dem Jahr 2013 wider, zum anderen in der Analyse tatsächlich in Anspruch genommener Krankenhäuser in Abhängigkeit vom Wohnort, die mithilfe von Sekundärdaten vorgenommen werden kann.

Die bereits erwähnte Befragung aktueller Krankenhauspatienten ergab zunächst, dass 78 % der Patienten mit dem PKW zum Krankenhaus gekommen waren und dazu im Mittel 21,4 Minuten (Standardabweichung 16,7 Minuten) benötigt hatten. 35 % der Patienten gaben an, dass es ein Krankenhaus gäbe, das sie mit ihren jetzigen Beschwerden auch behandeln könnte und das sie von zu Hause aus genauso schnell oder schneller oder mit weniger Aufwand erreichen könnten, 56 % verneinten dies und 9 % gaben an, dies nicht zu wissen (Universität Witten/Herdecke 2014). Aktiv ein – den Befragten bekanntes – alternatives, zum Teil weiter entferntes Krankenhaus gewählt hatten also tatsächlich nur rund ein Drittel der Patienten und nicht mehr als vier Fünftel, wie hypothetisch angenommen. Zu bedenken hierbei ist jedoch, dass nicht sicher ist, ob die Patienten die Entfernungen zu allen geeigneten Krankenhäusern in ihrer Umgebung richtig einschätzten.

Empirische Analysen der tatsächlich zurückgelegten Entfernungen bzw. Fahrzeiten auf der Basis von Sekundärdaten sind im Krankenhaus-Report verschiedentlich veröffentlicht worden. Das methodische Problem, dass aufgrund der vorliegenden Sekundärdaten zumeist keine exakte Bestimmung der Entfernung zwischen dem Wohnort von Patienten und dem in Anspruch genommenen Krankenhaus möglich ist, wird dabei zumeist durch Näherungsverfahren überwunden. Die meisten nachfolgend zitierten Analysen nutzten entweder den Mittelpunkt des fünfstelligen Postleitzahlbezirks, in dem ein Patient wohnt, und die genaue Adresse des in Anspruch genommenen Krankenhauses – wobei bei Verbänden zum Teil ein nicht zutreffender Standort in Kauf genommen wird – und berechneten hiervon ausgehend die wahrscheinliche Entfernung zum behandelnden Krankenhaus. Das IQWiG hatte 2006 ein genaueres Verfahren vorgeschlagen, wobei die Patientenwohnorte zufällig in der jeweils analysierten Postleitzahlbezirks-Fläche verteilt werden (IQWiG

2006). Dieser Vorschlag wurde zum Teil in modifizierter Form umgesetzt (zum Beispiel bei Friedrichs und Beivers 2009, s. u.).

Scheller-Kreinsen und Krause (2015) analysierten beispielsweise auf der Basis der DRG-Daten des Jahres 2012 einerseits die potenziellen und andererseits die tatsächlichen Fahrzeiten zu von ihnen definierten grundversorgenden Krankenhäusern, die u. a. eine bestimmte Fallzahl bei den häufigsten Prozeduren der Inneren Medizin und Chirurgie leisten (insgesamt 1 043 von 1 793 Krankenhausstandorten mit somatischer Versorgung). Bei den theoretischen Berechnungen wurden Bevölkerungsanteile und Mittelpunkte von hochauflösenden PLZ-8-Gebieten genutzt. Wesentliche Erkenntnisse dieser Analysen lagen darin, dass 11,4% der Bevölkerung Deutschlands weniger als 5 Minuten und 98,8% weniger als 30 Minuten PKW-Fahrzeit bis zu einem Grundversorger benötigen, im Bundesdurchschnitt liegt die potenzielle Fahrzeit bei 11,9 Minuten. Die tatsächlichen Fahrzeiten (von PLZ-5-Mittelpunkten ausgehend) betragen im Durchschnitt 20,7 Minuten – ein Wert, der fast genau den Patientenangaben in der oben genannten Befragungsstudie entspricht. Sogar unabhängig vom Wohnort-Siedlungstyp (Großstadt bis ländlich) nahmen die Patienten tatsächlich in etwa die doppelte Fahrzeit in Kauf. Die wohnortnächste Versorgung nahmen im Durchschnitt 37% der Patienten in Anspruch, wobei hier zwischen Großstadt (29%) und dünn besiedelten Räumen (46%) jedoch größere Unterschiede bestanden.

Bei den meisten übrigen Analysen standen einzelne Indikationen im Fokus. Friedrichs und Beivers (2009) stellten auf der Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2006 (§ 301 SGB V) zum einen diejenigen je zehn DRGs dar, für die durchschnittlich die weitesten oder kürzesten Entfernungen zurückgelegt wurden (DRG U01/Geschlechtsumwandelnde Operation, Mittelwert der Distanz 183 km; DRG G09/beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >55 Jahre; 9,3 km). Zum anderen errechneten sie für Implantationen einer Endoprothese am Hüftgelenk (OPS 5-820; 72 146 Operationen von AOK-Patienten 2006) die zurückgelegten Entfernungen bei Notfallindikationen (definiert über die Diagnose „Fraktur“) oder elektiven Indikationen (definiert über die Diagnose „Arthrose“). Elektive Patienten legten im Mittel 20 km, Notfallpatienten 12 km zurück. 34% der elektiven Patienten und 57% der Notfallpatienten hatten das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht (jeweils rund 6 km entfernt). Die zusätzliche Distanz, die diejenigen zurückgelegt hatten, die nicht im nächstgelegenen Krankenhaus versorgt worden waren, betrug 20 km für elektive und 14 km für Notfallpatienten. Dabei waren die aufgesuchten Krankenhäuser von der Gesamtfallzahl her eher kleiner als die nächstgelegenen, aber bei Hüftoperationen lag deren Fallzahl höher. Im Fazit folgerten die Autoren, dass bereits 2006 eine Bereitschaft zur Wanderung in spezialisiertere Krankenhäuser festzustellen war.

Bei unseren eigenen Analysen zum Thema wurden Eingriffe ausgewählt, die ein breites Spektrum umfassen sollten, nämlich effektive und dringliche Eingriffe, Eingriffe, die eher jüngere bzw. ältere Bevölkerungsgruppen betreffen, und Eingriffe mit bereits breit propagiertem im Vergleich zu Eingriffen mit wenig qualitätsorientiertem Wahlverhalten (Geraedts und de Cruppé 2015). Letztlich wurden die Fahrzeiten von mehr als 700 000 AOK Patienten des Jahres 2013 analysiert, die aufgrund einer der folgenden Indikationen im Krankenhaus waren: Karotisendarteriek-

tomie, Pneumonie, Geburt/geburtshilflicher Eingriff, Knieendoprothese, Pankreas-eingriff, Myokardinfarkt, Brustkrebs.

In Abhängigkeit vom Behandlungsanlass hatten unterschiedliche Anteile der Patienten das jeweils am schnellsten erreichbare bzw. ein mit höchstens 10 % längerer Fahrzeit erreichbares Krankenhaus in Anspruch genommen. Dieser Anteil lag am weitesten auseinander für Geburten/geburtshilfliche Eingriffe bei 60 % und für Knieendoprothesen bei 38 %. Der Anteil an Patienten, die das nächste Krankenhaus aufsuchten, schwankte für die übrigen Indikationen um 50 % (Pneumonie 57 %, Karotisendarterektomie 51 %, Pankreaseingriff 48 %, Myokardinfarkt 47 %, Brustkrebs 44 %). Genauso unterschied sich auch der Anteil der Patienten, die eine Verdopplung der Fahrzeit im Vergleich zum nächsten Krankenhaus in Kauf genommen hatten, in Abhängigkeit vom Behandlungsanlass. Auch hier lag die Spannweite bei 14 % für die Geburtshilfe und 34 % für Knieendoprothesen. Dazwischen lagen die übrigen Indikationen wieder in ähnlicher Reihung (Pneumonie 17 %, Karotisendarterektomie 15 %, Pankreaseingriff 25 %, Myokardinfarkt 26 %, Brustkrebs 26 %). Auch diese Analysen belegen also die schon heute stattfindende Auswahl weiter entfernter Behandlungsorte, wobei hier deutlich wird, dass real eine auch theoretisch anzunehmende Abhängigkeit zum Behandlungsanlass besteht.

Zuletzt sollen noch Beispiele für Analysen benannt werden, die die theoretischen Auswirkungen von Zentralisierungen auf die potenziellen Fahrzeiten berechnet haben. Längen und Büscher (2012) analysierten beispielsweise für Knochenmarktransplantationen und wirbelsäulenchirurgische Eingriffe auf der Basis von Fallzahlen, welche Auswirkung eine Zentralisierung auf die theoretisch in Deutschland zurückzulegenden Fahrzeiten hat. Bei Knochenmarktransplantationen, die 2009 von 95 Kliniken durchgeführt wurden, betrug die mittlere Fahrzeit 34 Minuten und die maximale Fahrzeit 2 Stunden und 44 Minuten zum Erreichen des nächsten Zentrums von irgendeinem Wohnort in Deutschland. Würde man eine Mindestfallzahl von 25 Fällen einführen, dann würden noch 46 Zentren diese Leistung in Deutschland durchführen können, wobei die mittlere Fahrzeit 42 Minuten und die maximale Fahrzeit 3 Stunden und 26 Minuten betragen würde. Bei den Eingriffen an der Wirbelsäule, die 2009 von 895 Kliniken durchgeführt wurden, betrug die mittlere Fahrzeit 16 Minuten und die maximale Fahrzeit 2 Stunden und 10 Minuten. Würde man diese Eingriffe nur noch von Zentren mit mindestens 200 Eingriffen durchführen lassen, wären nur noch 122 Kliniken beteiligt, zu denen im Mittel 32 Minuten benötigt würden und maximal 2 Stunden und 35 Minuten. Letztlich sind also bei einer Zentralisierung in Deutschland kaum größere oder unzumutbare Veränderungen bei der Erreichbarkeit bzw. Flächendeckung der Versorgung zu erwarten. Diesen Befund bestätigten auch Analysen von Wesselmann et al. (2015), die auf der Grundlage der AOK-Versorgungszahlen für Darm- und Brustkrebs zeigen konnten, dass eine Behandlung in zumeist zertifizierten Zentren mit hoher Fallzahl nur für wenige Patienten eine Verlängerung der Fahrzeit bedeuten würde.

5.8 Fazit

Die Krankenhausstrukturen und die Krankenhauslandschaft haben in den letzten Jahren vielerlei Veränderungen erfahren. Als größter Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherungen unterliegen die Krankenhäuser weiterhin ständigen Reformbemühungen. Umso verwunderlicher ist es, dass die Sicht der Bürger oder Patienten auf die Entwicklungen im Krankenhausesektor bisher kaum Gegenstand repräsentativer Bevölkerungsumfragen gewesen ist. Daher kann die Meinung der Bürger über den Krankenhausesektor nur indirekt erfasst werden. So äußerten sich die Bürger in Deutschland in den letzten Jahren insgesamt immer zufriedener mit dem Gesundheitssystem – und somit wahrscheinlich auch mit den Krankenhäusern, sehen aber trotzdem weiteren Reformbedarf für das System. In Krankenhäuser als Institutionen sowie in dessen Personal wird jedoch weniger Vertrauen gelegt als zum Beispiel in Hausärzte; trotzdem berichten die meisten Krankenhauspatienten von positiven Erfahrungen mit der Versorgung im stationären Sektor. Ansatzpunkte für Verbesserungen der stationären Versorgung zeigen sich insbesondere im Bereich der Kommunikation mit den Patienten, der Krankenhausorganisation sowie dem Übergang in den ambulanten Sektor und der Zusammenarbeit mit ihm. Schaut man sich das Krankenhauswahlverhalten an, dann beruht die Krankenhauswahl weiterhin insbesondere auf eigenen, zumeist positiven Erfahrungen und der von Angehörigen/Freunden, wobei niedergelassene Ärzte als Berater eine wesentliche Rolle spielen. Die gesundheitspolitisch gewollte, qualitätsorientierte Auswahl weiter entfernter Krankenhäuser ist für mehr als 80% der Bürger vorstellbar. Bei fast allen Indikationen für einen Krankenhausaufenthalt suchen auch bereits mehr als 50% der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf. In Anbetracht der dichten Flächendeckung der Krankenhausversorgung in Deutschland sind damit aber für die meisten Bewohner keine relevanten bzw. unzumutbaren Fahrzeitverlängerungen verbunden.

Danksagung

Der Bertelsmann Stiftung sowie dem Picker-Institut sei gedankt für die Überlassung nicht öffentlich verfügbarer Daten. Herrn Moritz Darbinjan gilt Dank für die Unterstützung bei der Quellensuche und Datenextraktion.

Literatur

- Bertelsmann Stiftung. Weisse Liste Krankenhaussuche. www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/ (17 Aug 2017).
- Bertelsmann Stiftung. Gesundheitsmonitor 2001–2009 – Erhebungswellen 1–16. Nicht öffentlich verfügbare Datensätze – von der Bertelsmann Stiftung zur Verfügung gestellt. Gütersloh 2017.
- Bertelsmann Stiftung. Gesundheitsmonitor 2011 & 2012 – Erhebungswelle 19 & 20 – public use files. www.gesundheitsmonitor.de/ueber-uns/unsere-daten/ (17 Aug 2017).
- Forsa. Das Arzt-Patienten-Verhältnis und dessen Rolle für den Therapieerfolg. Berlin: forsa 2016.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J

- (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009 – Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–81.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2006 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2006.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Entwicklung und Erstellung eines Prognosemodells zur Ermittlung der Auswirkungen von Schwellenwerten auf die Versorgung. Abschlussbericht Version 1.0. IQWiG-Berichte Nr. 13; 2006.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH 2010. www.kbv.de/media/sp/V.befragung_2010_Ergebnisbericht.pdf (17 Aug 2017).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, 2016. www.kbv.de/media/sp/2016_Berichtband.pdf (17 Aug 2017).
- Kraska RA, Weigand N, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect* 2017; 20: 593–600.
- Lüngen M, Büscher G. Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 111–22.
- Mansky T. Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2012 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013.
- Marstedt G, Reiners H. Das deutsche Gesundheitswesen 2001 bis 2015 aus der Versichertenperspektive. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2016 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2016.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Hamburg: Picker-Institut 2013.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker-Report 2014. Neue Perspektiven – Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern. Hamburg: Picker-Institut 2014.
- Picker-Institut Deutschland gGmbH. Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker-Report 2016. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. Hamburg: Picker-Institut 2016.
- Scheller-Kreinsen D, Krause F. Die Ausgangslage für eine Strukturereinigung: Fahrzeiten, Krankenhausreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 23–39.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- Techniker Krankenkasse. TK-Klinikführer. www.tk.de/tk/klinikfuehrer/114928 (17 Aug 2017).
- TK-Meinungspuls Gesundheit 2014 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2014.
- TK-Meinungspuls Gesundheit 2017 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2017.
- Universität Witten/Herdecke. Abschlussbericht „Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker“, 2014. http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf (17 Aug 2017).
- Wesselmann S, Mostert C, Bruns J, Malzahn J. Onkologische Behandlung – qualitätsorientierte Versorgungsreform zügig umsetzen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 139–58.