

Die Patienten strömen auch in kleine Zentren

Die Zahl der deutschen Krankenhäuser wird weiter abnehmen, bis 2020 um prognostizierte zehn bis 20 Prozent. Doch die Gewinner der Marktberreinigung werden nicht automatisch die großen Häuser und Städte sein, wie eine Analyse der Patientenströme zeigt.

Von Claus Peter Müller von der Grün

Die Marktberreinigung unter den deutschen Kliniken wird fort dauern. Von gut 2 000 im kommenden Jahr, so prognostizieren das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen und die Admed GmbH, wird sich die Zahl der Krankenhäuser bis 2020 um weitere 20 Prozent reduziert haben

– um zehn Prozent, wenn der Staat die Marktentwicklung politisch bremst. Eine Analyse der Patientenströme aber zeigt, dass einige regionale Zentren, in denen sich medizinische Kompetenz bündelt, weiterhin mehr Patienten anziehen werden als andere. Vor allem die Häuser in kleineren und mittleren Großstädten sind laut RWI attraktiv.

In der Analyse der Patientenströme maß das RWI, ob in die Kliniken einer Region mehr Patienten einwanderten, als Patienten aus dieser Region in die Kliniken anderer Regionen abwanderten. Schon in dieser undifferenzierten Form ist die Beschreibung des Ist-Zustandes aufschlussreich: Nicht per se die ganz großen Städte sind die Gewinn-

ner, sondern es zählen offenbar Qualität und Zentralität des Klinikstandortes in seinem regionalen Umfeld.

Heidelberg ist attraktiver als Berlin

Im Jahr 2005 führte München das Ranking der Patientenzuwanderung in absoluten Zahlen an. In keiner anderen Stadt vermochten die Kliniken eine solch große Zahl an Patienten aus anderen Regionen anzuziehen. 418 772 Patienten ließen sich in München stationär behandeln. Darunter waren vor allem Einheimische, aber auch Patienten-Zuwanderer: 188 101 Patienten kamen von außerhalb in ein Münchner Krankenhaus. Lediglich 33 333 Münchner verließen die Stadt zur Behandlung. Es blieb eine Nettozuwanderung von 154 768. Auf Platz zwei folgte das vergleichs-

weise kleine Frankfurt am Main. In den Kliniken der Stadt wurden 212 340 Fälle behandelt. Die Nettozuwanderung betrug 84 377. Das wiederum viel kleinere Heidelberg erreichte mit einer Nettozuwanderung von 79 795 Patienten den dritten Platz, gefolgt von den Kernstädten des Ruhrgebiets, von denen eine jede ähnlich groß ist wie Frankfurt am Main. Die Kliniken in Hamburg zogen dagegen nur 75 984 Nettozuwanderer an, was die große Stadt nur auf einen fünften Platz kommen ließ. Berlin belegte mit 62 745 Nettozuwanderern sogar nur Platz acht.

96 Regionen gewinnen, der Rest verliert

Als „Hidden Champions“ in den „Top Twenty“ entpuppten sich dagegen mittlere Großstädte wie Bonn, das Platz sechs erreichte, Münster auf Platz sieben, Regensburg (Platz

neun), Karlsruhe (Platz elf), Freiburg (Platz zwölf), Kassel (Platz 13), Augsburg (Platz 14), Koblenz (Platz 17) und Kiel (Platz 18). Die Millionenstadt Köln kam nur auf Rang 19 und das Städtepaar Essen/Mülheim – als eine der Kernstädte des Ruhrgebiets – auf Platz 20.

Auf Platz 96 rangiert Wuppertal, dessen Kliniken einen Nettozuwanderungsgewinn von nur 48 Patienten erreichten. Das Angebot an Krankenhäusern im Umfeld der Stadt ist offenbar groß genug und unterscheidet sich nicht von dem in Wuppertal selbst. Mit anderen Worten: Wuppertal hat sich mit sei-



Absolutes Ranking der regionalen Behandlungszentren 2005 im Vergleich zu 1996

1996	2005	2005					
Rang absolut	Behandlungszentrum	Gesamte Fallzahl	Patientenzustrom	Patientenabwanderung	Nettozuwanderung	Nettozuwanderung/gesamte Fallzahl	
1	1	KS München	418 772	188 101	33 333	154 768	37,0
3	2	KS Frankfurt am Main	212 340	98 768	14 391	84 377	39,7
4	3	KS Heidelberg	102 481	83 522	3 727	79 795	77,9
7	4	Kernstädte Ruhrgebiet	797 816	157 747	80 188	77 559	9,7
2	5	KS Hamburg	394 787	108 587	32 603	75 984	19,2
6	6	KS Bonn	127 449	73 731	7 361	66 370	52,1
5	7	KS Münster (Westf.)	116 686	67 343	4 533	62 810	53,8
9	8	Berlin	711 201	96 329	33 584	62 745	8,8
11	9	KS Regensburg	88 396	65 315	2 985	62 330	70,5
10	10	KS Stuttgart	167 173	74 001	16 399	57 602	34,5
8	11	KS Karlsruhe	105 149	61 498	6 146	55 352	52,6
59	12	KS Freiburg im Breisgau	88 660	59 634	5 857	53 777	60,7
16	13	KS Kassel	97 013	58 378	6 425	51 953	53,6
13	14	KS Augsburg	102 681	55 754	8 271	47 483	46,2
14	15	KS Bremen	147 937	51 417	7 759	43 658	29,5
29	16	Ruhrgebiet (gesamt)	1 312 030	370 115	326 518	43 597	3,3
24	17	KS Koblenz	67 166	48 643	5 570	43 073	64,1
12	18	KS Kiel	90 905	49 008	6 230	42 778	47,1
19	19	KS Köln	237 492	66 456	24 885	41 571	17,5
22	20	Essen/Mülheim	221 845	65 945	24 784	41 161	18,6

KS = Kernstadt

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2008, RWI: Materialien, Heft 41



nem Klinikangebot nicht gegenüber dem Umfeld profiliert. Das benachbarte Hagen (Platz 59) schafft es dagegen, netto 10 475 Patienten anzuziehen.

Nach Wuppertal auf dem letzten „Gewinnerplatz“ folgen etwa 200 Verlierer-Regionen mit einer Nettoabwanderung von Patienten.

Die Mini-Metropolen sind die wahren Gewinner

Noch aufschlussreicher ist der Vergleich, wenn die Regionen nicht nach der Nettozuwanderung in absoluten Zahlen geordnet werden, sondern nach der Nettozuwanderung als relativer Anteil an der Gesamtzahl der Fälle, die in der Region stationär behandelt werden. Dann führte Heidelberg 2005 mit 77,9 Prozent das Ranking an, gefolgt von Regensburg (70,5 Prozent) und Ulm (66,7 Prozent). Die Kliniken in den ersten fünfzehn Städten auf der Liste zogen mindestens die Hälfte ihrer Patienten aus dem Umland an. Das waren nach den drei Erstplatzierten Passau (64,3), Koblenz (64,1), Freiburg (60,7), Bayreuth (59,5), Oldenburg (57,3), Darmstadt (56,1), Ansbach (55,7), Münster (53,8), Kassel (53,6), Karlsruhe (52,6), Bonn (52,1) und Tübingen (50,6).

Künftig, vermutet Dr. Boris Augurzky, Forschungsordinator und Leiter des Kompetenzbereichs „Arbeitsmärkte, Bevölkerung, Gesundheit“ beim RWI, werde nicht nur ein Zentrum wie München als Gesundheitsstandort attraktiv bleiben, sondern auch die mittleren Zentren und kleineren Ballungsräume wie Münster, Regensburg oder Kassel. Der Ökonom erwartet eine Zentralisierung im Gesundheitssystem mit den Spezialisten in den Zentren und Generalisten sowie Portalkliniken im ländlichen Raum. Die Patienten würden an die

Spezialisten „weitergeleitet“, ob physisch oder medial mit Hilfe der modernen Kommunikationstechnik. Beides sei möglich, sagt der Wissenschaftler.

Die St. Franziskus-Stiftung zeigt, was heute schon möglich ist. Der katholische Non-Profit-Gesundheitskonzern hat seinen Sitz in Münster. Seine Gesundheitsunternehmen erwirtschaften im gesamten nordwestdeutschen Raum nach Angaben des Vorstands der Stiftung, Dr. Klaus Goedereis, einen Jahresumsatz von 450 Millionen Euro. Auf dem Gelände des St. Franziskus-Krankenhauses in Münster entstand zwischen Januar 2006 und Sommer 2007 das Franziskus-Carré, ein modernes Ärztehaus mit mehr als 5 000 Quadratmetern vermietbarer Fläche im Wert von knapp 16 Millionen Euro. Schon nach einem Jahr ist das „Carré“ mit seiner großzügigen Eingangshalle, der schicken Cafébar und den kleinen Shops, der Apotheke, den medizinischen Dienstleistern und den knapp 20 Praxen voll belegt. 40 niedergelassene Fachärzte kamen bisher als Unternehmer ins Carré, wo sie mehr als 100 Mitarbeiter beschäftigen. Schon denken der Geschäftsführer der St. Franziskus Hospital GmbH, Burkhard Nolte, und Goedereis an eine Erweiterung in Münster oder eine Duplizierung des

Die Analyse der Patientenströme des RWI

Um die Ströme zu analysieren, griff das RWI auf eine Patientenvollerhebung mit etwa 17 Millionen stationären Behandlungsfällen in Kliniken aus dem Jahr 2005 zurück. Das Institut bildete Behandlungsregionen, die sich im Wesentlichen an den Grenzen von Kreisen und kreisfreien Städten orientierten. Um den Anforderungen des Datenschutzes gerecht zu werden, mussten die Regionen aber so groß geschnitten werden, dass in ihnen mehrere Kliniken lagen. Schließlich sollte aus der Analyse nicht auf den Patientenstrom hin zu einem einzelnen Haus geschlossen werden können. Dies, räumt der Leiter des RWI, Dr. Boris Augurzky, ein, sei ein Mangel der Studie, denn vor allem im Osten Deutschlands, wo die Klinikdichte geringer sei, seien die Regionen so groß geraten, dass die Analyse an Aussagekraft verliere. Der Mangel solle aber mit der Fortschreibung der Studie geheilt werden. Auch werde das RWI beim nächsten Mal die Patientenströme kategorisiert nach bestimmten Krankheitsbildern nachzeichnen.

Erfolges an einem anderen Standort.

Die Münsteraner wollten bewusst kein MVZ mit angestellten Ärzten. Sie setzten auf die Nähe von Fachärzten zur Klinik, die nicht als Angestellte arbeiten, sondern sich als freie Unternehmer in eigenen Praxen entfalten sollten. Eine Netzwerkmanagerin unterstützt die Ärzte und das Krankenhaus, damit die Strukturen und Prozesse noch besser werden.

Enge Kooperation zwischen Hospital und Praxen

Die Ärzte im Carré, die Kaufleute an der Spitze des katholischen Gesundheitskonzerns und der Chefarzt des Franziskus-Krankenhauses, Professor Dr. Michael Möllmann, sind begeistert. Das Carré zieht Patienten in die Praxen, aber es führt auch dem Krankenhaus welche zu. Vor allem aber optimiere die enge Kooperation zwischen Hospital und Praxen die Versorgung und mit ihr die medizinische Qualität, sagt Möllmann, während die Ökonomen die Win-win-Situation loben. Die Zusammenarbeit ziehe nicht nur Patientenströme an, sondern bringe Praxis und Klinik die jeweils richtigen Patienten – und damit allen mehr Geld. Im vorigen Jahr habe das St. Franziskus-Hospital die Zahl seiner Casemix-Punkte, die die Schwere der behandelten Leiden anzeigen, schon um zwölf Prozent gesteigert. In diesem Jahr sei ein Plus um weitere zehn Prozent möglich.

In zehn Jahren, schätzen die Münsteraner, wird die fachärztliche Versorgung in einer engen Kooperation aus Fachärzتهäusern und Kliniken zusammengewachsen sein. Die spezialisierte Versorgung auf dem Land werde zu teuer. Aber Teleportalkliniken zu errichten, werde im Münsterland nicht lohnen, denn in der ökonomisch prosperierenden Region sei die Dichte an Behandlungsangeboten zu groß. Der Patient finde auch ohne solche Por-

talhäuser ein umfassendes Versorgungsangebot vor.

Auch an den Zustrom ausländischer Patienten glauben die Manager in Münster nicht, denn sie haben Erfahrung damit gesammelt. Die Niederlande liegen in unmittelbarer Nachbarschaft, und nach England ist es dank des Flughafens Münster-Osnabrück nur ein Katzensprung. Gespräche mit Niederländern und Briten gab es schon, um Patienten in Münster zu behandeln. Ein Plan lautete, regelmäßig und vielleicht sogar täglich ein Flugzeug mit Patienten aus England in Münster landen zu lassen, um den Briten in Westfalen zum Beispiel mit einer Operation die alte Sehkraft zurückzugeben. Sobald aber ein Land den gesundheitspolitischen Offenbarungseid leistet, indem es zugibt, die Versorgung der eigenen Bevölkerung nicht mehr gewährleisten zu können, und Steuermittel oder Sozialversicherungsbeiträge ins Ausland ableitet, um eigene Bürger dort behandeln zu lassen, steuert die nationale Politik gegen und stellt den Mangel im eigenen Land ab. Das ist zumindest die Erfahrung in Münster. Ausländer sehen die grenznahen Westfalen also als willkommenes „Add-on“, aber niemals als Basis für ein langfristig tragendes Geschäftsmodell.

Die Patienten werden immer mobiler

Welche Distanzen die Patienten auf der Suche nach einer bestimmten Fachabteilung heute schon zurückzulegen bereit seien, will das RWI noch in diesem Sommer recheckiert haben. Aber Augurzky ist sicher, dass die Distanzen mit den kommenden Jahren wachsen werden. Heute sei die Mobilität der Patienten noch gering.

Augurzky verweist auf die Einschätzung der Forschungsgruppe Admed, mit der das RWI häufig zusammenarbeitet: Im Durchschnitt kommen etwa 80 Prozent



der Patienten in einem Krankenhaus aus dem jeweiligen Landkreis. „Bisher ist die Mobilität auch nicht nötig“, sagt Augurzky, „weil es in jedem Kreis ein gutes Krankenhaus gibt.“ Selbst in kleinen Orten mit bis zu 5 000 Einwohnern, weiß die Rhön-Klinikum AG aus einer Umfrage unter potenziellen Patienten, liegt das nächste Krankenhaus in 92 Prozent der Fälle höchstens 20 Kilometer entfernt. Die Versorgungsdichte hat freilich ihren Preis, aber den spürt der Patient nicht unmittelbar. Künftig aber wird es kaum mehr möglich sein, jedes Krankenhaus im ländlichen Raum zu subventionieren, erwarten Ökonomen, private Klinikbetreiber und leiderfahrene Politiker aller Parteien, die in Verantwortung stehen. Damit wird das Angebot an Kliniken in der Fläche dünner.

Nicht die Nähe entscheidet den Wettbewerb

Vor allem aber, wenn der Patient mehr und mehr unmittelbar – und damit spürbar – an den Kosten seiner Behandlung beteiligt werde, sagt Augurzky, werde die Nähe der Klinik zum Wohnort rasch an Bedeutung verlieren. Der Patient werde dann vor allem nach der Qualität und dem Preis der Behandlung fragen. Das werde die Zentralisierung wiederum vorantreiben, denn mit der Behandlungshäufigkeit steige die Qualität. 70 Prozent der Fälle, die in einem deutschen Krankenhaus behandelt werden, seien elektiv. Die wachsende Distanz zum Klinikum sei kein Hindernis. Ein Problem sei dagegen die Versorgung der Notfälle auf dem Land. „Aber ob dazu der ganze Ballast eines Krankenhauses notwendig ist?“, fragt Augurzky: „Es könn-

Wenn der Patient entscheidet: Die Qualität der Pflege und die medizinische Reputation bestimmen die Wahl der Klinik

Wenn sich Patienten vor einem planbaren Eingriff für ein Krankenhaus entscheiden, gibt vor allen anderen Kriterien die Qualität der Pflege den Ausschlag. Sie ist bei Weitem wichtiger als die Reputation des Arztes.

Die Nähe der Klinik ist für den Patienten nachrangig. Das ist das Ergebnis einer Studie der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen, die diese auf der Basis repräsentativer Telefoninterviews in Bayern, Hessen und Thüringen erstellt hat. Die Qualität der Pflege ist für 95 Prozent der Befragten „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Es folgt mit 94 Prozent die medizinische Reputation des Hauses, mit 88 Prozent die Unterbringung und mit 76 Prozent die Reputation des behandelnden Arztes. Dies muss nicht als Desinteresse an der Leistung der Ärzte gedeutet, sondern kann auch als generelles Grundvertrauen in die Kompetenz der Ärzte interpretiert werden. Die Nähe zur Klinik ist nur für 65 Prozent der Befragten „wichtig“ oder „sehr wichtig“.

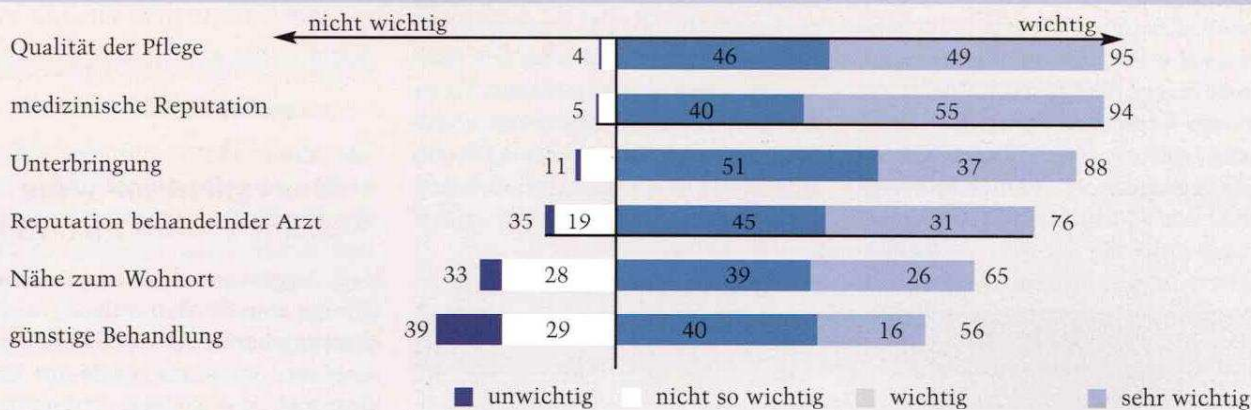
Wenn kleinere Eingriffe bevorstehen, wünschen nur 17 Prozent der Befragten ein Krankenhaus im 10-Kilometer-Radius um ihren Wohnort. 28 Prozent sind bereit, 20 Kilometer weit zu fahren, 31 Prozent würden bis zu 100 Kilometer weit fahren, elf Prozent bis zu 200 Kilometer und sechs Prozent sogar mehr als 200 Kilometer.

Der Preis der Behandlung spielt für die potenziellen Patienten derzeit die geringste Rolle bei der Klinikwahl. Nur 56 Prozent halten ihn für wichtig. Gegenwärtig, da die Patienten nur geringfügig an den Kosten der Behandlung beteiligt werden, interessieren sich laut Studie nur 29 Prozent vor der Aufnahme für den Preis. Müssten die Patienten einen größeren Eigenanteil tragen, interessierten sich aber 86 Prozent für die Kosten der Behandlung. Mit einer steigenden Selbstbeteiligung dürfte also deren Mobilität zunehmen, da sie eine qualitativ gute, aber auch preisgerechte Behandlung suchen werden.

Personen, die sich während der vergangenen fünf Jahre tatsächlich einer stationären Behandlung unterzogen hatten, wurden gefragt, wer denn das Krankenhaus schließlich ausgewählt habe: Nur in 41 Prozent der Fälle traf der behandelnde Arzt die Entscheidung. In 39 Prozent der Fälle entschieden die Patienten selbst. In 20 Prozent der Fälle wurden die Befragten als Notfall aufgenommen. Wenn den Patienten die Kosten des Klinikaufenthalts bekannt waren, wählten 43 Prozent der Befragten die Klinik selbst, und nur in 36 Prozent der Fälle entschied der behandelnde Arzt.

Auf die Frage, wer ein Krankenhaus im Falle einer früheren Klinikbehandlung empfohlen habe, verwiesen 26 Prozent der Patienten auf ihren Arzt und ebenfalls 26 Prozent auf Familie, Bekannte und Freunde. 44 Prozent hatten eine eigene Wahl getroffen. In zwei Prozent der Fälle folgten die Patienten der Empfehlung ihrer Kasse.

Faktoren bei der Krankenhauswahl



Quelle: FGW Telefonfeld: Krankenhaus-Studie 02/06
n = 1.061, rundungsbedingte Summenabweichungen

te auch ein Medizinisches Versorgungszentrum reichen.“

Der Ökonom fordert vom Kartellamt, sich den kommenden Wandel in der Klinikstruktur zu vergegenwärtigen und ihn heute schon in kartellrechtliche Entscheidungen einzubeziehen. Die wachsende Patientenmobilität und der erwar-

tete Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern seien doch abzusehen. Das Kartellamt solle gesunde Strukturen, die möglich seien und die in der Zukunft die Patientenversorgung tragen werden, mit seinen Entscheidungen in der Gegenwart nicht verhindern. „Im Grunde“, sagt Augurzky, „unterstütze ich die Haltung des Kartellamts,

regionale Monopole zu verhindern. Es könnte jedoch die relevanten Regionen, in denen das Monopol verhindert werden soll, großzügiger abgrenzen.“

Claus Peter Müller von der Grünen ist Redakteur bei der FAZ.

ISSN 1864-3469
Juni | Juli 2008
Nr. 3 | 2. Jahrgang
www.bibliomed.de
Bibliomed-Verlag
Postfach 11 50
34201 Melsungen
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin

Die Gesundheits Wirtschaft

Das Journal für die Akteure der Gesundheitsbranche

3|08



Ärzte, Kliniken und Kassen denken um:
Die Entdeckung des Patienten

Impressum

Die GesundheitsWirtschaft
ISSN: 1864-3469

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Erscheinungsweise: 2-monatlich

Herausgeber und Verlag:

Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
34212 Melsungen, Stadtwaldpark 10, Telefon (05661) 73 44-0
www.bibliomed.de, info@bibliomed.de

Geschäftsführung und Verlagsleitung:

Uta Meurer, Dr. Annette Beller

Redaktion:

Uta Meurer (Chefredaktion), uta.meurer@bibliomed.de,
Telefon (0 56 61) 73 44-82
Corinne Ludwig, corinne.ludwig@bibliomed.de,
Telefon (0 56 61) 73 44-95
Postfach 11 50, 34201 Melsungen

Redaktionssekretariat:

Jutta Groß, jutta.gross@bibliomed.de, Telefon (0 56 61) 73 44-28

Grafik: Nina Dietrich, Ulrike Knieling

Illustrationen: Ulrike Vater, Kassel

Druckerei: Bernecker MediaWare AG, Melsungen, www.bernecker.de

Anzeigenverwaltung:

Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
Postfach 11 50, 34201 Melsungen
Waltraud Zemke (verantwortl.), Telefon (05661) 73 44-81,
Telefax: (05661) 83 60, waltraud.zemke@bibliomed.de
Gültige Anzeigenpreisliste: Nr. 2 vom 1. Januar 2008

Verlagsvertretung:

med.medien.gmbh, Rotdornallee 31 a, 51503 Rösrath,
Telefon (02205) 900 75-0, dagmar.vonboortz@med-medien.de

Die GesundheitsWirtschaft

Das Journal für die Akteure der Gesundheitsbranche

Abonnentenservice:

Bibliomed Leserservice – 65341 Eltville,
bibliomed@vertriebsunion.de
Telefon: (0 61 23) 92 38-2 27, Telefax: (0 61 23) 92 38-2 28

Jahresabonnement:

120,00 Euro (inkl. MwSt. und Versandkosten)
Einzelpreis: 22,00 Euro + Versandkosten (inkl. MwSt.)

Kombi-Abonnement mit *fo@w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 142,20 Euro; Kombi-Abonnement mit *Die Schwester Der Pfleger* 130,00 Euro (Inland), 136,60 Euro (Ausland); Kombi-Abonnement mit *Arzt und Krankenhaus* 130,00 Euro (Inland), 136,20 Euro (Ausland); Kombi-Abonnement mit *PKR Pflege- & Krankenhausrecht* 130,00 Euro; Kombi-Abonnement mit *PflegenIntensiv* 130,00 Euro; Kombi-Abonnement mit *kontinenz aktuell* 130,00 Euro (Inland), 132,00 Euro (Ausland)

Studenten erhalten 33 Prozent Nachlass für das Jahresabonnement.

Mindestbezugsdauer 12 Monate (ausgenommen Einzelhefte). Das Abonnement verlängert sich nur dann um ein weiteres Jahr, wenn es nicht 2 Monate vor Ablauf des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird.

Postgirokonto: Frankfurt/Main, Nr. 78 30-603 (BLZ 500 100 60)

Bankkonto: Kreissparkasse Schwalm-Eder, Melsungen,
Nr. 0010 049 500 (BLZ 520 521 54)

Die Redaktion übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Verantwortung.

Nachdruck – auch auszugsweise – sowie die Herstellung von fotografischen Vervielfältigungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages und unter genauer Quellenangabe gestattet.

Der Verlag behält sich das Recht vor, die veröffentlichten Beiträge (inkl. Tabellen und Abbildungen) auf CD-ROM und im Internet zu übertragen und zu verbreiten.

© Bibliomed-Verlag, Melsungen

