

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

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

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 115-125



8	Strukturwandel aus Patientenperspektive	115
	<i>Max Geraedts und Werner de Cruppé</i>	
8.1	Einführung.....	116
8.2	Forschungsstand zum Faktor „Nähe“ als Auswahlkriterium für Krankenhäuser	117
8.3	Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen – empirische Befunde auf der Basis von Patientenbefragungen.....	118
8.4	Die Inanspruchnahme des „nächsten“ Krankenhauses in Deutsch- land – empirische Befunde auf der Basis von AOK-Daten	120
8.4.1	Einbezogene Fälle.....	120
8.4.2	Entfernungs- und Fahrzeitanalyse	121
8.4.3	Patienten, die weiter als zum nächsten Krankenhaus fahren	123
8.5	Fazit.....	124
	Literatur	124

8 Strukturwandel aus Patientensperspektive

Max Geraedts und Werner de Cruppé

Abstract

Strukturwandel im Krankenhaussektor wird von Patienten zumeist als Einschränkung des Wahlangebots wahrgenommen, die oft mit einer längeren Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus einhergeht. Ob Patienten diesen Aspekt überhaupt für wichtig erachten, ob also die Nähe zum Wohnort als Auswahlkriterium für Krankenhäuser eine wichtige Rolle spielt, wird zum einen auf der Basis der internationalen Literatur und von Befragungsstudien aus Deutschland und zum anderen mit Hilfe von Sekundärdaten der AOK untersucht. Dabei zeigt sich, dass Patienten wohnortnahe Krankenhäuser zwar zumeist bevorzugen, jedoch ein Großteil der Patienten bei erhöhtem Behandlungsrisiko auch weitere Wege in Kauf nimmt. Abhängig vom Patientenalter und der Dringlichkeit und Art des Eingriffs wählen Patienten nur zu 38–60% das jeweils nächste Krankenhaus. Eine Verdopplung der Fahrzeit im Vergleich zum nächstgelegenen Krankenhaus nehmen je nach Eingriffsart sogar 14–34% der Patienten in Kauf. Andere Faktoren als die Nähe, vor allem die eigene Erfahrung mit einem Krankenhaus und dessen Ruf und Ausstattung, sind für viele Patienten bei der Krankenhauswahl wichtiger. Inwieweit ein breitflächiger Strukturwandel diese patientenorientierten Wahlkriterien beeinflusst, bleibt abzuwarten.

For patients, structural changes in the hospital sector primarily imply decreasing choice and a longer travel time to the closest hospital. Whether patients consider the proximity of a hospital to their home as important is examined on the basis of a literature analysis, the results of surveys from Germany and by analysing hospital discharge data of the AOK, a health care fund that covers 30% of Germany's population. The results show that patients usually prefer the hospitals closest to home, but with increased treatment risks are willing to accept farther distances. Depending on patients' age, the specific procedure and its urgency, only 38–60% of patients choose the closest hospital, whereas 14–34% accept a doubling of travel time compared to the nearest hospital. For many patients, criteria other than proximity, such as their own experience with a hospital, its reputation and equipment are more important in their choice of a hospital. It remains to be seen to what extent broad structural changes of the hospital market might have an impact on patient's criteria for selecting a hospital.

8.1 Einführung

Wenn ein Krankenhaus geschlossen werden soll, firmiert sich regelhaft bald ein Protestforum aus Bürgern, betroffenen Mitarbeitern und Lokalpolitikern, die für den Erhalt „ihres“ lokalen Krankenhauses demonstrieren. Aus der Perspektive jedes einzelnen Akteurs ist die Reaktion sicherlich verständlich, stehen doch die ortsnahe Versorgung, Arbeitsplätze und die Wählergunst auf dem Spiel. Aus der Perspektive des Gesundheitssystems kann jedoch hinterfragt werden, ob der Erhalt jedes Krankenhauses bzw. jeder Fachabteilung einen wesentlichen Beitrag dazu leistet, das Gesamtziel des Gesundheitssystems zu erreichen. In Ermangelung einer allgemein gültigen Zieldefinition für das deutsche Gesundheitssystem kann hilfsweise auf diejenigen Ziele zurückgegriffen werden, die von der Weltgesundheitsorganisation (Murray und Frenk 2000) und dem US-amerikanischen Institute of Medicine (2001) genannt und international akzeptiert werden: Demnach sollten Gesundheitssysteme zunächst die Gesundheit der Bevölkerung fördern, am Bedarf der Patienten orientiert und gerecht finanziert sein. Darüber hinaus wird erwartet, dass die Gesundheitsversorgung sicher, effektiv und effizient erbracht wird.

Nun stellt sich die Frage, ob ein Strukturwandel im Krankenhaussektor eher positive oder eher negative Effekte auf das Erreichen dieser Ziele ausübt. Im Kontext des deutschen Gesundheitssystems wird unter dem Begriff Strukturwandel jedoch nicht jede mögliche Veränderungsform verstanden, wie beispielsweise eine Entwicklung in Richtung auf eine am konkreten Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientierte, möglichst flächendeckende, abgestufte stationäre Versorgung, die darauf zielt, dass Patienten immer am richtigen Ort von den richtigen Spezialisten richtig behandelt werden. Stattdessen wird hierunter typischerweise nur die Schließung objektiv oder vermeintlich ineffizienter (Über-)Kapazitäten verstanden.

Aus der Perspektive der Patienten bedeutet Strukturwandel damit nicht zuallererst die Hoffnung, dass sich die Qualität der stationären Versorgung verbessert, sondern dass das Wahlangebot eingeschränkt wird, wobei unklar ist, ob dabei sekundär mit einem Zugewinn an Qualität zu rechnen ist. Die Einschränkung des Wahlangebots geht zumindest theoretisch oftmals damit einher, dass sich die Fahrzeiten zum Krankenhaus verlängern oder aber das gewohnte Krankenhaus, mit dem bereits persönliche Erfahrungen gemacht wurden, kann nicht mehr genutzt werden.

Aber sind diese Auswirkungen eines Strukturwandels für Patienten überhaupt von Bedeutung? Spielt der Faktor „Nähe“ bei der Wahl eines Krankenhauses überhaupt eine Rolle? Und wie sieht es mit den persönlichen Erfahrungen aus: Inwiefern nutzen Patienten diese bei der Krankenhauswahl?

Mit der Beantwortung genau dieser Fragen beschäftigen sich die folgenden Abschnitte. Dazu wird zunächst eine kurze Übersicht der internationalen Literatur gegeben, anschließend werden empirische Befunde zur Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen auf der Basis von Befragungen angeführt und zuletzt die tatsächliche Inanspruchnahme des jeweils nächsten Krankenhauses in Deutschland mithilfe von AOK-Daten analysiert.

8.2 Forschungsstand zum Faktor „Nähe“ als Auswahlkriterium für Krankenhäuser

In einer Literaturanalyse für die Bertelsmann-Stiftung fasste Schaeffer (2006) den Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus zusammen: In Bezug auf die Präferenzen von Patienten konstatierte sie, dass Patienten nach wie vor Krankenhäuser in Wohnortnähe bevorzugen, die verkehrstechnisch gut angebunden sind.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch Victoor et al. (2012), die ebenfalls eine Literaturanalyse zu den Determinanten der Auswahl medizinischer Leistungserbringer durch Patienten vorgelegt haben. In immerhin 50 von insgesamt 118 als relevant beurteilten Studien wurde der Faktor „Distanz“ oder „günstiger Ort“ in der Form diskutiert, dass Patienten im Allgemeinen nahe gelegene Leistungserbringer präferieren und lange Fahrstrecken vermeiden.

Die Präferenz für die Nähe wird jedoch deutlich vom erwarteten Ergebnis der Behandlung und weiteren Faktoren wie dem Alter der Patienten, der Sozialschicht und der Komplexität durchzuführender Prozeduren beeinflusst. In einer Studie aus Japan untersuchten Yamamoto und Fushimi (2009) anhand von mehr als 500 000 Krankenhausfällen den Zusammenhang zwischen verschiedenen Patientencharakteristika und der Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort der Patienten. Als wesentliches Ergebnis stellten die Autoren fest, dass komplexe Operationen am Herzen sowie orthopädische Operationen in Krankenhäusern durchgeführt wurden, die 1,7-fach weiter vom Wohnort entfernt waren als die Krankenhäuser, die für andere Operationen genutzt wurden. Zudem wurden ältere Patienten eher in näher gelegenen Krankenhäusern behandelt.

Verschiedene Autoren haben versucht, den Abwägungsprozess zwischen der Nähe und den Ergebniserwartungen genauer zu untersuchen. Chang et al. (2004) stellten Eltern in einem hypothetischen Szenario vor die Wahl zwischen einem örtlichen Krankenhaus und einem regionalen Zentrum für den Fall, dass ihr Kind eine Herzoperation bräuchte. Dabei variierten die Autoren die Distanz zum Zentrum und die Sterblichkeit bei der Operation. Bei einer Fahrzeit zum Zentrum von zwei Stunden und einer vergleichbaren Sterblichkeit von 3 % sowohl im Zentrum als auch im wohnortnahen Krankenhaus bevorzugten 82,5 % der Eltern das wohnortnahe Krankenhaus für ihr Kind. Dagegen sank dieser Anteil auf 9,7 % bei einer angenommenen Sterblichkeit von 18 % im wohnortnahen Krankenhaus im Vergleich zu 3 % im Zentrum.

Ähnliche Ergebnisse erzielten auch Landau et al. (2013) bei einer Befragung von kanadischen Patienten, die an einem noch nicht operationsbedürftigen Bauchaortenaneurysma litten. Vor die Wahl gestellt, sich entweder einer Operation in ihrem wohnortnahen Krankenhaus oder in einem spezialisierten Gefäßzentrum bei vergleichbarer Mortalität zu unterziehen, wählten 56 % der Patienten das wohnortnahe, die restlichen 44 % der Patienten das spezialisierte und entferntere Krankenhaus. Nur 9 % der Patienten in dieser Studie waren bereit, ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zu tragen, während 91 % der Patienten das spezialisierte Krankenhaus bevorzugten, wenn das wohnortnahe Krankenhaus ein höheres Sterblichkeitsrisiko aufwies.

Eine Gruppe von Patienten, die selbst bei einer starken Erhöhung des Sterblichkeitsrisikos weiterhin ein örtliches Krankenhaus im Vergleich zu einem speziali-

sierten, weiter entfernten Krankenhaus bevorzugt, identifizierten bereits auch Shackley et al. (2001) und Finlayson et al. (1999) in ihren Studien. Für die von Shackley et al. untersuchte Gruppe von Patienten aus Großbritannien, die sich in gefäßmedizinischen Ambulanzen zweier Krankenhäuser vorgestellt hatten, betrug der Anteil Patienten mit einer konsistenten Präferenz für das wohnortnahe Krankenhaus 45 %, während dieser Anteil in der in Vermont, USA, durchgeführten Studie von Finlayson et al. rund 18 % betrug, wobei ein Szenario vorgestellt wurde, bei dem es um die Krankenhauswahl zur Behandlung eines resezierbaren Pankreastumors ging.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Patienten wohnortnahe Krankenhäuser zwar bevorzugen, jedoch ein Großteil der Patienten bei erhöhtem Behandlungsrisiko auch weitere Wege in Kauf nehmen würde. Eine Minderheit der Patienten scheint aber bereit zu sein, auch erhöhte Risiken zu tragen, um weiterhin wohnortnah behandelt werden zu können.

8.3 Bedeutung der Nähe bei Krankenhauswahlentscheidungen – empirische Befunde auf der Basis von Patientenbefragungen

Die bisher aufgeführte Literatur umfasst keine Erkenntnisse von Patienten aus Deutschland. Daher sollen hier kurzgefasst Studien der Autoren berichtet werden, in denen Patienten bzw. Versicherte aus Deutschland zu ihren Präferenzen für die Auswahl von Krankenhäusern im Allgemeinen und speziell auch zum Aspekt der Nähe als Entscheidungskriterium befragt wurden.

In einer ersten Studie wurden konsekutiv 50 Patienten, die in vier allgemeinmedizinischen Praxen in Köln, Wuppertal, Düsseldorf und Duisburg auf ihre Behandlung warteten, zur Relevanz von insgesamt 29 Kriterien zur Krankenhauswahl befragt. Der Faktor Nähe zum Wohnort erhielt bei einer Skala von 1 bis 6 (Schulnoten) eine mittlere Relevanz von 2,49, womit dieser Faktor an 18. Stelle kam. Wesentlich bedeutsamer für die Patienten waren u. a. die Qualifikation und Freundlichkeit der Ärzte und Pflegekräfte, die Ausstattung der Krankenhäuser und Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhaus (Geraedts et al. 2007).

Diese Erkenntnisse werden durch eine noch in der Auswertungsphase befindliche umfangreiche Befragungsstudie zum Krankenhauswahlverhalten bestätigt (BMBF Förderkennzeichen 01GX1047) (de Cruppé et al. 2013). An dieser Befragung nahmen in den Jahren 2012 und 2013 bei einer Teilnehmerate von 80 % insgesamt 1925 Patienten teil, die in 46 Fachabteilungen aus 17 Krankenhäusern rekrutiert worden waren. In jeder Abteilung wurde eine Zufallsstichprobe konsekutiv aufgenommener vollstationärer Patienten befragt. Die ausgewählten Abteilungen repräsentieren die elf aufnahmestärksten Fachgebiete in Deutschland, die insgesamt 92 % aller stationären Aufnahmen in Deutschland versorgen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO, Geriatrie).

Die vorläufigen Ergebnisse in Bezug auf die Nähe als Auswahlkriterium für Krankenhäuser lassen sich wie folgt zusammenfassen: Unter 18 explizit benannten

Auswahlkriterien gaben 19 % der Befragten an, dass es für sie wichtig war, wie weit das Krankenhaus vom Zuhause entfernt ist. Wichtigere Auswahlkriterien waren unter anderen die eigenen Erfahrungen mit dem Krankenhaus bei früheren Aufenthalten (für 48 % der Befragten), die Empfehlung dieses Krankenhauses durch den behandelnden Haus- oder Facharzt (25 %) oder ob das Krankenhaus einen guten Ruf hat (22 %). Ebenfalls von großer Bedeutung waren die Kriterien, ob Freunde, Bekannte oder Familienangehörige das Krankenhaus empfehlen (16 %) oder ob sich die Krankenhausärzte für die Patienten genug Zeit nehmen (11 %).

Die Studie bestätigt darüber hinaus die überaus gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland für den Großteil der stationär versorgten Patienten: Die durchschnittlich zurückgelegte Fahrzeit bis zum aktuell gewählten Krankenhaus gaben die Befragten mit 21 Minuten an, wobei 78 % der Patienten das Krankenhaus mit dem Auto und 17 % mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufsuchten. Zudem kann konstatiert werden, dass nicht alle Patienten das jeweils nächste Krankenhaus wählen: Rund 35 % der Patienten gaben an, dass ein für sie näheres Krankenhaus existiere, dass die aktuell in Anspruch genommene Behandlung auch durchführt. Jedoch wurde dieses aus unterschiedlichsten Gründen nicht ausgewählt, wobei vor allem die eigenen oder Erfahrungen anderer, der Ruf des Krankenhauses und dessen Ausstattung als Ablehnungsgründe benannt wurden.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam eine frühere Befragung, die nicht an Patienten im Praxiswartezimmer oder Krankenhaus, sondern an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 1 524 Versicherten im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung durchgeführt wurde (Geraedts 2006). Auch hier wurden den Befragten Kriterien zur Auswahl von Krankenhäusern vorgegeben, die sie nach der Relevanz beurteilen sollten. Das Kriterium „Erreichbarkeit der Klinik mit dem Auto und öffentlichen Verkehrsmitteln“ wurde zwar von 72 % der Befragten als wichtig erachtet, erhielt aber im Vergleich nur den 24. Rangplatz bei insgesamt 33 vorgegebenen Auswahlkriterien. Unter den erstgenannten Kriterien fanden sich die Qualifikation und Freundlichkeit der Ärzte und Pflegekräfte, die Zufriedenheit der Patienten mit dem Krankenhaus, aber auch die Behandlung nach aktuellen Verfahren sowie die Erfolgs- und Empfehlungsraten.

Werden Patienten keine Kriterien vorgegeben, sondern offen nach den für die Krankenhauswahl entscheidenden Kriterien gefragt, dann wird dem Faktor „Nähe“ eine größere Bedeutung zugemessen – zumindest wird dieser Faktor eher aktiv benannt als viele der ansonsten möglichen vorgegebenen Auswahlkriterien. So benannten in einer Befragung von Patienten aus vier Krankenhäusern, die sich einer elektiven Operation unterzogen hatten, jeweils 50 % der Patienten die Nähe als ebenso wichtiges Entscheidungskriterium für den aktuellen Krankenhausaufenthalt wie die eigene Vorerfahrung mit dem Krankenhaus (de Cruppé und Geraedts, 2011). Weitere als besonders bedeutsam aktiv genannte Auswahlkriterien waren die Qualifikation der Ärzte (44 %), persönlich gesammelte Informationen und der Aufbau von Vertrauen durch Ambulanzvorkontakte (29 %) sowie die vorgehaltene Abteilungsstruktur des Krankenhauses (18 %).

Aus den hier aufgeführten Befragungsstudien lässt sich ableiten, dass die Nähe zum Krankenhaus zwar eine wichtige Rolle bei der Krankenhauswahl spielt, andere Faktoren, wie vor allem die eigene Erfahrung mit einem Krankenhaus und dessen Ruf und Ausstattung, jedoch oftmals als wichtiger erachtet werden. Unter den ge-

benen Bedingungen einer guten Erreichbarkeit auch alternativer Krankenhäuser in Deutschland können Patienten oftmals ein weiter entferntes, aber höchstwahrscheinlich dennoch gut erreichbares Krankenhaus wählen.

8.4 Die Inanspruchnahme des „nächsten“ Krankenhauses in Deutschland – empirische Befunde auf der Basis von AOK-Daten

In der oben genannten BMBF-Studie gab ein Teil der Patienten an, dass sie nicht das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht hätten, das die notwendige Behandlung durchführen kann. Stattdessen hat rund ein Drittel ein weiter entferntes Krankenhaus aufgesucht. Ob sich diese Erkenntnisse aus Befragungen auch in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen nachvollziehen lassen, soll im Folgenden anhand aktueller Daten aus dem Jahr 2013 untersucht werden.

Bereits für den Krankenhaus-Report 2008/2009 wurden auf der Basis von AOK-Daten Patientenwege analysiert (Friedrich und Beivers 2009). Die Autoren zeigten zum einen, dass je nach Komplexität und Häufigkeit der Eingriffe sehr große Unterschiede bei den Patientenwegen festzustellen waren. Für plastische Rekonstruktionen der Ohrmuschel legten Patienten beispielsweise im Median 157 km zurück, während für laparoskopische Cholecystektomien im Median nur 6,4 km zu fahren waren. Zum anderen konnten die Autoren am Beispiel von Hüftendoprothesen zeigen, dass bei elektiver Indikation 34% und bei Notfallindikation 57% der Patienten das jeweils nächste diese Leistung offerierende Krankenhaus aufsuchten. Patienten sind demnach durchaus bereit, ein weiter entferntes Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Jedoch betrug der zusätzlich in Kauf genommene Weg bei elektiver Indikation im Median nur 9,3 km, bei der Notfallindikation im Median 3,6 km. Mit höherem Alter nahm die Rate der Patienten zu, die das nächste Krankenhaus aufsuchten und gleichzeitig die durchschnittliche Fahrstrecke ab – sowohl für elektive als auch für Notfallindikationen und für die evtl. in Kauf genommene Zusatzstrecke.

Dieses Verhaltensmuster ist größtenteils damit zu erklären, dass mit rund 1200 Krankenhäusern ein flächendeckendes Angebot an Kliniken besteht, die in Deutschland solche Hüftendoprothesenimplantationen vornehmen. Die Frage bleibt daher, ob Patienten auch bei anderen Eingriffsarten typischerweise nicht das nächste Krankenhaus aufsuchen und ob sie auch gewillt sind, Fahrstrecken und Fahrzeiten in Kauf zu nehmen, die im Verhältnis zum nächstgelegenen Krankenhaus einen deutlich größeren Unterschied ausmachen. Dieser Frage widmen sich die Analysen, die für den diesjährigen Krankenhaus-Report vorgenommen wurden.

8.4.1 Einbezogene Fälle

Für die Analysen wurden sieben Eingriffsarten ausgewählt, die ein möglichst breites Spektrum an Konnotationen umfassen: Verglichen werden sollten elektive und dringliche Eingriffsarten (Knie-Endoprothese vs. Myokardinfarkt), Eingriffe, die eher junge bzw. ältere Bevölkerungsgruppen treffen (Geburten vs. Karotisendarteriektomien) und Eingriffe, bei denen bereits ein qualitätsorientiertes Wahlverhalten

breit propagiert wird oder eben nicht (Brustkrebs vs. Pneumonie). Die Definition der einbezogenen Fälle orientierte sich an folgenden Krankheits- bzw. Prozeduren-Klassifikationen bzw. Schlüsselwörtern:

- Karotisendarteriektomie: OPS 5-381.0** (Chirurgie/Gefäßchirurgie)
- Pneumonie: ICD J11.0 / J12.- / J13 / J14 / J15.- / J16.- / J18.- und nicht U69.00! (Innere Medizin)
- Geburt oder geburtshilfliche/r Eingriff/Versorgung: OPS 5-72** / 5-73** / 5.74** / 9-26*
- Knie-Endoprothese: OPS 5-822* / 5-823* (Orthopädie/Unfallchirurgie/Chirurgie)
- Pankreaseingriff: OPS 5-523* / 5-524* / 5-525* (Chirurgie/Viszeralchirurgie)
- Myokardinfarkt: ICD I21.- / I22.- / I23.- / I24.- (Innere Medizin)
- Brustkrebs: OPS 5-87** (Gynäkologie/Geburtshilfe)

Aus den Krankenhausabrechnungsdaten der AOK des Jahres 2013 wurden alle so definierten Fälle extrahiert. Insgesamt lagen 713 381 Fälle vor.

Zusätzlich zu dieser verschlüsselungsbezogenen Falldefinition wurde festgelegt, dass nur solche Fälle in die Analysen eingehen sollten, die in Fachabteilungen erbracht worden waren, die diesen Eingriff bzw. diese Behandlung typischerweise auch selbst durchführen. Die in Frage kommenden Fachabteilungen sind in der obenstehenden Auflistung der einbezogenen Fälle jeweils in Klammern genannt. Das heißt: Fälle, bei denen eine Brustoperation in einer Fachabteilung der Inneren Medizin verschlüsselt worden waren, wurden ausgeschlossen. Auf diese Weise wurden 1 637 Fälle (0,23 %) ausgeschlossen, sodass letztlich 711 744 Fälle in die Analysen eingingen. Die Aufteilung der Gesamtfallzahl auf die einzelnen Krankheits- bzw. Eingriffsarten zeigt Tabelle 8–1.

8.4.2 Entfernung- und Fahrzeitanalyse

Mit Hilfe des Programms Microsoft MapPoint® 2012 wurde zunächst für jeden Patienten die individuell in Kauf genommene Entfernung (km) sowie Fahrzeit (Minuten) errechnet. Da die Adressangaben der Patienten nicht straßengenau, sondern nur als 5-stellige Postleitzahlen vorlagen, wurden als Annäherung an den wahren Wohnort die jeweiligen Koordinaten der Flächenmittelpunkte der Postleitzahlbezirke genutzt. Von den Krankenhäusern lagen exakte Adressen vor, sodass auch exakte Koordinaten bestimmt werden konnten. Dabei mussten in geringem Umfang Ungenauigkeiten in Kauf genommen werden, die daraus resultieren, dass einige Krankenhäuser in Verbänden organisiert sind, für die nur eine Adressangabe existiert.

In einem zweiten Schritt wurde für jeden Patienten das jeweils nächste Krankenhaus ermittelt, das über eine entsprechende Fachabteilung verfügt und in dem mindestens ein AOK-Versicherter mit der gleichen Indikation behandelt worden war.

Zuletzt wurde für jeden Patienten berechnet, um wieviel Prozent die Entfernung bzw. die Fahrzeit zum tatsächlich in Anspruch genommenen Krankenhaus von der Entfernung bzw. Fahrzeit abwich, die zum nächstgelegenen Krankenhaus hätte zurückgelegt werden müssen. Für jede Indikation wurde dann ermittelt, welcher Anteil aller AOK-Patienten eine um 10 %, 30 %, 50 % oder mehr als 100 % weitere Entfernung bzw. Fahrzeit zum behandelnden Krankenhaus in Kauf genommen hat.

Tabelle 8-1

Anteil der AOK-Patienten der jeweiligen Indikation, die im Jahr 2013 ein wohnortnahes Krankenhaus aufsuchten (Entfernung/Fahrzeit nicht größer als 10 % vom nächsten Krankenhaus entfernt) oder eine um 10-30-50-100 % längere Entfernung bzw. Fahrzeit als zum nächsten Krankenhaus zurückgelegt haben

Typ*	Fälle	Entfernung zum nächsten Krankenhaus					Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus				
		<10%**	+10-29%	+30-49%	+50-99%	+≥100%	<10%**	+10-29%	+30-49%	+50-99%	+≥100%
KARO	9 442	53,9%	7,8%	5,6%	9,5%	23,2%	55,1%	10,2%	7,9%	11,5%	15,3%
PNEU	121 655	57,1%	7,0%	5,3%	7,9%	22,7%	57,0%	10,3%	6,7%	9,1%	16,9%
GEB	402 829	58,7%	41,3%	7,9%	5,3%	8,2%	59,7%	10,9%	6,5%	9,2%	13,7%
KNIE	57 272	37,4%	6,5%	4,8%	9,1%	42,2%	38,2%	8,4%	7,0%	12,8%	33,6%
PANK	3 474	47,3%	6,7%	4,4%	9,1%	32,5%	48,0%	8,7%	7,1%	11,2%	25,0%
MYOK	85 692	46,6%	6,8%	4,7%	8,4%	33,5%	46,6%	9,7%	6,7%	10,8%	26,2%
BRUST	31 400	42,7%	7,7%	5,5%	9,3%	34,8%	44,2%	10,6%	7,1%	12,0%	26,1%

* KARO = Karotisarteriektomie; PNEU = Pneumonie; GEB = Geburt oder geburtshilflicher Eingriff; KNIE = Knie-Endoprothese; PANK = Komplexer Pankreaseingriff; MYOK = Myokardinfarkt; BRUST = Brustkrebs

** Das wohnortnächste Krankenhaus oder ein Krankenhaus, das unter 10 % weiter entfernt ist (km oder Fahrzeit vom geografischen Mittelpunkt der 5-stelligen Wohnort-Postleitzahl des Patienten)

8.4.3 Patienten, die weiter als zum nächsten Krankenhaus fahren

Tabelle 8–1 zeigt die Anzahl AOK-Versicherter, die aufgrund einer der analysierten Indikationen im Jahr 2013 stationär behandelt wurden und den jeweiligen Anteil der Patienten, die ein wohnortnahes Krankenhaus aufsuchten (Entfernung/Fahrzeit nicht größer als 10% vom nächsten Krankenhaus entfernt) oder die eine um 10%, 30%, 50% oder mehr als 100% weitere Entfernung bzw. längere Fahrzeit als zum jeweils nächsten Krankenhaus zurückgelegt haben.

Der Anteil Patienten, die das jeweils nächstgelegene Krankenhaus bzw. ein Krankenhaus, das höchstens 10% weiter als dieses entfernt ist aufsuchten, unterscheidet sich zwischen den sieben Indikationen. Betrachtet man die Fahrzeit als das für eine Entscheidung sicherlich ausschlaggebendere Kriterium, dann betrug dieser Anteil 59,7% bei der Indikation Geburt bzw. geburtshilflicher Eingriff und 38,2% bei der Indikation Knie-Endoprothese. Mehr als die Hälfte der Patienten bevorzugten ein wohnortnahes Krankenhaus auch bei den Indikationen Karotisendarteriektomie und Pneumonie, während jeweils etwas mehr als die Hälfte der Patienten bei den Indikationen Pankreaseingriff, Myokardinfarkt und Brustkrebs weitere Wege in Kauf nahmen.

Der Anteil Patienten, die mindestens die doppelte Fahrzeit im Vergleich zum nächstgelegenen Krankenhaus zurückgelegt haben, betrug bei Geburten bzw. geburtshilflichen Eingriffen rund 13,7%, während bei knapp 33,6% der Patienten mit einer Knie-Endoprothese eine Verdopplung der Fahrzeit nachzuweisen war. Für die Patienten der übrigen Indikationen ist festzuhalten, dass jeder sechste bis siebte Patient mit den Indikationen Karotisendarteriektomie oder Pneumonie und jeder vierte Patient mit einer Indikation Pankreaseingriff, Myokardinfarkt oder Brustkrebs bis zum in Anspruch genommenen Krankenhaus eine mehr als doppelte Fahrzeit in Kauf nahm.

Wie in der Literatur beschrieben, findet man also auch bei AOK-Patienten in Deutschland einen Zusammenhang zwischen der Präferenz für die Nähe eines Krankenhauses und der jeweiligen Eingriffsart im Sinne der Komplexität und Dringlichkeit sowie dem Alter der Patienten. Während von älteren Patienten und bei Geburten bzw. geburtshilflichen Eingriffen eher ein näheres Krankenhaus präferiert wird, nutzen Patienten, die eine Knie-Endoprothese erhalten, bereits zu einem Drittel ein Krankenhaus, das mindestens doppelt so weit wie das nächstgelegene Krankenhaus entfernt ist. Interessant zu sehen ist, dass auch bei der dringlichen Indikation Myokardinfarkt mehr als die Hälfte der Patienten nicht das nächstgelegene Krankenhaus, sondern ein weiter entferntes, höchstwahrscheinlich für akute koronare Interventionen ausgerüstetes Krankenhaus aufsuchten. Der Anteil Patienten mit dieser Indikation, die eine Verdopplung der Fahrzeit in Kauf nehmen, betrug 26%. Eine sehr ähnliche Verteilung ist auch bei der Indikation Brustkrebs festzustellen, bei der eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl mit der Etablierung von Brustkrebszentren seit längerem propagiert wird. Auch hier lassen sich mehr als die Hälfte der Patientinnen nicht im nächsten Krankenhaus behandeln, das Patientinnen mit dieser Indikation versorgt; zudem nimmt rund ein Viertel der Patientinnen eine Verdopplung der Fahrzeit in Kauf.

8.5 Fazit

Sowohl die internationale Literatur und Befragungsstudien an Versicherten und Patienten aus Deutschland als auch Sekundärdaten der AOK belegen, dass die Nähe zum Wohnort als Auswahlkriterium für Krankenhäuser eine wichtige, aber nicht die wichtigste Rolle bei der Krankenhauswahl spielt. Patienten sind bereit, eine längere Fahrzeit in Kauf zu nehmen, wenn dadurch die Behandlung in einem Krankenhaus stattfinden kann, dem vor allem auf der Basis der eigenen Erfahrung oder der Erfahrung anderer, des Rufs und der Ausstattungsmerkmale des Krankenhauses Vertrauen entgegengebracht werden kann. Die durchweg geringen Fahrzeiten, die die meisten Patienten auch bei der Wahl des nicht nächstgelegenen Krankenhauses in Deutschland zurücklegen müssen, spricht dafür, dass die derzeitige Struktur der Krankenhausversorgung patientenorientierte Auswahlmöglichkeiten bietet. Inwieweit eine Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser diese Auswahl soweit beschränkt, dass Patienten tatsächlich kein Krankenhaus mehr finden, das für sie und ihre Angehörigen zumutbar erreichbar ist und dem sie gleichzeitig Vertrauen entgegenbringen können, kann aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse nicht eingeschätzt werden. Auch kann nicht beantwortet werden, ob ein Strukturwandel zu mehr Gesundheit, Sicherheit, Gerechtigkeit, Effektivität und Effizienz der Krankenhausversorgung beitragen wird.

Literatur

- Chang R-KR, Joyce JJ, Castillo J, Ceja J, Quan P, Klitzner TS. Parental preference regarding hospitals for children undergoing surgery: a trade-off between travel distance and potential outcome improvement. *Can J Cardiol* 2004; 20: 877–82.
- Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press 2001.
- Dealey C. The factors that influence patients' choice of hospital and treatment. *Br J Nurs* 2005; 14: 576–9.
- de Cruppé W, Geraedts M. Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 951–7.
- de Cruppé W, Auras S, Schückes E, Geraedts M. Wie wählen Patienten ein Krankenhaus? German Medical Science *GMS Publishing House*; 2013. DocPO2-4-09-99 (doi: 10.3205/13dkvf219)
- Finlayson SRG, Birkmeyer JD, Tosteson ANAS, Nease RFJ. Patient Preferences for Location of Care: Implications for Regionalization. *Medical Care* 1999; 37: 204–9.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfall-eingriffen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009 – Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Schattauer: Stuttgart 2009; 155–81.
- Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Services Research* 2007; 7: 157.
- 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: Verlag Bertelsmann-Stiftung 2006; 154–70.

- Landau JH, Novick TV, Dubois L, Power AH, Harris JR, Derose G, Forbes TL. Determination of patient preference for location of elective abdominal aortic aneurysm surgery. *Vasc Endovascular Surg* 2013; 47: 288–93.
- Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the WHO* 2000; 78: 717–31.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – Eine Literaturanalyse. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006.
- Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD, Rademakers JJJM. Determinants of patient choice of health-care providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 272.
- Yamamoto K, Fushimi K. Travel of patients to distant hospitals for elective surgery in Japan: a cross-sectional analysis of a nationally representative sample. *Surg Today* 2009; 39: 758–63.