

GÜNTER NEUBAUER

Die Gesundheitsversorgung in der Stadt und auf dem Lande – Ein kleinräumlicher Vergleich –

1. Problemstellung

Die Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen kann für die Bundesrepublik Deutschland als eine elementare Forderung an die Raumordnungs- und Landesentwicklungspolitik bezeichnet werden. Diese Forderung ist im Grundgesetz, im Raumordnungsgesetz des Bundes und in den Landesplanungsgesetzen der Bundesländer mehrfach verankert¹. Daß Gleichwertigkeit nicht Gleichheit bedeuten muß, bei räumlich funktionaler Arbeitsteilung auch nicht bedeuten kann, ist heute unbestritten². Damit wird freilich die Beurteilung der Gleichwertigkeit in verschiedenen Räumen nicht leichter. Dies gilt selbst dann, wenn man den Versuch einer globalen Beurteilung aufgibt und einzelne Sachbereiche isoliert betrachtet.

Am Beispiel des Gesundheitsbereiches werden wir die Gleichwertigkeit der Versorgung anhand zweier konkreter Räume überprüfen. Dabei wählten wir bewußt mit der Großstadt München und dem Landkreis Eichstätt, nördlich von Ingolstadt gelegen, zwei Räume aus, die von einem typischen Stadt-Land-Gegensatz geprägt sind³.

Unser Ziel soll es sein, zunächst die Ausstattung der Räume mit Gesundheitseinrichtungen zu vergleichen, sodann wollen wir die räumliche Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen darstellen. Abschließend setzen wir uns mit der Wertigkeit der Versorgung auseinander. Dies fällt nicht leicht, da ähnlich wie in anderen Infrastrukturbereichen in der medizinischen Versorgung zumindest partiell eine Sättigung des Bedarfes erreicht ist. Räumliche Gleichversorgung könnte Erhöhung der Unwirtschaftlichkeit bedeuten. Freilich müssen wir vorab darauf hinweisen, daß die Gesundheitsversorgung von einigen Besonderheiten geprägt wird. Dazu gehören u.a. die gemischte Trägerschaft – neben freien, privatwirtschaftlich handelnden Ärzten und Apotheken stehen staatliche, gemeinwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser⁴ – und die Finanzierung über verschiedenartige gesetzliche Krankenkassen, ausgestattet mit einer parafiskalischen Einnahmeautono-

mie⁵. Von daher sind unsere Problemstellung wie die aufzuzeigenden Lösungswege nicht ohne weiteres auf andere Bereiche der Infrastruktur zu übertragen.

2. Skizzierung der Vergleichsräume und Erhebungsmethode

Die Auswahl der Räume erfolgte unter zwei Gesichtspunkten: Zum einen sollten die Räume möglichst große Differenzen in der Ausstattung mit medizinischen Versorgungseinrichtungen aufweisen, zum anderen sollten die Räume für die Untersuchenden⁶ gut erreichbar sein. Beide Kriterien legten nahe, München als Untersuchungsraum zu wählen. Die bayerische Landeshauptstadt nimmt nämlich bei den medizinischen Versorgungseinrichtungen eine Spitzenposition in der Bundesrepublik ein. Schwieriger gestaltete sich der Suchprozeß nach einem geeigneten Vergleichsraum. Es sollte ein ländlich strukturierter, medizinisch unterdurchschnittlich versorgter Landkreis sein, nicht zu weit entfernt von München, jedoch außerhalb des unmittelbaren Einzugsgebietes der Großstadt. Unsere Wahl fiel letztlich, aufgrund der zugesagten Unterstützung durch den dortigen Landrat, auf den Landkreis Eichstätt, der etwa eine Autobahnstunde von München weg liegt. Er ist der nördlichste Landkreis Oberbayerns, noch nördlich der Donau bei Ingolstadt gelegen und zählt zu den am dünnsten besiedelten Gebieten Bayerns. Zur weiteren Kurzbeschreibung der untersuchten Räume möge die Tabelle 1 dienen.

Von den in der Tabelle 1 zusammengestellten Kennzahlen ist neben der Einkommenshöhe noch die Haushaltsgröße von besonderer Bedeutung. Beides sind für die gesetzlichen Krankenkassen wichtige Faktoren. Das durchschnittliche Einkommen der Versicherungspflichtigen bestimmt wesentlich die Finanzkraft einer Kasse, die Familiengröße der Versicherten beeinflusst hingegen die Leistungsanspruchnahme nachhaltig.

1 Dazu vgl. auch Hübler, K.-H.: Zur Problematik der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Hannover 1980, S. 1 ff.

2 Vgl. ebenda, S. 20 ff.

3 Ausführlicher dazu Neubauer, G.; Sonnenholzner, A.: Medizinische Versorgung in der Stadt und auf dem Land – ein empirischer Beitrag gestützt auf Bevölkerungsbefragungen in zwei exemplarischen Räumen. Projektbericht, erstellt mit finanzieller Unterstützung der Robert-Bosch-Stiftung GmbH. Neubiberg 1983.

4 Zu den Begriffen vgl. Thiemeyer, Th.: Wirtschaftslehre öffentlicher Betriebe. Reinbeck 1975, S. 30 f.

5 Zu den Merkmalen des Gesundheitssektors vgl. Herder-Dorneich, Ph.: Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik. In: Herder-Dorneich, Ph.; Sieben, G.; Thiemeyer, Th., (Hrsg.): Wege zur Gesundheitsökonomie, (hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung). Gerlingen 1981, S. 15 ff.; ferner: Thiemeyer, Th.: Ansatzpunkte einer Gesundheitsökonomik aus unternehmensmorphologischer Sicht. In: Herder-Dorneich, Ph.; Sieben, G.; Thiemeyer, Th., (Hrsg.), a.a.O., S. 111 ff.

6 Die Feldarbeit wurde im Rahmen von Studienprojekten von Studenten der Hochschule der Bundeswehr München, FB Wirtschaftswissenschaften, geleistet.

Zu weiteren Einzelheiten des Projektes vgl. Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 8 ff.

Tabelle 1: Wichtige Kennzahlen der Untersuchungsräume

Merkmalsbereiche	Stadt München	Landkreis Eichstätt
Wohnbevölkerung	1,297 Mio.	90 908
Bevölkerungsdichte (Einwohner/qkm; 1978)	4 180	75
Zu-/Abwanderung pro 1 000 Einwohner (1975 bis 1980)	63,7/64,2	59,0/52,8
Bevölkerungsstruktur (1976)		
0–15 Jahre	13,1 %	25,3 %
60 Jahre und älter	19,9 %	16,3 %
Frauen	51,7 %	47,0 %
Administrative Gliederung (1978)	37 Bezirke	13 Einheitsgemeinden 5 Verwaltungsgemeinschaften
Landesplanerische Einordnung	Oberzentrum eines Ballungsraumes	1 Mittelzentrum 2 Unterzentren ländlich strukturiertes Fördergebiet
Kleinräumliches öffentliches Verkehrsnetz	Gut ausgebautes städtisches Verkehrssystem	Busverkehr
Beschäftigungsstruktur (1970)		
– Land- und Forstwirtschaft	5,1 %	23,8 %
– Produzierendes Gewerbe	45,1 %	48,7 %
– Dienstleistungsbereich	49,8 %	27,5 %
Wirtschaftskraft		
– Bruttoinlandsprodukte je Einwohner (1978)	35 054 DM	22 000 DM
– Steuern je Einwohner (1978)	1 063 DM	490 DM
– Pendler pro 1000 Beschäftigte (1970)	187 Einpendler	409 Auspendler
Haushaltsgröße (1978/79)	2,5 Personen	4,0 Personen
Krankenversicherte (1977/78) bei der:		
Ortskrankenkasse	29,0 %	47,5 %
Ersatzkrankenkasse	40,9 %	15,1 %

Quelle: Neubauer G.; Sonnenholzner A., a.a.O., S. 18 ff.

Die Daten über die Versorgungssituationen in den Vergleichsräumen ermittelten wir zum größten Teil mit Hilfe von Bevölkerungsbefragungen. Es gibt nämlich, trotz der Berge von gespeicherten Sozialdaten, keine auf den Wohnort abgestellten umfassenden Statistiken. Die Krankenkassen sind teils lokal (Ortskrankenkasse), teils regional (landwirtschaftliche Krankenkasse), teils zentral (Angestelltenkrankenkasse) organisiert und erfassen so auch die Daten. Die Leistungsanbieter andererseits führen sachlich getrennte Statistiken und sind oft nicht gewillt, Daten zur Verfügung zu stellen. Daher entwickelten wir einen Fragebogen von rund 80 Meinungs- und Informationsfragen. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, daß meist bekannte Versorgungssituationen aus der Sicht der aktuellen und potentiellen Nutzer beurteilt werden.

Aus arbeitstechnischen Gründen wurde die Erhebung im Landkreis von Januar bis März 1978 und in München exakt ein Jahr später, 1979, durchgeführt. Die erhobenen Daten beziehen sich daher in der Regel auf das letzte Quartal des Vorjahres.

3. Das Versorgungsangebot in den Vergleichsräumen

Gesundheitseinrichtungen können der versorgungsorientierten Infrastruktur zugerechnet werden und bedürfen der

Beschreibung mit spezifischen Indikatoren⁷. Wir wollen hier drei Gruppen von fachspezifischen Angebotsindikatoren bilden und folgen damit der traditionellen Unterteilung in einen ambulant-ärztlichen Versorgungsbereich, einen Krankenhausbereich und den Apothekenbereich. Weitere, zum Gesundheitssektor zählende Leistungsanbieter, wie Optiker, Heilgymnasten oder Rehabilitationshäuser schließen wir aus unserer Betrachtung aus.

Beginnen wir mit dem *ambulant-ärztlichen Bereich*. Üblicherweise wird die Versorgung hier mit sogenannten Arztdichtezißern beschrieben. Die Arztdichte sagt aus, wieviel Einwohner auf einen niedergelassenen Arzt im Durchschnitt des betrachteten Versorgungsgebietes entfallen. Die Arztdichte kann als Indikator weder Qualitäts- und Kapazitätsdifferenzen bei einzelnen Ärzten noch Bedarfsunterschiede bei den Einwohnern berücksichtigen. Schließlich sagt die Arztdichte auch wenig über die kleinräumliche Verteilung der Arztpraxen aus. Trotz der genannten Einschränkungen der Aussagekraft der Arztdichte werden wir sie, in Ermangelung einer besseren Kenngröße, ebenfalls verwenden. Jedoch kön-

7 Vgl.: Zimmermann, H.: Regionale Inzidenz öffentlicher Finanzströme. In: Schriften zur öffentlichen Verwaltung und öffentlichen Wirtschaft, Bd. 607. Baden-Baden 1981, S. 23 f.

nen wir die Arztdichte nach ärztlichen Fachrichtungen spezifizieren, wodurch der Informationsgehalt erhöht wird.

Tabelle 2: Arztdichte­ziffern aufgeschlüsselt nach Fachrichtungen in den Vergleichsräumen 1978

Arztgruppen	Versorgungs­dichte	Einwohner pro Kassenarzt	
		Stadt München	Landkreis Eichstätt
Alle Arztgruppen		638	1 855
Alle Facharztgruppen		981	6 993
Allgemeinmedizin/ praktische Ärzte		2 089	2 525
Augenärzte		13 946	45 454
Chirurgen		14 738	45 454
Frauenärzte		6 584	45 454
Hals-Nasen- Ohrenärzte		12 352	90 908
Internisten		3 210	18 182
Orthopäden		15 081	90 908

Quelle: Neubauer G.; Sonnenholzner A., a.a.O., Tab. 14.

Die Tabelle 2 macht für den ambulant-ärztlichen Bereich die Versorgungsunterschiede deutlich. Die Gesamtarztdichte übersteigt in München jene des Landkreises Eichstätt um annähernd das Dreifache. Differenziert man die Arztdichte nach Fachrichtungen, so stellen sich bei der praktisch-ärztlichen Versorgung relativ geringe, bei der fachärztlichen Versorgung hingegen große Unterschiede heraus. Der wohl wichtigste Facharzt, der Internist, hat im Durchschnitt in München um das fünf- bis sechsfache weniger Patienten zu betreuen als im Landkreis. Betrachtet man die intraräumliche Verteilung der Fachärzte innerhalb der Vergleichsräume genauer, so erkennt man, daß Fachärzte in der Stadt München wie im Landkreis Eichstätt zentrale Lagen als Praxisstandorte bevorzugen. In München häufen sich die Praxen in der Innenstadt, im Landkreis praktizieren drei Viertel der Fachärzte in der Kreisstadt. Relativ flächendeckend praktizieren hingegen in beiden Räumen die praktischen Ärzte.

Insgesamt können wir als typisch für den Stadt-Land-Unterschied festhalten, daß das fachärztliche Angebot in der Stadt dominiert, während der Landarzt im Regelfall ein praktischer Arzt ist.

Im *Krankenhausbereich* wird heute meistens die Betten­dichte, ausgedrückt als Verhältnis Krankenbetten je 100 000 Einwohner des betrachteten Gebietes, als Versorgungsindikator herangezogen. Gegen diesen Indikator gelten die gleichen Einwände wie gegen die Arztdichte, doch verwenden wir gleichwohl die Bettendichte wiederum mangels einer besseren Kenngröße. Neben der globalen Dichte­ziffer ist die Errechnung spezieller Ziffern nützlich, da die Krankenhäuser in einem System der abgestuften Versorgung organisiert sind⁸.

Häuser der Grund- und Regelversorgung sollen die drei Abteilungen Inneres, Chirurgie und Gynäkologie mit Geburtshilfe mit etwa 200 bis 300 Betten vorhalten. Standorte solcher Spitäler können Unter- oder Mittelzentren sein. Eine Stufe höher stehen Krankenhäuser der Hauptversorgung. Sie beherbergen Betten der Grundversorgung und einige wichtige Fachabteilungen wie Hals-Nasen-Ohren- oder Augenabteilung. Die Grundversorgung und alle sonst wichtigen Fachabteilungen hält ein Klinikum der Maximalversorgung vor, zu der die meisten Universitätskliniken gehören. Die stationäre Versorgung der Patienten sollte nun jeweils möglichst auf der untersten Stufe erfolgen, da diese in der Regel kostengünstiger und räumlich näher die Behandlung durchführen kann.

Im Landkreis stehen fast nur Krankenhäuser der Grundversorgung; in München überwiegen Kliniken der Maximalversorgung. Um die Versorgung vergleichbar zu machen, ist es erforderlich, für München jene Betten zu ermitteln, die der Grundversorgung dienen. Da es an amtlichen Angaben fehlt, in welchem Umfang etwa ein Universitätsklinikum Grundversorgung betreibt, mußten wir eine Schätzgröße einführen, die von Fachleuten als zutreffend bezeichnet wurde. Wir gehen davon aus, daß etwa 60 % der Betten der drei Grundversorgungsabteilungen von Häusern der Haupt- und Maximalversorgung der Grundversorgung zuzurechnen sind. Die Ergebnisse sind in der nächsten Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 3: Stationäre Versorgung in den Vergleichsräumen 1978

Versorgungsindikatoren	Stadt München	Landkreis Eichstätt
Krankenbetten je 100 000 Einwohner	1 162	527
Bettennutzung	81,6 %	85,75 %
Betten der Grundversorgung Chirurgie pro 100 000 Einwohner	182,9	196,9
Betten der Grundversorgung Inneres pro 100 000 Einwohner	209,3	203,5
Betten der Grundversorgung Gynäkologie/Geburtshilfe pro 100 000 Einwohner	80,4	68,2

Quelle: Neubauer G.; Sonnenholzner A.: a.a.O., S. 62 und S. 63.

Nach unserer Tabelle 3 sind auf der Stufe der Grundversorgung die Bevölkerungen annähernd gleich gut versorgt. Lediglich im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe wird ein beträchtlicher Unterschied sichtbar, der noch größer wird, wenn man berücksichtigt, daß im Landkreis die Geburtenrate bei 11,4 Lebendgeborene pro 1 000 Einwohner und in München bei 7,2 Lebendgeborene pro 1 000 Einwohner zum Zeitpunkt der Befragung lag⁹. Allerdings sei hier schon vor dem

8 Vgl. dazu etwa Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern, Stand: 1. Januar 1981. München 1981, S. 3 f.

9 Eigene Berechnungen aus: Bayerisches Statistisches Landesamt (Hrsg.): Kreisdaten Ausgabe 1977. München 1977, S. 14; sowie Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (Hrsg.): Münchner Statistik, Jahresbericht 1978. München 1979, S. 38.

Trugschluß gewarnt, der Landkreis sei unterversorgt gewesen; eher deutet alles darauf hin, daß München überversorgt war bzw. auf den Geburtenrückgang nicht elastisch genug reagierte.

Zusammengefaßt gilt für die Krankenhausversorgung, daß im Landkreis alle Betten in Häusern der Grundversorgungsstufe stehen; in München hingegen stehen fast alle Betten der Grundversorgung in Häusern höherer Versorgungsstufen. Ein wichtiger Unterschied besteht nun darin, daß Pflegesätze nicht nach der Bettenart, sondern nach der Versorgungsstufe berechnet werden, d.h. die Grundversorgung im Landkreis ist pro Patient bis zur Hälfte billiger als in München. Wir haben es hier mit einem Finanzierungsparadoxon zu tun, das für weitreichende Unwirtschaftlichkeit im Krankenhausesektor verantwortlich ist¹⁰.

Kommen wir noch kurz auf die Situation im *Apothekenbereich* und damit die Arzneimittelversorgung zu sprechen. Benutzen wir auch hier die Apothekendichte als Indikator, so entfielen 1978 in München 3 428 Einwohner und im Landkreis 6 993 Einwohner auf eine Apotheke. Nun gilt für Apotheken noch mehr als für die anderen beiden Bereichen, daß die Versorgungsqualität vor allem von der Erreichbarkeit abhängt, deswegen wollen wir im nächsten Abschnitt die Erreichbarkeit wichtiger medizinischer Einrichtungen für beide Räume gegenüberstellen.

4. Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen

Unter Erreichbarkeit wollen wir hier vornehmlich die räumliche Erreichbarkeit verstehen und weitere Dimensionen des Begriffes vernachlässigen¹¹.

Gesundheitsleistungen sind in der Mehrzahl Dienstleistungen, bei denen der persönliche Kontakt von Leistungserbringer und Leistungsverbraucher unabdingbar ist. Zudem kann ein Leistungsbedarf plötzlich auftreten und lebenswichtig sein. Aus diesem Grunde werden gerade an medizinischen Einrichtungen hohe Anforderungen an die Erreichbarkeit gestellt. Die Erreichbarkeit messen wir mit Hilfe der Wegzeit, die ein Bürger bzw. Patient zum Arzt braucht. Die Wegzeit ihrerseits wird wesentlich vom Verkehrsmittel, den Verkehrsverhältnissen und der räumlichen Entfernung der Versorgungseinrichtungen bestimmt. Grundsätzlich würde man vermuten, daß die Wegzeiten in der Großstadt aufgrund des vielfältigen Verkehrsmittelangebotes und der geringen Entfernungen niedriger liegen als auf dem Lande.

Beginnen wir mit den Wegzeiten zum nächsten praktischen Arzt bzw. Allgemeinarzt¹², der ja in der Regel die Erstversorgung eines Patienten übernimmt. Wir haben hierzu die ent-

sprechenden Fragen aus unseren Bevölkerungsbefragungen vergleichend ausgewertet.

Tabelle 4: Vergleich der Wegzeiten zum nächsten Allgemeinarzt

Wegzeit in Minuten	Räume	Stadt München (D _A ¹⁾ = 2 089)	Lkr: Eichstätt (D _A ¹⁾ = 2 525)
	in % der Antworten		
bis 15		83,5	81,9
16 – 30		9,0	14,4
31 – 60		1,0	2,7
über 60		0,2	1,0
weiß nicht		6,3	–
Ø ²⁾		9,5	11,5

¹⁾ D_A = Einwohner pro Allgemeinarzt (Allgemeinarztdichte)
²⁾ Für die Ermittlung des Durchschnittswertes wurden folgende Klassenmitten verwendet (in Min.): 7,5; 22,5; 45; 90.
Quelle: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 122.

Die Tabelle 4 weist eine im Durchschnitt nur um zwei Minuten längere Wegzeit für die Landkreisbewohner aus. Der Unterschied kann damit absolut als minimal angesehen werden, zumal die häufigste Wegzeit (bis 15 Minuten) fast gleich oft genannt wurde. Von den Befragten hielten in Eichstätt 94 % und in München 92 % die angegebene Wegzeit für zumutbar. Daß in einem ländlichen Raum für einige wenige Bewohner lange bis sehr lange Wegzeiten erforderlich sind, um den nächsten Arzt zu erreichen, muß als naturgegeben hingenommen werden.

Allerdings wird die Angleichung der Wegzeiten nur deshalb erreicht, weil die Eichstätter in einem hohen Ausmaß den Pkw benutzen (55,1 %), so daß der im Durchschnitt weiter entfernte Arzt gleichwohl schnell erreicht werden kann¹³. In München kann hingegen häufig der Arzt zu Fuß aufgesucht werden (61,2 %).

Abweichend von der praktisch-ärztlichen Versorgung stellt sich die Erreichbarkeit der Fachärzte im Vergleich dar. Wir stellten unsere Befragung lediglich auf die Fachgruppe der Internisten ab; für andere Fachrichtungen dürften die Bedingungen eher stärker differieren. Die Wegzeiten zum nächsten Internisten liegen für die Landkreisbewohner mit durchschnittlich 27 Minuten beträchtlich höher als für die Großstädter mit 15 Minuten.

Die hauptsächlichen Gründe für die längeren Wegzeiten der Eichstätter zum Internisten sind zum einen die geringe Versorgungsdichte, und zum anderen die örtliche Konzentration der Internisten. So hatten sich zum Zeitpunkt unserer Untersuchung alle fünf Internisten in der Kreisstadt Eichstätt zentral niedergelassen.

Neben den Wegzeiten bilden auch Wartezeiten ein Hindernis, um den Arzt zu besuchen. Weg- und Wartezeiten zusammen machen den Zeitaufwand eines Patienten aus, um einen

10 Zu Einzelheiten vgl. Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung. Stuttgart 1983, S. 85 f.
11 Vgl. Zepf, E.; Möller, J.; Neubauer, G.: Kriterien zur Abgrenzung von Analyse- und Planungsräumen im Gesundheitswesen. Forschungsbericht: Gesundheitsforschung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bd. 14, Bonn 1979, S. 20 ff.
12 Im weiteren setzen wir die Berufsbezeichnungen „praktischer Arzt“ und „Allgemeinarzt“ der Einfachheit halber gleich.

13 Vgl. auch Heinze, G. W. u.a.: Verkehrsangebot und Verkehrsverhalten im ländlichen Raum. In: Maier, J., (Hrsg.): Strukturprobleme ländlicher Räume (H. 24), Bayreuth 1982, S. 15 ff.

Arzt zu erreichen. Doch treten Wartezeiten nur im ambulant-ärztlichen Bereich spürbar für den Patienten auf, da Wartezeiten im Krankenhaus vom Patienten nur selten als solche eingeschätzt werden können. Auch in Apotheken spielen Wartezeiten kaum eine Rolle.

Die Höhe der Wartezeiten wird von der Angebotsdichte weitgehend determiniert. Müssen sich viele Ärzte wenig Patienten teilen, geht die Wartezeit gegen Null und vice versa. Von daher sind für den Landkreis höhere Wartezeiten zu vermuten als für die dichtversorgte Stadt München, was die Befragung auch bestätigte. Die Differenz der durchschnittlichen Wartezeit betrug 13,9 Minuten zugunsten der Landeshauptstadt. Insgesamt wurden von unseren Befragten in beiden Räumen die Wartezeiten als höheres Hindernis eingeschätzt als die Wegzeiten, wobei im Landkreis beide Hindernisse nur wenig mehr hinderlich genannt wurden als in München.

5. Nutzung des Versorgungsangebotes

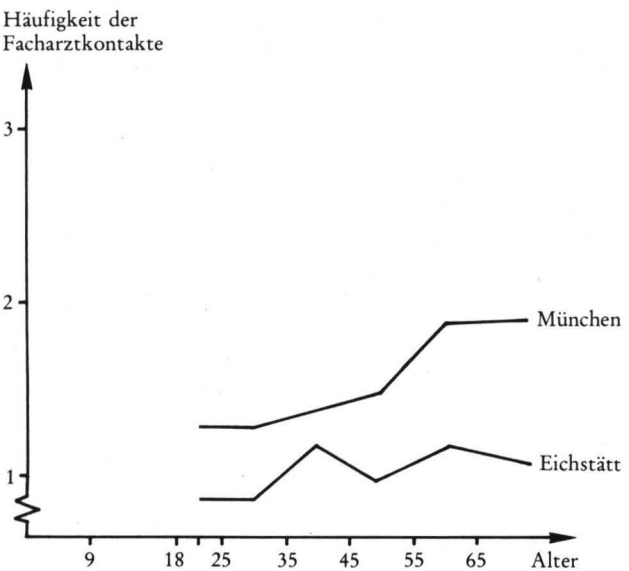
Die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen wird von vielen Faktoren beeinflusst. So stellten wir fest, daß das subjektive Gesundheitsempfinden, die Familiengröße, die Stellung im Beruf, der Schulabschluß und die Krankenversicherungsart die Nutzung beeinflussen¹⁴. Allerdings überlagern sich diese Faktoren teilweise, und teilweise sind die Zusammenhänge recht schwach ausgeprägt. Wir verzichten hier aus Platzgründen auf eine Erörterung, wenngleich auch diese Faktoren Stadt-Land Unterschiede ausdrücken¹⁵. Im weiteren beschränken wir uns auf die Darstellung des Zusammenhangs zwischen vorhandenen Einrichtungen und ihre Nutzung im Vergleich der Räume. Wir unterstellen also vorab hypothetisch, daß Höhe und Struktur der Versorgung sich im Umfang und der Zusammensetzung der Nutzung abbilden.

Betrachten wir wieder zuerst den *ambulant-ärztlichen Bereich*. Als auffälligsten Unterschied hoben wir hier hervor, daß die fachärztliche Versorgungsdichte in München um ein Vielfaches höher liegt als im Landkreis. Gehen nun auch die Münchner häufiger zum Facharzt?

Als Indikator wählten wir die Arztkontakte je Einwohner und Vierteljahr, wie sie sich aus unseren Befragungen ermitteln ließen. Um das Alter als wichtige weitere Einflußgröße auszuschalten, zeigen wir die Arztkontakte in Abhängigkeit vom Alter.

Die Abbildung 1 bestätigt unsere anfangs formulierte These. Tatsächlich gehen die Münchner in allen betrachteten Altersklassen häufiger zum Facharzt als Landkreisbewohner. Dabei gaben in München nur 31 % der Facharztpatienten an, überwiesen worden zu sein, im Landkreis waren es 51 %, d.h. Münchner suchen zu erheblichen Teilen den Facharzt direkt auf. Insgesamt gingen jedoch die Landkreisbewohner kaum

Abbildung 1: Facharztkontakte je Einwohner im Okt./Nov./Dez. 1977 bzw. 1978 in den Vergleichsräumen



Quelle: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 107.

weniger zum Arzt als die Großstädter¹⁶. Sie kompensierten teilweise die geringeren Facharztbesuche durch häufigere Konsultationen der praktischen Ärzte.

Für den *Krankenhausbereich* wählten wir als Kenngröße die Krankenhaustage pro Einwohner und Jahr. Die Krankenhaustage lassen sich als Produkt der Faktoren Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer errechnen. Der Indikator Krankenhaustage pro Einwohner und Jahr ist im Durchschnitt der Jahre 1975 bis 1980 in München (2,61) nur geringfügig höher als im Landkreis Eichstätt (2,41).

Eine gewisse Schwierigkeit bereitet die Bereinigung der Zahlen um die Ein- bzw. Auspendlerpatienten. Laut Fragebogen haben 50,1 % der Bevölkerung des Landkreises Eichstätt ihren letzten Krankenhausaufenthalt in einem Spital des Landkreises verbracht. Die Patientenherkunftsstatistiken der Krankenhäuser im Landkreis weisen andererseits für 1977 aus, daß ein Großteil ihrer Patienten aus dem Kreisgebiet kommt. Die Krankenhaustage der Bevölkerung Eichstatts in den eigenen Krankenhäusern werden durch Multiplizierung der Fälle in den einzelnen Krankenhäusern mit der jeweiligen Verweildauer ermittelt. Hinzu kommen die Krankenhaustage jener 49,9 % Landkreisbewohner, die in einem auswärtigen Krankenhaus lagen¹⁷.

Die Münchner ließen sich zu 88,5 % in Münchner Krankenhäusern behandeln. Die außerhalb Behandelten wurden von uns mit der durchschnittlichen Verweildauer aller Klini-

14 Vgl.: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 76 ff.
15 So stellten wir fest, daß im Landkreis die Familien größer und auch die Wohnverhältnisse großzügiger sind. Mit der Familiengröße nahm aber die Arztkontakthäufigkeit ab. Vgl.: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 104 und S. 105.

16 Von den Eichstätter Befragten waren 29 % im letzten Quartal nicht beim Arzt, in München waren es 27 %.
17 Aufgrund unserer Befragung standen uns hierfür die entsprechenden Daten zur Verfügung. Ausführlich stellen wir das Verfahren in unserem Projektbericht S. 195 und S. 196 dar.

ken Bayerns gewichtet, da uns in diesem Fall die einzelnen Krankenhäuser nicht bekannt waren.

Der unterschiedlich hohe Anteil an „Auspendlerpatienten“ entspricht der unterschiedlichen Angebotsstruktur. München hält Krankbetten auf allen Versorgungsstufen vor, so daß vom Behandlungsangebot her ein Auspendeln kaum erforderlich ist. Lediglich für den Fall einer Behandlung in einer Spezialklinik kann bei bestimmten seltenen Erkrankungen das Münchner Angebot nicht ausreichen. Die Mehrzahl der Auspendler erkrankte bzw. verunglückte bei einem Aufenthalt außerhalb Münchens und suchte daher das nächstgelegene Spital auf.

Im Landkreis Eichstätt werden plangemäß nur Häuser der Grundversorgung vorgehalten. Die Hauptversorgung wird in Ingolstadt, die Maximalversorgung in München erbracht. Von daher muß die Auspendlerquote bei den Patienten höher liegen.

Aus ökonomischer Sicht ergibt sich freilich ein gewichtiger Versorgungsunterschied. Die Grundversorgung im Landkreis erfolgt in relativ kostengünstigen Spitälern, während in München die Grundversorgungsbetten in Häusern höherer Versorgungsstufen stehen und entsprechend teurer sind. Nach unseren Berechnungen wurden 1978 für jeden Münchner Bürger DM 83,- oder 26 % mehr für Krankenhauspflege ausgegeben als für jeden Landkreisbewohner. Eigentliche Ursache dafür ist eine Fehlsteuerung unseres Krankenhausfinanzierungssystems, worauf hier nicht weiter eingegangen werden kann¹⁸.

Die *Medikamentennutzung* hängt weitgehend von den Verordnungen der Ärzte ab. Quasi jeder Arztbesuch wird von einer ärztlichen Arzneimittelverordnung begleitet. Die ausgestellten Rezepte werden in hohem Maße eingelöst, wenn auch im Landkreis häufiger (95 %) als in München (90 %). Bei rund 70 % der eingelösten Rezepte bleiben Medikamente übrig.

6. Vergleichende Bewertung der Gesundheitsversorgung

Aus der allgemeinen Forderung nach Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse leiten wir das Ziel einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung in allen Teilräumen ab. Inwieweit kann nun die Gesundheitsversorgung in den beiden Vergleichsräumen als gleichwertig betrachtet werden, lautet die Frage, der wir hier weiter nachgehen wollen.

Gehen wir zunächst von einer Mindestforderung aus, die an unser Gesundheitssystem gestellt wird. Nach dieser muß jeder Bürger im medizinischen Notfall spätestens nach einer halben Stunde eine ärztliche Versorgung erhalten können¹⁹. Bei der Darstellung der Erreichbarkeit wurde schon erkennbar, daß die Mehrzahl der Bürger das nächste Krankenhaus,

die nächste Arztpraxis und die nächste Apotheke innerhalb einer halben Stunde erreichen kann. Dabei schlossen die entsprechenden Fragen den Notfall extra aus. Für den Notfall sind jedoch in beiden Räumen Sonderdienste eingerichtet, durch welche sich für die Einwohner im Notfall die jeweilige Erreichdauer weiter senkt. Die Alarmierung der Notdienste kann über das Fernsprechnetz erfolgen, so daß auch abgelegene Weiler des Landkreises schnell Hilfe holen können.

Jenseits der Notfallversorgung wird die Beurteilung schwerer. Einmal haben wir im Krankenhaus- und auch im Facharztbereich eine funktionsräumliche Arbeitsteilung, welche Oberzentren gewollt besser ausstattet als Mittel- und Unterezentren, zum anderen müssen Gesundheitseinrichtungen an ihrem Beitrag zur Gesundheitserhaltung und -verbesserung gemessen und mit ihren Kosten bewertet werden. Erörtern wir den letztgenannten Aspekt zuerst.

Im Gesundheitssektor haben wir heute in der Bundesrepublik eine Versorgungsdichte erreicht, daß nicht mehr ohne weiteres unterstellt werden kann, ein weiterer Arzt würde die Gesundheitslage der Bevölkerung weiter verbessern. Wenn gleichwohl die Arztpraxen noch immer gut gefüllt sind und nicht unbeträchtliche Wartezeiten auftreten, so liegt das an Steuerungsmängeln unseres Systems²⁰. Stellt man wichtige Indikatoren für die Gesundheit unseren Vergleichsräumen gegenüber, so zeigt sich ein gemischtes Bild, das keine schnelle Beurteilung zuläßt.

Tabelle 5: Gesundheitsindikatoren im räumlichen Vergleich

Gesundheitsindikatoren	Stadt München	Landkreis Eichstätt
Subjektiv ohne Beschwerden (1977/78)	32,3 %	26,4 %
Arbeitsunfähigkeitstage je Pflichtmitglied der Ortskrankenkasse München bzw. Ingolstadt ¹⁾ (Ø 1975 bis 1980)	22,5	18,7
Säuglingssterblichkeit (≅ im 1. Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene; Ø 1973 bis 1980)	15,2	13,3
Gesamtsterblichkeit (altersstandardisiert; Ø 1973 bis 1980)		
– pro 100 000 Männer	961,2	1 048,1
– pro 100 000 Frauen	799,6	943,6

¹⁾ Der Landkreis Eichstätt liegt im AOK-Bereich Ingolstadt.

Quelle: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., Tab. 17, 60, 61 und Abb. 11.

Auf eine detaillierte Diskussion der Indikatoren sei hier verzichtet²¹, lediglich auf die Differenzen in der Gesamtsterblichkeit soll kurz eingegangen werden. Wir stellten nämlich bei einem Vergleich mehrerer bayerischer Regionen fest, daß München insgesamt eine Spitzenstellung einnimmt. Ähnliches

18 Näheres dazu in: Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.): Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung, a.a.O., S. 37 ff.

19 Diese Zeit ergibt sich aufgrund der rasch abfallenden Überlebenschancen von Verletzten während der ersten halben Stunde nach dem Unfall. Vgl. auch Köhler-Sagerer, U.: Optimale Standorte und Fahrzeugzahlen für den Rettungsdienst, hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart 1983, S. 24.

20 Herder-Dorneich, Ph.: Problemgeschichte der Gesundheitsökonomik. In: Herder-Dorneich, Ph.; Sieben, G.; Thiemeyer, Th., (Hrsg.), a.a.O., S. 21 ff.

21 Vgl. dazu unsere ausführliche Erörterung, in: Neubauer, G.; Sonnenholzner, A., a.a.O., S. 170 ff.

wurde für Stuttgart festgestellt. Doch trifft dies nicht für alle medizinisch gut versorgten Städte zu. So nehmen etwa Berlin und Nürnberg eine schlechte Position ein²². Die Vermutung liegt nahe, daß weniger die medizinische Versorgung als bestimmte Selektionsmechanismen, wie sie von Wanderungen oder der Erwerbstätigenstruktur ausgehen, die Unterschiede in der Sterblichkeit verursachen. Schließlich stellten wir fest, daß etwa ein Drittel der Sterblichkeitsdifferenzen bei den Männern auf die höhere Unfallsterblichkeit im Straßenverkehr des Landkreises zurückgeführt werden kann.

Nun wissen wir, daß mit den von uns herangezogenen Indikatoren nur lückenhaft der Gesundheitsstand beschrieben wird und, was wichtiger ist, daß Gesundheit wesentlich vom Verhalten des einzelnen abhängt. Möglicherweise läßt sogar das Bemühen des einzelnen um Gesundheit nach, wenn er sich jederzeit bequem kostenlos medizinische „Fremdleistungen“ beschaffen kann.

Beziehen wir die Kosten der Einrichtungen in die Beurteilung mit ein, wird das Bild eher noch diffuser. Die Münchner medizinische Versorgung kostet pro Einwohner etwa 20 % mehr, als pro Landkreisbewohner aufgewendet wird. Diese Mehrkosten führen jedoch nur im Falle der Allgemeinen Ortskrankenkassen zu einem höheren Krankenkassenbeitrag in München bzw. einem niedrigeren im Landkreis.

Versicherungsmitglieder von Ersatzkassen zahlen jedoch im Landkreis den gleichen Beitrag, trotz durchschnittlich mäßigerem Leistungsverbrauch, als Münchner. Im Nettoeffekt führt das zu einer Subventionierung der Anspruchsvollen durch die Bescheidenen. Eine solche pervertierte Umverteilung kann von niemandem gewollt sein. Hingegen dürfte eine

entsprechende finanzielle Entlastung der weniger gut ausgestatteten Landkreisbewohner durchaus zur Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse beitragen, da ja Einkommen verfügbar bleibt, das möglicherweise sonst im medizinischen Versorgungsbereich wenig produktiv gebunden würde. Dem Anreiz, den Landkreis wegen der unterdurchschnittlichen medizinischen Versorgung zu verlassen, kann mit regional abgestuften Kassenbeiträgen entgegengewirkt werden. Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung muß damit auch im regionalen Kosten-Leistungs-Verhältnis beurteilt werden. Solange Bürger nicht aufgrund eines unbefriedigenden Kosten-Leistungs-Verhältnisses abwandern oder Verbesserungen der Leistungen unter Inkaufnahme von Kosten wünschen, solange kann eine Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung unterstellt werden.

Die Alternative, das Versorgungsangebot zu egalisieren, beurteilen wir aus zwei Gründen skeptisch. Einmal meinen wir, daß es sich nicht um eine Unterversorgung der Landkreisbewohner, sondern um eine Überversorgung der Münchner handelt. Zum anderen kann eine Egalisierung nicht Ziel sein, wenn wir die ökonomisch vernünftige, räumlich-funktionale Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung beibehalten wollen. Unter letzterem Aspekt rückt die überörtliche Erreichbarkeit zum entscheidenden Kriterium auf. Diese Erreichbarkeit kann unter den Bedingungen der Bundesrepublik für medizinisch dringende Fälle generell als gewährleistet angesehen werden. Daß Stadtbewohner es zur eigenen Universitätsklinik näher haben, muß als naturgegeben hingenommen werden, sofern man eine funktional abgestufte Versorgung wünscht. Allerdings unterliegen Stadtbewohner auch der Versuchung, sich überversorgen zu lassen, wenn die Inanspruchnahme – wie bei uns – kostenfrei erfolgen kann. Eine so „provokierte“ Überversorgung darf jedoch nicht Leitbild für das Bemühen um eine Gleichwertigkeit der medizinischen Versorgung werden, sondern sollte von der Finanzierungsseite her angesteuert werden.

22 Vgl. dazu: Bayerisches Statistisches Landesamt (Hrsg.): Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen in den Kreisen Bayerns 1975 bis 1978 und 1979 bis 1982. München 1983, S. 92 ff.

Neubauer, G., u.a.: Analyse der regionalen Differenzen der Sterblichkeit zwischen den bayerischen Regierungsbezirken. München 1983, S. 47 f.