

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
D-83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242
I-38060 TENNO AM GARDASEE – VIA BROCCETTI 23
Telefon: 00390-464-50 30 16 – Telefax: 00390-464-50 32 56
www.studiengruppe.com - e-mail: studiengruppe@t-online.de

**REGIONAL UNTERSCHIEDLICHE CHANCEN
FÜR
INNOVATIVE KRANKENHAUSKONZEPTE
IN
BAYERN:
LÄNDLICHE KREISE BIETEN MEHR**

**Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Dirk Richter
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck**

**Marquartstein
Juni 2004**

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	I
Das Kommunale Krankenhaus als Regionales Gesundheitszentrum	1
1. Soziales Krankenhaus mit gesundheitspolitischem Auftrag als Leitbild	2
2. Krankenhaus als "Regionales Gesundheitszentrum"	3
3. Defizitrisiko und Demographierisiko	5
4. Fusionierung, Privatisierung und Zentralisierung oder Integration und Regionalisierung	7
5. Regionale Gesundheitszentren als optimale Krankenhausform für die Ländlichen Räume	8
6. Innovative medizinische und soziale Behandlungsangebote für die Region	10
Regionalstrukturen der Krankenhausmorbidity und Krankenhauskapazität in Bayern 1999/2000	11
1. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in den Ländlichen Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Innere Medizin und Kardiologie in den Kernstädten	12
2. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Neubildungen in den Kernstädten	16
3. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Unfällen in den Ländlichen Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Chirurgie und Unfallchirurgie in den Kernstädten	19
4. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett in den Ländlichen Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde in den Kernstädten	23
5. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen in den Kernstädten und Konzentration der Akutbetten für Psychiatrie in den Kernstädten	28
Zusammenfassung	32

Vorbemerkung

Später als in anderen Ländern Deutschlands, dafür aber auch stürmischer ist die Krankenhauslandschaft in Bayern in Bewegung geraten.

So hat die betont krankenhaushfreundliche Gesundheits-, Sozial-, und Finanzpolitik des Freistaates Bayern zwar die Krankenhäuser in Bayern lange Jahre vor den Auswirkungen der teilweise geradezu ideologisch-fundamentalistischen Antikrankenhaushpolitik der Bundesregierungen und der Krankenkassenverbände abgeschirmt, sie hat damit aber auch die Entwicklung avancierter und innovativer Konzepte zur Sicherung von Krankenhausstandorten nicht herausgefordert.

Nachdem nunmehr durch die weitgehende Außerkraftsetzung der Krankenhausplanung der Länder und die Verschärfung des Krankenhauswettbewerbs im Zuge der Fallpauschalenfinanzierung zahlreiche Krankenhausstandorte auch in Bayern hohe Defizite erwirtschaften, scheint zahlreichen Kommunen keine Zeit mehr für die Entwicklung und Erarbeitung von Standortsicherungskonzepten zu verbleiben.

Die Folge sind beschleunigte, oftmals etwas voreilige Bemühungen um einen raschen Verkauf kommunaler Krankenhäuser an private Krankenhausketten. Insbesondere wenn Ankäufer unter wohlklingenden Bezeichnungen zunächst eine Beibehaltung defizitärer Standorte als Filialkliniken anbieten, sinkt die Skepsisschwelle der Kommunalpolitik gegenüber Kaufangeboten weiter.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, sich zunächst zu vergegenwärtigen, nach welchem Leitbild kommunale Krankenhäuser zukünftig überhaupt tätig sein sollen und vor allem welche innovativen medizinischen und sozialen Produkte

kommunale Krankenhäuser in Zukunft auch aus wirtschaftlichen Gründen anbieten müssen.

Dabei interessiert auch die Frage, ob nicht gerade vergleichsweise autonome, wenn auch kooperierende oder fusionierte kommunale Krankenhäuser besser als Filialkliniken privater Ketten in der Lage sind, innovative, vor allem demographiegerechte und damit defizitresistente medizinische und soziale Produkte für ihre Standortregionen zu entwickeln.

Generell gilt dabei, dass die Ländlichen Räume für derartige innovative Lösungen die besten Voraussetzungen in Bayern bieten. Einerseits haben sie bei wichtigen Behandlungsanlässen deutlich höhere Krankenhaushäufigkeiten als die Großstädte, zeigen aber gleichzeitig eine wesentlich niedrigere Krankenhausbettendichte in den einschlägigen Fächern. Die Großstädte ihrerseits müssen sich vor allem mit Überkapazitäten und Altstrukturen abquälen.

Nachfolgend wird zunächst skizziert, warum und wie Kommunale Krankenhäuser im Ländlichen Raum am besten am Leitbild eines "Regionalen Gesundheitszentrums" ausgerichtet werden.

Solche "Regionalen Gesundheitszentren" zeichnen sich dadurch aus, dass sie innovative medizinische und soziale Behandlungsangebote für spezifische Zielgruppen wie Frauen, Mütter und Kinder, sodann Männer und insbesondere Ältere anbieten.

Im zweiten Teil der vorliegenden Untersuchung wird gezeigt, wie gegenläufig sich bei den besonders zahlenstarken Behandlungsanlässen die Krankenhaus-

häufigkeit und die Krankenhausbettendichte auf die verschiedenen Siedlungstypen Bayerns verteilt.

Anders als etwa die Länder Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen erfolgt in Bayern keine regelmäßige und/oder auswertende Veröffentlichung der Krankenhausdiagnosedaten. Zudem werden, anders als wie bspw. in Niedersachsen, die Akutbettenbestände der Fachabteilungen in den einzelnen Kreisen und Kreisfreien Städten nicht als Relativwerte veröffentlicht. In Ermangelung dessen können über Angebot und Nachfrage im Krankenhaussektor in Bayern nur erschwert Aussagen getroffen werden. Sowohl für die von Planungsbehörde, Kassenverbänden und Krankenhausträgern zu gestaltende öffentliche Krankenhausplanung wie auch die von den einzelnen Krankenhausträgern zu leistende Zukunftsplanung ihres Behandlungsangebotes stellt das Fehlen solcher Orientierungsdaten einen gravierenden Mangel dar.

Nachdem derzeit in Bayern eine erhebliche Anzahl von Krankenhäusern Neustrukturierungen in Form von Kooperationen und Fusionen eingeleitet oder schon durchgeführt haben, sind für die damit notwendig gewordenen Neustrukturierungen des medizinischen Angebotes regionale Angaben zur Art und Dichte der Krankenhausbetten einerseits und zur Art und Häufigkeit der Krankenhausbehandlung der Wohnbevölkerung andererseits von besonderer Wichtigkeit.

Die nachfolgenden Untersuchungen beruhen auf einer Ermittlung der Krankenhausbehandlungsfälle der Wohnbevölkerung in den Kreisen und Kreisfreien Städten Bayerns nach Art und Häufigkeit des Behandlungsanlasses. Ebenso beruhen die nachfolgenden Untersuchungen auf einer Ermittlung der Betten der

Krankenhäuser in den Kreisen und Kreisfreien Städten Bayerns nach Art und Dichte der Fachgebiete.

Dabei wurden sowohl die Krankenhausbehandlungsfälle wie auch die Betten der Krankenhäuser auf die jeweilige Wohnbevölkerung der Kreise und Kreisfreien Städte bezogen.

Die Kreise und Kreisfreien Städte Bayerns wurden ihrerseits den siedlungsstrukturellen Kreistypen der amtlichen Raumbesichtigung zugeordnet.¹

Auf dieser Grundlage wird nachfolgend die regional unterschiedliche Häufigkeit von Krankenhausbehandlung der Wohnbevölkerung in Bayern für die Krankheitsarten-Obergruppen (ICD-9) "Krankheiten des Kreislaufsystems", "Neubildungen", "Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen", "Komplikationen bei der Schwangerschaft" und "Seelische Störungen" betrachtet. Passend dazu erfolgt eine Darstellung der Akutbettenbestände nach den Fachgebieten bzw. Teilgebieten "Innere Medizin bzw. Kardiologie", "Chirurgie bzw. Unfallchirurgie", "Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde" und "Psychiatrie".

Zur besseren Übersichtlichkeit sind dabei die neun unterschiedlichen Gebiets-typen der amtlichen Raumbesichtigung in den drei Obergruppen "Kernstädte"; "Umlandkreise" und "Ländliche Kreise" zusammengefasst.

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

Marquartstein, Juni 2004

¹ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 2002, Bonn 2002

**DAS
KOMMUNALE KRANKENHAUS
ALS
REGIONALES GESUNDHEITZENTRUM***

**Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov**

* Überarbeitete Fassung eines Vortrages beim Gesundheitssymposium der Landkreis Passau - Krankenhaus gGmbH, Vilshofen, 19.06.2004

1. Soziales Krankenhaus mit gesundheitspolitischem Auftrag als Leitbild

Leitbild für die Zukunft soll das soziale Krankenhaus mit gesundheitspolitischem Auftrag sein. Medizinische Supermärkte ohne Umfeldverantwortung sind kein zukunftsfähiges Leitbild. Gerade in einer Zeit, in der beinahe alle Elemente von sozialer Sicherheit und von gesellschaftlichem Vertrauen zur Disposition gestellt werden, müssen Krankenhäuser Netzknoten der Zuverlässigkeit und vielleicht auch Netzknoten der Zuflucht bleiben.

Die Krankenhauswirtschaft in Deutschland mit ihrem Umsatz von 50 - 60 Milliarden EURO, mit ihren über 2000 Betriebsstätten und mit ihrer bald 1 Million Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist durchaus in der Lage, eine solche Zuverlässigkeit und vielleicht auch eine solche Zuflucht zu bieten, Voraussetzung ist aber, dass die Krankenhauswirtschaft in Deutschland zukünftig ihre Interessen sehr viel offensiver als bisher vertritt.

Voraussetzung ist auch, dass die Krankenhauswirtschaft zukünftig ausdrücklich ein medizinisches und ein soziales Produkt für ihre Standortregionen anbietet und dass die Krankenhauswirtschaft ihre Organisationsstrukturen und ihre Behandlungsabläufe weiterentwickelt.

2. Krankenhaus als "Regionales Gesundheitszentrum"

Das Krankenhaus als "Regionales Gesundheitszentrum" ist in besonderem Maße geeignet, diese drei Voraussetzungen

1. Offensive Interessenvertretung
2. Medizinisches und soziales Produkt für die Region
3. Weiterentwickelte Organisationsstrukturen und Behandlungsabläufe

zu gewährleisten.

Erinnert sei daran, dass das Mitte der neunziger Jahre entstandene Konzept "Krankenhaus als Gesundheitszentrum" eigentlich der erste nennenswerte und dann aber auch auf Anhieb erfolgreiche Versuch der deutschen Krankenhauswirtschaft war, ihre Rolle als jahrzehntelanger Sündenbock der Kostendämpfungspolitik von Bundesregierungen und von Kassenverbänden loszuwerden.

Das Konzept "Krankenhaus als Gesundheitszentrum" mit seinem Anspruch auf die Integration von ambulanten und stationären, von präventiven, akutkurativen und rehabilitativen, von medizinischen und pflegerischen Aufgaben in der Region war selbstredend auch auf die Eröffnung zusätzlicher Einnahmequellen für die Krankenhäuser ausgerichtet - aber zugleich eben auch auf eine bedarfsgerechtere, leistungsfähigere und wirtschaftlichere medizinische und soziale Versorgung.

Damals, Mitte der neunziger Jahre ging es "nur" darum, die Abwälzung der bis heute nicht bewältigten Verwerfungen innerhalb der Krankenversicherung und zwischen den Kassenarten auf die Krankenhäuser abzuwehren. Damals, Mitte der neunziger Jahre ging es "nur" darum, die seit Jahrzehnten praktizierte Ver-

schiebung von Lasten der Bundeshaushalte auf die Sozialversicherung und dort insbesondere auf die Krankenversicherung und von dieser auf die Krankenhäuser abzuwehren - die bloße "Opferrolle" endlich loszuwerden.

Heute haben die Krankenhäuser in Deutschland noch viel drängendere Probleme: Es geht nicht mehr "nur" um eine eigenständige und gemeinsame Artikulation als gesundheits- und sozialpolitischer Mitspieler - nein, für viele und zunehmend mehr Krankenhäuser geht es um die pure weitere Existenz als medizinischer und sozialer Handlungsträger überhaupt.

3. Defizitrisiko und Demographierisiko

In der Vergangenheit konnten die politischen Bosheiten und die ideologischen Feindseligkeiten von Bundespolitik und Kassenkartell gegenüber den Krankenhäusern von wohlwollenden Landesregierungen, wie etwa der bayerischen Staatsregierung, immer wieder abgefangen werden. Heute sehen sich die Krankenhäuser einem von Landesregierungen kaum mehr beeinflussbaren realen Doppelrisiko ausgesetzt:

Einem via Gesundheitsreformen durchgedrückten hohen und wachsenden Defizitrisiko und einem merkwürdigerweise in der Rentenversicherung schon, in der Krankenversicherung aber nicht beachteten gewaltigen Demographierisiko.

Das Defizitrisiko infolge der DRG-Finanzierung ist wohlbekannt: Es zeigt sich in erschreckender Deutlichkeit in der Welle von Fusionen und Privatisierungen, die sich derzeit über die Krankenhauslandschaft ausbreitet.

Das Demographierisiko wird bisher nur in Teilaspekten erkannt: Zur rasanten Alterung der Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser kommt hinzu, dass auch die Ärztinnen und die Ärzte und dass auch die Krankenschwestern und Krankenpfleger in den Krankenhäusern rasant älter werden und junger Nachwuchs knapp wird.

Im Zuge dieses rasanten Alterungsprozesses aller Beteiligten wird es zusätzlich noch zu einer weiteren Herausforderung kommen: Das Zahlenverhältnis von Frauen und Männern, das Zahlenverhältnis von Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern wird sich in wenigen Jahren grundlegend wandeln. Im kommenden Jahrzehnt werden die Anzahl und der Anteil der älteren männlichen

Patienten regelrecht explodieren. Dieses Faktum stellt ganz neue Anforderungen an die Behandlungsangebote und an die Behandlungsabläufe in den Krankenhäusern.

Zuletzt muss wohl damit gerechnet werden, dass dieser tiefgreifende Wandel in der Altersstruktur und in der Geschlechterrelation mit den schon heute erkennbaren Verarmungstendenzen weiter Bevölkerungskreise vermengt sein wird.

Ohne Zweifel steht das aktuelle Defizitrisiko im Zentrum der Aufmerksamkeit aller an der Krankenhausversorgung Beteiligten. Aber nicht einmal dieses Defizitrisiko kann nachhaltig bewältigt werden, wenn keine Lösungen für das säkulare Demographierisiko gefunden werden. Nachhaltige Defizitvermeidung heißt auch Entwicklung innovativer demographiegerechter medizinischer und sozialer Produkte für die Region.

4.

Fusionierung, Privatisierung und Zentralisierung oder Integration und Regionalisierung

Mit einigem Abstand betrachtet, werden heute in Deutschland zwei alternative Entwicklungsstrategien für die Krankenhäuser gefahren: Die erste Strategie ist durch Fusionierung und Privatisierung gekennzeichnet. Sie soll Defizite abbauen und möglichst Profite erwirtschaften. Sie läuft auf eine standortliche Zentralisierung und auf eine trägerschaftliche Konzentration der Krankenhausversorgung hinaus. Bei dieser Strategie werden mächtige Großgebilde geschaffen und werden Organisationsstrukturen und Betriebsabläufe reorganisiert. Bei dieser Strategie bleibt aber in der Regel die Entwicklung innovativer medizinischer und sozialer Krankenhausprodukte für die Standortregionen Nebensache oder meist ganz auf der Strecke.

Die zweite Strategie setzt genau dort an, wo man mit Fusionierung, Privatisierung, Zentralisierung und mit Konzentration niemals hingelangt: Beim demographischen und beim epidemiologischen Bedarf in der Region. Für diesen werden geeignete und abgestimmte Behandlungsangebote an dezentralen Betriebsstätten eines Regionalen Gesundheitszentrums bereitgestellt. Auf einer solchen zukunftsfähigen Grundlage können dann erst Organisationsstrukturen und Behandlungsabläufe so gestaltet werden, dass Defizite nachhaltig, weil mit verbesserten Leistungen vermieden werden können.

Und im Übrigen müssen kommunale Krankenhäuser gottlob keine Gewinne - vulgo: keinen Profit für Aktionäre erwirtschaften.

5. Regionale Gesundheitszentren als optimale Krankenhausform für die Ländlichen Räume

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat unter der Überschrift "Der Patient der Zukunft in Bayern" ein Forschungsvorhaben gestartet, das interessante Aufschlüsse darüber erbracht hat, in welchen Regionstypen in Bayern das Konzept "Regionales Gesundheitszentrum" besonders benötigt wird und zugleich auch besonders aussichtsreich ist. Um das Ergebnis gleich vorwegzunehmen: Es sind die Ländlichen Räume in Bayern, in denen für "Regionale Gesundheitszentren" in kommunaler Trägerschaft die besten Voraussetzungen gefunden worden sind.

Zunächst ist es ja so, dass die Ländlichen Räume in Bayern schon bisher in so wichtigen Bereichen wie Krankheiten des Kreislaufsystems oder Unfälle und Verletzungen eine gegenüber den Großstädten deutlich höhere Krankenhaushäufigkeit zeigen.

Wenn nun in nächster Zeit, wie zu erwarten ist, in den Ländlichen Räumen auch noch die Bevölkerung deutlich stärker "nachaltert" als in den schon gealterten Großstädten, dann wird dies mit Sicherheit zu einer noch weiteren Zunahme der Krankheiten des Kreislaufsystems und der Unfälle und Verletzungen und der entsprechenden Krankenhaushäufigkeit in den Ländlichen Räumen führen.

Außerdem wird es in den Ländlichen Räumen schon in naher Zukunft zu einer deutlichen Zunahme der Anzahl und des Anteils vor allem der älteren und der hochaltrigen Männer kommen. In den Krankenhäusern wird dies zu einer exponentiellen Zunahme vor allem älterer und hochaltriger männlicher Patienten führen.

Dies alles wird sich in den Ländlichen Räumen Bayerns sehr viel rasanter als in den Großstädten abspielen. Das damit in den Ländlichen Räumen rasch ansteigende Demographierisiko macht demnach gerade dort die Entwicklung innovativer medizinischer und sozialer "Produkte" durch Regionale Gesundheitszentren so dringend erforderlich.

Es gibt aber noch einen zweiten Grund, aus dem es gerade die Ländlichen Räume Bayerns sind, in denen für das Konzept "Regionale Gesundheitszentren" besonders günstige Voraussetzungen herrschen:

In den Ländlichen Räumen Bayerns gilt eine im Vergleich zu den Großstädten teilweise ausgesprochen dünne Ausstattungsdichte bspw. mit Fachbetten für Innere Medizin, insbesondere Kardiologie und mit Fachbeten für Chirurgie, insbesondere Unfallchirurgie.

Zu Zeiten der Krankenhausbedarfsplanung hätte man aus diesem Zusammentreffen von hoher Krankenhaushäufigkeit wegen Kreislauferkrankungen und Unfällen mit niedriger Krankenhausbettendichte für Innere Medizin und Chirurgie einen "Nachholbedarf" gefolgert.

Heute, unter der Bedingung von Defizitrisiko und von Demographierisiko, muss dieses Zusammentreffen von hoher und wachsender Krankenhaushäufigkeit und niedriger Krankenhausbettendichte in den Ländlichen Räumen als große "Innovationschance" gesehen werden.

Während sich die Großstädte mit den Überkapazitäten veralteter Strukturen ablagen müssen, haben die Ländlichen Räume die einmalige Gelegenheit zur medizinischen und zur sozialen Innovation und zu moderater Expansion in der Krankenhausversorgung.

6. Innovative medizinische und soziale Behandlungsangebote für die Region

Zum Abschluss sollen noch drei Beispiele für innovative medizinische und soziale Behandlungsangebote "Regionaler Gesundheitszentren" angesprochen werden:

"Zentren für Frauen, Mutter und Kind": Bei diesen reicht die Angebotspalette von klassischer Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde bis zu Kinderübergewichtsprogrammen.

"Zentren für Männergesundheit": Bei diesen reicht die Angebotspalette von männerspezifischen Behandlungspfaden in der Inneren Medizin, in der Chirurgie und in der Urologie bis zu Männervorsorgeprogrammen.

"Zentren für Älterengesundheit": Hier geht es darum, vorhandene Krankenpflegesschulen für interessierte und engagierte Ältere zu öffnen und eine bagatellmedizinische Ausbildung anzubieten. In Südtirol gibt es derartiges bereits unter der Überschrift "Minimed-Studium" und der Sozialverband VdK-Bayern hat diesem ganzen Themenkomplex sein diesjähriges Forum im Schloß Tutzing gewidmet.

**REGIONALE STRUKTUREN
DER
KRANKENHAUSMORBIDITÄT
UND
KRANKENHAUSKAPAZITÄT
IN
BAYERN
1999/2000**

**Dirk Richter
Institut für Geographie
Leopold-Franzens-Universität Innsbruck**

1.

Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in den Ländlichen Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Innere Medizin und Kardiologie in den Kernstädten

Die Statistiken zur Krankenhaushäufigkeit in den Bundesländern zeigen, dass Bayern bspw. im Vergleich zu Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit aufweist. Von den großen Flächenländern liegt lediglich Nordrhein-Westfalen bei der Krankenhaushäufigkeit noch vor Bayern.¹

Es verwundert daher nicht, dass für die Wohnbevölkerung in Bayern im Vergleich zu derjenigen bspw. in Baden-Württemberg auch eine deutlich erhöhte Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems gilt.²

Übersicht 1: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern 1999, Krankheiten des Kreislaufsystems

An der Spitze der insgesamt schon hohen Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems liegen die ländlichen Kreise mit 2171 Krankenhausfällen je 10.000 Einwohner. Es folgen die Umlandkreise mit 1976 Krankenhausfällen je 10.000 Einwohner. An letzter Stelle liegen die Kernstädte mit 1910 Krankenhausfällen je 10.000 Einwohner.

Nachdem es sich bei den Krankheiten des Kreislaufsystems um ausgeprägt altersbegleitende Erkrankungen handelt, wurden die Krankenhausfälle dieser Art nicht auf die Bevölkerung insgesamt, sondern auf die Bevölkerung im Alter von

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 2001, Baden-Baden 2001

³ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Regionalverteilung der Krankenhausdiagnosen Baden-Württemberg 1997 und 1999. Datenbank

Übersicht 1:

**Krankenhausthäufigkeit
der Wohnbevölkerung in
Bayern
1999
- Krankheiten des Kreislaufsystems -**

Krankenhausthäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Krankheiten des Kreislaufsystems je 10.000 Einwohner *
Kernstädte ¹	1910
Umlandkreise ²	1976
Ländliche Kreise ³	2171

*) im Alter von 65 und mehr Jahren

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1999 (Hrsg.): Statistische Berichte, München 2003 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland, Ausgabe 2001, Hannover 2001

65 und mehr Jahren bezogen. Hierdurch konnten die unterschiedlichen Altersanteile in den Kreisstädten, Umlandkreisen und Ländlichen Kreisen berücksichtigt werden.

Die räumliche Verteilung der Krankenhausbetten in dem für Krankheiten des Kreislaufsystems besonders einschlägigen Fachgebiet Innere Medizin bzw. Teilgebiet Kardiologie zeigt eine genau umgekehrte Abstufung.

Übersicht 2: Akutbettenbestand in Bayern 2000, Innere Medizin und Kardiologie

Sowohl mit der Inneren Medizin allgemein, wie auch mit der Kardiologie insbesondere konzentrieren sich die für Krankheiten des Kreislaufsystems relevanten Fachbetten unzweifelhaft auf die Kernstädte. Während die Kernstädte eine Dichte von 33,4 internistischen und darunter 4,3 kardiologischen Fachbetten je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren aufweisen, zeigen die Ländlichen Kreise hier nur 22,2 internistische und darunter lediglich 0,6 kardiologische Fachbetten je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren. Im Gegensatz dazu ist aber in den Kernstädten die Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems am schwächsten ausgeprägt.

Hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung der in den Ländlichen Kreisen besonders häufigen Krankheiten des Kreislaufsystems mit internistischen, insbesondere kardiologischen Krankenhausbetten bestehen wegen der in den Ländlichen Kreisen besonders dünnen Ausstattung mit den genannten Fachbetten berechtigte Zweifel.

Übersicht 2:

**Akutbettenbestand
in Bayern
2000
- Innere Medizin und Kardiologie -**

Akutbetten Gebietstypen	Akutbettenbestand Innere Medizin und Kardiologie je 10.000 Einwohner	
	Innere Medizin	Kardiologie
Kernstädte ¹	33,4	4,3
Umlandkreise ²	13,3	1,2
Ländliche Kreise ³	22,2	0,6

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis 31.12.2000, Wiesbaden 2002 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen 2001, Hannover 2001

2. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Neubildungen in den Kernstädten

Wie schon im vorherigen Kapitel erwähnt nimmt Bayern hinsichtlich der allgemeinen Krankenhaushäufigkeit unter den großen Bundesländern eine Spitzenposition ein.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern auch bei den Neubildungen deutlich über derjenigen bspw. in Baden-Württemberg liegt.³

Übersicht 3: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern 1999, Neubildungen

Im Gegensatz zu den Krankheiten des Kreislaufsystems ist die Krankenhaushäufigkeit wegen Neubildungen mit 1701 Krankenhausfällen je 10.000 Einwohner in den Kernstädten am höchsten. Etwas geringer fällt die Krankenhaushäufigkeit in den Umlandkreisen mit 1610 Krankenhausfällen je 10.000 Einwohner aus. Die niedrigste Krankenhaushäufigkeit ist in den Ländlichen Kreisen mit 1443 Neubildungen je 10.000 Einwohner anzutreffen.

Wie schon bei den Krankheiten des Kreislaufsystems betreffen die Neubildungen vor allem die älteren Bevölkerungsgruppen, weshalb auch hier die Krankenhausfälle dieser Art jeweils auf die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren bezogen wurden.

³ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Regionalverteilung der Krankenhausdiagnosen Baden-Württemberg 1997 und 1999. Datenbank

Übersicht 3:

**Krankenhaushäufigkeit
der Wohnbevölkerung in
Bayern
1999
- Neubildungen -**

Krankenhaushäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Neubildungen je 10.000 Einwohner *
Kernstädte ¹	1701
Umlandkreise ²	1610
Ländliche Kreise ³	1443

*) im Alter von 65 und mehr Jahren

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstärkten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstärkten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstärkten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1999 (Hrsg.): Statistische Berichte, München 2003 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland, Ausgabe 2001, Hannover 2001

Für den Bedarf an onkologischer Versorgung bedeutet dies, dass der Bedarf an onkologisch relevanten Krankenhausbetten in Bayern insgesamt überdurchschnittlich hoch und in den Kernstädten am höchsten ist.

Nachdem es in der amtlichen Krankenhausstatistik keine Zuordnung der Krankenhausbetten der verschiedenen Fachgebiete zur Behandlung von Neubildungen gibt, sind hier differenziertere Aussagen nicht möglich.

3. **Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Unfällen in den Ländlichen Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Chirurgie und Unfallchirurgie in den Kernstädten**

Die Statistiken zur Verkehrsunfallhäufigkeit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland zeigen, dass Bayern hier einen Spitzenplatz einnimmt.⁴

Es ist daher durchaus plausibel, wenn in Bayern, mit unterschiedlicher Ausprägung für die Kreisstädte, Umlandkreise und Ländlichen Kreise, die Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung wegen Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nahe bei der Krankenhaushäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems oder wegen Neubildungen liegt.

Übersicht 4: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern 1999, Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen

Dabei liegt diese schon besonders hohe Krankenhaushäufigkeit wegen Unfällen etc. in den Ländlichen Kreisen mit 2473 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohner an der Spitze. Es folgen die Kernstädte mit 2188 Unfällen etc. je 100.000 Einwohner. An letzter Stelle stehen die Umlandkreise.

Diese Unterschiede in der Krankenhaushäufigkeit wegen Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen zwischen den Gebietstypen stehen im Gegensatz zu den Unterschieden in der Ausstattungsdichte mit chirurgischen und unfallchirurgischen Fachbetten zwischen den Gebietstypen. Hier liegen eindeutig die Kernstädte an der Spitze.

⁴ Vgl. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 2002, Bonn 2002

Übersicht 4

**Krankenhaushäufigkeit
der Wohnbevölkerung in
Bayern
1999**

- Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen -

Krankenhaushäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen je 100.000 Einwohner
Kernstädte ¹	2188 ⁴
Umlandkreise ²	1962 ⁵
Ländliche Kreise ³	2473 ⁶

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

4) 1296 Krankenhausbehandelte Einwohner je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren

5) 1345 Krankenhausbehandelte Einwohner je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren

6) 1425 Krankenhausbehandelte Einwohner je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren

Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1999 (Hrsg.): Statistische Berichte, München 2003 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland, Ausgabe 2001, Hannover 2001

Übersicht 5: Akutbettenbestand in Bayern 2000, Chirurgie und Unfallchirurgie

Dabei zeigen in Bayern die Kernstädte mit 27,5 chirurgischen Fachbetten und darin 5,0 unfallchirurgischen Fachbetten je 10.000 Einwohner die höchste Bettendichte. Weit geringer liegt die Dichte in den Ländlichen Kreisen mit 17,3 chirurgischen Fachbetten und darin 2,5 unfallchirurgischen Fachbetten je 10.000 Einwohner. An letzter Stelle stehen die Umlandkreise mit 9,5 chirurgischen Fachbetten und darin 1,1 unfallchirurgischen Betten je 10.000 Einwohner.

Hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung des in den Ländlichen Kreisen besonders häufigen Krankenhausbehandlungsbedarfs wegen Unfällen, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen bestehen wegen der dort gleichzeitig besonders dünnen Ausstattung mit chirurgischen bzw. unfallchirurgischen Fachbetten berechnete Zweifel.

Übersicht 5:

**Akutbettenbestand
in Bayern
2000
- Chirurgie und Unfallchirurgie -**

Akutbetten Gebietstypen	Akutbettenbestand Chirurgie und Unfallchirurgie je 10.000 Einwohner	
	Chirurgie	Unfallchirurgie
Kernstädte ¹	27,5	5,0
Umlandkreise ²	9,5	1,1
Ländliche Kreise ³	17,5	2,5

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstädterten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstädterten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstädterten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis 31.12.2000, Wiesbaden 2002 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen 2001, Hannover 2001

4.

Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett in den Ländliche Kreisen, aber Konzentration der Akutbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde in den Kernstädten

In Bezug auf die Geburtenhäufigkeit liegen Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen vor den beiden anderen großen Flächenländern Hessen und Nordrhein-Westfalen.⁵

Somit ist die insgesamt erhöhte allgemeine Krankenhaushäufigkeit in Bayern zumindest zu einem Teil durch das erhöhte Aufkommen an Geburtshilfefällen zu erklären.

Übersicht 6: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern 1999, Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett

In Bezug auf die räumliche Verteilung dieser erhöhten Geburtenhäufigkeit bzw. Krankenhaushäufigkeit bei Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett liegen die Ländlichen Kreise weit an der Spitze. Dort entfallen 2822 Krankenhausfälle auf jeweils 100.000 weibliche Einwohner. Demgegenüber entfallen auf die Kernstädte lediglich 2725 Krankenhausfälle auf jeweils 100.000 weibliche Einwohner. In den Umlandkreisen sind es sogar nur 2703 Krankenhausfälle.

Wie schon bei der Inneren Medizin und bei der Chirurgie ist ebenfalls zumindest bei der Geburtshilfe sowie bei der Kinderheilkunde wieder eine räumliche

⁵ Vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland – Ausgabe 2001, Hannover 2001

Übersicht 6:

**Krankenhausthäufigkeit
der Wohnbevölkerung in
Bayern
1999**

**- Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im
Wochenbett -**

Krankenhausthäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Komplikationen der Schwangerschaft je 100.000 Einwohner *
Kernstädte ¹	2725
Umlandkreise ²	2703
Ländliche Kreise ³	2822

*) Weiblich

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1999 (Hrsg.): Statistische Berichte, München 2003 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland, Ausgabe 2001, Hannover 2001

Verteilung der Bettendichte festzustellen, die der räumlichen Verteilung der Krankenhaushäufigkeit widerspricht.

Übersicht 7: Akutbettenbestand in Bayern 2000, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde

Dabei zeigen die Kernstädte in Bayern, sowohl in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe wie auch in der Kinderheilkunde, den höchsten Akutbettenbestand. Bei der Frauenheilkunde und Geburtshilfe beträgt die Dichte 17,0 Fachbetten je 10.000 weibliche Einwohner und bei der Kinderheilkunde 6,4 Fachbetten je 10.000 Einwohner. Weit niedriger fällt der Bestand an Akutbetten in den Ländlichen Kreisen aus. So sind dort bei der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur 11,1 Fachbetten je 10.000 weibliche Einwohner und bei der Kinderheilkunde nur 1,9 Fachbetten je 10.000 Einwohner vorhanden. Die Umlandkreise weisen schließlich die niedrigsten Akutbettenbestände auf.

Hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung des in den Ländlichen Kreisen besonders häufigen Krankenhausbehandlungsbedarfs wegen Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett bestehen infolge der dort gleichzeitig deutlich niedrigeren Ausstattung mit Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechtigte Zweifel.

Bezüglich der Frage, ob in den Umlandkreisen und Ländlichen Kreisen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde eine angemessene Versorgung besteht, soll hier der Anteil der unter 15 Jährigen an der Gesamtbevölkerung in den Teilgebieten betrachtet werden. Es fällt auf, dass die Kernstädte mit 13,2 Prozent den niedrigsten Anteilwert aufweisen. Einen deutlich höheren Anteil der unter 15 Jährigen zeigen die Umlandkreise mit 17,2 Prozent und die Ländlichen Kreise

Übersicht 7:

**Akutbettenbestand
in Bayern
2000**

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde -

Akutbetten Gebietstypen	Akutbettenbestand Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde je 10.000 Einwohner*	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Kinderheilkunde
Kernstädte ¹	17,0	6,4
Umlandkreise ²	6,4	0,7
Ländliche Kreise ³	11,1	1,9

* Frauenheilkunde und Geburtshilfe je 10.000 weibliche Einwohner

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis 31.12.2000, Wiesbaden 2002 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen 2001, Hannover 2001

mit 17,3 Prozent.⁶ Auch auf dem Gebiet der Kinderheilkunde steht demnach einem erhöhtem zumindest potentiell bedarf eine besonders niedrige Ausstattung mit Fachbetten für Kinderheilkunde gegenüber. Hieraus ergeben sich berechnete Zweifel hinsichtlich einer ausreichenden Versorgung der ländlichen Kreise auch im Bereich Kinderheilkunde.

⁶ Vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland – Ausgabe 2001, Hannover 2001

5. Höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen in den Kernstädten und Konzentration der Akutbetten für Psychiatrie in den Kernstädten

Aus der Krankenhausstatistik ist bekannt, dass Großstädte eine erhöhte Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen zeigen.⁷ So überrascht es nicht, dass auch in Bayern die Kernstädte die höchste Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen aufweisen. Dabei liegen die Kernstädte in Bayern hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen zusätzlich noch deutlich über den Kernstädten bspw. in Baden-Württemberg.⁸

Übersicht 8: Krankenhaushäufigkeit der Wohnbevölkerung in Bayern 1999, Seelische Störungen

Die besonders hohe Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen in den Kernstädten in Bayern beziffert sich mit 1300 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohner. Mit deutlichem Abstand folgen die Ländlichen Kreise mit 960 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohner. Die Umlandkreise zeigen die geringste Krankenhaushäufigkeit mit 776 Krankenhausfällen je 100.000 Einwohner.

Im Unterschied zu den bisher untersuchten Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde besteht eine gewisse Übereinstimmung zwischen der räumlichen Verteilung der Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen und der Konzentration der Fachbetten für Psychiatrie auf die Kernstädte.

⁷ Vgl. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Diagnosenatlas Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000

⁸ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Regionalverteilung der Krankenhausdiagnosen Baden-Württemberg 1997 und 1999. Datenbank

Übersicht 8:

**Krankenhausthäufigkeit
der Wohnbevölkerung
in Bayern
1999
- Seelische Störungen -**

Krankenhausthäufigkeit Gebietstypen	Krankenhausbehandelte Einwohner wegen Seelischen Störungen je 100.000 Einwohner
Kernstädte ¹	1300
Umlandkreise ²	776
Ländliche Kreise ³	960

¹) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen

²) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen

³) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 1999 (Hrsg.): Statistische Berichte, München 2003 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland, Ausgabe 2001, Hannover 2001

Übersicht 9: Akutbettenbestand in Bayern 2000, Psychiatrie

So kommen in den Kernstädten 9,1 Fachbetten der Psychiatrie auf 10.000 Einwohner. Weitaus niedriger ist der Bestand in den Ländlichen Kreisen. Dort stehen 5,8 Akutbetten für Psychiatrie je 10.000 Einwohner zur Verfügung. Die niedrigste Bettendichte gilt mit 5,4 Fachbetten für Psychiatrie je 10.000 Einwohner in den Umlandkreisen.

Im Unterschied zu den bisher untersuchten Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde zeigt diese Konzentration auch der Fachbetten für Psychiatrie auf die Kernstädte eine gewisse Übereinstimmung mit der räumlichen Verteilung der Krankenhaushäufigkeit wegen Seelischer Störungen.

Ob im Bereich Psychiatrie die Versorgung dem Bedarf insgesamt jeweils entspricht, müsste vor allem für die Ländlichen Kreisen untersucht werden.

Übersicht 9:

**Akutbettenbestand
in Bayern
2000
- Psychiatrie -**

Akutbetten Gebietstypen	Akutbettenbestand Psychiatrie je 10.000 Einwohner
Kernstädte ¹	9,1
Umlandkreise ²	5,4
Ländliche Kreise ³	5,8

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, Kernstädte in Verstäderten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, Verdichtete Kreise in Verstäderten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, Ländliche Kreise in Verstäderten Räumen, Ländliche Kreise höherer Dichte in Ländlichen Räumen, Ländliche Kreise geringerer Dichte in Ländlichen Räumen

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis 31.12.2000, Wiesbaden 2002 sowie Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen 2001, Hannover 2001

Zusammenfassung

Für Bayern gilt im Vergleich zu den anderen großen Flächenländern wie Baden-Württemberg, Hessen und Niedersachsen eine deutlich erhöhte Krankenhaushäufigkeit sowie auch eine deutlich erhöhte Krankenhausdichte.

Diese erhöhte Krankenhaushäufigkeit in Bayern konzentriert sich bei den zahlenstärksten Krankheitsarten wie Krankheiten des Kreislaufsystems, Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett sowie Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen überdurchschnittlich auf die Ländlichen Kreise.

Lediglich bei den Neubildungen und bei den Seelischen Störungen weisen die Kernstädte die höchsten Häufigkeitswerte auf.

Soweit es dann die räumlichen Unterschiede in der schon erhöhten Krankenhausbettendichte in Bayern betrifft, liegt diese in den Fachgebieten Innere Medizin und darin Kardiologie, Chirurgie und darin Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde und zuletzt Psychiatrie jeweils in den Kernstädten am höchsten.

Es bestehen daher berechtigte Zweifel, ob für die Ländlichen Kreise eine ausreichende Ausstattung mit Fachbetten für Innere Medizin und darunter Kardiologie, Chirurgie und darunter Unfallchirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinderheilkunde gegeben ist.

Auch für die Fachbetten für Psychiatrie müsste dies noch eingehender geprüft werden.