

**KRANKENHAUSVERSORGUNG
UND
REGIONALENTWICKLUNG**

**Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov**

Unter Mitarbeit von:

**Dipl.-Geogr. Dirk Richter
Dipl.-Geogr. Markus Steinmetz
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
Marquartstein**

Februar 2007

Zusammenfassung:

Die Untersuchung beantwortet zunächst die Frage danach, worum es sich bei der „Regionaldimension“ in der Krankenhausversorgung handelt. Für die Vergangenheit ist hier festzustellen, dass das „Regionale“ in der Krankenhausversorgung vor allem eine spezifische Schreibweise der ausgeprägten Sozialfunktion der Krankenhäuser war. Wohnortnähe und Flächendeckung der Krankenhausversorgung waren und sind wesentliche Voraussetzungen dafür, dass die Krankenhäuser viel stärker als die übrigen Bereiche des Gesundheitswesens sozial Schwache und damit gesundheitlich Benachteiligte erreichten und erreichen.

Die bisher vorherrschende Mittelbetrieblichkeit der Krankenhauswirtschaft, das Vorherrschen von Einbetriebsunternehmen in der Krankenhausversorgung, war dabei ebenso wie die bisher geltende höhere Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser in der Fläche ein starker Garant für diese durch Wohnortnähe und Flächendeckung begünstigte Sozialfunktion der Krankenhausversorgung. Das seit Jahrzehnten anhaltende Engagement der Kommunalbürgerschaften für „ihre“ Krankenhäuser hat hier seinen interessenrationalen Kern.

Die „Regionaldimension“ in der Krankenhausversorgung war bisher hingegen nicht bestimmt durch eine Variation der Behandlung gemäß den unterschiedlichen ökonomischen, soziodemographischen, epidemiologischen und morbiditären Gegebenheiten in den verschiedenen Regionstypen wie bspw. den Ballungskernen, den Stadt-Umland-Bereichen und den Landgebieten oder den Abwanderungsregionen. Das „Regionale“ der Krankenhausplanung der Länder, wie sie seit drei Jahrzehnten praktiziert wird, besteht nach wie vor letztlich nur in einer Verteilung der Fachbetten im Raum. Die Fachgebiete der Krankenhausversorgung gibt nicht die Regionalepidemiologie vor sondern die Ärztliche Weiterbildungsordnung.

Bisher haben drei Jahrzehnte Kostendämpfung und Ökonomisierung der Krankenhausversorgung sowie auch die forcierte Konzentration und Zentralisierung auf der Krankenkassenseite trotz massiven Bettenabbaues noch nicht zu einer stärkeren Ausstattungsverdünnung in den ländlichen Räumen geführt. Während die Krankenkassen von ca. 1200 Einzelkassen im Jahre 1992 auf mittlerweile nur noch 250 Einzelkassen konzentriert worden sind, bestehen von den rund 2350 Krankenhausstandorten des Jahres 1992 heute noch immer etwa 2200 Standorte.

Allerdings lässt die von Bundesregierungen und Kassenverbänden in den letzten Jahren ermöglichte und angetriebene Privatisierung und Trägerkonzentration in der Krankenhausversorgung eine ähnliche Entwicklung wie bei den Postdiensten und im Schienenverkehr erwarten: Standortzentralisierungen zur Gewinnsteigerung.

Gleichzeitig verschlechterte sich die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser, weil ihre Strukturen, Prozesse und Produkte auf der Grundlage der herkömmlichen räumlichen Fachbettenverteilung konzipiert sind. Der beschleunigte ökonomische und soziodemographische Wandel und die damit verbundenen wachsenden epidemiologischen und morbiditären Unterschiede zwischen den Regionen verschlechtern die Treffgenauigkeit der Krankenhausbehandlungsleistungen. Wachsende Defizite und steigendes Privatisierungsrisiko sind ein Resultat der bislang nicht ausreichend ausgeschöpften „Regionaldimension“ der Krankenhausversorgung.

1. Das Krankenhaus: Vom „Kostenfaktor“ zur Steuerquelle

Die Krankenhausversorgung in Deutschland wurde nach wenigen Jahren der Förderung und Entwicklung bereits ab der zweiten Hälfte der siebziger Jahre zu einem bevorzugten Bereich der sogenannten Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Diese seitens der Bundesregierungen und der Kassenverbände und immer stärker auch seitens der Länder gegen die Krankenhauswirtschaft gerichtete Politik erfuhr im Jahrzehnt zwischen 1992 und 2002 eine weitere Steigerung. Diese Steigerung bestand in der Budgetierung der Krankenhausaufwendungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Beseitigung der Selbstkostenfinanzierung sowie deren Ersetzung durch die Fallpauschalenfinanzierung.

Gleichzeitig verstärkte die Politik den Druck auf die Krankenkassen, den zwischen ihnen gestarteten Wettbewerb vor allem durch Einsparungen bei den Krankenhausaufwendungen auszutragen. Diese mit der Kombination von Kassenwahlfreiheit bzw. Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich nach 1992 eingeleitete Entwicklung wurde mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 zu einem neuen Höhepunkt gebracht: Der jetzt vor allem auf den Bereich möglichst zu vermeidender Zusatzbeiträge fokussierte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird den Druck auf die Krankenhausaufgaben der einzelnen Kassen weiter verstärken.

Die in den neunziger Jahren gestarteten Ausweich- und Gegenmaßnahmen der Krankenhauswirtschaft bzw. der Krankenhäuser bestanden vor allem in deren Diversifizierung in neue Versorgungsbereiche, in rechtlicher Umfirmierung, in Fragmentierung und Outsourcing und mittlerweile in einer allgemeinen Ökonomisierung mit voranschreitender Privatisierung der bisher traditionell-ethisch geprägten meist freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser.

Diese Entwicklung nutzte die Politik schon in den zurückliegenden Jahren und nunmehr verstärkt durch bestimmte Regelungen im Rahmen der Gesundheitsreform des Jahres 2007, um die Krankenhäuser auch als Steuerquelle zu erschließen.

Durch dieses seit etwa drei Jahrzehnten existierende Zusammenspiel von Kostendämpfung, Ökonomisierung und Privatisierung sowie Besteuerung der Krankenhausbranche wird die Grundlage für die Sozialfunktion der Krankenhausversorgung zunehmend schmaler. Diese hat bislang darin bestanden, weit stärker als die anderen Sektoren des Gesundheitswesens sozial schwächere und damit gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungs- und Patientengruppen zu erreichen.

Eine wesentliche Komponente dieser überproportionalen Erreichung der sozial Schwächeren ist dabei die Wohnortnähe und Flächendeckung der Krankenhausversorgung. Dabei sind diese Flächendeckung und Wohnortnähe der Krankenhausversorgung trotz des erheblichen Abbaus von Krankenhausstandorten und Krankenhausbetten in den zurückliegenden Jahrzehnten im Kern noch nicht beschädigt worden. Allerdings steht zu erwarten, dass bei der mittlerweile in Gang gekommenen Privatisierung und Trägerkonzentration in der Krankenhausversorgung Standortzentralisierungen bald auf der Tagesordnung stehen werden. Dies hat sich so auch bei der Privatisierung der Postdienste und des Schienenverkehrs gezeigt.

Es stellt sich die Frage, wie unter den jetzt gegebenen Bedingungen von Krankenhausversorgung vor allem eine gute räumliche Erreichbarkeit bzw. ausreichende Wohnortnähe sichergestellt werden kann und ob hierbei eine qualifizierte Regionalisierung der Behandlungskonzepte eine Besserung bringen kann.

2. Die Krankenhauswirtschaft: Zwischen Regionalversorgung und Kassenoligopol

Die jahrzehntelange Kostendämpfung im Gesundheitswesen barg für die Krankenhäuser in Deutschland das besondere Problem, dass Ausgaben und Mehrausgaben für Krankenhausbehandlung und hierbei insbesondere Krankenhauspersonal bei den beiden großen Kassengruppen, d.h. den Regionalkassen einerseits und den Zentralkassen andererseits sehr unterschiedliche Wirkungen auslösten und dementsprechend auch zu einem asymmetrischen Verhältnis von Krankenhäusern und Regionalkassen einerseits, Krankenhäusern und Zentralkassen andererseits führten. Krankenhausaufwendungen und vor allem Krankenhausmehraufwendungen bedeuteten und bedeuten für die Regionalkassen, insbesondere die Allgemeinen Ortskassen wegen der spezifischen Zusammensetzung ihrer Versicherungsgemeinschaft vorrangig Leistungsausgaben und Leistungsmehrausgaben. Demgegenüber bedeuteten und bedeuten sie für die Zentralkassen, insbesondere die Ersatzkassen wegen der bevorzugten Versicherung des Krankenhauspersonals bei Ersatzkassen vor allem auch Beitragseinnahmen und Beitragsmehreinnahmen. Dies und die vormalige Verhandlungsführerschaft der Allgemeinen Ortskrankenkassen gegenüber den Krankenhäusern hat die sich über Jahrzehnte zuspitzende Frontstellung zwischen Krankenhäusern und Allgemeinen Ortskrankenkassen wesentlich mit verursacht.

Verschärft wird diese Situation noch dadurch, dass durch die Abschaffung der Selbstkostenfinanzierung mit ihren tagesgleichen Pflegesätzen für alle Kassen der darin enthaltene Kostenausgleich zwischen den Regionalkassen mit ihren schwerwiegenderen Behandlungsfällen und den Zentralkassen mit ihrer weniger ausgeprägten Krankheitslast entfällt. Nunmehr müssen die Regionalkassen ihre Krankenhausmorbidity selbst und unmittelbar finanzieren. Die Budgetierung mit ihrer Einheitssteigerung der Aufwendungen für Krankenhauspflege und die Nichtanerkennung überdurchschnittlicher Krankenhausaufwendungen im Risikostrukturausgleich hat wiederum für die Regionalkassen eine überproportionalen Erhöhung der Belastung mit Krankenhauskosten und damit eine weitere Frontstellung gegenüber den Krankhäusern bewirkt.

Gleichzeitig hat die Politik seit der Gesundheitsreform von 1992 einen Prozess der Konzentration und Zentralisierung der Krankenkassen in Gang gesetzt. Von ehemals etwa 1.200 Kassen im Jahre 1992 sind heute nur noch etwa 250 Krankenkassen übrig geblieben. Dieser Prozess wurde mit der Anfang 2007 erfolgten Etablierung des alle verbliebenen Krankenkassen übergreifenden Gesundheitsfonds weiter vorangetrieben. Im Zusammenhang dieser Reform sind Kassenfusionen noch einmal erleichtert worden. Bereits nach 1992 haben aber die damals etwa 2.350 Krankenhäuser, von denen heute noch etwa 2.200 bestehen, nicht den rasch weniger und größer werdenden Krankenkassen direkt gegenübergestanden. Vielmehr waren an deren Stelle nur noch einige Landesverbände und Landeskassen, d.h. ein regelrechtes Verhandlungsoligopol getreten.

Bemerkenswert ist, dass dieses noch dazu asymmetrisch gewichtete Oligopol der Krankenkassen trotz eines nach 1992 erreichten Abbaus der Krankenhausbetten um etwa 25 Prozent noch nicht zu dem immer wieder befürchteten Kahlschlag in der Krankenhausausrüstung vor allem der Ländlichen Räume geführt hat. Noch sind die drei großen Raumtypen in Deutschland, die Hochverdichteten Räume, die Verstäderten Räume und die Ländlichen Räumen zwar dünner als vor einem Jahrzehnt, aber immer noch gleichmäßig ausgestattet.

Übersicht 1: Krankenhausabbau in den Raumtypen in Deutschland 1992 – 2002

Für diese bis vor kurzer Zeit anhaltende gleichmäßige Ausstattung der unterschiedlichen Raumtypen in Deutschland mit Krankenhausbetten, die allerdings in den ländlichen Räumen trotz gleicher Bettendichte dennoch größere Einzugsgebiete und damit längere Anfahrtswege bzw. schlechtere Erreichbarkeiten beinhaltet, gibt es zwei Gründe: Einmal darf das Engagement der Kommunalbürgerschaften für ihre ortsnahen Krankenhäuser nicht unterschätzt werden. Zum anderen galt für die Krankenhäuser in den Landkreisen in der Vergangenheit eine höhere Wirtschaftlichkeit als für die Krankenhäuser in den Kreisfreien Städten.

Übersicht 2: Krankenhauswirtschaftlichkeit in den Gebietstypen in Deutschland 1990-1996

Für die Zukunft ist zu befürchten, dass durch den weiteren Substanzverlust des Krankenhausplanung der Länder der Bürgerprotest sein Gegenüber verliert. Ebenso ist zu befürchten, dass die bisher höhere Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser in den Landkreisen durch die regional undifferenzierte Fallpauschalenfinanzierung neutralisiert wird.

Um so mehr wird es nunmehr darauf ankommen, durch regions- und standortspezifische Angebote von Beratung und Vorsorge, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung auch unter Fallpauschalenbedingungen in den ländlichen Räumen Wirtschaftlichkeit zu erzielen.

Übersicht 1:

**Krankenhausabbau in den Raumtypen
in
Deutschland
1992-2002**

Krankenhäuser	Planbetten in Akutkrankenhäusern Je 10.000 Einwohner	
	1991/1992	2002
Raumtypen		
Hochverdichtete Räume	73	64
Verstädterte Räume	75	65
Ländliche Räume	73-78	66

Quelle: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.):
Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden
1992/1993, Bonn 1995 und Bundesamt für Baumwesen und
Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte,
Kreise und Gemeinden 2004, Bonn o.J.

Übersicht 2:

**Krankenhauswirtschaftlichkeit in den Gebietstypen
in
Deutschland
1990-1996**

Gebietsstypen	Krankenhausbetten nach unterschiedlichen Wirtschaftsmerkmalen In Prozent aller Krankenhausbetten ¹	
	Landkreise	Kreisfreie Städte
Wirtschaftlichkeits- merkmale		
Ohne Verlust bei Fallpauschalen- simulation 1990	80,2	75,0
Niedrige Fallkosten 1994	36,0	15,9
Schwache Fehlbelegungs- vermutung 1996	28,0	21,9
Hoher Pflegepersonal- zuwachs 1990-1993	35,1	27,4

¹ Ist-Betten

Quelle: Neidhart/Goeschel: Räumliche Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung. In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft, Marquartstein, Oktober 2001, S. 59-70

3. Die Krankenhaus-Regionen: Stadt-Umland-Bereiche, Landgebiete und Abwanderungszonen

Ein Grundproblem der ab 1972 in Deutschland praktizierten Krankenhausplanung der Länder war ihre Ausrichtung nicht an raumstrukturell unterschiedlichen epidemiologischen und morbiditären Gegebenheiten und Erfordernissen. Vielmehr war und ist die Krankenhausplanung der Länder auf der Weiterbildungsordnung der Ärzte, d.h. auf den ärztlichen Fachgebieten aufgebaut. Sie betrifft noch immer im Kern die Verteilung von Fachbetten im Raum.

In den zurückliegenden Jahrzehnten hat sich der ökonomische und soziodemographische Wandel erheblich beschleunigt, insbesondere hat sich die internationale und interregionale, aber auch intraregionale Mobilität deutlich erhöht. Der sich hieraus ergebende Wandel der Epidemiologie und Morbidität, etwa die unterschiedliche Zusammensetzung und Häufung von Gesundheitslagen und Erkrankungsschwerpunkten in Abwanderungsregionen einerseits und Zuwanderungsregionen andererseits, die zunehmende Multimorbidität und Chronizität von Erkrankungen etc. können durch eine bloße Verteilung von Fachbetten im Raum immer weniger angemessen erfasst werden. In einzelnen Bundesländern wurde daher auch versucht, die Verteilung von Behandlungsleistungen in die Planung mit aufzunehmen.

In der Fachöffentlichkeit besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, dass es infolge der Abschaffung der Selbstkostenfinanzierung und der Einführung der Fachpauschalenfinanzierung zu einem erheblichen Wirkungs- und Bedeutungsverlust der Krankenhausplanung kommen wird. Allerdings sind damit die von dieser Planung mitbewirkten teilweise gravierenden räumlichen Verzerrungen zwischen Epidemiologie und Morbidität einerseits und Krankenhausinfrastruktur andererseits keineswegs beseitigt.

Übersicht 3: Räumliche Verzerrungen in der familiennahen Krankenhausversorgung in Deutschland 2002

Im Bereich der familiennahen frauenheilkundlich-geburtshilflichen und kinderheilkundlichen Versorgung zeigen sich diese räumlichen Verzerrungen exemplarisch: Gut 45 Prozent aller Frauenheilkunde- und Geburtshilfebetten und über 60 Prozent aller Kinderheilkundebetten sind in den Kreisfreien Städten konzentriert während dort lediglich gut 32 Prozent der Frauen leben und nur etwa 31 Prozent der Kinder geboren werden bzw. 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen leben. Eine Möglichkeit, diese auch durch die zu sehr fachmedizinisch ausgerichtete Krankenhausplanung bedingten räumlichen Verzerrungen zu korrigieren besteht in der Orientierung der Krankenhausversorgung an spezifischen Krankenhausregionen und -regionstypen.

Übersicht 3:

**Räumliche Verzerrungen in der familiennahen
Krankenhausversorgung
in
Deutschland
2000**

Gebietstypen	Anteile der Gebietstypen an den Fachbetten bzw. Bedarfsträgern Prozent	
	Landkreise	Kreisfreie Städte
Fachbetten/ Bedarfsträger		
Fachbetten für Frauenheilkunde/ Geburtshilfe	54,8	45,2
Weibliche Bevölkerung	67,5	32,5
Lebendgeborene	68,4	31,6
Fachbetten für Kinderheilkunde	39,9	60,1
Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre	71,6	28,4

Quelle: Eigene Berechnungen und Britta Pfeiffer: Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung in Deutschland: Räumliche Verteilung der Krankenhausfachbetten 1990-2000. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, Juli 2003

3.1. Stadt-Umland-Bereiche

Die Krankenhausplanung der Länder bezieht sich, auch wenn sie in einigen Fällen größere Versorgungsgebiete zusammenfasst, auf die Verwaltungseinheiten Kreise bzw. Kreisfreie Städte. In Ballungsgebieten mit ihren typischen Stadt-Umland-Verflechtungen von Arbeitsplätzen und Wohnorten, Häufungen von Ausbildungs-, Alten- und Singlehaushalten sowie Zuwandererfamilien in den Ballungskernen einerseits und Inländerfamilien im Umland andererseits wird eine solche getrennte Krankenhausplanung für die Kernstädte und ihre Umlandkreise den epidemiologischen und morbiditären Gemengelage nicht mehr gerecht. Dies gilt in besonderem Maße für die alten Bundesländer und ihre seit Jahrzehnten stattfindende Stadt-Umland-Wanderung. Dies gilt aber zunehmend auch für die neuen Bundesländer. Geht man davon aus, dass Krankenhäuser vor allem familienbezogene Infrastruktureinrichtungen sind, dann zeigen die Umlandzonen eine im Verhältnis zu ihrer Familienprägung deutlich schwächere Krankenhausausrüstung als die Kernstädte, aber auch als die ländlichen Kreise. Dies ist unter dem Gesichtspunkt der bevorstehenden schubweisen „Nachalterung“ der dort bislang vergleichsweise jüngeren Bevölkerung ohne Zweifel als Fehlplanung bzw. als Planungsversagen zu bewerten.

Die Krankenhausplanung hat ganz im Gegenteil durch die Häufung nicht nur von Spitzen- und Hochleistungsmedizin, sondern auch von Angeboten der Grund- und Regelversorgung in den Kernstädten eine Patientenabwanderung aus dem Umland in die Kernstädte noch begünstigt und damit die Umlandversorgung geschwächt.

Übersicht 4a: Krankenhausversorgungsschwäche in den Umlandkreisen in Deutschland – West
2002

Übersicht 4b: Krankenhausversorgungsschwäche in den Umlandkreisen in Deutschland – Ost 2002

Eine substantiell regionale Krankenhausversorgung muss möglichst in Bausteinform Behandlungsangebote bereitstellen oder auch wieder abbauen, die den vielfältigen Stadt-Umland-Verflechtungen angepasst sind.

3.2. Landgebiete

Die Krankenhausplanung der Länder hat bis vor kurzem nicht zu einer Verringerung der Krankenhausbettendichte im Raumtyp Ländliche Räume gegenüber den Raumtypen Verstädterte Räume und Hochverdichtete Räume geführt¹. Allerdings ist von nunmehr größeren Einzugsgebieten und längeren Anfahrtswegen in den ländlichen Räumen auszugehen. Darüber hinaus ist es bei familiennahen Fachgebieten wie bspw. Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde zu krassen räumlichen Verzerrungen in der Verstandortung der Bettenkapazitäten gekommen. Es kommt hinzu, dass offenbar in den Landgebieten eine gegenüber den Umlandkreisen und den Kernstädten deutlich erhöhte Krankenhaushäufigkeit auch bei Standardisierung der Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung gilt.

Übersicht 5: Regionale Disparitäten zwischen Krankenhausmorbidity und Krankenhauskapazitäten
in Bayern 1999/2000

¹ Vgl. S.6, Übersicht 1

Selbstverständlich ist die deutliche Höherausstattung der Kernstädte mit Kapazitäten, insbesondere im Vergleich zur dort niedrigeren Morbidität zu einem gewissen Teil auch der Konzentration spezialisierter Teilgebiete in den Kernstädten geschuldet.

Grundsätzlicher untersucht wurde dies allerdings bislang nicht und alle übrigen räumlichen Verteilungsmuster weisen deutlich in Richtung einer medizinisch und epidemiologisch nicht, institutionell und professionell jedoch sehr wohl begründeten Fehlkonzentration der Krankenhauskapazitäten in den Kernstädten.

Gleichzeitig gilt für die Landgebiete, dass dort zwar derzeit die Bevölkerung noch jünger ist und die Wenigerversorgung daher noch nicht sehr auffällig geworden ist. Wenn allerdings dort in nächster Zeit die absehbare „Nachalterung“ der Bevölkerung infolge der auch dort rückläufigen Geburten von statten gehen wird, wird es zu deutlichen Unterversorgungserscheinungen in den Landgebieten kommen.

Nur auf die spezifischen regionalen Ausprägungen von Soziodemographie, Epidemiologie und Morbidität in den Landgebieten ausgerichtete Versorgungskonzepte und Behandlungsangebote können diese Entwicklung auffangen und machen es dann auch infrastrukturpolitisch möglich, die ressourcenverzehrende Überversorgung in den Kernstädten abzubauen.

3.3 Abwanderungsgebiete

Nicht vorgesehen ist in der Krankenhausplanung der Länder, die als Verteilung von Fachbetten auf die Bevölkerung im Raum konzipiert ist, dass diese Bevölkerung aus Teilen dieses Raumes regelrecht emigriert. Eben dies geschieht aber in einigen Teilgebieten Deutschlands: Durch eine Kombination von Abwanderung und Geburtenrückgang kommt es insbesondere in den ländlichen Räumen der neuen Bundesländer zu einem deutlichen Bevölkerungsrückgang.

Übersicht 6: Bevölkerungsrückgang nach Raumtypen in Deutschland 2000 - 2020

Diese Bevölkerungsabwanderung ist aber nicht mit einer proportionalen Verminderung des Bedarfes an Krankenhausbehandlung verbunden. Vielmehr zeigt die zurückbleibende Bevölkerung eine ungünstigere gesundheitliche Situation als die Bevölkerung zuvor, da eher jüngere und gesunde als ältere und kranke Personen abwandern. Die erhöhte Krankenhaushäufigkeit bspw. wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in den neuen Bundesländern gegenüber dem Bundesdurchschnitt zeigt dies.

Übersicht 7: Erhöhte Krankenhausbehandlungshäufigkeit wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Deutschland-Ost 2003

Eine trotz Abwanderung auf hohem oder sogar erhöhtem Niveau verbleibende Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zeigt wegen der Selektivität der Abwanderung eine spezifische Morbiditätsstruktur. Hierfür müssen regions- und standortspezifische Angebotskonzepte entwickelt werden.

Übersicht 8: Demographische Standorttypen in Deutschland 2000

Aufgabe einer zukunftsorientierten Krankenhausversorgung ist es, für die verschiedenen demographischen Standorttypen, Gebietstypen und Raumtypen adäquate und flexible Versorgungs- und Behandlungsangebote zu entwickeln.

Übersicht 4a:

**Krankenhausversorgungsschwäche in den Umlandkreisen
in
Deutschland-West
2002**

Siedlungstypen	Mehrpersonenhaushalte und Akutplanbetten nach Siedlungstypen		
	Kernstädte ¹	Umlandkreise ²	Landgebiete ³
Bedarfsträger/ Krankenhausbetten			
Mehrpersonenhaushalte an allen Haushalten 2001 Prozent	54,9	69,5	71,4
Indexiert:	100	126,6	130,1
Planbetten in Akut- Krankenhäusern Je 10.000 Einwohner 2002	115	56	67
Indexiert:	100	48,7	58,3

¹ Höchstwert der Durchschnitte aller Kernstädte

² Höchstwert der Durchschnitte aller hochverdichteten Kreise und verdichteten Kreise

³ Höchstwert der Durchschnitte aller ländlichen Kreise

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 2004, o.J.

**Krankenhausversorgungsschwäche in den Umlandkreisen
in
Deutschland-Ost
2002**

Siedlungstypen Bedarfsträger/ Krankenhausbetten	Mehrpersonenhaushalte und Akutplanbetten nach Siedlungstypen		
	Kernstädte ¹	Umlandkreise ²	Landgebiete ³
Mehrpersonenhaushalte an allen Haushalten 2001 Prozent	56,7	68,2	69,9
Indexiert:	100	120,3	123,3
Planbetten in Akut- Krankenhäusern Je 10.000 Einwohner 2002	107	64	74
Indexiert:	100	59,8	69,2

¹ Höchstwert der Durchschnitte aller Kernstädte

² Höchstwert der Durchschnitte aller hochverdichteten Kreise und verdichteten Kreise

³ Höchstwert der Durchschnitte aller ländlichen Kreise

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur
Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 2004, o.J.

Übersicht 5:

**Regionale Disparitäten zwischen
Krankenhausmorbidity und Krankenhauskapazitäten
in
Bayern
1999/2000**

Siedlungstypen Krankenhausfälle/ Krankenhausbetten	Krankenhausfälle und Krankenhausbetten nach Siedlungstypen		
	Kernstädte ¹	Umlandkreise ²	Ländliche Kreise ³
Krankenhausfälle wegen Komplikationen der Schwangerschaft je 100.000 weibliche Einwohner 1999	2725	2703	2822
Krankenhausbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe je 10.000 weibliche Einwohner 2000	17,0	6,4	11,1
Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Kreislaufsystems je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren 1999	1910	1976	2171
Krankenhausbetten für Innere Medizin je 10.000 Einwohner 2000	33,4	13,3	22,2

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: Goeschel/Richter: Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche Kreise bieten mehr. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein, Juni 2004

Übersicht 6:

**Bevölkerungsrückgang nach Raumtypen
in
Deutschland
2000 – 2020**

Bevölkerung	Abnahme der Bevölkerung 2020 gegenüber 2000 nach Raumtypen
Raumtypen	Prozent
Hochverdichtete Räume – West	- 1,1
Verstädterte Räume – Ost	- 9,0
Ländliche Räume – Ost	- 10,6

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): INKAR – PRO 1999 – 2020,
Bonn 2003

Übersicht 7:

**Erhöhte Krankenhausbehandlungshäufigkeit
wegen
Krankheiten des Kreislaufsystems
in
Deutschland Ost 2003**

Krankenhaus- behandlung	Krankenhausfälle wegen Krankheiten des Kreislaufsystems je 10.000 Einwohner Indexiert Deutschland = 100
Länder	
Sachsen	104,6
Brandenburg	105,0
Mecklenburg - Vorpommern	110,1
Sachsen - Anhalt	111,2
Thüringen	115,3

Quelle: AOK Mecklenburg – Vorpommern (Hrsg.): Morbiditätsanalyse und Kostenfolgen erhöhter Morbiditätslasten in Mecklenburg – Vorpommern und den neuen Bundesländern, Schwerin 2005, S. 8

Übersicht 8:

**Demographische Standorttypen
in
Deutschland
2006**

Standorte	Städte und Gemeinden mit 5.000 bis 100.000 Einwohnern	
Standorttyp		Anzahl
Typ 5	Stabile Städte und Gemeinden im Ländlichen Raum mit hohem Familienanteil	740
Typ 6	Städte und Gemeinden im Ländlichen Raum mit geringer Dynamik	579
Typ 1	Stabile Mittelstädte und regionale Zentren mit geringem Familienanteil	514
Typ 3	Suburbane Wohnorte mit rückläufigen Wachstumserwartungen	361
Typ 4	Schrumpfende und alternde Städte und Gemeinden mit hoher Abwanderung	352
Typ 7	Prosperierende Städte und Gemeinden im Ländlichen Raum	165
Typ 2	Suburbane Wohnorte mit hohen Wachstumserwartungen	90
Typ 8	Wirtschaftlich starke Städte und Gemeinden mit hoher Arbeitsplatz-zentralität	71
Typ 9	Exklusive Standorte	5
Alle Standorttypen zusammen		2877

Quelle: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Wegweiser Demografischer Wandel 2020, Gütersloh 2006

4. Die Krankenhaus-Zukunft: Regionale Lebenslagenmedizin

In der Gesundheitsforschung wurde schon vor einigen Jahren für Deutschland ein eigenartiges Nebeneinander von Überversorgung, Fehlversorgung und Unterversorgung diagnostiziert. Eine Ursache hierfür ist der Aufbau des Krankenhaussystems auf der Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung, die häufig weit an der räumlichen Epidemiologie und Morbidität vorbei geht.

Ein wichtiger Indikator dafür, dass die traditionelle Fachgebiete-Medizin in der stationären Versorgung zunehmend weniger treffsicher die tatsächliche Epidemiologie und Morbidität erfasst, ist der deutlich angestiegene Anteil der Betten in Rehakliniken an allen Betten in der stationären Versorgung. Rehakliniken sind im Unterschied zu Akutkrankenhäusern nicht nach ärztlichen Fachgebieten sondern nach medizinischen Erkrankungsarten gegliedert.

Übersicht 9: Umschichtung von den Fachgebiete-Krankenhäusern zu den Krankheitsarten-Kliniken in Deutschland 1991-2005

Eine angemessenere Versorgung und Behandlung der deutlich unterschiedlich zusammengesetzten Bevölkerungen in den verschiedenen Standorttypen, Gebietstypen und Raumtypen Deutschlands kann schon dadurch erreicht werden, dass Fachgebiete-Medizin und Krankheitsarten-Medizin besser vernetzt werden. Die seit den neunziger Jahren praktizierte Anbindung von Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern und die Ausweitung der Behandlungsleistungen von Rehabilitationskliniken in den Akutbereich hinein weisen in diese Richtung.

Für tatsächlich auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmte Versorgungs- und Behandlungskonzepte muss aber noch ein weiterer Schritt getan werden. Es müssen solche Lebenslagen, Patientengruppen und Erkrankungsschwerpunkte ermittelt werden, deren unterschiedliches Vorkommen und deren unterschiedliche Zusammensetzung dann die regional-typische Epidemiologie und Morbidität zutreffend und zureichend beschreiben.

Übersicht 9:

**Umschichtung
von den Fachgebiete-Krankenhäusern zu den
Krankheitsarten-Kliniken
in
Deutschland
1991-2005**

Betten Einrichtungen	Anteile an allen aufgestellten Betten Prozent	
	1991	2005
Fachgebiete – Krankenhäuser ¹	82,2	75,0
Krankheitsarten- Kliniken ²	17,8	25,0

¹ Akutkrankenhäuser der Länderplanung

² Rehakliniken ohne Länderplanung

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt: Stationäre Versorgung 1991 bis 2005, Wiesbaden 2006

Beispiel: Männergesundheit und Männerbehandlung

Eine Bevölkerungsgruppe für die eine ausgeprägte gesundheitliche Unter- und Fehlversorgung gilt sind nicht nur in Deutschland sondern in allen Industriestaaten die Männer. Ablesbar ist dies an der jeweils mehrere Jahre betragenden Frühsterblichkeit der Männer im Vergleich zu den Frauen. Ablesbar ist dies vor allem auch an den Wenigeraufwendungen für die Gesundheitsversorgung der Männer im Vergleich zu den Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung der Frauen. In Deutschland betragen diese Wenigeraufwendungen für Männer im Bereich der Arztpraxen etwa 6,9 Milliarden EUR und im Bereich der Krankenhäuser etwa 6,7 Milliarden EUR.

Übersicht 10: Frühsterblichkeit der Männer nach Siedlungstypen in Deutschland 2002

Übersicht 11: Wenigerleistungen der Arztpraxen und Krankenhäuser für die Männerbevölkerung in Deutschland 2004

Offenbar sind allgemein, aber besonders ausgeprägt in den Landgebieten der neuen Bundesländer die Lebenslagen der Männer so gestaltet, dass sie deren Gesundheitssituation und deren Lebenserwartung massiv beeinträchtigen.

Als bestgeeignete Versorgungsform für die nicht nur fachlich-medizinisch, sondern zusätzlich auch noch regional unter- und fehlversorgte Bevölkerungsgruppe Männer wurden mittlerweile die sogenannten „Zentren für Männergesundheit“ entwickelt. Diese sollten möglichst an den Inneren Abteilung kleiner und mittlerer Krankenhäuser angegliedert sein. Durch ihre betont präventive und auch rehabilitative Ausrichtung können diese Zentren für Männergesundheit jeweils optimal auf die regionalen Gegebenheiten abgestimmt werden.

Übersicht 12: Zentrum für Männergesundheit e.V.

Nach diesem Konzept können auch für andere unter- und fehlversorgte Bevölkerungs- und Patientengruppen in den jeweiligen Regionen Zentren eingerichtet werden. Kleinere und mittlere Krankenhäuser an dezentralen Standorten bewirken durch solche zielgruppen- und regionsspezifischen Zentren eine zukunftsgerechte regionale Versorgung.

Übersicht 10:

**Frühersterblichkeit der Männer
nach
Siedlungstypen in Deutschland
2002**

Lebenserwartung Siedlungstypen	Lebenserwartung von Neugeborenen Jahre		
	Männlich	Weiblich	Männlich / Weiblich
Ballungsraumkern- städte – West	75,4	81,2	- 5,8
Dünnbesiedelte Landkreise – Ost	73,0	80,5	- 7,5

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 2004, Bonn o.J.

**Wenigerleistungen durch Arztpraxen und Krankenhäuser
für die
Männerbevölkerung in Deutschland
2004**

Leistungen	Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung als für die Frauenbevölkerung
Gesundheits- einrichtungen	Mrd. EUR
Arztpraxen	- 6,9
Krankenhäuser	- 6,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden 2006

Übersicht 12:**Zentrum für Männergesundheit e.V.****Leitung**

- Chefarzt
Fachabteilung für
Innere Medizin

Beratung

- Seniorberater
Studiengruppe für
Sozialforschung e.V.

Präventive Aufgaben

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht • Atemgesundheit • Bluthochdruck • Rauchen • Trinken • Internet/Computer • Früherkennung | <ul style="list-style-type: none"> • Hernien • Varizen • Osteoporose • Schlafapnoe • Depressionen | <ul style="list-style-type: none"> • Pendlerstreß • Betriebsübergabe • Mobbing • Trennung und
Scheidung |
|--|--|---|

Akutkurative Aufgaben

- Gemeinsame fachübergreifende Aufnahme der männlichen Patienten gemäß Einweisungsdiagnose
- Gemeinsame fachübergreifende Voruntersuchung der männlichen Patienten zur Abklärung von Dunkelfeld-Morbidität

Rehabilitative Aufgaben

- Medizinische Vorsorge für Väter und Kinder gemäß § 24 SGB V
- Medizinische Rehabilitation für Väter und Kinder gemäß § 41 SGB V

Edukative Aufgaben*

- Qualifizierung von Krankenpflegeschülerinnen und –schülern zur männersensiblen Krankenpflege
- Programme zur Erhöhung der bagatellmedizinischen Eigenkompetenz der männlichen Bevölkerung

* In Zusammenarbeit mit vorhandener Pflegeschule

5. Schlussgedanke

Eine qualifizierte Regionalisierung der Krankenhausversorgung muss in Zukunft vor allem von regionstypischen Lebenslagen, Patientengruppen und Erkrankungsschwerpunkten ausgehen und hierfür spezifische Produkte anbieten. Dann kann sie ihre Sozialfunktion auch gegen den wachsenden Privatisierungsdruck und die gleichzeitige Nutzung als Steuerquelle für den Staat durchsetzen.

Literatur:

Bohle, Th. Fuß, St., Goeschel, A., Watzlawczik G.-U. (1995)
 Bedarfsermittlung und Bedarfsbeurteilung für Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern.
 Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.), Tagungsbericht zur Krankenhausfachkonferenz
 Prien 1995,
 Marquartstein, Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

Bruckenberg, E. (1978)
 Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen: Am Beispiel Krankenhaus,
 Köln, Kohlhammer

Bruckenberg, E. (1997)
 Krankenhausplanung vor und nach dem GSG. Das Krankenhaus, 5, 238 – 244

Cohrs, A., Cordes, N., Felberg, G., Goeschel, A., Neidhart, N.H., Niechoj, S., Watzlawczik, G.-U.
 (2001)
 Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft. Unveröffentlichter
 Untersuchungsbericht für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein

Egenter, S., Goeschel, A., Knabe, H., Scheel, J., Watzlawczik, G.-U. (2000)
 „Familienkrankenhaus“ als Leitbild für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.
 Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.), Tagungsbericht zur Krankenhauskonferenz Prien
 2000, Marquartstein, Studiengruppe für Sozialforschung

Goeschel, A. (1979)
 Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik, Köln, Deutscher Instituts – Verlag

Goeschel, A. (1985)
 Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft.
 Informationen zur Raumentwicklung, 3/4, 195 - 210

Goeschel, A. (1991)
 Die Bedeutung der regionalen Krankenkassenstruktur für die Krankenhauswirtschaft
 Medizin Mensch Gesellschaft, 16, 123 – 132

Goeschel, A. (1993)
 Die Gefährdung der Krankenhausversorgung durch einen verengten Wirtschaftlichkeitsbegriff. In:
 Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Krankenhaus in Gefahr, 41 – 51, München, Sozialverband
 VdK Bayern

Goeschel, A. (2001)
 Konzentration in der Krankenhauswirtschaft: Krankenhauszusammenschlüsse als Emanzipation
 gegenüber Bundespolitik und Kassenoligopol? In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.),
 Konzentration bei den Krankenhäusern, Tagungsband VdK – Forum Tutzing, 2001, 15 – 21,
 München, Sozialverband VdK Bayern

Goeschel, A. (2003)
 Regionale Unterschiede im Gesundheitsbedarf und Wirtschaftskraft als Sachzwang für die
 Neuordnung der Krankenkassenlandschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Mit weniger
 Kassen zu besseren Leistungen? Tagungsband VdK – Forum Tutzing, 2003, 75 – 86,
 München, Sozialverband VdK Bayern

Goeschel, A. (2004)
Zentren für Frauen, Mutter und Kind
Unveröffentlichter Untersuchungsbericht für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein

Goeschel, A. (2004)
Zentren für Äterengesundheit an Allgemeinkrankenhäusern: Ein Beitrag der
Krankenhauswirtschaft zur gesundheitlichen Aus- und Weiterbildung von Älteren.
In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Medizinstudium mit 60? Tagungsband VdK – Forum
Tutzing, 2004, 61 – 69, München, Sozialverband VdK– Bayern

Goeschel, A., Richter, D. (2004)
Regional unterschiedliche Chancen für innovative Krankenhauskonzepte in Bayern: Ländliche
Kreise bieten mehr. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht für die Studiengruppe für
Sozialforschung e.V., Marquartstein

Goeschel, A. (2005)
Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte für die Region statt Gang an die Börse.
In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland,
Tagungsband VdK – Forum Tutzing, 2005, S. 49 – 58,
München, Sozialverband VdK Bayern

Goeschel, A. (2006)
Familienorientierte Kehrtwende in der Gesundheitspolitik: Gesundheitseinrichtungen und
Gesundheitsleistungen als zentrale Existenzvoraussetzungen für Eltern, Kinder und Großeltern. In:
Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Soziale Verunsicherung ohne Ende? Tagungsband VdK –
Forum Tutzing, 2006, 95 – 111,
München, Sozialverband VdK Bayern

Goeschel, A. (2007)
Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung? Untersuchungsbericht für den Bund der
Steuerzahler in Bayern e.V., München

Goeschel, A., Bollmann, M. (2007)
Zentren für Männergesundheit: Versorgungsform zur Schließung der Marktlücke
Männerbehandlung. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht für Studiengruppe für
Sozialforschung e.V., Marquartstein

Kühn, H. (1983)
Das Krankenhaus im wirtschaftlichen Verteilungskonflikt.
Das Krankenhaus, 5, 183 – 186

Kühn, H. (1994)
Reform, Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: Hans – Böckler – Stiftung (Hrsg.),
Hat die Zukunft in deutschen Krankenhäusern schon begonnen? Tagungsbericht Workshop ÖTV
und Hans – Böckler – Stiftung in Düsseldorf, 1994, 59 – 65,
Düsseldorf, Hans – Böckler – Stiftung

Otto, M. (2003)
Regionale Demographie und Privatisierung von Krankenhausstandorten. Unveröffentlichter
Untersuchungsbericht für Studiengruppe für Sozialforschung e.V.,
Marquartstein

- Pfeiffer, B. (2003)
Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung in Deutschland: Räumliche Verteilung der Krankenhausfachbetten 1990 – 2000. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein
- Röpke, Th., Lenz, M. (1985)
Bedarfsplanung im Gesundheitswesen: Rückblick auf eine unzureichend regionalisierte Fachplanung. Informationen zur Raumentwicklung, 3/4, 145 – 254
- Simon, M. (1997)
Das Krankenhaus im Umbruch
Berlin, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung
- Simon, M. (2000)
Neue Krankenhausfinanzierung - Experiment mit ungewissem Ausgang
Berlin, Wissenschaftszentrum für Sozialforschung
- Schlöffel, M. (2002)
Untersuchung zur Gefahr einer Krankenhausunterversorgung in den Stadt – Umland – Gebieten in Baden – Württemberg. Unveröffentlichter Untersuchungsbericht für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein
- Schmidbauer, G. (1985)
Spielräume und Einschränkungen für eine regionalorientierte Gesundheitspolitik.
Informationen zur Raumentwicklung, 3/4 , 187 – 193
- Spangenberg, M., Schürt, A. (2005)
Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status quo und Szenarien. In: Klauber, J., Robra, B. – P., Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhausreport, 205 – 218,
Stuttgart, Schattauer
- Stapf – Finé, H., Polei, G. (2002)
Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG – Einführung. Das Krankenhaus, 2, 96-107
- Watzlawczik, G. – U. (2001)
Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbstständigkeit: Die regionale und die institutionelle Konzentration der Krankenhauseinrichtungen in Deutschland seit 1972.
In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.), Konzentration bei den Krankenhäusern, Tagungsband VdK – Forum Tutzing, 2001, 31 – 48,
München, Sozialverband VdK Bayern