

Reihe
Gesamtwirtschaft, Raumordnung und Sozialsicherung

Albrecht Goeschel, Markus Steinmetz, Michael Teumer (Hrsg.)
Zentralisierung und Konzentration
in der
deutschen Krankenhauswirtschaft
1972 – 2001

2017

Herausgeber:
Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Akademie und Institut für Sozialforschung
Verona

Herausgeber:
Accademia ed Istituto per la
Ricerca Sociale Verona
Corso Porta Nuova 11
I – 37122 Verona
Palazzo Istituto Nazionale delle
Assicurazioni – Studio Germa

Eigenverlag und Druck:
Akademie und Institut für
Sozialforschung e.V. – Korrespondenzbüro
D – 83250 Marquartstein
Postfach 1127

© Studiengruppe für Sozialforschung e.V. 2001

Inhalt	Seite
Vorbemerkung	3
Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbstständigkeit? Die regionale und die institutionelle Konzentration der Krankenhauseinrichtungen in Deutschland seit 1972 Gerd-Uwe Watzlawczik	15
Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Größenklassen in Deutschland Nicole Cordes und Astrid Cohrs	35
Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Fachbetten in Deutschland Sandy Niechoj und Astrid Cohrs	52
Voruntersuchung zur Trägerkonzentration der Krankenhäuser in Deutschland Grit Felberg	88
Räumliche Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung Nils Holger Neidhart und Albrecht Goeschel	104
Konzentration der Krankenhausversorgung in den Ballungsräumen: Fehlverteilung der Klinikkapazitäten als Chance für die kleineren Krankenhäuser Albrecht Goeschel	124
Demographie und Region: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die regionale Krankenhausversorgung Albrecht Goeschel	148
Konzentration in der Krankenhauswirtschaft: Krankenhauszusammenschlüsse als Emanzipation gegenüber Bundespolitik und Kassenoligopol? Albrecht Goeschel	164
Anhang: Räumliche Verteilung der Bettendichte, Betriebsgrößen und Standortestreuung der Krankenhauswirtschaft auf die Bundesstaaten der USA Gerd-Uwe Watzlawczik	174

Vorbemerkung

„*Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit*“ (Wilhelm Heitmeyer) findet derzeit in den Medien in Deutschland statt, wenn bevorzugt in den neuen Bundesländern Ortsbevölkerungen gegen Flüchtlingsheime und Flüchtlingsbusse protestieren oder gegen die verantwortlichen Politiker(inn)en demonstrieren. Hierbei handelt es sich jeweils um für Unbeteiligte unterscheidbare und von den Behörden aufzählbare Einzelvorgänge. Diese Phänomene werden in der politischen Populärpsychologie mit Subjektivem, meist dem festgestellten oder vermuteten Vorhandensein von Vorurteilen gegen Minderheiten, Ablehnung von Fremden und Geringschätzung von Schwächeren erklärt. Der Sammelbegriff lautet zunehmend „Rechtspopulismus“.

In der Realität findet „*Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit*“ als ein ununterbrochener, selbst für die beteiligten Personen, Institutionen, Parteien, Politikebenen etc. nur in sachlichen und zeitlichen Ausschnitten und Abschnitten überschaubarer Prozess von gesellschaftspolitischer Ideologisierung, gesundheitsökonomischem Lobbyismus, kassenpolitischem Machtstreben, fiskalstaatlichem Bürokratismus, hierarchischen Arbeits- und Anweisungsverhältnissen, willfähriger Wissenschaft etc. seit Jahrzehnten in Gestalt der anhaltenden Krankenhausreformen zu Lasten der Regionalbevölkerungen, insbesondere zu Lasten von Kranken und Krankenversicherten statt. Die Allgemein-Medien und selbst die Fach-Medien waren in den angesprochenen über vier Jahrzehnten Krankenhausreformen nicht der Lage, adäquate und kohärente Erzählungen des Objektiven, d.h. der Herkunft, der Anliegen und der Auswirkungen dieser „Strukturellen Gewaltausübung“ durch die Krankenhauspolitik zu leisten. In den Publikumsmedien bleibt es nach wie vor bei einer Aufreger-Berichterstattung über Krankenhausschließungen, Krankenhaushygieneskandale etc. Der Sammelbegriff für die anhaltende Destruktion humaner Krankenhausversorgung lautet allenfalls „Ökonomisierung“.

Ein Grund für diese Verschwommenheit, Unübersichtlichkeit und erst im Augenblick der Unabänderlichkeit der Transformation der Krankenhausversorgung aus einem Kernelement der Daseinsvorsorge in ein Feld für Kapitalanlage und Spardekrete lag in der noch starken Stellung der Bundesländer in der Krankenhausversorgung. Sie verzögerte bisher eine raschere Realisierung der von Bundesregierungen, Kassenverbänden und Marktideologen angestrebten

Konzeption der Krankenhausversorgung als Gewinnbringer, Neben-Lohnkostendämpfer und Steuer(spar)quelle. Wie unauffällig diese Art der Krankenhauspolitik zunächst begann, wird daraus ersichtlich, dass in den ersten Jahren der „Kostendämpfung“ in der Krankenhausplanung von den Kassenverbänden Schließungen lediglich für 6000 Krankenhausbetten in (West-)Deutschland gefordert wurden.¹

Auch nach der Schmidt-Genscher-Regierung, während der Kohl-Ära, wurde rabiater Krankenhausabbau noch nicht im vormaligen BRD-Gebiet, sondern bevorzugt im angeschlossenen DDR-Gebiet betrieben. Das änderte sich mit der Regierungsübernahme durch die sozialdemokratisch-grünalternative Schröder-Fischer-Regierung. Diese peitschte die von den Kassenverbänden und einem Kartell von Marktideologen vehement geforderte Finanzierung der Krankenhausbehandlung durch Pauschalpreise durch. Die Folge war ein brutaler Pflegepersonal-Kostenwettbewerb zwischen den Krankenhäusern innerhalb des schon in der Kohl-Ära eingeführten Krankenhausbudgets. Unter diesen 2007 durchgedrückten verschärften Konkurrenzbedingungen für die Krankenhäuser kam es zu steigenden Zahlen von Krankenhausinsolvenzen einerseits und zu wachsenden Zahlen von Privatisierungen, Fusionierungen und Liquidierungen im Krankenhausbereich andererseits. Allein zwischen 2000 und 2013 wurden ca. 60.000 Krankenhausbetten eliminiert.²

Der eigentliche Dammbbruch, und damit die Ankündigung dessen, was heute von so genannten „Wissenschaftlern“ an struktureller Gewalt gegen die Bevölkerung in der Krankenhausversorgung empfohlen wird, ereignete sich aber im enthemmten Wandel der Semantik im Krankenhauskurs während des Schröder-Fischer-Regimes. Ein geradezu ordinär-primitiver „Betriebswirtschafts“-Speech wurde vorherrschend, der mit folgender Formel auskam: „*Wirtschaftlichkeit durch Wettbewerb*“. In der Krankenhausversorgung wie in der Krankenversicherung machten sich blitzartig und generationswechselbegünstigt solche Ellenbogencharaktere breit, wie man sie schon aus dem Bereich der Post in Gestalt des Herrn Zumwinkel und aus dem Bereich der Bahn in Gestalt des Herrn Mehdorn und ihres jeweiligen Gesindeschwarms kannte.

¹ Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Hrsg. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979, S 16

² ver.di b+b Hrsg: Der deutsche Krankenhausmarkt, April 2015 https://www.verdi-bub.de/service/brancheninfos/archiv/der_deutsche_krankenhausmarkt.

Dass es in Sachen „strukturelle Gewalt“ gegen die Regionalbevölkerungen gegenüber Schröder-Fischer noch eine Steigerung gibt, hat das wiederholte GroKo-Regime Merkel bewiesen. Unter eilfertiger Assistenz der Rest-Sozialdemokratie hat das oppositionslose Berliner Parlament nicht nur weitere Finanzierungserschwernisse für die Krankenhausbehandlung beschlossen, sondern auch noch einen hunderte Millionen Euro umfassenden Fonds zur Stilllegung von Krankenhausbetten oder zur Umwandlung bzw. Schließung von Krankenhäusern dekretiert.

Damit offenbar nicht genug: „Experten“ einer so genannten „Nationalen Akademie der Wissenschaften“ haben im Oktober 2016 angeregt, etwa 1600 der insgesamt über 1900 Krankenhäuser in Deutschland zu schließen und den Krankenhausbedarf der Bevölkerungen in den Regionen Deutschlands über verbleibende 300 Krankenhauszentren ab zu behandeln.³ Beifall für diesen Vorschlag kam so gleich von der Sozialdemokratie im Bundestag. Im gleichen Zeitraum plädierte das für seine fragwürdigen krankenhauspolitischen Positionen bekannte RWI-Institut dafür, keine rechtlichen Vorgaben für Mindestbesetzungen in der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser zu verankern. Einen Zusammenhang zwischen Personalrelegation und Behandlungsqualität gäbe es nicht.⁴ Für einen weiteren Pflegekräfteabbau zur Gewinnsteigerung in den weniger werdenden Krankenhäusern wurde damit die übliche „wissenschaftliche“ Rechtfertigung geliefert.

Hinter dieser Speerspitze für eine noch brutalere Zentralisierung der Krankenhausversorgung ist mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2016 der planungsbürokratische Tross wieder ein Stück in die Regionen vorgerückt und hat als Instrument zum Ausschluss von Krankenhäusern von der Behandlung bestimmter Erkrankungsfälle das Qualitätskriterium „Mindestmenge“ in den Vordergrund gerückt. Angesichts der gleichzeitig verschlechterten Finanzierungsbedingungen für die Krankenhäuser bezeichnet die Deutsche Krankenhausgesellschaft die so genannte „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ als ein Konzept nach der Formel „*Mehr Qualität durch weniger Geld und Personal*“ (Thomas Reumann). Auch hier wird die Lösung in verschärfter Privatisierung, Konzentration und Zentralisierung liegen.

Rückblickend betrachtet war die *Studiengruppe für Sozialforschung e.V.* in Bayern die erste

³ <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-wissenschaftler-halten-1300-kliniken-fuer-ueberfluessig>. 26.10.2016

⁴ Augurzky et al.: Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. rwi-Materialien 104, Essen 2016

Planungsberatungseinrichtung in Deutschland, die bereits Mitte der 1970er Jahre erkannte, dass in den damals noch moderaten Auseinandersetzungen um die „*Erreichbarkeit*“ der Krankenhausversorgung einerseits und die „*Wirtschaftlichkeit*“ der Krankenhäuser andererseits der Keim dessen steckte, was sich heute als rasante Zentralisierung, Konzentration und Privatisierung der Krankenhausversorgung zeigt: Die einseitige Konzeptualisierung der Krankenhausversorgung als Feld für Gewinnerzielung und zumindest Steuereinsparung. Mehrere Jahrzehnte, bis zum Jahr 2010, beriet und begleitete das Institut hunderte deutscher Krankenhäuser bei der Entwicklung von Strategien zur Selbstbehauptung oder Gemeinschaftsbehauptung als Versorgungsträger in der Region.

Im Unterschied zu den Jahrzehnten davor hat die Mainstreamforschung im Krankenhausbereich seit dem ersten Jahrzehnt nach der Jahrtausendwende die gesundheits- und regionalpolitische Fragwürdigkeit einer entfesselten Zentralisierung, Konzentration und Privatisierung der Krankenhausversorgung erkannt und publiziert hierzu verstärkt.⁵ Allerdings war es auch die Studiengruppe für Sozialforschung e.V., die als erstes Institut im Jahre 2001 einen Sammelband mit Beiträgen zu den grundlegenden Aspekten der Zentralisierung und Konzentration in der Krankenhausversorgung in Deutschland vorgelegt hat.⁶ Dieser Band wird wegen der beschriebenen verschärften Standort- und Fachrichtungsverdichtung in der Krankenhausversorgung von der *Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale Verona* hiermit erneut veröffentlicht.

Die vorliegende Sammlung von Einzeluntersuchungen und Vortragstexten umfasst die Jahre 1972 bis 2001, vor allem beschreibt sie für den Zeitraum 1990 bis 1995, also für die ersten Jahre nach der Zusammenführung der beiden deutschen Teilstaaten, die Veränderungen in der standortlichen Zentralisierung und in der räumlichen und fachlichen Konzentration innerhalb der deutschen Krankenhauswirtschaft.

Es wird untersucht, ob und wie sich im Zuge des vor allem in den neuen Bundesländern scharfen Bettenabbaus die Standortestreuung, die Größenklassen und die Fachbetten der Kranken

⁵ Birke, Sebastian; Schlaudt, Hans-Peter: Das Krankenhaus im ländlichen Raum. In: *Das Krankenhaus* 4/2016, S.280-285; Schmidt, Andreas; Ulrich Volker: Konzentration und Marktmacht bei Krankenhäusern. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 17/2012, S 18-22

⁶ Cohrs et al.: *Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft*. Hrsg. Studiengruppe für Sozialforschung e.V, Marquartstein, Oktober 2001

hausversorgung zwischen den Kreisen und den Städten umverteilt haben. Untersucht wird auch, ob und wie sich die Prägung der Krankenhausversorgung in den Kreisen und Städten durch die unterschiedlichen Krankenhaustypen und Krankenhausfachgebiete verändert hat.

Untersucht wird weiterhin, ob die veränderte Verteilung vor allem der Fachbetten zwischen den Kreisen und den Städten der räumlichen Verteilung der jeweils korrespondierenden Bevölkerungs- und Patientengruppen entspricht oder zuwiderläuft. Untersucht wird aber auch, ob es zumindest bis Mitte der neunziger Jahre schon zu einer weitreichenden Konzentration von Krankenhausbetriebsstätten bei bestimmten Trägergruppen gekommen ist oder nicht.

Zuletzt wird noch untersucht, ob und welche Unterschiede in den Wirtschaftlichkeitsmerkmalen zwischen der Krankenhausversorgung in den Kreisen und der Krankenhausversorgung in den Städten festzustellen sind.

Insgesamt ist dabei festzustellen, dass es zumindest bis Mitte der neunziger Jahre trotz teilweise erheblichen Abbaus von Krankenhausbetten und Krankenhausstandorten noch nicht zu einem Rückzug der Krankenhausversorgung aus der Fläche, d.h. aus den Kreisen gekommen ist. Zugleich gelten für die Krankenhausversorgung in der Fläche, d.h. in den Landkreisen insgesamt günstigere Wirtschaftlichkeitsmerkmale als für die Krankenhausversorgung in den Großstädten. Im Widerspruch zur räumlichen Verteilung und zur räumlichen Verlagerung der Bevölkerung aus den Großstädten in die Landkreise steht jedoch die deutliche Zentralisierung gerade auch der großen und der familiennahen Fachgebiete der Krankenhausversorgung in die Großstädte hinein.

In der vorliegenden Sammlung von Einzeluntersuchungen und Vortragstexten wird vor diesem Hintergrund erörtert, welche Chancen die Zentralisierung familienorientierter Fachgebiete in die Großstädte hinein gerade für kleinere Krankenhäuser in den Umlandgebieten bei der Entwicklung attraktiver bevölkerungs-, ziel- und patientengruppengerechter Angebote beinhaltet.

Zuletzt wird auch dargestellt, dass die Ermächtigung der Krankenkassenverbände zu einem Nachfrageoligopol gegenüber den Krankenhäusern im Zuge der Gesundheitsstrukturgesetzgebung Anfang der neunziger Jahre und dass vor allem auch die Ende der neunziger Jahre ver-

ordnete Fallgruppenpauschalfinanzierung die Zentralisierung und die Konzentration, vor allem auch die Trägerkonzentration in der Krankenhauswirtschaft sicherlich weiter beschleunigen werden. Gleichzeitig, auch das wird gezeigt, bietet sich dadurch dann aber auch die Chance einer offensiveren Interessenvertretung der Krankenhauswirtschaft und ihrer Patienten gegenüber der Bundespolitik und gegenüber den Kassenverbänden infolge der insgesamt größeren Unternehmenseinheiten in der Krankenhauswirtschaft.

Die vorliegende Sammlung von Einzeluntersuchungen und Vortragstexten schließt eine Lücke in der empirischen Analyse und kritischen Evaluation der deutschen Krankenhauswirtschaft.⁷

Die für die Zukunft zu erwartende beschleunigte trägerschaftliche Kooperation und vor allem trägerschaftliche Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft kann in ihren Ursachen und Zusammenhängen am Beispiel des im Jahre 2001 aus zehn bisher eigenständigen Krankenhäusern des Landes Berlin gebildeten Berliner Klinikkonzerns Vivantes exemplarisch aufgezeigt werden. An erster Stelle sind hier die ungelösten Strukturprobleme innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen selbst zu nennen. In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre herrschte unter den politikberatenden Wissenschaftlern und unter den Bundesländern bereits weitgehend Übereinstimmung darüber, dass die gesetzliche Krankenversicherung durchgängig regional strukturiert werden müsste und zwischen diesen regional gegliederten Krankenkassen entsprechend den unterschiedlichen ökonomischen, soziodemographischen, epidemiologischen und infrastrukturellen Gegebenheiten in den Regionen dann ein regionsübergreifender Finanzausgleich stattfinden sollte.⁸ Im Gegensatz dazu wurde dann Anfang der neunziger Jahre, in der Nachwiedervereinigungssituation mit ihrer allgemeinen Veränderungsfeindlichkeit, auf der Ebene der Spitzenverbände der Krankenkassen und der hinter ihnen stehenden unterschiedlichen Arbeitnehmerverbände sowie der Bundesregierung und der Bundestagsparteien

⁷ Drei Untersuchungen haben sich bislang mit einem Teil der hier behandelten Themen befasst. – Vgl. Bruckenberg, Ernst: Wie steht's mit den Überlebenschancen der kleinen Krankenhäuser. In: Deutsches Ärzteblatt, 24. August 1984; Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik - Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Hrsg.: Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979 und Koselowski/ Koselowski: Krankenhausplanung - ein Fazit der 90er Jahre – Welche Auswirkungen ergeben sich für kleinere Krankenhäuser? In: Das Krankenhaus, 7/ 1998.

⁸ Vgl. Goeschel/Fette: Regionale Kassenstrukturplanung: Ein Konzept für die Regionalisierung der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung, Bonn Februar/März 1990; Hixt, Lothar: Regionalisierung und Föderalisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main 1996 und Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 116-120

ein so genannter Risikostrukturausgleich zwischen den bestehenden Kassenarten installiert. Durch diesen sollten einerseits die nebeneinander bestehenden regional-gebietlichen und zentral-bundesweiten Krankenkassen gerade als solche erhalten werden. Andererseits sollten die negativen Folgen des Wettbewerbs zwischen diesen Kassenarten durch einen Einnahmeausgleich und durch eine Freigabe der Mitgliedschaft abgemildert werden. Der Wettbewerb um beitragsstarke und zugleich beanspruchungsschwache Mitglieder sollte über die Beitragssätze erfolgen. Dabei war es nur möglich und durchaus beabsichtigt, niedrige Beitragssätze durch niedrige Leistungsausgaben zu erreichen. Da bei den durch vergleichsweise hohe Beitragssätze besonders belasteten Allgemeinen Ortskrankenkassen gleichzeitig die Krankenhausausgaben, bedingt durch die spezifische Morbiditätsstruktur dieser Kassenart, eine hervorragende Rolle spielten, musste es damit zu einer Fokussierung des asymmetrischen Wettbewerbs zwischen Regionalkassen und Zentralkassen, zwischen Ortskrankenkassen und Ersatzkassen vor allem auf eine Einsparpolitik gegenüber den Krankenhäusern kommen.⁹

Die besonders dramatische Finanzlage der AOK Berlin hätte bei einer Regionalisierung der Ersatzkassenversicherten in Berlin zu einer EK Berlin mit der Folge einer gemeinsamen Budget- und Finanzausgleichsituation aller gesetzlichen Krankenkassen in Berlin mitnichten ein derartiges Ausmaß erreicht, wie es mittlerweile der Fall ist und wie es vor allem dem Land Berlin als Alibi dafür gedient hat und dient, rigoros in die Berliner Krankenhauswirtschaft einzugreifen. Für das Land Berlin bot vor allem der vom AOK-Bundesverband als Subventionsgeber für die AOK-Berlin immer wieder geforderte Abbau von Krankenhauskapazitäten die Gelegenheit, die finanzwirtschaftlichen Folgen der eigenen desaströsen Haushalts- und Wirtschaftspolitik, verschärft durch die Schadfolgen einer erneuten Regierungshauptstadttrolle Berlins, in die Krankenhausversorgung der Bevölkerung abzuwälzen.¹⁰

⁹ Zugleich konnte hier die Konkurrenzlage der Kassenarten untereinander durch Solidarisierung gegenüber der Krankenhauswirtschaft als betroffenem Dritten zumindest teilharmonisiert werden. So wurden Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nach einvernehmlicher Beteiligung an der Krankenhausplanung der Länder, nach einheitlich-monistischer Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten und der Krankenhausinvestitionen aus den Entgelten und nach Leistungspreisen anstelle von Kostenerstattung von den Kassenverbänden weitgehend übereinstimmend erhoben - Vgl. hierzu u.a. Goeschel, Albrecht: Krankenkassenstruktur und Krankenhauspolitik. Vortrag vor der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V., Norderney, September 1992; Grünwald, Klaus: Krankenhausbedarfsplanung. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 14-15/1984, S. 625 ff. Fiedler, Eckart: Erwartungen der Krankenkassen an die Krankenhausgesetzgebung. In: Die Ersatzkasse, Sieburg 3/1989, S. 85ff; NN: Betriebskrankenkassen fordern regionale Krankenhausbudgets. In: Kennzeichen BKK, Essen 1998, S. 6ff.

¹⁰ Vgl. hierzu u.a. Gernhard, Volker: Berliner Klinikkonzern als kommunaler Ernstfall: Der Konflikt um die Großfusion der Krankenhäuser in der Bundeshauptstadt. In: VdK-Sozialverband Bayern: Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten?, München 2001, S. 59-76

Nicht anders verhält es sich auf der gesamtstaatlichen Ebene Deutschlands. Dort wurden, seit Jahrzehnten von den Experten beschrieben und beklagt, immer neue Staatsvorhaben auch außenpolitischer Natur durch sogenannte Verschiebebahnhöfe letztlich aus Mitteln der Krankenversicherung mitfinanziert.¹¹ Der mittlerweile ebenfalls jahrzehntealte Dauervorwurf der Krankenkassenverbände, die Krankenhausversorgung in Deutschland sei unwirtschaftlich, stellt bei dieser Sachlage nichts anders als eine Rechtfertigung dafür dar, dass sich die Krankenkassenseite aus dem Krankenhausbereich diejenigen Finanzmittel zurückzuholen versucht, die ihr vorher von der Bundespolitik entzogen worden sind.

Auch haben einige Bundesländer die von den Kassenverbänden seit über zwei Jahrzehnten betriebene Dauerstigmatisierung der Krankenhauswirtschaft als Unwirtschaftlichkeitszone gerne genutzt, um sich den ihnen im Rahmen des dualen Krankenhausfinanzierungssystems obliegenden Investitionspflichten im Krankenhausbereich durch immer neue Versuche der Kapazitätsreduzierung im Zuge der ländereigenen Krankenhausplanung zumindest teilweise zu entziehen. Auch hier ist das Land Berlin ein Paradebeispiel: Ende der neunziger Jahre hatte das Land ein Gutachten zur Krankenhausversorgung in Auftrag gegeben, das ohne jede Bezugnahme auf die besonderen politischen und ökonomischen, soziodemographischen, epidemiologischen und infrastrukturellen Gegebenheiten und Belastungen in Berlin einerseits und ohne Prüfung der gerade in Berlin bestehenden besonders günstigen Möglichkeiten der Kapazitätsauslastung und der Ertragserzielung durch Patientenimporte aus dem Ausland¹² allein auf den Kapazitätsabbau durch Krankenhausschließungen, d.h. auf eine standortliche Zentralisierung der Krankenhausversorgung setzte. Die Berliner Krankenkassen ihrerseits haben sich dabei zu regelrechten Exekutoren dieser Haushaltsentlastungspolitik des Berliner Senats mit Hilfe von Krankenhausstandortesschließungen gemacht.¹³

Nicht ohne Bezugnahme auf den grundlegenden Wandel der vormals am Sozialausgleich orientierten gesetzlichen Krankenkassen zu vorrangig an ihrer Eigenexpansion interessierten

¹¹ Vgl. u.a. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 1989, S. 138 und 139

¹² Vgl. Watzlawczik, Gerd-Uwe: GUS-Staaten als Zielmarkt für Akutkrankenhäuser und Rehakliniken in der „Gesundheitsregion Berlin“, Vortrag vor der Fachkonferenz „Patientenimport '98“ der Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Prien am Chiemsee, November 1998

¹³ So wurde das Krankenhaus Moabit gegen den Widerstand der Bezirksbevölkerung und der Krankenhausbeschäftigten auch dadurch für die Schließung vorbereitet, dass die Kassenseite im Frühjahr 2001 dazu überging, dem Krankenhaus Moabit die Kosten für Behandlungsleistungen ihrer Versicherten nicht mehr zu bezahlen – vgl. FAZ, 13.03.2001

öffentlichen Versicherungsunternehmen ist dann auch die neueste Phase der beschleunigten trägerschaftlichen Konzentration und standortlichen Zentralisierung der Krankenhauswirtschaft in Deutschland zu erklären und zu verstehen.

Auf der Kassenseite und hier gerade beim AOK-Bundesverband gibt es einen durchaus schon dogmatischen und streckenweise geradezu fundamentalistisch anmutenden Eifer für die Einführung einer weitest möglichen Steuerung der Krankenhausversorgung durch Geldpreise für Einzelleistungen. Dies erstaunt umso mehr, als die vormaligen Tagespauschalen eine Art krankenhausspezifischen Finanzausgleich zwischen der insgesamt schwerwiegenderen und kostenaufwendigeren Krankenhausmorbidity der Ortskrankenkassen und der insgesamt weniger schwerwiegenden und weniger kostenaufwendigen Krankenhausmorbidity der Ersatzkassen dargestellt hat, während bei den Fallpauschalen und Fallgruppenpauschalen diese schwerwiegendere und kostenaufwendigere Krankenhausmorbidity nun die Ortskrankenkassen auf der Ausgabenseite ungemildert belastet und damit im Beitragssatzwettbewerb noch ungünstiger stellt.¹⁴

Dass gerade im Ortkassenbereich und gegen dessen spezifische Wettbewerbsinteressen so vehement für eine Finanzierung der Krankenhausversorgung durch Fallpauschalen, d.h. durch Einzelleistungspreise agiert wird, zeigt, dass es hier nicht in erster Linie um Marktwirtschaft und Wettbewerb, sondern vor allem um Machtfragen geht. Das vormalige Selbstkostendeckungsprinzip hat dazu gedient, all das, was die Gesellschaft an diagnostisch-therapeutisch und pflegerisch aufwendigerem Morbidityrisiko, d.h. an Krankenhausbehandlungsbedarf produziert hat, sozusagen als „durchlaufenden Posten“ an das dafür vorgesehene Risikosicherungssystem, nämlich die gesetzliche Krankenversicherung, weiterzuleiten. Die Krankenhausplanung und die Investitionssubventionierung durch die Bundesländer hatten dabei die Aufgabe und die Wirkung, diese Risikoströme zu kanalisieren. Mit der Fallpauschalenfinanzierung hingegen akzeptiert das Krankenkassensystem nur noch ein standardisiertes Morbidityrisiko. Alles was über die Absicherung des budgetierten Morbidityvolumens hinausgeht, wälzt das Krankenkassensystem auf die Krankenhauswirtschaft, auf die Pflegewirtschaft, auf die Privat-

¹⁴ Vgl. Goeschel, Albrecht: Betriebskrankenkassen für Allgemeinkrankenhäuser: Eine Erfordernis des Wettbewerbs im Gesundheitswesen und ein Bestandteil des Gesundheitsunternehmens Krankenhaus. In: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser, Marquartstein Mai 1997, S. 9

haushalte, auf die Sozialhilfeträger etc. ab.¹⁵ Zwischen den einzelnen Krankenhäusern selbst wird das budgetierte Morbiditätsvolumen in der Konkurrenz um Fallpauschalen umverteilt.¹⁶ Die Anfang der neunziger Jahre von der damaligen Regierungskoalition eingeführte und Ende der neunziger Jahre von der neuen Regierungskoalition noch enger gezogene Budgetierung der Krankenhausaussgaben der Krankenkassen verschärft diesen Verteilungskampf um Fallpauschalen noch erheblich.¹⁷ Mit der Fallpauschalenfinanzierung und der Budgetbegrenzung der Krankenhausversorgung haben sich die Krankenkassen gegenüber ihrer ursprünglichen Aufgabenstellung der sozialausgleichenden Risikobewältigung zumindest im Bereich der Krankenhausversorgung verselbstständigt. Mit dem gleichzeitig installierten Risikostrukturgleich zur Erhaltung der bestehenden Krankenkassenstrukturen und der gleichzeitigen Beseitigung des Finanzausgleichs der Rentnerkrankenversicherung, der zur sozialausgleichenden Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Älteren diene, haben die Krankenkassen diese Verselbstständigung auch insgesamt vollzogen.¹⁸

Vor diesem Hintergrund und in diesem Zusammenhang wird auch der hochgradig machtheologische Gehalt der Standardargumentation, dass es im Krankenhausbereich für gleiche Leistungen auch gleiche Entgelte geben müsse, sichtbar. Nicht für bereits tatsächlich gleiche Leistungen werden mit dem Fallpauschalensystem gleiche Entgelte eingeführt. Es wird vielmehr so sein, dass die vorgeschriebenen Entgelte an sie angepasste Leistungen, d.h. pauschalierte Leistungen generieren werden.

In der Fachöffentlichkeit besteht kaum ein Zweifel, das mit dem Fallpauschalensystem deutliche Tendenzen einer Unterversorgung verbunden sind: Nichtaufnahme besonders aufwendiger Patienten bzw. von Patienten einer verlustbringenden Diagnosegruppe, vorzeitige Entlassung, aktive und passive Patientenselektion, Qualitätsverschlechterung.¹⁹

¹⁵ Vgl. Westphal, Eckhard: Krankenhäuser in den USA – Leistungspreise statt Kostenerstattung. In: Die Ortskrankenkasse, Bonn 19/1984, S. 743 ff

¹⁶ Vgl. Goeschel, Albrecht: Rahmenbedingungen und Handlungsmöglichkeiten für ein aktives Wettbewerbsverhalten der Krankenhäuser nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), Vortrag beim MBS-Seminar, Weimar März 1994

¹⁷ Vgl. Pföhler, Wolfgang: Zwang zum ökonomischen Handeln und Humanität im Krankenhaus: Ein unüberwindbarer Gegensatz? In: Das Krankenhaus, Stuttgart 12/1998

¹⁸ Vgl. Goeschel, Albrecht: Schlechte Risiken oder Zielgruppe für den Wettbewerb: Die Bedeutung der Älteren für Struktur und Konkurrenz der Krankenkassen. In: VdK-Bayern (Hrsg.): Organisationsreform der Krankenkassen: Eine Notwendigkeit und eine Herausforderung für die Älteren, München 1993

¹⁹ Vgl. Simon, Michael: Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang. Hrsg. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, Berlin 20900 und ähnlich Westphal, Eckhard: A.a.O.

Das Bestreben der Kassenverbände, nur noch einen Teil der gesamtgesellschaftlichen Morbidität als für sie verbindlich zu akzeptieren, hat über die Durchsetzung der Fallgruppenfinanzierung und über die Einführung und Beibehaltung der Budgetierung im Krankenhausbereich hinaus auch schon früher in den allgemeinen Forderungen und Bemühungen der Kassenverbände bezüglich Leistungs- und Kostentransparenz seinen Ausdruck gefunden.

Gerade hierdurch werden aber die machtpolitischen Erfolge der Kassenverbände auch zu einem wachsenden Problem für diese selbst. Die Herausbildung eines transparenten und standardisierbaren, zugleich enormen Marktes für stationäre Behandlungsleistungen hat die Krankenhausversorgung in sehr kurzer Zeit als neuen Bereich der Kapitalanlage und Kapitalverwertung etwa neben der Telekommunikation, neben den Postdiensten und neben dem Schienentransport interessant gemacht.²⁰

Die mit dieser Entwicklung verbundene Notwendigkeit, entsprechende Gewinne zu erwirtschaften, gerät mit dem von den Kassenverbänden und der Bundespolitik gleichzeitig verfolgten Ziel der Beitragssatzstabilität in Konflikt. Dieses Beitragssatzstabilitätsziel soll die Lohnnebenkosten in Deutschland niedrig halten und bedient sich hierzu u.a. der Budgetierung der Krankenhausausgaben der Kassen.²¹ Die ebenfalls mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität eingeführte Fallgruppenfinanzierung würde aber Gewinnmöglichkeiten durch Ausgabenexpansion anstelle von Ausgabenbudgetierung nötig machen.²²

Derzeit folgt die Kapitalanlage in der Krankenhausversorgung einem Pfad, auf dem Vorteile der Budgetierung und Vorteile der Fallgruppenfinanzierung optimiert werden sollen. So bezieht sich die Budgetierung der Krankenhausausgaben der Krankenkassen auf ein Krankenhausversorgungssystem, das letztlich durch die Krankenhausplanung der Länder definiert und strukturiert ist. In dieses Krankenhausversorgungssystem kaufen sich die kommerziellen Klinikketten bzw. die Investoren und Kapitalanleger durch eine offensive Akquisitionspolitik ein. Der zukünftig erhöhte Kostendruck auf die übrigen Krankenhausträger, der sich aus der Fall

²⁰ Vgl. Kühn, Hagen: Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Hrsg.: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin März 2001. Mittlerweile treten auf Krankenhauskongressen, sehr im Unterschied zur Vergangenheit, auch Bankenvertreter als Hauptreferenten auf. – Vgl. Krankenhauskongress 2000 der IIR-Deutschland GmbH, 20. und 21. September 2000

²¹ Vgl. Fußnote 14

²² Entsprechende Forderungen nach Beseitigung der Budgetierung erhebt bspw. der international tätige Gesundheitskonzern Fresenius – Vgl. FAZ vom 26.02.2001

gruppenfinanzierung ergibt, bringt diese dazu, bereitwilliger als bisher ihre Krankenhäuser an diese kommerziellen Klinikketten zu verkaufen. Zugleich sorgt die in den Krankenhausplänen festgelegte Flächendeckung der Krankenhausversorgung dafür, dass die Fallgruppenpauschalen zur Sicherstellung der Flächenversorgung immer noch so hoch sind, dass die kommerziellen Klinikketten innerhalb dieser Preise durch neuartige Angebotspakete und weiterentwickelte Betriebsabläufe, d.h. integrierte ambulante und stationäre Akut- und Rehaangebote, verkürzte Verweildauern und eine Verringerung der Personalkosten Gewinne erwirtschaften können.²³ Das Bankhaus Sal. Oppenheimer erwartet von einer solchen Doppelstrategie der Kapitalanlage und Kapitalverwertung im Krankenhausbereich eine Steigerung des Anteiles der privatkommerziellen Akutbetten an allen Akutbetten von derzeit etwa 7 Prozent auf etwa 45 Prozent bis zum Jahre 2020.²⁴

Zunächst wird mit der beschriebenen Doppelstrategie zur weitreichenden Privatisierung der Krankenhausversorgung in Deutschland eine Beibehaltung der dezentralen Standortestreuung verbunden sein, da der „Einkauf“ der kommerziellen Klinikketten in das budgetierte und geplante Krankenhausversorgungssystem in Deutschland auf dem Wege der Übernahme bestehender Krankenhausbetriebsstätten bzw. Krankenhausstandorte erfolgt. Auch finden zumindest derzeit immer noch reichlich 70 bis 80 Prozent der Krankenhausbehandlung in Krankenhäusern statt, die im engeren Wohnkreis der Patientinnen und Patienten verstandortet sind.

Die vorausgesagte weitreichende Privatisierung der Krankenhausversorgung und Konzentration der Krankenhausversorgung bei kommerziellen Klinikketten wird den Gewinnverteilungswettbewerb zwischen den kommerziellen Anbietern selbst sowie zwischen diesen kommerziellen Anbietern und den nichtkommerziellen Anbietern allerdings verschärfen. Dann ist sicherlich, wie heute bereits bei den Postdiensten und beim Schienenverkehr, zur weiteren Kosteneinsparung und Gewinnsteigerung mit einer Welle von Krankenhausschließungen zu rechnen. Die Frage der räumlichen Zentralisierung der Krankenhausversorgung in Deutschland stellt sich aus diesen Gründen heute in dieser Schärfe und Menschenfeindlichkeit.

Verona, Mai 2017

Prof. Albrecht Goeschel
Dipl. Geogr. Markus Steinmetz M.Eng.
Dipl. Soz. Michael Teumer

²³ Vgl. Sal. Oppenheimer (Hrsg.): Life Science – Gesunde Erträge, Frankfurt am Main 07. September 2001

²⁴ Vgl. ebda., S. 8

**VERTREIBUNG AUS DER FLÄCHE UND AUFGABE DER
SELBSTÄNDIGKEIT?
DIE REGIONALE UND DIE INSTITUTIONELLE
KONZENTRATION
DER
KRANKENHAUSEINRICHTUNGEN IN DEUTSCHLAND
SEIT 1972²⁵**

Dipl. Soz. Gerd-Uwe Watzlawczik
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
Marquartstein

²⁵ Vortrag zum VdK-Forum Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? Schloss Tutzing am Starnberger See, 22. Februar 2001

1. Kleine Krankenhäuser spielen in den Vereinigten Staaten eine beachtliche Rolle

In der gesundheitspolitischen und in der gesundheitsökonomischen Diskussion in Deutschland gibt es seit langer Zeit ein merkwürdiges Phänomen: Den zweckdienlichen Hinweis auf das Vorbild Vereinigte Staaten. Immer wenn es in den zurückliegenden 30 Jahren darum gegangen ist, ein Bauelement aus dem deutschen Gesamtsystem von Sozialbeitragsfinanzierung und Bedarfsorientierung der Gesundheitsversorgung herauszuoperieren, wurden die Vereinigten Staaten als Vorbild und Beispiel strapaziert. Im umgekehrten Falle, wenn offenkundige Fehlleistungen und Mängelzustände der Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten starke Argumente für den pfleglichen Umgang mit unserem eigenen Sozialsicherungs- und Gesundheitsversorgungssystem hätten sein müssen, war vom Thema USA nichts zu hören.

Ein beinahe schon uraltes Streitthema in der krankenhauspolitischen und in der krankenhausewirtschaftlichen Diskussion in Deutschland ist die Frage der wünschenswerten bzw. erforderlichen Betriebsgrößen von Krankenhäusern. Schon in den Anfangszeiten der Krankenhausbedarfsplanung, also in der ersten Hälfte der siebziger Jahre, wurde darüber gestritten, ob kleinere, meist dezentrale Krankenhäuser überhaupt noch in die Krankenhauspläne aufgenommen werden sollten oder nicht. Und auch noch in den neuesten Gutachten zur Krankenhausplanung, etwa dem Gutachten der Krankenkassenverbände zur Krankenhausversorgung in Westfalen, wird eine erhebliche Anzahl kleinerer Krankenhäuser eben nicht für neuartige Aufgaben vorgeschlagen, sondern zur Streichung empfohlen.

Hier bieten die sonst so gerne zitierten Vereinigten Staaten von Amerika ein ganz anderes Bild. Reichlich 11 Prozent der Krankenhausbetten in den Vereinigten Staaten werden von kleineren Krankenhäusern, d.h. von Krankenhäusern bis 100 Betten bereitgestellt. In Deutschland stellen diese Krankenhäuser nur etwas mehr als 4 Prozent aller Krankenhausbetten. Umgekehrt werden in Deutschland über 15 Prozent aller Krankenhausbetten in Großkliniken mit 1.000 und mehr Betten bereitgehalten. In den USA verfügen diese Großkrankenhäuser nur über knappe 4 Prozent aller Betten.

Übersicht 1: Größenklassen-Spreizung der Akutkrankenhäuser in den Vereinigten Staaten und in Deutschland 1997

Übersicht 1

**Größenklassen-Spreizung
der
Akutkrankenhäuser
in den
Vereinigten Staaten und Deutschland
1997**

Bettenanteile	Anteile der Krankenhäuser* nach Größenklassen an der Bettenzahl aller Krankenhäuser	
	In Prozent	
Krankenhäuser	Vereinigte Staaten	Deutschland
Krankenhäuser bis 100 Betten	11,6	4,5
Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Betten	3,9	15,5

*) Akutkrankenhäuser

Quelle: Eigene Berechnungen und Watzlawczik, Gerd-Uwe: USA – Rahmenbedingungen und Entwicklungsunterschiede der Krankenhausversorgung in den Bundesstaaten. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

Ein wichtiger Grund für diesen hohen Bettenanteil kleiner Krankenhäuser in den USA ist natürlich die wesentlich engere Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Die niedergelassenen Ärzte sind in den USA in höherem Maße als Belegärzte zugleich Krankenhausärzte.²⁶

Wenn es demnach in Deutschland, wie von fast allen Beteiligten vehement gefordert, zu einer engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung kommen soll, dann ist es widersinnig und nicht zielführend, gleichzeitig die Anzahl und damit den Bettenanteil der kleinen Krankenhäuser noch weiter absenken zu wollen. Sinnvoll und notwendig wäre vielmehr die Entwicklung solcher Aufgabenstellungen der Gesundheitsversorgung, die typisch von kleineren, dezentralen Krankenhäusern bearbeitet werden können. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat hierfür das Konzept „Familienkrankenhaus“ entwickelt.²⁷

2. Trotz Krankenhausabbau in Deutschland bislang noch kein allgemeiner Kahl-schlag in der Fläche

Haben sich in den zurückliegenden drei Jahrzehnten bei den Krankenhäusern in Deutschland tatsächlich eine Vertreibung aus der Fläche und eine Aufgabe der Selbständigkeit vollzogen? Ist es im Zuge der Krankenhausplanung der Bundesländer und im Zuge der wachsenden Vertragsmacht der Krankenkassenverbände tatsächlich zu einer Zentralisierung und Konzentration in der Krankenhausversorgung gekommen? Welche gegenläufigen Einflüsse haben die angestrebte Zentralisierung und Konzentration konterkariert?

Fragen wir zunächst nach der räumlichen Zentralisierung der Krankenhauswirtschaft in Deutschland, also danach, ob und wie sich die Anzahl und der Anteil von Krankenhausbetriebsstätten in der Fläche verringert und in den Zentren erhöht haben. Es ist bezeichnend, dass es keine bundeseinheitliche und bundesweite laufende Statistik über die Zahl der Krankenhausbetriebsstätten in den Kreisfreien Städten und in den Landkreisen gibt.

²⁶ Vgl. Watzlawczik, Gerd-Uwe: USA – Wirtschaftliche Entwicklung, Gesundheitswesen und Epidemiologie. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

²⁷ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): „Familienkrankenhaus“ als Leitbild für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, Marquartstein 2000

Hier kann daher die räumliche Zentralisierung der Krankenhausversorgung auch nur am Beispiel von zwei Bundesländern, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg, dargestellt werden.

Übersicht 2: Zentralisierung der Standorte der Krankenhauswirtschaft in Nordrhein-Westfalen 1979-1998

In Nordrhein-Westfalen war es ein erklärtes Ziel der Landesregierung und ist es ein Hauptanliegen der Krankenkassenverbände, kleinere und ortsnahe Krankenhäuser abzubauen.²⁸ Gleichwohl ist es in zwei Jahrzehnten Krankenhausplanung der Landesregierung und Krankenhausbefehdung durch die Kassenverbände zwar zu einer Reduzierung der Zahl der Allgemeinkrankenhäuser von 470 im Jahre 1979 auf 398 im Jahre 1998 gekommen. Im Gegensatz zu dem zu Recht befürchteten Krankenhausabbau in der Fläche haben sich allerdings die Anteile der Krankenhausbetriebsstätten in den Kreisen, d.h. in der Fläche nur minimal verringert und der Anteil der Krankenhausbetriebsstätten in den kreisfreien Städten, d.h. in den Zentren nur geringfügig erhöht.

Man könnte auf die Idee kommen, bei dieser Sachlage zumindest für Nordrhein-Westfalen sozusagen rückwirkend „Entwarnung“ zu geben. Genau umgekehrt aber wird ein Schuh daraus: Es war und ist der Einsatz der Bürger und der Gemeinden für ihre Krankenhäuser, der einen „Durchmarsch“ von Planungsbehörden und Kassenverbänden durch die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen und einen Kahlschlag in der Fläche verhindert hat.

Dass es trotz Bettenabbau sogar zu einer Dekonzentration der Krankenhausversorgung, zu einer Besserausstattung der Fläche gegenüber den Zentren kommen kann, zeigt das Beispiel Baden-Württemberg.

Übersicht 3: Dezentralisierung der Standorte der Krankenhauswirtschaft in Baden-Württemberg 1981-1996

In Baden-Württemberg wurde die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser von 349 Betriebsstätten

²⁸ Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfplanung und Regionalpolitik. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik 72, Hrsg.: Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979, S. 10 ff, bes. S. 13

Übersicht 2

**Zentralisierung der Standorte
der
Krankenhauswirtschaft in Nordrhein-Westfalen
1979 - 1998**

Krankenhäuser	Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Standortgebieten		
	In Prozent		
Standortgebiete	1979	1989	1998
Kreisfreie Städte	40,9	42,4	41,2
Kreise	59,1	57,6	58,8
Nordrhein-Westfalen	100,0 ¹	100,0 ²	100,0 ³

1) 470 Allgemeinkrankenhäuser 1979

2) 380 Allgemeinkrankenhäuser 1989

3) 389 Allgemeinkrankenhäuser 1998

Quelle: Eigene Berechnungen und Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Kreisstandardzahlen 1980,1990 und 2000, Düsseldorf 1980,1990 und 2000

Übersicht 3

**Dezentralisierung der Standorte
der
Krankenhauswirtschaft in Baden-Württemberg
1981 - 1996**

Krankenhäuser	Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Standortgebieten		
	In Prozent		
Standortgebiete	1981	1989	1996
Kreisfreie Städte	32,7	32,7	25,7
Kreise	67,3	67,3	74,3
Baden-Württemberg	100,0 ¹	100,0 ²	100,0 ³

- 1) 349 Allgemeinkrankenhäuser 1981
 2) 306 Allgemeinkrankenhäuser 1989
 3) 292 Allgemeinkrankenhäuser 1996

Quelle: Eigene Berechnungen , Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999, Baden-Baden 1999 sowie Statistisches Landes-amt Baden-Württemberg (Hrsg.): Das Gesundheitswesen 1981 und 1990, Stuttgart 1982 und 1992 und dass. (Hrsg.): Verzeichnis der Krankenhäuser in Baden-Württemberg 1997, Stuttgart 1997

im Jahre 1981 auf 292 Betriebsstätten im Jahre 1996 verringert. Dabei hat sich der Anteil der Krankenhäuser in den Kreisen, d.h. in der Fläche an allen Krankenhäusern in Baden-Württemberg erhöht, während sich der Anteil der Krankenhäuser in den Kreisfreien Städten, d.h. in den Zentren verringert hat.

Auch in Baden-Württemberg ist es dem Einsatz der Bürger und der Gemeinden zu verdanken, dass dort eine flächendeckende ortsnahe Krankenhausversorgung besteht, die in Zukunft wegen der zunehmenden Alterung und abnehmenden Mobilität der Bevölkerung noch wichtiger sein wird. Allerdings hat auch die Regierung des Landes Baden-Württemberg von Anbeginn an ein Planungskonzept verfolgt, das dezidiert an Wohnortnähe und Regionalentwicklung ausgerichtet war und ist.²⁹

Über das Engagement der Bürger und der Gemeinden hinaus war es sicherlich auch die sich in der krankenhaupolitischen und krankenhäusökonomischen Diskussion ausbreitende Erkenntnis, dass die Krankenhauswirtschaft eine weit über die unmittelbaren Versorgungsaufgaben hinausgehende Bedeutung für die Regionalentwicklung, d.h. für die Privathaushalte, für die Wirtschaftsunternehmen und für den Arbeitsmarkt vor allem in der Fläche hat, die Vorsicht beim Abbau kleinerer dezentraler Krankenhäuser aus simplem Kostendämpfungsdenken heraus angeraten sein lässt.³⁰

Es wird sich bei einer alle Bundesländer erfassenden Untersuchung der Auswirkungen des allgemeinen Bettenabbaus in den unterschiedlichen Räumen, d.h. in der Fläche und in den Zentren, vermutlich herausstellen, dass es zu einer Ausdünnung der Krankenhausbetriebsstätten in der Fläche vor allem in den neuen Bundesländern gekommen ist. Die dort nach 1990 einsetzende Krankenhausplanung hatte bei der noch ungeübten Selbstbehauptung der Bürger und bei der noch ungenügenden Handlungsfähigkeit der Kommunalebene vor allem in der Fläche sozusagen „leichtes Spiel“. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen in den neuen Bundesländern sogleich als Großkassen mit entsprechender Vertragsübermacht angetreten sind. Dies sind allerdings noch Hypothesen, die erst verifiziert oder falsifiziert werden müssen.

²⁹ Vgl. Goeschel, Albrecht: A.a.O.

³⁰ Vgl. Goeschel, Albrecht: Die Bedeutung des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung für die Regionalwirtschaft. In: Raumordnung und Gesundheitspolitik – Informationen zur Raumentwicklung 3/4-1985, Bonn 1985, S. 195 ff.

3. Krankenhausabbau in Deutschland hat die wesentlich höhere Bettenausstattung der Großstädte etwas verringert

Wenn man nun vom Aggregat „Krankenhausbetriebsstätte“ und dessen räumlicher Verteilung auf das Aggregat „Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner“ und die dafür feststellbare räumliche Verteilung überwechselt, dann spricht auch diese Verteilung zunächst dagegen, dass es im Laufe des Bettenabbaus eine verstärkte Zentralisierung in der Krankenhausversorgung zuungunsten der Fläche gegeben hat.

Übersicht 4: Zentralisierung und Dezentralisierung der Krankenhausversorgung in Deutschland 1981-1996

Zwar liegt die Bettenausstattung der Kernstädte weit über derjenigen der Umlandkreise und der Ländlichen Kreise. Dabei hat sich aber in den Kernstädten, d.h. in den Großstädten in Deutschland in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten eine leichte Verringerung der Bettendichte je 10.000 Einwohner ergeben. Demgegenüber hat die Bettendichte in den Umlandkreisen teilweise leicht zugenommen. In den ländlichen Räumen ist sie eher stabil geblieben. Festzuhalten bleibt allerdings, dass dieser Bettenabbau in den Großstädten dort auf einem immer noch sehr viel höheren Niveau als in den Umlandkreisen und ländlichen Räumen stattgefunden hat.

4. Nichtsachgerechte Zentralisierung von Fachbetten der Geburtshilfe und Kinderheilkunde in den Großstädten

Wenn man nicht mehr die Betten in Allgemeinkrankenhäusern insgesamt und deren räumliche Verteilung, sondern die Betten bestimmter Krankenhaus-Fachrichtungen und deren räumliche Verteilung sowie die räumliche Verteilung der zugehörigen Bedarfsgruppen betrachtet, dann zeigt sich für einige Fachgebiete eine auffällige Fehlverteilung und nicht sachgerechte Zentralisierung in den Großstädten.

Dies gilt zunächst für das Fachgebiet Geburtshilfe. Hier liegt die Bettendichte, bezogen auf 10.000 Einwohner, in den Großstädten deutlich über derjenigen in den Landkreisen. Umge-

Übersicht 4

**Zentralisierung und Dezentralisierung
der Krankenhausversorgung
in Deutschland
1981 - 1996**

Krankenhausbetten	Planmäßige Betten in Akutkrankenhäusern		
	Je 10.000 Einwohner*		
Siedlungstypen	1981	1988	1996
Kernstädte in Agglomerationsräumen	110	102	95
Kernstädte in Verdichtungsräumen	120	123	119
Hochverdichtete Umlandkreise in Agglomerationsräumen	50	51	50
Verdichtete Umlandkreise in Agglomerationsräumen	-	-	52
Verdichtete Umlandkreise in verstärkten Räumen	-	-	62
Ländliche Umlandkreise in Agglomerationsräumen	50	51	47
Ländliche Umlandkreise in verstärkten Räumen	60	60	58
Ländliche Kreise hoher Dichte im ländlichen Raum	70	70	75
Ländliche Kreise geringer Dichte im ländlichen Raum	-	-	66

*) Alte Bundesländer

Quelle: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 1984, Bonn 1984; diess.(Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden, Bonn, 1992 sowie Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 1999, Bonn 1999

kehrt liegt aber die Geburtenhäufigkeit in den Landkreisen deutlich über derjenigen in den großen Städten.

Übersicht 5: Regionalverteilung der Betten für Geburtshilfe in Deutschland 1995

Übersicht 6: Regionalverteilung der Geburten in Deutschland 1994

Noch drastischer zeigt sich dieses Missverhältnis in der Kinderheilkunde. Hier verfügen die großen Städte über eine bald dreimal so hohe Bettendichte wie die Landkreise. Umgekehrt bleiben die großen Städte mit ihrem Kinder- und Jugendlichenanteil deutlich hinter den Landkreisen zurück.

Übersicht 7: Regionalverteilung der Betten für Kinderheilkunde in Deutschland 1995

Übersicht 8: Regionalverteilung der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland 1994

Solche räumlichen Fehlverteilungen und nicht sachgerechten Zentralisierungen von Fachbetten auf die großen Städte sind auch noch für eine ganze Reihe weiterer Fachgebiete der Krankenhausversorgung festzustellen.³¹

Wenn man nach den Gründen für diese alles andere als bedarfsgerechte Zentralisierung möglichst ortsnah vorzuhaltender Fachgebiete wie Geburtshilfe und Kinderheilkunde in den großen Städten fragt, dann spielen hier sicherlich auch innerärztliche und innermedizinische Wert- und Rangmuster eine wichtige Rolle: Profilierung durch immer weitere Spezialisierung mit dem Folgezwang der Zentralisierung. Vor allem aber sind die Krankenhauspläne der Bundesländer nicht nach den Hauptkrankheitsarten, d.h. den Arten des sozialepidemiologischen Behandlungsbedarfes, sondern nach den Fachgebieten und Teilgebieten der Arztaus- und -weiterbildung, d.h. nach den Arten des ärztlich-medizinischen Behandlungsangebotes ausgerichtet. Eine Dominanz innermedizinischer und innerärztlicher Handlungs-, Wert- und Rangmuster in der Krankenhausversorgung ist damit programmiert.

³¹ Vgl. Cohrs, Astrid: Regionalverteilung der Krankenhausbetten in Deutschland 1995. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

Übersicht 5

**Regionalverteilung der Betten
für Geburtshilfe
in
Deutschland
1995**

Geburtshilfe	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	2,49
Landkreise	1,57

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Cohrs, Astrid: Regionalverteilung der Krankenhausbetten in Deutschland 1995. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

Übersicht 6

**Regionalverteilung der
Geburten
in
Deutschland
1994**

Geburten	Lebendgeborene Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	89,6
Landkreise	96,8

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 7

**Regionalverteilung der Betten
für Kinderheilkunde
in
Deutschland
1995**

Kinderheilkunde	Betten in Akutkrankenhäusern*
Gebietstypen	Je 10.000 Einwohner
Kreisfreie Städte	5,52
Landkreise	2,00

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Cohrs, Astrid: Regionalverteilung der Krankenhausbetten in Deutschland 1995. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein 1999

Übersicht 8

**Regionalverteilung der
Kinder und Jugendlichen
in
Deutschland
1994**

Kinder und Jugendliche	Bevölkerung bis unter 15 Jahre an der gesamten Bevölkerung
Gebietstypen	In Prozent
Kreisfreie Städte	14,5
Landkreise	17,2

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

5. Größenkonzentration durch Rückgang des Anteils der kleinen Krankenhäuser in Deutschland

Wenn man noch einmal das Aggregat wechselt und nun nicht mehr die räumliche Verteilung von Krankenhausbetriebsstätten, von Krankenhausbetten oder von Fachbetten, sondern die Verteilung der Krankenhäuser auf die Krankenhausbetriebsgrößenklassen untersucht, dann hat man hier ein ganz eindeutiges Ergebnis:

Übersicht 9: Konzentration in der Betriebsgrößenstruktur der Krankenhauswirtschaft in Deutschland 1970-1997

In den zurückliegenden drei Jahrzehnten ist der Anteil der Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten um bald die Hälfte, nämlich von rund 47 Prozent im Jahre 1970 auf rund 26 Prozent im Jahre 1997 zurückgegangen.

Der Anteil dieser Krankenhäuser an allen Krankenhausbetten liegt, wie schon gezeigt, derzeit bei 4,5 Prozent. Es spricht viel dafür, dass die scharfe Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und die keineswegs verschwundene strenge Hierarchie in der stationären Versorgung kleinere Krankenhäuser für Karriereziele sehr viel ungeeigneter macht als in den Vereinigten Staaten mit ihrer engen Verbindung von Arztpraxen und Krankenhäusern. Zuletzt bewirkt die einseitige Ausrichtung der Krankenhauspläne an den ärztlichen Fach- und Teilgebieten, dass kleinere Krankenhäuser keine ausreichend breite Fächerpalette aufweisen können. Gerade auch die innermedizinischen und innerärztlichen Handlungs-, Wert- und Rangmuster haben demnach zur Konzentration der Krankenhausversorgung, zum Trend zu größeren Betriebsstätten beigetragen.

Die bislang beschriebenen, durchaus uneinheitlichen und widersprüchlichen Prozesse der Zentralisierung und Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft betreffen die betriebliche Seite der Krankenhausversorgung: Standorte, Betten, Fachabteilungen und Betriebsgrößen.

Übersicht 9

**Konzentration in der Betriebsgrößenstruktur
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1970 - 1997**

Krankenhäuser	Verteilung der Krankenhäuser nach Betriebsgrößenklassen			
	In Prozent			
Betriebsgrößen- klassen*	1970	1980	1990	1997
Bis 100	46,7	37,5	28,8	25,9
100 – 300	35,8	40,8	41,3	42,1
300 – 600	10,4	15,4	21,1	24,1
600 und mehr	7,1	6,3	8,8	7,9
Darunter: 1.000 und mehr	2,3	2,7	3,3	2,8
Zusammen	100,0 ¹	100,0 ²	100,0 ³	100,0 ⁴

*) Aufgestellte Betten je Krankenhaus

1) 3.587 Akut-, Psychiatrie- und TBC-Krankenhäuser sowie Kur- und Spezialeinrichtungen in den alten Bundesländern

2) 3.234 Akut-, Psychiatrie- und TBC-Krankenhäuser sowie Kur- und Spezialeinrichtungen in den alten Bundesländern

3) 2.029 Akut-, Psychiatrie- und TBC-Krankenhäuser ohne Kur- und Spezialeinrichtungen in den alten Bundesländern

4) 2.220 Akut- und Psychiatriekrankenhäuser. Ohne Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen in den alten und neuen Bundesländern

Quelle: Eigene Berechnungen ; Bruckenberger, Ernst: Graue Märkte im Krankenhaussektor. In: Deutsches Ärzteblatt, 04.07.1986, S. 1939-1940; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999, Baden-Baden 199; S.292 und Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Sachstandsbericht 1994-Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Baden-Baden 1994, S.369

6. Bis vor kurzem noch keine auffällige Trägerkonzentration in der Krankenhauswirtschaft

Anzufügen sind nun noch einige Anmerkungen zu dem, was in der Fachliteratur auch als Ergebnis der neuen Finanzierungsform der Krankenhausversorgung, als Ergebnis der DRG-Finanzierung erwartet wird: Eine verstärkte Konzentration der deutschen Krankenhauswirtschaft auch auf der trägerschaftlichen Seite, d.h. im unternehmerischen Bereich der deutschen Krankenhauswirtschaft.³²

Es ist auch bezeichnend, dass es keine bundeseinheitliche und bundesweite laufende Statistik über die Trägerstrukturebene der deutschen Krankenhauswirtschaft gibt, die über die wenig aufschlussreiche Unterscheidung in öffentliche, freigemeinnützige und private Träger hinausreicht. Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat hier einen ersten Schritt unternommen und für die derzeit aktuellsten flächendeckend und umfassend greifbaren Daten, nämlich die des Jahres 1995, eine Untersuchung der trägerschaftlichen Konzentration in der Krankenhauswirtschaft erarbeitet.³³

Übersicht 10: Betriebsstättenkonzentration bei den Trägergruppen der Krankenhauswirtschaft in Deutschland 1995

Geht man von den verschiedenen Trägergruppen aus, dann ergibt sich für die Krankenhauswirtschaft in Deutschland, jedenfalls für das Beobachtungsjahr 1995, noch eine weitgehende Identität von Träger und Betriebsstätte. Allenfalls bei den Sozialversicherungsträgern und den sonstigen öffentlichen Trägern verfügen die einzelnen Träger häufiger über mehrere Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte.

Ganz anders bei den Krankenhausketten: Diese sind, schon gemäß ihrer Definition, durch eine vielfach höhere Zahl von Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten je Träger gekennzeichnet. In diesen Krankenhausketten sind zahlreiche, früher selbständige Krankenhäuser aufgegangen.

³² Vgl. Krista/Berndt: Konzentration im Krankenhausesektor: Management muss umdenken. In: Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report ,98, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998, S. 155 ff.

³³ Felberg, Grit: Voruntersuchung zur Standortkonzentration der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein August 2000

Übersicht 10

**Betriebsstättenkonzentration bei den Trägergruppen
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Standorte	Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausbetriebsstätten nach Trägergruppen
Trägergruppen	Betriebsstätten je Träger
Krankenhausketten ¹	7,60
Sozialversicherungsträger	1,73
Nationale, föderale und kommunale Träger	1,40
Ordensgemeinschaften, Schwesterngemeinschaften, Klöster	1,39
Katholische Kirchengemeinden	1,32
Wohlfahrtsverbände und –anstalten	1,29
Bischöfliche Stühle und Erzbistümer	1,25
Krankenhausvereine	1,18
Evangelische Kirchengemeinden	1,16
Gesellschafter-Krankenhäuser ²	1,09
Eigentümer-Kliniken ³	1,03
Sonstige	1,16

1) Trägergruppe bei der, unabhängig von der Rechtsform, jeweils ein Trägergebilde fünf und mehr Krankenhausstandorte unterhält

2) Trägergruppe in den verschiedenen Rechtsformen von Personengesellschaften und Kapitalgesellschaften

3) Trägergruppe in der Rechtsform des Einzelunternehmens

Quelle: Felberg, Grit: Voruntersuchung zur Standortkonzentration der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein August 2000

7. Intelligente Trägerschaftskonzepte zur Optimierung der dezentralen Krankenhausstruktur in Deutschland

Nicht zuletzt dank des Engagements der Bürger und Gemeinden für ihre Krankenhäuser in drei Jahrzehnten Krankenhausabbau hat bislang gleichwohl eine dramatische Ausdünnung der Krankenhausausstattung der Fläche gegenüber den Zentren nicht stattgefunden. Im Gegenteil: Zumindest in einzelnen Bundesländern hat sich die Ausstattung der Fläche mit Krankenhausbetriebsstätten sogar verbessert. Gemessen an der Krankenhausbettendichte haben die Großstädte von ihrem großen Vorsprung leicht abgeben müssen. Nach wie vor ist jedoch für einige möglichst wohnortnah vorzuhaltende Fachgebiete der Krankenhausversorgung wie bspw. Geburtshilfe und Kinderheilkunde eine Fehlzentralisierung in die großen Städte zu registrieren.

Soweit es die Krankenhausbetriebe selbst betrifft, ist hier für die zurückliegenden drei Jahrzehnte eine deutliche Verschiebung in der Betriebsgrößenstruktur festzustellen. Massive Anteilsrückgänge gelten für die kleinen Krankenhäuser bis 100 Betten. Anteilszugewinne gelten vor allem für die mittleren Größenklassen.

Hinsichtlich der trägerschaftlichen Konzentration der Krankenhausbetriebsstätten verfügt die weit überwiegende Mehrzahl der Trägergruppen in der Regel nur über ein bis zwei Krankenhäuser im Durchschnitt. Völlig anders sind die Verhältnisse bei der - noch – anteilsschwachen Gruppe der Krankenhausketten. Diese verfügen im Schnitt über sieben Krankenhausstandorte bzw. Krankenhausbetriebsstätten.

Wenn man sich an den eingangs berichteten hohen Anteil kleiner Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten erinnert, dann ist vor allem zu prüfen, ob und wie die noch dezentrale Krankenhausstandortstruktur in Deutschland vor allem durch intelligente Trägerschaftskonzepte optimiert werden kann und nicht blindlings konzentriert werden muss.

**RÄUMLICHE VERTEILUNG
DER
KRANKENHAUS-GRÖSSENKLASSEN
IN
DEUTSCHLAND**

Nicole Cordes
Universität Bremen
Institut für Geographie

und

Astrid Cohrs
Universität Hannover
Institut für Wirtschaftsgeographie

1. Konzentration und Zentralisierung in der deutschen Krankenhauswirtschaft

Ein Dauerthema der krankenhauspolitischen und der krankenhausewirtschaftlichen Diskussion in Deutschland ist die Frage der wünschenswerten bzw. erforderlichen Betriebsgrößen von Krankenhäusern. Schon in den Anfangszeiten der Krankenhausbedarfsplanung, also in der ersten Hälfte der siebziger Jahre, wurde darüber gestritten, ob kleinere Krankenhäuser überhaupt noch in die Krankenhauspläne aufgenommen werden sollten oder nicht. Und auch in den neuesten Gutachten zur Krankenhausversorgung wird noch eine erhebliche Anzahl kleinerer Krankenhäuser eben nicht für neuartige Aufgaben vorgeschlagen, sondern zur Streichung empfohlen.

Dabei stellt sich dann die Frage, ob diese Konzentration der Krankenhausversorgung auf größere Krankenhäuser auch mit einem Abbau der Krankenhausversorgung in der Fläche, d.h. mit einer Zentralisierung der Krankenhausversorgung auf weniger Standorte verbunden ist. Wenn dem so wäre, würde sich die räumliche Entwicklung der Krankenhauswirtschaft genau entgegengesetzt zur räumlichen Entwicklung der Bevölkerung vollziehen. Diese ist durch eine deutliche Dezentralisierung gekennzeichnet, da sich die Wohnstandortwahl vor allem der Familien, aber auch die der Ruheständler, bevorzugt auf Umlandkreise und Landgebiete richtet. Weder die Krankenhausbehörden noch die Kassenverbände nehmen die angesprochene Bevölkerungsdynamik und die damit verbundenen Bedarfsveränderungen vor allem zwischen den Kernstädten und den Umlandkreisen überhaupt zur Kenntnis. Es wird weder wahrgenommen noch erörtert, dass sich die Fachgebiete und Bettenbestände der Krankenhausversorgung in den Kernstädten zentralisiert haben, während sich gleichzeitig wichtige Teile der Bevölkerung, insbesondere Jungfamilien- und Ruheständlerhaushalte, in die Umlandkreise dezentralisieren. Dies führt zu einer räumlichen Auseinanderentwicklung von Bestand und Bedarf und damit zu einer ausgeprägten Stadt-Umland- und Umland-Stadt-Dynamik auch in der Krankenhausversorgung. Dabei ist vor allem zu bedenken, dass die Bevölkerung in den Umlandkreisen in den kommenden Jahrzehnten drastisch „nachaltern“ wird, während die Zahl der Älteren in den Kernstädten kaum zunehmen wird.

Ob und wie sich vor diesem Hintergrund vor allem die wachsende Vertragsmacht der Kassenverbände gegenüber den Krankenhausewirtschaft und insbesondere die stetig zunehmende Einflussnahme der Kassenverbände auf die Krankenhausplanung der Bundesländer über einen

allgemeinen Abbau von Krankenhausbetten hinaus auch in einer standortlichen Zentralisierung und in einer größenstrukturellen Konzentration der Krankenhausversorgung ausgewirkt hat, soll nachfolgend näher untersucht werden.

Es ist bezeichnend, dass es keine bundesweite und bundeseinheitliche Statistik über die Zahl der Krankenhausbetriebsstätten in den Kreisfreien Städten und in den Landkreisen, geschweige denn in den Siedlungsstrukturtypen wie etwa Kernstädte, Umlandbereiche und Landgebiete gibt. Insofern stellt die nachfolgende Untersuchung die erste dieser Art in Deutschland dar.

Die nachfolgende Untersuchung betrifft die Akutkrankenhäuser in Deutschland, d.h. die Allgemeinkrankenhäuser und die meist ausschließlich psychiatrisch oder psychiatrisch und neurologisch ausgerichteten sonstigen Krankenhäuser.

2. Die Verteilung der Krankenhäuser zwischen Landkreisen und Kreisfreien Städten

Setzt man sich zunächst mit der Frage auseinander, ob es im Zuge des zuvor angesprochenen Abbaus von Krankenhäusern zu einer standortlichen Zentralisierung der Krankenhauswirtschaft etwa auf die Großstädte gekommen ist, so gilt, dass die Zahl der Krankenhäuser von 2.383 im Jahre 1990 auf 2.265 im Jahre 1995 verringert worden ist, d.h. die Zahl der Krankenhäuser um etwa 5 Prozent abgebaut worden ist. Dabei hat sich, anders als vielfach befürchtet, die Verteilung der Krankenhausbetriebsstätten zwischen den Landkreisen und den Kreisfreien Städten nicht wesentlich und vor allem nicht übermäßig zu Lasten der Fläche verändert.

Insgesamt ist es in der Zeit von 1990 bis 1995 zu einer Verringerung des Anteils der Landkreise an allen Krankenhäusern um nicht ganz 1 Prozent gekommen.

Übersicht 1a: Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern in Deutschland nach Größenklassen 1990

Übersicht 1b: Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern in Deutschland nach Größenklassen 1995

Übersicht 1a

**Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den
Krankenhäusern in Deutschland
nach Größenklassen
1990**

Größenklassen*	Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern nach Größenklassen In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	alle Größen- klassen
Standorträume						
Kreisfreie Städte	8,02	10,70	8,14	6,67	3,36	33,53
Landkreise	17,58	31,01	14,23	3,65	0,97	66,47

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten

1) 2.383 Krankenhäuser mit 686.911 Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

Übersicht 1b

**Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den
Krankenhäusern in Deutschland
nach Größenklassen
1995**

Größenklassen*	Anteile der Kreisfreien Städte und Landkreise an den Krankenhäusern nach Größenklassen In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	alle Größen- klassen
Standorträume						
Kreisfreie Städte	8,48	10,33	9,09	6,45	2,60	34,35
Landkreise	17,53	32,54	13,69	1,89	0,40	65,65

*) Größenklassen nach Anzahl der Istbetten

1) 2.265 Krankenhäuser mit 609.813 Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis.- Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

Es interessiert nun, ob es im Zuge des Krankenhausabbaus zwar nicht zu einer besonders ausgeprägten Verringerung des Anteils der Landkreise an allen Krankenhäusern, d.h. zu einer Dezimierung in der Fläche gegenüber den Zentren, aber vielleicht doch innerhalb der Landkreise zu einer Verschiebung der Krankenhäuser in Richtung größere Krankenhäuser, d.h. zu einer Konzentration in der Fläche gekommen ist. Dies wäre dann der Fall gewesen, wenn vor allem der Anteil der Landkreise an den Krankenhäusern der unteren Größenklassen zwischen 1990 und 1995 stärker als im Durchschnitt, d.h. um mehr als 1 Prozent gegenüber den Großstädten zurückgegangen wäre.

Hier ist festzustellen, dass zwischen 1990 und 1995 der Anteil der Landkreise an den Krankenhäusern zwischen 100 und 300 Betten von 48,6 auf 50,07 um mehr als 1 Prozent zugenommen hat, während in dieser Größenklasse die Großstädte im Beobachtungszeitraum leicht verloren haben. In der Krankenhausgrößenklasse von 300 bis 600 Betten haben dafür dann die Städte ihren Anteil leicht erhöht und die Landkreise ihren Anteil leicht gesenkt. Auffällig zurückgegangen ist der Anteil der Landkreise dagegen bei den Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten.

Es hat also keineswegs im Zuge des Krankenhausabbaus eine Erhöhung des Anteils der Landkreise an den größeren Krankenhäusern zu Lasten des Anteils der kleinen Krankenhäuser, d.h. eine Konzentration in der Fläche stattgefunden - es war vielmehr genau umgekehrt: Der Anteil der Landkreise an den Krankenhäusern der oberen Größenklasse ist deutlich zurückgegangen, deutlich zugenommen hat dagegen der Anteil der Landkreise an den kleineren Krankenhäusern, also den Krankenhäusern mit 100 bis 300 Betten.

Übersicht 2a: Anteile der Landkreise an den Krankenhäusern in Deutschland nach Größenklassen 1990-1995

Übersicht 2b: Anteile der Kreisfreien Städte an den Krankenhäusern in Deutschland nach Größenklassen 1990-1995

Demnach hat der Krankenhausabbau zwischen 1990 und 1995 sogar zu einer Dezentralisierung in der Fläche beigetragen, da die kleineren Krankenhäuser in den Landkreisen traditionell eine breite Standortstreuung zeigen.

Übersicht 2a

**Anteile der Landkreise an den
Krankenhäusern in Deutschland
nach Größenklassen
1990 und 1995**

Größenklassen*	Anteile der Landkreise an den Krankenhäusern nach Größenklassen					
	In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
Jahre	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	Gesamt
1990	17,58	31,01	14,23	3,65	0,97	66,47
1995	17,53	32,54	13,69	1,89	0,40	65,65

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten (1990), nach Anzahl der Istbetten (1995)

1) 2.383 Krankenhäuser mit 686.911 Betten (1990), 2.265 Krankenhäuser mit 609.813 Betten (1995)

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vor- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

Übersicht 2b

**Anteile der Kreisfreien Städte an den
Krankenhäusern in Deutschland
nach Größenklassen
1990 und 1995**

Größenklassen*	Anteile der Kreisfreien Städte an den Krankenhäusern nach Größenklassen					
	In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
Jahre	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	Gesamt
1990	8,02	10,70	8,14	6,67	3,36	33,53
1995	8,48	10,33	9,09	6,45	2,60	34,35

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten (1990), nach Anzahl der Istbetten (1995)

1) 2.383 Krankenhäuser mit 686.911 Betten (1990), 2.265 Krankenhäuser mit 609.813 Betten (1995)

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vor- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

3. Die Prägung der Landkreise und Kreisfreien Städte durch die Krankenhaus-Größenklassen

Es wurde gezeigt, dass der Abbau der Akutkrankenhäuser in Deutschland in den Jahren 1990 bis 1995 nicht zu der häufig befürchteten Dezimierung vor allem in der Fläche geführt hat. Der Anteil der Landkreise an allen Krankenhäusern in Deutschland hat gegenüber dem Anteil der Städte an allen Krankenhäusern in Deutschland nur geringfügig abgenommen. Der Anteil der Landkreise an den Krankenhäusern der unteren Größenklassen hat nicht nur nicht abgenommen, sondern sogar zugenommen. Dafür hat der Anteil der Landkreise an den größeren und großen Krankenhäusern deutlich abgenommen.

Es stellt sich nun die Frage, ob und wie sich die nur geringfügige zusätzliche Zentralisierung der Krankenhausversorgung in Deutschland im Zuge des Krankenhausabbaus der Jahre 1990 bis 1995 auch in der Struktur der Krankenhausversorgung in der Fläche, d.h. in den Landkreisen selbst darstellt.

Hier gilt zunächst, dass im Jahre 1990 in Deutschland reichlich 67 Prozent aller Krankenhäuser auf Krankenhäuser bis zu 300 Betten entfielen. Dieser Anteil stieg im Beobachtungszeitraum, d.h. bis zum Jahre 1995 auf knappe 69 Prozent an.

Der Anteil der Krankenhäuser zwischen 300 und 600 Betten hat sich im Zuge des Krankenhausabbaus der Jahre 1990 bis 1995 kaum verändert. Deutlich zurückgegangen sind die Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten. Ihr Anteil hat sich von reichlich 10 Prozent im Jahre 1990 auf etwas mehr als 8 Prozent im Jahre 1995 verringert.

Übersicht 3a: Anteile der Größenklassen an den Krankenhäusern in Deutschland 1990

Übersicht 3b: Anteile der Größenklassen an den Krankenhäusern in Deutschland 1995

Soweit es nun den mit dem Krankenhausabbau verbundenen Wandel der Größenstruktur in den Landkreisen einerseits und in den Kreisfreien Städten andererseits betrifft, ist hier zunächst festzuhalten, dass der Anteil der kleineren Krankenhäuser bis 300 Betten an allen Krankenhäusern in den Landkreisen etwa 75 Prozent beträgt. In den Kreisfreien Städten erreichen diese Krankenhäuser nur einen Anteil von etwa 55 Prozent.

Übersicht 3a

**Anteile der Größenklassen
an den Krankenhäusern
in Deutschland
1990**

Größenklassen*	Anteile der Krankenhäuser nach Größenklassen					
	In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
Gesamt	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	alle Größen- klassen
1990	25,60	41,71	22,37	10,32	4,33	100,0

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten

1) 2.383 Krankenhäuser mit 686.911 Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

Übersicht 3b

**Anteile der Größenklassen
an den Krankenhäusern
in Deutschland
1995**

Größenklassen*	Anteile der Krankenhäuser nach Größenklassen					
	In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in Deutschland					
Gesamt	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	alle Größen- klassen
1995	26,01	42,87	22,78	8,34	3,00	100,0

*) Größenklassen nach Anzahl der Istbetten

1) 2.265 Krankenhäuser mit 609.813 Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

Bei den Krankenhäusern zwischen 300 und 600 Betten liegen die Landkreise und die Kreisfreien Städte vergleichsweise nahe beieinander. In den Landkreisen erreichen die Krankenhäuser dieser Größenklasse reichlich 20 Prozent aller Krankenhäuser. In den Städten erreichen diese Krankenhäuser etwa 25 Prozent aller Krankenhäuser.

Deutliche Unterschiede bestehen dann wieder bei den Größenklassen mit 600 und mehr Betten. Diese Krankenhausgruppe kommt in den Landkreisen auf 3 bis 5 Prozent. In den Städten hält sie einen Anteil von etwa 19 Prozent.

Übersicht 3c: Anteile der Größenklassen an den Krankenhäusern der Landkreise in Deutschland 1990 und 1995

Übersicht 3d: Anteile der Größenklassen an den Krankenhäusern der Kreisfreien Städte in Deutschland 1990 und 1995

Interessant ist nun, dass die kleineren Krankenhäuser, d.h. die Krankenhäuser bis 300 Betten im Zuge des Bettenabbaus in Deutschland zwischen 1990 und 1995 ihren Anteil an allen Krankenhäusern in den Landkreisen von etwa 73 auf reichlich 76 Prozent erhöht haben. Umgekehrt ist der Anteil der Krankenhäuser in dieser Größenklasse in den Städten von 56 auf 55 Prozent zurückgegangen.

Nur geringfügig zurückgegangen ist der Anteil der größeren Krankenhäuser, d.h. der Krankenhäuser von 300 bis 600 Betten an allen Krankenhäusern in den Landkreisen. Er ist zwischen 1990 und 1995 von über 21 Prozent auf weniger als 21 Prozent zurückgegangen. In den Kreisfreien Städten hat sich dagegen der Anteil dieser Krankenhäuser von reichlich 24 Prozent auf reichlich 26 Prozent erhöht.

Einen drastischen Rückgang hat demgegenüber die Gruppe der großen Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten in den Landkreisen erfahren. Zwischen 1990 und 1995 ist der Anteil der großen Krankenhäuser in den Landkreisen von reichlich 5 Prozent auf unter 3 Prozent zurückgegangen. In den Kreisfreien Städten ist der Anteil der großen Krankenhäuser hingegen lediglich von knapp 20 Prozent auf knappe 19 Prozent gesunken.

Übersicht 3c

**Anteile der Größenklassen
an den Krankenhäusern der Landkreise
in Deutschland
1990 und 1995**

Größenklassen	Anteile der Krankenhäuser nach Größenklassen In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in den Landkreisen					
	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	Gesamt
Jahre						
1990	26,46	46,65	21,40	5,49	1,45	100,00
1995	26,70	49,56	20,85	2,89	0,61	100,00

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten (1990), nach Anzahl der Istbetten (1995)

1) 1.584 Krankenhäuser² mit 366.981 Betten (1990)³, 1.487 Krankenhäuser mit 366.670 Betten (1995)

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

Übersicht 3d

**Anteile der Größenklassen
an den Krankenhäusern der Kreisfreien Städte
in Deutschland
1990 und 1995**

Größenklassen*	Anteile der Krankenhäuser nach Größenklassen In Prozent aller Krankenhäuser ¹ in den Kreisfreien Städten					
	bis 100	100-300	300-600	600 und mehr	darunter 1.000 und mehr	Gesamt
Jahre						
1990	23,91	31,91	24,28	19,90	10,01	100,00
1995	24,68	30,07	26,48	18,77	7,58	100,00

*) Größenklassen nach Anzahl der Ist- bzw. Planbetten (1990), nach Anzahl der Istbetten (1995)

1) 799 Krankenhäuser² mit 313.269 Betten (1990)³, 778 Krankenhäuser mit 356.126 Betten (1995)

Quelle: Eigene Berechnungen und Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgabe 1992, Stuttgart 1993, sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997

Insgesamt gesehen hat demnach der Krankenhausabbau in Deutschland in den Jahren 1990 bis 1995 in der Fläche, d.h. in den Landkreisen, zu einer noch stärkeren Prägung der Landkreise durch die kleineren Krankenhäuser bis zu 300 Betten geführt. Dabei ist die Versorgung der Landkreise durch die größeren Krankenhäuser mit 300 bis 600 Betten anteilmäßig stabil geblieben. Deutlich zurückgegangen ist der Anteil der in den Landkreisen sowieso nicht sehr zahlreichen großen Krankenhäuser mit 600 und mehr und darunter mit 1.000 und mehr Betten.

4. Zusammenfassung

Inbesondere wegen der von einigen Länderplanungsbehörden, vor allem aber wegen der von den Krankenkassenverbänden zumindest verbal vertretenen Bevorzugung größerer Krankenhäuser an weniger Standorten war zu befürchten, dass ein verstärkter Abbau von Krankenhäusern einseitig zu Lasten der Fläche, d.h. zu Lasten von kleineren und gestreut verstandorteten Krankenhäusern in den Landkreisen gehen würde. In den Jahren 1990 bis 1995, also den Jahren nach der Zusammenführung der beiden deutschen Staaten, war dies jedoch nicht der Fall.

Im Beobachtungszeitraum wurden die 2.383 Akutkrankenhäuser des Jahres 1990 um 118, d.h. etwa 5 Prozent, auf 2.265 Akutkrankenhäuser im Jahre 1995 reduziert. Dabei ist es zwar zu einer leichten Verringerung des Anteils der Landkreise an allen Krankenhäusern in Deutschland gekommen. Gleichzeitig hat aber der Anteil der Landkreise an der anteilsstärker gewordenen Gruppe der Krankenhäuser bis 300 Betten zugenommen.

Zwischen 1990 und 1995 hat der Anteil der Krankenhäuser bis 300 Betten an allen Krankenhäusern von etwa 67 Prozent auf etwa 69 Prozent zugenommen. Von diesem erhöhten Anteil kleinerer Krankenhäuser entfielen im Jahre 1990 noch reichlich 48 Prozent auf die Landkreise. 1995 betrug der Anteil der Landkreise an diesen kleineren Krankenhäusern bereits mehr als 50 Prozent.

Innerhalb der Landkreise selbst ist der Anteil der kleineren Krankenhäuser an allen Krankenhäusern zwischen 1990 und 1995 von etwa 73 Prozent auf reichlich 76 Prozent gestiegen.

Genau umgekehrt hat sich die Entwicklung bei den großen Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten vollzogen. Der Anteil dieser Krankenhäuser an allen Krankenhäusern in Deutschland ist im Beobachtungszeitraum von etwa 10 auf etwa 8 Prozent aller Krankenhäuser zurückgegangen. Dabei ist wiederum der Anteil der Landkreise an dieser rückläufigen Gruppe der großen Krankenhäuser im Beobachtungszeitraum von über 3 Prozent auf unter 2 Prozent gesunken. Dem entspricht, dass der Anteil der großen Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten an allen Krankenhäusern in den Landkreisen von über 5 auf unter 3 Prozent zurückgegangen ist.

Insgesamt ist es im Zuge des Bettenabbaus in den Akutkrankenhäusern in Deutschland zu einer Stärkung der kleineren, meist gestreut verstandorteten Krankenhäuser gekommen. Es ist nicht zu einer Dezimierung der Akutkrankenhäuser einseitig zu Lasten der Landkreise und nicht zu einer Konzentration auf die oberen Größenklassen der Akutkrankenhäuser in den Landkreisen gekommen.

Als wesentlicher Faktor für diese Aufrechterhaltung und Stärkung einer wohnortnahen und flächendeckenden Krankenhausversorgung muss dabei das Engagement der Kommunalkörperschaften, der Trägerorganisationen und der Bürgerschaften für ihre Krankenhäuser betrachtet werden.

Ob die erreichte Aufrechterhaltung und Stärkung einer wohnortnahen und flächendeckenden Krankenhausversorgung über die hier beschriebenen Krankenhausbetriebsstätten als ganze hinaus auch für die Krankenhausfachgebiete im einzelnen gilt, bedarf allerdings noch einer Überprüfung.

Literatur:

- Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Hrsg. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979
- Institut für Gesundheits-System-Forschung Gutachten zur Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Westfalen-Lippe. Kurzfassung, Kiel 2000
- Watzlawczik, Gerd-Uwe Vertreibung aus der Fläche und Aufgabe der Selbständigkeit? Die regionale und die institutionelle Konzentration der Krankenhauseinrichtungen in Deutschland seit 1972. Vortrag zum VdK-Forum Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? Schloss Tutzing am Starnberger See, 22. Februar 2001

**RÄUMLICHE VERTEILUNG
DER
KRANKENHAUS-FACHBETTEN
IN
DEUTSCHLAND**

Sandy Niechoj

Technische Universität Dresden
Lehrstuhl für Geographie

und

Astrid Cohrs

Universität Hannover
Institut für Wirtschaftsgeographie

1. Fachmedizinische Orientierung der deutschen Krankenhauswirtschaft

Ein Grundproblem der deutschen Krankenhauswirtschaft ist die Orientierung an den Fachgebieten und Teilgebieten der Arztausbildung, d.h. an der Weiterbildungsordnung der deutschen Ärzteschaft. Von Anbeginn, also von den frühen siebziger Jahren an, war die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungs-Gesetzes und auf dem Wege der Krankenhausplanung durch den Trias Krankenhausstandorte, Fachgebiete und Bettenzahlen bestimmt. Auch drei Jahrzehnte später hat sich das nicht grundlegend geändert. Selbst die aktuellsten Gutachten zur Krankenhausplanung der Länder zeigen noch immer dieses kategoriale Grundgerüst.

Das bisher Gesagte gilt dabei nur für den Bereich der Akutkrankenhäuser. Der erst in den achtziger Jahren stark angewachsene und in den neunziger Jahren rechtlich vereinheitlichte und abgegrenzte Bereich der Rehakliniken hat sich demgegenüber schon immer an einem Katalog von Erkrankungsarten orientiert.

Im Bereich der Versorgung mit Akutkrankenhäusern stellt sich zunehmend das Problem, die sich einerseits differenzierende, andererseits chronifizierende Morbidität, die Epidemiologie unterschiedlicher Lebenssituationen und Gesundheitslagen, die regional stark kontrastierenden Demographien und die wachsende internationale und interregionale, aber auch intraregionale Mobilität durch eine einerseits flächendeckende, andererseits bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausinfrastruktur zu versorgen.

Eine nach den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung aufgebaute Krankenhausinfrastruktur ist aber gerade nicht flexibel genug, um diesen Anforderungen einer problem-, d.h. morbiditäts- und epidemiologiegerechten, vor allem interdisziplinären Versorgung gerecht zu werden. Dies führt notwendigerweise dazu, dass die einerseits erforderlichen dezentralen Standorte andererseits weiterhin mit eigentlich nicht mehr zutreffenden und zu allgemeinen Fachgebieten wie Innere Medizin oder Chirurgie ausgewiesen werden, um sie überhaupt halten zu können. Vergleichsweise hilflos muten die in solchen Fällen typischen Versuche an, dann doch noch das eine oder andere Teilgebiet an solche Standorte „anzukleben“.

Die Notwendigkeit einer anderen Orientierung der Krankenhauswirtschaft und der Krankenhausversorgung als an der bisher als Leitlinie geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung wird sichtbar, wenn man die wirtschaftliche, gesellschaftliche und gesundheitliche Zukunftsentwicklung als Ausgangspunkt wählt. Hierbei sind drei Gesichtspunkte von Bedeutung: „Globalisierung“, „Individualisierung“ und „Region“.

1.1. Globalisierung:

Weltweit nähern sich die Demographien an- alle Kontinente altern. Weltweit nähern sich die Arbeitsformen an - die un stetigen Beschäftigungsverhältnisse werden zur vorherrschenden Form und weltweit verfallen Familie und Staat als hauptsächliche Träger von Gesundheitsversorgung und Sozialsicherung- allerdings nicht als vorwiegende Form des Zusammenlebens. Weltweit entstehen bzw. wachsen damit Bedarf und Nachfrage nach professioneller Gesundheitsversorgung und nach institutionell-formeller Sozialsicherung.

Auf dem so entstehenden und schon entstandenen Weltmarkt für Gesundheitsversorgung und Sozialsicherung ist längst ein scharfer Wettbewerb zwischen den verschiedenen Konzepten, Systemen und Komponenten von Gesundheitsversorgung und Sozialsicherung im Gange. Eine wachsende Zahl deutscher Akutkrankenhäuser und Rehakliniken engagiert sich mittlerweile auf diesem europäischen und internationalen Markt.

1.2. Individualisierung:

Die Monetarisierung aller Lebensbereiche, die Professionalisierung aller, auch der abhängigen Beschäftigungen und Erwerbstätigkeiten, und die gleichzeitige Institutionalisierung und Normierung aller wesentlichen Lebensbereiche und Lebensabschnitte führen zur Herausbildung und Wahrnehmung sowie vor allem zum Erleben „individueller Biographien“.

Für die Gesundheitsversorgung und für die medizinische Behandlung ist diese „Individualisierung und Biographisierung“ von höchster Wichtigkeit. Sie erfordert in zunehmendem Maße eine Orientierung an typischen Lebenslagen, an gravierenden Lebensereignissen und an komplementären Begleiterkrankungen.

Auf die bisherige Fachgebietemedizin der Akutkrankenhäuser folgte bereits die Erkrankungsartenmedizin der Rehakliniken und auf diese Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin wird die Lebensereignismedizin der Gesundheitszentren folgen bzw. tut sie dies schon. Diese Individualisierung des Erkrankungsparadigmas bedeutet eine große Chance vor allem für die kleineren Krankenhäuser, ihre Selbständigkeit durch Entwicklung individualisierter Behandlungsangebote zu bewahren.

1.3. Region:

Individualisierte, auf Lebenslagen, Lebensabschnitte und Lebenszusammenhänge und deren begleitende Gesundheitszustände und Erkrankungserscheinungen zugeschnittene Behandlungsangebote können letztlich nur regional entwickelt und verwirklicht werden. Eine Lebensereignismedizin ist viel mehr noch als eine Fachgebietemedizin oder als eine Erkrankungsartenmedizin auf den Dialog mit den konkreten Lebensumständen der Patientinnen und Patienten angewiesen - und dies sind immer auch regionale Lebensumstände.

Es ist gerade die individualisierte Lebensereignismedizin, die, bezogen auf die regionalen Lebensumstände, viel eher als die herkömmliche Fachgebiete- und Erkrankungsartenmedizin in der Lage ist, nicht nur Bedarf zu erkennen und zu decken, sondern vor allem auch Bedürfnisse, Nachfrage, Kaufkraft und Zahlungsbereitschaft außerhalb der Bundespflegegesetzverordnung zu wecken.

Auf die demographischen, sozioökonomischen und epidemiologischen Gegebenheiten, Problemlagen und Zielgruppen abgestellte fachübergreifende Behandlungsschwerpunkte sind ein zukunftsgerechteres Organisationsprinzip der Versorgung durch Akutkrankenhäuser als die ärztliche Weiterbildungsordnung. Vor allem erlauben sie auch eine stimmigere Kooperation und Integration von Akutkrankenhäusern und Rehakliniken. Vor diesem Hintergrund ist es von hohem Interesse, wie sich die nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung definierten Krankenhaus-Fachbetten in der Vergangenheit im Raum verteilt haben. Es gibt eine Fülle von Hinweisen, dass sich die räumliche Standortbewegung der Krankenhaus-Fachbetten teilweise im krassen Gegensatz zur räumlichen Wohnortbewegung der Bevölkerung vollzogen hat oder noch vollzieht. Wenn eine räumliche Zentralisierung und eine räumliche und fachliche Kon-

zentration der Krankenhaus-Fachbetten tatsächlich feststellbar ist, dann hat die Ausrichtung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung wesentlich zur Auseinanderentwicklung von Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsentwicklung nicht nur in räumlicher Hinsicht beigetragen.

Nachfolgend wird nun zumindest für die Jahre 1990 und 1995 bzw. den dazwischenliegenden Zeitraum für die einzelnen Fachgebiete die Entwicklung der Krankenhaus-Fachbetten hinsichtlich ihrer Anzahl in Deutschland und vor allem hinsichtlich ihrer Verteilung zwischen den beiden großen Siedlungstypen, Landkreise und Kreisfreie Städte, untersucht. Untersucht wird außerdem der sich ändernde Anteil der verschiedenen Krankenhaus-Fachbetten am gesamten Krankenhausbettenbestand in den Landkreisen und in den Kreisfreien Städten.

Zunächst werden hierbei die von der Anzahl der Fachbetten und ihrem Anteil an allen Betten her „großen“ Fachgebiete dargestellt und erläutert: Innere Medizin (1995: ca. 185.000 Betten), Chirurgie (1995: ca. 147.000 Betten), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (1995: ca. 57.000 Betten) zusammen mit Kinderheilkunde (1995: ca. 25.000 Betten) sowie Psychiatrie (1995: ca. 61.000 Betten).

In einem zweiten Abschnitt werden dann die von der Anzahl der Fachbetten her „kleineren“ Fachgebiete dargestellt und erörtert: Orthopädie (1995: ca. 25.000 Fachbetten), Neurologie (1995: ca. 19.000 Betten), Urologie (1995: ca. 18.000 Betten), Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (1995: ca. 16.000 Betten), Augenheilkunde (1995: ca. 8.300 Betten), Dermatologie/Venerologie (1995: ca. 5.800 Betten)³⁴ und Neurochirurgie (1995: ca. 5.500 Betten).

2. Leichte Zentralisierung der Inneren Medizin in die Städte und erkennbare Konzentration der Krankenhausversorgung in den Städten und Landkreisen bei der Inneren Medizin

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 185.000 Fachbetten für Innere Medizin in Deutschland knapp 55 Prozent auf die Landkreise und reichlich 45 Prozent auf die Kreisfreien

³⁴ 1995 wurde dieses Fachgebiet als „Hautkrankheiten“ aufgeführt.

Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Innere Medizin noch 56 Prozent betragen. Die Städte kamen nur auf einen Anteil von 44 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraums ist es demnach zu einer leichten Zentralisierung der Fachbetten für Innere Medizin in die Großstädte gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Innere Medizin einen Anteil von beinahe 34 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Innere Medizin im Jahre 1995 nur knapp 31 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Innere Medizin einen Anteil von nur etwa 31 Prozent in den Landkreisen und einem Anteil von nur knapp 29 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraums hat demnach der Anteil der Fachbetten für Innere Medizin sowohl in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten an allen Krankenhausbetten erkennbar zugenommen. In beiden Siedlungstypen ist es demnach zu einer Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Innere Medizin gekommen.

Übersicht 1: Verteilung der Fachbetten für Innere Medizin der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Hinter dieser Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Inneren Medizin verbirgt sich vor allem auch eine deutliche Aufgliederung des Fachgebiets Innere Medizin in eine Reihe von Teilgebieten, die mit einer Abdämpfung des Bettenabbaus in der Inneren Medizin gegenüber dem Bettenabbau in der Krankenhausversorgung insgesamt verbunden war.³⁵ Gleichwohl ist es zwischen 1990 und 1995 zu einem Rückgang der Fachbetten für Innere Medizin von ca. 195.000 auf ca. 185.000 Betten gekommen. Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

³⁵ Eine Darstellung der räumlichen Verteilung der Teilgebiete des Fachgebiets Innere Medizin für den Zeitraum 1990 und 1995 ist nicht möglich, weil hierfür keine flächendeckenden Vergleichsdaten für die alten und die neuen Bundesländer verfügbar sind.

Übersicht 1

**Verteilung der Fachbetten für
Innere Medizin
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 – 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Innere	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standorträume ¹ an allen Fachbetten Innere in Deutschland ²	56,0	44,0	54,8	45,2
Anteile der Fachbetten Innere ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	30,6	28,8	33,7	30,9

- 1) Fachbetten für Innere Medizin in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Innere Medizin in Deutschland: 1990: 194.616 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 185.276 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Innere Medizin in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist-Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.): Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

3. Leichte Zentralisierung der Chirurgie in die Städte und erkennbare Konzentration der Krankenhausversorgung in den Städten und Landkreisen bei der Chirurgie

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 147.000 Fachbetten für Chirurgie in Deutschland knapp 55 Prozent auf die Landkreise und reichlich 45 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Chirurgie noch gut 56 Prozent betragen. Die Städte kamen nur auf einen Anteil von 44 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraums ist es demnach zu einer leichten Zentralisierung der Fachbetten für Chirurgie in die Großstädte gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Chirurgie einen Anteil von nicht ganz 27 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Chirurgie im Jahre 1995 nur 25 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Chirurgie einen Anteil von nur knapp 25 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von knapp 23 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraums hat der Anteil der Fachbetten für Chirurgie sowohl in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten erkennbar zugenommen. In beiden Siedlungstypen ist es zu einer weiteren Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Chirurgie gekommen.

Übersicht 2: Verteilung der Fachbetten für Chirurgie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Auch hinter dieser Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Chirurgie verbirgt sich vor allem eine deutliche Aufgliederung des Fachgebiets Chirurgie in eine Reihe von Teilgebieten, die mit einer Abdämpfung des Bettenabbaus in der Chirurgie gegenüber dem Bettenabbau in der Krankenhausversorgung insgesamt verbunden war.³⁶ Gleichwohl ist es zwischen 1990 und 1995 zu einem Rückgang der Fachbetten für Chirurgie von ca. 156.000 Ist- bzw. Plan-Betten auf ca. 147.000 Ist-Betten gekommen. Eigener Untersuchungen bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

³⁶ Eine Darstellung der räumlichen Verteilung der Teilgebiete des Fachgebietes Chirurgie für den Zeitraum 1990 bis 1995 ist nicht möglich, weil hierfür keine flächendeckenden Vergleichsdaten für die alten und die neuen Bundesländer verfügbar sind.

Übersicht 2

**Verteilung der Fachbetten für
Chirurgie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Fachbetten Chirurgie				
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Chirurgie in Deutschland ²	56,1	43,9	54,8	45,2
Anteile der Fachbetten Chirurgie ³ an den Stand- orträumen ⁴ in Deutsch- land	24,6	23,2	26,8	24,5

- 1) Fachbetten für Chirurgie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Chirurgie in Deutschland: 1990: 156.513 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 146.684 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Chirurgie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

4. Leichte Zentralisierung der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und deutliche Zentralisierung der Kinderheilkunde in die Städte sowie ausgeprägte Dekonzentration der Krankenhausversorgung bei der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 57.000 Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Deutschland reichlich 54 Prozent auf die Landkreise und knapp 46 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Von den rund 25.000 Fachbetten der eng mit der Frauenheilkunde, vor allem mit der Geburtshilfe zusammenhängenden Kinderheilkunde entfielen im gleichen Jahr 1995 knapp 40 Prozent auf die Landkreise und reichlich 60 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe noch 55 Prozent betragen. Die Städte waren damals nur auf 45 Prozent gekommen. Bei der Kinderheilkunde hatte der Anteil der Landkreise im Beobachtungsjahr 1990 noch 43 Prozent betragen. Die Städte waren damals nur auf 57 Prozent gekommen. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer leichten Zentralisierung der Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und zu einer deutlichen Zentralisierung der Fachbetten für Kinderheilkunde in die Großstädte gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gut 10 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ebenfalls knapp 10 Prozent. Die Fachbetten für Kinderheilkunde stellten 1995 nur etwas mehr als 3 Prozent aller Betten in den Landkreisen. In den Kreisfreien Städten kamen sie auf einen Anteil von knapp 6 Prozent. Fünf Jahre zuvor erreichten die Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den Landkreisen noch knapp 11 Prozent aller Betten und in den Kreisfreien Städten ebenfalls noch knapp 11 Prozent aller Betten. Die Fachbetten für Kinderheilkunde erreichten damals in den Landkreisen noch reichlich 4 Prozent und in den Kreisfreien Städten noch knapp 7 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat damit der Anteil der Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Fachbetten für Kinderheilkunde an allen Betten sowohl in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten abgenommen. In den beiden Siedlungstypen ist es demnach zu einer Dekonzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde gekommen.

Übersicht 3: Verteilung der Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Übersicht 4: Verteilung der Fachbetten für Kinderheilkunde in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Diese Dekonzentration der Krankenhausversorgung bei der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde ist um so bemerkenswerter, als sie nicht nur durch einen Abbau des Anteils dieser Fachbetten an allen Betten der beiden Siedlungstypen beschrieben wird. Vielmehr hat sich dieser rückläufige Anteil bei einem Rückgang der Gesamtbettenzahlen innerhalb der Landkreise von ca. 357.000 Ist- bzw. Plan-Betten auf ca. 301.000 Ist- Betten und bei einem Rückgang der Gesamtbettenzahlen innerhalb der Kreisfreien Städte von ca. 296.000 Ist- bzw. Plan- Betten auf ca. 270.000 Ist- Betten vollzogen.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern vollzogen hat.

Übersicht 3

**Verteilung der Fachbetten für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland In Prozent			
	1990		1995	
	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Fachbetten Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Deutschland ²	55,0	45,0	54,4	45,6
Anteile der Fachbetten Frauenheilkunde und Geburtshilfe ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	10,7	10,5	10,2	9,6

- 1) Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
 - 2) Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Deutschland: 1990: 69.546 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 56.654 Ist- Betten
 - 3) Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
 - 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten
- Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

Übersicht 4

**Verteilung der Fachbetten für
Kinderheilkunde
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Kinderheilkunde	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Kinderheilkunde in Deutschland ²	43,5	56,5	39,8	60,2
Anteile der Fachbetten Kinderheilkunde ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	4,3	6,7	3,3	5,5

- 1) Fachbetten für Kinderheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Kinderheilkunde in Deutschland: 1990: 34.945 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 24.868 Ist-Betten
- 3) Fachbetten für Kinderheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

5. Deutliche Zentralisierung der Psychiatrie in die Städte und ausgeprägte Dekonzentration der Krankenhausversorgung der Landkreise bei der Psychiatrie

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 61.000 Fachbetten für Psychiatrie in Deutschland etwa 61 Prozent auf die Landkreise und knapp 39 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Psychiatrie noch etwa 67 Prozent betragen. Die Städte waren damals auf knapp 33 Prozent gekommen. Innerhalb des Beobachtungszeitraums ist es damit zu einer deutlichen Zentralisierung der Fachbetten für Psychiatrie in die Großstädte gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung der Landkreise selbst stellen im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Psychiatrie reichlich 12 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichen die Fachbetten für Psychiatrie einen Anteil von beinahe 9 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor erreichten die Fachbetten für Psychiatrie in den Landkreisen noch 18 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten lag der Anteil der Fachbetten für Psychiatrie an allen Betten bei knapp 11 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraums hat damit der Anteil der Fachbetten für Psychiatrie an allen Betten vor allem in den Landkreisen und deutlich schwächer auch in den Kreisfreien Städten abgenommen. Vor allem in den Landkreisen, aber auch in den Kreisfreien Städten ist es demnach zu einer Dekonzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Psychiatrie gekommen.

Übersicht 5: Verteilung der Fachbetten für Psychiatrie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990-1995

Diese ausgeprägte Dekonzentration der Fachbetten für Psychiatrie insbesondere in den Landkreisen geht wesentlich auf den Abbau der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit ihren bevorzugten Standorten außerhalb der Großstädte zurück. Der deutliche Abbau der Fachbetten für Psychiatrie von ca. 96.000 Betten im Jahre 1990 auf ca. 61.000 Betten im Jahre 1995 hat sich demnach vorrangig in den Landkreisen vollzogen.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern vollzogen hat.

Übersicht 5

**Verteilung der Fachbetten für Psychiatrie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 – 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Psychiatrie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Psychiatrie in Deutschland ²	67,1	32,9	61,2	38,8
Anteile der Fachbetten Psychiatrie ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	18,1	10,7	12,4	8,8

- 1) Fachbetten für Psychiatrie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Psychiatrie in Deutschland: 1990: 96.138 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 61.115 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Psychiatrie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete, Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten, Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

6. Leichte Dezentralisierung der Orthopädie in die Landkreise und erkennbare Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Orthopädie

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 25.000 Fachbetten für Orthopädie in Deutschland knapp 51 Prozent auf die Landkreise und reichlich 49 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Orthopädie erst etwa 49 Prozent betragen. Die Städte kamen dafür auf einen Anteil von knapp 51 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer leichten Dezentralisierung der Fachbetten für Orthopädie in die Landkreise gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Orthopädie einen Anteil von etwa 4 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Orthopädie im Jahre 1995 4,5 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Orthopädie einen Anteil von 3,5 Prozent in den Landkreisen und reichlich 4 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat demnach der Anteil der Fachbetten für Orthopädie sowohl in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten an allen Krankenhausbetten leicht zugenommen. In beiden Siedlungstypen ist es demnach zu einer leichten Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Orthopädie gekommen.

Übersicht 6: Verteilung der Fachbetten für Orthopädie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Diese leichte Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Orthopädie hat sich trotz eines Rückgangs der Fachbetten für Orthopädie von 1990 etwa 25.500 auf 1995 etwa 25.000 Betten vollzogen. Offenbar lag dieser Bettenabbau in der Orthopädie unter dem Abbau aller Betten der Krankenhausversorgung insgesamt.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 6

**Verteilung der Fachbetten für
Orthopädie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Orthopädie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Orthopädie in Deutschland ²	49,2	50,8	50,6	49,4
Anteile der Fachbetten Orthopädie ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	3,5	4,4	4,2	4,5

- 1) Fachbetten für Orthopädie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Orthopädie in Deutschland: 1990: 25.519 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 24.843 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Orthopädie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

7. Leichte Dezentralisierung der Urologie in die Landkreise und leichte Konzentration der Krankenhausversorgung in den Landkreisen bei der Urologie

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 18.000 Fachbetten der Urologie in Deutschland knapp 43 Prozent auf die Landkreise und reichlich 57 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Urologie noch 41 Prozent betragen. Die Städte kamen auf einen Anteil von fast 59 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer leichten Dezentralisierung der Fachbetten für Urologie in die Landkreise gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Urologie einen Anteil von nahezu 3 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Urologie im Jahre 1995 knapp 4 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Urologie einen Anteil von nur etwa 2 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von knapp 4 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat demnach der Anteil der Fachbetten für Urologie in den Landkreisen an allen Krankenhausbetten leicht zugenommen, in den Kreisfreien Städten blieb der Anteil der Fachbetten an allen Krankenhausbetten unverändert. Im Siedlungstyp Landkreise ist es demnach zu einer leichten Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Urologie gekommen.

Übersicht 7: Verteilung der Fachbetten für Urologie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Diese leichte Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Urologie hat sich trotz eines Rückgangs der Fachbetten für Urologie von 1990 etwa 19.000 auf 1995 etwa 18.000 Betten vollzogen. Offenbar lag dieser Bettenabbau in der Urologie unter dem Abbau aller Betten der Krankenhausversorgung insgesamt.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 7

**Verteilung der Fachbetten für
Urologie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Urologie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Urologie in Deutschland ²	41,1	58,9	42,7	57,3
Anteile der Fachbetten Urologie ³ an den Stand- orträumen ⁴ in Deutsch- land	2,2	3,9	2,6	3,9

- 1) Fachbetten für Neurologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Neurologie in Deutschland: 1990: 16.942 Ist- bzw. Plan- Betten, 1995: 18.582 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Neurologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten, Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

8. Leichte Dezentralisierung der Neurologie in die Landkreise und erkennbare Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Neurologie

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den insgesamt 18.500 Betten für Neurologie in Deutschland etwa 51 Prozent auf die Landkreise und rund 49 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Neurologie erst 49 Prozent betragen. Die Städte kamen hier auf einen Anteil von rund 51 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer leichten Dezentralisierung der Fachbetten für Neurologie in die Landkreise gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Neurologie einen Anteil von reichlich 3 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Neurologie im Jahre 1995 knapp 3,5 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Neurologie einen Anteil von nur reichlich 2 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von nur knapp 3 Prozent in den Kreisfreien Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat demnach der Anteil der Fachbetten für Neurologie sowohl in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten an allen Krankenhausbetten zugenommen. In beiden Siedlungstypen ist es demnach zu einer erkennbaren Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Neurologie gekommen.

Übersicht 8: Verteilung der Fachbetten für Neurologie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Diese Dezentralisierung der Fachbetten für Neurologie zugunsten der Landkreise sowie die leichte Konzentration der Krankenhausversorgung in den Landkreisen und Kreisfreien Städten bei der Neurologie ging mit einer Zunahme der Fachbetten für Neurologie von ca. 17.000 Betten im Jahre 1990 auf ca. 18.500 Betten im Jahre 1995 einher.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich diese Bettenzunahme zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 8

**Verteilung der Fachbetten für
Neurologie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Neurologie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Neurologie in Deutschland ²	48,5	51,5	51,0	49,0
Anteile der Fachbetten Neurologie ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	2,3	2,9	3,1	3,4

- 1) Fachbetten für Neurologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Neurologie in Deutschland: 1990: 16.942 Ist- bzw. Plan- Betten, 1995: 18.582 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Neurologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

9. Zentralisierung der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in die Städte und unveränderte Konzentration der Krankenhausversorgung in den Städten bei der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 16.000 Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Deutschland etwa 41 Prozent auf die Landkreise und knapp 59 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise noch knapp 45 Prozent betragen. Die Städte kamen auf einen Anteil von 55 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer erkennbaren Zentralisierung der Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in den Städten gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde einen Anteil von reichlich 2 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im Jahre 1995 reichlich 3 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ebenfalls einen Anteil von reichlich 2 Prozent in den Landkreisen und reichlich 3 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat sich demnach der Grad der Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde kaum verändert.

Übersicht 9: Verteilung der Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Die Zentralisierung der Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in den Städten ging mit einem Abbau der Gesamtzahl der Fachbetten von 18.000 Betten im Jahre 1990 auf etwa 15.500 Betten im Jahre 1995 einher. Dieser Abbau der Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hat sich dabei vorrangig in den Landkreisen vollzogen.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 9

**Verteilung der Fachbetten für
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten HNO in Deutsch- land ²	44,9	55,1	41,5	58,5
Anteile der Fachbetten HNO ³ an den Standort- räumen ⁴ in Deutschland	2,2	3,3	2,1	3,4

- 1) Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Deutschland: 1990: 17.834 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 15.563 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

10. Starke Zentralisierung der Augenheilkunde in die Städte und leichte Dekonzentration der Krankenhausversorgung in den Städten und Landkreisen auf die Augenheilkunde

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 8.300 Fachbetten für Augenheilkunde in Deutschland knapp 26 Prozent auf die Landkreise und mehr als 74 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Augenheilkunde noch reichlich 29 Prozent betragen. Die Städte kamen auf einen Anteil von etwa 71 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer noch stärkeren Zentralisierung der Fachbetten für Augenheilkunde in die Großstädte gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Augenheilkunde einen Anteil von nur 0,7 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Augenheilkunde im Jahre 1995 ebenfalls nur 2,3 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Augenheilkunde einen Anteil von 0,8 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von 2,4 Prozent in den Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat sich demnach der Grad der Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Augenheilkunde kaum verändert.

Übersicht 10: Verteilung der Fachbetten für Augenheilkunde der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Die noch ausgeprägtere Zentralisierung der Fachbetten für Augenheilkunde in den Städten ging mit einem Abbau der Gesamtzahl dieser Fachbetten von ca. 10.000 im Jahre 1990 auf ca. 8.000 Betten im Jahre 1995 einher. Dieser Abbau der Fachbetten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hat sich dabei vorrangig in den Landkreisen vollzogen.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 10

**Verteilung der Fachbetten für
Augenheilkunde
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Augenheilkunde	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Augenheilkunde in Deutschland ²	29,1	70,9	25,8	74,2
Anteile der Fachbetten Augenheilkunde ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	0,8	2,4	0,7	2,3

- 1) Fachbetten für Augenheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Augenheilkunde in Deutschland: 1990: 10.065 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 8.254 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Augenheilkunde in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

11. Leichte Dezentralisierung der Dermatologie / Venerologie in die Landkreise

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 5.800 Fachbetten der Dermatologie/Venerologie in Deutschland knapp 25 Prozent auf die Landkreise und rund 75 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie noch knapp 22 Prozent betragen. Die Städte kamen sogar auf einen Anteil von reichlich 78 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes ist es demnach zu einer leichten Dezentralisierung der Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie in die Landkreise gekommen.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie einen Anteil von 0,5 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie im Jahre 1995 nur etwa 1,5 Prozent aller Betten. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie einen Anteil von ebenfalls 0,5 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von etwa 2 Prozent in den Kreisfreien Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat sich demnach der Grad der Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie kaum verändert.

Übersicht 11: Verteilung der Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Die leichte Dezentralisierung der Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie in die Landkreise ging mit einem gleichzeitigen Abbau der Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie von ca. 7.800 Betten im Jahre 1990 auf noch ca. 5.800 Betten im Jahre 1995 einher. Offenbar hat dieser Bettenabbau dabei vorrangig in den Großstädten stattgefunden.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich dieser Bettenabbau zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 11

**Verteilung der Fachbetten für
Dermatologie/Venerologie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 - 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Dermatologie / Venerologie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Dermatolo- gie/Venerologie in Deutschland ²	21,8	78,2	24,8	75,2
Anteile der Fachbetten Dermatologie/ Venerologie ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	0,5	2,1	0,5	1,6

- 1) Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie in Deutschland: 1990: 7.817 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 5.837 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Dermatologie/ Venerologie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

12. Ausgeprägte Zentralisierung der Neurochirurgie in die Städte

Im Beobachtungsjahr 1995 entfielen von den rund 5.500 Fachbetten für Neurochirurgie in Deutschland rund 23 Prozent auf die Landkreise und knapp 77 Prozent auf die Kreisfreien Städte. Fünf Jahre zuvor hatte der Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Neurochirurgie noch 22,5 Prozent betragen. Die Städte kamen auf einen Anteil von 77,5 Prozent. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat sich demnach an der ausgeprägten Zentralisierung der Fachbetten für Neurochirurgie in den Großstädten kaum etwas geändert.

Innerhalb der Krankenhausversorgung in den Landkreisen selbst stellten im Beobachtungsjahr 1995 die Fachbetten für Neurochirurgie einen Anteil von 0,4 Prozent aller Betten. In den Kreisfreien Städten erreichten die Fachbetten für Neurochirurgie im Jahre 1995 einen Anteil von reichlich 1,5 Prozent. Fünf Jahre zuvor zeigten die Fachbetten für Neurochirurgie einen Anteil von 0,2 Prozent in den Landkreisen und einen Anteil von etwa 1 Prozent in den Kreisfreien Städten. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes hat sich demnach der Grad der Konzentration bei den Fachbetten für Neurochirurgie kaum geändert.

Übersicht 12: Verteilung der Fachbetten für Neurochirurgie der Krankenhauswirtschaft in Deutschland nach Kreisfreien Städten und Landkreisen 1990 und 1995

Bei unverändert ausgeprägter Zentralisierung der Fachbetten für Neurochirurgie in den Großstädten erfolgte eine Zunahme der Fachbetten für Neurochirurgie von ca. 4.000 Betten im Jahre 1990 auf 5.500 Betten im Jahre 1995. Dieser Zuwachs verteilte sich in etwa proportional auf die Landkreise und die Kreisfreien Städte. Wegen der insgesamt kleinen Anzahl der Fachbetten für Neurochirurgie führte ihre deutliche Erhöhung bei gleichzeitigem Rückgang aller Krankenhausbetten gleichwohl zu keiner stärkeren Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Neurochirurgie.

Einer gesonderten Untersuchung bedarf die Frage, wie sich der Bettenzuwachs im Fachgebiet Neurochirurgie zwischen den alten und den neuen Bundesländern verteilt hat.

Übersicht 12

**Verteilung der Fachbetten für
Neurochirurgie
der Krankenhauswirtschaft in Deutschland
nach Kreisfreien Städten und Landkreisen
1990 – 1995**

Standorträume	An allen Fach- oder Gesamtbetten in Deutschland			
	In Prozent			
	1990		1995	
Fachbetten Neurochirurgie	Landkreise	Kreisfreie Städte	Landkreise	Kreisfreie Städte
Anteile der Standort- räume ¹ an allen Fach- betten Neurochirurgie in Deutschland ²	22,5	77,5	23,0	77,0
Anteile der Fachbetten Neurochirurgie ³ an den Standorträumen ⁴ in Deutschland	0,2	1,1	0,4	1,6

- 1) Fachbetten für Neurochirurgie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 2) Fachbetten für Neurochirurgie in Deutschland: 1990: 4.074 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 5.505 Ist- Betten
- 3) Fachbetten für Neurochirurgie in Krankenhäusern mit Standort in Kreisfreien Städten oder in Landkreisen
- 4) Gesamtbetten aller Fachgebiete ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie, Nuklearmedizin, Psychosomatik, Strahlentherapie und sonstige Fachgebiete; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Kreisfreien Städten in Deutschland: 1990: 296.395 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 270.277 Ist- Betten; Gesamtbetten aller Fachgebiete in den Landkreisen in Deutschland: 1990: 357.075 Ist- bzw. Plan-Betten, 1995: 301.258 Ist- Betten

Quelle: Eigene Berechnungen und Krankenhausverlagsgesellschaft(Hrsg.):Deutsches Krankenhausverzeichnis. Ausgabe 1990, Düsseldorf 1990 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis. Verzeichnis der Krankenhäuser und der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.1995, Stuttgart 1997 sowie dass. (Hrsg.): Regionalsystematik. Amtliche Schlüsselnummern und Bevölkerungsdaten der Gemeinden und Verwaltungsbezirke in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1992, Stuttgart 1993

13. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Entwicklung, insbesondere die Planung der Krankenhausversorgung in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland orientiert sich bis heute an der Weiterbildungsordnung für Ärzte in Deutschland. Die deutsche Krankenhauswirtschaft ist daher nur ungenügend in der Lage, auf die Anforderungen des demographischen Wandels und seiner epidemiologischen Begleitumstände sowie auf die ausgeprägte Mobilität und auf die sich verändernde Morbidität in den verschiedenen Regionen angemessen zu reagieren.

Der Aufbau der Krankenhausinfrastruktur nach den Fachgebieten und Teilgebieten der Ärzteausbildung erschwert die erforderliche Entwicklung und Bereitstellung von morbiditäts- und epidemiologiegerechten zielgruppenspezifischen, vor allem interdisziplinären Behandlungsangeboten.

Zusätzlich zu diesem prinzipiellen Erschwernis für das Entstehen vor allem interdisziplinärer Behandlungsangebote in den verschiedenen Regionen kommt noch der Umstand hinzu, dass sich die räumliche Standortbewegung der Krankenhaus-Fachbetten teilweise im krassen Gegensatz zur räumlichen Standortbewegung der Privathaushalte vollzogen hat oder noch vollzieht: In zahlreichen Fachgebieten der Krankenhausversorgung ist eine deutliche Zentralisierung der Krankenhausstandorte in die Großstädte festzustellen. Demgegenüber ist eine ausgeprägte Dezentralisierung der Wohnstandorte der Privathaushalte in die Landkreise, insbesondere in die Umlandkreise, festzustellen.

Durch diese räumliche Zentralisierung ist es zu einer verstärkten Auseinanderentwicklung von Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsentwicklung gekommen. Ähnliche Wirkungen sind für die räumliche und fachliche Konzentration der gesamten Krankenhausversorgung d.h. des gesamten Krankenhausbettenbestandes auf bestimmte Fachgebiete denkbar.

In der vorliegenden Arbeit wird für die Jahre 1990 und 1995 bzw. für den dazwischenliegenden Zeitraum sowie für die einzelnen Fachgebiete die Entwicklung der Krankenhaus-Fachbetten hinsichtlich ihrer Anzahl in Deutschland insgesamt und vor allem hinsichtlich ihrer Verteilung zwischen den Landkreisen und den Kreisfreien Städten, d.h. hinsichtlich

ihrer standorträumlichen Zentralisierung untersucht. Untersucht wird aber auch der Anteil der verschiedenen Krankenhaus-Fachbetten am gesamten Krankenhausbettenbestand in den Landkreisen und in den Großstädten, d.h. die räumlich-fachliche Konzentration der Krankenhausversorgung bei bestimmten Fachgebieten.

Im Untersuchungszeitraum haben sich dabei die standorträumliche Zentralisierung und die räumlich-fachliche Konzentration der Krankenhausversorgung in den vier „großen“ Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde und Psychiatrie in unterschiedlicher Weise vollzogen.

Zunächst gilt sowohl für die Innere Medizin wie auch für die Chirurgie, dass sie ihre Anteile an den Gesamtbettenbeständen in den Landkreisen wie auch in den Kreisfreien Städten trotz der gleichzeitigen Bettenreduzierungen dort haben steigern können. Im Jahre 1995 hatten die Fachbetten für Innere Medizin und für Chirurgie in den Landkreisen zusammen bereits etwa 61 Prozent aller Betten und in den Städten etwa 56 Prozent aller Betten erreicht. Diese weitere Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Inneren Medizin und bei der Chirurgie sowohl in den Landkreisen wie auch in den Städten ist mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Folge der Ausweisung immer neuer Teilgebiete in beiden Fachgebieten.

Auch wenn im Jahre 1995 noch immer mit jeweils 55 Prozent mehr Fachbetten der Inneren Medizin und der Chirurgie auf die Landkreise als auf die Städte entfallen, ist gleichwohl eine weitere leichte Anteilsverschiebung d.h. eine weitere Zentralisierung in die Städte zu vermerken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zur gleichen Zeit in den Landkreisen etwa 67 Prozent der Gesamtbevölkerung lebten.³⁷

Für die beiden großen Fächer Innere Medizin und Chirurgie gilt demnach zweifellos das Muster einer auch durch die Ausrichtung an der Weiterbildungsordnung der Ärzte ausgeprägten und anhaltenden räumliche Zentralisierung und räumlich-fachlichen Konzentration der Krankenhausversorgung.

³⁷ Vgl. Niedersächsisches Landesamt für Statistik im Auftrag des Statistischen Amtes des Bundes und der Länder [Hrsg.]: Kreiszahlen- Ausgabe 1996, Hannover 1996

Eine ganz andere Entwicklung gilt für die Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde. Noch stärker als der allgemeine Bettenabbau dort haben die Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde Anteile an den Gesamtbettenbeständen in den Landkreisen und Städten verloren.

Im Jahre 1995 hatten die Fachbetten für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde in den Landkreisen nur noch einen Anteil von 13 Prozent und in den Städten nur noch einen Anteil von 16 Prozent. Dabei ergab sich dieser höhere Anteil der Städte ausschließlich aus dem größeren Anteil der Kinderheilkundebetten in den Städten. Diese Dekonzentration der Krankenhausversorgung bei der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde insbesondere in den Landkreisen steht im krassen Gegensatz zur Häufung sowohl der Frauen im gebärfähigen Alter wie auch der Geburten und ebenso der Bevölkerung im Kinder- und Jugendalter in den Landkreisen.

Im Jahre 1995 hatten die Städte bereits 46 Prozent aller Fachbetten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erreicht. Bei der Kinderheilkunde lag ihr Anteil bereits bei 60 Prozent aller Fachbetten für Kinderheilkunde. Insbesondere für die Kinderheilkunde ist demnach eine ausgeprägte Zentralisierung in die Städte zu vermerken.³⁸

Für die großen Fächer Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde gilt demnach das Muster einer teilweise überstarken räumlichen Zentralisierung verbunden mit einem erkennbaren Anteilsverlust an der Gesamtversorgung, d.h. einer deutlichen räumlich-fachlichen Dekonzentration.

Eine vor allem durch die Reformbemühung innerhalb des Fachgebietes geprägte Entwicklung gilt für das Fachgebiet Psychiatrie. Noch stärker als der allgemeine Bettenabbau in den Landkreisen und Städten sind dort, vor allem in den Landkreisen, die Fachbetten für Psychiatrie abgebaut worden und damit der Anteil der Psychiatrie am Gesamtbettenbestand zurückgegangen. Im Jahre 1995 stellten die Fachbetten für Psychiatrie in den Landkreisen nur noch 12 Prozent aller Betten und in den Städten nur noch 9 Prozent aller Betten. Diese Dekonzentration

³⁸ Auch hier ist wieder zu berücksichtigen, dass im Beobachtungsjahr 1995 etwa 67 Prozent der Gesamtbevölkerung in den Landkreisen lebt.

on der Krankenhausversorgung bei der Psychiatrie vor allem in den Landkreisen geht vorrangig auf den Abbau der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit ihren bevorzugten Standorten außerhalb der Großstädte zurück. Zwar entfallen immer noch 61 Prozent aller Fachbetten für Psychiatrie auf die Landkreise, gleichzeitig ist aber eine deutliche Anteilsverschiebung zu Gunsten der Städte, d.h. eine deutliche Zentralisierung in die Städte zu verzeichnen.

Im Falle der Psychiatrie stehen sowohl die räumlich-fachliche Dekonzentration wie vor allem auch die räumliche Zentralisierung der Krankenhausversorgung durchaus im Einklang mit der räumlichen Verteilung der einschlägigen Morbidität. Gemessen an der hohen psychiatrischen Erkrankungshäufigkeit in den Städten ist die Zentralisierung der Fachbetten für Psychiatrie in die Städte eher noch zu schwach ausgeprägt.

Bei den hier noch nicht erörterten Fachgebieten, den sogenannten „kleinen“ Fächern, können deutlich zwei Gruppen unterschieden werden: Eine Gruppe mit einer ungefähren Gleichverteilung der Fachbetten zwischen den Landkreisen und den Städten wie sie auch für die großen Fächer Innere Medizin, Chirurgie und zumindest auch Frauenheilkunde und Geburtshilfe zutrifft. Zu dieser Gruppe zählen die Orthopädie, die Urologie und die Neurologie. Eine andere Gruppe unter den „kleinen“ Fächern zeigt demgegenüber eine deutliche Ungleichverteilung der Fachbetten zugunsten der Städte, wie sie etwa auch für die Kinderheilkunde gilt. Es handelt sich hierbei um die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, um die Augenheilkunde, um die Dermatologie und um die Neurochirurgie.

Soweit es zunächst die zwischen den Landkreisen und den Städten eher gleichverteilten Fachgebiete betrifft, haben die Orthopädie, die Urologie und die Neurologie ihre zwischen 3 und 4,5 Prozent der Gesamtbetten in den Landkreisen und Städten liegenden Anteile an den dortigen Gesamtbetten im Beobachtungszeitraum leicht erhöhen können. In den Fachgebieten Orthopädie und Urologie blieb der dortige Bettenabbau offenbar hinter dem allgemeinen Bettenabbau zurück. Für die Neurologie war im Beobachtungszeitraum eine Bettenzunahme festzustellen.

Diese leichte Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Orthopädie, Urologie und Neurologie war im Beobachtungszeitraum von unterschiedlichen Änderungen der Verteilung

dieser Fachbetten auf die Landkreise und Städte begleitet. So entfallen in der Orthopädie und in der Neurologie mittlerweile etwas mehr als die Hälfte aller Betten auf die Landkreise, d.h. es hat eine leichte Dezentralisierung in die Landkreise stattgefunden. Dies gilt auch für die Urologie, bei der allerdings die Städte noch einen höheren Anteil an den Fachbetten zeigen als die Landkreise.

Insgesamt gilt aber, dass selbst ein leichtes Übergewicht des Anteils der Landkreise an den Fachbetten für Orthopädie und Neurologie von jeweils etwa 51 Prozent und ein immerhin leicht steigender Anteil der Landkreise an den Fachbetten für Urologie von mittlerweile 43 Prozent gegenüber dem Anteil der Landkreise an der Gesamtbevölkerung in Höhe von 67 Prozent weit zurückbleibt. Gerade für die „kleinen Fächer“ Orthopädie, Urologie und Neurologie ist daher eine starke räumliche Zentralisierung festzustellen.

Soweit es zuletzt die zwischen den Landkreisen und den Städten zu Lasten der Landkreise deutlich ungleichverteilten Fachgebiete betrifft, haben die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Augenheilkunde, die Dermatologie/ Venerologie und die Neurochirurgie ihre zwischen 0,4 und 3 Prozent der Gesamtbetten in den Landkreisen und Städten liegenden Anteile im Beobachtungszeitraum kaum verändert. Der Bettenabbau in diesen Fachgebieten, mit Ausnahme der Neurochirurgie, ist demnach schwächer ausgefallen als der allgemeine Bettenabbau. Für die Neurochirurgie war im Beobachtungszeitraum eine Bettenzunahme festzustellen.

Für alle genannten Fachgebiete gilt ein massiv höherer Anteil der Städte an den jeweiligen Fachbetten, der von 59 Prozent bis 77 Prozent reicht. Wie ausgeprägt diese Zentralisierung der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Augenheilkunde, der Dermatologie/ Venerologie und der Neurochirurgie in den Städten ist, zeigt der Umstand, dass im Beobachtungsjahr 1995 lediglich 33 Prozent der Gesamtbevölkerung in den Kreisfreien Städten lebten. Insgesamt gilt also für die „kleinen“ Fächer eine besonders ausgeprägte Zentralisierung in den Kreisfreien Städten.

Eine überstarke standorträumliche Zentralisierung in den Kreisfreien Städten gilt außerdem für die „großen“ Fächer Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde. Für diese Fach

gebiete gilt außerdem ein erkennbarer Anteilsrückgang an der Gesamtbettenzahl der Krankenhausversorgung insbesondere in den Landkreisen.

Auch die „großen“ Fächer Innere Medizin und Chirurgie zeigen eine, gemessen an der Verteilung der Bevölkerung zwischen Landkreisen und Städten, deutliche standorträumliche Zentralisierung in den Kreisfreien Städten. Diese hat im Zuge der verstärkten Ausweisung internistischer und chirurgischer Teilgebiete sogar noch leicht zugenommen. Im Zuge dieser verstärkten Ausweisung internistischer und chirurgischer Teilgebiete ist es auch zu einer Erhöhung des Anteils dieser beiden Fachgebiete an den Gesamtbettenbeständen in den Landkreisen und in den Städten, d.h. zu einer räumlich-fachlichen Konzentration der Krankenhausversorgung bei den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie gekommen.

Wie für diese Untersuchung angenommen wurde, hat sich die bereits bestehende deutliche standorträumliche Zentralisierung der Krankenhausversorgung im Beobachtungszeitraum teilweise weiter verstärkt. Gleichzeitig hat sich eine deutliche Konzentration der gesamten Krankenhausversorgung bei der Inneren Medizin und bei der Chirurgie vollzogen. Vor allem auch unter demographischen Aspekten höchst bedenklich sind in diesem Zusammenhang die auffällige standorträumliche Zentralisierung der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde einerseits sowie deren Anteilsverlust an der gesamten Krankenhausversorgung andererseits.

Während insgesamt also die Bevölkerung mit 67 Prozent überwiegend in den Landkreisen wohnt und dort die Familien, d.h. die Haushalte mit Kindern besonders hohe Anteile stellen, hat sich die Krankenhausversorgung, insbesondere in der Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinderheilkunde, in die Großstädte zurückgezogen.

Einzig die im Beobachtungszeitraum feststellbare Zentralisierung der Psychiatrie in die Kreisfreien Städte und die Dekonzentration des hohen Anteils der Psychiatrie an der gesamten Krankenhausversorgung in den Landkreisen steht im Einklang mit der räumlichen Verteilung der einschlägigen Morbidität.

Neben der Ausrichtung der Krankenhausversorgung an den Fachgebieten und Teilgebieten der

ärztlichen Weiterbildungsordnung sind es demnach vor allem auch die standorträumliche Zentralisierung der Fachbetten und die Konzentration der Krankenhausversorgung bei der Inneren Medizin und bei der Chirurgie mit ihren jeweils zahlreichen Teilgebieten, die eine Bildung morbiditäts- und epidemiologiegerechter, zielgruppenspezifischer und vor allem interdisziplinäre Behandlungsangebote für die jeweiligen Regionen und Regionstypen be- und verhindern.

**VORUNTERSUCHUNG ZUR TRÄGERKONZENTRATION
DER KRANKENHÄUSER
IN
DEUTSCHLAND**

Grit Felberg
Technische Universität Dresden

1. Beschleunigung der Trägerkonzentration in der Krankenhauswirtschaft in Deutschland

Die Neuordnung in der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der Gesundheitsreformgesetzgebung seit Beginn der neunziger Jahre mit ihrer beschleunigten Einführung einer preisähnlichen Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten und die gleichzeitige Umgestaltung der vormals regional und sozial gegliederten Krankenversicherungsträger zu einem allenfalls noch auf Länderebene gegliederten Kassenoligopol hat auf der Seite der "Krankenhauswirtschaft" zu einer, wie gewollt, marktwirtschaftlichen Reaktion geführt: Insbesondere seit der verschärften Ermächtigung der Kassenseite gegenüber den Einzelkrankenhäusern durch die gegenwärtige Bundesregierung ist eine regelrechte Konzentrationswelle in der Krankenhauswirtschaft in Gang gekommen. Aufkäufe kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Einzelkrankenhäuser durch privatwirtschaftliche Krankenhausgruppen, Bildung von Holding-Gesellschaften insbesondere bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern, Gründungen ausschließlich gewinnorientierter Krankenhausunternehmen sind Erscheinungsformen dieses Prozesses.

Wegen der hohen Bedeutung der Krankenhauswirtschaft als Bereitsteller vollwertiger Arbeitsplätze, als Abnehmer von Vorleistungen und als Aufbringer erheblicher Sozialbeitragsabführungen in der jeweiligen Standortregion sind die angedeuteten Konzentrationsprozesse in der Krankenhauswirtschaft von erheblicher regionalökonomischer und raumordnerischer Relevanz.

Untersuchungen zum Konzentrationsgrad und zur Konzentrationsdynamik in der deutschen Krankenhauswirtschaft liegen bislang kaum vor.³⁹ Um diesbezüglich überhaupt Vergleichsmöglichkeiten zu haben, wird in den nachfolgenden Auswertungen der Konzentrationsgrad der deutschen Krankenhauswirtschaft nach Trägergruppen für das Jahr 1995 dargestellt. Diese Voruntersuchung stellt einen ersten Einstieg in eine auch regionalspezifische Untersuchung der trägerschaftlichen Konzentration in der deutschen Krankenhauswirtschaft dar.

³⁹ Vgl. lediglich Bruckenberg, Ernst: Wie steht's mit den Überlebenschancen der kleinen Krankenhäuser. In: Deutsches Ärzteblatt, 24. August 1984

2. Krankenhausketten zeigen die höchste Konzentration von Betriebsstätten

Im Beobachtungsjahr 1995, in dem die neueren gesundheits- und insbesondere krankenhauspolitischen Änderungen und deren Auswirkungen erst in Ansätzen merklich waren, lag die durchschnittliche Konzentration von Krankenhausstandorten, d.h. von Krankenhausbetriebsstätten bei den verschiedenen Trägergruppen zwischen 1,16 und 1,73 Betriebsstätten je Krankenhausträger. Lediglich die Krankenhausketten kommen im Beobachtungsjahr bereits auf eine durchschnittliche Konzentration von 7,60 Krankenhausbetriebsstätten je Krankenhausträger.

Übersicht 1: Betriebsstätten-Konzentration bei den Trägergruppen der Krankenhauswirtschaft in Deutschland 1995

3. Die Konzentration von Betriebsstätten bei den verschiedenen Trägergruppen

Nachfolgend werden für das Untersuchungsjahr 1995 für die verschiedenen Trägergruppen der deutschen Krankenhauswirtschaft die Anzahl der Träger einerseits und die Anzahl der Betriebsstätten andererseits und die sich daraus ergebende Zahl der Betriebsstätten je Trägerunternehmen detailliert dargestellt.

- Übersicht 2a: Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhausketten 1995
Übersicht 2b: Betriebsstätten-Konzentration bei den Sozialversicherungsträgern 1995
Übersicht 2c: Betriebsstätten-Konzentration bei den nationalen, föderalen und kommunalen Trägern 1995
Übersicht 2d: Betriebsstätten-Konzentration bei den Gesellschafter-Krankenhäusern 1995
Übersicht 2e: Betriebsstätten-Konzentration bei den Eigentümer-Kliniken 1995
Übersicht 2f: Betriebsstätten-Konzentration bei den Vereins-Krankenhäusern 1995
Übersicht 2g: Betriebsstätten-Konzentration bei den Wohlfahrtsverband-Krankenhäusern 1995
Übersicht 2h: Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern Katholischer Kirchengemeinden 1995
Übersicht 2i: Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern Evangelischer Kirchengemeinden 1995
Übersicht 2k: Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern von Ordens- und Schwesterngemeinschaften und Klöstern 1995
Übersicht 2l: Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern von Bischöflichen Stühlen und Erzbistümern 1995
Übersicht 2m: Betriebsstätten-Konzentration bei den sonstigen Krankenhausträgern 1995

Übersicht 1

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Trägergruppen
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägergruppen	Betriebsstätten	Durchschnittliche Anzahl der Krankenhausbetriebsstätten nach Trägergruppen Betriebsstätten je Träger
Krankenhausketten ¹		7,60
Sozialversicherungsträger		1,73
Nationale, föderale und kommunale Träger		1,40
Ordensgemeinschaften, Schwesterngemeinschaften, Klöster		1,39
Katholische Kirchengemeinden		1,32
Wohlfahrtsverbände und -anstalten		1,29
Bischöfliche Stühle und Erzbistümer		1,25
Krankenhausvereine		1,18
Evangelische Kirchengemeinden		1,16
Gesellschafter-Krankenhäuser ²		1,09
Eigentümer-Kliniken ³		1,03
Sonstige		1,16

1) Trägergruppe bei der, unabhängig von der Rechtsform, jeweils ein Trägergebilde fünf und mehr Krankenhausstandorte unterhält

2) Trägergruppe in den verschiedenen Rechtsformen von Personengesellschaften und Kapitalgesellschaften

3) Trägergruppe in der Rechtsform des Einzelunternehmens

Übersicht 2a

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhausketten
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Krankenhausketten *	40	305	7,6

*) Krankenhausketten sind solche Träger, bei denen 1 Trägergebilde 5 und mehr Betriebsstätten unterhält

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis - Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2b

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Sozialversicherungsträgern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Sozialversicherungs- träger	15	26	1,73

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis –
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2c

**Betriebsstätten-Konzentration bei den nationalen, föderalen und kommunalen Trägern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Nationale, föderale und kommunale Träger darin:	597	838	1,40
• Landkreise	252	431	1,71
• Städte	138	153	1,11
• Stiftungen	133	153	1,15
• Krankenhausverbände und – zweckverbände	25	29	1,16
• Landes-Universitäten	19	30	1,58
• Gemeinden und Märkte	10	10	1,00
• Kommunale Stiftungen	10	10	1,00
• Bezirke, Bezirks- und Landschaftsverbände	7	16	2,29
• Bundesministerium für Ver- teidigung	3	6	2,00

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis - Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2d

**Betriebsstätten-Konzentration
bei den Gesellschafter-Krankenhäusern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Gesellschafter- Krankenhäuser*	389	424	1,09

*) Gesellschafter-Krankenhäuser werden von Gesellschaftern in der Rechtsform GmbH, GmbH & Co. KG getragen

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis - Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2e

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Eigentümer-Kliniken
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Eigentümer-Kliniken*	126	130	1,03

*) Eigentümer-Kliniken werden von Personenunternehmern getragen

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis -
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2f

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Vereins-Krankenhäusern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Vereins-Krankenhäuser*	109	129	1,18

*) Vereins-Krankenhäuser werden von Vereinen getragen

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis -
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2g

**Betriebsstätten-Konzentration bei den
Wohlfahrtsverband-Krankenhäusern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Wohlfahrtsverbände und -anstalten	108	140	1,29

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis -
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2h

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern
Katholischer Kirchengemeinden
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Katholische Kirchengemeinden	63	83	1,32

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2i

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern
Evangelischer Kirchengemeinden
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Evangelische Kirchen- gemeinden	50	58	1,16

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis
– Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2k

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern
von Ordens- und Schwesterngemeinschaften und Klöstern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Ordens- und Schwestern- gemeinschaften, Klöster	38	53	1,39

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis -
Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 21

**Betriebsstätten-Konzentration bei den Krankenhäusern
von Bischöflichen Stühlen und Erzbistümern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Bischöfliche Stühle und Erzbistümer	4	5	1,25

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis
- Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

Übersicht 2m

**Betriebsstätten-Konzentration bei den
sonstigen Krankenhausträgern
der
Krankenhauswirtschaft in Deutschland
1995**

Trägertyp	Träger	Betriebsstätten	Betriebsstätten je Träger
Sonstige Krankenhaus- träger	19	22	1,16

Quelle: Eigene Auswertungen und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis - Stand: 31.12.1995, Wiesbaden 1997

**RÄUMLICHE UNTERSCHIEDE
IN DER
WIRTSCHAFTLICHKEIT
DER
KRANKENHAUSVERSORGUNG**

Nils Holger Neidhart
Justus Liebig Universität
Gießen

und

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Akademie und Institut für Sozialforschung
Tenno am Gardasee

1. Krankenhausvergleichsdaten als Instrument der Kassenverbände

Jedes Jahr werden Budgets und Pflegesätze zwischen den Krankenkassenverbänden und den einzelnen Krankenhäusern neu verhandelt. Bei diesen Verhandlungen benutzen die Krankenkassenverbände bundesweit erhobene Krankenhausvergleichsdaten wie z.B. Krankenhausfallkosten und Langliegerquoten. Solche bundesweit erhobenen, dargestellten und allenfalls nach Bettengrößenklassen differenzierbaren Krankenhausvergleichsdaten suggerieren eine lediglich von betriebswirtschaftlichen Faktoren im engsten Sinne abhängige Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenhäuser. Werden bestimmte durchschnittliche oder bestmögliche Vergleichswerte nicht erreicht, liegt dies dann, nach dieser Auffassung und Darstellung, ausschließlich an unternehmerisch-betriebs-wirtschaftlichen Defiziten des jeweiligen Krankenhauses.

Diese Verengung und Verkürzung der Wahrnehmung und der darauf aufbauenden Erörterung hat für die Krankenkassenverbände den unschätzbaren Vorteil, dass selbst im Falle der einen oder anderen Änderung oder Nachbesserung der Vergleichswerte bei deren Anwendung dann stets doch eine mehr oder minder große Zahl von Krankenhäusern resultiert, die unter diesen Vergleichswerten bleibt – notwendigerweise, weil es sich um Durchschnitts- oder Bestwerte handelt. Mit räumlich undifferenzierten Krankenhausvergleichsdaten verschaffen damit die Krankenkassenverbände ihrem Anspruch auf einseitige und möglichst alleinige Steuerung der Krankenhausversorgung in Deutschland Geltung. Das bestehende und rechtlich bereits weitgehend abgesicherte Nachfrage-Oligopol der Kassenverbände gegenüber den einzelnen Krankenhäusern wird damit im Vor- und Umfeld der „Begründung“ von Budget- und Pflegesatzentscheidungen statistisch legitimiert.

Die Wirklichkeit der Krankenhausversorgung sieht gänzlich anders aus. Zunächst ist davon auszugehen, dass 70 bis 80 Prozent aller Krankenhausleistungen für Patientinnen und Patienten erbracht werden, die ihren Wohnsitz im engeren Standortraum der Krankenhäuser haben. Damit werden der Bedarf an und die Nachfrage nach Krankenhausleistungen vorwiegend durch die Gegebenheiten in den jeweiligen Standortregionen bestimmt. Zu diesen Gegebenheiten zählen die zwischen den verschiedenen Regionstypen und Regionen teilweise stark abweichenden demographischen und epidemiologischen Verhältnisse. Zu diesen Gegebenheiten zählen aber auch die oftmals in den Regionen sehr unterschiedlichen Zahlenverhältnisse

zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern bzw. Akutkrankenhäusern, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen. Besondere Bedeutung haben auch die häufig sehr unterschiedlichen fach- und größenstrukturellen Zusammensetzungen der Krankenhäuser in den jeweiligen Regionen und die damit zwischen ihnen bestehenden Arbeitsteilungen.

Die von den Kassenverbänden in den Vordergrund gestellte „Wirtschaftlichkeit“ ist demnach nur dann nicht lediglich eine Scheinbegründung für einen allgemeinen Machtanspruch der Kassenverbände gegenüber den Krankenhäusern, wenn die benutzten Vergleichswerte sich an dieser regional differenzierten Wirklichkeit der Krankenhausversorgung orientieren und bspw. als regionstypisierte Vergleichswerte für vergleichbare Standortregionen vorgelegt werden. Das Gegenteil ist der Fall: Stets sind die Kassenverbände bestrebt, bei der Festlegung von Vergleichswerten räumliche Differenzierungen zu verhindern.

2. Krankenhaus-Vergleichsdaten als Faktor und als Folie der Konzentration und Zentralisierung in der Krankenhauswirtschaft

Räumlich undifferenzierte Krankenhausvergleichswerte sowie einheitliche und umfassende Krankenhausfallentgelte sind Hauptinstrumente der Krankenkassenverbände zur Durchsetzung eines umfassenden Wettbewerbs, eines harten Konkurrenzkampfes zwischen den einzelnen Krankenhausunternehmen, deren Schutz durch die Planungsvorbehalte der Bundesländer entsprechend den Forderungen der Kassenverbände in den zurückliegenden Jahren fortschreitend abgebaut worden ist.

In diesem Zusammenhang ist es bemerkenswert, dass die Krankenkassenverbände ihrerseits jeglichen substanziellen Wettbewerb zwischen den Kassenarten ausgeschlossen haben, indem sie ein fortgesetzt erweitertes System von Risikostrukturausgleichsregelungen zwischen den Kassenarten durchgesetzt haben. Ob und inwieweit die nationalen gesetzlichen Krankenkassen nicht auch für die europäischen Wettbewerbserfordernisse geöffnet werden müssten, wird als Thema im Kassenbereich wohlweislich tabuiert. Die Krankenkassenverbände haben es zudem erreicht, dass die Bundespolitik auf eine Neuordnung des Grundproblems der Krankenkassenstruktur in Deutschland, das Neben- und Gegeneinander von zentral-bundesweiten

Ersatz- und einzelnen Betriebskrankenkassen und von regional-gebietlichen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen in Form einer durchgängigen Regionalisierung aller Kassenarten verzichtet hat und statt dessen den bereits beschriebenen immer weiter ausgreifenden Risikostrukturausgleich zwischen diesen unterschiedlichen Kassenarten installiert hat.

Ohne Zweifel enthält der Machtanspruch der Kassenverbände gegenüber den Krankenhäusern auch starke Elemente eines Interessenausgleichs zu Lasten Dritter, d.h. einer Entspannung des Verhältnisses zwischen den unterschiedlichen Kassenarten bei der Selektion günstiger Mitglieder durch gemeinsame Absenkung der Zahlungen an die Krankenhäuser. Ob allerdings dieses kurzfristige Kalkül der Kassenverbände tatsächlich aufgeht, ist mehr als fraglich. Selbstverständlich wird eine möglichst restlose Ökonomisierung der Krankenhausversorgung mit hartem Konkurrenzkamp der Einzelkrankenhäuser unter den Bedingungen von Budgets, Einheitsvergleichsdaten, Pauschalpreisen etc. zu einer starken Konzentration in der Krankenhauswirtschaft führen. Derzeit sind Vorformen hierfür wie verstärkte Kooperation, Holdingbildung etc. bereits feststellbar. Als Folge der von der Politik der Kassenverbände ausgelösten Konzentration in der Krankenhauswirtschaft wird dann der Kassenseite in nicht wenigen Regionen nur noch ein einziger Anbieter von Krankenhausversorgung mit entsprechender Angebotsmacht gegenüberstehen.

Bei diesen Aussichten ist es von Interesse, wie sich bislang, also unter den Bedingungen einer noch weitgehend dezentralisierten und nur marginal konzentrierten Krankenhauswirtschaft die tatsächliche „Wirtschaftlichkeit“ der Krankenhausversorgung darstellt. Die nachfolgenden Auswertungen zeigen, dass die regional stark differenzierten Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Gegebenheiten der Krankenhausversorgung auch regional deutlich unterschiedliche „Wirtschaftlichkeiten“ bedingen. Insgesamt ist es demnach so, dass die Krankenhausversorgung in den Landkreisen unter den gegenwärtig noch bestehenden Gegebenheiten einer standortlich dezentralisierten und trägerschaftlich nur schwach konzentrierten, fachgebietlich allerdings stärker zentralisierten Krankenhausversorgung die besseren Werte erzielt.

Bei diesen Auswertungen wurde so vorgegangen, dass die Darstellungen des „Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen“ (WiO), bei denen einzelne Krankenhäuser mit bestimmten Wirtschaftlichkeitsmerkmalen versehen wurden und nach alphabetischer Reihenfolge der Standorte aufgeführt wurden, nachträglich regionalisiert wurden. Diese nachträgli-

che Regionalisierung erfolgte dergestalt, dass zunächst die von der Kassenseite dargestellten Wirtschaftlichkeitsmerkmale in größeren, meist drei Klassen zusammengefasst wurden. Diesen Merkmalsklassen wurden die jeweiligen Krankenhäuser dann mit ihren Ist-Betten für den 31.12.1995 zugeordnet. Dieser Ist-Bettenbestand nach unterschiedlichen Wirtschaftlichkeitsmerkmalen wurde seinerseits gemäß den jeweiligen Standorten den Regionstypen Kreisfreie Städte bzw. Landkreise zugeordnet. Dabei wurden dann die Ist-Bettenvolumina der verschiedenen Wirtschaftlichkeitsklassen in den Kreisfreien Städten bzw. Landkreisen als Prozentwerte der dort insgesamt vorhandenen Ist-Anzahl von Krankenhausbetten dargestellt.

3. Bessere Krankenhauswirtschaftlichkeit und niedrigere Krankenhausfallkosten bei höherem Krankenhauspersonalzuwachs in den Landkreisen

Von der Kassenseite wurde zunächst für das Jahr 1990 eine Bewertung der Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Dabei stellte die Kassenseite für jedes einzelne Krankenhaus in den alten Bundesländern fest, ob der gegebene Aufwand des jeweiligen Krankenhauses mit dem fiktiven Ertrag, den es nach den vom „Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen“ entwickelten Fallpauschalen erzielt, unterdeckt, ausgeglichen oder überdeckt geblieben wäre.

Wenn man die Krankenhausbetten der Krankenhäuser, die mit Verlust, mit Ausgleich oder mit Gewinn abgeschlossen hätten, den beiden Regionstypen Kreisfreie Städte oder Landkreise zuordnet, dann ergibt sich das interessante Bild, dass der Anteil der Krankenhausbetten in „Gewinner-Krankenhäusern“ bzw. in „Ausgeglichen-Krankenhäusern“ in den Landkreisen mit ca. 80 Prozent aller dortigen Krankenhausbetten deutlich über den Kreisfreien Städten mit nur 75 Prozent Krankenhausbetten in „Gewinner-Krankenhäusern“ bzw. in „Ausgeglichen-Kranken-häusern“ liegt. Umgekehrt ist der Anteil von Krankenhausbetten in „Verlierer-Krankenhäusern“ in den Kreisfreien Städten mit 25 Prozent deutlich höher als dieser Anteil mit ca. 20 Prozent in den Landkreisen.

Übersicht 1: Regionale Spreizung der Krankenhauswirtschaftlichkeit 1990

Übersicht 1

**Regionale Spreizung
der
"Krankenhauswirtschaftlichkeit"
1990**

Standortgebiete Krankenhäuser nach Wirtschaftlichkeit ²	Krankenhausbetten ¹ nach unterschiedlicher Wirtschaftlichkeit In Prozent der Krankenhausbetten	
	Kreisfreie Städte	Landkreise
Verlust ³	25,0	19,8
Ausgeglichen ⁴	42,6	43,1
Gewinn ⁵	32,4	37,1
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995
- 2) Krankenhäuser, die bei gegebenem Aufwand, aber nach WIdO-Fallpauschalenertrag mit Verlust, mit ausgeglichenem Ergebnis oder mit Gewinn abschließen
- 3) prozentualer Verlust mehr als 10%
- 4) prozentualer Verlust höchstens 10%; prozentualer Gewinn höchstens 10%
- 5) prozentualer Gewinn mehr als 10%

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '93; Stuttgart 1993 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

Es ist demnach tatsächlich so, dass die im Jahre 1990 noch deutlich dezentrale und nur schwach konzentrierte Krankenhauswirtschaft in der Fläche eine höhere Wirtschaftlichkeit zeigte.

Ein Faktor für die jeweils mit den Maßstäben der Kassenseite selbst gemessene geringere Wirtschaftlichkeit der Gesamtkrankenhausversorgung in den Kreisfreien Städten war sicherlich die im Verhältnis zu den relevanten Alters- und Geschlechtsgruppen der Bevölkerung überproportionale Zentralisierung von Fachbetten in den Kreisfreien Städten.⁴⁰

Für diese Auffassung sprechen auch die räumlich-regionalen Unterschiede zwischen den Anteilen von Krankenhausbetten mit niedrigen und mittleren Fallkosten einerseits und mit hohen Fallkosten andererseits an allen Krankenhausbetten in den Landkreisen bzw. in den Kreisfreien Städten nunmehr der alten und der neuen Bundesländer. 36 Prozent der Krankenhausbetten in den Landkreisen waren im Jahre 1994 in Krankenhäusern mit niedrigen Fallkosten aufgestellt. Nur 29 Prozent waren hingegen in Krankenhäusern mit hohen Fallkosten zu finden. Demgegenüber waren beinahe 60 Prozent der Krankenhausbetten in den Kreisfreien Städten in Krankenhäusern mit hohen Fallkosten und nur etwa 16 Prozent in Krankenhäusern mit niedrigen Fallkosten aufgestellt.

Übersicht 2: Regionale Spreizung der Krankenhausfallkosten 1994

Auch hier zeigt sich, dass die deutlich dezentrale und nur schwach konzentrierte Krankenhauswirtschaft vor allem in der Fläche durch ihre niedrigeren Fallkosten im Vergleich zu der Krankenhauswirtschaft in den Großstädten mit ihrer überproportionalen Zentralisierung von Fachbetten wesentlich zur Wirtschaftlichkeit der gesamten Krankenhausversorgung in Deutschland beigetragen hat.

Zusätzlich ist hier zu beachten, dass dieser höhere Anteil von Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit niedrigen Fallkosten in den Landkreisen nicht etwa durch einen Stillstand oder Abbau in der Bereitstellung von Pflegepersonal erreicht worden ist. Das Gegenteil ist eher der Fall.

⁴⁰ Vgl. Niechoj/Cohrs: Zentralisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung in Deutschland: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Fachbetten 1990-1995. Für Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein

Übersicht 2

**Regionale Spreizung
der
Krankenhausfallkosten
1994**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ nach unterschiedlichen Fallkosten	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Fallkosten²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedrig ³	15,9	36,0
Mittel ⁴	28,2	34,9
Hoch ⁵	55,9	29,1
Alle Krankenhausbetten	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995
- 2) Kosten des "Festen Budgets" geteilt durch die Gesamtzahl der behandelten Fälle
- 3) Fallkosten niedriger als 4500 DM
- 4) Fallkosten niedriger als 5500 DM
- 5) Fallkosten höher als 5500 DM

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '95; Stuttgart 1995 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

Etwa 63 Prozent aller Krankenhausbetten in den Landkreisen standen im Jahre 1994 in Krankenhäusern, die zwischen 1990 und 1993 einen mittleren oder hohen Zuwachs beim Pflegepersonal hatten. Nur etwa 37 Prozent der Krankenhausbetten standen in den Landkreisen in Krankenhäusern mit niedrigem Zuwachs oder mit Abbau von Pflegepersonal. Demgegenüber entfielen bald 48 Prozent aller Krankenhausbetten in den Kreisfreien Städten auf Krankenhäuser mit niedrigem Zuwachs oder Abbau von Pflegepersonal.

Übersicht 3: Regionale Spreizung des Pflegepersonalzuwachses 1990-1993

Damit hat die deutlich dezentrale und nur schwach konzentrierte Krankenhauswirtschaft vor allem in der Fläche im Vergleich zur Krankenhauswirtschaft in den Großstädten nicht nur wesentlich zur Wirtschaftlichkeit der gesamten Krankenhausversorgung in Deutschland im engeren Sinne beigetragen. Sie hat dies vielmehr auch bei gleichzeitiger erhöhter Verbesserung der Pflegepersonalausstattung und damit der Pflegequalität geleistet.

Die mit diesem in der Fläche ausgeprägteren Pflegepersonalzuwachs verbundenen positiven Beschäftigungseffekte müssen dabei ebenfalls berücksichtigt werden. Mit ihnen ist nicht nur eine Verbesserung der Arbeitsmarktlage, sondern sind auch erhöhte Beitragseinnahmen der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sowie Steuereinnahmen des Staates verbunden.

4. Kurze Verweildauern, weniger Fehlbelegungen und niedrigeres Substitutionspotential in den Landkreisen

Im Jahre 1997 wurden von der Kassenseite Themen wie Verweildauer, Fehlbelegung und Substituierbarkeit der stationären Behandlung forciert für die einzelnen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern ermittelt und dargestellt.

Soweit es dabei den Anteil der Krankenhausbetten betrifft, die auf Krankenhäuser mit höheren Anteilen von langliegenden Patienten, also Patienten mit einer Verweildauer von mindestens 22 Tagen entfallen, zeigen hier die Landkreise und die Kreisfreien Städte, d.h. die Großstädte

Übersicht 3

**Regionale Spreizung
des
Pflegepersonalzuwachses
1990-1993**

Standortgebiete	Krankenhausbetten ¹ nach unterschiedlichem Zuwachs des Pflegepersonals	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Steigerung des Pflegeperso- nalzuwachses ²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Abbau oder niedriger Zu- wachs ³	47,7	36,5
Mittlerer Zuwachs ⁴	24,7	28,4
Hoher Zuwachs ⁵	27,4	35,1
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten am 31.12.1995
- 2) Prozentuale Steigerung des Pflegepersonals für 1993 auf der Basis von 1990
- 3) Abbau oder Zuwachs des Pflegepersonals von weniger als 10%
- 4) Pflegepersonalzuwachs kleiner als 15%
- 5) Pflegepersonalzuwachs 15% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '94; Stuttgart 1994 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

keinen Unterschied. Hingegen entfällt auf die Landkreise mit etwa 52 Prozent aller Krankenhausbetten ein deutlich höherer Anteil von Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit niedrigeren Langliegeranteilen als in den Großstädten. Diese kommen hier auf lediglich etwa 47 Prozent aller Betten.

Übersicht 4: Regionale Spreizung der Verweildauer 1996

Die Kassenverbände verfolgen seit langer Zeit das Ziel, durch eine Grobanalyse der ihnen zugänglichen Prozessdaten der Krankenhausversorgung Orientierungswerte für die „Wirtschaftlichkeit“ der Krankenhausversorgung zu generieren und auch damit die einzelnen Krankenhäuser unter ökonomisch-politischen Druck zu setzen. Eine zentrale Rolle hierbei spielt der Vorwurf der zahlen- und anteilsstarken „Fehlbelegungen“ der Krankenhäuser mit Patienten, die in Krankenhäusern überhaupt nicht behandelt werden müssten oder dort zu lange behandelt werden.

Die Kassenseite hat zur Abschätzung, in welchen Krankenhäusern in welchem Umfang Fehlbelegungen im Sinne der Behandlung von Fällen ohne Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bestehen, die Anteile derjenigen Fälle an allen Fällen eines Krankenhauses als Indikator gewählt, die dort zwischen 1 und 3 Tagen behandelt wurden und gleichzeitig in der niedrigsten Pflegekategorie eingestuft waren. In diesem Sinne von „Fehlbelegungen“, besser: vermuteten Fehlbelegungen bleiben die Landkreise mit nur 37 Prozent aller Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit hoher Fehlbelegungsvermutung weit hinter den Großstädten zurück. In den Kreisfreien Städten entfallen immerhin 46 Prozent, d.h. bald die Hälfte aller Betten auf Krankenhäuser mit hoher Fehlbelegungsvermutung. Umgekehrt liegt der Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit mittlerer und vor allem niedriger Fehlbelegungsvermutung in den Landkreisen mit etwa 63 Prozent deutlich höher als in den Großstädten. Diese kommen hier auf nur etwa 54 Prozent.

Übersicht 5: Regionale Spreizung der Fehlbelegungsvermutung 1996

Auf der Grundlage vorausgegangener, allerdings sehr umstrittener Falluntersuchungen zur Ersetzbarkeit von stationärer durch ambulante Behandlung hat die Kassenseite das „Substitutionspotential“ in den Fachabteilungen für Innere Medizin, d.h. die Anteile vor allem potenti-

Übersicht 4

**Regionale Spreizung
der
Verweildauer
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ in Krankenhäusern nach unterschiedlichen Anteilen langliegender Patienten	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Langlieger-Patienten²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedriger Anteil ³	47,4	51,7
Mittlerer Anteil ⁴	36,9	32,6
Hoher Anteil ⁵	15,7	15,7
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995

2) Anteil der Fälle mit einer Verweildauer von mindestens 22 Tagen

3) Anteil kleiner als 12%

4) Anteil kleiner als 20%

5) Anteil 20% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

Übersicht 5

**Regionale Spreizung
der
Fehlbelegungsvermutung
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ nach unterschiedlichen Anteilen kurzliegender Patienten mit der niedrigsten Pflegekategorie	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Fehlbelegungsvermutung²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedrig ³	21,9	28,0
Mittel ⁴	31,9	34,8
Hoch ⁵	46,2	37,2
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995
- 2) Anteil der Fälle mit einer Verweildauer von 1 bis 3 Tagen, die an allen Tagen ihres Krankenhaus-Aufenthaltes in die niedrigste Pflegekategorie (A1/S1) eingestuft wurden
- 3) Anteil kleiner als 3%
- 4) Anteil kleiner als 6%
- 5) Anteil 6% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

lem ambulant behandelbarer Fälle ermittelt.

Hier zeigt sich, dass der Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern, die nur ein niedriges oder ein mittleres Substitutionspotential in der Inneren Medizin zeigen, in den Landkreisen mit 68 Prozent aller Krankenhausbetten wesentlich höher ist als in den Kreisfreien Städten. Diese kommen hier lediglich auf etwa 59 Prozent. Umgekehrt liegt der Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit höherem Substitutionspotential in den Kreisfreien Städten mit etwa 41 Prozent weit über demjenigen in den Landkreisen. Dort liegt dieser Anteil bei lediglich 32 Prozent.

Übersicht 6: Regionale Spreizung des Substitutionspotentials der Inneren Medizin 1996

Demnach ist es so, dass die deutlich dezentrale und nur schwach konzentrierte Krankenhausversorgung in der Fläche, d.h. in den Landkreisen bei den von der Kassenseite aufgestellten Kriterien für die „Wirtschaftlichkeit“ von Krankenhäusern wie Verweildauer, Fehlbelegung und Substitutionspotential ohne Zweifel die günstigeren Werte als die Krankenhauswirtschaft in den Großstädten zeigt.

Hierbei gibt es eine einzige Ausnahme: Das Potential an ambulant behandelbaren Fällen der Fachabteilungen für Chirurgie ist bei der Krankenhauswirtschaft in der Fläche höher als in den Großstädten. Der Anteil von Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit hohem Substitutionspotential in den Fachabteilungen für Chirurgie an allen Krankenhausbetten für Chirurgie ist in den Landkreisen mit etwa 43 Prozent deutlich höher als in den Großstädten. Diese zeigen nur etwa 33 Prozent Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit hohem Substitutionspotential an allen Krankenhausbetten für Chirurgie.

Übersicht 7: Regionale Spreizung des Substitutionspotentials der Chirurgie 1996

5. Höherer Pflegeaufwand in den Landkreisen

Wie gezeigt werden konnte, weist die deutlich dezentrale und nur schwach konzentrierte Krankenhausversorgung in der Fläche, d.h. in den Landkreisen, gegenüber der stärker zentrali-

Übersicht 6

**Regionale Spreizung
des
Substitutionspotentials
der
Inneren Medizin
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ der Inneren Medizin nach unterschiedlichen Anteilen potentiell substituierbarer Patienten	
	In Prozent der internistischen Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Substitutionspotential²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedrig ³	28,2	30,0
Mittel ⁴	30,4	38,1
Hoch ⁵	41,4	31,9
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten der Inneren Medizin 31.12.1995
- 2) Anteil der potentiell substituierbaren Fälle laut ICD-Hitliste an allen Fällen der Inneren Medizin
- 3) Anteil kleiner als 10%
- 4) Anteil kleiner als 12%
- 5) Anteil 12% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

Übersicht 7

**Regionale Spreizung
des
Substitutionspotentials
der
Chirurgie
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten ¹ der Chirurgie nach unterschiedlichen Anteilen potentiell substituierbarer Patienten In Prozent der chirurgischen Krankenhausbetten	
	Kreisfreie Städte	Landkreise
Krankenhäuser nach Substitutionspotential ²		
Niedrig ³	41,3	27,9
Mittel ⁴	26,1	28,9
Hoch ⁵	32,6	43,1
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten der Chirurgie 31.12.1995
- 2) Anteil der potentiell substituierbaren Fälle laut ICD-Hitliste an allen Fällen der Chirurgie
- 3) Anteil kleiner als 10%
- 4) Anteil kleiner als 12%
- 5) Anteil 12% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

sierten Krankenhausversorgung in den Großstädten durchgängig die besseren Wirtschaftlichkeitswerte auf. Lediglich im Fachbereich Chirurgie zeigt sie ein höheres Substitutionspotential. Dieses höhere Substitutionspotential im Fachbereich Chirurgie bleibt allerdings, wie dargestellt, ohne merklichen Einfluss auf die insgesamt bessere Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung in der Fläche. Ähnlich verhält es sich mit dem Pflegeaufwand.

Der aus der Sicht der Kassenseite eher fragwürdige als notwendige Pflegeaufwand für Fälle, die in den letzten fünf Tagen des Krankenhaus-Aufenthaltes durchgängig in der niedrigsten Pflegekategorie eingestuft waren, zeigt in den Landkreisen einen deutlich höheren Anteil von Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit höherem Anteil dieser „Leichtpflegetage“. In den Landkreisen entfallen etwa 40 Prozent aller Krankenhausbetten auf Krankenhäuser mit hohem Leichtpflegeanteil. In den Kreisfreien Städten sind es hingegen nur 27 Prozent aller Krankenhausbetten. Gleichzeitig bleibt auch der Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit niedrigerem Leichtpflegeanteil in den Landkreisen mit nur 25 Prozent hinter den Kreisfreien Städten mit 33 Prozent an allen Krankenhausbetten deutlich zurück.

Übersicht 8: Regionale Spreizung des Pflegeaufwandes 1996

Dieser erhöhte Aufwand an „Leichtpflege“ bei der Krankenhausversorgung in den Landkreisen bleibt gleichwohl ohne wesentlichen Einfluss auf deren höhere Wirtschaftlichkeit. Zugleich trägt es sicherlich zu einer familienentlastenderen und familienfreundlicheren Krankenhausversorgung in den Landkreisen als in den Kreisfreien Städten bei.

6. Ausgewogenere Altersstrukturen der Patienten in den Landkreisen

Nach landläufiger Auffassung würde man erwarten, dass zwischen den ungünstigeren Wirtschaftlichkeitswerten, insbesondere den höheren Fallkosten, aber auch den höheren Langliegerwerten in den Großstädten eine stärker durch Hochaltrige geprägte Patientenschaft der Krankenhäuser in den Großstädten steht.

Dem ist jedoch nicht so. Zwar liegt der Anteil derjenigen Krankenhausbetten, die in Kranken-

Übersicht 8

**Regionale Spreizung
des
Pflegeaufwandes
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ nach unterschiedlichem Rest-Pflegeaufwand	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach Rest-Pflegeaufwand²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedriger Anteil ³	33,3	25,3
Mittlerer Anteil ⁴	39,3	35,0
Hoher Anteil ⁵	27,4	39,7
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995
 2) Anteil der Fälle, die in den letzten 5 Tagen ihres Krankenhaus-Aufenthaltes durchgängig in die niedrigste Pflegekategorie (A1/S1) eingestuft wurden
 3) Anteil kleiner als 10%
 4) Anteil kleiner als 20%
 5) Anteil 20% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

häusern mit hohen Anteilen von Hochaltrigen stehen, an allen Krankenhausbetten in den Großstädten mit etwa 16 Prozent etwas über denjenigen in den Landkreisen mit etwa 12 Prozent. Dieser Abstand erklärt aber die viel stärker ausgeprägten Wirtschaftlichkeitsunterschiede zwischen den Landkreisen und den Großstädten nur ansatzweise.

Insbesondere ist in den Großstädten der Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit niedrigeren Anteilen Hochaltriger mit 42 Prozent wesentlich höher als in den Landkreisen, die hier nur auf 26 Prozent kommen. Dabei ist dann allerdings die Struktur der Krankenhausbetten in den Landkreisen durch einen weit über den Großstädten liegenden Anteil der Krankenhausbetten mit mittlerem Anteil Hochaltriger geprägt. Dieser Anteil beträgt in den Landkreisen etwa 62 Prozent, in den Großstädten etwa 42 Prozent.

Übersicht 9: Regionale Spreizung des Patientenalters 1996

Diese Prägung der Struktur der Krankenhausbetten durch besonders hohe Anteile von Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit mittleren Anteilen Hochaltriger ist nicht nur ein wichtiger Faktor für die mehrfach beschriebene höhere Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung in der Fläche. Es ist auch ein Reflex der gegenwärtig noch ausgewogeneren Altersstruktur in den Landkreisen im Vergleich zu den Großstädten.

An dieser Stelle wird dann deutlich sichtbar, dass die von den Kassenverbänden durchgängig geübte Ausblendung aller regionalspezifischen Aspekte eine angemessene Bestimmung der Wirtschaftlichkeitsziele und damit auch eine Erreichung von tatsächlich mehr Wirtschaftlichkeit verhindert. Die Vermutung muss allerdings geäußert werden, dass dies auch gar nicht das eigentliche Ziel der Kassenverbände ist. Das eigentliche Ziel der Kassenverbände dürfte eher der Ausbau und die Festigung ihrer Entscheidungsmacht gerade durch räumlich undifferenzierte Wirtschaftlichkeitsvorgaben sein.

Übersicht 9

**Regionale Spreizung
des
Patientenalters
1996**

Standortgebiete	Krankenhausbetten¹ in Krankenhäusern nach unterschiedli- chen Anteilen älterer Patienten	
	In Prozent der Krankenhausbetten	
Krankenhäuser nach älteren Patienten²	Kreisfreie Städte	Landkreise
Niedriger Anteil ³	42,2	26,3
Mittlerer Anteil ⁴	42,2	61,6
Hoher Anteil ⁵	15,6	12,1
Alle Krankenhäuser	100,0	100,0

- 1) Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern; Ist-Betten 31.12.1995
- 2) Anteil der Patienten, die älter als 75 Jahre sind
- 3) Anteil kleiner als 15%
- 4) Anteil kleiner als 25%
- 5) Anteil 25% oder größer

Quelle: Eigene Auswertungen und Arnold/Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97; Stuttgart 1997 und Statistisches Bundesamt: Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.95; Wiesbaden 1997

**KONZENTRATION DER KRANKENHAUSVERSORGUNG
IN DEN BALLUNGSRÄUMEN:
FEHLVERTEILUNG DER KLINIKKAPAZITÄTEN
ALS
CHANCE FÜR DIE KLEINEREN KRANKENHÄUSER⁴¹**

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Akademie und Institut für Sozialforschung
Tenno am Gardasee

⁴¹ Vortrag zur Fachkonferenz der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Familienkrankenhaus als Leitbild für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, Yachthotel Chiemsee, Prien am Chiemsee, 05. November 1999

1. Umland-Stadt-Probleme in der Krankenversorgung

Ohne Zweifel bedeutet die „Familie“ in ihren verschiedenen Ausformungen für die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in unserem Lande ein bedeutsames Potenzial – vorausgesetzt, die entsprechenden familienbezogenen Angebote werden entwickelt.

Wichtig und zu beachten ist dabei, dass die „Familie“ als solche und dass die verschiedenen Ausformungen von Familie sehr unterschiedliche regionale Verteilungsmuster zeigen. So sind bspw. die Umlandkreise der städtischen Ballungskerne der bevorzugte Lebensraum der „Normalfamilien“, d.h. der Ehepaare mit Kindern. Andere Familienformen wie bspw. Lebensgemeinschaften mit Kindern oder alleinerziehende Elternteile häufen sich in den Großstädten. Großfamilien finden sich bevorzugt in den ländlichen Gebieten.

Leider werden diese ganz wesentlichen Bevölkerungs- und damit Bedarfsunterschiede zwischen den verschiedenen Regions- und Siedlungstypen von den Krankenhausplanungsbehörden und noch mehr von den Kassenverbänden geradezu hartnäckig ignoriert. Insbesondere die Umland-Stadt-Problematik mit ihrer Abwanderung von wirtschaftlich interessanten Behandlungsfällen aus den Krankenhäusern des Umlandes in die Krankenhäuser der Kernstädte ist seit langen Jahren ein dringliches Problem, das die Krankenhauspraktiker sehr wohl kennen, das aber die Krankenhausbehörden und die Kassenbürokratien niemals zur Kenntnis genommen haben.

Bereits Ende der achtziger Jahre und dann vor allem zu Beginn der neunziger Jahre hat die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. eine ganze Reihe umfangreicher Regionalstudien zu dieser Umland-Stadt-Problematik vorgelegt – u.a. für die Räume Aachen, Baden-Baden, Osnabrück, Stuttgart und Ulm. Diese Umland-Stadt-Untersuchungen waren es, durch die das Institut überhaupt erst auf die Bedeutung der Familie für die Krankenhausversorgung aufmerksam geworden ist. Damals ist das Institut auf das Phänomen der gegenläufigen Wanderung gestoßen, dass zwar die jungen Familien zum Wohnen aus den Zentren ins Umland ziehen, zur Krankenhausbehandlung dann aber wieder in die Zentren gehen müssen. In der Regionalforschung und Regionalplanung sind solche gegenläufigen Wanderungen als Stadt-

Umland- und Umland-Stadt-Dynamik wohlvertraut⁴². In der Krankenhausdiskussion weiß man nicht einmal, dass es so etwas überhaupt gibt.

2. Räumliche Fehlzurordnung von Krankenhausbetten und Familienhaushalten

Augenfälligstes Faktum in der räumlichen Einbindung der Krankenhausversorgung ist das Verhältnis von Familienprägung und von Krankenhausedichte in den Regionen in Deutschland. Dort, wo die Haushalte besonders klein, d.h. die Familien eher die Minderheit sind, nämlich in den Kernstädten der Ballungsräume, dort ist die Zahl der Planbetten in Akutkrankenhäusern, bezogen auf die Einwohner, besonders hoch. Und dort wo die Haushalte deutlich größer, d.h. die Familien eher die Mehrheit sind, nämlich in den Umlandkreisen und in den Landgebieten, dort ist die Zahl der Planbetten in Akutkrankenhäusern, bezogen auf die Einwohner, weitaus niedriger.

Übersicht 1: Regionale Familienprägung und Krankenhausedichte in Deutschland 1996

Es muss also eine mögliche Fehlverteilung der Klinikkapazitäten, bezogen auf die Familienstrukturen, konstatiert werden. Bei dieser möglichen Fehlverteilung der Klinikkapazitäten darf allerdings der deutliche Unterschied zwischen den sogenannten „alten“ Bundesländern und den sogenannten „neuen“ Bundesländern keinesfalls übersehen werden.

In den „neuen“ Bundesländern sind auch in den Kernstädten die größeren Haushalte noch anteilsstark, d.h. die Familien noch immer die vorherrschende Lebensform. Gleichzeitig ist die Zahl der Planbetten, bezogen auf die Einwohner, nicht in dem Ausmaß überhöht wie in den „alten“ Bundesländern. Zuletzt ist auch noch die Bettendichte in den Umlandkreisen und in den ländlichen Kreisen der „neuen“ Bundesländer teilweise deutlich höher als in den „alten“ Bundesländern. Kurzum: Das mögliche Missverhältnis von Krankenhausedichte und von Familienprägung hat in den neuen Bundesländern noch nicht das Ausmaß erreicht, das für die alten Bundesländer Gültigkeit hat.

⁴² Vgl. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Stadt-Umland-Beziehungen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 4/5 1996

Übersicht 1

**Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte
in
Deutschland
1996**

Familienprägung/ Krankenhausdichte	Familienprägung Personen pro Haushalt	Krankenhausdichte Planbetten* je 10.000 Einwohner
Regionstypen		
Kernstädte ¹	1,9 - 2,0	96 - 113
Umlandkreise ² und Ländliche Kreise ³	2,3 - 2,5	51 - 76

*) In Akutkrankenhäusern

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise und verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden - Ausgabe 1998, Bonn 1998

- Übersicht 2: Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte in den neuen Bundesländern 1996
- Übersicht 3: Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte in den alten Bundesländern 1996

3. Räumliche Fehlzuordnung von Geburtshilfe- sowie Kinderheilkundebetten und von Familienhaushalten

Der Gesichtspunkt der möglichen räumlichen Fehlverteilung der Krankenhauskapazitäten soll nun durch einen Blick auf die Verhältnisse in ausgewählten Fachgebieten der Krankenhausversorgung vertieft werden.

Hier bietet sich zunächst vor allem der Bereich der Geburtshilfe an. Hier kommen in den Kreisfreien Städten, d.h. in den Großstädten zwar nur 89,6 Lebendgeborene auf jeweils 10.000 Einwohner, in den Landkreisen sind es demgegenüber 96,8 Lebendgeborene je 10.000 Einwohner. Gleichwohl verfügen die Großstädte mit etwa 2,5 Geburtshilfebetten je 10.000 Einwohner über eine wesentlich höhere Bettendichte in der Geburtshilfe als die Landkreise mit ihren nur etwa 1,6 Geburtshilfebetten je 10.000 Einwohner.

Übersicht 4: Regionalverteilung der Geburten in Deutschland 1994

Übersicht 5: Regionalverteilung der Betten für Geburtshilfe in Deutschland 1995

Noch drastischer als in der Geburtshilfe fällt die räumliche Fehlverteilung der Krankenhauskapazitäten in der Kinderheilkunde aus. Hier stellen die Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahre in den Großstädten nur noch 14,5 Prozent der Bevölkerung. In den Landkreisen sind es dagegen 17,2 Prozent Kinder- und Jugendlichenanteil an der Bevölkerung. Gleichwohl verfügen die Großstädte über eine mehr als doppelt so hohe Ausstattung an Betten für Kinderheilkunde wie die Landkreise.

Epidemiologen und Sozialmediziner warnen vor der in der Öffentlichkeit noch nicht angekommenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Kinder und der Jugendlichen. An-

Übersicht 2

**Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte
in den
neuen Bundesländern
1996**

Familienprägung/ Krankenhausdichte	Familienprägung Personen pro Haushalt	Krankenhausdichte Planbetten* je 10.000 Einwohner
Regionstypen		
Kernstädte ¹	2,0 - 2,3	95 - 100
Umlandkreise ² und Ländliche Kreise ³	2,2 - 2,4	49 - 83

*) In Akutkrankenhäusern

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise und verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden - Ausgabe 1998, Bonn 1998

Übersicht 3

**Regionale Familienprägung und Krankenhausdichte
in den
alten Bundesländern
1996**

Familienprägung/ Krankenhausdichte	Familienprägung Personen pro Haushalt	Krankenhausdichte Planbetten* je 10.000 Einwohner
Regionstypen		
Kernstädte ¹	1,9	96 - 119
Umlandkreise ² und Ländliche Kreise ³	2,3 - 2,5	51 - 74

*) In Akutkrankenhäusern

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstäderten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise und verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und verstäderten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, verstäderten Räumen und ländlichen Räumen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden - Ausgabe 1998, Bonn 1998

Übersicht 4

**Regionalverteilung der
Geburten
in
Deutschland
1994**

Geburten	Lebendgeborene Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	89,6
Landkreise	96,8

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 5

**Regionalverteilung der Betten
für Geburtshilfe
in
Deutschland
1995**

Geburtshilfe	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	2,49
Landkreise	1,57

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

gesichts dieser Lage ist die räumliche Fehlverteilung der Pädiatriebetten besonders gravierend.

Übersicht 6: Regionalverteilung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland 1994

Übersicht 7: Regionalverteilung der Betten für Kinderheilkunde in Deutschland 1995

4. Räumliche Fehlzuordnung von Unfallchirurgiebetten, Urologiebetten und Rheumatologiebetten

Damit nicht genug: Nicht nur in der Geburtshilfe und in der Kinderheilkunde, auch in der Unfallchirurgie stimmt die räumliche Verteilung der Kapazitäten nicht. Großstädte haben, das wissen Verkehrsplaner schon lange, eine erkennbar niedrigere Unfallverletzten-Dichte als Landgebiete. Gleichwohl verfügen die Großstädte über eine Ausstattungsdichte mit Betten der Unfallchirurgie, die weit mehr als doppelt so hoch wie in den Landkreisen ist.

Übersicht 8: Regionalverteilung der Verkehrsunfallverletzten in Deutschland 1994

Übersicht 9: Regionalverteilung der Betten für Unfallchirurgie in Deutschland 1995

Anzusprechen sind noch zwei Fachgebiete, nämlich die Urologie und die Rheumatologie. Die in diesen Fachgebieten einschlägigen Erkrankungsarten treten gehäuft bei den schon etwas älteren Erwachsenen, d.h. zwischen dem 40-igsten und dem 60-igsten Lebensjahr in Erscheinung. Diese Altersgruppe der Bevölkerung hat in den Großstädten und in den Landkreisen sehr ähnliche Anteile an der Gesamtbevölkerung. Trotzdem liegt insbesondere in der Urologie die Bettendichte in den Großstädten mehr als doppelt so hoch wie in den Landkreisen. Auch in der bislang zu schwach entwickelten Rheumatologie sind die Großstädte besser ausgestattet.

Übersicht 10: Regionalverteilung der älteren Erwachsenen in Deutschland 1995

Übersicht 11: Regionalverteilung der Betten für Urologie in Deutschland 1995

Übersicht 12: Regionalverteilung der Betten für Rheumatologie in Deutschland 1995

Übersicht 6

**Regionalverteilung der
Kinder und Jugendlichen
in
Deutschland
1994**

Kinder und Jugendliche	Bevölkerung bis unter 15 Jahre an der gesamten Bevölkerung
Gebietstypen	In Prozent
Kreisfreie Städte	14,5
Landkreise	17,2

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 7

**Regionalverteilung der Betten
für Kinderheilkunde
in
Deutschland
1995**

Kinderheilkunde	Betten in Akutkrankenhäusern*
Gebietstypen	Je 10.000 Einwohner
Kreisfreie Städte	5,52
Landkreise	2,00

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 8

**Regionalverteilung der
Verkehrsunfallverletzten
in
Deutschland
1994**

Unfallverletzte	Bei Verkehrsunfällen Verletzte Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	60,2
Landkreise	64,9

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 9

**Regionalverteilung der Betten
für Unfallchirurgie
in
Deutschland
1995**

Unfallchirurgie	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	4,09
Landkreise	1,45

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 10

**Regionalverteilung der
älteren Erwachsenen
in
Deutschland
1995**

Ältere Erwachsene	Bevölkerung von 40 bis 60 Jahren an der gesamten Bevölkerung
Gebietstypen	In Prozent
Kreisfreie Städte	27,2
Landkreise	26,4

Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 11

**Regionalverteilung der Betten
für Urologie
in
Deutschland
1995**

Urologie	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	3,87
Landkreise	1,50

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

Übersicht 12

**Regionalverteilung der Betten
für Rheumatologie
in
Deutschland
1995**

Rheumatologie¹	Betten in Akutkrankenhäusern* Je 10.000 Einwohner
Gebietstypen	
Kreisfreie Städte	0,68
Landkreise	0,40

*) Ist-Bestand am 31.12.1995

1) Internistische und orthopädische Rheumatologie

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis, Stand: 31.12.1995 und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen - Ausgabe 1996, Hannover 1996

5. Beschleunigte räumliche Fehlzurordnung von Krankenhausbetten und Familienhaushalten vor allem in den neuen Bundesländern

Bislang wurde die räumliche Fehlverteilung der Krankenhauskapazitäten sozusagen nur statisch, d.h. für das Stichjahr 1995 dargestellt. Nunmehr soll sie auch dynamisch, nämlich über mehrere Jahre hinweg aufgezeigt werden. Hier fällt ins Auge, dass bspw. zwischen 1992 und 1995 durchaus in beiden Teilen Deutschlands, also in den „neuen“ wie auch in den „alten“ Bundesländern, ein Abbau von Krankenhausbetten stattgefunden hat. Dieser Bettenabbau war allerdings in den Landkreisen der neuen Bundesländer etwa zehnmal so hoch wie in den Landkreisen der alten Bundesländer.

Übersicht 13: Regionaler Bettenabbau in den neuen und alten Bundesländern 1992-1995

Dieser rasante Bettenabbau in den Umlandkreisen und in den Landgebieten der neuen Bundesländer traf dort mit einer ebenso rasanten Abwanderung der Familienhaushalte aus den Ballungskernen in das Umland zusammen. In den Landkreisen der neuen Bundesländer wurden also genau in dem Augenblick massiv Krankenhausbetten abgebaut, in dem dort massenweise Familienhaushalte angekommen sind. Schon in wenigen Jahren wird sich diese Fehlentwicklung in der räumlichen Verteilung der Krankenhausbetten insbesondere in den Landkreisen der neuen Bundesländer zeigen.

Übersicht 14: Familienwanderung in den neuen und alten Bundesländern 1995

Ergänzend muss angemerkt werden, dass in den „neuen“ Bundesländern eine Zuwanderung in die Umlandkreise nicht nur aus den Ballungszentren, sondern auch aus den peripheren Landgebieten feststellbar ist.

6. Räumliche Fehlzurordnung von Krankenhausbetten und Familienhaushalten als Chance für kleine Umlandkrankenhäuser

In der beschriebenen räumlichen Fehlverteilung der Klinikkapazitäten sind aber auch erhebli-

Übersicht 13

**Regionaler Bettenabbau
in den
neuen und alten
Bundesländern
1992 - 1995**

Bettenabbau	Abnahme (-) oder Zunahme (+) der Planbetten zwischen 1992 und 1995	
	Je 10.000 Einwohner	
Regionstypen	neue Bundesländer	alte Bundesländer
Kernstädte ¹	- 10,5 bis - 12,9	- 0,7 bis - 1,3
Umlandkreise ² und Ländliche Kreise ³	- 10,2 bis - 42,1	+ 0,9 bis - 4,0

*) In Akutkrankenhäusern

1) Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

2) Hochverdichtete Kreise und verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen

3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden - Ausgabe 1998, Bonn 1998

Übersicht 14

**Familienwanderung
in den
neuen und alten
Bundesländern
1995**

Wanderung	Zuzug (+) und Fortzug (-) der unter 18 und der 30 bis 50 Jährigen	
	Je 1.000 der Altersgruppe	
Regionstypen	neue Bundesländer	alte Bundesländer
Kernstädte ¹	- 12,7 bis - 25,2	- 7,2 bis - 9,8
Umlandkreise ² und Ländliche Kreise ³	+ 2,5 bis + 14,2	+ 0,6 bis + 14,1
Ländliche Räume ⁴	- 3,2 bis - 5,1	+ 7,0 bis + 8,6

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen
- 2) Hochverdichtete Kreise und verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen
- 3) Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen und verstädterten Räumen
- 4) Ländliche Kreise in ländlichen Räumen

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden - Ausgabe 1998, Bonn 1998

che Chancen für die Entwicklung der Krankenhausversorgung enthalten. Zunächst einmal ist es ja so, dass mit jungen Familien nicht nur ein heutiger und ein morgiger Bedarf an Krankenhausversorgung, sondern vor allem ein Bedarf an Krankenhausversorgung in noch vielen kommenden Jahren verbunden ist.

Wenn also vor allem junge Familien in Räumen leben oder in Räume wandern, aus denen sich die Krankenhausversorgung zurückzieht und zurückgezogen hat, dann entsteht in diesen Räumen ein Versorgungsdefizit, ein Angebotsvakuum von langer Dauer. Dieses Versorgungsdefizit bzw. Angebotsvakuum in den Umlandkreisen und in den Landgebieten, bezogen vor allem auf die jungen Familien dort, ist die Chance für die kleineren Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.

Wie nun können und wie nun sollen die kleineren Krankenhäuser diese Chance nutzen? Zu denken ist hier an eine Art Baukastensystem: Grundelement in diesem Baukastensystem ist zunächst eine entschiedene Umorientierung der angebotenen Krankenhausversorgung weg von der Ausrichtung an den einzelnen Fachgebieten und den verschiedenen Versorgungsstufen des Krankenhauswesens und hin zu den Lebenslagen und zu den Erkrankungsschwerpunkten der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet bzw. Standortraum – und das sind vor allem zugezogene und weiter zuziehende junge Familien, aber auch ältere Ruheständler.

Entscheidend wichtig ist es dabei vor allem solche Behandlungsangebote zu etablieren, die Zugang zu den Familien schaffen und die vor allem auf die Kinder- und Jugendlichengeneration und auf die Jungelterngeneration, aber auch auf die Ruhestandsgeneration ausgerichtet sind.

Neben einem Grundelement „Familienkrankenhaus“ für den eigenen Standortraum kann man sich auch ein Aufbauelement „Ballungsraumangebote“ vorstellen: So wie die jungen Familien in der Eigenheimphase aus den Ballungskernen und teilweise aus den peripheren Landregionen in das weitere Umfeld der Großstädte ziehen, weil es dort günstige und gesunde Wohnmöglichkeiten und weil es dort freie und gut bezahlte Arbeitsplätze gibt, ebenso ist es möglich, dass Patientinnen und Patienten anstelle der Massenabfertigung in Großstadtkrankenhäusern eine individuelle Behandlung in kleinen Umlandkrankenhäusern bevorzugen.

Entbindungen, Venenoperationen, Augenoperationen, Plastische Chirurgie, Hüftoperationen etc. bieten sich geradezu an, dass sie von agilen kleineren Krankenhäusern mit Standort im weiteren Umland in die Behandlungsmärkte der Ballungsräume hinein angeboten werden. Die Bildung von regionalen Anbietergemeinschaften, bestehend aus mehreren kleinen Krankenhäusern und mehreren Facharztpraxen, mit Blickrichtung auf den jeweiligen Ballungsraum, liegt nahe. Das Interessante ist, dass in vielen Fällen schon Patientenzuwanderungen aus den Ballungsräumen bestehen und dass daraus nunmehr nur noch eine Strategie und ein Konzept gemacht werden müssen.

Neben dem Grundelement „Familienkrankenhaus“ und neben dem Aufbauelement „Ballungsraumangebote“ ist auch noch ein Dachelement „Hochleistungszugriff“ erforderlich, um das Versorgungsdefizit und um das Angebotsvakuum in den Umlandkreisen und Landgebieten ausfüllen zu können. Unter diesem Dachelement „Hochleistungszugriff“ ist die anhaltende und die arbeitsteilige Kooperation von Krankenhäusern in den Großstädten oder von Spezialkliniken in den Großstädten mit einem ganzen Netz von „Familienkrankenhäusern“ in den Umlandkreisen und in den Landgebieten zu verstehen.

Bei dieser Kooperation kommt es darauf an, die diagnostisch-therapeutischen Hochleistungsmöglichkeiten von Krankenhäusern und Kliniken in den Ballungszentren in geeigneter Art und Weise bei den „Familienkrankenhäusern“ vor Ort verfügbar zu machen. Telemedizin ist dabei ein möglicher Weg, um den physischen Patiententransport in die Zentren überflüssig zu machen.

Durch „Hochleistungszugriff“ werden die Familienkrankenhäuser in die Lage versetzt, ihrem Standortraum ohne die Notwendigkeit einer Behandlung in Ballungszentren gleichwohl Hochleistungsversorgung zu bieten. Zuletzt werden die Familienkrankenhäuser durch Hochleistungszugriff in die Lage versetzt, auch Hochleistungsversorgung zielgruppengerecht in die Ballungsräume hinein anzubieten. Der Nutzen für die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und für die Spezialkliniken in den Ballungsräumen liegt bei solchen Kooperationen vor allem im Bereich der Budgetsteuerung und der Budgetpflege.

7. Hoher Versorgungsanteil der kleineren Krankenhäuser in den USA als Hinweis

Dass die Konzentration der Krankenhausversorgung in den Ballungsräumen, dass die räumliche Fehlverteilung der Klinikkapazitäten angesichts der tatsächlich ganz anderen Mobilität der Bevölkerung, insbesondere der Familien eine große Chance für die kleineren Krankenhäuser ist, kann man mit einem diesmal nicht dem Sozialabbau und nicht der Infrastrukturdemontage, sondern der Ermutigung dienenden Vergleich mit den Vereinigten Staaten verdeutlichen.

Die kleineren Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten haben einen weit mehr als doppelt so hohen Bettenanteil wie die kleineren Krankenhäuser in Deutschland, umgekehrt haben die großen Krankenhäuser in den Vereinigten Staaten weniger als ein Drittel des Bettenanteils, über den die großen Krankenhäuser in Deutschland verfügen. Dies besagt zumindest, dass in einem vorwiegend marktgesteuerten Gesundheitswesen wie demjenigen in den Vereinigten Staaten, das im übrigen keineswegs als erstrebenswert zu betrachten ist, kleinere Krankenhäuser offenbar sogar vergleichsweise bessere Chancen haben als Großkliniken.

Übersicht 15: Größenklassen-Spreizung der Akutkrankenhäuser in den Vereinigten Staaten und in Deutschland 1995 und 1997

Übersicht 15

**Größenklassen-Spreizung
der
Akutkrankenhäuser
in den
Vereinigten Staaten und in Deutschland
1995 und 1997**

Bettenanteile	Anteile der Krankenhäuser* nach Größenklassen an der Bettenzahl aller Krankenhäuser	
	In Prozent	
Krankenhäuser	Vereinigte Staaten	Deutschland
Krankenhäuser bis 100 Betten	11,6	4,5
Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Betten	3,9	14,6

*) Akutkrankenhäuser

Quelle: Eigene Untersuchungen und Berechnungen sowie FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998 und Statistisches Bundesamt

**DEMOGRAPHIE UND REGION:
AUSWIRKUNGEN
DER
DEMOGRAPHISCHEN ENTWICKLUNG
AUF DIE
REGIONALE KRANKENHAUSVERSORGUNG⁴³**

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Akademie und Institut für Sozialforschung
Tenno am Gardasee

⁴³ Vortrag zur Frühjahrstagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Landesgruppe Thüringen 10. Mai 2001 Radisson SAS Hotel Erfurt

1. Regionale Disparität von Demographie und Fachgebietemedizin

Welche Auswirkungen die demographische Entwicklung auf die gegenwärtige Krankenhausversorgung hat und welche Anforderungen die demographische Entwicklung an die zukünftige Gestaltung der Krankenhausversorgung stellt, hängt ganz wesentlich davon ab, wie die allgemeine Demographie in den unterschiedlichen Regionen überhaupt „ankommt“. Die stationäre Versorgung ist weit überwiegend regionale Versorgung. 70 bis 80 Prozent aller Krankenhausleistungen werden für Patientinnen und Patienten erbracht, die ihren Wohnsitz im engeren Standortraum der Krankenhäuser haben.

Nachfolgend werden einige der typischen Muster aufgezeigt, nach denen die gegenwärtige Bevölkerungsstruktur und die gegenwärtige Bevölkerungsdynamik, d.h. die gegenwärtige Demographie in den unterschiedlichen Regionstypen und dabei dann eben in den unterschiedlichen Krankenhauslandschaften auftritt.

Ein erstes derartiges Muster ist die augenfällige regionale Disparität von Demographie einerseits und Fachgebietemedizin andererseits. Dies kann zunächst am Beispiel Geburten und Geburtshilfebetten und dann am Beispiel Kinder und Jugendliche sowie Kinderheilkundebetten erläutert werden. Soweit es zunächst das regionale Verhältnis von Geburten und Geburtshilfebetten betrifft, gilt hier, dass in den Kreisfreien Städten, d.h. in den Großstädten zwar nur knapp 90 Geburten je 10.000 Einwohner anfallen – gegenüber knapp 97 Geburten je 10.000 Einwohner in den Landkreisen – gleichwohl aber die Dichte der Betten für Geburtshilfe weit über derjenigen in den Landkreisen liegt.

Übersicht 1: Regionale Disparität der Geburten und der Geburtshilfebetten in Deutschland 1994/1995

Die stationäre Geburtshilfe ist sozusagen vor der demographischen Entwicklung in die Großstadt „geflüchtet“. Während noch im Jahr 1990 die Ausstattungsdichte der Großstädte mit Betten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe nur 60 Prozent höher war als in den Landkreisen, war dieser Überhang im Jahre 1995 bereits auf 68 Prozent angestiegen. Gleichzeitig lag

Übersicht 1

**Regionale Disparität
der
Geburten und der Geburtshilfebetten
in Deutschland
1994/1995**

Geburten/ Geburtshilfe	Lebendgeborene ¹	Betten für Geburtshilfe ²
Gebietstypen	Je 10.000 Einwohner	
Kreisfreie Städte	89,6	2,49
Landkreise	96,8	1,57

1) 1994

2) Ist-Bestand in Akutkrankenhäusern am 31.12.1995

Quelle: Eigene Auswertungen und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland – Ausgabe 1996, Hannover 1996 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis: Stand: 31.12.1995

die Geburtenhäufigkeit in den Großstädten um bald 37 Prozent unter derjenigen in den Landkreisen.

Die Hauptursache dafür, dass die Demographiekomponente „Geburten“ in den Landgebieten auf eine zunehmend verdünnte Versorgungsstruktur auftrifft, liegt in der Ausrichtung der Krankenhausplanung an der Fachgebietemedizin der ärztlichen Weiterbildungsordnung und damit an den innerärztlichen Handlungs-, Entscheidungs- und Wertemustern. Die Krankenhausplanung ist bislang nicht ausreichend an den demographischen Prozessen und ihren regionalen Ausprägungen orientiert.

Das Muster regionaler Disparität gilt nicht nur für stationäre Versorgung der demographischen Komponente „Geburten“ – es gilt, wie schon angedeutet, ebenso auch für die demographische Komponente „Kinder und Jugendliche“. Auch in der stationären Kinderheilkunde muss eine sozusagen „Flucht“ der Krankenhausversorgung vor der demographischen Entwicklung vom Land in die Großstädte registriert werden.

Übersicht 2: Regionale Disparität der Kinder und Jugendlichen und der Kinderheilkundebetten in Deutschland 1994/1995

Im Jahre 1995 war die Ausstattungsdichte der Großstädte mit Betten für Kinderheilkunde etwa dreimal so hoch wie diejenige der Landkreise. Gleichzeitig blieb aber der Anteil der Kinder und Jugendlichen an den Großstadteinwohnern um etwa 15 Prozent unter demjenigen in den Landgebieten. Noch im Jahre 1990 hatte der Ausstattungüberhang der Großstädte bei den Kinderheilkundebetten erst das Eineinhalbfache der Landkreise betragen. Nur fünf Jahre später war dieser Wert bereits auf das Dreifache angestiegen.

Auch die Demographiekomponente „Kinder und Jugendliche“ trifft damit vor allem in den Landkreisen auf eine sich zunehmend ausdünnende Versorgungsstruktur. Hauptursache ist auch hier wieder die Ausrichtung der Krankenhausplanung an der Fachgebietemedizin der ärztlichen Weiterbildungsordnung und damit an den innerärztlichen Handlungs-, Entscheidungs- und Wertemustern, nicht aber an den regionaldemographischen und an den regional-epidemiologischen Gegebenheiten.

Übersicht 2

**Regionale Disparität
der
Kinder und Jugendlichen und der Kinderheilkundebetten
in Deutschland
1994/1995**

Kinder u. Jugendliche/ Kinderheilkunde	Bevölkerung bis unter 15 Jahre an der gesamten Bevölkerung ¹	Betten für Kinderheilkunde ²
Gebietstypen	In Prozent	Je 10.000 Einwohner
Kreisfreie Städte	14,5	5,52
Landkreise	17,2	1,82

1) 1994

2) Ist-Bestand in Akutkrankenhäusern am 31.12.1995

Quelle: Eigene Auswertungen und Niedersächsisches Landesamt für Statistik (Hrsg.): Kreiszahlen: Ausgewählte Regionaldaten für Deutschland – Ausgabe 1996, Hannover 1996 sowie Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Krankenhausverzeichnis: Stand: 31.12.1995

Es wird vorrangige Aufgabe der Zukunft sein, und die Erfüllung dieser Aufgabe muss vor allem von den Krankenhäusern selbst angegangen und eingefordert werden, die Krankenhausplanung tatsächlich an der regionalen Demographie und Epidemiologie zu orientieren, wenn es nicht zu noch stärkeren Disparitäten zwischen Demographie und Fachgebietemedizin kommen soll.

2. Regionale Kongruenz von Familienwanderung und Krankenhausstandortestreuung

Es gibt aber auch noch andere, erfreulichere Muster, nach denen die allgemeine Demographie in den unterschiedlichen Regionstypen und damit dann auch in den unterschiedlichen Krankenhauslandschaften ankommt. Dies gilt in erster Linie für die regionale Kongruenz von Familienwanderung und von Krankenhausstandortestreuung.

Was ist damit gemeint? Gemeint ist damit, dass weit über die Hälfte aller Deutschen, die in Privathaushalten leben, in Familienhaushalten⁴⁴ wohnen. Diese meist jüngeren Familienhaushalte zeigen eine spezifische räumlich-regionale Mobilität. Sie ziehen bevorzugt aus den Großstädten in die Umlandkreise dieser Großstädte. Dabei verlagern sie dann mit ihrem Wohnsitz natürlich auch ihren familientypischen Bedarf an Krankenhausversorgung aus den Großstädten in die Umlandkreise.

Vor diesem Hintergrund ist es als außerordentlich vorteilhaft zu betrachten, dass es trotz der zahlreichen Krankenhausschließungen der zurückliegenden Jahre, allein zwischen 1990 und 1995 wurden über 100 Krankenhausbetriebsstätten aufgegeben, nicht zu dem befürchteten Kahlschlag in der Fläche, d.h. Kahlschlag in den Landkreisen gekommen ist. Es ist vielmehr sogar so, dass die meist breit standortgestreuten kleineren und mittleren Krankenhäuser bis 300 Betten ihren Anteil an allen Krankenhäusern in den Landkreisen von 73 Prozent im Jahre 1990 auf 76 Prozent im Jahre 1995 haben steigern können. Die in die Umlandkreise gezogenen und ziehenden jüngeren Familienhaushalte treffen daher dort auf eine gut geeignete breit gestreute Versorgungsstruktur kleinerer und mittlerer Krankenhäuser, die freilich sehr viel

⁴⁴ Haushalte mit Kindern und mit drei und mehr Personen im Haushalt

deutlicher noch als bislang auf ihre Rolle als familiennahe Versorgungseinrichtungen ausgerichtet werden müssen. Die behauptete regionale Kongruenz von Familienmobilität und von Krankenhausstandortestreuung zeigt sich in den hohen Zuwanderungssalden der Familienhaushalte in den Landkreisen und in den gleichzeitig hohen Anteilen der kleineren und mittleren Krankenhäuser bis 300 Betten ebenfalls in den Landkreisen.

Übersicht 3: Regionale Kongruenz von Familienwanderung und Krankenhausstruktur in Deutschland 1995

Dass die demographische Komponente „Jungfamilie“ in den Landkreisen auf eine gut geeignete Standortstruktur, leider aber nicht Fachgebietestruktur – siehe Geburtshilfe und Kinderheilkunde – trifft, hat seine Hauptursache im Engagement der Gebietskörperschaften, im Engagement der Krankenhausleitungen und im Engagement der Bürger für ihre Krankenhäuser in der Fläche.

In Zukunft wird es darum gehen, diese faktische Kongruenz von Familienmobilität und Krankenhausgrößenstruktur in den Umlandkreisen politisch und planerisch auszugestalten und weiterzuentwickeln, um so eine bestmögliche Abstimmung von Familienhaushalten und Krankenhausversorgung zu erreichen. Vor allem wird es darum gehen, sowohl die stationäre Geburtshilfe wie auch die stationäre Kinderheilkunde wieder stärker in die Fläche zu bringen.

3. Regionales Potential von Männermorbidity und Männermortality

Ein drittes Muster ist noch zu beschreiben, nach dem die gegenwärtige Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsdynamik, d.h. die gegenwärtige Demographie in den unterschiedlichen Regionstypen und dabei dann in den unterschiedlichen Krankenhauslandschaften ankommt. Gemeint ist das regionale Potential der Männermortality und der Männermorbidity in Deutschland. Alle demographischen Prognosen für Deutschland gehen davon aus, dass es bei der eklatanten Vorsterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen in Deutschland, derzeit etwa 7 Jahre, aber auch bei der Vorsterblichkeit der Männer gegenüber den Männern in Italien, Spanien

Übersicht 3

**Regionale Kongruenz
von
Familienwanderung und Krankenhausstruktur
in Deutschland
1995**

Familienwanderung/ Krankenhäuser	Zuwanderung (+) oder Ab- wanderung (-) von Personen im Familienalter	Krankenhäuser bis 300 Betten an allen Krankenhäusern
Gebietstypen	Saldo je 1.000 der Alters- gruppe ¹	In Prozent
Kreisfreie Städte	- 8,6 ²	54,8
Landkreise	+ 15,2 ³	76,3

1) Saldo der Binnen-Zuwanderung und der Binnen-Abwanderung von Personen im Alter bis unter 18 und von 30 bis unter 50 Jahre

2) In Kernstädten in Agglomerationsräumen

3) In ländlichen Kreisen in Agglomerationsräumen

Quelle: Eigene Auswertungen und Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 1998, Bonn 1998 sowie Cordes Nicole für Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Räumliche Verteilung der Krankenhaus-Größenklassen in Deutschland 1990 und 1995, Marquartstein 2001

oder Griechenland derzeit 1 bis 1,5 Jahre, bleiben wird. Gerade dies könnte und sollte sich aber als Fehlannahme erweisen. Zunächst ist es ja bereits so, dass seit geraumer Zeit in der medizinischen Fachöffentlichkeit, zunehmend aber auch in der sozialpolitischen Öffentlichkeit und vor allem auch in der Medienöffentlichkeit das Missverhältnis von ausgeprägter Frühsterblichkeit der Männer und unzureichender Gesundheitsversorgung der Männer diskutiert wird.

Mittlerweile haben etwa ein halbes Dutzend Allgemeinkrankenhäuser in den verschiedenen Bundesländern begonnen, Zentren für Männergesundheit an ihren Inneren Abteilungen einzurichten. Eine speziell auf das Gesundheitsverhalten, die Gesundheitsbelastungen und die Erkrankungsschwerpunkte der Männer ausgerichtete Gesundheitsversorgung ist nicht nur in Deutschland, sondern auch im ganzen EU-Raum eine enorme Aufgabe und kann, wenn sie offensiv aufgegriffen wird, ähnlich wie die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, bereits mittelfristig zu einer Abänderung der demographischen Vorausschätzungen führen. Es geht darum, für die Demographiekomponente „Männermortalität und Männermorbidity“ eine innovative Versorgungsstruktur zu entwickeln, die in der Lage ist, diese Demographiekomponente positiv zu beeinflussen und abzuändern.

Auch für die Männermortalität und für die Männermorbidity als Potential für innovative Beratungs- und Behandlungsangebote der Krankenhäuser gelten deutliche Regionalunterschiede.

Übersicht 4: Regionales Potential von Männermortalität und Männermorbidity in Deutschland 1994-1996 und 1997

Derzeit scheint die Frühsterblichkeit der Männer in den Landgebieten noch stärker ausgeprägt zu sein als in den Großstädten in Deutschland. Und gleichzeitig ist auch die Krankenhausbehandlungshäufigkeit der Männer wegen der besonders männerbedeutsamen Krankheiten des Kreislaufsystems in den Landkreisen höher als in den Großstädten.

Übersicht 4

**Regionales Potential
von
Männermortalität und Männermorbidity
in Deutschland
1994-1996
und
1997**

Lebenserwartung/ Erkrankungen	Mittlere Lebenserwartung der Männer ¹	Krankenhausbehandelte Männer wegen Krankheiten des Kreislaufsystems ⁴
Gebietstypen	Jahre	Je 10.000 Einwohner
Kreisfreie Städte	73,5 ²	3.573
Landkreise	71,9 ³	3.683

- 1) Durchschnittliche Lebenserwartung eines männlichen Neugeborenen 1997
- 2) In Kernstädten in Agglomerationsräumen
- 3) In ländlichen Kreisen geringer Dichte im ländlichen Raum
- 4) Altersstandardisiert. Werte für Nordrhein-Westfalen 1994-1996

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 1999, Bonn 1999 sowie Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000

4. Regionale Erosion der Krankenhausversorgung durch Bevölkerungsabwanderung

Noch ein weiteres Muster bedarf der Erwähnung. Gemeint ist die insbesondere für die neuen Bundesländer feststellbare Erosion der Krankenhausversorgung durch die Abwanderung der Bevölkerung. Nach der Zusammenlegung der beiden deutschen Staaten hat in den neuen Bundesländern nicht nur ein deutlicher Geburtenrückgang, sondern auch eine anhaltende Bevölkerungsabwanderung eingesetzt. Die gleichzeitig mit hohem Aufwand betriebene Modernisierung und Transformierung der Krankenhausinfrastruktur in den neuen Bundesländern nach dem Vorbild der Krankenhausinfrastruktur in den alten Bundesländern ist hierdurch in einigen Gebieten der neuen Bundesländer bereits erheblich gefährdet.

Übersicht 5: Regionale Erosion der Krankenhausversorgung durch Bevölkerungsabwanderung in den neuen Bundesländern 1995

Der Modernisierungs- und Transformierungsprozess der Krankenhausinfrastruktur in den neuen Bundesländern verläuft, gemessen am Bettenabbau in allen Teilräumen, in etwa gleichmäßig. Demgegenüber konzentriert sich die Abwanderung der Bevölkerung aus den neuen Bundesländern vorrangig auf die ländlichen Räume dieser Bundesländer. In diesen ländlichen Räumen stellt die Demographiekomponente „Abwanderung“ die bestehende Krankenhausinfrastruktur vor allem konzeptionell in Frage. Wenn eine einigermaßen wohnortnahe und damit bedarfsgerechte Krankenhausstandortstruktur in den Abwanderungsregionen der neuen Bundesländer aufrechterhalten werden soll, dann ist dies sicherlich nur möglich, wenn der bisherige Aufbau der Krankenhäuser gemäß der Fachgebietspalette der ärztlichen Weiterbildungsordnung durch ein anderes Organisationskonzept abgelöst wird. Andernfalls bleiben die vorgehaltenen Fach- und Teilgebiete zunehmend unterbelegt oder die Krankenhäuser werden wegen wegfallender Fachgebiete abgestuft. Die vor allem in den ländlichen Regionen der neuen Bundesländer hochwirksame Demographiekomponente „Abwanderung“ macht ohne Zweifel eine beschleunigte Umstellung der dortigen Krankenhausinfrastruktur vom Fachabteilungskonzept auf ein Behandlungsschwerpunktkonzept erforderlich.

5. Regionale Stabilisierung der Krankenhausversorgung durch Zuwanderung

In den neuen Bundesländern akzentuiert die Demographiekomponente „Abwanderung“ die

Übersicht 5

**Regionale Erosion
der
Krankenhausversorgung durch Bevölkerungsabwanderung
in den
neuen Bundesländern
1995**

Wanderung/ Krankenhaus-versorgung	Zuwanderung (+) oder Abwanderung (-)	Krankenhausbetten- veränderung²
Gebietstypen	Saldo je 1.000 Einwohner¹	Je 10.000 Einwohner
Ballungsräume	0,0	- 18,2
Verstädterte Räume	- 2,5	- 15,0
Ländliche Räume	- 4,5	- 15,4

1) 1995

2) 1992-1995

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 1998, Bonn 1998

regionalen Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhausversorgung. In den alten Bundesländern ist es bereits und wird es in Zukunft noch verstärkt die Demographiekomponente „Zuwanderung“ sein, die erhebliche Auswirkungen auf die regionale Krankenhausversorgung hat. Vorwiegend in den alten Bundesländern gilt das Muster einer regionalen Substitution des Geburtenrückganges bei der Bevölkerung in Deutschland durch Zuwanderung aus dem Ausland.

Diese Substitution des Geburtenrückganges durch Zuwanderung konzentriert sich bislang vorwiegend auf die Großstadtreionen der alten Bundesländer. Dort ist die Zuwanderung besonders ausgeprägt. Die Krankenhausversorgung in den Großstädten hat sich bereits und muss sich zukünftig noch viel mehr auf den spezifischen Bedarf und auf die typischen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland ausrichten. In Verbindung mit der vom Gesetzgeber begünstigten Behandlung von Selbstzahlern aus dem europäischen und aus dem außereuropäischen Ausland kann hier eine gute Auslastung der Krankenhauskapazitäten erreicht werden. Insbesondere in den Großstädten der alten Bundesländer sollte an die Stelle brachialer Bettenreduzierungen eine intelligente Ausrichtung und Öffnung der Krankenhauswirtschaft auf zugewanderte oder für angereiste Patientinnen und Patienten aus dem Ausland erfolgen.

Übersicht 6: Regionale Substitution von Geburtenrückgang durch Ausländerzuwanderung und der Krankenhausbettenabbau in Deutschland 1990-1995

Auch in den Landkreisen der alten Bundesländer kann aus dem Rückgang der Geburten bei der Bevölkerung in Deutschland kein Anlass für weitere Bettenreduzierungen abgeleitet werden. Die von den Parteien des Bundestages gewollte Zuwanderung aus dem Ausland wird auch in den Landkreisen zu einer Substitution des Geburtenrückganges führen.

6. Regionale Nachalterung und Krankenhauskapazitäten

Vor allem ein Muster der demographischen Entwicklung in den unterschiedlichen Regionen sollte davon abhalten, vorschnell in den Landkreisen Krankenhausbetten und vor allem Krankenhausstandorte abzubauen, bloß weil dort der Geburtenrückgang stärker und die Bevölke-

Übersicht 6

**Regionale Substitution
von
Geburtenrückgang durch Ausländerzuwanderung
und der
Krankenhausbettenabbau
in
Deutschland
1990-1995**

Geburtenrückgang/ Ausländer- zuwanderung	Geburten- saldo	Ausländer- zunahme	Krankenhaus- betten
Gebietstypen	Je 1.000 Einwohner ³	In Prozent ⁴	Je 10.000 Einwohner ⁵
Kreisfreie Städte ¹	- 3,7	+ 3,0	- 14,0
Landkreise ²	- 10,8	+ 1,2	- 15,3

- 1) Kernstädte in Agglomerationsräumen
 2) Ländliche Kreise geringer Dichte in ländlichen Räumen
 3) 1990-1995
 4) 1990-1995
 5) 1992-1995

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden – Ausgabe 1998, Bonn 1998

rung jünger ist. Gemeint ist die Nachalterung der Bevölkerung in den Umlandkreisen der Großstädte und in den sonstigen Landkreisgebieten. Nachalterung bedeutet, dass zwar heute, bedingt vor allem durch den Zuzug jüngerer Familienhaushalte in die Umlandkreise, dort nicht nur die Bevölkerung deutlich zugenommen hat, sondern dort die Bevölkerung auch deutlich jünger ist als in den Großstadtgebieten. Dies wird sich allerdings schon im nächsten Jahrzehnt ändern.

Zwar werden die Großstädte weiter Bevölkerung verlieren und die Landkreise weiter Bevölkerung hinzugewinnen, aber in den Landkreisen wird der Anteil der 65 und mehr Jahre alten Einwohner doppelt so stark ansteigen wie in den Großstädten – die zunächst jüngere Landkreisbevölkerung wird schubartig „nachaltern“. Schon im Jahre 2010 werden dann die Landkreise beinahe den gleichen Anteil älterer Einwohner zeigen, wie dies die Großstädte tun. Damit wird dann aber auch in den Landkreisen der gleiche alterungsbedingte Krankenhausbedarf bestehen wie in den Großstadtregionen. Ein Abbau von Krankenhausbetten und vor allem ein Abbau von Krankenhausstandorten in den Landkreisen wären aus dieser Sicht geradezu verhängnisvoll.

Übersicht 7: Regionale Homogenisierung durch Nachalterung der Bevölkerung in den Landkreisen in Deutschland 1992 und 2010

7. Regiongerechte Behandlungsschwerpunkte als Erfordernis der demographischen Entwicklung

Es wurden die wesentlichen Muster aufgezeigt, nach denen die allgemeine demographische Entwicklung in den unterschiedlichen Regionstypen und Krankenhauslandschaften ankommt. An mehreren Stellen wurde darauf hingewiesen, dass die Krankenhausversorgung diesen unterschiedlichen Auswirkungen der allgemeinen demographischen Entwicklung nur gerecht werden kann, wenn sie sich zukünftig weniger als bislang an den ärztlich-medizinischen Fachgebieten, sondern vorrangig an den demographisch-epidemiologischen Gegebenheiten in der jeweiligen Standortregion ausrichtet und anstelle einer Beantragung weiterer Fach- und Teilgebiete besser regiongerechte Behandlungsschwerpunkte bildet.

Übersicht 7

**Regionale Homogenisierung
durch
Nachalterung der Bevölkerung in den Landkreisen
in
Deutschland
1992 und 2010**

Bevölkerung	Zunahme (+) oder Abnahme(-) der Bevölkerung ³	Zunahme (+) oder Abnahme(-) der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren ³	Anteile der Bevöl- kerung im Alter von 65 und mehr Jahren ⁴
Gebietstypen	In Prozent	In Prozent ⁴	In Prozent
Kreisfreie Städte ¹	- 6,0	+ 13,1	19,6 ⁵
Landkreise ²	+ 1,7	+ 29,2	19,4 ⁶

- 1) Kernstädte mit 500.000 und mehr Einwohnern in Nordrhein-Westfalen
 2) Ländliche Kreise in Nordrhein-Westfalen
 3) Im Jahre 2010 gegenüber dem Jahre 1992
 4) Im Jahre 2010
 5) 1992: 16,3
 6) 1992: 15,2

Quelle: Eigene Berechnungen und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in NRW, Bd. II, Düsseldorf 1995

**KONZENTRATION IN DER KRANKENHAUSWIRTSCHAFT:
KRANKENHAUSZUSAMMENSCHLÜSSE
ALS
EMANZIPATION GEGENÜBER
BUNDESPOLITIK UND KASSENOLIGOPOL?⁴⁵**

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov
und
Akademie und Institut für Sozialforschung
Tenno am Gardasee

⁴⁵ Vortrag zum VdK-Forum Konzentration bei den Krankenhäusern: Gefahr für die Patienten? Schloss Tutzing am Starnberger See, 22. Februar 2001

1. Deutsche Einheit und Gesundheitsreform machten neue Verbändestrukturen der Gesundheitswirtschaft erforderlich

Schon nach der Vereinigung der beiden Teile Deutschlands, spätestens aber nach der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes war es klar, dass die bis dahin existierende Architektur der Interessenvertretungen im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung dringend modernisiert werden musste. Tatsächlich war es dann in den frühen neunziger Jahren auch wirklich so, dass die gesamte Verbändelandschaft im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung in heftige Bewegung geriet.

Bei den Kassenärzten wurde die Verbandsspitze nahezu vollständig erneuert. Über eine duale Verbandsstruktur wurde nachgedacht. Dabei sollte neben den kassenärztlichen Vereinigungen eine Wirtschaftsorganisation für den Praxenverbund installiert werden. Bei den Arzneimittelherstellern kam es zu einer Austrittswelle der Großfirmen. Ein Neubeginn mit klarer Zweiteilung in Dachverband und in Fachgruppenverbände wurde gestartet.

Bei der privaten Krankenversicherung wurde eine ähnliche Lösung angestrebt: Umwandlung des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft in einen echten Dachverband und klare Abgrenzung eines Fachverbandes der privaten Krankenversicherung.

Vereinfacht gesagt war es so, dass die mit dem Umverteilungsgeschäft im Krankenkassenfinanzierten Gesundheitswesen befassten Verbände auf den erkennbaren Abbau der Umverteilungsfunktion im Gesundheitssystem und auf die erkennbare Ermächtigung der Kassen zu einem Nachfrageoligopol mit Dualisierung und Differenzierung reagierten.

Ganz anders verliefen die Dinge auf der Kassenseite. Einerseits hatten dort die nach wie vor bundesweit-zentralen Ersatzkassen bereits vorher eine eher symbolische Föderalisierung durch die Etablierung sogenannter Landesvertretungen betrieben. Andererseits wurden bei den gebietsbezogen-regionalen Ortskrankenkassen unter Zuhilfenahme des Bundesgesetzgebers, aber auch einzelner Länder als Verordnungsgeber, zentralisierte Gebilde geschaffen, bei denen es keinen Unterschied mehr zwischen regionalen Mitgliederkassen und föderalen Kassenver

bänden gab: Übrig blieben nur sogenannte Landes-AOKen. Ein ganz anderes Konzept hatte die seinerzeitige Inner-AOK-Opposition vorgeschlagen: Die Bildung von drei regionstypischen Holdingverbänden: Eine AOK-Holding Ländlicher Raum, eine AOK-Holding Umlandgebiete und eine AOK-Holding Großstädte.

Eigentümlich ruhig blieb es damals zunächst im Krankenhausbereich. Lediglich eine beschleunigte Umwandlung kommunaler Eigen- oder Regiekrankenhäuser in GmbH-Krankenhäuser war zu vermelden. Mit dem Biersdorfer Appell von 1993 war es dann mit dieser Ruhe allerdings vorbei: Krankenhausdirektoren vor allem aus Nordrhein-Westfalen hatten bei ihrem Jahrestreffen in Biersdorf im Herbst 1993 heftige Kritik an der ungenügenden Interessenvertretung vor allem durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft geäußert und einschneidende Änderungen verlangt.

2. Defizite in der Interessenvertretung der Krankenhauswirtschaft sind strukturbedingt

Schon zuvor war von der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. eine Untersuchung zur Modernisierung der Interessenvertretung der deutschen Krankenhauswirtschaft vorgelegt worden. Ein zentrales Ergebnis dieser Untersuchungen war damals, dass die Defizite in der Interessenvertretung der Krankenhauswirtschaft gegenüber dem Bundesgesetzgeber und vor allem gegenüber dem zuständigen Bundesministerium einerseits und gegenüber den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen andererseits vor allem ein Ergebnis der Struktur der Krankenhausverbände selbst waren und auch immer noch sind.

Die Krankenhausverbände sind eigentümlich partikulär und heterogen. Diese Partikularität und diese Heterogenität ist das Ergebnis einer Überlagerung zweier sehr unterschiedlicher Typen von Krankenhausverbänden. Die Krankenhauswirtschaft in Deutschland ist einerseits in Traditionsverbänden, bspw. konfessionellen Wohlfahrtsverbänden und andererseits in Territorialverbänden, d.h. Landeskrankenhaus-Gesellschaften organisiert. Traditionsverbände und Territorialverbände überlagern sich gegenseitig und behindern sich dabei untereinander.

In den Traditionsverbänden sind zwar von der Trägerschaft her meist homogene Krankenhäuser organisiert, die als Krankenhäuser innerhalb dieser Traditionsverbände jedoch häufig eine Minderheit darstellen. Beispiel: Die kirchlichen Krankenhäuser sind innerhalb der konfessionellen Wohlfahrtverbände zwar kirchlich-konfessionell homogen, aber gegenüber anderen Einrichtungen in diesen Verbänden eine Minderheit. Demgegenüber sind in den Territorialverbänden zwar alle Krankenhäuser eines Landes organisiert, hierbei handelt es sich dann aber wiederum um von der Trägerschaft her inhomogene Krankenhäuser.

Die wechselseitige Überlagerung und Behinderung von Traditionsverbänden und Territorialverbänden bestand und besteht nun darin, dass die typisch unterschiedlichen Interessenslagen etwa der öffentlichen, kirchlichen und anderen freigemeinnützigen Krankenhäuser einerseits und der privaten Krankenhäuser andererseits oder der öffentlichen und der nichtöffentlichen Krankenhäuser nur durch das gemeinsame Interesse an Planaufnahme, Planfortschreibung und Investitionsförderung homogenisiert wurden. Das Gegeneinander der Traditionsverbände wurde dank Dualfinanzierung und Länderplanungskompetenz durch ein Miteinander in den Territorialverbänden, d.h. in den Landeskrankenhaus-Gesellschaften ausgeglichen. Vereinfacht muss man feststellen: Das vormalige Krankenhausfinanzierungssystem mit seiner Länderplanungskompetenz und mit seiner Länderinvestitionsfinanzierung war die Klammer gemeinsamer Krankenhausinteressenvertretung durch die Territorialverbände, d.h. durch die Landeskrankenhaus-Gesellschaften.

3. Das Gesundheitsstrukturgesetz bindet die Landeskrankenhaus-Gesellschaften in die Krankenhauspolitik von Bund und Kassen ein

Angestoßen durch das Gesundheitsstrukturgesetz haben sich diese Gegebenheiten in den Folgejahren gründlich verändert. Die Landeskrankenhaus-Gesellschaften sind zu Mitverantwortlichen einer letztlich bundesweiten Preissteuerung der Krankenhausversorgung gemacht worden. Die Länderplanungskompetenz wird immer weiter zurückgedrängt und die Länderinvestitionsfinanzierung ist, mit Ausnahmen, rückläufig.

Das einzelne Krankenhaus hat in diesem neuen System der so genannten „gemeinsamen

Selbstverwaltung“ von seinem Territorialverband in erster Linie ökonomische Vorgaben zu erwarten. Und das einzelne Krankenhaus hat seine vormaligen Hauptpartner in Sachen Versorgungsauftrag und Entgeltvereinbarung, d.h. die Landesbehörden und die Orts-AOKen weitgehend verloren. Statt dessen ist es den gemeinsamen Vorgaben von Spitzenverbänden der Krankenkassen und Krankenhausdachverband vergleichsweise schutzlos ausgesetzt.

6. Ansatzpunkte zur interessenpolitischen Restrukturierung der deutschen Krankenhauswirtschaft

In dieser sich abzeichnenden Situation wurde im Zusammenhang der Biersdorfer Erörterungen dringend davon abgeraten, etwa einen neuen „schlagkräftigeren“ Krankenhausverband zu etablieren. Vielmehr wurde empfohlen, erst einmal die Bildung größerer Unternehmenseinheiten in der Krankenhauswirtschaft, insbesondere den Aufbau regionaler Krankenhaus-Holdings voranzutreiben und gleichzeitig für bestimmte übergreifende Aufgabenstellungen national-bundesweite Fachverbände einzurichten.

Mittlerweile gibt es eine erfreulich große Zahl solcher regionalen Krankenhaus-Holdings oder zumindest regionalen Kooperationspartnerschaften. In einzelnen Bundesländern wird die regionale Kooperation und Koordination in den Landeskrankenhausgesetzen vorgegeben bzw. im Landeskrankenhausplan nahegelegt. Auch kann das mit dem Export von Krankenhausbehandlungsleistungen bzw. mit dem Import von Krankenhauspatienten befasste Kuratorium für die Förderung der deutschen Medizin im Ausland als Idealtypus einer national-bundesweiten Fachvereinigung für eine übergreifende Aufgabenstellung betrachtet werden.

In diesen Kontext der interessenpolitischen Restrukturierung der deutschen Krankenhauswirtschaft gehören noch zwei weitere Konzepte und Themen: Zu sprechen ist einerseits vom „Krankenhaus als Gesundheitszentrum“ und andererseits von den „Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser“.

Das „Krankenhaus als Gesundheitszentrum“ meint die Diversifikation der Krankenhausunternehmen auch in die Bereiche Vorsorge, Wiederbefähigung, d.h. Rehabilitation und Pflege,

also in Finanzierungsbereiche außerhalb der Bundespflegesatzverordnung, wenn auch immer noch innerhalb des Kassensektors. Mit einer solchen Diversifikation in Finanzierungsbereiche außerhalb der Bundespflegesatzverordnung ist, ebenso wie mit dem Export von Behandlungsleistungen bzw. mit dem Import von Patienten, ohne Zweifel ein Mehr an Autonomie der Krankenhauswirtschaft zumindest gegenüber dem Kassenoligopol verbunden.

Die deutsche Krankenhauswirtschaft beschäftigt über eine Million Erwerbstätige und damit über eine Million krankenkassenpflichtiger Mitglieder und die deutsche Krankenhauswirtschaft zahlt jährlich etwa 10 Milliarden Mark Beitragsgelder an die Krankenkassen. Hier drängt sich der Gedanke an eigene Krankenhaus- oder Krankenhäuserbetriebskrankenkassen, für die es im Übrigen traditionsreiche Beispiele gibt, geradezu auf. Eine breite Errichtung und Öffnung eigener Krankenhaus- oder Krankenhäuserbetriebskrankenkassen wäre ein außerordentlich kühner interessenspolitischer Vorstoß in das Oligopol der Orts- und Ersatzkassenstruktur.

Die Übernahme von Krankenversicherungsaufgaben durch die deutsche Krankenhauswirtschaft ist seit einigen Jahren bei allen Beteiligten ein Angst-Thema. Die Nervosität bei diesem Thema wird zusätzlich noch dadurch gesteigert, dass trotz oder besser: wegen aller Zentralisierungseuphorie und Zentralisierungsideologie bei den Großkassen, d.h. bei den Orts- und Ersatzkassen, deren Mitglieder scharenweise zu flexiblen kleinen Betriebskrankenkassen abwandern.

5. Krankenhausversorgung in Deutschland für internationale Investoren zugänglich gemacht

Aber für Zur-Seite-Schauen beim Thema Krankenhausbetriebskrankenkassen bleibt nicht mehr viel Zeit: Die von der Politik, vor allem von der gegenwärtigen Bundesregierung mit größtmöglicher Rücksichtslosigkeit und teilweise auch mit geringstmöglicher Sachkenntnis betriebenen Öffnung der Krankenhausversorgung für Preissteuerung und Wettbewerb hat den Wachstumsmarkt Krankenhaus so attraktiv gemacht, dass hier seit einiger Zeit ganz neue Akteure erkennbar werden.

Die bekannten wenigen paar privaten Klinikketten in Deutschland, wie Rhön-Klinikum, Helios, Paracelsus, Asklepios oder Sana, sind im Wesentlichen durch organisches Wachstum aus kleineren Anfängen aus der Mitte des Krankenhauswesens in Deutschland entstanden – sie wirken fast gemütlich und altvertraut. Was aber neuerdings auf dem Markt für Krankenhausbehandlung auftritt und in Zukunft noch viel zahlreicher und viel einflussreicher auftreten wird, sind internationale Finanzinvestoren und Versicherungskonzerne, die ganze Anbieterstrukturen und deren Marktsegmente aufkaufen, umgestalten und verwerten. Medclin AG ist ein Beispiel.

Die deutsche Krankenhauswirtschaft steht jetzt vor der Frage, ob es in ihrer Landschaft zukünftig, neben den Nur-Krankenhäusern, bloß noch internationale Finanzinvestoren und internationale Versicherungskonzerne mit angeschlossener Krankenstation oder ebenso regionale Krankenhaus-Holdings mit geöffneten Krankenhausbetriebskrankenkassen geben soll. Besser ist sicherlich, regionale Krankenhaus-Holdings mit eigenem Krankenversicherungsangebot heute zu konzipieren, um morgen für den europaweiten Wettbewerb bereitzustehen.

Die jetzt noch dominierenden Großkassen braucht man gerade zu diesem Thema nicht zu befragen: Je mehr sie vor lauter Wettbewerb gegeneinander Elemente der Privatversicherung in sich aufnehmen, um so rascher kommt der Tag, an dem diese Territorialoligopolisten ihre Sonderstellung als „Sozial“-Versicherungsträger verlieren werden und an dem die EU-Freizügigkeitsvorschriften dann auch für die gesetzlichen Krankenkassen gelten.

Im Übrigen gibt es immer weniger einen Grund dafür, dass die deutsche Krankenhauswirtschaft das Orts- und Ersatzkassen-Territorialoligopol überhaupt noch benötigt. Spätestens nach Einführung der DRG-Einheitspreise für Krankenhausbehandlung besteht keinerlei Rechtfertigung mehr für die Existenz eines im Wesentlichen in zwei Kassenarten „gegliederten“ Einkaufsoligopols für Krankenhausleistungen.

Krankenzusammenschlüsse in der Form regionaler Holdings und im deutlichen Unterschied zu aufgekauften Anbieterstrukturen und Marktsegmenten, aber auch im deutlichen Unterschied zu kommandierten Krankenhausgiganten wie demjenigen des Senats von Berlin,

Krankenhauszusammenschlüsse in der Form regionaler Holdings sind ohne Zweifel der beste Unterbau einer robusten Interessensvertretung der Krankenhauswirtschaft gegenüber Bundespolitik und gegenüber Kassenoligopol.

6. Rückgewinnung der Zeitsouveränität in der Krankenhausversorgung als interessenpolitische Hauptaufgabe

Über aller strukturellen und organisatorischen Interessenspolitik darf keinesfalls vergessen werden, dass eine starke Interessensposition auf Dauer nur gehalten werden kann, wenn sie die tatsächlichen Bedürfnisse und Wünsche der Vertretenen, hier der Patienten und ihrer Familien, beinhalten und umsetzen. Aus dieser Sicht wird es in Zukunft ganz entscheidend darum gehen, ebenso wie in der Arbeitswelt auch in der Behandlungswelt die Zeitsouveränität für die Krankenhäuser und vor allem für die Patienten und ihren Familien zurückzugewinnen.

Der von den Kassenverbänden seit Jahrzehnten geführte Diskurs über die Verweildauerensenkung erscheint nur demjenigen Beobachter oligophren, der damit eine behandlungsökonomische Zielsetzung verbindet. Natürlich ist eine Verweildauerabsenkung ohne Personaleinsatz-erhöhung, wie dies die Kassen wollen, nicht zu haben – es sei denn um den Preis von Rationierung. Darum geht es aber gar nicht. Es geht bei diesem Dauerdiskurs um die Verweildauerabsenkung um eine steuerungs- und machtpolitische Zielsetzung.

Gerade wenn die Kassenverbände Verweildauerabsenkung fordern und gleichzeitig eine Personaleinsatz-erhöhung konterkarieren, gerade dann verhalten sie sich behandlungsökonomisch zwar paradox, steuerungs- und machtpolitisch aber in höchstem Maße logisch und konsequent. Die Kassenverbände treiben auf genau diesem Wege die Krankenhäuser, aber vor allem natürlich ihre eigenen Leistungsempfänger, ihre krankenhausbehandlungsbedürftigen Versicherten in eine ausweglose Situation. Sie nehmen ihnen die Möglichkeit, die Erstreckung, die Aufteilung und die Ausfüllung der Behandlungszeiten selbst zu gestalten oder zumindest maßgeblich zu beeinflussen. Gleichzeitig okkupieren die Kassenverbände im Zusammenwirken mit dem zuständigen Bundesministerium immer mehr Zeitvolumina der Krankenhauswirtschaft für Rechenschaftslegungen aller Art, die im Übrigen meist ungenutzt bleiben.

So wie die Kassenseite, insbesondere ihr sogenanntes „Wissenschaftliches Institut“ das Kriterium Verweildauer diskutiert und instrumentalisiert, ist jeder, aber auch jeder Versicherte, wenn er nur einen Schritt über die Schwelle eines Krankenhauses wagt, sogleich ein „Chroniker“, ein „Zeitproblem“ und damit ein ganz schlechtes Risiko.

Wenn regionale Krankenhaus-Holdings ihre gegenüber Einzelkrankenhäusern verbesserte Interessenposition langfristig auch durch eine überlegene Gesamtqualität ihres Behandlungsangebotes sichern wollen, dann müssen sie nachhaltig ihre Zeitsouveränität verbessern und Zeitqualität anbieten. Ein lediglich kostenorientiertes Arbeits- und Betriebszeitenmanagement ist nicht zukunftsfähig.

Literatur:

- Goeschel, Albrecht: Bedingungen und Möglichkeiten für eine Modernisierung der Verbandsarchitektur der Krankenhauswirtschaft, Vorträge bei den Biersdorfer Krankenhausgesprächen 1993 und vor dem Verband Evangelischer Krankenhäuser im Rheinland e.V. Biersdorf und Duisburg 1993
- Goeschel, Albrecht: Sicherung einer zukunftsfähigen und zukunftswürdigen Krankenhausversorgung durch regionale und überregionale Zusammenarbeit der Krankenhäuser, Vortrag vor dem Evangelischen Krankenhausverband Westfalen e.V. Bielefeld 1996
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Vorüberlegungen zu einer Modernisierung der Verbandsarchitektur der Krankenhauswirtschaft Marquartstein 1993
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Zentralisierung als Fehlentscheidung: Die vorausgesagte Krise der AOK Marquartstein 1997
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): AOK-Holding ländlicher Raum: Marktgerechte und sozialverantwortliche Organisationsreform der Ortskrankenkassen Marquartstein 1991
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser Marquartstein 1997
- Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Bedarfsermittlung und Bedarfsbeurteilung für Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern Marquartstein 1995

ANHANG:

**RÄUMLICHE VERTEILUNG
DER
BETTENDICHTE, BETRIEBSGRÖSSEN
UND STANDORTESTREUUNG
DER
KRANKENHAUSWIRTSCHAFT
AUF DIE
BUNDESSTAATEN DER USA**

Dipl. Soz. Gerd-Uwe Watzlawczik
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
Marquartstein

Vorbemerkung

In der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Diskussion in Deutschland ist es besonders beliebt, Vergleichsdaten aus den USA zur Begründung und Verstärkung eigener Argumente und Positionen heranzuziehen.

Häufig sind diese Vergleichsdaten aber aus ihrem Gesamtzusammenhang herausgerissen und ohne ihre Rahmenbedingungen dargestellt. Sie bergen daher ein hohes Fehlentscheidungspotential. Wenn allerdings der Kontext solcher Vergleichsdaten angemessen dargelegt und berücksichtigt wird, können derartige Vergleichsdaten sehr brauchbare und hilfreiche Gesichtspunkte für die Bewertung der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Gegebenheiten in Deutschland liefern.

Ein wichtiger Orientierungspunkt für die in Deutschland erst zaghaft begonnene Beobachtung und Erörterung der räumlichen Zentralisierung und der fachlichen, vor allem aber auch trägerschaftlichen Konzentration in der Krankenhauslandschaft ist die sehr viel ausgeprägtere Spreizung vor allem der Krankenhausgrößenklassen in den USA im Vergleich etwa zur Bundesrepublik Deutschland. Diese Spreizung gilt aber auch für die Krankenhausedichte und vor allem für die Krankenhausstandortestreuung.

Diese stärkere räumliche Unausgewogenheit der Krankenhausinfrastruktur in den USA im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland ist ein Korrelat, wenn nicht sogar ein Resultat der sehr viel stärker gewinnorientierten und insgesamt sehr viel stärker ökonomisierten Gesundheitsversorgung in den Vereinigten Staaten von Amerika im Vergleich etwa zur Bundesrepublik Deutschland.

Übersicht 1: Wirtschaftliche Entwicklung, Gesundheitswesen und Epidemiologie in den Vereinigten Staaten

Übersicht 1**Wirtschaftliche Entwicklung, Gesundheitswesen
und Epidemiologie
in den
Vereinigten Staaten**

- 1. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen**
 - 1.1. Dynamik des Wirtschaftswachstums und der Beschäftigungsentwicklung in den USA liegt deutlich über der Entwicklung in Deutschland.
 - 1.2. Die Einkommen in den USA sind angestiegen, wobei zugleich die Einkommensungleichheiten zugenommen haben.
- 2. Sozialstruktur**
 - 2.1. Die soziale Ungleichheit in den USA hat zugenommen.
 - 2.2. Weite Bevölkerungsschichten haben keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall.
 - 2.3. Zahlreiche ältere Menschen sind arm.
 - 2.4. Die schwarze Bevölkerungsgruppe in den USA ist in besonderem Maße benachteiligt.
- 3. Gesundheit**
 - 3.1. In weiten Bevölkerungskreisen der USA gibt es eine hohe Bereitschaft, für den Gesundheitskonsum Geld auszugeben.
- 4. Demographische Entwicklung**
 - 4.1. Demographische Alterung: Ältere Bevölkerungsgruppen werden zukünftig zahlenmäßig und anteilmäßig zunehmen.
- 5. Großstadt**
 - 5.1. Die Großstädte der USA sind die Brennpunkte der Zuwanderung.
 - 5.2. Innerhalb der Großstädte hat die sozial-räumliche Segregation zugenommen.
- 6. Abgabenquote**
 - 6.1. Die Abgabenquote der USA ist im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich.
 - 6.2. Ursache für die steigende Abgabenquote in den USA ist das Wachstum der Sozialabgaben.
 - 6.3. In den USA gibt es kaum eine besondere Sicherung der Familien.
- 7. Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung**
 - 7.1. Zahlreiche Bevölkerungsgruppen haben keine Krankenversicherungsschutz.
 - 7.2. In den USA ist die Selbstbeteiligung der Versicherten besonders hoch.

Übersicht 1

7.3. Die Leistungsanbieter sind in starkem Maße ökonomisch orientiert (Beispiel: Managed Care).

8. Krankenhauswesen

8.1. Das US-Krankenhauswesen wird dominiert durch niedergelassene Ärzte, private Finanzierungsträger und die Steuerung auf der Ebene der Bundesstaaten.

8.2. Bei den Akut- und Sonderkrankenhäusern weisen die USA im Verhältnis zu Deutschland eine unterdurchschnittliche Bettendichte auf.

8.3. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime ist die Bettendichte in den USA im Verhältnis zu Deutschland überdurchschnittlich.

8.4. Das Leistungsvolumen im US-Krankenhauswesen - gemessen in Pflegetagen - ist niedriger als in Deutschland.

8.5. Die Mitarbeiterzahl liegt in den USA über jener in Deutschland.

8.6. Hinsichtlich der Versorgungsqualität nimmt das Krankenhauswesen der USA wie jenes in Deutschland international einen mittleren Platz ein:

Positiv hervorzugeben sind:

- gute Personalausstattung
- hoher Standard der Medizintechnik
- gut ausgebaute Patientenrechte

Negativ fallen auf:

- die unzureichende Versorgung mit Rehabetten
- die hohe Säuglingssterblichkeit
- die Unzufriedenheit der Patienten mit der Klinik.

8.7. Die Arbeitsproduktivität ist in US-amerikanischen Krankenhäusern niedriger als in deutschen Kliniken.

8.8. Das US-amerikanischen Krankenhauswesen ist teurer als das deutsche.

9. Gesundheitswesen

9.1. Das US-amerikanische Gesundheitswesen ist produktiver als das deutsche. Gründe hierfür sind:

- die rasche Verbreitung neuer Operations- und Behandlungsmethoden
- die starke Dominanz von Markt und Wettbewerb.

10. Epidemiologie

10.1. Lebenserwartung

10.1.1. Die Lebenserwartung wächst in den USA nicht mehr so stark wie in Deutschland. Dies gilt in besonderem Maße für die Männer in den USA

10.1.2. Die Lebenserwartung älterer Menschen in den USA nimmt eine Spitzenstellung ein und liegt deutlich vor Deutschland.

10.1.3. In den USA haben bei der Lebenserwartung die Männer gegenüber den Frauen aufgeholt.

10.2. Der Krankenstand ist in den USA niedriger als in Deutschland. Er ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gesunken.

10.3. Die Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum sind in den USA geringer verbreitet als in Deutschland

Übersicht 1

- 10.4. Mortalität
- 10.4.1. Bei den fünfzehn führenden Todesursachen in den USA liegt durchwegs die Sterblichkeit der Männer über jener der Frauen
- 10.4.2. Bei den fünfzehn führenden Todesursachen in den USA liegt nur bei zwei Faktoren die Sterblichkeit der Schwarzen unter jener der Weißen. Für alle anderen Todesursachen gilt, dass die Sterblichkeit der Schwarzen zum Teil deutlich höher ist als jene der Weißen.
- 10.4.3. Bei den Arbeits- und den Straßenverkehrsunfällen liegt die Mortalität in den USA über jener in Deutschland
- 10.4.4. Die Müttersterblichkeit ist in den USA niedriger als in Deutschland.
- 10.4.5. Die Säuglingssterblichkeit ist in den USA höher als in Deutschland.
- 10.5. Krankheitsarten
- 10.5.1. In der Altersgruppe Säuglinge und Kleinkinder (bis 4 Jahre) stellt in den USA im Verhältnis zu Deutschland die Säuglingssterblichkeit ein besonderes Problem dar.
- 10.5.2. Bei der Altersgruppe der Erwachsenen in der Erwerbsphase (25 bis 64 Jahre) treten in den USA im Verhältnis zu Deutschland deutlich häufiger auf:
- Lues (Syphilis)
 - Gonorrhoe (Tripper)
 - Lungenkrebs
 - Dickdarmkrebs
 - Schizophrenie
 - Asthma
 - Schnittentbindungen
- 10.5.3. Bei der Altersgruppe der Erwachsenen im Ruhestand (über 64 Jahre) treten in den USA im Verhältnis zu Deutschland deutlich häufiger auf:
- Dickdarmkrebs
 - Lungenkrebs
 - Brustkrebs
 - Prostatakrebs
- 10.5.4. Bei der Altersgruppe aller Erwachsenen (25 und älter) treten in den USA im Verhältnis zu Deutschland deutlich häufiger auf:
- Lungenkrebs bei Frauen
 - Dickdarmkrebs bei Frauen und Männern

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): USA: Wirtschaftliche Entwicklung, Gesundheitswesen und Epidemiologie, Marquartstein, Oktober 1998

1. Unterschiede in der Krankenhausdichte zwischen den US-Bundesstaaten

Im Unterschied zu der ausgeprägten Ungleichverteilung der praktizierenden Ärzte zwischen den US-Bundesstaaten fällt die Ungleichverteilung im Bereich der Krankenhausbetten etwas milder aus. Etwa zu gleichen Teilen gehören die US-Bundesstaaten zu den mit Krankenhausbetten überdurchschnittlich bzw. zu den mit Krankenhausbetten unterdurchschnittlich versorgten Bundesstaaten. Dabei ist dann allerdings noch zu bedenken, dass die Krankenhausbettendichte in den Vereinigten Staaten, unabhängig von den Unterschieden zwischen den US-Bundesstaaten, verglichen etwa mit derjenigen in der Bundesrepublik Deutschland, niedrig ausfällt. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass andererseits die Ausstattungsdichte mit Betten in Alten- und Pflegeheimen in den Vereinigten Staaten deutlich über derjenigen in der Bundesrepublik Deutschland liegt.

Übersicht 2: US-Bundesstaaten mit überdurchschnittlicher Krankenhausbettendichte 1996/97

Übersicht 3: US-Bundesstaaten mit unterdurchschnittlicher Krankenhausbettendichte 1996/97

Eine weit überdurchschnittliche Krankenhausbettendichte zeigt North Dakota. Eine weit unterdurchschnittliche Krankenhausbettendichte zeigt Rhode Island. Um die Aussagekraft der Krankenhausbettendichte in den verschiedenen Bundesstaaten zu erhöhen, wurde die Zahl der Krankenhausbetten nicht auf die Einwohner insgesamt, sondern auf die besonders krankenhaushäufigen Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren bezogen.

Übersicht 2

**US-Bundesstaaten
mit überdurchschnittlicher Krankenhausbettendichte
1996/97**

Krankenhausbettendichte	Anzahl der aufgestellten Krankenhausbetten Je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren*
Bundesstaaten	
North Dakota	532
District of Columbia	498
Montana	469
Wyoming	464
South Dakota	459
Louisiana	458
Alaska	431
Mississippi	414
Georgia	409
Nebraska	408
Tennessee	370
Kentucky	367
Kansas	366
Minnesota	354
Iowa	353
Missouri	345
Texas	335
Virginia	335
West Virginia	325
Illinois	316
Indiana	310
Arkansas	309
New York	307
North Carolina	306
Oklahoma	300
Bundesstaaten insgesamt	294

*) Durchschnittliche Anzahl der aufgestellten Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1996/97: 294.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Übersicht 3

**US-Bundesstaaten
mit unterdurchschnittlicher Krankenhausbettendichte
1996/97**

Krankenhausbettendichte	Anzahl der aufgestellten Krankenhausbetten Je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren
Bundesstaaten	
Rhode Island	174
Washington	191
Oregon	193
Arizona	196
Connecticut	203
Florida	209
Nevada	214
Delaware	223
Massachusetts	245
New Mexico	247
Hawaii	248
Colorado	252
New Hampshire	257
Maryland	261
Vermont	263
Alabama	266
Idaho	269
Maine	272
New Jersey	274
California	277
Pennsylvania	277
Utah	278
Michigan	284
South Carolina	286
Wisconsin	289
Ohio	290
Bundesstaaten insgesamt	294

*) Durchschnittliche Anzahl der aufgestellten Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1996/97: 294.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

2. Unterschiede in der Betriebsgröße und in der Standortstreuung der Krankenhäuser zwischen den US-Bundesstaaten

Zur näheren Beurteilung der Krankenhausversorgung in den Bundesstaaten eignet sich vor allem ein Blick auf die Betriebsgrößenstrukturen in den verschiedenen Bundesstaaten. Dabei interessieren einerseits der Anteil der Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten an allen Krankenhausbetten, andererseits die Anteile der Großkrankenhäuser mit 1.000 und mehr Betten an allen Krankenhausbetten in den verschiedenen Bundesstaaten.

- Übersicht 4a: US-Bundesstaaten mit überdurchschnittlichem Kleinkrankenhausanteil 1997
Übersicht 4b: US-Bundesstaaten mit unterdurchschnittlichem Kleinkrankenhausanteil 1997
Übersicht 4c: US-Bundesstaaten mit überdurchschnittlichem Großkrankenhausanteil 1997
Übersicht 4d: US-Bundesstaaten mit unterdurchschnittlichem Großkrankenhausanteil 1997

Übersicht 4a

**US-Bundesstaaten
mit überdurchschnittlichem Kleinkrankenhausanteil
1997**

Kleinkrankenhausanteil	Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit bis zu 100 Betten an allen Krankenhausbetten
Bundesstaaten	In Prozent*
Alaska	63,5
Idaho	38,4
Vermont	36,1
South Dakota	34,7
Wyoming	34,5
Nebraska	32,5
North Dakota	30,6
Montana	29,8
Iowa	28,8
Maine	28,4
New Hampshire	28,3
Mississippi	25,6
Oklahoma	25,4
Oregon	23,2
Washington	21,5
Arkansas	21,0
Utah	20,3
Minnesota	20,1
New Mexico	19,0
Alabama	17,6
West Virginia	17,6
Colorado	16,5
Wisconsin	15,9
Texas	15,4
Nevada	15,0
Kentucky	14,5
Louisiana	13,6
Michigan	13,3
Tennessee	13,0
Indiana	12,7
Hawaii	12,6
Missouri	12,3
Bundesstaaten insgesamt	11,6

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit bis zu 100 Betten an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 11,6 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Übersicht 4b

US-Bundesstaaten
mit unterdurchschnittlichem Kleinkrankenhausanteil
1997

Kleinkrankenhausanteil	Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit bis zu 100 Betten an allen Krankenhausbetten In Prozent*
Bundesstaaten	
District of Columbia	0,6
New Jersey	1,0
Maryland	2,8
New York	2,9
Connecticut	3,7
Virginia	4,4
Florida	4,5
Pennsylvania	4,7
Massachusetts	5,3
Rhode Island	5,7
Illinois	6,4
California	8,0
Ohio	8,0
North Carolina	8,1
Kansas	8,4
South Carolina	9,9
Arizona	10,2
Georgia	10,7
Bundesstaaten insgesamt	11,6

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit bis zu 100 Betten an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 11,6 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Übersicht 4c

**US-Bundesstaaten
mit überdurchschnittlichem Großkrankenhausanteil
1997**

Großkrankenhausanteil	Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten an allen Krankenhausbetten In Prozent*
Bundesstaaten	
New York	15,0
California	12,1
Virginia	10,3
Florida	5,4
Tennessee	5,1
Texas	4,8
Missouri	4,2
Georgia	4,1
Bundesstaaten insgesamt	3,9

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 3,9 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Übersicht 4d

**US-Bundesstaaten
mit unterdurchschnittlichem Großkrankenhausanteil
1997**

Großkrankenhausanteil	Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten an allen Krankenhausbetten In Prozent*
Bundesstaaten	
Illinois	2,3
Ohio	2,3
New Jersey	3,5
Bundesstaaten insgesamt	3,9

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten in Krankenhäusern mit 1.000 und mehr Betten an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 3,9 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Hierbei hat Alaska den höchsten Anteil von Kleinkrankenhäusern bezogen auf die Bettenzahlen insgesamt während der District of Columbia den niedrigsten Kleinkrankenhausanteil zeigt. Umgekehrt haben der Staat New York den höchsten Großkrankenhausanteil und die Bundesstaaten Illinois und Ohio die niedrigsten Großkrankenhausanteile.

Es ist deutlich erkennbar, dass in der überwiegenden Mehrzahl der US-Bundesstaaten Kleinkrankenhäuser einen erheblichen Versorgungsanteil stellen, Großkrankenhäuser dagegen nehmen überhaupt nur in insgesamt elf US-Bundesstaaten an der Versorgung teil und haben dabei nur in acht US-Bundesstaaten einen überdurchschnittlichen Anteil.

In der Mehrzahl der US-Bundesstaaten wird die Krankenhausversorgung in erheblichem Ausmaß durch Kleinkrankenhäuser geprägt. Gleichzeitig ist in der Mehrzahl der US-Bundesstaaten eine deutliche Standortkonzentration der Krankenhausversorgung festzustellen, so liegt in der Mehrzahl der US-Bundesstaaten der Anteil der Krankenhausbetten an Standorten mit drei und mehr Krankenhäusern teilweise weit über dem Durchschnitt und in zahlreichen Fällen nahe dem Durchschnitt. Sofern in einem Bundesstaat dann niedrige Bettendichte und hohe Standortkonzentration zusammenfallen, bedeutet dies ein gravierendes Versorgungsdefizit für die Bevölkerung in der Fläche dieses Bundesstaates.

Übersicht 5a: US-Bundesstaaten mit überdurchschnittlicher Standortkonzentration der Krankenhäuser 1997

Übersicht 5b: US-Bundesstaaten mit unterdurchschnittlicher Standortkonzentration der Krankenhäuser 1997

Den höchsten Wert der Standortkonzentration erreicht der District of Columbia. Den niedrigsten Wert zeigt North Dakota.

Übersicht 5a

**US-Bundesstaaten
mit überdurchschnittlicher Standortkonzentration
der Krankenhäuser
1997**

Standortkonzentration	Anzahl der Krankenhausbetten an Stand- orten mit drei und mehr Krankenhäusern an allen Krankenhausbetten In Prozent*
Bundesstaaten	
District of Columbia	100,0
Arizona	65,2
Rhode Island	61,6
Missouri	56,1
Texas	55,7
Louisiana	55,5
Alabama	52,6
Nevada	52,6
Pennsylvania	49,5
Florida	49,1
Tennessee	47,9
New York	47,4
New Mexico	47,1
Ohio	46,9
Maryland	45,9
Oklahoma	44,2
Nebraska	41,9
Hawaii	41,2
California	40,9
Michigan	40,6
Bundesstaaten insgesamt	39,9

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten an Standorten mit drei und mehr Krankenhäusern an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 39,9 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998

Übersicht 5b

**US-Bundesstaaten
mit unterdurchschnittlicher Standortkonzentration
der Krankenhäuser
1997**

Standortkonzentration	Anteil der Krankenhausbetten an Standorten mit drei und mehr Krankenhäusern an allen Krankenhausbetten In Prozent*
Bundesstaaten	
North Dakota	15,7
West Virginia	17,8
Mississippi	20,3
Kansas	22,8
Wisconsin	22,8
New Jersey	23,0
Minnesota	23,9
Arkansas	24,5
Iowa	26,4
Utah	30,7
North Carolina	31,4
Indiana	32,2
Kentucky	32,4
Oregon	34,6
Colorado	34,9
Georgia	35,1
Washington	36,7
Illinois	37,5
Virginia	37,7
Massachusetts	37,9
South Carolina	39,3
Bundesstaaten insgesamt	39,9

*) Durchschnittlicher Anteil der Krankenhausbetten an Standorten mit drei und mehr Krankenhäusern an allen Krankenhausbetten in allen Bundesstaaten der Vereinigten Staaten im Jahr 1997: 39,9 Prozent.

Quelle: FASTATS A to Z, National Center of Health Statistics 1998