

Florian W. Bartholomae und Andreas Beivers

Flächendeckende Krankenhausversorgung und die Anforderungen an die staatliche Daseinsvorsorge¹

Demographische Entwicklung; Flächendeckung; FOCJ; Integriertes Fachärztliches Versorgungszentrum (IVZ); Ländliche Krankenhausversorgung; Regionale Disparitäten; Staatliche Daseinsvorsorge

Dieser Aufsatz untersucht die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die regionale Struktur der ländlichen Krankenhausversorgung. Die Disparitäten zwischen den Regionen werden sich Prognosen zufolge erheblich verstärken und dadurch die im Grundgesetz verankerte flächendeckende Krankenhausversorgung gefährden. Diese Entwicklung ist einerseits Folge des bundesweiten Trends des Bevölkerungsrückgangs und der Überalterung der Gesellschaft und andererseits der daraus teilweise resultierenden Binnenmigration.

Unter Berücksichtigung der ökonomischen Bedeutung der ländlichen Krankenhäuser für die Regionen zeigt sich, dass diese Problematik nur durch eine tiefgreifende Reform überwunden werden kann. Das „Integrierte Fachärztliche Versorgungszentrum“ (IVZ) sowie ein Ausbau der Infrastruktur können dabei Abhilfe schaffen. Ferner bietet sich zur Umsetzung der Lösungskonzepte die Organisationsform des FOCJ an.

I. Einleitung

*Wir müssen wegkommen vom Subventionsstaat.
Worauf es ankommt, ist, den Menschen Freiräume für ihre Ideen
und Initiativen zu schaffen.
(Bundespräsident Horst Köhler im September 2004)*

Rund 2.000 deutsche Krankenhäuser versorgen jährlich etwa 17 Mio. Patienten und leisten damit für das Gesundheitswesen einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung von kranken Menschen. In ihrer Vielfalt an unterschiedlichen Trägern und wohnortnahen Standorten bieten sie eine hochwertige medizinische Versorgung. Die Sicherstellung einer angemessenen, flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist ein

¹ Wir möchten uns bei zwei anonymen Gutachtern für ihre hilfreichen Kommentare und Anmerkungen bedanken.

wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, die dem Sozialstaatsprinzip entspringt (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005).

Die Schaffung gleichwertiger regionaler Lebensverhältnisse (sog. „Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“) ist unter anderem in Art. 106 Abs. 3 GG verankert und seit 40 Jahren erklärtes Ziel der Raumordnung und Landesplanung. Für die Umsetzung der flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung sind gemäß der konkurrierenden Gesetzgebung nach Art. 74 GG die jeweiligen Bundesländer zuständig, die jeweils eigene Krankenhausgesetze erlassen, die die wohnortnahe Versorgung postulieren (vgl. z. B. § 1 KHG NRW). In der jüngeren Vergangenheit ist über dieses Ziel jedoch eine intensive öffentliche Diskussion entbrannt, die von Bundespräsident Horst Köhler durch ein Interview mit der Zeitschrift Focus angestoßen wurde. Hierin stellt er fest, dass es in der Bundesrepublik „große Unterschiede in den Lebensverhältnissen“ gab und gibt, und wer diese „einebnen will, [...] den Subventionsstaat“ zementiert und „der jungen Generation eine untragbare Schuldenlast“ aufbürdet (Focus Nr. 38 vom 13. September 2004).

Mitunter eine Ursache ist die demographische Entwicklung in Deutschland, die, verbunden mit einer zu beobachtenden Binnenmigration, zunehmend zu sich verstärkenden regionalen Disparitäten im Bundesgebiet führt und dabei insbesondere ländliche Gebiete vor große Herausforderungen stellt. Dies betrifft auch die ländliche Krankenhausversorgung in den betroffenen Regionen. Aus diesem Grund wird die Diskussion über die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung in Zukunft signifikant an Bedeutung gewinnen. Umso elementarer erscheint daher eine zeitgerechte und zielgerichtete Auseinandersetzung mit dieser Thematik (Beivers/Spangenberg 2008).

Ziel dieses Aufsatzes ist es, die Auswirkungen der angesprochenen Entwicklungen, wie die demographische Entwicklung und die Binnenmigration, auf die regionalen Lebensverhältnisse darzustellen und zu untersuchen. Im Fokus der Untersuchungen stehen dabei die ländliche Krankenhausversorgung und die Frage, wie in Zukunft die Flächendeckung sichergestellt werden kann. Neben einer ordnungspolitischen Diskussion und einer modellhaften Erarbeitung regionaler Handlungsoptionen sollen konkrete Anpassungsstrategien erarbeitet und dargestellt werden.

II. Allgemeine Entwicklungstendenzen

1. Demographie

Aktuelle Studien zur Bevölkerungsentwicklung (United Nations 2000; 2007; Kröhnert/van Olst/Klingholz 2004) prognostizieren für die meisten entwickelten Länder, insbesondere aber für Deutschland, einen Rückgang und eine sich daraus ergebende Überalterung der Bevölkerung bis 2050. So wird das Medianalter² stetig ansteigen – von derzeit 42,1

2 Der Median, auch Zentralwert genannt, teilt eine Stichprobe in zwei gleich große Hälften, d. h. 50 % der Werte liegen über und 50 % unter dem Median.

Jahren (2005) auf 49,4 (2050) (United Nations 2007). Jegliche politische Reformen, die zu Lasten der künftigen Rentner gehen, werden dadurch beinahe unmöglich – wie etwa eine Abgabentlastung der Arbeitnehmer (Sinn/Übelmesser 2000).³ Zusätzlich senkt die Notwendigkeit (freiwilliger) häuslicher Pflege und Betreuung die, für andere Wirtschaftsbereiche, etwa die verarbeitende Industrie, zur Verfügung stehende Erwerbsbevölkerung weiter.

Der Trend scheint dabei irreversibel: Die Geburtenrate liegt um etwa 33 % unter dem Bestanderhaltungsniveau (OECD 2007), was nicht zuletzt daran liegt, dass jede dritte Frau in Deutschland kinderlos bleibt (Kröhnert/van Olst/Klingholz 2004): Insgesamt wird die Gesamtbevölkerung von derzeit 82,65 Mio. (2005) auf 74,10 Mio. im Jahr 2050 sinken. Besonders stark wird der Rückgang um 2040 ausfallen, wenn die Mitglieder der sog. „Babyboom“-Generation (Jahrgang 1960) sterben (Börsch-Supan/Ludwig/Sommer 2003).

Allerdings unterscheidet sich die Entwicklung erheblich zwischen den einzelnen Regionen. Mit Ausnahme des Emslands in Niedersachsen liegen die durchschnittlichen Fertilitätsraten⁴ überall unter 1,6 (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006). Generell fallen die Fertilitätsraten in den neuen Bundesländern niedriger aus als im alten Bundesgebiet. Insgesamt beträgt die durchschnittliche Anzahl von Kindern pro Frau 1,35, während eine getrennte Untersuchung von Ost (1,24) und West (1,37) aber erhebliche Disparitäten aufzeigt (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2006). In Verbindung mit einer zunehmenden Lebenserwartung wird diese Entwicklung zu einer Überalterung der Gesellschaft führen.⁵

Durch die Alterung der Bevölkerung werden sich auch die Konsumgewohnheiten ändern. Der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen wird zunehmen, während gleichzeitig die Nachfrage nach Bildung oder Kinderbetreuungsangeboten – nicht zuletzt wegen der gesunkenen Fertilitätsraten – deutlich abnehmen wird. Damit scheint es zumindest auf den ersten Blick so, dass der Gesundheits- und Pflegesektor erheblich von der Entwicklung profitieren wird.

Abbildung 1 zeigt die unterschiedlichen Prognosen für die einzelnen Regionen in Deutschland auf und verdeutlicht damit, welche Regionen künftig vor schwierigen Herausforderungen stehen werden. Während die Entwicklung für den Süden und Südwesten positiv verläuft, ist in den östlichen Bundesgebieten eine negative Entwicklung festzu-

3 Grundlage ist das Medianwählertheorem, wonach sich Politiker am Median orientieren, um die Mehrheit der Stimmen auf sich zu vereinen. Man kann zeigen, dass es bei zwei Parteien/Politikern eine dominante Strategie darstellt, die Position des Medians zu vertreten (Downs 1957).

4 Sinn (2005) weist darauf hin, dass die alleinige Betrachtung der Fertilitätsrate auch irreführend sein kann. Als geeigneterer Indikator bietet sich die Geburtenrate pro 1.000 Einwohner an, da hierdurch strukturelle Probleme besser berücksichtigt werden können. So gibt die Fertilitätsrate lediglich die durchschnittliche Kinderanzahl pro Frau an, aber nicht, wie viele Frauen der relevanten gebärfähigen Alterskohorte angehören. Die Bundesrepublik, die im internationalen Vergleich zwar eine moderate Fertilitätsrate aufweist, landet aber bei der Geburtenrate pro 1.000 Einwohner auf dem letzten Platz.

5 Die Überalterung in Deutschland, speziell in den neuen Bundesländern, lässt sich exemplarisch an der Anzahl der Über-75jährigen veranschaulichen. In den alten Bundesländern wird es bis 2020 rund 45 % mehr Über-75jährige geben, in den neuen aber rund 75 % mehr – gleichzeitig wird die Anzahl der Unter-20jährigen um 20 % abnehmen (OECD 2007).

stellen. Dessau weist mit einem Rückgang von 17,8 % den niedrigsten Wert auf, während Ingolstadt mit einem Wachstum von 10,2 % den größten Zuwachs erfahren wird.

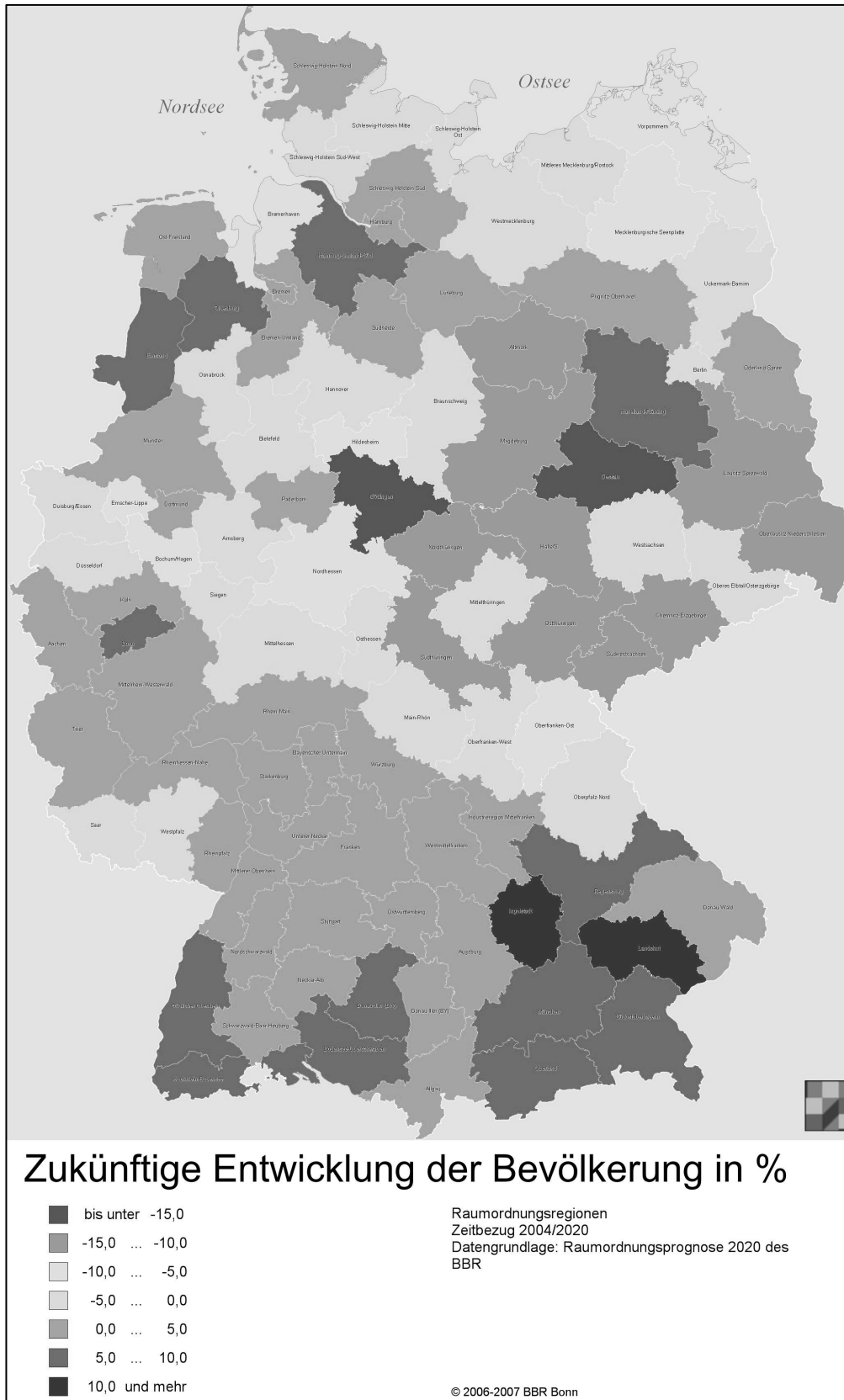


Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung bis 2020 in Prozent

Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006)

2. Binnenmigration

Die problematische Bevölkerungsentwicklung wird sich für viele Regionen durch interne Migrationsströme insbesondere junger und gut ausgebildeter Menschen weiter verschärfen.⁶ Allein die deutsche Wiedervereinigung löste eine massive Binnenwanderung zwischen den neuen und alten Bundesländern aus, wodurch sich die demographischen Perspektiven vieler Regionen drastisch änderten und erhebliche Disparitäten entstanden (OECD 2007). Es überrascht daher auch wenig, dass in Deutschland ein starker Wettbewerb um Einwohner zwischen den Regionen, vor allem zwischen Ost und West, zu beobachten ist. Die Regionen versuchen, hochqualifizierte Fachkräfte anzulocken, um dadurch Standortvorteile zu generieren. So gibt es in den neuen Bundesländern mehrere Regionen, die negative Wanderungssaldi aufweisen (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006). Hält diese Westwanderungsbewegung an, wird sich die Bevölkerung Ostdeutschlands bis 2050 halbieren (Kröhnert/van Olst/Klingholz 2004).

Dabei ist ferner eine Bewegung aus den ländlichen Gebieten (aber auch den Innenstädten) in das Umland der Ballungsräume zu beobachten. Zwischen 1994 und 2004 führte die Binnenwanderung zu einem Anstieg der Bevölkerung in den ländlichen Kreisen um netto 3,1 %, gleichzeitig verloren aber die dünn besiedelten ländlichen Kreise 2,3 % (OECD 2007). Wie Tabelle 1 verdeutlicht, handelt es sich hierbei um einen gefährlichen Trend für die ländlichen Kreise: Während die ländlichen Kreise bei den Jungen (18-29) einen erheblichen Rückgang verzeichnen, nimmt die Anzahl der Über-50-Jährigen zu. Für die Krankenhäuser der ländlichen Kreise bedeutet dies, dass sie Bevölkerungsgruppen hinzugewinnen, die einen Großteil der Gesundheitsausgaben verursachen (Pimpertz 2005; Braun/Güssow 2007) und gleichzeitig andere Bedürfnisse an die Krankenhausausrüstung stellen. Traditionell weisen ländliche Krankenhäuser Geburtenabteilungen auf, die jetzt aufgrund geringerer Fertilitätsraten weniger nachgefragt werden, zugleich steigt aber der Bedarf an Spezialeinrichtungen wie Orthopädieabteilungen stark an. Von der Abwanderung der Unter-18-Jährigen und der 30-49-Jährigen aus den Kernstädten profitieren hingegen zuallererst die suburbanen Räume.

Kreistyp	Unter 18	18-29	30-49	50+
Kernstädte	-190.600	990.700	-499.400	-340.300
Verdichtete Kreise	318.500	62.500	352.300	115.400
Ländliche Kreise	200.500	-237.100	226.600	233.300

Tab. 1: *Wanderungssaldo nach Kreistyp und Altersgruppe, 1997-2004*

Quelle: OECD (2007)

Als mögliche Milderung der demographischen Probleme wird oftmals die Attraktion internationaler Zuwanderung aufgeführt. Es wird erwartet, dass im Zeitraum von 2005 bis 2050 rund 200.000 Migranten aus verschiedenen Nationen im Jahresdurchschnitt nach

⁶ Für eine modelltheoretische Darstellung vgl. Bartholomae/Popescu 2007; 2007a.

Deutschland einwandern werden. Dennoch wird dieser Bevölkerungszuwachs nicht zur Lösung der Probleme beitragen. Einerseits werden diese Migranten ihren Wohnort innerhalb Deutschlands nicht in denjenigen Regionen wählen, die besonders von der demographischen Entwicklung betroffen sind. Wahrscheinlicher ist, dass sie in Regionen migrieren, die bereits über eine Gemeinschaft ausländischer Bewohner, vorzugsweise der eigenen Nationalität, verfügen. Diese Regionen leiden allerdings ohnehin nicht unter einem zu starkem Bevölkerungsrückgang (Detig/Feng/Friedrich 2002). Andererseits muss berücksichtigt werden, dass die internationale Migration bestehende Probleme verschärfen kann, da Migranten zum Teil keine sozialversicherungspflichtige Arbeit aufnehmen, sondern Sozialleistungen beanspruchen bzw. auch Tätigkeiten ausüben, die deutlich unterhalb ihrer Qualifikationen liegen (Bender/Seifert 2000).

3. Tragfähigkeitsgefährdung von Ober- und Mittelzentren

Im Raumordnungsgesetz des Bundes (ROG) sind sowohl die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen des Bundesgebietes (§ 1 ROG), als auch das Zentrale-Orte-Konzept fest verankert. Das Zentralörtliche System liefert das Grundgerüst für eine dem Leitbild der dezentralen Konzentration folgenden Ausrichtung der Siedlungsstruktur (§ 2 Abs. 2 Satz 2 ROG) und der Bündelung von sozialer Infrastruktur (§ 2 Abs. 2 Satz 4 ROG). Zentrale Orte sollen zusätzlich eine Rolle als Träger der Entwicklung im ländlichen Raum übernehmen (§ 2 Abs. 2 Satz 6 ROG).

Das Zentrale-Orte-Konzept geht auf den Regionalökonom Walter Christaller zurück (Christaller 1933), welches durch Standortkonzentration von Einrichtungen eine optimale Anzahl und räumliche Verteilung von Siedlungen mit städtischen, d. h. tertiärwirtschaftlichen und zentralörtlichen Funktionen, herzustellen versucht.

Die zentralörtliche Gliederung nach Christaller sieht ein Klassifikationssystem mit vier Hierarchiestufen vor: Groß-, Ober-, Mittel- und Unterzentrum. Gemäß dieser Unterteilung werden die Einrichtungen der öffentlichen Infrastruktur und Daseinsvorsorge geplant und eingerichtet. Abbildung 2 stellt die Zentrale-Orte-Theorie nach Christaller mit seinen sechseckigen Anordnungen hierarchisch abgestufter Standorte zur optimalen Ordnung im Raum graphisch dar. Nach Christaller werden die Anbieterstandorte mit ihren zunächst kreisförmigen Marktgebieten durch das Auftreten weiterer neuer Anbieter soweit zusammenrücken, bis eine Mindestgrößenschwelle erreicht ist, die jeder Anbieter zur Kostendeckung benötigt. Der Gleichgewichtszustand ist erreicht, wenn nach dem Prinzip der größten Packungsdichte die Anbieter so zusammenrücken, dass sechseckige Marktgebiete entstehen. Die Größe dieser Marktgebiete wird durch die innere Reichweite des betreffenden Gutes, die sich aus dem betriebswirtschaftlich erforderlichen Mindestabsatz des Gutes ergibt, definiert. Diese räumliche Anordnung von Anbieterstandorten und Marktgebieten ist aus gesamtwirtschaftlicher Sicht (Maximierung der Zahl der Anbieter und Minimierung der Transportkostensumme aller Nachfrager) ein Optimum.

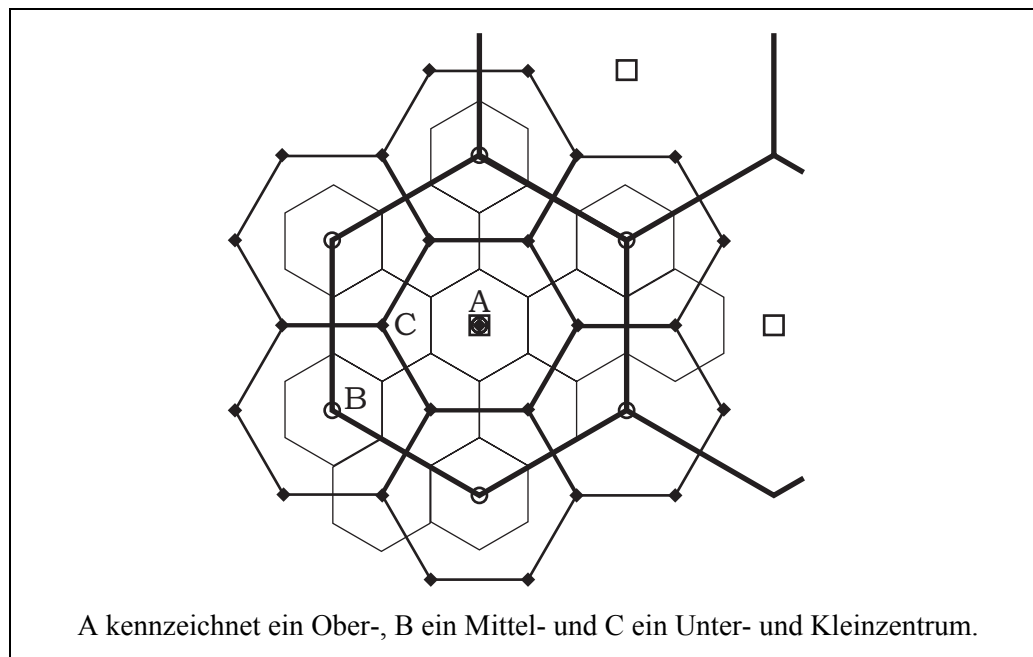


Abb. 2: Zentrale-Orte-Theorie nach Christaller (1993)

Quelle: Eigene Darstellung

Zentraler Ort	Kleinzentrum	Unterkzentrum	Mittelzentrum	Oberzentrum
Einwohner im Verflechtungsbereich	5.000 – 10.000	10.000 – 20.000	20.000 – 100.000	100.000+
Gesundheitswesen	Allgemeiner Arzt	Fachärzte	Krankenhaus mit mehreren Fachabteilungen	Klinikum, Sonderkrankenhaus, Unfallkrankenhaus

Tab. 2: Klassifikation der Zentralen Orte

Quelle: In Anlehnung an Dietrichs (2000)

Zentrenebene	Verdichtungsbereich	Mindestbevölkerung	Mindesterreichbarkeitsstandard (ÖV)
Oberzentrum	Oberbereich	200.000 – 300.000	90 Minuten
Mittelzentrum	Mittelbereich	30.000 – 35.000	45 Minuten
Unter-, Grund-, oder Kleinzentrum	Nahbereich	7.000 – 10.000	30 Minuten

Tab. 3: Kriterien/Schwellenwerte der Erreichbarkeit/Tragfähigkeit von Zentralen Orten

Quelle: Pütz/Spangenberg (2006)

Die Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) hat im Jahre 1968 für die Planung der öffentlichen Einrichtungen in Deutschland eine vierfache Stufung – angelehnt an

Christaller – festgelegt: Ober-, Mittel-, Unter- und Kleinzentren. In den Raumordnungsplänen der Länder sind rund 950 Mittelzentren verbindlich ausgewiesen. Tabelle 2 stellt die Klassifikationskriterien der zentralen Orte sowie deren zu bereitstellende Infrastruktureinrichtungen überblicksartig dar.

Die unter 1. und 2. dargestellten demographischen Entwicklungen und die Binnenmigration führen in Zukunft zu einer teilweisen Gefährdung der landesplanerisch festgelegten Mittel- und Oberzentren. Da sich die demographische Entwicklung regional sehr unterschiedlich gestaltet, wird es Wachstums-, Stagnations- und Schrumpfsregionen geben (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005).

Eine Gefährdung, bzw. eine starke Gefährdung der Tragfähigkeit wird bei Mittelzentren dann angenommen, wenn sie bis zum Jahr 2050 einen Bevölkerungsrückgang von mehr als 15 %, bzw. mehr als 30 % zu verzeichnen haben, und damit unter dem Schwellenwert von 35.000 Einwohnern im Verflechtungsbereich geraten. Die einzelnen Kriterien, wann Ober-, Mittel- und Unterzentren in ihrer Tragfähigkeit gefährdet sind, werden in Tabelle 3 erläutert (Pütz/Spangenberg 2006).

Das Spannungsverhältnis zwischen Erreichbarkeit von Mittelzentren und ihrer langfristigen Tragfähigkeit ist Gegenstand von räumlichen Analysen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung in Bonn (BBR), die zur empirischen Untermauerung der im Sommer 2006 verabschiedeten neuen Leitbilder zur Raumentwicklung („Leitbild 2: Daseinsvorsorge sichern“) angestellt wurden (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2006). Sie beziehen Ergebnisse der regionalen Bevölkerungsprognose 2020 des BBR bei Erreichbarkeitsanalysen für Mittel- und Oberzentren ein (Beivers/Spangenberg 2008).

Abbildung 3 veranschaulicht die Problematik der drohenden absinkenden Tragfähigkeit von Einrichtungen der Daseinsvorsorge durch den demographischen Wandel bis zum Jahr 2050, die schon in Abbildung 1 aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung zu erkennen war. In den Regionen mit prognostizierten Bevölkerungsrückgängen ist die in den zentralen Orten gebündelte Infrastruktur gefährdet, da Wirtschaftlichkeitschwellen unterschritten werden können.

Langfristig führt die demographische Entwicklung für eine Vielzahl von Mittel- und Oberzentren zu einer Gefährdung ihrer Tragfähigkeit. Dies betrifft insbesondere ländliche, sehr dünn besiedelte Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang. Aber auch in Regionen mit einem sehr dichten Netz zentraler Orte (vor allem der Mittelzentren) ist die Tragfähigkeit der Versorgungsbereiche in Zukunft häufig nicht mehr gesichert. Problemräume sind vor allem die Altmark, Uckermark, Prignitz und die Niederlausitz in den neuen Bundesländern, in denen bereits die derzeit vorhandenen zentralörtlichen Netze üblichen Erreichbarkeitsstandards nicht gerecht werden und die Zentren gleichzeitig in ihrer Tragfähigkeit langfristig gefährdet sind (Beivers/Spangenberg 2008).

Die Karte in Abbildung 3 zeigt, dass sich gemäß der heutigen Situation bei rund 120 Mittelzentren ein Tragfähigkeitsproblem ergibt, da die Bevölkerung im Verflechtungsbereich von rund 35.000 Einwohnern unterschritten wird (gemäß der Prognose der Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahre 2050).

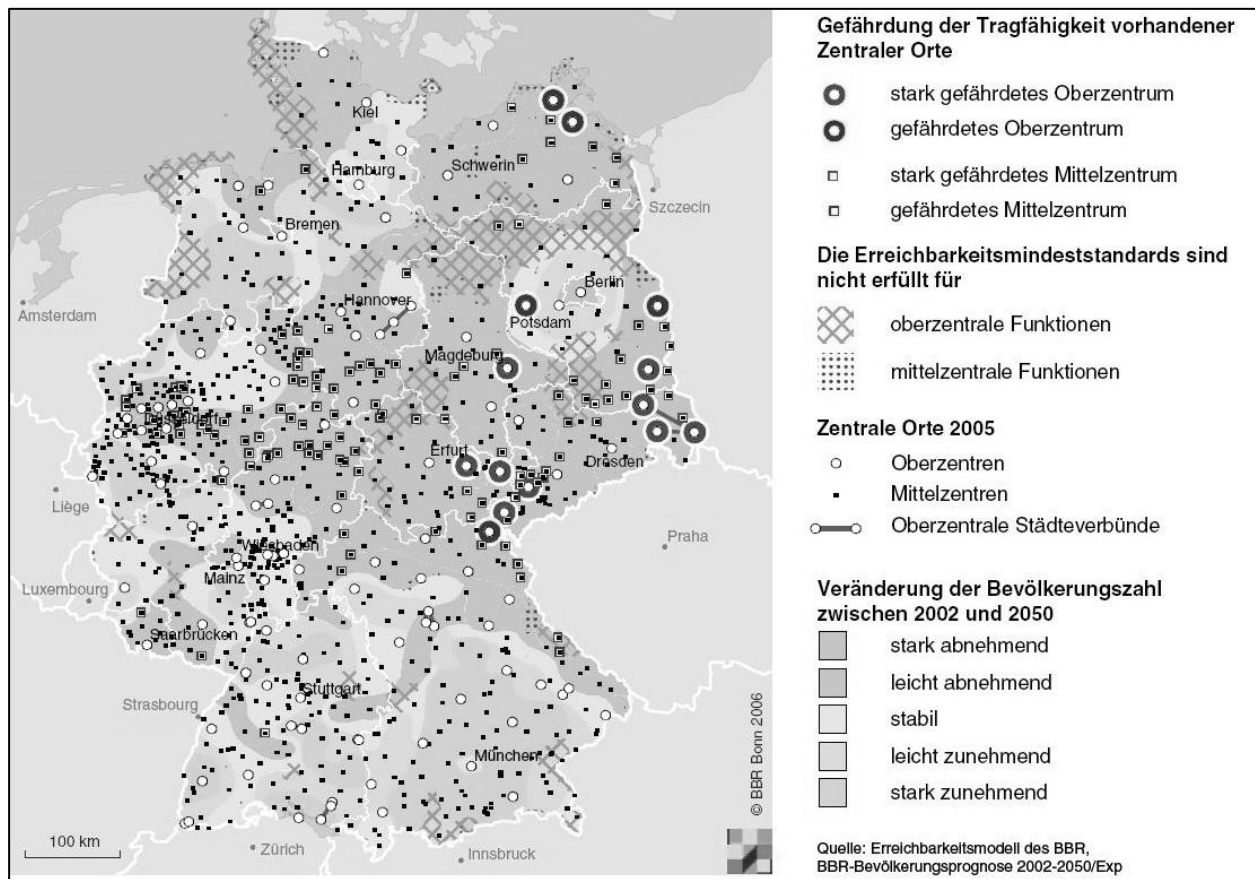


Abb. 3: Tragfähigkeit und Erreichbarkeit Zentraler Orte

Quelle: Pütz/Spangenberg (2006).

Dies stellt die Schaffung gleichwertiger regionaler Lebensverhältnisse in Zukunft vor enorme Probleme und zeigt den sich ergebenden Handlungsbedarf. Es wird zu klären sein, wie der Staat mit den dargestellten Tragfähigkeitsproblemen einzelner Regionen umgeht, und wie er die Einrichtungen der öffentlichen Infrastruktur in gefährdeten Regionen zukünftig gestalten möchte.

Innerhalb des Systems der zentralen Orte übernehmen die Mittelzentren die wohnortnahe Grundversorgung mit Krankenhäusern.⁷ Demzufolge ist die räumliche Verteilung der Krankenhausstandorte stark an dem Zentrale-Orte-Konzept ausgerichtet. Rund 600 Krankenhäuser befinden sich in Oberzentren, weitere rund 900 Standorte in Gemeinden mit zumindest mittelzentraler Teilfunktion. Etwa 170 Mittelzentren verfügen nicht über ein Krankenhaus der Grundversorgung vor Ort und ca. 250 Krankenhäuser befinden sich in Gemeinden geringerer Zentralitätseinstufung (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005).

⁷ Siehe tabellarische Zusammenstellung in Spangenberg/Schürt 2006.

III. Auswirkungen auf die flächendeckende Krankenhaus-Versorgung

1. Zentrale Einflussfaktoren auf die ländliche Krankenhausversorgung

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich in einem Strukturwandel erheblichen Ausmaßes. Dabei ist eine zunehmende Unternehmenskonzentration festzustellen. Die seit dem Jahre 2000 schrittweise eingeführte diagnosebezogene Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern, DRGs⁸ genannt, wirkt hierbei als Akzelerator und lässt rasche Veränderungen erwarten (Pfähler 2004). Deutliche Anzeichen dafür sind die sich häufenden Meldungen über den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber, oder gar die Schließung eines ganzen Krankenhausstandortes.

Als gutes Beispiel ist die Entwicklung des größten deutschen Flächenstaates, dem Freistaat Bayern anzuführen, in dem seit längerem ein Verschwinden von ländlichen, kommunalen Kleinkrankenhäusern⁹ zu beobachten ist. Neben der Schließung kommunaler Kleinkrankenhäuser kam es im Freistaat Bayern im Zeitraum von 2000 bis 2006 in zehn Fällen zu einem Verkauf von kommunalen Kleinkrankenhäusern an einen privaten Betreiber. Dies wirft die Frage auf, wie es zu dieser Entwicklung kommt, und ob die stationäre Krankenversorgung in der Fläche dadurch gefährdet ist. Verschiedene Studien¹⁰ sehen durch die Einführung von DRGs die Flächendeckung gefährdet, da ländliche Krankenhäuser, aufgrund zu geringer Bevölkerungsdichte und somit zu geringer Auslastung mit den, auf Durchschnittskosten kalkulierten, DRG-Fallpauschalen ihre Kosten nicht decken können. Durch die Konvergenz krankenhausesindividueller auf zunächst landeseinheitliche Basisfallwerte (sog. Landesbasisfallwerte) bis zum Jahr 2010 kommt es zu Konvergenzgewinnern und -verlierern¹¹. Hier zeigt sich, dass gerade die Krankenhäuser in ländlichen Räumen, bedingt durch ihre niedrigen krankenhausesindividuellen Basisfallwerte – und somit durchschnittlich niedrigeren Fallkosten als im Landesdurchschnitt –, im Schnitt zu den Gewinnern der landeseinheitlichen Konvergenz gehören und demzufolge durch die Einführung des DRG-Systems gewinnen könnten.

Ein Grund, warum es dennoch zu einem Abbau der ländlichen Krankenhäuser kommt, ist das Auseinanderklaffen von staatlich vorgegebenem Versorgungsvertrag und den Anforderungen, die sowohl von den Patienten als auch von einweisenden Ärzten gestellt wer-

8 DRG bedeutet Diagnoses Related Groups und bezeichnet eine ganze Familie von Klassifikationssystemen, die zu dem Zweck entwickelt wurden, Krankenhausleistungen in Abhängigkeit vom tatsächlichen Ressourcenverbrauch in eine überschaubare Anzahl von Gruppen einzuteilen. Dabei unterscheiden sich die einzelnen nationalen DRG-Systeme zum Teil erheblich. Das Deutsche DRG-System (auch G-DRG genannt) baut auf dem australischen DRG-System (AR-DRG) auf.

9 Definition eines kommunalen Kleinkrankenhauses: öffentliche Trägerschaft, unter 300 Betten, Krankenhaus der Grund- bzw. Regelversorgung und Lage in einem Mittel- oder Unterzentrum.

10 Redemann 2002.

11 Durch die Konvergenzphase werden die krankenhausesindividuellen durchschnittlichen Fallkosten eines Patienten mit Fallschere 1,0 (krankenhausesindividueller Basisfallwert) zunächst an den Landesdurchschnitt angepasst. Krankenhäuser, die einen positiven Anpassungsbetrag aufweisen, werden als Konvergenzgewinner bezeichnet, die Krankenhäuser mit einem negativen Anpassungsbetrag als Konvergenzverlierer (Klauber/Robra/Schellschmidt 2008).

den. Einerseits ist es Aufgabe der ländlichen Krankenhäuser, eine breite und wohnortnahe medizinische Krankenhausversorgung in den Fachrichtungen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin sowie Gynäkologie/Geburtenhilfe zu gewährleisten, andererseits verlangt der Markt aber immer mehr nach Spezialisierung (Dietrichs 2000). Um nun die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung zu betrachten, ist es notwendig, die aktuellen Entwicklungen zu differenzieren.

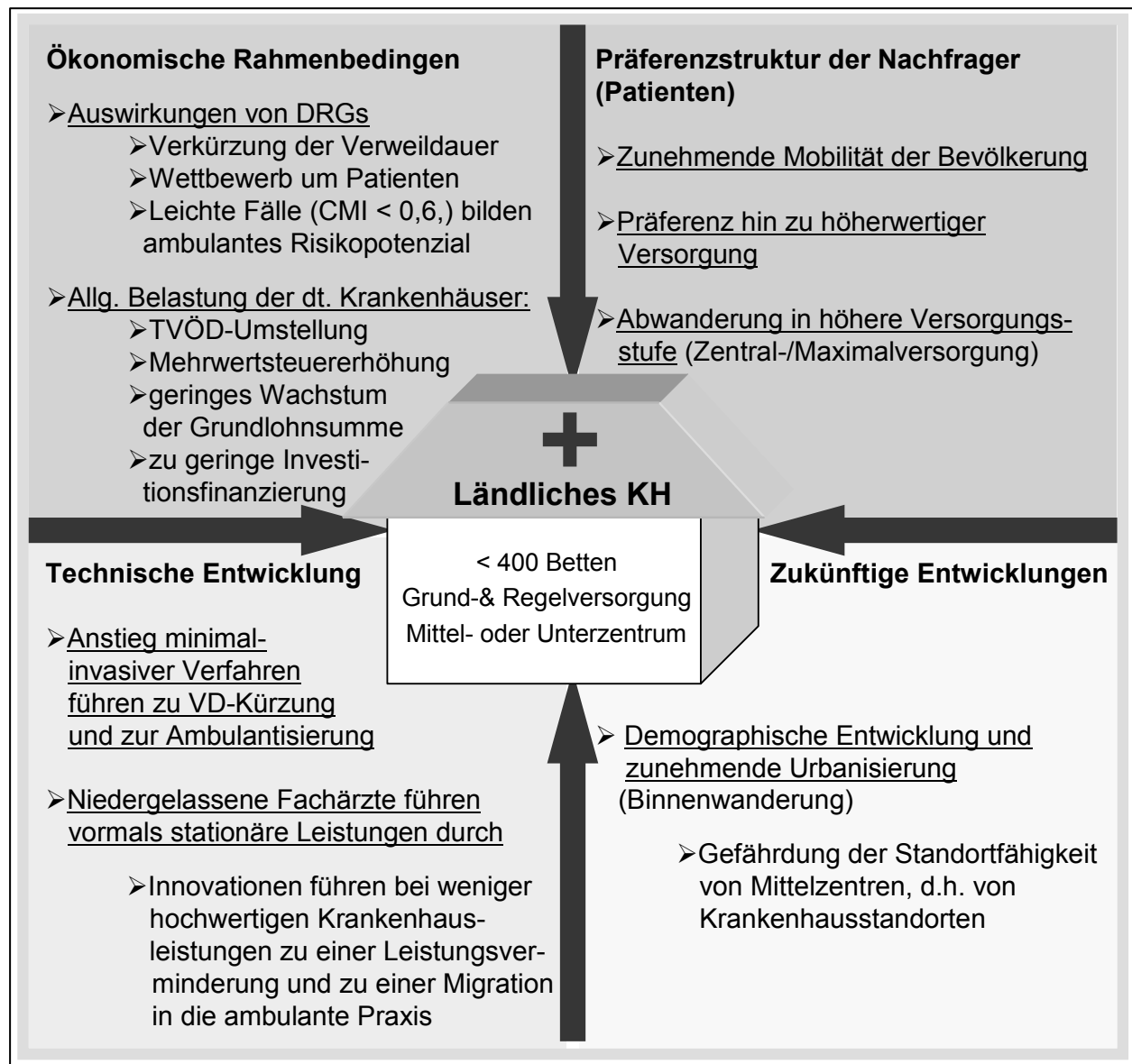


Abb. 4: Zentrale Einflussfaktoren auf die ländliche Krankenhausversorgung

Quelle: Beivers (2008)

Wie Abbildung 4 zeigt, lassen sich vier zentrale Einflussfaktoren unterscheiden, die zu neuen Rahmenbedingungen der flächendeckenden Versorgung beitragen. Zu allererst sind die ökonomischen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser zu nennen: Dies ist zunächst die DRG-Einführung, aber auch die allgemeinen Belastungszunahmen der Krankenhäuser, vor allem die Mehrwertsteuererhöhung auf 19 % sowie die Tariflohnsteigerungen des Jahres 2008. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft,

DKG, summieren sich allein die Tariflohnerhöhungen der Klinikmitarbeiter für das Jahr 2009 auf rund 2 Mrd. Euro pro Jahr (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2008). Diese allgemeinen Belastungszunahmen werden durch einen unterproportionalen Anstieg der Grundlohnsumme (2009: lediglich + 1,41 %) – und somit der Krankenhausbudgets – nochmals drastisch verschärft.

Zusätzlich ist zu beobachten, dass sich die Länder, bedingt durch die angespannte Haushaltslage, mehr und mehr aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Im Jahr 2008 haben die Länder den deutschlandweit rund 2.000 Kliniken nur noch rund 2,6 Mrd. Euro bereitgestellt – ein Rückgang zum elften Mal in Folge. Im Vergleich zu 1991 führen die Länder die Krankenhausfinanzierung um real 44,3 % zurück (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2009). Durch die fehlende Investitionsförderung ist es vielen Krankenhäusern nicht möglich, dringende Rationalisierungsinvestitionen zu tätigen (Neubauer/Beivers 2006).

Während die allgemeinen Belastungen der Krankenhäuser vor allem zu einem erhöhten Kostendruck führen, hat das DRG-System weiter reichende Auswirkungen. So werden den DRG-Fallpauschalen eine Reihe von Effekten zugeordnet, von denen am wenigsten strittig ist, dass es bei ihrer Einführung zu einer Verweildauerverkürzung kommt, bedingt vor allem durch die neuen ökonomischen Anreize (Beivers/Spangenberg 2008).

Mit der Verkürzung der Verweildauer geht eine Reihe von Prozessen einher. Unter anderem kommt es durch die Verkürzung zu einem Absinken der Bettenauslastung. Bettenüberkapazitäten werden noch dadurch verstärkt, dass medizinisch weniger aufwändige Leistungen, die sich in einem Casemix-Index (CMI)¹² von unter 0,6 ausdrücken, im DRG-System Gefahr laufen, aus dem stationären Leistungskatalog herausgenommen zu werden und in die ambulante Versorgung abzuwandern. In den vergangenen Jahren sind Bettenüberhänge entstanden, welche die Krankenhäuser nur ungern abbauen, da diese in vielen Bundesländern als Bemessungsgrundlage zur staatlichen Krankenhausförderung herangezogen werden. Als Folge hat sich ein steigender Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten entwickelt.

Die Krankenhäuser versuchen vor allem durch Innovationswettbewerb (mit Spezialzentren, minimalen OP-Techniken etc.) eine Fallzahlsteigerung zu erreichen und anschließend gegenüber den Kassen eine Budgeterweiterung durchzusetzen. Dies macht kleinere ländliche Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung im Wettbewerb um die Patienten oftmals zu den Verlierern, da sie – bedingt durch ihre zu geringe Spezialisierung – nicht mehr in der Lage sind, die Patienten, insbesondere bei elektiven Eingriffen¹³, anzuziehen.

Die Präferenzstruktur der Patienten, der zweite Einflussfaktor, hängt damit eng zusammen. Diese haben eine zunehmende Präferenz hin zu einer medizinisch höherwertigen

12 Der Casemix-Index gibt im DRG-System die durchschnittliche Fallschwere bzw. die Bewertungsrelation pro Behandlungsfall berechnet für eine definierte Bezugsgröße (z. B. ein Krankenhaus) an. Die durchschnittliche Fallschwere pro Krankenhaus lag in Deutschland für das Datenjahr 2005 bei 1,041 (vgl. InEK-Datenbank im Rahmen der Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG).

13 Unter elektiven Eingriffen versteht man zeitlich planbare Eingriffe, die nicht notfallmedizinisch behandelt werden müssen, wie z. B. Katarakt-Operationen.

Versorgung, welche sie, verbunden mit einer Zunahme an Mobilität, vermehrt wahrnehmen.

Es kommt für die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung zu einem Auseinanderklaffen von staatlich vorgegebenem Versorgungsauftrag und den Anforderungen, die sowohl von den Patienten als auch den einweisenden Ärzten gestellt werden. Patienten, die heute bereits eine faktisch freie Krankenhauswahl ausüben, tendieren häufig dazu, sich in einem höher spezialisierten Krankenhaus behandeln zu lassen, wobei die Wohnortnähe nachrangig ist. Zwar spricht sich die Bevölkerung vor Ort oftmals für den Erhalt eines wohnortnahen Krankenhauses der Grundversorgung aus, präferiert hingegen bei elektiven Eingriffen tatsächlich die höherwertige Versorgungsstufe (Neubauer/Beivers 2005).

Als nächster, wichtiger Einflussfaktor auf die ländliche Krankenhausversorgung kommt der technologische Fortschritt hinzu. Er macht durch minimal-invasive Operationsmethoden und neue Behandlungsverfahren eine Verkürzung der Verweildauer erst möglich und führt durch stetig neu hinzukommende, innovative Verfahren zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauer. Darüber hinaus können durch die neuen Verfahren immer mehr Behandlungen auch ambulant erbracht werden, die früher nur stationär durchführbar waren. Dies führt dazu, dass vor allem Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, welche die medizinisch leichteren Fälle behandeln, einen immer größer werdenden Teil ihres Behandlungsspektrums ambulant behandeln können – und zum Teil auch müssen. Für die Krankenhäuser ist dies aus Erlös-Gesichtspunkten jedoch problematisch, da sie für die ambulanten Leistungen nur etwa ein Drittel der stationären Erlöse erhalten.

Weiterhin sind auch immer mehr niedergelassene Facharztpraxen technologisch gut ausgestattet und führen Eingriffe – die früher stationär durchgeführt wurden – ambulant in ihrer eigenen Praxis durch. Damit treten sie mit Krankenhäusern in Wettbewerb um Patienten. Hinzu kommt, dass einweisende Fachärzte ihre Patienten lieber an Spezialisten überweisen. Dadurch gehen den ländlichen Krankenhäusern etwa 5 – 15 % der Patienten verloren, wie die Untersuchung von Einzugsstatistiken ausgewählter, bayerischer Krankenhäuser auf dem Land ergeben hat (Neubauer/Beivers 2005).

2. Das ländliche Krankenhaus zur Sicherstellung der Flächendeckung

Die Umsetzung der flächendeckenden Krankenhausversorgung geschieht über die Krankenhauspläne der einzelnen Bundesländer. Die Länder haben die Hoheit, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in einem sog. Landeskrankenhausplan auszuweisen. Diese Krankenhäuser haben die Pflicht, gesetzlich Versicherte zu behandeln und das Recht, die erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen. Um die staatlichen Planvorgaben und Planungsziele durch- bzw. umzusetzen, werden die plangemäßen Investitionskosten der Krankenhäuser aus Steuermitteln der Länder gefördert. So greift der Staat über eine Investitionsmittelenkung direkt in die Versorgung ein, um seine Angebotsplanung zu realisieren (sog. duale Krankenhausfinanzierung) (Neubauer/Beivers 2006). Die Flächendeckung in Deutschland wird vor allem durch die Dekonzentration von Kranken-

hausbetrieben und einer Verteilung kleinerer Krankenhausstandorte (100 bis 300 Betten) im Raum erreicht.

Der Versorgungsgrad der Bevölkerung, gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern und damit die flächendeckende Krankenhausversorgung, stellt sich einer Analyse des BBR im Rahmen der Raumordnungsberichterstattung zu Folge (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2005; ausführlicher: Spangenberg/Schürt 2006) als sehr gut dar. Legt man die notwendige Pkw-Fahrzeit zur Erreichung des nächsten Krankenhausstandortes zugrunde, so wohnen 2004 rund drei Viertel der Bevölkerung innerhalb eines 10-Minuten-Radius, und fast 98 % innerhalb eines 20-Minuten-Radius¹⁴ um das jeweils nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Nur etwa 2,3 % der Bundesbevölkerung benötigen mehr als 20 Minuten zum nächsten Krankenhaus. Hierbei zählen zu Krankenhäusern der Grundversorgung diejenigen Krankenhäuser, die mindestens über eine chirurgische oder internistische Fachabteilung (mit mehr als fünf Betten) oder eine gynäkologische Abteilung verfügen.

3. Landesplanerische und ökonomische Bedeutung ländlicher Krankenhäuser

Neben ihrer herausragenden Bedeutung der ländlichen Krankenhäuser für die flächendeckende medizinische Versorgung ist auch ihre strukturpolitische Funktion hervorzuheben. Krankenhäuser stellen für den ländlichen Raum einen wichtigen Teil des regionalen Arbeitsmarktes dar. Vor allem in dünn besiedelten Räumen mit niedriger Bevölkerungsdichte und wenig Industrie ist das Gesundheitswesen einer der wichtigsten lokalen Arbeitgeber, der sichere und qualifizierte Arbeitsplätze bietet. Darüber hinaus steigert ein attraktives Angebot an Gesundheitsdienstleistungen auch die Attraktivität der Region für die Bürger und stellt einen maßgeblichen Standortfaktor dar. Krankenhäuser sind dabei Säulen der regionalen und lokalen Infrastruktur und stellen nicht selten eine Voraussetzung für weitere soziale und ökonomische Aktivitäten dar. Oftmals sind die ländlichen Krankenhäuser die größten Arbeitgeber in der jeweiligen Region. Sie bieten vor allem auch Müttern und Vätern über Teilzeitstellen und Schichtdienste die Möglichkeit zur familiengerechten Erwerbstätigkeit. Von daher sind Gesundheitseinrichtungen stärker als bisher in die Landesentwicklungsprogramme einzubinden und im Rahmen von Clusterbildung zu aktivieren (Neubauer/Beivers 2005).

Die Konzentration von Krankenhausstandorten an zentralen Orten hilft sowohl, eine abgestufte stationäre Gesundheitsversorgung flächendeckend zu sichern als auch, im Sinne der Landesentwicklung, gleichwertige Lebensverhältnisse in Bezug auf Arbeits- und Ausbildungsplätze zu schaffen. Jedoch sind eine Reihe zentraler Orte, in denen sich Krankenhäuser befinden, durch die Auswirkungen des demographischen Wandels langfristig gefährdet.

Wie die Untersuchungen gezeigt haben, kann im Status quo die flächendeckende Versorgung in Deutschland generell als sehr gut eingestuft werden, wenn auch regionale Unter-

¹⁴ Gilt in Anlehnung an das nordrhein-westfälische Krankenhausgesetz als angemessener Erreichbarkeitswert.

schiede bestehen. Weicht man jedoch von der statischen zur dynamischen Betrachtungsweise, ergibt sich ein anderes Bild. Hier sind vor allem die demographische Entwicklung als auch die in Deutschland stattfindende Binnenwanderung, die einige Regionen und somit auch die Krankenhausstandorte in ihrer Tragfähigkeit gefährden, zu berücksichtigen.

IV. Optimale Handlungsoptionen

1. Verfügbare Handlungsoptionen

Für die zukünftige Sicherstellung der flächendeckenden Krankenhausversorgung ergibt sich ein deutlicher Handlungsbedarf. Welche Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, hängt dabei wesentlich von der Zielsetzung ab (Bartholomae/Beivers 2008).

Verfolgt man auch in Zukunft die Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Krankenhausversorgung, ergeben sich andere Handlungsoptionen als unter der Zielsetzung einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Demzufolge können die Handlungsoptionen in drei Varianten aufgeteilt werden: Laissez-faire, Beibehaltung des Status Quo und eine gesteuerte Anpassung der Krankenhauskapazitäten.

a) Laissez-faire

Laissez-faire beschreibt die Option, in der sich der Staat aus dem Markt (komplett) zurückzieht und damit den aktuellen und zukünftig zu erwartenden Entwicklungen nicht entgegengewirkt, d. h. keine Subventionierung einzelner, nicht mehr tragfähiger Standorte stattfindet. Gleichzeitig wird jedoch auch keine Schließung oder Streichung von Betten (d. h. eine gesteuerte Anpassung der Kapazitäten) von den Krankenhäusern verlangt. Vielmehr soll der lokale Markt, d. h. Angebot und Nachfrage, das regionale Versorgungsangebot steuern. Daher kann es auch als ein marktlicher Lösungsansatz beschrieben werden.

In Regionen, die von ihrer Tragfähigkeit gefährdet sind, oder in denen die Bevölkerung das Krankenhaus nicht mehr ausreichend in Anspruch nimmt, kann es nach einer gewissen Zeit zu Schließungen von Krankenhausstandorten kommen, wenn die Fixkosten nicht mehr gedeckt werden können. Damit resultieren regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen, d. h. eine bundesweite Flächendeckung kann damit nicht mehr sichergestellt werden. Allerdings kommt durch diese Lösung eine marktwirtschaftlich effiziente Versorgung zustande, da auf eine Subventionierung nicht kostendeckend arbeitender Standorte verzichtet wird. Anzumerken ist, dass die Laissez-faire Option im Status quo kaum umsetzbar ist. Zwar sind regionale Disparitäten auch in der Krankenhausversorgung im Bundesgebiet im Status quo vorherrschend, doch zeigen Untersuchungen des Bundes-

amts für Bauwesen und Raumordnung (Spangenberg/Pütz 2006), dass es durch den Wegfall von Krankenhausstandorten – vor allem in peripheren ländlichen Räumen – zu einer erheblichen Verschlechterung der Erreichbarkeit kommt und somit auch die Sicherstellung des flächendeckenden Rettungsdienstes, wie er in den einzelnen Rettungsdienstgesetzen der Bundesländer vorgeschrieben ist, nicht mehr adäquat sicherzustellen wäre.

b) Beibehaltung des Status Quo

Eine andere Alternative bietet die Option, den Status Quo einfach beizubehalten, in dem Sinne, dass an der Flächendeckung und deren Sicherstellung durch kleine Krankenhausbetriebe festgehalten wird, unabhängig von sich ergebenden Tragfähigkeitsproblemen. Dies impliziert eine gezielte Subventionierung der vorhandenen Krankenhäuser durch Sicherstellungszuschläge, selbst dann, wenn die Standorte aufgrund einer Abwanderung der Bevölkerung langfristig nicht tragfähig sind. Hier hat die Subventionierung nicht nur einen medizinischen Sicherstellungscharakter, sondern ist auch Teil der Strukturpolitik und Landesentwicklung. Durch das Aufrechterhalten der Krankenhausstandorte werden auch die Arbeits- und Ausbildungsplätze in ländlichen Regionen gesichert.

c) Gesteuerte Anpassung der Krankenhauskapazitäten

Die gesteuerte Anpassung der Kapazitäten kann als Kompromiss der ersten beiden Handlungsoptionen bezeichnet werden. In diesem Szenario wird auch weiterhin an der Herstellung der Flächendeckung festgehalten, doch wird diese nicht mehr unbedingt mit den heutigen Mitteln umzusetzen versucht, d. h., dass Krankenhausstrukturen, die aufgrund von Bevölkerungsrückgang nicht mehr tragfähig sind, gezielt angepasst werden. So weit es möglich ist, werden zwar die einzelnen Krankenhausstandorte erhalten, jedoch müssen diese nicht mehr eine größere Anzahl von akutstationären Betten in unterschiedlichen Fachabteilungen sieben Tage die Woche, 24 Stunden am Tag bereitstellen. Hier wären Kleinkrankenhäuser mit 20 Betten nach US-Vorbild denkbar. Dabei muss es zwar auch zu einem Abbau der Kapazitäten, d. h. der Arbeitsplätze kommen, jedoch wird versucht, eine gänzliche Schließung zu vermeiden. Da die Steuerung weiterhin von staatlicher Seite betrieben wird, kann ein sozial verträglicher Stellenabbau forciert werden. Nur wenn Regionen auch längerfristig nicht tragfähig sind, muss gegebenenfalls über eine generelle Schließung einzelner Standorte nachgedacht werden. In diesen Fällen ist dann jedoch die Infrastruktur so gut auszubauen, dass für die Bevölkerung weiterhin ein Krankenhaus in angemessener Zeit (20 bis 30 Minuten) zu erreichen ist.

2. Regionaler Handlungsbedarf

Eine einfache modelltheoretische Analyse kann helfen, die Problemsituation der Regionen zu verdeutlichen. Vereinfacht sei angenommen, dass zwei Gemeinden bzw. deren Krankenhäuser, A und B, miteinander im Wettbewerb stehen. Sie können jeweils zwischen zwei Strategieoptionen wählen: entweder, sie passen die Kapazitäten an oder sie versuchen, den Status Quo beizubehalten. Da Laissez-faire, wie gezeigt wurde, aufgrund (verfassungs-) rechtlicher Verpflichtungen nicht zur Verfügung steht, kann diese Strategiealternative von vornherein ausgeschlossen werden. Jede Region entscheidet nun unabhängig und für die andere Region unbeobachtbar¹⁵ über die Wahl der geeigneten Strategie. Zur Veranschaulichung kann den einzelnen Strategiekombinationen ein (Nutzen-) Wert zwischen 0 und 3 zugewiesen werden, um die unterschiedlichen Ergebnisse hinsichtlich ihrer Vorteilhaftigkeit für die jeweilige Region zu ordnen.

Entscheiden sich beide Regionen dafür, die Strukturen anzupassen, stellen sie eine langfristig gesunde Entwicklung sicher und erhalten beide eine Auszahlung von 2. Passt sich eine Region an, während die andere am Status Quo festhält, führt das für die anpassende Region dazu, dass einerseits ihre Bürger vermehrt das Krankenhaus der anderen Region (widerwillig) aufsuchen, da sie dort eine bessere Leistung vermuten und andererseits Arbeitsplätze abgebaut werden (evtl. zugunsten der anderen Region). Diese Entscheidung wird damit von keinem Regionalpolitiker forciert, der an einer Wiederwahl interessiert ist. Die Region erhält in diesem Fall eine Auszahlung von 0. Die andere Region kann jedoch von der Situation (vorübergehend) profitieren, ihr Nutzen ist entsprechend höher bei 3 anzusetzen. Entscheiden sich beide Regionen weiterhin, den Status Quo beizubehalten, haben sie schließlich die demographisch-bedingten Kostenprobleme zu tragen und können daher beide nur ein niedriges Nutzenniveau von 1 erreichen.

Angesichts dieser vier möglichen Situationen legen nun die Regionen ihre Strategien fest, wobei sie berücksichtigen, welche ihrer Strategien bei gegebener Strategiewahl der Konkurrenzregion für sie am besten geeignet ist. Wählt etwa Region A „anpassen“, so würde Region B mit „Status Quo“ antworten (Auszahlung 3 größer als 1). Wählt Region A „Status Quo“, wird auch B „Status Quo“ (1 größer als 0) wählen. Unabhängig davon, welche Entscheidung Region A trifft, Region B wird immer am Status Quo festhalten, das gleiche gilt aufgrund der Symmetrie auch für A. Für beide Regionen stellt der „Status Quo“ eine dominante Strategie dar. Es wäre für beide Regionen vorteilhafter, wenn beide anpassen würden, da in diesem Fall jede Region einen Nutzen von 2 anstatt nur 1 hätte. Diese Problematik ist hinreichend als Gefangenendilemma bekannt. Obwohl beide Regionen individuell rational handeln – sie wählen ihre dominante Strategie – resultiert ein kollektiv irrationales Ergebnis. Ein sozialer Planer würde beiden vorschlagen, ihre Strukturen anzupassen. Genau deshalb muss es Ziel der (Ordnungs-)Politik sein, die kollektive Irrationalität zu überwinden, um das Pareto-Optimum (beide wählen als Strategie „Anpassen“) zu erreichen.

¹⁵ Im hier untersuchten Modellrahmen ist es aufgrund des Vorliegens dominanter Strategien für die Aktionswahl der Spieler unerheblich, ob die Entscheidungen simultan oder sequentiell erfolgen.

Unter dem Gesichtspunkt, dass die eigentlich beste Lösung „Laissez-faire“ nicht zur Verfügung steht, kann „Anpassung“ dennoch eine „First-Best“-Lösung darstellen, wenn als zusätzliches Kriterium die Flächendeckung hinzugezogen wird, die bei „Laissez-faire“ nicht gewährleistet wäre. Damit ist diese Option sowohl unter ökonomischen wie raumplanerischen Gesichtspunkten zu bevorzugen.

3. Ordnungspolitischer Handlungsbedarf

Nach Durchführung einer Betrachtung der regionalen Handlungsoptionen und der Darstellung der regionalen „First-Best“-Strategie bedarf es auch einer ordnungspolitischen Betrachtung.

Wie gezeigt wurde, werden in Zukunft vermehrt ländliche Krankenhäuser in ihrer Existenz, wie sie sich heute darstellt, gefährdet sein. Aufgrund des Bevölkerungsrückganges und einer zu geringen Inanspruchnahme und Auslastung der bereitgestellten Kapazitäten werden die von den Krankenkassen und von den Bundesländern bereitgestellten Mittel nicht mehr ausreichen, einen Krankenhausbetrieb mit mehr als 100 Betten 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, nachhaltig aufrecht erhalten zu können. Hinzu kommen Probleme bezogen auf die Behandlungsqualität, wenn man eine Korrelation zwischen Häufigkeit der Eingriffe und der Behandlungsqualität unterstellt. Es ist folglich zu klären, ob man zulassen will, dass einzelne Krankenhausstandorte, die zukünftig nicht mehr tragfähig sind, schließen. Ordnungspolitisch ist die marktliche Laissez-faire-Lösung, wie sie unter 1. beschrieben wurde, eindeutig zu präferieren, da hier das Angebot und die Nachfrage die Kapazitäten steuern. Unterstellt man hingegen im Krankenhauswesen aufgrund fehlender Konsumentensouveränität als auch Markttransparenz ein gewisses Maß an Marktversagen, ergibt sich ein anderes Bild.

Einerseits ist die Laissez-faire Option in Deutschland rechtlich nicht zulässig, zum anderen erscheint es auch aus volkswirtschaftlicher Sicht kritisch, dass einzelne Bürger, deren Zahlungsbereitschaft alleine nicht ausreicht, um den Erhalt des Krankenhausstandortes sicherzustellen, keine angemessene Versorgung mehr erhalten. Dies kann nicht zielführend sein.

Andererseits verbietet sich aber ordnungspolitisch geradezu eine Subventionierung nicht mehr tragfähiger Standorte heutigen Musters, da hier knappe staatliche Finanzmittel – bei steigender Staatsverschuldung – ineffizient eingesetzt werden. Hier kann auch das strukturelle Argument zum Erhalt der regionalen Arbeitsplätze kein Argument sein. Ganz im Gegenteil, ein Aufhalten der arbeitsbedingten Binnenmigration auf Kosten von Subventionsmitteln kann keine nachhaltige Strategie sein.

Daher bietet sich die gesteuerte Anpassung der Kapazitäten als die ordnungspolitisch vernünftigste Option an. Hier kommt man zum einen nicht in Konflikt mit den rechtlichen Vorgaben gleichwertiger Lebensverhältnisse im Raum, zum anderen werden auch keine Krankenhausbetriebe subventioniert, die nicht langfristig tragfähig sind. Vielmehr müssen, je nach regionalem Angebots- und Nachfragemuster, die Kapazitäten angepasst werden. Dies bedarf jedoch einer ordnungspolitischen Neuorientierung des Kranken-

hausmarktes in der Form, dass auch Krankenhäuser mit nur 20 Betten und einem hohen Anteil ambulanter Leistungserbringung existieren können. Unabhängig von der Größe einzelner Standorte müssen jedoch Qualitätsstandards eingehalten werden. Dies kann durch den Einsatz neuartiger, telemedizinischer Verfahren jedoch erreicht werden.

Bei der gezielten Anpassung der Kapazitäten können gegebenenfalls einzelne Standorte mit sog. Sicherstellungszuschlägen subventioniert werden, wenn die von den Krankenkassen bereitgestellten Mittel nicht zur Finanzierung ausreichen. Um nicht einen ineffizienten Krankenhausbetrieb zu fördern, den die Bevölkerung selbst nicht mehr adäquat in Anspruch nimmt, wäre eine direkte Subventionierung durch die Bevölkerung, z. B. durch eine regional zu erhebende Direktsteuer, ordnungspolitisch sehr wünschenswert.

Die Wirkung einer direkten Kostenbeteiligung der Bürger und der Inanspruchnahme eines Krankenhauses (d. h. des Einzugskreises) lässt sich mithilfe des Launhardt'schen Trichters gut beschreiben. Dieser bildet den Zusammenhang zwischen dem Standort der Leistungserstellung, den Kosten der Erreichbarkeit und dem Einzugsgebiet eines Anbieters (bzw. Krankenhauses) ab. Die Kosten der Erreichbarkeit setzen sich vor allem aus der Verkehrsanbindung (z. B. der Entfernung in km), der Fahrzeit und dem Preis der Leistungserstellung (Ab-Werk-Preis) zusammen. Dabei kann eine schlecht angebundene, ländliche Klinik die gleichen Erreichbarkeitskosten wie eine zentral gelegene, städtische Klinik haben, wenn beispielsweise der Preis der Leistungserstellung dort im gleichen Umfang niedriger ist.

Das Modell geht auf den Standortökonom Wilhelm Launhardt zurück, der bereits im Jahre 1882 diese Zusammenhänge anschaulich beschrieben hat (Launhardt 1885). Der Preis der Leistungserstellung, der für die Patienten spürbar ist, wird als Locopreis bezeichnet (Neubauer/Beivers/Minartz 2006).

Wenn nun also die optimale Anpassungsstrategie gewählt wird und die ländlichen Krankenhäuser einen günstigen und kostendeckenden Preis für die Bürger anbieten können (ausgedrückt durch den Basisfallwert, d. h. die durchschnittlichen Fallkosten), ergibt sich bei direkter Kostenbeteiligung der Bürger (beispielsweise durch eine Direktsteuer) der folgende Zusammenhang: Je höher die Zuzahlungen/ Zuzahlungstarife der Patienten sind, umso mehr Vorteile ergeben sich für die Krankenhäuser mit niedrigerer Zuzahlung, bzw. mit niedrigerem Basisfallwert.

Abbildung 5 macht sichtbar, dass eine niedrigere Zuzahlung, bzw. ein niedrigerer Basisfallwert, das Einzugsgebiet des Krankenhauses A deutlich von b nach c erweitert. Im Schnittpunkt s der beiden Seitenlinien der Trichter sind die Kosten der Erreichbarkeit gleich. Will man also Vorrang für eine effiziente Versorgung, so sind flexible Vergütungen und prozentuale Zuzahlungen/Direktsteuern für Versicherte zweckmäßig (Neubauer/Beivers/Minartz 2006).

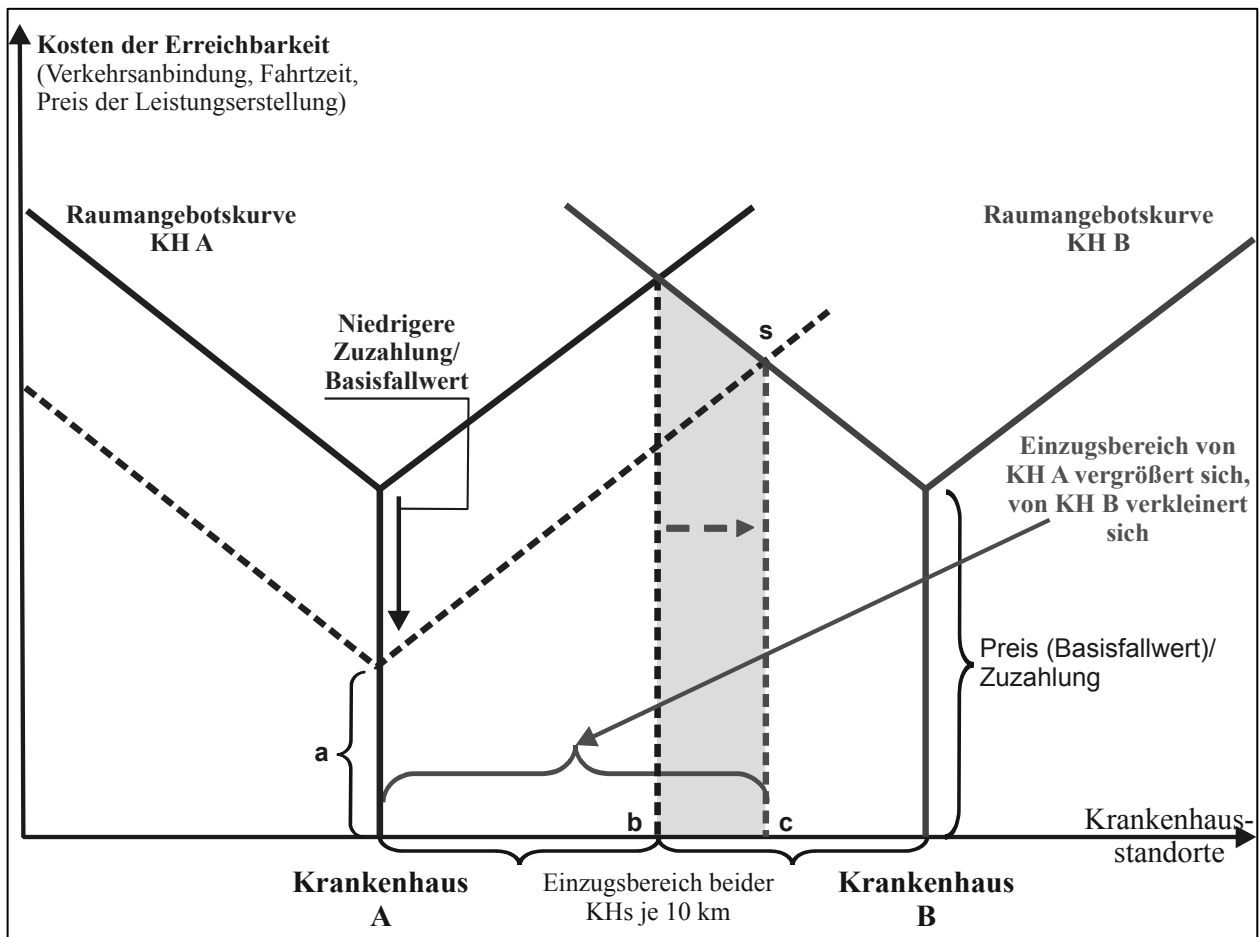


Abb. 5: Auswirkungen von Zuzahlungstarifen/ Zuzahlungen

Quelle: Neubauer/Beivers/Minartz (2006)

V. Ausgestaltung der gesteuerten Anpassungsstrategie

1. Integriertes Fachärztliches Versorgungszentrum

Ein viel versprechender Lösungsansatz der Anpassungsstrategie liegt in einem sektorübergreifenden Betriebskonzept, wie dem integrierten, fachärztlichen Versorgungszentrum (IVZ). Ausgangspunkt ist hier nicht die Institution „Krankenhaus“, sondern die Funktion „fachärztliche Versorgung“. Das IVZ übernimmt die fachärztliche Vollversorgung in einer ländlichen Region und überwindet die sektorale Trennung des deutschen Gesundheitswesens, und somit auch die in I. angesprochene, im Status quo vorherrschende Konkurrenz zwischen ländlichen Krankenhäusern und gut ausgestatteten, niedergelassenen Fachärzten. Das IVZ setzt sich aus den Modulen vollstationäre Versorgung, teilstationäre Versorgung und ambulante Versorgung zusammen (Neubauer/Beivers/Minartz 2006). Das IVZ konzentriert und optimiert die fachärztliche Versorgung in einer Region. Durch die Konzentration der fachärztlichen Versorgung im IVZ und die Zusammenführung von niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhausärzten wird gleichzeitig auch ein hoher Qualitätsstandard erreicht, was der Präferenzstruktur der Bevölkerung entgegen-

kommt und somit helfen kann, einer Abwanderung der Patienten in die höherwertige Versorgung zu mindern.

Die Gründung eines IVZ basiert auf der Umwandlung eines bestehenden ländlichen Kleinkrankenhauses mit einer Kapazität von ungefähr 100 bis 200 Betten. Es werden Betten abgebaut und in den freiwerdenden Räumen wird ein Medizinisches Versorgungszentrum mit Arztpraxen eingerichtet. Für die Sicherstellung der vollstationären Versorgung wird die Anzahl der Krankenhausbetten auf ungefähr die Hälfte der bisherigen Betten reduziert. Je nach Krankenhausgröße und Bedarfslage der jeweiligen Region kann von einer Bettenanzahl von ca. 75 ausgegangen werden. Der vorhandene Gerätepool wird gegebenenfalls modernisiert bzw. ergänzt. Im IVZ wird ein fachärztliches Diagnose- und Therapiezentrum errichtet. Zugleich wird eine Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus der Schwerpunktversorgung geschlossen, um schwerere Fälle kooperativ behandeln zu können (Neubauer/Beivers/Minartz 2006).

2. Flächendeckung durch Ausbau der Infrastruktur

Für Krankenhäuser in Regionen, die auch trotz einer Anpassung der Kapazitäten oder einer gezielten Förderung längerfristig nicht tragbar sind, bedarf es einer zielführenden Anpassungsstrategie. Hier darf es zu keiner falschen Allokation knapper Mittel kommen. Vielmehr muss man sich dann der Frage stellen, wie in den betroffenen Regionen die Versorgung auf andere Weise organisiert werden kann. Hier kann ein Ausbau des Transportsystems, beispielsweise auch durch den Luftweg, vernünftiger sein. Auch so kann ein Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen in angemessener Zeit sichergestellt werden.

VI. Umsetzung der Anpassungsstrategie

Zur geeigneten Umsetzung der vorgestellten Anpassungsstrategie bietet sich die in jüngerer Vergangenheit neu entwickelte Konzeption des FOCJ an.¹⁶ Das Akronym „FOCJ“ setzt sich aus den vier kennzeichnenden Eigenschaften dieser Organisationsform zusammen:

- *Functional*: Durch Konzentration auf eine (oder auch wenige) Funktion(en) ist es dem einzelnen FOCUS (Singular zu FOCJ) möglich, Größendegressionseffekte zu nutzen und so „spill-over“ zu minimieren.
- *Overlapping*: FOCJ überlappen entweder territorial und/oder indem sie sich auf die gleichen Funktionen konzentrieren, wodurch Konkurrenz um Mitglieder entsteht.

16 Das Konzept des FOCJ und seine wichtigsten Vorteile und Eigenschaften werden ausführlich erläutert in Frey (1997) sowie Frey/Eichenberger (1995; 1996; 1999; 2000). Mit regional- und europapolitischen Auswirkungen befassen sich Friedrich/Bartholomae (2008). Die Untersuchung der Anwendbarkeit von FOCJ auf den (deutschen) Gesundheitssektor findet sich sehr ausführlich in Friedrich (2006).

- *Competing*: Einerseits herrscht zwischen den FOCJ Konkurrenz um Mitglieder. Andererseits ist innerhalb eines FOCUS politischer Wettbewerb durch eine stark basisdemokratische Ausrichtung sichergestellt. Erreicht werden kann dies durch Abstimmung (*Voice*) oder Austritt (*Exit*) – und damit einhergehend einem Wechsel von einem FOCUS zu einem anderen.¹⁷ Die (mögliche) territoriale Überlappung erfordert hierbei nicht notwendigerweise eine Migration der Mitglieder.
- *Jurisdictions*: Um Autonomie zu garantieren und damit keinerlei Wettbewerbsverzerrungen aufgrund mangelnder Kosteninternalisierung auftreten, sollen FOCJ das hoheitliche Recht erhalten, Steuern bzw. Beiträge zu erheben, um sich so zwangsweise finanzieren zu können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass keine „Leer“-FOCJ entstehen, die keine Leistungen anbieten und damit auch keine Steuern/Beiträge erheben müssen. Aufgabe des Gesetzgebers wird es daher sein, adäquate gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Es stellt sich bei diesem Konzept die Frage, ob für FOCJ eine eigene Rechtsform geschaffen werden sollte oder ob sie in bestehende Rechtsformen eingebunden werden kann. Letztgenanntes ist dabei davon abhängig, welche Mitgliederstruktur präferiert wird, wie ausführlich von Detig/Feng/Friedrich (2002), Friedrich/Popescu (2005) und – speziell für den hier relevanten Gesundheitssektor – von Friedrich (2006) erläutert wird.¹⁸ Vorgeschlagen wird etwa eine Ausgestaltung als *Körperschaft des öffentlichen Rechts* gemäß Landes- oder Kommunalgesetz oder auch als *Anstalt des öffentlichen Rechts*.¹⁹ Bereits heute können Krankenkassen als FOCJ gesehen werden (Friedrich 2006).

Im konkreten Fall empfiehlt sich der Zusammenschluss von Bürgern zu Krankenhaus-FOCJ.²⁰ Alternativ könnten auch Gemeinden als Mitglieder betrachtet werden, allerdings wird dadurch der Einfluss der Bürger auf die Entscheidungen der Krankenhaus-Führung gemindert, da etwa ein Austritt aus einem Krankenhaus-FOCUS nur durch einen Umzug in eine andere Gemeinde erreicht werden kann.

Die Mitglieder entscheiden dann, welche Versorgung sie wünschen, woraus sich wiederum die Beiträge für den FOCUS ergeben, die sie zu tragen haben. Es wird damit ein direkter Kosten-Leistungs-Bezug hergestellt, der für die Bürger sichtbar ist, ähnlich den „Property Tax“-Abgaben in den USA.²¹ Dadurch wird Effizienz und Kostenminimierung einerseits dadurch sichergestellt, dass die Leitung des FOCUS von Experten (Ärzten, Ökonomen) besetzt wird, andererseits sich jeder FOCUS in ständiger Konkurrenz mit

17 Vgl. hierzu auch die Theorie des Clubs, Buchanan (1965), die als grundlegend für das Konzept der FOCJ gesehen werden kann.

18 Es werden insgesamt vier mögliche Mitgliederstrukturen unterschieden: (1) Bürger als Mitglieder, (2) öffentliche Träger als Mitglieder, (3) Mitgliedschaft von Kommunen, anderen öffentlichen Trägern und Personen des privaten Rechts sowie (4) Mitgliedschaft natürlicher und juristischer Personen sowohl des Privat- wie öffentlichen Rechts.

19 Für international operierende FOCJ wäre jedoch eine Implementierung mittels EU-Richtlinie besser geeignet. Eine mögliche, existente Rechtsform würde hier die Europäische wirtschaftliche Interessenvereinigung (EWIV) bieten (vgl. hierzu die Verordnung (EWG) Nr. 2137/85 des Rates vom 25.07.1985).

20 Vergleichbare Eigenschaften, wie sie Bürger-FOCJ aufweisen würden, liegen bei Kirchen oder Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege vor (Friedrich, 2006).

21 Der Bundesstaat Texas bietet den Kommunen die Möglichkeit eine Direktsteuer im Sinne einer Property Tax (Grundsteuer) zu erheben und damit das örtliche Krankenhaus zu subventionieren.

(territorial wie funktional) umliegenden FOCJ befindet. Die Führung steht damit in regelmäßigem Vergleich mit anderen Krankenhäusern und muss die Kosten der einzelnen Leistungen rechtfertigen, da sie ansonsten von den Mitgliedern/Bürgern jederzeit abgewählt werden kann. Inwieweit eine Querfinanzierung zwischen den einzelnen Angeboten des Krankenhauses erfolgen kann/soll, kann dabei ebenso von den Mitgliedern festgelegt werden.²² Es ist damit für den FOCUS-Vorstand (zwingend) erforderlich, die notwendigen Informationen für die Bürger aufzubereiten und klar darzustellen, um die Bürger (und damit Wähler) von seiner Arbeit zu überzeugen und seine Wiederwahl zu sichern.

Eventuell kann es sich auch anbieten, Krankenhaus-FOCJ hinsichtlich ihrer Funktionen weiter zu untergliedern. Vorstellbar wäre etwa ein Kardiologie-FOCJ, das sich über mehrere Regionen erstreckt und dadurch Spezialisierungs- und Größenvorteile effektiv nutzen kann. Demgegenüber können in einer Region aber durchaus mehrere Allgemeinmedizin-FOCJ vorkommen – sofern es die regionalen demographischen Gegebenheiten ermöglichen –, die ihre Leistung entsprechend der angebotenen Qualität differenzieren oder bei gleichen Präferenzen der Bürger eine bessere Wohnortnähe sicherstellen können. Ein Bürger kann dann Mitglied mehrerer „Spezial“-FOCJ und eines (oder auch mehrerer) Allgemeinmedizin-FOCJ zugleich sein.

Damit eine ausreichende Grundversorgung gewährleistet wird und keine Mehrklassen-Medizin entsteht, könnte zum einen eine Grundfinanzierung des Staates erfolgen, welche die notwendigsten Leistungen sicherstellt und zum anderen die, von den FOCJ erhobenen, Beiträge progressiv verlaufen. Will man jedoch Umverteilung innerhalb eines Krankenhaus-FOCUS ausschließen, um eine Entstehung von „Armen“-FOCJ – gekennzeichnet durch eine hohe Progression – und „Reichen“-FOCJ – gekennzeichnet durch eine geringe Progression – zu vermeiden, kann alternativ ein fester Beitragssatz gewählt werden und zum Zwecke der Umverteilung eigens ein oder mehrere FOCJ gegründet werden (Detig/Feng/Friedrich 2002).²³

Externe Effekte werden dahingehend ausgeschlossen, dass jeder Bürger – abgesehen von Notfällen – nur in seinem FOCUS behandelt wird, wodurch sich auch eine Zwangsmitgliedschaft in einem FOCUS ergibt, die sicherstellt, dass es nicht zur wohlbekannten Allmendeproblematik bzw. zum Trittbrettfahrertum kommt. Die Qualität der Leistung des FOCUS entspricht dabei den Präferenzen der Mitglieder, mindestens aber den staatlichen Vorgaben. Darüberhinausgehende Qualität muss damit nicht von der Allgemeinheit getragen werden, welche die Leistungen entweder nicht in Anspruch nimmt oder die Präferenz dafür nicht teilt, sondern nur von den Mitgliedern des jeweiligen FOCUS. Ist/Sind einem Mitglied der Qualitätsstandard bzw. die Kosten zu hoch/niedrig, die er dafür zu tragen hat, stehen ihm als Mittel eine Abwahl des Leitungspersonals – natürlich nur dann,

22 Es stellt sich eventuell aber die Frage, ob zumindest die Allgemeinmedizin-FOCJ ihrerseits Mitglieder in einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich-FOCUS – ähnlich dem neugeschaffenen Gesundheitsfond – sein sollten.

23 Inwiefern das Einkommen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und damit den für die Krankenhausversorgung relevanten Bedarf an ärztlichen Leistungen hat, scheint nicht eindeutig geklärt. Während etwa Brennecke (1998) keinen Zusammenhang feststellen kann, so finden Andersen/Mühlbacher/Nübling (2007) den erwarteten, negativen Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand bzw. der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

wenn seine Meinung von der Mehrheit bzw. dem Median geteilt wird – oder der Austritt aus diesem und der Eintritt in einen anderen FOCUS, der die Präferenzen des Individuums besser erfüllt („voting by feet“), zur Verfügung. Die Beitragshöhe richtet sich dabei nach der über die vorgeschriebene Grundversorgung hinausgehenden Leistung.

Wie bereits angesprochen, muss eine Zwangsmitgliedschaft vorgeschrieben sein, damit die flächendeckende Grundversorgung sichergestellt werden kann. Jedoch kann dieser Zwang zu Konflikten mit dem Grundsatz der freien Arzt- und Krankenhauswahl führen. Hierzu ist anzumerken, dass einerseits die gesamte Sozialversicherung in Deutschland generell nach dem Prinzip der Zwangsmitgliedschaft aufgebaut²⁴ und andererseits zwar faktisch in Deutschland das Recht auf freie Krankenhauswahl besteht, jedoch davon tatsächlich kaum Gebrauch gemacht wird, da die Patienten im Regelfall über niedergelassene (Fach-)Ärzte in das Krankenhaus eingewiesen werden: Diese fungieren als Bedarfsbestimmer und sind damit gewissermaßen die „Lotsen“ im System. Es ist zu beobachten, dass Krankenhäuser daher mehr um einweisende Ärzte als um Patienten werben. Unberührt bleibt aber der Konflikt bezüglich der Einschränkung der freien Arztwahl. Zwar unterliegen gesetzlich Versicherte der Einschränkung, dass nur Kassenärzte, d. h. approbierte Ärzte mit Kassenzulassung oder Kassensitz, aufgesucht werden dürfen – andernfalls erfolgt keine Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) –, innerhalb der Kassenärzte wiederum hat man freie Arztwahl. Um auch diese Freiheit weiter zu ermöglichen, wäre es denkbar, anstatt des in Deutschland vorherrschenden *Sachleistungsprinzips* für GKV-Patienten das *Kostenerstattungsprinzip* einzuführen, d. h. die Patienten erhalten wie bei der privaten Krankenversicherung Geld direkt von der Kasse. Einen solchen Ansatz verfolgen bereits Krankenversicherungen in den USA in sog. *Preferred Provider Modellen*.

Schließlich wird der Markt- und politische Wettbewerb zwischen den FOCJ dafür sorgen, dass die beste Qualität bei gegebenen Kosten bzw. eine gegebene Qualität zu den niedrigsten Kosten angeboten wird und zugleich jeder Bürger auch die Leistung erhalten kann, die er wünscht. Zur Erreichung dieses Ziels muss aber sichergestellt werden, dass für die Mitglieder keine Barrieren aufgebaut werden, die den Wechsel von einem zu einem anderen FOCUS erschweren, oder Hürden entstehen, welche die Gründung neuer FOCJ bzw. die Auflösung alter FOCJ – etwa bei Verlust aller Mitglieder – beeinträchtigen. Um diese Probleme zu verhindern muss die Justiz dafür Sorge tragen, dass der FOCJ-Vorstand diese Freiheiten nicht aus Machterhaltungskalkül behindert („classe politique“, Frey (1997)).

Das FOCJ-Konzept kommt damit einer Marktlösung sehr nahe. Allerdings hätte es den Vorteil, dass Krankenhaus-FOCJ weiterhin der Regulierung des Staates unterworfen wären, der die Mindestleistungen festlegen kann. Zugleich unterliegen FOCJ aber auch direkt den Wünschen und Bedürfnissen der Bürger, die – ähnlich Aktionären – über die Zusammensetzung des Vorstandes abstimmen und damit über die Qualität wie die Kosten

24 In Deutschland gibt es dabei nicht nur eine Versicherungspflicht wie in anderen Ländern, sondern eine Pflichtversicherung – so unterliegen der gesetzlichen Krankenversicherung alle Arbeitnehmer unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Vgl. hierzu auch Friedrich (2006).

der Leistung entscheiden können. Es wird damit möglich, dass sich ein für alle Beteiligten akzeptables Ergebnis einstellen kann und parallel dazu den (demographischen) Problemen wirksam entgegengewirkt wird.

VII. Fazit

Die Analyse zeigte, dass es in Deutschland in Zukunft aufgrund der demographischen Entwicklung zu erheblichen regionalen Disparitäten kommen wird. Die Gesamtbevölkerung wird aufgrund niedriger Fertilitätsraten bis 2050 abnehmen und die Gesellschaft überaltern. Da die einzelnen Regionen für die erwerbstätige Bevölkerung unterschiedlich attraktiv sind, kommt es zur Binnenmigration, die diesen Trend in einigen Regionen verstärken, in anderen Regionen aber mildern oder gar umkehren wird. Die Untersuchungen der OECD (2007) weisen vor allem ländliche Kreise als Verlierer der Entwicklungen aus. Damit steht die Krankenhausversorgung dieser Regionen vor erheblichen Problemen. Einerseits ist im Grundgesetz eine flächendeckende Versorgung vorgeschrieben, andererseits ist diese ökonomisch nicht zu rechtfertigen. Hinzukommt, dass der Gesundheitssektor ein stark regulierter Bereich ist und daher Änderungen nur unter erheblichen Schwierigkeiten möglich sind. Die ländlichen Krankenhäuser dienen den Regionen sowohl als Prestigeobjekt als auch als wichtiger ökonomischer Faktor, da durch sie zum einen Arbeitsplätze geschaffen und zum anderen auch hochqualifizierte Kräfte angelockt werden. Unter Berücksichtigung der besonderen Konkurrenzsituation, in der die Regionen stehen, zeigt sich, dass diese am Status Quo festhalten wollen, obwohl eine Anpassung beide besser stellen würde. Zur Erreichung dieser Lösung wurde das Konzept des „Integrierten Fachärztlichen Versorgungszentrums“ vorgeschlagen, das vollstationäre Versorgung, teilstationäre Versorgung und ambulante Versorgung zusammen übernimmt und dadurch die sektorale Trennung des deutschen Gesundheitswesens überwindet. Der Ausbau bzw. die Verbesserung der Infrastruktur, um auch weiter entfernte Krankenhäuser zu erreichen, stellt ebenfalls eine Möglichkeit dar.

Eine geeignete Organisationsform für die erarbeiteten Lösungsvorschläge stellen FOCJ dar, welche die wettbewerblichen Vorteile mit direktdemokratischen Verfahren verbindet und damit ideal wirtschaftliche Effizienz mit der Berücksichtigung der Präferenzen des Staates und seiner Bürger verbindet.

Abstract

Florian W. Bartholomae and Andreas Beivers; Public Services with Special Consideration of Nationwide Close-to-home Inpatient Hospital Care

demographic development; FOCJ; inpatient hospital care; interdisciplinary medical centre for in- and outpatient hospital care (IVZ); nationwide close-to-home care; public services; regional disparities

We consider the implications of Germany's demographic development on the regional structure of rural hospital care. According to different predictions regional disparities will arise. This will lead to a legal conflict, since nationwide close-to-home hospital care is fixed in the German constitution. This development is a consequence of demographic change, population aging and internal migration.

Because rural hospitals are very important for regional development, sustainable reforms of political and care structures are needed. An "interdisciplinary medical centre for in- and outpatient hospital care" (IVZ) as well as an improvement of infrastructure could provide solutions. Furthermore the organizational form of Functional, Overlapping Competing Jurisdictions (FOCJ) could assure an adequate transformation of nationwide close-to-home hospital care.

Literaturverzeichnis

- Andersen, Hanfried H., Axel Mühlbacher und Matthias Nübling (2007), Die SOEP-Version des SF 12 als Instrument gesundheitsökonomischer Analysen, Berlin.
- Bartholomae, Florian W. und Andreas Beivers (2008), Ordnungspolitische Betrachtung der flächendeckenden Krankenhausversorgung, in: Sonderheft „Kommunales Infrastruktur-Management“ von InfrastrukturRecht, 5. Jg., Heft 11, S. 311-315.
- Bartholomae, Florian W. und Alina M. Popescu (2007), The Role of Regional Competition for Demography and Regional Disparities in Germany, in: Romanian Journal of Regional Science, vol. 1, no. 1, pp. 45-70.
- Bartholomae, Florian W. und Alina M. Popescu (2007a), Regionen im Wettbewerb um Bevölkerung, in: Infrastrukturprobleme bei Bevölkerungsrückgang, hrsg. von Xiao Feng und Alina M. Popescu, Berlin, S. 251-275.
- Beivers, Andreas (2008), Zukunft der flächendeckenden Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine ordnungspolitische Betrachtung, Working Paper, München.
- Beivers, Andreas und Martin Spangenberg (2008), Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung, in: Informationen zur Raumentwicklung, Nr. 1/2, S. 91-99.
- Bender, Stefan und Wolfgang Seifert (2000), Zur beruflichen und sozialen Integration der in Deutschland lebenden Ausländer, in: Deutsche und Ausländer. Freunde, Fremde oder Feinde? Empirische Befunde und theoretische Erklärungen, hrsg. von Richard Alba, Peter Schmidt und Martina Wasmer, Opladen, S. 55-91.
- Börsch-Supan, Axel, Alexander Ludwig und Mathias Sommer (2003), Demographie und Kapitalmärkte: Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Aktien-, Renten- und Immobilienvermögen, Köln.
- Braun, Günther E. und Jan Güssow (2007), Perspektiven der stationären Versorgung aufgrund demographischer Veränderungen, in: Infrastrukturprobleme bei Bevölkerungsrückgang, hrsg. von Xiao Feng und Alina M. Popescu, Berlin, S. 207-232.
- Brennecke, Ralph (1998), Einkommen und Gesundheit – Längsschnittanalysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), in: Empirische Forschung und wirtschaftspolitische Beratung. Festschrift für Hans-Jürgen Krupp zum 65. Geburtstag, hrsg. von Heinz P. Galler und Gert Wagner, Frankfurt am Main, S. 226-240.
- Buchanan, James M. (1965), An Economic Theory of Clubs, in: Economica, vol. 32, no. 125, pp. 1-14.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2005), Raumordnungsbericht 21, Bonn.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006), Indikatoren und Karten zur Raumentwicklung (CD-ROM), Bonn.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2006), Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland – Verabschiedet von der Ministerkonferenz für Raumordnung am 30.06.2006, Berlin.
- Christaller, Walter (1933), Die zentralen Orte in Süddeutschland: eine ökonomisch-geographische Untersuchung über die Gesetzmäßigkeit der Verbreitung und Entwicklung der Siedlungen mit städtischen Funktionen, Jena.

- Detig, Stefan, Xiao Feng und Peter Friedrich (2002), FOCJ als Grundlage für Förderinstitutionen „Aufbau-Ost und Bevölkerung-Ost“, in: Öffentliche Unternehmen im Standortwettbewerb für den Aufbau Ost, Band 41, hrsg. von Peter Friedrich, München, S. 82-115.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008), Krankenhäuser appellieren an Bundestag: Hilfe sichern!, Presseerklärung vom 12. November 2008, http://www.dkgev.de/media/file/5164.2008-11-12_PM-DKG-zur-1.Lesung-Krankenhausfinanzierungsgesetz.doc (Zugriff: 09.02.2009).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), Krankenhausstatistik, http://www.dkgev.de/media/file/5431.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090108.pdf (Zugriff: 09.02.2009).
- Dietrichs, Bruno (2000), Raumplanung: Ein systematischer Überblick, München.
- Downs, Anthony (1957), An Economic Theory of Democracy, New York.
- Frey, Bruno S. (1997), Ein neuer Föderalismus für Europa: Die Idee der FOCJ, Tübingen.
- Frey, Bruno S. und Reiner Eichenberger (1995), Competition among Jurisdictions: The Idea of FOCJ, in: Competition among Institutions, hrsg. von Lüder Gerken, London, pp. 209-229.
- Frey, Bruno S. und Reiner Eichenberger (1996), FOCJ: Competitive Governments for Europe, in: International Review of Law and Economics, vol. 16, no. 3, pp. 315-327.
- Frey, Bruno S. und Reiner Eichenberger (1999), The New Democratic Federalism for Europe: Functional, Overlapping, and Competing Jurisdictions (Studies in Fiscal Federalism and State-Local Finance), Cheltenham.
- Frey, Bruno S. und Reiner Eichenberger (2000), Jenseits des Gebietsmonopols des Staates: Föderalismus mittels des FOCJ, in: Grüne Ordnungsökonomik: Eine Option moderner Wirtschaftspolitik, hrsg. von Lüder Gercken und Gerhard Schick, Marburg, S. 331-348.
- Friedrich, Peter (2006), FOCJ: Ein neuer Körperschaftstyp im Gesundheitswesen?, in: Liberalisierung im Gesundheitswesen, hrsg. von Günter E. Braun und Frank Schulz-Nieswandt, Baden-Baden, S. 133-154.
- Friedrich, Peter und Florian W. Bartholomae (Hrsg.) (2008), FOCJ als Mittel regionaler Kooperation, München.
- Friedrich, Peter und Alina M. Popescu (2005), FOCJ als Instrument der Bevölkerungspolitik, in: Seminarbericht 48, hrsg. von Gesellschaft für Regionalforschung, Heidelberg, S. 143-159.
- Klauber, Jürgen, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt (Hrsg.) (2008), Krankenhausreport 2008/09 – Schwerpunkt: Versorgungszentren, Bonn.
- Kröhnert, Steffen, Nienke van Olst und Reiner Klingholz (2004), Deutschland 2020. Die demografische Zukunft der Nation, 2. Aufl., Berlin.
- Launhardt, Wilhelm (1885), Mathematische Begründung der Volkswirtschaftslehre, Leipzig.
- Neubauer, Günter und Andreas Beivers (2005), Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA. Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen, in: Das Krankenhaus, 97. Jg, Nr. 11, S. 961-966.
- Neubauer, Günter und Andreas Beivers (2006), Privatisierung der Krankenhäuser – Modischer Trend oder ökonomische Notwendigkeit?, in: Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 109 Jg. Nr. 3, S. 48-52.
- Neubauer, Günter, Andreas Beivers und Christof Minartz (2006), Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung, in: Krankenhausreport 2006 – Schwerpunkt Krankenhausmarkt im Umbruch, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart, S. 65-86.
- OECD (2007), Deutschland. OECD-Prüfbericht zur Politik für ländliche Räume, Paris.
- Pimpertz, Jochen (2005), Soziale Sicherung, in: Perspektive 2050, Ökonomik des demographischen Wandels, 2. akt. Auflage, hrsg. von Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Kevelaer, S. 239-264.
- Pföhler, Wolfgang (2004), Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser – Privatisierung als Handlungsoption, in: Der Landkreis, 74. Jg., Nr. 11, S. 647-648.
- Pütz, Thomas und Martin Spangenberg (2006), Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich?, in: Informationen zur Raumentwicklung, Nr. 6-7, S. 337-344.
- Redemann, Peter (2002), Neues Vergütungssystem für Krankenhäuser: Bleibt die Versorgung in der Fläche gesichert?, in: Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung, 72. Jg., Nr. 7, S. 484-486.
- Sinn, Hans-Werner (2005), Europe's Demographic Deficit – A Plea for a Child Pension System, in: De Economist, vol. 153, no. 1, pp. 1-45.
- Sinn, Hans-Werner und Silke Übelmesser (2000), Wann kippt Deutschland um?, in: ifo Schnelldienst, Nr. 28-29, S. 20-25.
- Spangenberg, Martin und Alexander Schürt (2006), Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status quo und Szenarien, in: Krankenhausreport 2005 – Schwerpunkt Wege zur Integration, hrsg. von Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt, Stuttgart.
- United Nations (2000), Replacement Migration, New York.
- United Nations (2007), World Population Prospects: The 2006 Revision, New York.