

# Krankenhaus-Report 2012

## „Regionalität“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 19-31



<b>2</b>	<b>Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung: Das ländliche Krankenhaus im Fokus.....</b>	<b>19</b>
	<i>Boris Augurzky, Andreas Beivers und Hendrik Schmitz</i>	
2.1	Ausgangslage: zunehmende Heterogenität in der Bundesrepublik.....	20
2.2	Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum .....	20
2.3	Das ländliche Krankenhaus: Definition und Situationsbeschreibung .....	23
2.4	Wirtschaftliche Lage ländlicher Krankenhäuser .....	25
2.5	Fazit .....	29
2.6	Ausblick: Marktberreinigung als Motor der Entwicklung?.....	30
	Literatur.....	30

# 2 Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung: Das ländliche Krankenhaus im Fokus

Boris Augurzky, Andreas Beivers und Hendrik Schmitz

## Abstract

Die geodemografische Entwicklung wird dazu führen, dass v.a. strukturschwache ländliche Räume, insbesondere in den neuen Bundesländern, neben der Alterung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden werden. Die derzeitige Krankenhausinfrastruktur kann daher in manchen Gebieten nicht voll aufrechterhalten werden. Basierend auf den Analysen des Krankenhaus Rating Reports (KRR) 2011 beobachten wir, dass schon heute die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger (bis 300 Betten) am schlechtesten aussieht, gefolgt von den städtischen Grundversorgern. Ländliche und städtische Spezialisten liegen dagegen im Durchschnitt. Große Versorger (über 300 Betten) weisen die beste wirtschaftliche Lage auf – sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum. Allerdings stehen ländliche und städtische Grundversorger in nicht-kommunaler Hand signifikant besser da als kommunale. Bei der ländlichen Grundversorgung ist daher erstens über eine Strukturanpassung, wie größere oder spezialisierte Einheiten nachzudenken – egal ob in kommunaler oder anderer Trägerschaft – und zweitens ist zu diskutieren, weshalb kleine ländliche Grundversorger in nicht-kommunaler Hand weit besser abschneiden als solche in kommunaler Hand.

The geodemographic development will lead to significant losses of an already ageing population in underdeveloped rural areas, especially in the new German Länder. This means that in some areas the existing hospital infrastructure cannot be fully maintained. Based on the analysis of the Krankenhaus rating Report (KRR) 2011, we observe that even today the economic situation of rural primary care hospitals (up to 300 beds) is the worst, followed by urban primary care hospitals. Rural and urban specialist clinics, on the other hand, showed average results. Large hospitals (more than 300 beds) have the best economic situation – both in rural and urban areas. However, non-municipal rural and urban primary care hospitals score significantly better than those in public ownership. Therefore, a structural adjustment of rural primary care should be considered which would induce bigger or specialized units – whether in public or other ownership. In addition it should be discussed why small rural primary care hospitals in non-municipal ownership score far better than those in municipal ownership.

## 2.1 Ausgangslage: zunehmende Heterogenität in der Bundesrepublik

In der Bundesrepublik Deutschland gilt generell das Postulat der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“. Demzufolge hat die Raumordnung nach § 1 ROG (Raumordnungsgesetz) in allen Teilräumen Deutschlands diese herzustellen. So müssen die Infrastruktureinrichtungen wie Krankenhäuser für ihre Adressaten mit einem zumutbaren Aufwand erreichbar sein. Um in Deutschland eine Flächendeckung über das gesamte Bundesgebiet sicherzustellen, wird auf planerischer Seite versucht, eine Dekonzentration von Krankenhausbetrieben zu erreichen und viele kleinere Krankenhausstandorte im Raum zu verteilen (Beivers 2010).

Vor diesem Hintergrund gewinnt die prognostizierte geodemografische Entwicklung, die in den einzelnen Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich sein wird, an enormer Bedeutung. So wird die Bevölkerung keineswegs überall in Deutschland zurückgehen. Vielmehr zeigt sich auf der regionalen Ebene der Kreise ein Nebeneinander von Wachstum und Schrumpfung, wobei die Zahl der Kreise mit abnehmender Bevölkerung künftig stark ansteigen wird. Die natürliche Bevölkerungsentwicklung ist die Hauptursache für den fortschreitenden säkularen Prozess der Alterung. Alterung findet überall statt, in West und Ost, Stadt und Land – jedoch mit unterschiedlicher Dynamik und Intensität (BBR, 2005).

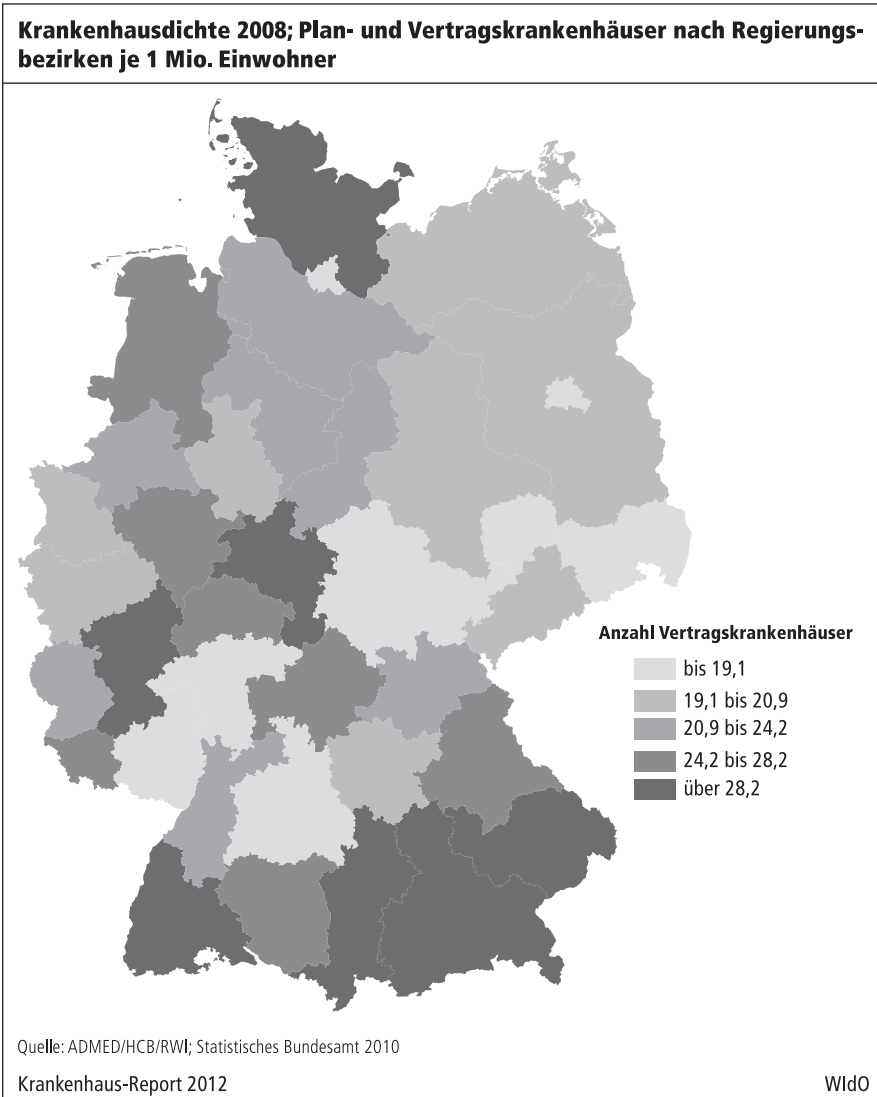
Die aktuellen Diskussionen zum Versorgungsstrukturgesetz (Bundesministerium für Gesundheit 2011) beschäftigen sich auch mit diesem Thema. Das Gesetz bezieht sich ganz bewusst auf die zu erwartenden regionalen Versorgungsdisparitäten. Gezielte Maßnahmen, wie beispielsweise im Bereich der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum wie auch die Neujustierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in unterversorgten Regionen, zeigen die Brisanz und Aktualität des Untersuchungsgegenstandes auf.

## 2.2 Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum

Strukturschwache ländliche Räume, insbesondere in den neuen Bundesländern, werden neben der Alterung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden. Es ist daher davon auszugehen, dass die derzeitige Krankenhausinfrastruktur in den betroffenen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Patientenmobilität wird darüber hinaus ein stark differenziertes medizinisches Leistungsangebot im ländlichen Raum in Frage gestellt.

Es erscheint offensichtlich, dass im ländlichen Raum neue, ökonomisch tragbare Versorgungsformen geschaffen werden müssen. Hierbei hilft der Blick auf die sehr heterogenen Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik (Augurzky et al. 2010). So variiert die Krankenhausdichte in Deutschland erheblich (Abbildung 2–1). In Bayern, in Teilen Baden-Württembergs, im Saarland, in Teilen Rheinland-Pfalz, in Nordhessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein gibt es überdurchschnittlich viele Krankenhäuser je Einwohner. Zunächst ist dies nicht verwunderlich: In Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte sind grundsätzlich mehr Krankenhäuser je Einwohner zu erwarten als in dicht besiedelten Gebieten. Tat-

Abbildung 2–1



sächlich zeigt sich für Westdeutschland näherungsweise ein solcher Zusammenhang (Abbildung 2–2). Erstaunlich ist allerdings, dass die neuen Bundesländer bei gleicher Bevölkerungsdichte wie Bayern mit rund einem Drittel weniger Krankenhäusern je Einwohner auskommen, dafür aber mit durchschnittlich größeren Häusern ausgestattet sind (Abbildung 2–3). Mithin stellt sich die Frage, ob schon heute tatsächlich jedes Krankenhaus versorgungsrelevant ist.

In manchen Gegenden werden außerdem erhebliche Bevölkerungsrückgänge die in den zentralen Orten gebündelte Infrastruktur – wie die ländlichen Krankenhäuser – gefährden (Beivers und Spangenberg 2008), weil Wirtschaftlichkeits-

Abbildung 2–2

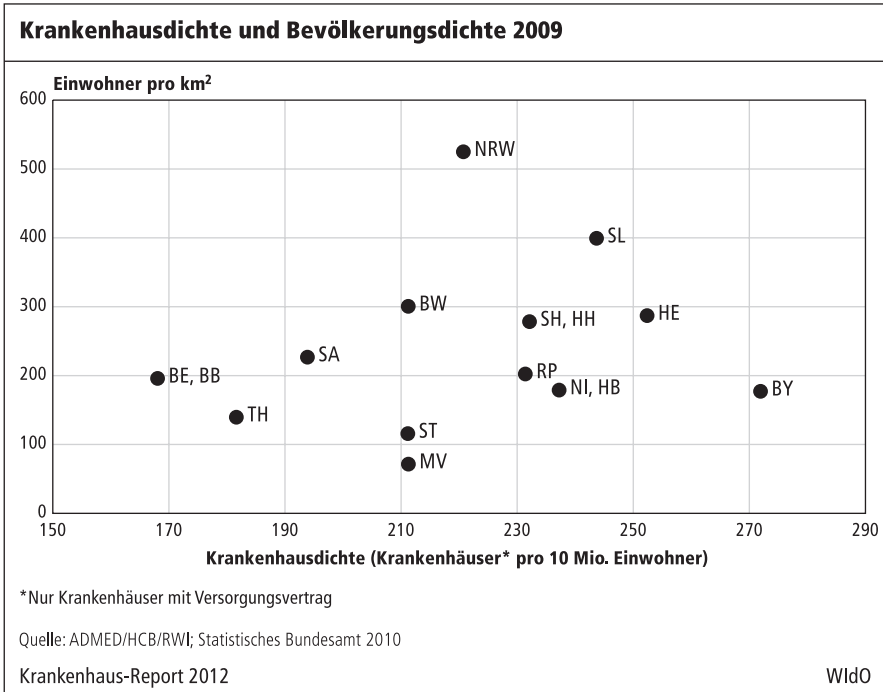


Abbildung 2–3



schwelen unterschritten werden können. Nach Prognosen des BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006a und 2006b) wird sich gemäß der heutigen Situation bei rund 120 Mittelzentren ein wirtschaftliches Tragfähigkeitsproblem ergeben, weil die Bevölkerungsmindestzahl von rund 35 000 Einwohnern im Verflechtungsbereich unterschritten wird. Besondere Problemräume sind vor allem die Altmark, Uckermark, Prignitz und die Niederlausitz in den neuen Bundesländern (Pütz und Spangenberg 2006). Inwiefern jedoch die ländlichen Krankenhäuser heute schon in ihrer Tragfähigkeit gefährdet sind und ob der Grund dafür primär ihre örtliche Lage ist, gilt es im Folgenden zu klären.

## 2.3 Das ländliche Krankenhaus: Definition und Situationsbeschreibung

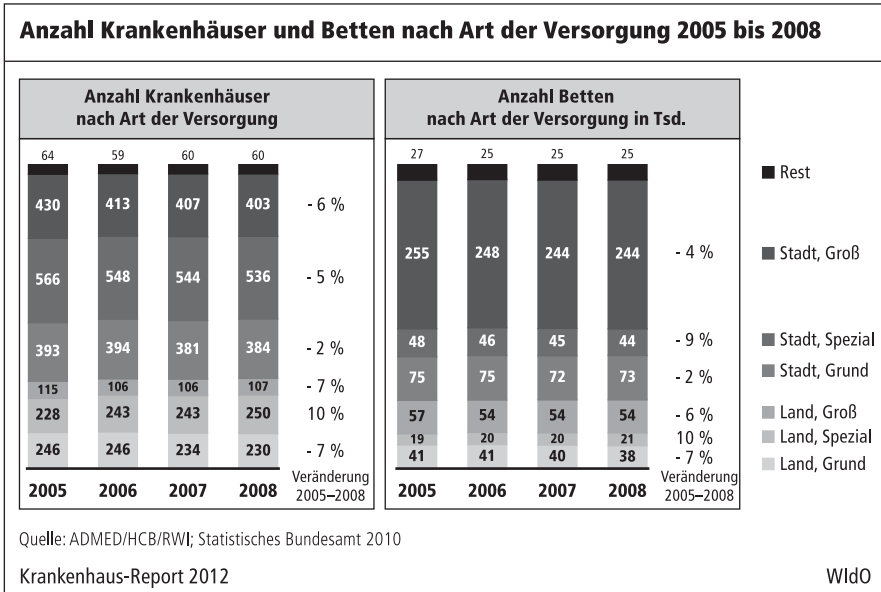
Zunächst ist der Prototyp des „ländlichen Krankenhauses“ zu definieren und seine ökonomische Lage im Status quo darzustellen. Basierend auf den Ergebnissen des Krankenhaus Rating Reports 2011 (KRR 2011; Augurzky et al. 2011) wird der Frage nachgegangen, ob und warum ländliche Krankenhäuser im Vergleich zu städtischen häufiger in ihrer Existenz gefährdet sind.

Im ersten Schritt ist hierfür der Begriff der „Ländlichkeit“ zu konkretisieren. Je nach Bevölkerungsdichte und Zentralität einzelner Orte werden die Regionen in Deutschland vom BBR einzelnen siedlungsstrukturellen Regions- und Kreistypen zugeordnet. Dabei teilen sich die Regionstypen in drei Oberkategorien auf: Agglomerationsräume, verstädterte und ländliche Räume. Die jeweiligen Kreistypen werden in insgesamt neun feinere siedlungsstrukturelle Kreistypen ausdifferenziert. Zur Definition der Ländlichkeit greifen wir nach Rücksprache mit dem BBR auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen zurück. Die Typen 4, 7, 8 und 9 bilden im Aggregat die Variable „Land“, alle übrigen Kreistypen (1, 2, 3, 5 und 6) die Variable „Stadt“<sup>1</sup>.

Das Krankenhaus, das vor allem die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherstellen soll, wird als ein Plankrankenhaus der Grundversorgung („Grund“) mit maximal 300 Betten definiert (Beivers und Spangenberg 2008). Weitere Selektionskriterien sind erstens die Vorhaltung von mindestens zwei Fachabteilungen, davon mindestens die Chirurgie und Innere Medizin, sowie zweitens eine Mindestgröße von 50 Betten. Das impliziert zum Beispiel, dass Krankenhäuser mit nur der Fachabteilung Psychiatrie/Psychosomatik ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus gibt es einige größere ländliche Krankenhäuser mit über 300 Betten („Land, Groß“), die ebenfalls die ländliche Versorgung sicherstellen. Spezialkliniken („Spezial“) dagegen sind Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten, die nicht in die Klassifikation „Grund“ fallen. Abbildung 2–4 gibt einen ersten Überblick zur gewählten Klassifikation. Demzufolge

<sup>1</sup> Die siedlungsstrukturellen Kreistypen teilen sich auf in: (1) Kernstädte in Agglomerationsräumen, (2) hochverdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, (3) verdichtete Kreise in Agglomerationsräumen, (4) ländliche Kreise in Agglomerationsräumen, (5) Kernstädte in verstädterten Räumen, (6) verdichtete Kreise in verstädterten Räumen, (7) ländliche Kreise in verstädterten Räumen, (8) ländliche Kreise höherer Dichte, (9) ländliche Kreise geringerer Dichte (BBR 2006; 2006a).

Abbildung 2–4



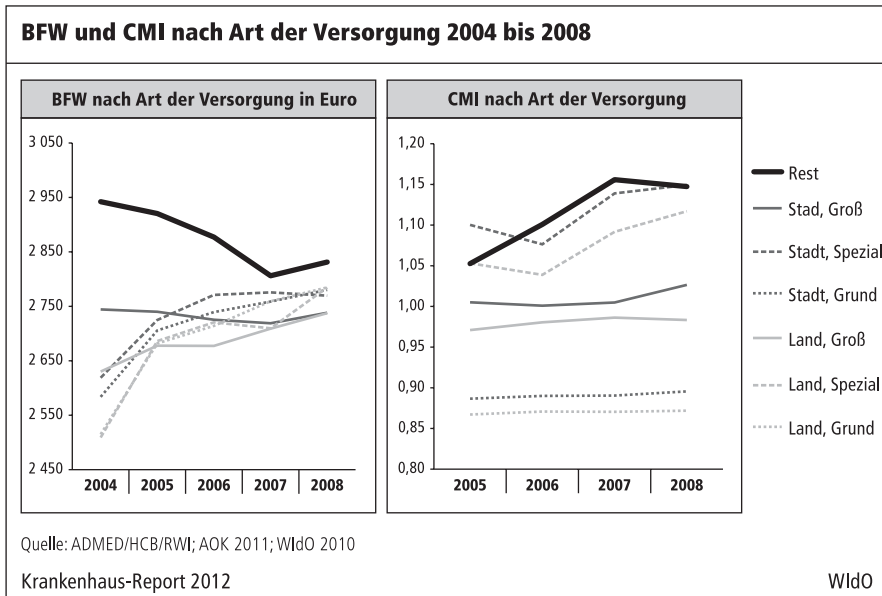
gab es im Jahr 2008 insgesamt 230 ländliche Grundversorger und 107 ländliche Großversorger zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, komplettiert von 250 ländlichen Spezialkliniken.

Abbildung 2–4 stellt zusätzlich die Veränderung der Zahl der Krankenhäuser und Betten über die Zeit dar. Zwischen 2005 und 2008 ging die Zahl der ländlichen Grundversorgungskrankenhäuser um 7% zurück, während die der städtischen Grundversorger nur um 2% sank. Auch bei der Zahl der Betten war die Kapazitätsstreichung stärker als bei städtischen Grundversorgern. Im Vergleich zu allen anderen Krankenhäusern und den städtischen Spezialkliniken fällt die Reduktion jedoch nicht höher aus. Bei den größeren Versorgern scheint es im Ländlichen indessen keinen größeren Kapazitätsabbau gegeben zu haben als bei den städtischen.

Interessant ist auch die Betrachtung der Veränderung des Basisfallwerts (BFW)<sup>2</sup> und des Casemix-Index (CMI) nach Art der Versorgung (Abbildung 2–5). Durch die Konvergenz auf zunächst landeseinheitliche BFW kam es zu Gewinnern und Verlierern. Die Krankenhäuser in ländlichen Räumen (Grund, Spezial und Groß) gehörten zu den Konvergenzgewinnern – bedingt durch ihre niedrigen Ausgangswerte, gefolgt von den städtischen Grundversorgern. Allerdings können auch Überlagerungen mit Kataloganpassungen nicht ausgeschlossen werden. Gerade große Krankenhäuser konnten ihre relative Position durch eine Detaillierung des DRG-Katalogs verbessern. Tatsächlich zeigt die Veränderung des CMI, dass insbesondere die spezialisierten Krankenhäuser (unabhängig von ihrer Lage) ihren CMI erhöhen

2 Es gilt darauf hinzuweisen, dass bei einer Betrachtung der Basisfallwerte auch generelle Anstiegs-effekte wie die allgemeine Preissteigerungsrate Einfluss haben.

Abbildung 2–5



konnten, wohingegen die Grundversorger in Stadt und Land deutlich zurückliegen. Neben Katalogeffekten kann dies ein Indiz für die bereits angesprochene Abwanderung der Patienten, v. a. der schwereren Fälle, in die spezialisierte Versorgung sein.

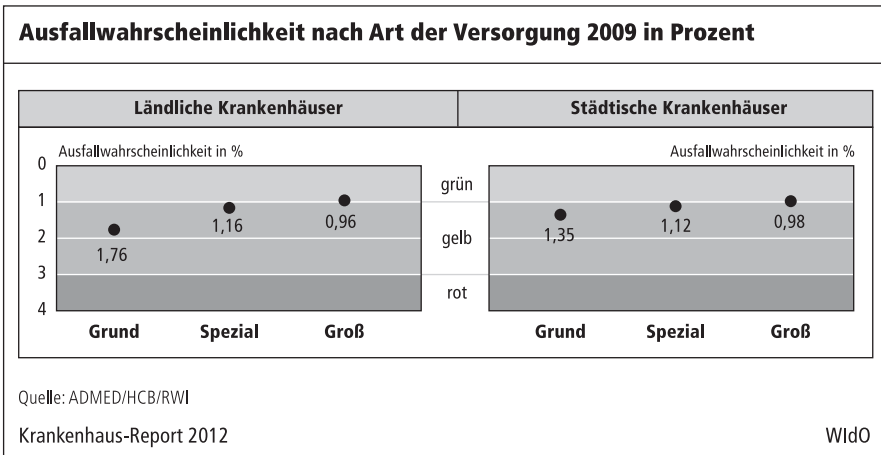
## 2.4 Wirtschaftliche Lage ländlicher Krankenhäuser

Im Folgenden wird, basierend auf den Ergebnissen der Sonderanalyse „Ländliche Versorgung“ des KRR 2011 (vgl. Augurzyk et al. 2011), die wirtschaftliche Lage der verschiedenen Gruppen von Krankenhäusern, für die die Jahresabschlussdaten vorliegen, analysiert (Abbildung 2–6).<sup>3</sup> Es zeigt sich, dass vor allem die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung ökonomische Probleme aufweisen. Dies spricht dafür, dass sie in erster Linie Strukturprobleme haben. Zwar scheint auch die Lage, d. h. Stadt versus Land, einen gewissen Einfluss zu haben. Grundversorger auf dem Land haben eine um 0,4 Prozentpunkte höhere Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of Default, PD) als städtische Grundversorger, ländliche Spezialkliniken haben dagegen die gleiche PD wie städtische. Jedoch sind die Unterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialkliniken signifikant größer als zwischen Stadt und Land. Zwischen den ländlichen und städtischen großen Krankenhäusern, die Grundversor-

<sup>3</sup> Die Jahresabschlussdaten in unserer Stichprobe umfassen insgesamt 1 017 Krankenhäuser. Sie setzen sich zusammen aus 145 ländlichen Grundversorgern, 70 ländlichen Spezialkliniken und 80 ländlichen Großversorgern sowie 264 städtischen Grundversorgern, 182 städtischen Spezialkliniken und 276 städtischen Großversorgern.

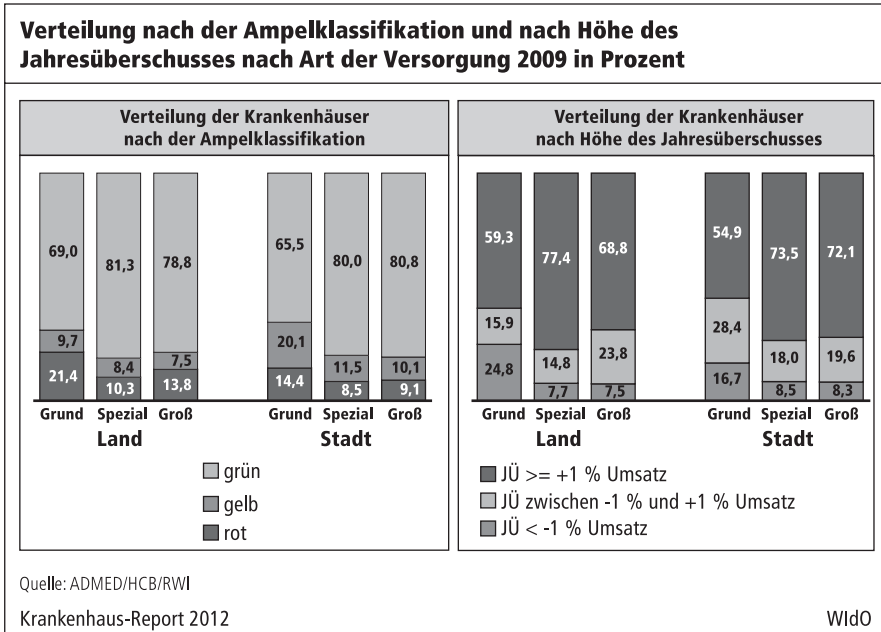


Abbildung 2–6



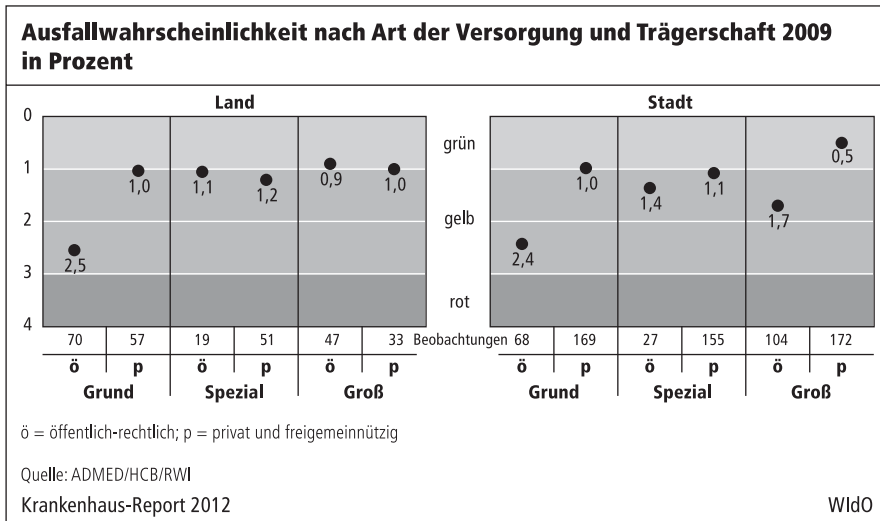
gungsleistungen anbieten, ist ebenfalls kein Unterschied festzustellen. Vielmehr haben die größeren Krankenhäuser generell eine geringere PD als alle anderen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei Betrachtung der Krankenhäuser in der Ampelklassifikation und nach der Höhe des Jahresüberschusses (Abbildung 2–7).<sup>4</sup>

Abbildung 2–7



4 Die Ampelklassifikation hinterlegt Ausfallwahrscheinlichkeiten von bis zu 1% mit grün, zwischen 1 und 2,6% mit gelb und von mehr als 2,6% mit rot.

Abbildung 2–8



Eine Erklärung für die zu beobachtenden Unterschiede in der Ausfallwahrscheinlichkeit könnte eine regional unterschiedliche Trägerstruktur sein. Da sich die PD privater und freigemeinnütziger Krankenhäuser kaum unterscheiden, sowie zur Vermeidung zu kleiner Stichprobenzahlen, werden im Folgenden diese beiden Trägerschaften zusammengefasst („nicht-kommunal“) und gemeinsam mit den kommunalen Häusern verglichen (Abbildung 2–8). Jetzt nivellieren sich die zuvor beobachteten strukturellen Unterschiede zwischen Grund- und Spezialkliniken. Stattdessen zeigt sich die generell schlechtere wirtschaftliche Lage der kommunalen Kliniken. Bei den Nicht-kommunalen scheinen weder Lage noch Art der Versorgung einen wesentlichen Einfluss auf ihre Ausfallwahrscheinlichkeit zu haben. Kommunale Kliniken der Grundversorgung haben dagegen eine deutlich schlechtere PD. Interessanterweise liegen zwischen großen Versorgern auf dem Land keine trägerspezifischen Unterschiede vor. Indessen schneiden große kommunale Versorger in der Stadt signifikant schlechter ab als nicht-kommunale.

Bei der Betrachtung der ländlichen Versorgung und der Beantwortung der Frage, inwiefern die dortigen Krankenhäuser gefährdet sind, handelt es sich primär um eine strukturelle Frage (d. h. Grund versus Spezial sowie kommunal versus nicht-kommunal) und nicht um eine der räumlichen Lage. Bezieht man die ländlichen Großversorger („Land, Groß“) mit ein, hat neben der Spezialisierung auch die Größe einen positiven Einfluss. Offenbar führt der relativ hohe Anteil kommunaler Kliniken der Grundversorgung in ländlichen Regionen (54% im Jahr 2008) zum schlechteren Abschneiden der ländlichen Krankenhäuser insgesamt. Berücksichtigt man außerdem die Bevölkerungsprognose 2030 des BBR auf Basis der einzelnen Kreistypen, werden die ländlichen – aber auch städtischen – Krankenhausstandorte v. a. in den neuen Bundesländern mit einer erheblichen Schrumpfung ihrer Bevölkerung konfrontiert sein. Dies wird die betroffenen Krankenhausstandorte – unabhängig von der Trägerschaft – vor erhebliche Herausforderungen stellen – sowohl in

Bezug auf die Anzahl der Patienten als auch was die Akquise von Personal angeht. Es ist davon auszugehen, dass die ohnehin schon mit wirtschaftlichen Problemen konfrontierten Grundversorgungskrankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft dadurch besonders belastet werden. Welche Auswirkungen dies auf die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung haben wird und ob die für diesen Fall vorgesehenen Sicherstellungszuschläge nach § 5 KHEntgG eine Lösung sind, gilt es noch im Einzelnen zu diskutieren. Offenbar sind größere Einheiten und nicht-kommunale Grundversorger auf dem Land wirtschaftlich stabiler.

Die geringe Bevölkerungsdichte in Teilen Bayerns, Niedersachsens und Ostdeutschlands relativiert sich jedoch, wenn man über die nationalen Grenzen schaut. In vielen europäischen Ländern liegt die Bevölkerungsdichte deutlich niedriger als in den genannten Regionen (Augurzky et al. 2010). Trotzdem ist ihre Krankenhausedichte nicht höher, sondern sogar niedriger als in Deutschland, ohne dass die Gesundheitsversorgung dort mangelhaft ist. Eine detaillierte Analyse zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland weist auf sehr kurze Wegezeiten im Status quo hin (Pütz und Spangenberg 2006). Rund drei Viertel der Bevölkerung erreichen mit dem PKW innerhalb von zehn Minuten und über 95 % innerhalb von 20 Minuten das jeweils nächste Krankenhaus mit Grundversorgungsleistungen. Darüber hinaus haben Berechnungen zu Standortoptimierungen auf Basis des bestehenden Straßen- und Verkehrsnetzes ergeben, dass wesentlich weniger Standorte ausreichen würden, um eine bestimmte Erreichbarkeitsvorgabe für alle Bürger in der Bundesrepublik umzusetzen. Gibt man einen Mindeststandard von 30 Minuten PKW-Fahrzeit vor, würden danach bundesweit rund 350 Standorte ausreichen (Pütz und Spangenberg 2006). Dies zeigt, dass derzeit nicht generell von einer Gefährdung der Versorgung – selbst bei vereinzelt Standortschließungen – auszugehen ist. Jedoch gilt es immer den Einzelfall gesondert zu prüfen.

Es wird von zentraler Bedeutung sein, dass die betroffenen Regionen beginnen, sich rechtzeitig auf die zu erwartenden Probleme einzustellen. Dies bedeutet konkret, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und ökonomische Anreize so zu setzen, dass auch in Zukunft die Sicherstellung einer hochwertigen, wirtschaftlichen und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen gewährleistet werden kann. Wie im Versorgungsstrukturgesetz thematisiert, dürfte insbesondere in den ländlichen Gebieten eine stärkere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors im Sinne einer sektorenübergreifenden, regionalen Gesundheitsversorgung zielführend sein. Hier könnten jedoch auch die Medizinischen Versorgungszentren – komplettiert um stationäre Kapazitäten zur Durchführung einer hochwertigen Erst- und Notfallversorgung – noch stärker als bisher angedacht einen signifikanten Beitrag leisten. Als weitere und auch im Gesetz in ähnlicher Form aufgenommene Punkte ist durchaus denkbar, dass Krankenhäuser in den betroffenen Regionen die ambulante fachärztliche Versorgung mit übernehmen und mobile Hausärzte sowie mobile Pflegekräfte unterstützend zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung eingesetzt werden.

## 2.5 Fazit

Im ländlichen Raum müssen neue, ökonomisch tragfähige Versorgungsformen geschaffen werden. Der innerdeutsche Vergleich zeigt, dass dies machbar ist. Einige Bundesländer kommen mit deutlich weniger, aber größeren Krankenhausstandorten aus als andere – und dies bei vergleichbarer Bevölkerungsdichte. So besitzt z. B. Sachsen bezogen auf die Einwohnerzahl deutlich weniger, aber größere Standorte als Bayern. Gleichzeitig weisen die sächsischen Krankenhäuser eine überdurchschnittlich gute wirtschaftliche Lage auf. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für die anderen neuen Bundesländer. Effiziente Krankenhausstrukturen nutzen offenbar den Krankenhäusern. Sie nutzen aber auch den Bürgern, weil damit bei gleichen Kosten eine höhere Qualität und Patientenzufriedenheit erreicht werden können (Augurzky et al. 2011) und außerdem die Versorgung nachhaltig gewährleistet werden kann.

2008 gab es insgesamt 230 ländliche Grund- und 107 ländliche Großversorger zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, komplettiert von 250 ländlichen Spezialkliniken. Als Grundversorger sind Krankenhäuser mit 50 bis 300 Betten definiert, die mindestens die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten. Die Analyse der Jahresabschlüsse zeigt, dass v. a. die ländlichen Krankenhäuser der Grundversorgung ökonomische Probleme aufweisen. Städtische Grundversorger schneiden leicht besser ab. Großversorger, sowohl ländliche als auch städtische, weisen das beste Rating auf. Spezialisten besitzen ebenfalls ein überdurchschnittliches Rating.

Segmentiert nach Trägerschaft erreichen nicht-kommunale ländliche Grundversorger ein ebenso gutes Rating wie die Großversorger und die Spezialisten. Offenbar ist die ländliche Grundversorgung nicht unbedingt unwirtschaftlicher zu erbringen. Jedoch scheint die ländliche Grundversorgung in kommunaler Hand nicht besonders von Erfolg gekrönt zu sein. In Verbindung mit der geodemografischen Entwicklung wird dies die betroffenen Krankenhausstandorte vor erhebliche Herausforderungen stellen. Es ist davon auszugehen, dass die schon angeschlagenen Grundversorger in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft dabei besonders belastet werden.

Vor diesem Hintergrund ist erstens über die Schließung mancher kommunaler Grundversorger, zweitens über die Bildung größerer kommunaler Einheiten unter einem Dach und drittens über Privatisierungen nachzudenken. Zwar können dadurch in ländlichen Regionen die Distanzen zum nächsten Krankenhaus größer werden, gleichzeitig würden davon aber die jetzt schon wirtschaftlicher arbeitenden Krankenhäuser profitieren und die durchschnittliche Behandlungsqualität für die Patienten könnte vermutlich sogar steigen. Die Versorgungssicherheit dürfte dabei kaum gefährdet sein.

## 2.6 Ausblick: Marktberreinigung als Motor der Entwicklung?

Damit stellt sich die Frage nach dem Motor der dafür nötigen Marktberreinigung. Hierbei besteht das Problem, dass eine breite Mehrheit zwar davon profitieren, aber eine kleine Minderheit – zumindest „gefühl“ – verlieren würde. Während sich die Mehrheit jedoch nicht organisiert und für ihren – bezogen auf den Einzelnen – kleinen „Gewinn“ eintritt, werden sich die von einer Kapazitätsreduktion betroffenen Krankenhäuser und Kommunen sehr lautstark organisieren und sich gegen jede Veränderung stellen. Insofern wird die Kommunalpolitik keine Marktberreinigung unterstützen. Aber auch die Landespolitik kann hier kaum mit positiven Wählerstimmen rechnen und wird sich dezent zurückhalten.

Indirekt können aber die Banken in ihrer Funktion als Fremdkapitalgeber als Katalysator einer Marktberreinigung fungieren, indem sie Investitionsentscheidungen von Krankenhäusern über die Kreditvergabe bzw. Nicht-Vergabe maßgeblich mitbestimmen. Sie unterstützen damit eine effiziente Kapitalallokation im Krankenhausbereich. Nichtsdestoweniger wäre es hilfreich, wenn auch die über die Krankenversicherungen gebündelte Nachfrage stärkeren Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen könnte. Damit würde die Marktberreinigung im Sinne des Patienten und des Beitragszahlers erfolgen. Vor dem Hintergrund der Passivität der Landespolitik sind daher Elemente des selektiven Kontrahierens von Krankenversicherungen unumgänglich. Leider finden derartige Elemente zu wenig Eingang im aktuellen Versorgungsstrukturgesetz. Es bleibt daher abzuwarten, zu welchen Ergebnissen der Markt von sich aus – auch ohne begünstigende staatliche Rahmenbedingungen – im Bereich der ländlichen Versorgung führen wird.

## Literatur

- AOK. Vereinbarte Basisfallwerte. Bonn 2011. [www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte/index.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte/index.html).
- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Schwierz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schriften. RWI Materialien, Heft 59. Essen 2010.
- Augurzky B, Gülker R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI Materialien, Heft 67. Essen 2011.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse, Europäische Hochschulschriften. Frankfurt a. Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften 2010.
- Beivers A, Spangenberg M. Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung, in: Informationen zur Raumentwicklung IzR, 1/2008. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2008; 91–9.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Raumordnungsbericht 2005. Berichte, Band 21. Bonn 2005.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Perspektiven der Raumentwicklung in Deutschland. Bonn/Berlin 2006a.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). Raumordnungsprognose 2020/2050: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Wohnungsmarkt. Berichte, Band 23. Bonn 2006b.

- Bundesministerium für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Stand vom 3. August 2011. Berlin.
- Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer 2010.
- Pütz T, Spangenberg M. Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich?, in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 6/7.2006, Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 337–44.
- Statistisches Bundesamt. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2008. Wiesbaden 2010.