

ALBRECHT GOESCHEL*

Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen**

Bei wenigen Fachbereichen fallen die Bedeutung für und die Bindung an die Raumordnung so weit auseinander wie in der Krankenversicherung und im Gesundheitswesen.

1. Das raumordnungspolitische Potential in der Krankenversicherung und im Gesundheitswesen

Welches erhebliche raumordnungspolitische Potential die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen darstellen, machen zwei Zahlen deutlich:

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung werden derzeit etwa 100 Milliarden Mark umgesetzt und im Bereich des Gesundheitswesens sind derzeit rund 2 Millionen Erwerbstätige beschäftigt¹.

Tabelle 1: Gliederung und Höhe der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 1982

Teilbereiche	Millionen DM
Ambulante Behandlung ¹	48 888
Stationäre Behandlung	29 608
Ergänzende Maßnahmen ²	6 251
Sonstige Leistungen	2 066
Krankengeld	5 909
Verwaltungskosten und sonstige Kosten	4 541
Zusammen	95 197

¹ Durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz.

² Hilfen, Fürsorge, Rehabilitation, Mutterschaft, Vertrauensarzt, Leistungen im Ausland, Sterbefall.

Quelle: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.: Pharma Daten 83. – Frankfurt am Main 1983, S. 97.

* Der Autor ist Wissenschaftlicher Direktor der Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein und Bonn.

** Vgl. auch Beitrag Schmidbauer, G.: Ortskrankenkassen als Partner der Raumordnung, in diesem Heft unter der Rubrik „Kurzberichte aus Praxis und Forschung“.

Demnächst erscheint in der Zeitschrift „Informationen zur Raumentwicklung“ ein Themenheft „Raumordnung und Gesundheitspolitik“.

¹ Vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1983: Arbeits- und Sozialstatistik. Bonn 1983 sowie Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980. Bonn-Bad Godesberg 1983, S. 37 ff.

Tabelle 2: Gliederung und Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen 1980

Teilbereiche	Erwerbstätige
Gesundheitsbereich	1 617 000
Pflegebereich	176 000
Vorleistungsbereich ¹	279 000
Zusammen	2 072 000

¹ Pharmazeutische, Medizinisch-technische und Verbandstoff-Industrie, Gesundheitshandwerk und Zahntechnik.

Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980. Bonn-Bad Godesberg, S. 36.

Für die regionalwirtschaftlichen und damit raumordnungspolitischen Wirkungen der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens ist bedeutsam, daß die Finanzmittel der Krankenversicherung zum überwiegenden Teil in den regional und sektoral begrenzten Kreisläufen der Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben von Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen verbleiben.

Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens dienen zum überwiegenden Teil der lokalen und regionalen Versorgung, d.h. sie zählen zur nahversorgenden Dienstleistungswirtschaft.

Ersichtlich wird dies beispielsweise aus der überwiegend klein- und mittelbetrieblichen Struktur der Arztpraxen und Krankenhäuser.

Tabelle 3: Größenstruktur der Arztpraxen 1979

Arztpraxen nach Größenklassen – Beschäftigte –	Anteil an allen Arztpraxen – i. v. H. –
Bis 2,5 Beschäftigte	6,5
2,6 bis 3,6 Beschäftigte	17,6
4,3 bis 4,7 Beschäftigte	28,9
5,4 Beschäftigte	21,6
6,5 bis 6,9 Beschäftigte	17,2
8,2 und mehr Beschäftigte	8,2
Alle Arztpraxen zusammen	100,0

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.): Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten. Wiesbaden 1981 und eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Größenstruktur der Akutkrankenhäuser 1980

Krankenhäuser nach Größenklassen – Bettenzahl –	Anteil an der Gesamt- zahl aller Krankenhäuser – i. v. H. –
Bis 100 Betten	32,6
101 bis 250 Betten	33,5
251 bis 350 Betten	12,2
351 bis 650 Betten	17,1
651 und mehr Betten	4,6
Alle Krankenhäuser zusammen	100,0

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): DKG-Erhebung zur Personallage in den Krankenhäusern. Düsseldorf 1982, S. 11 und eigene Berechnungen.

Zur Einbindung der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens in die Raumordnungspolitik haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach den Bestimmungen der §§ 3 Abs. 1, 4 und 5 Abs. 4 Raumordnungsgesetz (ROG)² die Grundsätze, Ziele sowie Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung bei ihren raumbedeutsamen Planungen und Maßnahmen zu beachten.

Gleichzeitig bestehen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts nach den Bestimmungen des § 9 Abs. 1 und 2 ROG sowie vor allem nach den einschlägigen Bestimmungen in den Landesplanungsgesetzen der Bundesländer Möglichkeiten zu einer Beteiligung an der Raumordnung und Landesplanung³.

Gleiches wie für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gilt auch für die öffentlich-rechtlichen Körperschaften des Gesundheitswesens, d.h. vor allem die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Ausdrücklich an die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung gebunden sind die beiden großen räumlichen Fachplanungen des Gesundheitswesens, d.h. die Krankenhaus-Bedarfsplanung⁴ und die Kassenarzt-Bedarfsplanung⁵.

2. Das raumordnungspolitische Handlungsdefizit in der Krankenversicherung und im Gesundheitswesen

Im Gegensatz zu dieser formal möglichen und potentiell hochwirksamen Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenhaus- und Kassenarztversorgung in die Raumordnungspolitik ist im zurückliegenden Jahrzehnt substantiell alles andere als eine solche Einbindung erfolgt.

2.1 Unerkannte Raumbedeutsamkeit der Krankenversicherung

Zwar wurde bereits Mitte der 60er Jahre in der Raumordnungspolitik eine Angleichung der Ausstattung der verschiedenen Teilgebiete der Bundesrepublik Deutschland mit öffentlichen Finanzmitteln angestrebt, insbesondere die Gemeindefinanzreform sollte hierzu beitragen⁶.

Auch wurde in der Raumordnungsliteratur die Notwendigkeit hervorgehoben, die öffentlich-rechtlichen Finanzierungssysteme nicht nur für den Bund, die Länder und die Gemeinden, sondern auch für die öffentlich-rechtlichen Körperschaften – und zu diesen zählen zweifelsfrei die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung – regionalisiert zu erfassen, darzustellen und damit letztlich auch zu beeinflussen⁷.

Gleichzeitig mußte aber die Raumforschung und Regionalwissenschaft feststellen, daß die bisherigen Ansätze zu einer regionalisierten Erfassung und Darstellung der öffentlichen Finanzausstattung unzureichend sind⁸.

Umso bedauerlicher ist es, daß im derzeitigen Forschungsprogramm Raumordnung und Städtebau der Bundesregierung keine Aussagen oder Aufgabenstellungen zur Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Ausstattung der verschiedenen Teilräume der Bundesrepublik mit öffentlichen Finanzen aufzufinden sind⁹. Auch ist in keinem der bisherigen Raumordnungsberichte der Bundesregierung eine Aussage zu diesem Thema zu finden.

Aber auch im Bereich der Raumwissenschaft und Regionalforschung selbst liegen bislang so gut wie keine Arbeiten zu diesem Thema vor¹⁰. Dies ist um so erstaunlicher, als umgekehrt eine vergleichsweise breite Literatur zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems vorliegt, das dem Finanzsystem zumindest der Ortskrankenkassen durchaus vergleichbar ist¹¹.

Dieser Situation entspricht es dann auch, daß weder der Bundesverband der Ortskrankenkassen noch die Landesver-

6 Vgl. Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1966. BT-Drucksache V/1155; dass. (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1968. BT-Drucksache V/3958; dass. (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1970. BT-Drucksache VI/1340 und Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1974. Bonn-Bad Godesberg 1975 und dass. (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1978. BT-Drucksache 8/2378.

7 Vgl. Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hrsg.): Raumordnungsprogramm für die großräumige Entwicklung des Bundesgebietes. Bonn-Bad Godesberg 1975, Nr. 3.4.

8 Vgl. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Regionalisierung raumwirksamer Maßnahmen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn (1977) H. 6, S. 413 ff., bes. S. 416 ff.

9 Vgl. diess. (Hrsg.): Mittelfristiges Forschungsprogramm Raumordnung und Städtebau. Bonn 1979.

10 Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnungspolitik und Sozialversicherungssystem. In: Der Landkreis, Stuttgart (1982) H. 3, S. 120 ff. sowie Studiengruppe für Sozialforschung e. V.: Die Ortskrankenkassen als Partner der Regionalpolitik und als Faktor der Regionalwirtschaft. Marquartstein 1984.

11 Vgl. Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung: Zur Raumbedeutsamkeit des kommunalen Finanzsystems. Bonn (1978) H. 2/3 und diess.: Informationen zur Raumentwicklung: Räumliche Perspektiven des kommunalen Finanzsystems. Bonn (1983) H. 6/7.

2 Vgl. Raumordnungsgesetz (ROG) vom 8. 4. 1965, BGBl. I, S. 306.

3 So sieht § 8 Abs. 3 der Neufassung des Niedersächsischen Gesetzes über Raumordnung und Landesplanung (NROG) vom 2. 1. 1978 eine solche Beteiligungsmöglichkeit der Körperschaften des öffentlichen Rechts an der Regionalplanung ausdrücklich vor.

4 Vgl. Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) vom 22. 12. 1981, BGBl. I, S. 1568, § 6, Abs. 2, Satz 3.

5 Vgl. Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. 12. 1976, BGBl. I, S. 3871, Art. 1 bzw. RVO, § 368, Abs. 4, Satz 2.

bände der Ortskrankenkassen als politische Vertretungen des bundesweit flächendeckenden und zugleich regional selbstverwalteten Teils der gesetzlichen Krankenversicherung bislang in den Gremien der Raumordnung und Landesplanung vertreten sind.

Dieses Defizit an wissenschaftlicher Erhellung und politischer Handhabung der Zusammenhänge von Raumordnung und Krankenversicherung ist insgesamt um so erstaunlicher, als es innerhalb der Krankenversicherung eine breite ordnungspolitische Diskussion und eine wachsende wissenschaftliche Literatur über das Problem der regionalen Beitragssatzunterschiede gibt, die den Zusammenhang von Raumordnung und Krankenversicherung eigentlich unübersehbar machen¹².

2.2 Fehlgeleitete Raumwirksamkeit des Gesundheitswesens

Aber auch in den beiden großen räumlichen Fachplanungen des Gesundheitswesens, d.h. in der Krankenhaus-Bedarfsplanung und in der Kassenarzt-Bedarfsplanung, hat die gesetzlich vorgeschriebene Bindung an die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung weniger zu einer substantiellen Regionalisierung dieser Fachplanungen als vielmehr zu einem verstärkten Rückzug aus der Fläche und einer verstärkten Hinwendung zur Übergröße und Überfeinerung im Gewande einer nur formellen Regionalisierung geführt¹³.

Vor allem aber ist in der Kassenarzt-Bedarfsplanung und noch gravierender in der Kassenzahnarzt-Bedarfsplanung die sowohl vom Verfassungsrecht her wie auch vom einschlägigen Planungsgesetz für die Kassenarztversorgung und Kassenzahnarztversorgung her erforderliche Beteiligung der kommunalen Gebietskörperschaften, der Regionalplanungskörperschaften und der Behörden der Landes- und Regionalplanung auf weite Strecken unterblieben.

12 Vgl. Buttler et. al.: Zur Differenzierung der Beitragssätze und Problematik von Finanzausgleichen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Köln 1982; Huppertz/Siedenberg: Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn 1980; Huppertz et. al.: Beitragssatzdifferenzen und adäquate Finanzausgleichsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn 1981; Huppertz, Paul-Helmut: Wie ungleich ist die regionale Abgablast im Gesundheitswesen? In: Zeitschrift für Sozialreform, 1982, H. 9, S. 529 ff.; Jaschke/Kops: Die Ursachen der überdurchschnittlich hohen Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung im Münsterland und die Möglichkeiten einer Beitragssatzverringerung mit Hilfe von Finanzausgleichsverfahren. Köln 1981; Soell et. al.: Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn-Bad Godesberg 1980.

13 Brucknerberger, Ernst: Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen: Am Beispiel Krankenhaus. Stuttgart 1978; Goeschel, Albrecht: Das Verhältnis von fachlicher Arztstruktur und regionaler Kassenarzt-Bedarfsplanung. In: Der Praktische Arzt, Köln (1978) H. 14, S. 1781 ff.; ders.: Auswirkungen der Krankenhausbedarfsplanung und der Kostendämpfung auf die allgemeinärztliche Versorgung im ländlichen Raum. In: Der Praktische Arzt, Köln (1978) H. 26, S. 2904; ders.: Zur Situation kleiner Krankenhäuser. In: Der Landkreis, Stuttgart (1978) H. 7, S. 282 ff.; ders.: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik, Köln 1979 und Goeschel/Schmidbauer: Probleme der Kassenarzt-Bedarfsplanung in ländlichen Räumen der Bundesrepublik Deutschland. In: Der Landkreis, Stuttgart (1981) H. 7, S. 416 ff.; Körner, Ernst-Peter: Planung und Steuerung des Leistungsangebotes im Krankenhauswesen aus sozialpolitischer Sicht. Dissertation, Darmstadt 1981.

Es ist den kommunalen Gebietskörperschaften, den Regionalplanungskörperschaften und den Behörden der Landes- und Regionalplanung erst in einigen Bundesländern, und auch dort nur ansatzweise, gelungen, die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu einer stärkeren Beteiligung der Träger der Landes- und Regionalplanung an der Fachplanung und zu einer angemessenen Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung bei der Fachplanung zu bewegen¹⁴.

Aber auch in der Krankenhaus-Bedarfsplanung ist eine angemessene Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung bei dieser Fachplanung durch die zuständigen Krankenhausplanungsbehörden der Länder nur in Baden-Württemberg erfolgt¹⁵.

Mit Ausnahme der Fremdenverkehrswirtschaft blieb umgekehrt der gesamte Dienstleistungssektor und damit auch das Gesundheitswesen aus der Ende der sechziger Jahre anlaufenden Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur ausgeblendet¹⁶.

Erst nachdem die ursprüngliche globale Förderung von Arbeitsplätzen im gewerblich-industriellen Bereich bzw. Förderung wirtschaftsnaher Infrastruktur im Laufe der siebziger Jahre durch eine Verbesserung des infrastrukturellen Wohnwertes bzw. durch eine Stärkung der Fähigkeit zum Strukturwandel abgelöst wurde, rückte der Dienstleistungsbereich und damit auch das Gesundheitswesen deutlicher ins Blickfeld der Raumordnungs- und Regionalpolitik¹⁷.

Dies erfolgte allerdings mit erheblicher Zeitverzögerung. So war letztmalig im Raumordnungsbericht des Jahres 1968 das Gesundheitswesen behandelt worden¹⁸.

Erst im Raumordnungsbericht des Jahres 1982 wird das Gesundheitswesen überhaupt wieder eigenständig und ausdrücklich, allerdings nicht als Wirtschaftsfaktor, sondern als Versorgungszweig, behandelt¹⁹.

Auch hier fällt wieder ins Auge, daß zwar innerhalb der gesundheitsökonomischen und medizinsoziologischen Forschung durchaus Themen behandelt werden, die auf das Gebiet der Raumwissenschaft und der Regionalforschung reichen, gleichwohl aber eine engere Verflechtung beider Forschungszweige bislang unterblieben ist.

So stellen insbesondere die Untersuchungen über die schichtenspezifisch unterschiedliche Belastung der Gesund-

14 Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Kassenarzt-Bedarfsplanung in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1978-1984.

15 Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Krankenhaus-Bedarfsplanung in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1977-1984.

16 Vgl. Gesetz über die Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ vom 5. 10. 1969, BGBl. I, S. 1861.

17 Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Köln 1979, S. 15 ff.

18 Vgl. Bundesministerium des Innern (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1968 der Bundesregierung. BT-Drucksache 5/3958, Abschnitt II-8.

19 Vgl. Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (Hrsg.): Raumordnungsbericht 1982. BT-Drucksache 10/210, S. 102 ff.

heit bzw. Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung²⁰ ein entscheidendes Bindeglied zwischen Raumwissenschaft, Regionalforschung, Gesundheitsökonomie und Medizinsoziologie dar. Dies insofern und insoweit, als ja die Regionen ihrerseits auch durch unterschiedliche Sozialschichtprofile gekennzeichnet sind und damit dann auch unterschiedliche Profile der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung aufweisen.

Es ist insgesamt sicherlich angemessen, das feststellbare raumordnungspolitische Handlungsdefizit zunächst als ein Defizit an wissenschaftlicher Aufarbeitung der Wechselbeziehungen zwischen Raumordnung bzw. Regionalentwicklung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen zu betrachten.

Eine verbesserte wissenschaftliche Erhellung der angesprochenen Zusammenhänge bietet dann auch verbesserte Möglichkeiten für eine Abstimmung von Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen durch politisches Handeln.

Mögliche Fragestellungen für die Untersuchung der Zusammenhänge von Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen wurden mittlerweile schon formuliert.

Übersicht 1: Zusammenhänge von Regionalentwicklung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen

- Unterschiede in der regionalen Wirtschaftsstruktur sind regionale Unterschiede in der Beitragsfähigkeit der Unternehmen und Beschäftigten zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Unterschiede in der regionalen Wirtschaftskraft und regionalen Erwerbstätigkeit sind regionale Unterschiede im erforderlichen Arbeitsaufwand für die Beitragsaufbringung zur gesetzlichen Krankenversicherung
- Unterschiede in der regionalen Alters-, Geburten-, Bildungs- und Berufsstruktur sind regionale Unterschiede in den Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Unterschiede in der Art der interregionalen Bevölkerungsbewegung (arbeitsplatzbezogene Wanderungen von Erwerbspersonen, ausbildungs- und wohnortbezogene Wanderungen von Nicht-Erwerbspersonen) sind regionale Unterschiede in der räumlichen und zeitlichen Zuordnung von Beitragsaufbringung zur gesetzlichen Krankenversicherung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Unterschiede im regionalen Anteil an saisonalen Bevölkerungsbewegungen (Fremdenverkehr) sind regionale Unterschiede in der räumlichen Zuordnung von Beitragsaufbringung zur gesetzlichen Krankenversicherung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Unterschiede in den intraregionalen Bevölkerungsbewegungen (Stadt-Umlandwanderung, Ballungsraumzuwanderung, Zentralortzuwanderung, Pendelwanderung) sind regionale Unterschiede in der räumlichen Zuordnung von Beitragsaufbringung zur gesetzlichen Krankenversicherung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- Unterschiede in der regionalen natürlichen Bevölkerungserneuerung sind regionale Unterschiede in der Belastung und der Sicherung

20 Vgl. Hauß et. al.: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen. Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin 1981; diess.: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981; Grünauer et al.: Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1979 sowie Jarre, Jan: Umweltbelastungen und ihre Verteilung auf soziale Schichten. Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Göttingen 1975.

der zukünftigen Aufbringung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

- Unterschiede in der regionalen Ausstattung mit Gesundheitsinfrastruktur sind regionale Unterschiede in der regionsinternen Abschöpfung der Beitragsaufkommen zur gesetzlichen Krankenversicherung
- etc.

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Kassenarzt-Bedarfsplanung in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1978-1984.

3. Ansätze zu einer raumwirtschaftlichen Betrachtung von Krankenversicherung und Gesundheitswesen

Der entscheidende Schritt zunächst zu einer wissenschaftlichen Erhellung und dann zu einer politischen Handhabung der Wechselbeziehungen zwischen Raumordnung, Krankenversicherung und Gesundheitswesen besteht darin, die Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr wie bislang fast ausschließlich als Voraussetzung oder Ergebnis des administrierten Konsums von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen zu betrachten.

Allein schon deshalb, weil durch das Vorhandensein dieser Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung erst die vergleichsweise risikolose Produktion der verschiedenen Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen gesichert ist, gebietet sich eine andere Betrachtungsweise.

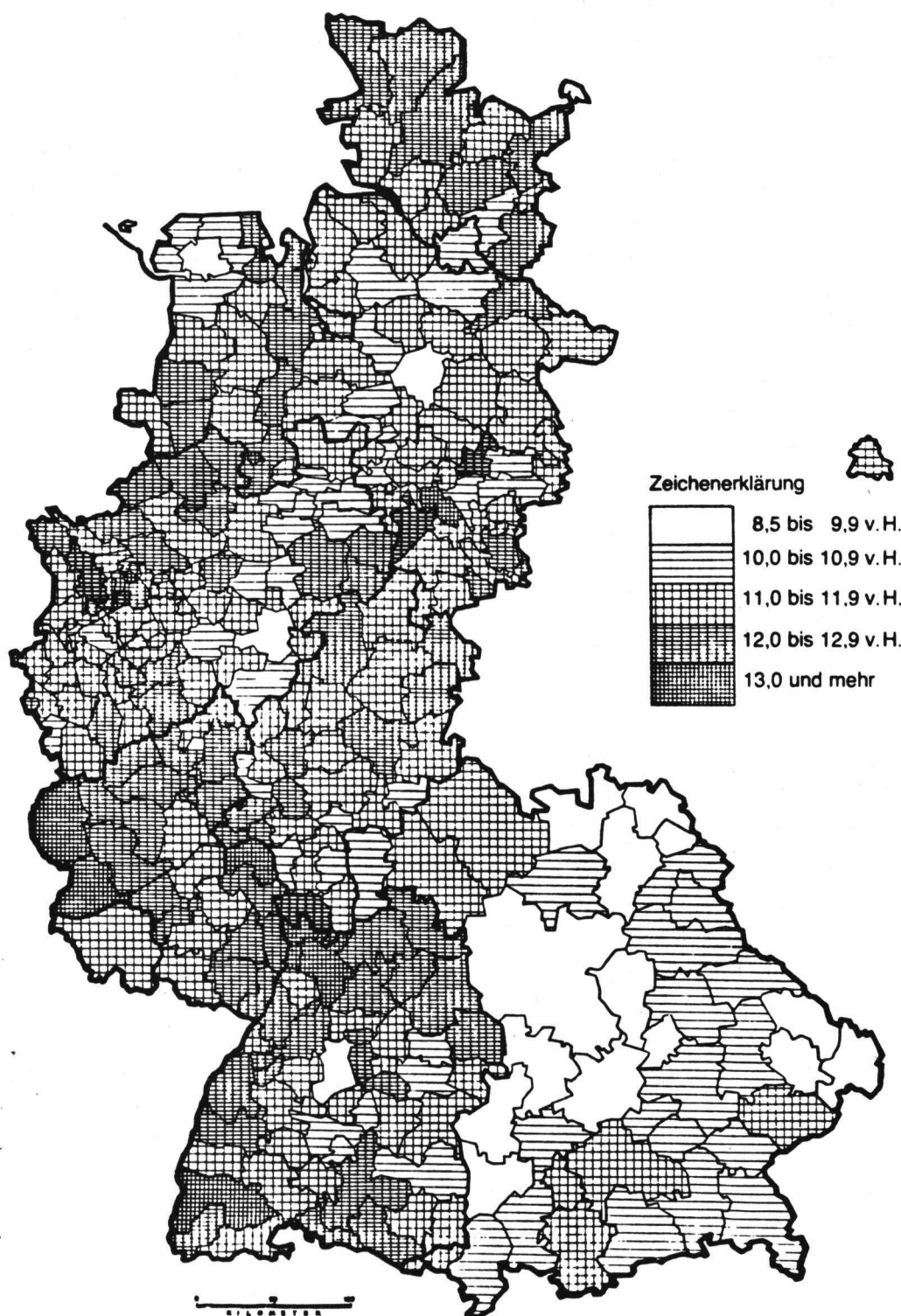
Es erscheint sinnvoll, die Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung als »Sozialkapital« zu betrachten, das durch Beitragsabschöpfungen bei Unternehmen und Beschäftigten gebildet und durch Leistungsverausgabungen an die Ersteller und Erbringer von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen bei diesen wieder in Unternehmen und Beschäftigte rückverwandelt wird.

Da der überwiegende Teil des Gesamtbudgets der gesetzlichen Krankenversicherung bei den bundesweit flächendeckenden, regional gegliederten Ortskrankenkassen gebildet wird und seinerseits vor allem in die lokal- und regionalversorgende Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser etc. umgesetzt wird, liegt es nahe, das »Sozialkapital« der gesetzlichen Krankenversicherung als raumwirtschaftlichen Faktor zu betrachten.

Eine solche Betrachtung kann dann einerseits an den regional unterschiedlichen Beitragsabschöpfungen aus der Gesamtwirtschaft und andererseits an den regional unterschiedlichen Leistungsverausgabungen an die Gesundheitswirtschaft ansetzen.

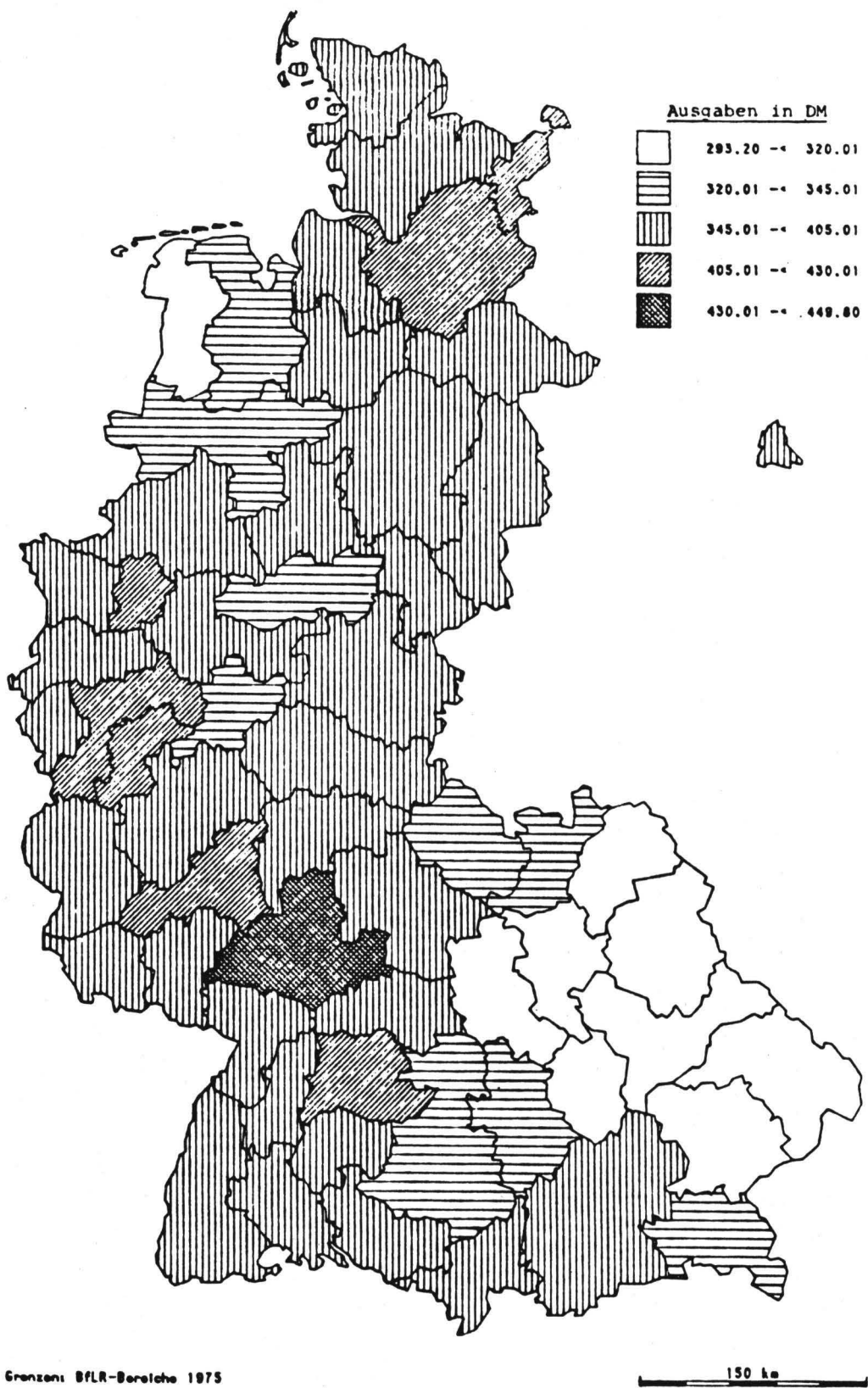
Bei einer Betrachtung der Karten 1 und 2 fällt vor allem das Niveaufälle auf, das sowohl bei den Beitragssätzen wie auch bei den Leistungsverausgabungen zwischen den bayerischen Ortskrankenkassen und den Ortskrankenkassen im übrigen Bundesgebiet besteht.

In Bayern liegen die Beitragssätze in weiten Teilen unter 10%, die spezifischen Ausgaben für ambulante Leistungen der AOK-Versicherten ebenfalls deutlich niedriger. Bemerkenswert sind allerdings Fälle, wo relativ hohe Beitragssätze mit vergleichsweise geringen Leistungsaufwendungen zusammenfallen, z. B. in der Südwesteifel.

Karte 1: Allgemeine Beitragssätze der Ortskrankenkassen 1977¹¹ Stand: 1. 12. 1977

Quelle: Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.): „Die Ortskrankenkassen 1977: Ein statistischer und finanzieller Bericht“, Bonn-Bad Godesberg 1978, S. 21.

Karte 2: Ausgaben für ambulante Leistungen je Ortskrankenkassen-Versicherten 1977¹



1 Bereinigte, nicht tatsächliche Werte.
Quelle: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen: „Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte“, Bonn-Bad Godesberg 1979, S. 35.

3.1 Bedingungen und Möglichkeiten für einen Beitrag der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung

Dieses zumindest für den Bereich der Ortskrankenkasse feststellbare Niveaufälle wirft zunächst die Frage auf, ob es sich hierbei nur um ein Niveaufälle innerhalb der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens oder um ein Niveaufälle handelt, das für die gesamte Wirtschaftsstruktur gilt.

Davon hängt dann die Frage ab, welche Möglichkeiten bestehen, diese Niveaufälle mit den tatsächlichen Steuerungsmassen und mit den rechtlichen Steuerungsmaßnahmen der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens abzubauen.

Erste Berechnungen haben ergeben²¹, daß in denjenigen Regionen, in denen bei den Ortskrankenkassen die mittlere durchschnittliche Beitragseinnahmesumme unter dem Bundesdurchschnitt liegt, mehrheitlich auch ein unterdurchschnittlicher Anteil der Wirtschaft an Wachstumsbranchen bzw. eine ungünstige Arbeitsmarktqualität vorliegen. Festzustellen ist außerdem, daß in den Regionen, in denen bei den Ortskrankenkassen die mittlere durchschnittliche Beitragseinnahmesumme unter dem Bundesdurchschnitt liegt, mehrheitlich auch ein unterdurchschnittlicher Besatz mit Ärzten festzustellen ist und mehrheitlich unterdurchschnittliche Leistungsausgaben der Ortskrankenkassen für ambulante ärztliche und für stationäre Behandlung gelten.

Dies würde für einen Zusammenhang von Niveaufällen in der Wirtschaftsstruktur und in der Krankenversicherung sowie im Gesundheitswesen sprechen. Vertiefte Analysen werden demnächst in dem genannten Themenheft der Informationen zur Raumentwicklung vorgestellt.

Es liegt wegen des Umfanges der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der hohen Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitswesen nahe, vor allem im Bereich der Ortskrankenkassen das dortige „Sozialkapital“ gezielt in solche Bereiche zu investieren, in denen sowohl eine Verbesserung der Wirtschafts- und Arbeitsmarktstruktur als auch eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung erreicht werden kann.

Es scheint dabei fraglich, ob die herkömmlichen Bereiche der Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäuser als Investitionsfelder hierfür geeignet sind oder ob nicht vielmehr im Bereich des wohnungsnahen Umweltschutzes, der alltagsbezogenen Verbraucherberatung und des arbeitsnahen Gesundheitsschutzes breite Maßnahmeprogramme mit den entsprechenden Einrichtungen und Beschäftigten aufgebaut werden müßten, die beiden Zielen, dem der Wirtschafts- und Arbeitsmarktstrukturverbesserung und dem der Gesundheitsversorgungsverbesserung, sehr viel eher gerecht werden können als eine bloße regionale Vermehrung von Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern.

Soweit es die für solche Investitionsprogramme rasch verfügbaren Mittel betrifft, die nicht erst durch Umschichtung und Dämpfung der Ausgaben in den herkömmlichen Leistungsbereichen der Krankenversicherung gewonnen werden müssen, weisen gerade diejenigen Regionen, in denen sowohl das Niveau der Wirtschaftsstruktur wie auch der Kassenbudgets und der Gesundheitsinfrastruktur mehrheitlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt, besonders hohe Überschüsse, d. h. freie Investitionsmittel für Zwecke einer gleichzeitigen Verbesserung der Wirtschafts- und Arbeitsmarktstruktur wie auch der Gesundheitsversorgungsstruktur auf.

3.2 Tatsächlicher bisheriger Beitrag der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung

Bei der Beurteilung, welchen Beitrag Krankenversicherung und Gesundheitswesen bisher zur Regionalentwicklung und dabei in erster Linie zur Entwicklung der Wirtschafts- und Arbeitsmarktstruktur geleistet haben, kann aufgrund der Literaturlage in erster Linie nur die Frage gestellt und beantwortet werden, welchen Beitrag die Einrichtungen des Gesundheitswesens und damit die sie finanzierende Krankenversicherung zur Verbesserung bzw. zur Angleichung der Standortqualität in den einzelnen Regionen und zur Beeinflussung des Standortverhaltens der Wirtschaftsunternehmen und der Arbeitnehmerhaushalte in den einzelnen Regionen geleistet haben.

Dabei ist diese Frage in erster Linie für den ländlichen Raum zu stellen und zu beantworten.

Die Besonderheiten vor allem des verarbeitenden Gewerbes im ländlichen Raum bestehen generell darin, daß die durchschnittliche Größe und auch die Produktivität der Betriebe unter derjenigen der Betriebe in den Verdichtungsräumen liegen.

Dementsprechend sind im allgemeinen auch die Arbeitsvergütungen für vergleichbare Leistungen geringer. Zudem können diese kleineren Betriebe den Arbeitnehmern nicht die gleichen zusätzlichen Leistungen bieten wie die größeren Betriebe in Verdichtungsräumen. Aus diesen Gründen ergeben sich für die kleineren in ländlichen Räumen gelegenen Betriebe Schwierigkeiten bei der Beschaffung und Haltung von Arbeitskräften²².

Kennzeichnend für die Arbeitsplatzwahl und das Arbeitsplatzverhalten der Arbeitnehmer im ländlichen Raum ist jedoch der Umstand, daß geringere zusätzliche Leistungen hingenommen und nicht mit Abwanderung beantwortet werden, wenn die Arbeitsplätze wohnortnah und die Wohnorte versorgungsmäßig gut ausgestattet sind. Daraus ergibt sich, daß die Nachteile, die die kleineren Betriebe im ländlichen Raum gegenüber den größeren Betrieben in den Verdichtungsräumen bei der Beschaffung und Haltung von Arbeitskräften haben, durch eine Verbesserung der Versorgungsausstattung der Standorte im ländlichen Raum ausgeglichen werden können²³.

21 Vgl. Goeschel, Albrecht: Raumordnungspolitik und Sozialversicherungssystem. In: Der Landkreis. Stuttgart (1982) H. 3, S. 120 ff.

22 Vgl. Kleine, Dieter: Existenzbedingungen der Betriebe und Arbeitnehmer im verarbeitenden Gewerbe. Göttingen 1978, S. 40 ff., 68 ff., 107 ff., 136 ff., 180 ff., und 193 ff.

23 Vgl. Prognos AG: Analyse und Prognose der Unternehmensgrößenstruktur. Basel 1975, S. 80 und 89.

Aus diesem Grunde sind die Voraussetzungen, die ein Standort für die Beschaffung und Haltung von Arbeitskräften bietet – Wohnungsverhältnisse, Schulversorgung, Gesundheitsversorgung, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeit usw. – für die gewerbliche Wirtschaft im Hinblick auf die Standortwahl im ländlichen Raum von besonderer Bedeutung²⁴.

So verringert das Vorhandensein eines Krankenhauses an einem ländlichen Standort nicht nur die Abwanderungsbereitschaft von Betrieben, sondern erhöht ebenso die Zuwanderungsbereitschaft gerade von größeren Betrieben an ländliche Standorte²⁵.

Insgesamt werden Krankenhäuser von Unternehmen bzw. Unternehmern allgemein als wichtige, wenn nicht sogar wichtigste Versorgungseinrichtung eines Standortes bewertet. Dies gilt insbesondere für große Betriebe.

Man könnte also sagen, daß die im zurückliegenden Jahrzehnt erfolgte Ausschaltung zahlreicher kleiner ortsnahe Krankenhäuser im ländlichen Raum als zumindest problematisch für die Standortqualität und das Standortverhalten der gewerblichen Wirtschaft im ländlichen Raum beurteilt werden muß.

Die Besonderheiten der Arbeitnehmerbevölkerung im ländlichen Raum besteht in einer hohen Ortsgebundenheit bzw. geringen und nur kurzstreckigen Wanderungsbereitschaft. Zu den Ursachen dieses Verhaltens zählt insbesondere der häufige Grund- und Hausbesitz der ländlichen Arbeitnehmerbevölkerung, der trotz geringerer Lohn- und Gehaltseinkommen und trotz ungünstiger Möglichkeiten zum beruflichen Aufstieg ihre Lebensorientierung und Arbeitsplatzwahl prägt.

Die Wohnortzufriedenheit und damit der Verbleib im ländlichen Raum hängen dabei ganz entscheidend von der Nähe der Arbeitsplätze zum Wohnort und von der Ausstattung des Wohnortes mit Versorgungseinrichtungen ab²⁶.

In diesem Zusammenhang sind das örtliche Vorhandensein oder zumindest die gute Erreichbarkeit von Arztpraxis, Apotheke und Krankenhaus die wichtigsten Standorteigenschaften.

Man könnte also sagen, daß die im zurückliegenden Jahrzehnt erfolgte Ausschaltung zahlreicher kleiner ortsnahe Krankenhäuser im ländlichen Raum als zumindest problematisch für die Standortqualität und das Standortverhalten der Arbeitnehmerbevölkerung im ländlichen Raum beurteilt werden muß.

Gleiches gilt für die feststellbare Bevorzugung größerer Zentralorte bei der Eröffnung neuer Arztpraxen im ländlichen Raum.

So betrachtet erscheint die Vermutung berechtigt, daß die herkömmlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens, in er-

Tabelle 5: Wichtige Gegebenheiten bzw. Einrichtungen von Wohnorten im Urteil der Arbeitnehmerbevölkerung

Rang	Infrastruktur	Durchschnittsbewertung ¹
1.	Praktischer Arzt	4,725
2.	Apotheke	4,502
3.	Krankenhaus	4,380
4.	Bank	4,316
5.	Gute Einkaufsmöglichkeiten	4,280
6.	Augenarzt	4,090
7.	Wandermöglichkeiten	3,944
8.	Hallenschwimmbad	3,713
9.	Eisenbahnstation	3,601
10.	Polizeiwache	3,521
11.	Autobahnanschluß	3,382
12.	Fußballplatz	3,066
13.	Gebirge	2,929
14.	Gute Restaurants	2,834
15.	See	2,809
16.	Reisebüro	2,461
17.	Theater	2,193
18.	Flugplatz	1,993
19.	Tennisplatz	1,890
20.	Kino	1,862
21.	Kunstaustellungen	1,744
22.	Konzerte	1,688

1 Durchschnittsbewertung 1 = Sehr unwichtig
Durchschnittsbewertung 5 = Sehr wichtig

Quelle: Zimmermann, Horst; u. a.: Regionale Präferenzen. Gesellschaft für Regionale Strukturentwicklung e. V., Bonn 1973, S. 133.

ster Linie die Arztpraxen und Krankenhäuser, in eher abnehmendem Ausmaß und Umfang dazu beigetragen haben, die Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung für die Regionalentwicklung positiv wirksam werden zu lassen.

Untersuchungen über die standortliche Zentralisierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens unter den genannten Gesichtspunkten erscheinen daher von besonderem Interesse.

4. Raumordnung und Landesplanung als Hilfsmittel für die Investitionsplanung im Gesundheitswesen und die Budgetsteuerung in der Krankenversicherung

Im Gesundheitswesen werden eine Reihe von Fehlentwicklungen diskutiert. Festgestellt werden ein Rückzug aus der Fläche und eine Hinwendung zu Übergröße und Überfeinerung sowie damit verbundene Überversorgungen bzw. Unterversorgungen bestimmter Fachgebiete und Standorträume. Festgestellt wird vor allem auch eine mangelnde Abstimmung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor des Gesundheitswesens²⁷.

Fehlentwicklungen werden auch in der Krankenversicherung diskutiert. Festgestellt wird eine ungleichmäßige Bela-

24 Vgl. Fürst et al.: Standortwahl industrieller Unternehmen. Bonn 1973, S. 69 ff., 103 ff., und 105 ff.

25 Vgl. ebenda, S. 110 ff., 126 ff. und 181 ff.

26 Vgl. Agrarsoziale Gesellschaft e. V.: Arbeitsmarktpolitik und Gewerbeansiedlung in ländlichen Problemgebieten. Göttingen 1973, S. 74 ff., 79 ff. und 135 ff.; Reding, Kurt: Wanderungsdistanz und Wanderungsrichtung. Bonn 1973, S. 27 ff., 42 und 56 und Zimmermann et al.: Regionale Präferenzen. Bonn 1973, S. 11 und 122 ff.

27 In der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion werden diese Fehlentwicklungen unter Stichworten wie „Abbau der Kleinkrankenhäuser“, „Arzt niederlassung in Mittelstädten“, „Großkliniken“, „Facharztzunahme“, „Bettenberg“, „Ärztenschwemme“, „Allgemein- arztmangel“, „Psychiatrieunterversorgung“, „Ambulanzvorrang“ etc. diskutiert.

stung der arbeitsintensiven gegenüber den kapitalintensiven Produktionen und damit der arbeitsintensiven gegenüber den kapitalintensiven Gebieten durch die ausschließliche Beitragsfinanzierung der Krankenversicherung. Festgestellt wird aber auch eine ungehinderte Abwanderung einkommensstärkerer Mitglieder von den regional und sektoral gegliederten zu den bundeseinheitlichen Krankenkassen und eine verstärkte Zuweisung einkommensschwächerer oder leistungsbedürftiger Mitglieder zu den regional und sektoral gegliederten Krankenkassen²⁸.

Ein wesentlicher Grund für diese Fehlentwicklungen ist darin zu erblicken, daß sich sowohl die Investitionsplanung im Gesundheitswesen wie auch die Budgetsteuerung in der Krankenversicherung über ein Jahrzehnt hinweg ausschließlich an endogenen Maßstäben orientiert haben und exogene Maßstäbe, z.B. Regionalstrukturen allenfalls formal oder marginal Beachtung gefunden haben.

Aus diesem Grunde haben Planung und Steuerung im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung die Tendenzen zum Rückzug aus der Fläche, zur Übergröße und Überfeinerung, zu Überversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung, zu ungleichmäßigen Beitragsbelastungen und zu Abwanderung von Zahlungskraft bei gleichzeitiger Zuweisung von Leistungsbedürftigkeit eher noch verstärkt als abgeschwächt.

4.1 Die bestandsabgeleitete Bedarfsplanung als Verstärkung für Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

Im zurückliegenden Jahrzehnt ist versucht worden, durch Bedarfsplanung im Bereich der Arztpraxen und der Krankenhäuser eine räumlich und fachlich bedarfsgerechte, gleichmäßige, leistungsfähige und zugleich wirtschaftlich und sozial tragbare, aber auch die Arztpraxen, Krankenhäuser und Krankenkassen wirtschaftlich sichernde Versorgung vor allem der sozialversicherten Bevölkerung zu erreichen.

Diese Versuche wiesen aber von Anfang an den schwerwiegenden methodischen Mangel auf, daß der Bedarf an ambulanter und stationärer Versorgung jeweils aus Kennzahlen errechnet wurde, die im wesentlichen aus der tatsächlichen oder gewollten Inanspruchnahme des Bestandes an Arztpraxen und Krankenhäusern, also endogen abgeleitet waren.

So werden in der Kassenarzt-Bedarfsplanung Art, Ausmaß und Umfang des Bedarfes der Versicherten und ihrer Familienangehörigen an ambulanter Versorgung durch Arztpraxen und Zahnarztpraxen auf dem Umweg über Art, Ausmaß und Umfang des Bestandes an Kassenärzten und Kassenzahnärzten und dessen bisheriger Inanspruchnahme ermittelt und festgestellt²⁹.

Daß mit diesem planungsmethodischen Zirkelschluß vom Bestand auf den Bedarf vor allem auch die planerische Absicherung der Position der Kassenärzteschaft im Gesundheitswesen erreicht werden sollte, haben die Kontroversen während der Vorbereitungsarbeiten zur Kassenarztbedarfsplanung gezeigt³⁰.

Ebenso werden in der Krankenhaus-Bedarfsplanung Art, Ausmaß und Umfang des Bedarfes der Bevölkerung an stationärer Versorgung durch Krankenhäuser auf dem Umweg über Art, Ausmaß und Umfang der bisherigen Inanspruchnahme des Bestandes an Krankenhäusern ermittelt und festgestellt³¹.

Daß mit diesem planungsmethodischen Zirkelschluß von Bestand auf den Bedarf vor allem die zentrale Stellung der Landesbehörden in der Krankenhausversorgung und Krankenhausbedarfsplanung gestärkt wurde, ist in der Literatur mittlerweile breit dargestellt³².

Daß diese Art der bestandsabgeleiteten Bedarfsplanung für den Bereich der Arztpraxen und der Krankenhäuser die schon bestehenden Tendenzen zur Standortkonzentration, zur Übergröße und zur Überfeinerung des Bestandes noch verstärkt haben, da diese in die Bedarfsfeststellung eingegangen sind und im Planungsprozeß dann entsprechende Investitionsmittel auf sich ziehen konnten, ist evident³³.

Sowohl in der Kassenarzt-Bedarfsplanung wie auch in der Krankenhaus-Bedarfsplanung können diese Tendenzen zum Rückzug aus der Fläche, zur Übergröße und zur Überfeinerung der Arztpraxen und der Krankenhäuser in Form allmählicher Umgewichtung oder andauernder Ausblendung innerhalb der vorwiegend endogenen Planungsmaßstäbe beobachtet werden.

30 So wurden im Zuge der wissenschaftlichen Vorarbeiten zur Kassenarzt-Bedarfsplanung zwei unterschiedliche Bedarfskonzepte erarbeitet, von denen das eine eine bestandsflexible Bedarfsplanung, das andere eine bestandsabgeleitete Bedarfsplanung verfolgte. – Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Gutachten zur regionalisierten Bedarfsplanung in der kassenärztlich-ambulant Versorgung, Bd. I–III, München 1977 sowie Institut für Gesundheits-System-Forschung: Gutachten zum Entwurf eines Planungsansatzes für die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1976.

Diese beiden Konzepte wurden auf mehreren Fachtagungen kontrovers verhandelt. – Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Probleme der Bedarfsplanung im kassenärztlichen Bereich. Ergebnisberichte der Arbeitstagungen in Lichtenfels/Ofr. vom 22./23. 10. 1976 und 6./7. 5. 1977; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Ergebnisprotokoll der Tagung über Bedarfsplanung in Köln vom 3./4. 2. 1977; Evangelische Akademie Loccum: Hausarzt contra Facharzt. Tagung vom 10.–12. 3. 1978 sowie Evangelische Akademie Loccum: Und wer vertritt die Patienten? Tagung vom 15.–17. 6. 1981.

31 Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Krankenhaus-Bedarfsplanung in Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1977–1984.

32 Vgl. Bruckenberg, Ernst: Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen, a.a.O.; Goeschel, Albrecht: Die zukünftige Krankenhausversorgung im ländlichen Raum Bayerns. Vortrag vor einer Arbeitstagung der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. in Lichtenfels/Ofr. am 2./3. 12. 1977; ders: Ergebnis der Krankenhausbedarfsplanung – Das bürgerferne Krankenhaus. Vortrag vor der Theodor-Heuss-Akademie Gummersbach vom 17.–19. 5. 1978; ders.: Zur Situation kleiner Krankenhäuser, a.a.O.; Kömer, Ernst-Peter: Planung und Steuerung des Leistungsangebotes im Krankenhauswesen aus sozialpolitischer Sicht, a.a.O.

33 Vgl. Goeschel, Albrecht: Untersuchungen zur Neuverteilung der Patienten zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern. In: Krankendienst, Freiburg (1983) H. 8–9, S. 205 ff., bes. S. 267.

28 In der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion werden diese Fehlentwicklungen unter Stichworten wie „Maschinenbeitrag“ und „Verschlechterung der Risikostrukturen“ erörtert.

29 Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Gutachten zur regionalisierten Bedarfsplanung in der kassenärztlich-ambulant Versorgung. München 1977, Bd. I, S. 44 ff. und Bd. III, S. 8 ff., sowie Töns, Hans: Die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung. Bonn 1977, S. 28 ff.

Übersicht 2: Tendenzen in der Krankenhaus-Bedarfsplanung

Ursprüngliche Aufgaben	Spätere Wirkungen
1. Bedarf der Bevölkerung gleichgesetzt mit der gewollten Leistungsverbesserung der Krankenhausversorgung. Feststellung des Bedarfs mittels pauschaler Einwohnerzahlen.	1. Bedarf der Bevölkerung gleichgesetzt mit der gewollten Wirtschaftlichkeit einzelner leistungsverbesserter Krankenhäuser. Feststellung des Bedarfs der Bevölkerung mittels differenzierter Benutzerzahlen.
2. Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zum Zweck einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen. Wirtschaftliche Sicherung durch finanzielle Förderung der in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäuser.	2. Wirtschaftliche Sicherung der geförderten Krankenhäuser durch Wegfall der Erstattung der Pflegekosten an die nicht mehr geförderten Krankenhäuser.
3. Gleichsetzung von Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Sozialtragbarkeit der Krankenhausversorgung mit der Versorgung durch größere Krankenhäuser. Vorrangige Aufnahme der größeren Krankenhäuser in die jeweiligen Krankenhausbedarfspläne.	3. Gleichsetzung der Sozialtragbarkeit der Krankenhausversorgung mit der Wirtschaftlichkeit der in die jeweiligen Krankenhausbedarfspläne aufgenommenen Krankenhäuser.
4. Erstattung der Pflegekosten für den in nichtgeförderten Krankenhäusern versorgten Bedarf der Bevölkerung.	4. Nichtmehrerstattung der Pflegekosten für den in nichtgeförderten Krankenhäusern versorgten Bedarf der Bevölkerung.
5. Für den Fall einer Aufnahme kleinerer Krankenhäuser in den jeweiligen Krankenhausbedarfsplan ist eine Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit dieser Krankenhäuser erforderlich.	5. Neigung zur Nichtaufnahme oder zur Herausnahme kleinerer Krankenhäuser aus dem jeweiligen Krankenhausbedarfsplan unter der Annahme einer allgemeinen Bedarfsentbehrlichkeit kleinerer Krankenhäuser.

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Krankenhaus-Bedarfsplanung in Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1977–1984.

Insbesondere im Rahmen von Begleituntersuchungen zur Kassenarzt-Bedarfsplanung³⁴ und zur Krankenhaus-Bedarfsplanung³¹ wurden solche Tendenzen festgestellt, die sich als Nichtanerkennung allgemeinärztlicher Unterversorgung in einzelnen Gemeinden und als Nichtanerkennung fachärztlicher Unterversorgung in einzelnen Mittelbereichen sowie als Nichtanerkennung der Bedarfsgerechtigkeit kleiner, ortsnaher Krankenhäuser äußerten.

4.2 Die mitgliederbezogene Berichterstattung als Verstärkung für Fehlentwicklungen in der Krankenversicherung

In den zurückliegenden Jahren wurde versucht, eine Kostenentlastung der Gesamtwirtschaft von den Auslastungser-

wartungen der Gesundheitswirtschaft auf zwei Wegen zu erreichen:

Erstens durch eine Reduzierung der Menge der an die Versicherten abzugebenden Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen sowie zweitens durch eine partielle Belastung der Versicherten mit den Preisen der an sie abzugebenden Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen³⁵.

Daneben wurde versucht, durch Entlastung des Bundeshaushaltes und Belastung der Krankenkassenhaushalte mit bestimmten Aufgaben und Ausgaben die direkte steuerliche und sonstige abgabemäßige Belastung der Wirtschaft nicht steigern zu müssen bzw. Mittel für die Subventionierung der Wirtschaft freihalten zu können.

Entscheidend an diesen Versuchen ist der Umstand, daß sie letztlich bei den Mitgliedern der Krankenkassen und deren Familienangehörigen bzw. an deren Verbrauch von Gesundheitsgütern und Gesundheitsleistungen ansetzen.

Dadurch werden die Finanzmittel der Krankenkassen ausschließlich als Konsumausgaben, nicht aber als Produktionseinnahmen dargestellt.

Gleichzeitig werden aber die in die gesetzliche Krankenversicherung vielfältig hineinragenden Unterschiede im Einkommen bzw. im Gesundheitszustand der Mitglieder und ihrer Familienangehörigen verschärft bzw. wirken sich selektive Abwanderungen von Zahlungskraft und Zuweisungen von Leistungsbedürftigkeit als rasch wachsende Disparitäten zwischen den regional und sektoral gegliederten und den bundeseinheitlichen Krankenkassen aus.

Insbesondere die wachsende ungleichmäßige Belastung der arbeitsintensiven gegenüber den kapitalintensiven Produktionen und Gebieten durch die ausschließliche Beitragsfinanzierung der Krankenversicherung wäre schon sehr viel früher ins Blickfeld gerückt, wenn die Berichterstattung der Krankenversicherung nicht wie bisher vor allem mitgliederbezogen, d.h. ausschließlich endogen, sondern wertschöpfungsbezogen, d.h. auch exogen aufgebaut wäre.

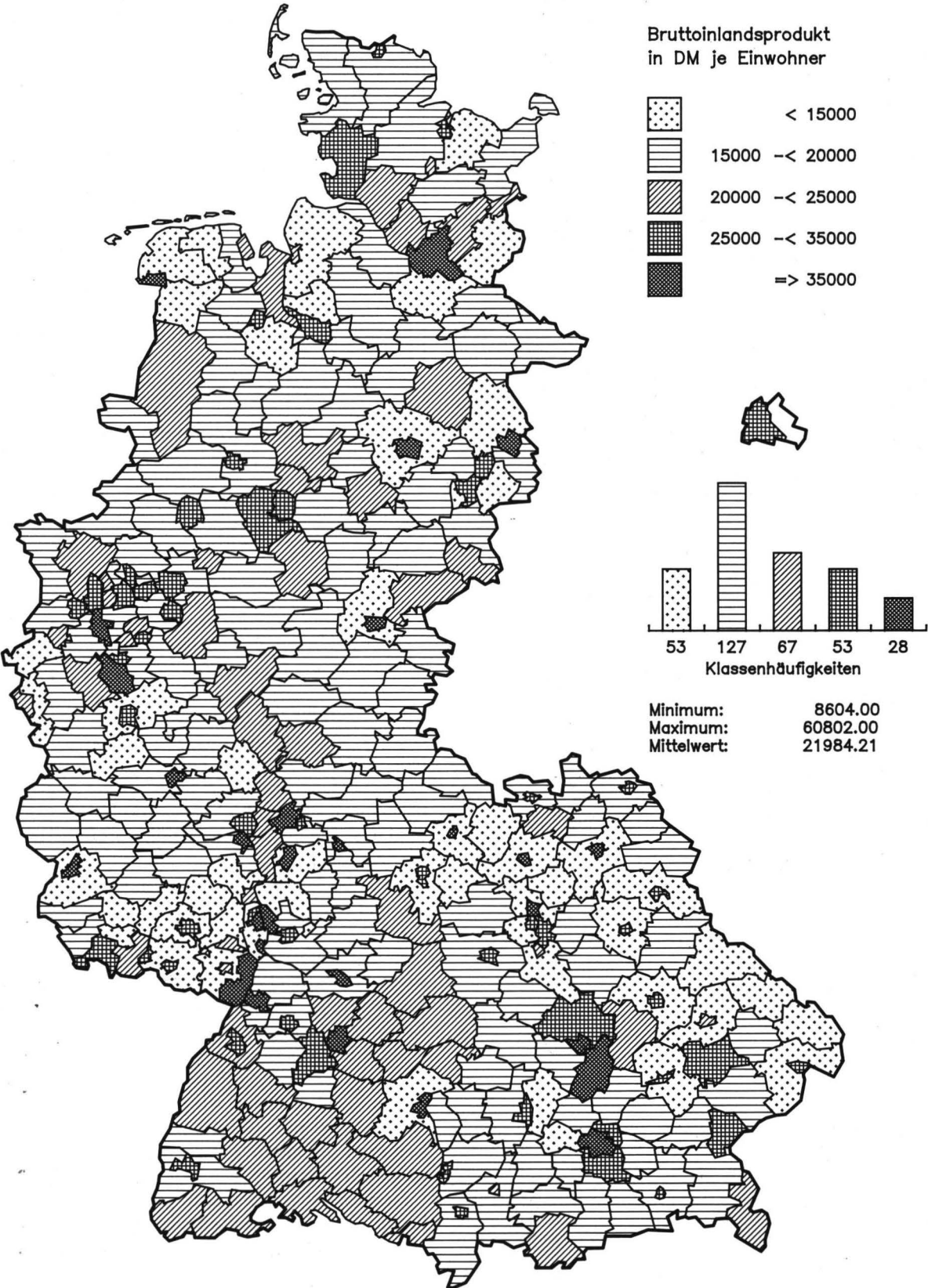
Es hätte dann sehr viel leichter gezeigt werden können, in welche unterschiedliche gesundheitswirtschaftliche Wertschöpfung die Finanzmittel der Krankenversicherung in den jeweiligen Regionen umgesetzt werden und wo Spielräume für arbeitsschaffende und gesundheitsverbessernde Investitionen bestehen.

Schon eine Darstellung der in den einzelnen Regionen insgesamt ansässigen sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen nach ihrer Stellung im Beruf und damit ihrer Stellung in der Krankenversicherung hätte die heute heftig diskutierte Erosion der Risikostrukturen zu ungunsten der regional und sektoral gegliederten Krankenkassen und zugunsten der bundeseinheitlichen Krankenkassen früher erkennbar werden lassen und die Negativfolgen einer Entlastung der Gesamtwirtschaft von der Gesundheitswirtschaft ausschließlich auf dem Wege der Verringerung der Menge des Gesundheitsverbrauchs oder auf dem Wege der Überwälzung eines Teils der Preise für den Gesundheitsverbrauch auf die Versicherten deutlicher gemacht.

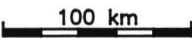
34 Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Kassenarzt-Bedarfsplanung in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. München, Marquartstein 1978–1984.

35 Der Erfolg dieser Bemühungen wird u. a. daran gemessen, ob und inwieweit die Krankenkassen Beitragssatzänderungen vornehmen.

Karte 3:
Bruttoinlandsprodukt in den Kreisen und kreisfreien Städten 1980



Quelle: Laufende Raumbeobachtung der BfLR
Grenzen: Kreise 1.1.1981



4.3 Daten und Kriterien der Raumordnung und Landesplanung als Hilfsmittel für eine bestandsunabhängige Bedarfsplanung im Gesundheitswesen

Hauptaufgabe der Planung im Gesundheitswesen wird es zukünftig sein, den Bedarf an Umfang, Mischung und Einsatzstärke der gesundheitssichernden und krankheitsbearbeitenden Einrichtungen, Erwerbstätigen und Maßnahmen möglichst unabhängig vom derzeitigen Bestand an Arztpraxen und Ärzten, Apotheken und Apothekern, Krankenhäusern und Krankenhauspersonal etc. zu ermitteln und festzulegen.

Nur so kann eine Fortsetzung der gegenwärtigen Fehlentwicklungen vermieden und vor allem die erforderliche Neuorientierung auf die umweltbezogene, verbrauchsbezogene und arbeitsbezogene Gesundheitssicherung erreicht werden.

Für die Planung im Gesundheitswesen ist folglich eine bestandsunabhängige Ermittlung des Gesamtbedarfes an Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation erforderlich.

Erst auf einer derartigen Grundlage kann dann festgelegt werden, welche Teile dieses Gesamtbedarfs beispielsweise ambulant und welche Teile stationär abgedeckt werden sollen.

Vor allem kann auch erst dann festgestellt werden, ob die jeweiligen Kapazitäten beispielsweise an Arztpraxen, an Krankenhäusern, an Belegarztanerkennungen und an Anstaltsarztbeteiligungen verringert oder vergrößert werden müssen oder wo Arztpraxen und Krankenhäuser überhaupt nicht, dafür aber Soziale Dienste verstärkt eingesetzt werden müssen³⁶.

Bestimmt wird der Gesamtbedarf an Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation im Gesundheitswesen durch die Sozialschichtung, den Altersaufbau und die sonstigen Umwelt-, Lebens- und Arbeitsverhältnisse der Bevölkerung³⁷. Diese wiederum können am besten durch die Kriterien und Daten der Raumordnung und Landesplanung regionalisiert dargestellt werden.

Für die zukünftige Bedarfsplanung im Gesundheitswesen wird es wesentlich darauf ankommen, regionale Typologien des Gesamtbedarfes der Bevölkerung an Gesundheitssicherung und Krankheitsbehandlung zu erstellen.

36 Vgl. *Goeschel, Albrecht*: Wechselbeziehungen in der ärztlichen Versorgung: Überlegungen zu einer rationalen Verteilung des Patientengutes zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern. In: *Der Landkreis*, Stuttgart (1983) H. 1, S. 33 ff. sowie ders.: Untersuchungen zur Neuverteilung der Patienten zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern. In: *Krankendienst*, Freiburg (1983) H. 8/9, S. 265 ff. und *Körner, Ernst-Peter*: Planung und Steuerung des Leistungsangebotes im Krankenhauswesen aus sozialpolitischer Sicht, a.a.O.

37 Vgl. *Goeschel, Albrecht*: Krankenhausbedarfsplanung und Regionalpolitik. Köln 1979, S. 22 ff. und *Goeschel, Albrecht; Schmidbauer, Gertraud*: Probleme der Kassenarzt-Bedarfsplanung in den ländlichen Räumen der Bundesrepublik Deutschland. In: *Der Landkreis*, Stuttgart (1981) H. 7, S. 417 ff.

Tabelle 6: Bedarfsstrukturen mit Arztpraxen unterversorgter bzw. mit kleinen Krankenhäusern versorgter Gemeinden im ländlichen Raum Bayerns im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet

Gebiet	Bedarfsstrukturen nach Stellung im Beruf bzw. Teilnahme am Erwerbsleben i.v.H. 1970			
	Selbständige und mithelfende Familieneingehörige	Angestellte und Beamte	Arbeiter	Nicht-Erwerbstätige
Gemeinden ¹ mit unzureichender Versorgung durch Arztpraxen im ländlichen Raum Bayerns 1977-1982	16,8	6,9	20,4	55,9
Gemeinden mit Versorgung durch kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum Bayerns 1977/1978	16,0	7,2	17,1	59,7
Bundesgebiet	7,3	16,1	20,6	56,0

1 Gemeindegebiet, Gebiete des Nahbereichs, Gebiete der Verwaltungsgemeinschaft.

Quelle: Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Kassenarzt-Bedarfsplanung in Bayern: Fallstudien Ascha-Falkenfels, Hengersberg und Roththalmünster. München, Marquartstein 1977-1982; Studiengruppe für Sozialforschung e.V.: Begleituntersuchungen zur Krankenhausbedarfsplanung in Bayern: Fallstudien Geisenfeld, Legau und Waging. München 1977-1978.

4.4 Daten und Kriterien der Raumordnung und Landesplanung als Hilfsmittel für eine wertschöpfungsbezogene Berichterstattung in der Krankenversicherung

Hauptaufgabe der Budgetsteuerung in der Krankenversicherung wird es zukünftig sein, das gesamtwirtschaftlich mögliche Aufkommen an Finanzmitteln ausgehend von der Wertschöpfungsstruktur in den jeweiligen Regionen und gemeinsam für alle Krankenkassen, sowohl die regional und sektoral wie auch die bundeseinheitlich organisierten Kassenarten, darzustellen.

Dem können dann diejenigen Einrichtungen, Erwerbstätigen und Maßnahmen gegenübergestellt werden, die gemäß der unterschiedlichen Sozialschichtung, dem unterschiedlichen Altersaufbau und den unterschiedlichen sonstigen Umwelt-, Lebens- und Arbeitsverhältnissen der Bevölkerung in den einzelnen Regionen zur Gesundheitssicherung und Krankheitsbehandlung erforderlich sind.

Diese Einrichtungen, Erwerbspersonen und Maßnahmen der Gesundheitswirtschaft sollten in entsprechend regionalisierten Angaben ähnlich wie in der kommunalen Haushaltsstatistik auch hinsichtlich des aus den Finanzmitteln der Krankenkassen gebildeten Anlage- und Ausstattungsvermögens dargestellt werden.

Geldmaßstäbliche und nicht-geldmaßstäbliche Indikatoren für die erzielten Gesundheitswirkungen der eingesetzten Finanzmittel der Krankenkassen könnten ergänzend aufgeführt werden.

Auch hierbei können die Daten und Kriterien der Raumordnung, Landesplanung und Regionalentwicklung wesentliche Grundlagen bieten.