

Sebastian Birke/Hans-Peter Schlaudt

Das Krankenhaus im ländlichen Raum – Wirtschaftsinstitution, Versorgungsträger und Imagefaktor

In Politik und Wissenschaft favorisiert man derzeit einen Abbau überschüssiger Krankenhauskapazitäten und eine zunehmende Konzentration stationärer Versorgungsleistungen. Ein Ungleichgewicht von Versorgung in Ballungsgebieten und in ländlichen Räumen ist unbestritten. Die Überlegung der Autoren richtet sich auf eine mögliche, drohende Verödung ganzer Landstriche, wenn Krankenhäuser in peripheren Räumen geschlossen werden. Für eine derartige Entscheidung sind mindestens fünf Wirkungsbereiche zwischen verortetem Krankenhaus und Region zu betrachten. Am Beispiel Altmark-Klinikum werden diese Wirkungsbereiche gezeigt.

1 Aktuelle Tendenzen aus Politik und Wissenschaft

Während in Ballungsgebieten und im städtischen Raum die Versorgungssituation durch Krankenhäuser gewährleistet ist, mehr noch: durchaus von einer partiellen Überversorgung gesprochen wird, ist die Situation im ländlichen Raum anders. Im Gutachten aus dem Jahr 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens (SVR) ist angeführt, dass „innerhalb des Bundesgebietes zunehmend Schieflagen zwischen Ballungsgebieten und der Fläche [im Bereich der Versorgung drohen]“. (SVR 2014) Einer zukunftsfähigen Versorgungslandschaft will das jetzt geltende Krankenhausstrukturgesetz den Weg bahnen, zum Beispiel mit Einführung einer qualitätsabhängigen Leistungsvergütung und der Bildung eines Strukturfonds. Letzterer „soll den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Versorgungsangeboten und Standorten fördern“. (BKG 2015) Zentraler Punkt aller aktuellen Bestrebungen ist eine flächendeckende und erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung. (Augurzky et al. 2014)

Die Umgestaltung hin zu einer „bedarfsgerechten, und damit qualitativ hochwertigen und effizienten“ (Beivers et al. 2015) Versorgungslandschaft lässt eine Veränderung der Ansätze erkennen: Strukturveränderungen im stationären Bereich, unter anderem Konzentration und Kapazitätsabbau, werden vor dem Hintergrund schrumpfender Ressourcen als grundsätzlich notwendig betrachtet; im Fokus steht die Erhaltung der Lebensfähigkeit des Gesamtsystems.

Drei verschiedene Argumentationen dominieren die Ansätze für Konzentration und Kapazitätsabbau:

- Standortoptimierung von Mittelzentren zur Sicherung der Daseinsvorsorge (Beivers et al. 2008)

- Krankenhausdichte in Verbindung mit der Bevölkerungsdichte als Kenngrößen ab (Augurzky et al. 2014)
- Erreichbarkeit als maßgebliches Kriterium zur Sicherstellung der Versorgung an (Beivers et al. 2008)

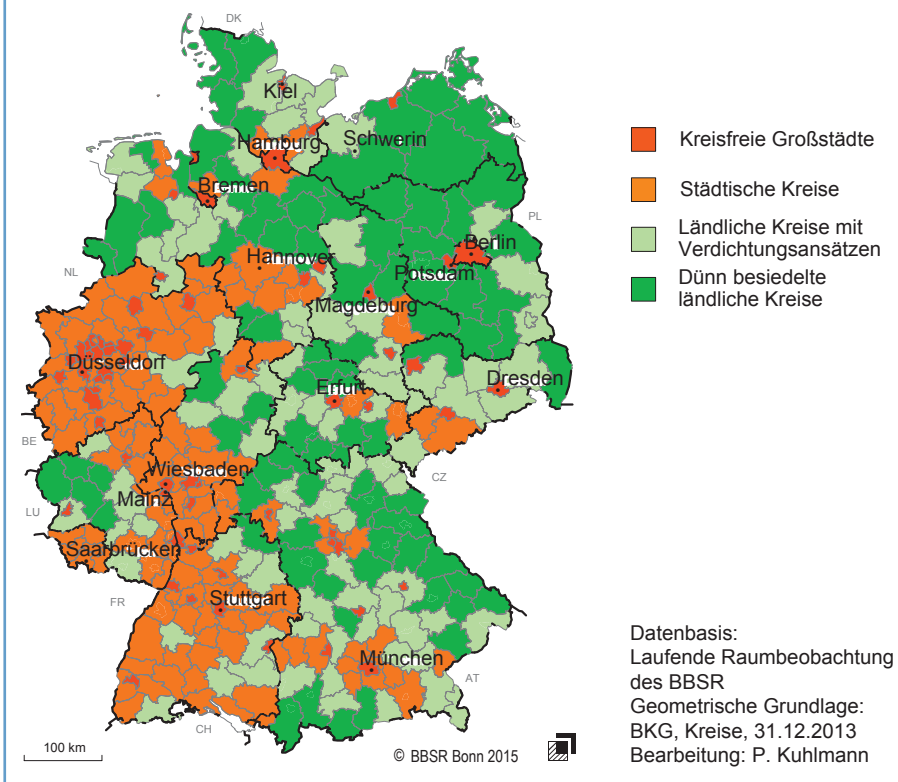
2 Krankenhäuser: mehr als Versorgungseinrichtungen

Konjunkturunabhängigkeit, Wachstumspotenzial und eine hohe Wertschöpfung sind Faktoren, welche die Gesundheitswirtschaft in Deutschland charakterisieren. Daher sind medizinische Einrichtungen für die deutsche Wirtschaft zunehmend bedeutend. Dies lässt sich auch durch die zunehmende Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen oder den Anteil des stationären Sektors an der Bruttowertschöpfung an der Gesamtwirtschaft belegen: In 2014 erwirtschafteten stationäre Gesundheitseinrichtungen eine Bruttowertschöpfung von rund 138 Mrd. € (BMWi 2015), im Vergleich zu einer gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung in Höhe von rund 2 624 Mrd. € (Stat. BA 2016a), also rund 5,3 Prozent. Die Beschäftigtenzahl in Krankenhäusern lag in 2014 bei rund 1,1 Millionen Mitarbeitern (Stat. BA 2016b).

2.1 Generelle Bedeutung des Krankenhauses in der Region

Ländliche Räume liegen oft peripher, sind bevölkerungsarm und weisen eine gewisse strukturelle Schwäche auf, im Gegensatz zu den Ballungs- bzw. sogenannten Gunsträumen mit einer großen Dichte an Industrie, Dienstleistungen und Infrastruktur. In Deutschland sind diese Räume insbesondere in den sogenannten neuen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie in Teilen Bayerns und Niedersachsens zu finden, wie in ► **Abbildung 1** verdeutlicht.

Abbildung 1: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2013



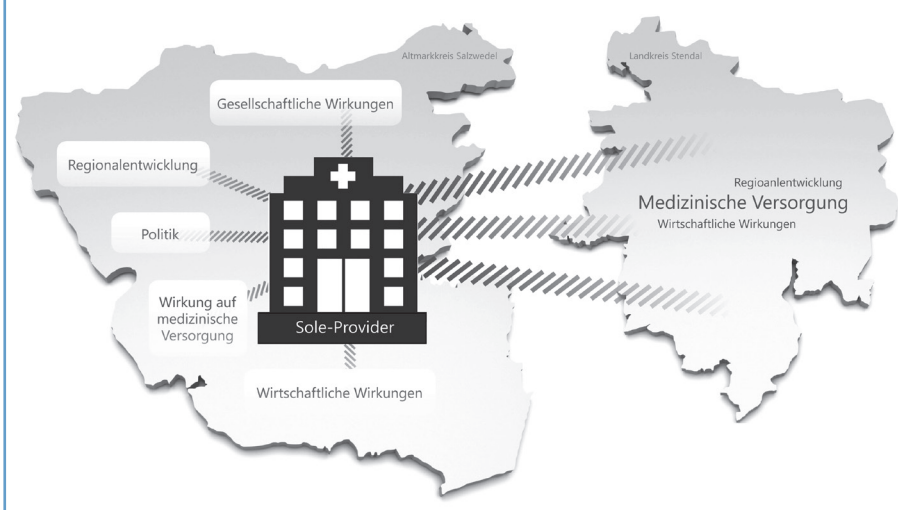
2014) Die Wirkung möglicher Schließungen für die umliegende Region kann nicht pauschaliert werden und bedarf stets der individuellen Betrachtung. ► **Abbildung 2** zeigt die Vielfalt der Wirkungsbeziehungen eines verorteten Krankenhauses, welche in den Folgekapiteln betrachtet werden.

2.2 Wirtschaftliche Folgen einer Krankenhausschließung

Die regionale Wirtschaft partizipiert in vielen Bereichen von einem Krankenhaus. Im Allgemeinen lassen sich direkte, indirekte, fiskalische und induzierte Effekte und sonstige Effekte feststellen:

- Direkte Effekte lassen sich zum Beispiel mit der Anzahl der Beschäftigten im Krankenhaus messen. Als großer bzw. größter Arbeitgeber hat das Krankenhaus in ländlichen Regionen oft eine gesonderte, sehr bedeutsame Stellung. Mit der Schließung würden die Beschäftigten ihren Arbeitsplatz verlieren; eine Neuorientierung ist schwierig und vermutlich mit Einschnitten verbunden. Zudem kommen Mitarbeiter oft auch aus umliegenden Gemeinden.
- Indirekte regionalwirtschaftliche Effekte ergeben sich aus der Nachfrage des Krankenhauses nach Dienstleistungen anderer Unternehmen. So werden Leistungen bei in der Region ansässigen Dienstleistungs- und Handwerksbetrieben nachgefragt oder notwendige bauliche Maßnahmen durch ortsansässige Unternehmen erbracht. Für den fortlaufenden Betrieb greift das Krankenhaus auch auf regionale Reinigungsunternehmen, Wäschereien, regionale Landwirtschaftsbetriebe oder Kantinen zurück.

Abbildung 2: Wirkungsbeziehungen eines Krankenhauses im ländlichen Raum



In diesen Regionen spiegelt sich die übergeordnete Rolle des Krankenhauses besonders anschaulich wider. Hier sind Krankenhäuser im Regelfall zentrale Versorgungseinheiten, zugleich Imagefaktor und Wirtschaftsmotor. Unter dem Begriff ‚Sole Provider‘ werden solche Häuser verstanden, „deren räumliche Lage dermaßen isoliert ist, dass sich bei einer möglichen Schließung ... die regionale Versorgungssituation durch längere Anfahrtswege über ein tolerierbares Maß hinaus [verschlechtert]“ – und die gesamte Region den Wegfall spüren würde. (Beivers et al. 2008) Laut einer Studie der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) entfallen in Deutschland rund 600 Krankenhäuser in periphere Räume. (BDO

- Umgekehrt kann das Krankenhaus selbst als Produzent und Lieferant auftreten, etwa indem es eine Kantine betreibt und andere Einrichtungen (zum Beispiel Schulen oder Pflegeeinrichtungen) vor Ort mitversorgt.
- Andere Unternehmen partizipieren über sogenannte Folgeeffekte vom ansässigen Krankenhaus. Hierzu gehören zum Beispiel Fahrdienste, Bäckereien, Hotels, Blumenläden und Taxiunternehmen.
- Ein Krankenhaus sorgt für sogenannte „touristische Strö-

me“ in Form von Pendlern, Besuchern und den Patienten selbst, was wiederum zu einer Belebung der regionalen Wirtschaft führt. (CBSC 2012)

- Induzierte Effekte ergeben sich durch Konsumausgaben, welche die Beschäftigten des Krankenhauses tätigen. Vom Bekleidungsgeschäft bis zum Autohändler: Regionale Betriebe profitieren von der Kaufkraft der Krankenhausmitarbeiter.
- Fiskalische Effekte „entstehen ... durch die Tätigkeit der Krankenhäuser als auch durch die Einkommen und den privaten Verbrauch der Beschäftigten“. (isw 2014)

2.3 Gesellschaftliche Wirkungen und die Folgen einer Krankenhausschließung

Welche emotionale Resonanz eine Schließung in der Bevölkerung auslöst, hat sich vor wenigen Monaten in Bad Belzig gezeigt. Die Schließung der Geburtenstation führte vor Ort zu Protesten aus der Bevölkerung. Die Institution Krankenhaus beeinflusst das Zusammenleben in einer Region, sie stiftet sogar Identität. Junge Familien, denen die Geburtsklinik in gut erreichbarer Nähe wichtig ist, werden wegziehen oder gar nicht erst in diese Region ziehen. Im Folgenden zeigen wir weitere Facetten gesellschaftlicher Durchdringung:

- Ein hoher Bildungsgrad der Krankenhausmitarbeiter sorgt für eine regionale Bindung von Humankapital.
- Ein Krankenhaus vor Ort führt beispielsweise zur Belebung oder zum Ausbau des kulturellen Angebots, da diese Klientel verstärkt kulturelle Leistungen, wie Theater, Museen und Konzerte, nachfragt und stärkt das Image der Region bzw. das Identifikationspotenzial der Bevölkerung mit der Region.
- Das Krankenhaus als Arbeitgeber ermöglicht in ländlichen Räumen ein familiengerechtes Lohnniveau, wodurch sich die Lebensqualität sichern lässt.
- Ein Krankenhaus bietet „Vielfalt unter einem Dach“, das heißt, es gibt sehr unterschiedliche Arbeitsplätze, vom Arzt bis zum Hausmeister, und damit einhergehend eine kulturelle Vielfalt.
- Eine Studie (KBV 2015) zu Optionen junger Ärzte nach ihrem Studium zeigt eine deutliche Tendenz zur Rückkehr in die Heimatregion; ist das Krankenhaus als „Magnet“ (Arbeitgeber oder Partner für den zuweisenden Arzt) nicht mehr existent, fällt die Entscheidung mit großer Wahrscheinlichkeit für eine andere Region aus.

2.4 Wirkungen auf die medizinische Versorgung

Welche Wirkung die Schließung eines Krankenhauses zeigt, bildet sich besonders an der medizinischen Notfallversorgung ab. Bei Schließung müssen umliegende Krankenhäuser die Notfallversorgung übernehmen, wodurch sich zwangsläufig Überlastungsprobleme ergeben. Auch mögliche lange Anfahrten zur nächsten Notfallambulanz können mit dem Gebot der öffentlichen Daseinsvorsorge in Widerstreit geraten. Be-

trachten wir weitere Facetten, welche als sogenannte medizinische Wirkungen bestehen:

- Das Krankenhaus garantiert der ansässigen Bevölkerung medizinische Versorgung und wirkt sich auf die „gefühlte“ Versorgungsqualität aus. Mit der Schließung entfällt dieses Qualitätsmerkmal der Region.
- Krankenhäuser stehen für gesundheitliche Aufklärung durch öffentliche Informationsveranstaltungen und Patientenaufklärung.
- Krankenhäuser sind Kooperationspartner für niedergelassene Ärzte. Die Kooperationen erstrecken sich von der Zuweisung bis zur Weiterbehandlung des Patienten. Je größer die räumlichen Entfernungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus sind, desto fragiler werden die Versorgungsnetze.
- Der demographische Wandel bedingt eine zunehmend alternde Bevölkerung und führt zu einer Veränderung der zu behandelnden Gesundheitsbilder, hin zu mehr Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und chronischen Erkrankungen (Nowossadeck 2012). Welche Anfahrten zu einem nächstgelegenen Krankenhaus sind zumutbar und mit der Daseinsvorsorge vereinbar? Eine alternde Gesellschaft bedeutet zugleich ein Nachlassen der Mobilität.
- In der Gesamtschau hat das Krankenhaus in der Region einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Hierzu zählen auch Faktoren, die auf den ersten Blick nichts mit Gesundheit zu tun haben. Soziodemographische Einflüsse wie das regionale Wohlstandsniveau in Kombination mit sozialen Verwerfungen durch Arbeitslosigkeit aufgrund der Schließung des Krankenhauses sowie der eben thematisierte demographische Wandel wirken sich mittelbar auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus.
- Des Weiteren lassen sich Zusammenhänge zwischen Mortalität und Morbidität und der Entfernung zu einem Krankenhaus erkennen. (RKI 2011)

2.5 Wirkungen auf die Regionalpolitik

Krankenhäuser werden in politischen Wahlprogrammen instrumentalisiert. Kommunalpolitiker gehen auf „Wählerfang“ mit dem Versprechen, das bestehende Krankenhaus zu erhalten oder ein Krankenhaus in die Region zu holen. Speziell die medizinische Versorgung ist ein gewichtiges Argument im Wahlkampf; umfassend geht es um die Attraktivität lokaler Lebensverhältnisse.

2.6 Regionalentwicklung

Die Bedeutung von Krankenhäusern in ländlichen Regionen lässt sich auch an der Bedeutung für die Regionalentwicklung festmachen. So sind sie „Säulen der regionalen und lokalen Infrastruktur und nicht selten Voraussetzung für weitere soziale und ökonomische Aktivitäten im ... Raum“. (Beivers et al. 2008) Auch werden für Krankenhäuser besondere Strukturvoraussetzungen benötigt, welche es zu schaffen, zu erhalten und aus-

zubauen gilt. Diese Maßnahmen kommen der gesamten Region zugute, wie zum Beispiel der Ausbau des Öffentlichen Personen- und Nahverkehrs.

Durch die Art der Leistungserstellung im Krankenhaus verbleibt zudem ein Großteil der Wertschöpfung in der Region. Die sich hieraus ergebenden Effekte, wie die Bindung der Kaufkraft, wirken sich positiv auf die Entwicklung und Herausbildung regionaler Strukturen aus.

3 Beispiel Altmark-Klinikum – zentrale Institution im peripheren, ländlichen Raum

Im Norden des Landes Sachsen-Anhalt, im landwirtschaftlich geprägten Altmarkkreis Salzwedel (Altmarkkreis), hat das Altmark-Klinikum (AMK) mit Standorten in Salzwedel und Gardelegen seinen Sitz. Ein paar Rahmendaten zur Region: Die Bevölkerungsdichte liegt im Bundesdurchschnitt bei 227 EW/km² und in Sachsen-Anhalt bei 109 EW/km². Im Altmarkkreis sind es 38 EW/km², mit abnehmender Tendenz; wohnten 1990 noch etwa 105 000 Menschen in der Region, so waren es 2014 noch rund 86 000. Der Anteil der über 60-Jährigen betrug 2013 bereits etwa 26 000 Menschen, also fast 30 Prozent der in dieser Region Ansässigen. 2023 wird der Anteil der über 60-Jährigen (mit rund 31 000 Anwohnern) schon auf 41 Prozent angestiegen sein.

3.1 Wirtschaftlicher Einfluss des AMK

Zum AMK als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung gehören zusätzlich das Fachärztliche Zentrum am Altmark-Klinikum Gardelegen GmbH (FÄZ) sowie die Klinikdienste am AMK (KAD). Mit etwa 850 Beschäftigten (davon 33 am FÄZ und 77 bei den KAD) ist das AMK einer der größten regionalen Arbeitgeber. Die durch die Beschäftigten antizipierte Kaufkraft lässt sich vereinfacht über die Bruttopersonalkosten des Krankenhauses abzüglich der regelmäßigen Nebenkosten darstellen. Im Beispiel liegt sie bei rund 20 Mio. € p.a. Ein Wegfall der Kaufkraft würde die Existenz vieler Unternehmen vor Ort bedrohen.

Indirekte Effekte ergeben sich aus der Nachfrage des Krankenhauses nach verschiedenen Waren und Dienstleistungen sowie die Vergabe von Investitionsvorhaben an regional ansässige Unternehmen. Im Zeitraum 2011 bis 2015 zum Beispiel wurden am AMK Baumaßnahmen im Umfang von 3,562 Mio. € in Auftrag gegeben. Die daran beteiligten Unternehmen kamen zu mehr als 60 Prozent aus der Region; auch der Großteil der Auftragsfelder verblieb vor Ort. Über die Gewährleistungsverpflichtung ergibt sich zudem eine langfristig vertragliche Bindung. Für die Auftragnehmer bedeutet das mittel- und langfristig Planungssicherheit. Zusätzlich stabilisierend wirkt das AMK durch seine aktuell über 150 Vertragsbeziehungen etwa zu Service- und Wartungsdienstleistern sowie zu Anbietern aus der IT-Branche; zwar werden auch überregionale Anbieter beauftragt, vom Auftraggeber-Status des AMK profitieren aber auch Firmen mit Sitz in Gardelegen, Salzwedel oder den benachbarten Städten Kalbe (Milde) und Uchtspringe.

3.2 Gesellschaftliche Bedeutung des AMK: Sicherung von Humankapital und Ausbildungsträger

Das AMK ist aufgrund seiner wirtschaftlichen Stärke und der bisherigen Erfolgsgeschichte ein Imagefaktor für die Region und Identifikationspotenzial für die Bevölkerung. Die Nachfrage nach Nachwuchskräften kann gesichert werden: Neben Chef- und Oberärzten befinden sich aktuell rund 50 Ärzte in ihrer Facharztfortbildung.

Das AMK schreibt Stipendien für Ärzte und Medizinstudenten speziell mit Blick auf die Anwerbung junger Ärzte in die Region aus, um die medizinische Versorgung sicherzustellen: Aktuell steht der Altmarkkreis im Hinblick auf Arzt-Einwohner-Relation mit 24 Ärzten je 10 000 Einwohnern sowohl im Bundesdurchschnitt als auch im Ranking von Sachsen-Anhalt sehr schlecht da; im Vergleich kommen in Halle/Saale 81 Ärzte auf 10 000 Anwohner. Bei dieser Analyse überschneiden sich gesellschaftliche und medizinische Bedeutung. Das AMK ist auch Träger verschiedener Ausbildungsbereiche, etwa zum Bürokaufmann oder Fachinformatiker; an der staatlich anerkannten Krankenpflegeschule des AMK absolvieren derzeit 61 Schüler ihre Ausbildung. Speziell im Pflegebereich erfüllt das AMK damit, weit über die Region hinaus, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

3.3 Medizinische Bedeutung – Stellung als ‚Sole Provider‘

48 Krankenhäuser sind mit Stand September 2015 in Sachsen-Anhalt ansässig. Davon decken 32 die Grundversorgung ab, darunter auch das AMK. Die restlichen 16 Häuser dienen insbesondere spezialisierten Bereichen. 2015 wurden am AMK rund 70 000 ambulante und stationäre Fälle behandelt, wobei ca. 77 Prozent der Patienten aus dem Altmarkkreis Salzwedel selber kamen, ca. 11 Prozent aus dem Rest Sachsen-Anhalts und entsprechend ca. 12 Prozent aus anderen Bundesländern. Das AMK ist ein ‚Sole Provider‘; im Falle einer Schließung stünden „teilweise erhebliche und großflächige potenzielle Verschlechterungen der Versorgungssituation im stationären Bereich an“. (Beivers et al. 2008) Zwei Notaufnahmen würden entfallen. Erschwerend käme die Erosion eines Netzwerkes aus Niedergelassenen, Belegärzten, Kooperationskrankenhäusern und Apotheken hinzu; große Krankenhäuser suchen sich neue Partner außerhalb der Region, für einige Niedergelassene sichert die Kooperation mit dem AMK die berufliche und wirtschaftliche Existenz. Das Zusammenspiel zwischen stationär und ambulant ist insbesondere in ländlichen Räumen unabdingbarer Faktor der Daseinsvorsorge. Zu den Kooperationspartnern des AMK zählen beispielsweise Orthopäden, Urologen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sowie Nephrologen.

3.4 Kommunalpolitik: „Wir stehen zu unserem Krankenhaus“

Die Sicherung der Gesundheitsversorgung ist weit über den kommunalen Bezug hinaus ein gesellschaftspolitisches Thema. Auf regionaler Ebene, bspw. in Gardelegen, wird das ansässige Krankenhaus direkt mit in das Wahlprogramm aufge-

nommen. So heißt es im CDU-Programm zur Kommunalwahl 2014 „Das Gesundheitssystem in der Altmark muss auch weiterhin zukunftssicher gestaltet werden. ... Die wohnortnahe und flächendeckende medizinische Versorgung der Menschen mit medizinischen Leistungen muss sichergestellt bleiben. Wir stehen zu unserem Krankenhaus!“

4 Weiterführung

Krankenhäuser als konjunkturunabhängige Institutionen geben einer Region Stabilität, Sicherheit und verbessern die Lebensqualität. Die dargestellten Wirkungsbereiche sind teilweise quantitativer Natur bzw. bedürfen einer qualitativen Betrachtung und Argumentation. Im Rahmen der Krankenhaus- und Investitionsplanung, bei regionalpolitischen Entscheidungen, für Gremiendiskussionen oder in Budgetverhandlungen mit Kostenträgern stellen die Wirkungsbereiche eine wertvolle Argumentationsbasis dar. Auch im Zuge der strategischen Positionierung eines Krankenhauses in der Peripherie spielen diese Wirkungsbereiche eine gewichtige Rolle – medizinischer Weitblick, regional demographische als auch soziodemographische Entwicklungen sind zu berücksichtigen. Veränderungen der Krankenhausstruktur stehen immer in Wechselwirkung mit regionalen Strukturen. Am greifbarsten, weil zum Teil valide quantifizierbar, sind ökonomische Wirkungen. Jedoch lassen sich auch für die Bereiche der medizinischen und gesellschaftlichen Wirkungen quantitativ darstellbare Argumente zeigen. Insgesamt sind die qualitativen Argumentationspfade von gleicher Bedeutung. Sie gilt es ebenso spezifisch und prägnant herauszustellen. Beispielhaft können folgende Punkte ausgearbeitet werden:

- Gegenüberstellende Betrachtung des „Krankenhauses als Kostenverursacher“ und des „Krankenhauses als Institution ökonomischer Effekte“!
- Wie ist die Notfallversorgung aktuell organisiert und welchen Beitrag leistet das Krankenhaus in selbiger?
- Welche Beeinträchtigung erfährt das Image der Region bei einer Krankenhausschließung? Verstärken Wegzug oder verminderter Zuzug die demographische Entwicklung? Sind Tendenzen für eine regionale Verödung erkennbar?
- Welchen Einfluss hat eine Schließung auf die Infrastrukturentwicklung vor Ort? Müssen Unternehmen oder Institutionen (zum Beispiel Schulen) schließen?
- Manche Wirkungen einer Krankenhausschließung treten erst zeitverzögert auf, beispielsweise der Entschluss von ursprünglich in der Region beheimateten Ärzten nicht zurückzukehren, weil die ärztliche Ausbildung hier nicht beendet werden kann oder weil bei einer Niederlassung der stationäre Kooperationspartner fehlt. Auch hier stellt sich die planungsrelevante Frage: Welche Auswirkungen hat ein Fernbleiben von ärztlichem Personal für die Region?

Literatur

- Augurzky et al. (2014) – Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N., Veltkamp, C. (2014), Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung – Krankenhausplanung 2.0 – Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Heft 84
- BDO 2014 – Schäfer, C., Morton, A., Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. (2014), Ländliche Krankenhausversorgung Heute und 2020, Studie von BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Beivers, A., Spangenberg, M. (2008), Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung, in: Informationen zur Raumentwicklung, Heft 1/2.2008
- Beivers, A., Penter, V. (2015), Gesundheitsökonomische Stellungnahme zu den Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland vom 21.09.2015, Seite 3., abrufbar: http://www.adhibeo.de/wp-content/uploads/2015/09/2015-09-21_KHSG-Papier_Beivers_Penter_final_Endversion.pdf
- BKG 2015 – Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. (2015), Anlage 2 zum BKG-Schreiben Nr. 474/2015 vom 18.12.2015 – Neuregelungen zur Krankenhausfinanzierung durch das Krankenhausstrukturgesetz
- BMWi 2015 – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.), Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland, Stand: April 2015
- CBSK 2012 – Haber, G. (2012), Regionalökonomischer Impact der Krankenhäuser in Sachsen – Kurzfassung der Studie
- Nowossadeck, E. (2012), Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert-Koch-Institut Berlin (Hrsg.), GBE Kompakt 3(2), www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 11. April 2012)
- isw 2014 – isw Institut für Strukturpolitik und Wirtschaftsförderung gemeinnützige Gesellschaft mbH (2014), Regionalwirtschaftliche Effekte der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts, Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.), Stand: November 2014
- KBV 2015 – Jacob, R., Kopp, J., Schultz, S. (2014), Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.)
- RKI 2011 – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2011), Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52. RKI, Berlin
- Stat. BA 2016a – DESTATIS Statistisches Bundesamt, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Stand: 14. Januar 2016, abrufbar: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html>
- Stat. BA 2016b – DESTATIS Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Personal 2014, Fachserie 12 Reihe 7.3.1, Stand: 27. Januar 2016, abrufbar: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile
- SVR 2014 – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Seite 345, Rz. 437

Anschrift der Verfasser

Dipl.-Kfm. Sebastian Birke, Berater JOMEK GmbH/Dr. med. Hans-Peter Schlaudt, Geschäftsführender Gesellschafter der JOMEK GmbH, Katharinenstraße 17, 10711 Berlin, info@JOMEK.de