Institute for Health Care Business GmbH

Zukunft der Krankenhausstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland

Studie im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, der IKK Südwest, den vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, der Knappschaft (Regionaldirektion Saarbrücken), des BKK Landesverbands Mitte (Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Endbericht

Stand 19. Juni 2024

Projektteam: Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Adam Pilny (Projektleiter),
Dr. Anne Mensen, Mike Angelkorte, Annika Emde

Wir danken Martin Botulinski, Marie-Isabell Claus und Claudia Lohkamp für die wertvolle Unterstützung bei der Erstellung dieses Gutachtens.

Disclaimer
Dieses Gutachten hat den Anspruch, komplexe Zusammenhänge in einfacher und verständlicher Sprache darzustellen. Es lehnt sich daher an die gesprochene Sprache an und verzichtet auf eine wiederkehrende explizite Nennung weiblicher, männlicher und anderer Geschlechteridentitäten bei personenbezogenen Begriffen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ... 7

1 Einleitung ... 11

2 Daten- und Methodik ... 13

3 Bestandsaufnahme ... 17
3.1. Bundeslandstrukturen ... 17
3.2. Stationäre Versorgung ... 19
3.3. Vertragsärztliche Versorgung ... 34
3.4. Einflussfaktoren ... 35
3.4.1. Demografie ... 35
3.4.2. Personalknappheit ... 37
3.4.3. Ambulantisierung ... 40
3.5. Projektionen ... 46
3.5.1. Bevölkerung und Erwerbsfähige ... 46
3.5.2. Vertragsärztliche Versorgung ... 47
3.5.3. Krankenhausversorgung ... 49
3.6. Beurteilung der Regionen ... 52
3.6.1. Situation in primärärztlicher Versorgung ... 53
3.6.2. Situation der klinischen Notfallversorgung ... 58
3.6.3. Situation der klinischen fachärztlichen Versorgung ... 63

4 Zielbild und Handlungsempfehlungen ... 67
4.1. Versorgungsstrukturen im Zielbild ... 68
4.2. Potenziale zur Optimierung der Versorgungsstrukturen ... 75
4.2.1. Simulation zur Notfallversorgung ... 85
4.2.2. Simulation zur Personalallokation ... 87
4.3. Weitere Versorgungsangebote ... 89
4.3.1. Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung ... 90
4.3.2. Notfallversorgung ... 91
4.3.3. Modellprojekte und Kooperationen ... 94
4.3.4. Entscheidungsprozesse und Kommunikation ... 96
4.3.5. Rechtliche Rahmenbedingungen ... 97
4.3.6. Personal ... 97
4.3.7. Neue Technologien ... 104
4.3.8. Vergütung ... 105

5 Fazit ... 106

6 Literatur ... 110

7 Abkürzungsverzeichnis ... 121

8 Anhang ... 122

Verzeichnis der Tabellen, Schaubilder und Karten

Schaubild 1: Einflussfaktoren und Konsequenzen für die regionale medizinische Versorgung ... 12
Schaubild 2: Aufbau der Analysen ... 14
Schaubild 3: Zusammensetzung der Grundgesamtheit ... 15
Schaubild 4: Einteilung der Versorgungsgebiete (VG) ... 15
Schaubild 5: Einwohnerdichte ... 17
Schaubild 6: Bevölkerungsentwicklung ... 17
Schaubild 7: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre ... 18
Schaubild 8: Veränderung der Zahl der Über-65-Jährigen ... 19
Schaubild 9: Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner ... 19
Schaubild 10: Krankenhausstandorte je 1 Mio. Einwohner ... 22
Schaubild 11: Krankenhausstandorte je 1 000 km^2 ... 22
Schaubild 12: Krankenhausbetten pro 10 000 Einwohner ... 23
Schaubild 13: Krankenhausstandorte nach Größe ... 23
Schaubild 14: Alters- und geschlechtsbereinigte Zahl der stationären Fälle ... 24
Schaubild 15: Casemixindex ... 25
Schaubild 16: Landesbasisfallwert ... 25
Schaubild 17: Veränderung der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst und Pflegedienst ... 26
Schaubild 18: Verteilung der GBA-Notfallstufen nach Ländern ... 27
Schaubild 19: Krankenhausstandorte der Notfallstufe 1 je 1 Mio. Einwohner ... 27
Schaubild 20: Krankenhausstandorte der Notfallstufe 1 je 1 000 km^2 ... 28
Schaubild 21: Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser ... 29
Schaubild 22: Jahresergebnis nach Steuern (EAT) ... 31
Schaubild 23: Jahresergebnis nach Steuern und Anteil der Krankenhäuser mit Jahresverlust im Zeitverlauf ... 31
Schaubild 24: KHG-Fördermittel im Verhältnis zu Krankenhauserlösen ... 32
Schaubild 25: Phasen des demografischen Übergangs ... 36
Schaubild 26: Struktur der Beschäftigten in der primärärztlichen Versorgung ... 37
Schaubild 27: Trends in der vertragsärztlichen Versorgung ... 38
Schaubild 28: Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung ... 38
Schaubild 29: Verteilung der MVZ nach Bundesländern ... 39
Schaubild 30: Zahl der Ärzte in MVZ nach Art der Anstellung ... 39
Schaubild 31: Struktur der Beschäftigten in Krankenhäusern und Arztpraxen ... 40
Schaubild 32: Ambulantes Potenzial nach Altersgruppen ... 41
Schaubild 33: Wirkungsgrad des ambulanten Potenzials auf die stationären Fälle ... 41
Schaubild 34: Ambulante Operationen nach §115b SGB V je 1 000 stationärer Fälle im Krankenhaus ... 42
Schaubild 35: Modell einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung ... 44
Schaubild 36: Fortschreibung der Anzahl Erwerbsfähiger bis 2030 ... 47
Schaubild 37: Relative Inanspruchnahme bei der vertragsärztlichen Versorgung ... 49
Schaubild 38: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach Versorgungsgebieten ... 51
Schaubild 39: Ambulantisierungspotenzial und Veränderung der Bettenzahl bis 2030 bei unverändert niedriger Auslastung ... 52
Schaubild 40: Kennzahlen zur Beurteilung der Regionen ... 53
Schaubild 41: Modell zur Beurteilung der Regionen für primärärztliche Versorgung ... 54
Schaubild 42: Drohende Unterversorgung bei Hausärzten ... 55

Schaubild 43: Drohende Unterversorgung bei Frauenärzten 56
Schaubild 44: Drohende Unterversorgung bei Kinder- und Jugendärzten 56
Schaubild 45: Simulationsergebnisse „Grüne Wiese 1“ 60
Schaubild 46: Simulationsergebnisse „Grüne Wiese 2“ 61
Schaubild 47: Gesundheitszentrum für primärärztliche Versorgung in Finnland 70
Schaubild 48: Regionales Versorgungskonzept 74
Schaubild 49: Allokation der Basis- und Spezialversorgung 75
Schaubild 50: Szenario für Zentralisierung 88
Schaubild 51: Szenario für Schwerpunktbildung 88
Schaubild 52: Öffnungszeiten der Ärztlichen Bereitschaftspraxen 93

Tabelle 1: Prognose der Bevölkerung und des Durchschnittsalters 46
Tabelle 2: Prognose der Bevölkerungszahl nach Altersgruppen (in Jahren) 47
Tabelle 3: Von drohender Unterversorgung betroffene Bevölkerung in den Versorgungsgebieten 57
Tabelle 4: Schwellenwerte der Fallzahlen je Perzentil für ausgewählte Leistungsgruppen 64
Tabelle 5: Konzentrationspotenzial je Leistungsgruppe und Versorgungsgebiet 65
Tabelle 6: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung für ausgewählte LG 76
Tabelle 7: Restrukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsgebiet 77
Tabelle 8: Zentralisierungspotenziale nach Versorgungsgebiet 80
Tabelle 9: Von der Zentralisierung betroffene Fälle und Betten 82
Tabelle 10: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung für ausgewählte Leistungsgruppen 83
Tabelle 11: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung je Versorgungsgebiet für ausgewählte Leistungsgruppen 2022, Anteil an allen Fällen im Versorgungsgebiet 84
Tabelle 12: Von drohender Unterversorgung betroffene Bevölkerung bei Wegfall von Kliniken mit einer GBA-Notfallstufe in den Versorgungsgebieten 87

Karte 1: Verteilung der Standorte aus der Grundgesamtheit 20
Karte 2: Standorte bezogen auf Einwohnerdichte 21
Karte 3: Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen 30
Karte 4: Breitbandabdeckung von Krankenhäusern 33
Karte 5: Mobilfunkverfügbarkeit von 5G in der Fläche 34
Karte 6: Von Unterversorgung bedrohte Regionen bei primärärztlicher Versorgung 57
Karte 7: Erreichbarkeiten der Standorte der Notfallstufen 1 bis 3 58
Karte 8: Standorte der Rettungswachen und Notärzte 62
Karte 9: Standorte der Luftrettungsdienste 63
Karte 10: Von drohender Unterversorgung betroffene Regionen bei der klinischen Notfallversorgung 86

Schaubild A 1: Hausarztdichte 122
Schaubild A 2: Frauenarztdichte 123
Schaubild A 3: Kinderarztdichte 123
Schaubild A 4: Facharztdichte 124
Schaubild A 5: Altersstruktur von Hausärzten 124
Schaubild A 6: Altersstruktur von Frauenärzten 125
Schaubild A 7: Altersstruktur von Kinderärzten 125

Schaubild A 8: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „nur Demografie“ in Rheinland-Pfalz 127
Schaubild A 9: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „nur Demografie“ im Saarland 127
Schaubild A 10: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „Demografie und ambulantes Potenzial“ in Rheinland-Pfalz 128
Schaubild A 11: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „Demografie und ambulantes Potenzial“ im Saarland 128
Schaubild A 12: Steckbrief für Hunsrück 129
Schaubild A 13: Steckbrief für Mittelrhein 129
Schaubild A 14: Steckbrief für Pfalz-West 130
Schaubild A 15: Steckbrief für Rheinhessen 130
Schaubild A 16: Steckbrief für Rheinpfalz 131
Schaubild A 17: Steckbrief für Trier 131
Schaubild A 18: Steckbrief für Westerwald 132
Schaubild A 19: Steckbrief für Saarland 132

Zusammenfassung

Die Krankenhausdichte in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr hoch. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass es daher in Deutschland ein großes Potenzial gibt, die Krankenhausstrukturen effizienter zu gestalten, ohne die Versorgungssicherheit zu gefährden. Gleichzeitig ließe sich aufgrund wachsender Ressourcenknappheit eine drohende Unterversorgung vermeiden. Im vorliegenden Gutachten zeigen wir ausgehend vom Status quo der Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz und im Saarland Optimierungspotenziale für die Krankenauslandschaft in diesen beiden Ländern auf.

Zum Veranschaulichen der regionalen Variation haben wir acht Versorgungsgebiete zugeschnitten – sieben in Rheinland-Pfalz und eines für das Saarland. Für diese Gebiete wird die Situation in der primärärztlichen Versorgung, der klinischen Notfallversorgung und der fachärztlichen klinischen Versorgung dargestellt und beurteilt. Ziel ist die Identifikation von Potenzialen zur Strukturoptimierung sowie von Regionen mit drohender Unterversorgung. Bei Letzteren stehen Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung im Vordergrund. Bei den anderen Regionen leiten wir dagegen Potenziale zur Strukturoptimierung ab. Diese umfassen die Schwerpunktbildung, die Zentralisierung und die Etablierung von sogenannten Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SVE)[1] oder ambulante Zentren.[2]

Bundeslandstrukturen. Im Jahr 2022 lebten 4,16 Millionen Menschen in Rheinland-Pfalz und knapp eine Million Menschen im Saarland. Die Einwohnerdichte im Saarland lag 64% über dem Bundesdurchschnitt, in Rheinland-Pfalz 11% darunter. Die Bevölkerungsentwicklung zwischen 2016 bis 2022 verlief in beiden Ländern gegenläufig. In Rheinland-Pfalz nahm die Bevölkerungszahl in diesem Zeitraum zu, während sie im Saarland leicht rückläufig war. Die Alterung der Bevölkerung macht sich indessen in beiden Ländern ähnlich bemerkbar. Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre lag im Jahr 2022 in Rheinland-Pfalz und im Saarland über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Wirtschaftskraft, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner, lag in beiden Ländern 2021 unter dem Bundesdurchschnitt.

Krankenhausversorgung. In Rheinland-Pfalz lag die Krankenhausdichte je einer Million Einwohner mit 20,9 leicht über dem Bundesdurchschnitt (20,4), während das Saarland mit 18,1 rund 11% darunter lag. Anders sieht es bezogen auf die Fläche aus. Im Saarland lag die Zahl der Krankenhausstandorte je 1 000 km^2 um 46% über dem deutschlandweiten Durchschnitt, in Rheinland-Pfalz 9% darunter. Die Bettendichte im Saarland liegt 21% über dem Bundesschnitt, in Rheinland-Pfalz 3% darüber. Rheinland-Pfalz verfügt – gemessen an Betten – über viele kleine Krankenhäuser. Das Saarland verfügt über größere Standorte. In beiden Ländern ist die Dichte an Krankenhäusern der GBA-Notfallstufe 1 in Bezug auf Bevölkerung und Fläche überdurchschnittlich hoch.

Der Casemixindex (CMI) beider Länder lag 2022 unter dem Bundesdurchschnitt. Rheinland-Pfalz wies mit 0,86 den geringsten CMI unter allen Ländern auf. Die Landesbasisfallwerte in beiden Ländern sind dagegen bundesweit die höchsten. In den Jahren 2018 bis 2022 stieg die Zahl der

[1] In der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus dem Jahr 2022 wurden diese Einrichtungen „Level 1i“ genannt.

[2] Da zum Stichtag 30.4.2024 die endgültige gesetzliche Ausgestaltung der sog. Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SVE) nicht festgelegt war, ist im Gutachten stets von ambulanten Zentren und SVE die Rede. Das soll der rechtlichen Unsicherheit zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung Rechnung tragen.

ärztlichen Vollkräfte in den beiden Ländern stärker als im Bundesdurchschnitt. Beim Pflegedienst fand in diesem Zeitraum bundesweit generell ein sehr starker Aufbau statt, im Saarland sogar etwas stärker, in Rheinland-Pfalz geringer.

Innerhalb Deutschlands variiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stark. In Rheinland-Pfalz und im Saarland zusammen genommen lag im Jahr 2021 der mittlere Jahresüberschuss[3] der Krankenhäuser bei 0,6% der Erlöse im bundesweiten Mittelfeld. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag lag in den beiden Ländern bei 39% (bundesweit: ca. ein Drittel). Setzt man für den nötigen Investitionsbedarf einen Zielwert von 7,5% des jährlichen Umsatzes an, beläuft sich der jährliche Investitionsbedarf beider Länder auf etwa 449 Millionen Euro. Derzeit beträgt das Fördervolumen beider Länder in der Summe 162 Millionen Euro pro Jahr und damit die jährliche Förderlücke 287 Millionen Euro.

Vertragsärztliche Versorgung. Das Saarland wies 2022 eine durchschnittliche Hausarztdichte auf, Rheinland-Pfalz eine unterdurchschnittliche. Bei der Frauen- und Kinderarztdichte lagen beide Länder unter dem bundesweiten Durchschnitt. Etwa jeder fünfte Hausarzt in beiden Ländern war im Jahr 2022 über 65 Jahre alt. Damit wiesen die beiden Länder die höchsten Werte in Deutschland auf. Bei den Frauen- und Kinderärzten ist im Saarland jeder siebte bzw. zehnte Arzt im Jahr 2022 über 65 Jahre alt gewesen. In Rheinland-Pfalz war es jeder zehnte bis vierzehnte. Nachbesetzungsprobleme dürften in den nächsten zehn Jahren in manchen Regionen zu einer Unterversorgung bei Haus-, Frauen- und Kinderärzten führen.

Ausblick. In Rheinland-Pfalz erwarten wir alterungsbedingt ein Wachstum der stationären Fallzahl von 5,7% und im Saarland von 4,8% bis zum Jahr 2030. Das Ambulantisierungspotenzial beträgt nach unseren Berechnungen in beiden Ländern aber mindestens 12%, was eine Untergrenze darstellt.[4] In der Summe erwarten wir daher in Rheinland-Pfalz einen Rückgang der stationären Fallzahl um mindestens 8% und im Saarland um mindestens 9%. Infolgedessen ist in beiden Ländern mit einem um 28% sinkenden Bettenbedarf zu rechnen.

Beurteilung der primärärztlichen Versorgung. Hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung sind bis zu zwölf Kreise[5] und bei der kinderärztlichen Versorgung bis zu acht Kreise von Unterversorgung bedroht. Keine Unterversorgung ist bei der frauenärztlichen Versorgung zu erwarten. Regional fällt der Anteil der von drohender Unterversorgung betroffenen Bevölkerung unterschiedlich hoch aus. Im Saarland sind 13-24% der Bevölkerung von einer hausärztlichen Unterversorgung bedroht, in Rheinland-Pfalz 9-32%. Bei der kinderärztlichen Versorgung ist in Rheinland-Pfalz fast jeder fünfte Einwohner bis 18 Jahre von einer künftigen Unterversorgung bedroht. Das Saarland ist bei der kinderärztlichen Versorgung nicht gefährdet.

Beurteilung der klinischen Notfallversorgung. Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser mit einer GBA-Notfallstufe ist in beiden Ländern gut. Im Saarland erreichen alle Einwohner ein Krankenhaus mit einer Notfallstufe innerhalb von 30 Minuten. In Rheinland-Pfalz sind es 99 Prozent.

[3] Als EAT, Earnings after tax.

[4] Unberücksichtigt sind in diesen Berechnungen die fallreduzierenden Effekte der Hybrid-DRG und die Überlegungen aus dem Gutachten von Albrecht et al. (2022) mit den erweiterten ambulant durchführbaren Prozeduren und patientenbezogenen Kontextfaktoren. Das ambulante Potenzial dürfte daher höher liegen.

[5] Zusammenfassung von kreisfreien Städten mit umliegenden Landkreisen.

Würden Standorte mit einer GBA-Notfallstufe mit weniger als 150 bzw. 200 Betten entfallen, würde sich im Saarland die Erreichbarkeit zu mindestens der Notfallstufe 1 nicht verändern. In Rheinland-Pfalz wären in diesem Fall besonders die nördlichen und mittleren Regionen des Landes von längeren Fahrzeiten zu Notfallversorgern betroffen. Bereits im Status quo haben in den Versorgungsgebieten Westerwald, Trier und Mittelrhein zwischen 1,2 bis 3,1% der Einwohner Fahrzeiten von über 30 Minuten. Bei einem Wegfall ebengenannter Notfallversorger würden diese Anteile in den drei Regionen auf 5,0 bis 11,4% steigen. Bezogen auf ganz Rheinland-Pfalz hätten bei einem Wegfall dieser Standorte 2,6 bzw. 4,3% der Bevölkerung Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten (Status quo: 0,9%).

Beurteilung der klinischen fachärztlichen Versorgung. Die Erreichbarkeit für fachärztliche Krankenhausleistungen im Status quo ist in den meisten Versorgungsgebieten gut. Als kritisch betrachten wir eine Situation, bei der sich die Erreichbarkeit einer Leistungsgruppe deutlich verschlechtern würde, falls die Leistungsgruppe an Standorten mit einer geringeren Fallzahl entfiele. Dies ist in wenigen Leistungsgruppen in den Gebieten Westerwald, Hunsrück sowie Pfalz-West der Fall. Im Saarland gibt es keine kritischen Situationen.

Potenziale zur Optimierung der Versorgungsstrukturen. Im Status quo gibt es in Rheinland-Pfalz 87 und im Saarland 18 Krankenhausstandorte, die insgesamt 1 415 bzw. 352 Leistungsgruppen anbieten. Es besteht Potenzial zur Bildung von Schwerpunkten, indem bestehende Standorte gewisse Leistungsgruppen auf sich vereinen, während sie andere abgeben. Hierbei bleibt die Zahl der Standorte in der Regel unverändert. Es kommt jedoch zu einer Schwerpunktbildung. Darüber hinaus gibt es ein Potenzial zur Zentralisierung, indem mehrere, meist kleinere Standorte zu einem neuen größeren Standort zusammengelegt werden. Die Altstandorte werden dabei entweder umgewidmet, zum Beispiel in ein ambulantes Zentrum bzw. eine SVE, oder geschlossen.

In Rheinland-Pfalz gibt es großes Potenzial zur Schwerpunktbildung in den Leistungsgruppen „Endoprothetik Hüfte“ und „Endoprothetik Knie“. Das geringste Potenzial zur Schwerpunktbildung besteht in den Leistungsgruppen „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Neurologie“. Für das Saarland zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Dort gibt es großes Potenzial zur Schwerpunktbildung in den Leistungsgruppen „HNO“, „Geriatrie“ und „Endoprothetik Knie“.

Für Rheinland-Pfalz identifizieren wir ein Potenzial zur Zusammenlegung (Zentralisierung) von 30 Standorten zu 13 Zentralkliniken und im Saarland von zehn Standorten, die zu fünf Zentralkliniken zusammengelegt werden könnten. In Rheinland-Pfalz würde es danach noch 61 Krankenhausstandorte geben, im Saarland 12. Dies entspricht einer Reduktion um 31% bzw. 22%. Hinzu kommen die aus einer Umwandlung entstehenden alternativen Versorgungsangebote. Diese umfassen ambulante Zentren bzw. SVE. Für Rheinland-Pfalz rechnen wir mit 14 bis 21 und im Saarland mit bis zu einer Versorgungseinrichtung. Die Versorgungseinrichtungen entstehen vor allem an den Altstandorten, deren stationäre Kapazitäten im Zuge der Bildung einer Zentralklinik weitgehend ins Zentrum oder auf andere Standorte verlagert werden. Im ländlichen Raum leisten die ambulanten Zentren und SVE einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Grund- und Weiterversorgung. In einigen Fällen gibt es auch das Potenzial, bestehende kleine Krankenhausstandorte ohne weitere Zentralisierung in eine solche Einrichtung umzuwandeln. Die größten Potenziale zur Optimierung der Strukturen bestehen in den Versorgungsgebieten Westerwald, Rheinpfalz und Mittelrhein.

Personalbedarf. Im Status quo haben viele Kliniken große und wachsende Probleme die personelle Mindestbesetzung aufrechtzuerhalten. Wenn trotz geringer Fallzahlen eine Rund-um-die-

Uhr-Versorgung ermöglicht werden soll, ist der damit verbundene hohe Personaleinsatz nicht effizient, was den Fachkräftemangel verschärft. Durch Schwerpunktbildung und Zentralisierung werden Leistungen innerhalb einer Region gebündelt und größere Einheiten zur Leistungserbringung geschaffen. Beide Maßnahmen sind geeignet, die sogenannte „Mindestbesetzungsproblematik“ zu lösen oder zumindest abzumildern. Praxisnahe Beispielrechnen zeigen, dass sich dadurch zwischen 16-18% der Personalkosten im ärztlichen Dienst und rund 5% im Pflegedienst einsparen ließen.

Investitionsbedarf. Im Rahmen der Zentralisierung würden in Rheinland-Pfalz 16% der Fälle bzw. 16% der Betten verlagert, im Saarland 26% bzw. 22%. Die stärkste Verlagerung würde im Gebiet Westerwald stattfinden, gefolgt von Rheinpfalz und Hunsrück. Wir gehen daher davon aus, dass in Rheinland-Pfalz bis zu 2 870 Betten neu gebaut werden müssten, im Saarland bis zu rund 1 100 Betten. Der Investitionsbedarf für den Bau von Zentralkliniken summiert sich demnach in Rheinland-Pfalz auf circa 2,3 Milliarden Euro, im Saarland auf circa 880 Millionen Euro. Im Transformationsfonds werden voraussichtlich ab 2026 bundesweit 50 Milliarden Euro für eine Laufzeit von zehn Jahren bereitstehen. Das entspricht fast 600 Euro pro Einwohner. Nach seiner Bevölkerungsgröße bemessen könnten Rheinland-Pfalz knapp 2,5 Milliarden Euro aus dem Transformationsfonds zur Verfügung stehen. Dem Saarland würden fast 600 Millionen Euro zur Verfügung stehen. In Rheinland-Pfalz würden die Mittel aus dem Transformationsfonds ausreichend sein. Für das Saarland müssten rund 300 Millionen Euro zusätzlich bereitgestellt werden, um die möglichen Zentralisierungspotenziale ausreichend zu finanzieren.

Flankierende Maßnahmen. Die Anpassung der Krankenhausstrukturen sollte durch weitere Maßnahmen flankiert werden. Neben der fachärztlichen und pflegerischen Versorgung sollten sich die alternativen Versorgungsformen (ambulanten Zentren bzw. SVE) auch der stärker unter Druck stehenden primärärztlichen Versorgung widmen können. Damit könnten sie die ambulante Versorgung bündeln und effizienter gestalten. Um dies zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von vertragsärztlichen Leistungen durch Kliniken abgebaut und KV-Ermächtigungen nicht nur an einzelne Personen, sondern auch an Betriebe gebunden werden. In größeren Betrieben sind moderne Arbeitszeitmodelle einfacher realisierbar, was die Attraktivität der Gesundheitsberufe erhöht. Im ärztlichen Bereich sollte die Weiterbildung sektorenübergreifend ausgerichtet werden. Ein innovativer Ansatz besteht mit der Verbundweiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin und könnte auf weitere Facharztbereiche ausgeweitet werden.

Die Strukturveränderungen sollten ergänzt werden durch dezentrale Angebote im Sinne von „Kümmerern“ oder Case Managern, die von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen werden, unter Zuhilfenahme moderner Technologie, bis hin zu Künstlicher Intelligenz als neutraler Begleiter für die Patienten. Gleichzeitig sollten die Möglichkeiten der Pflege ausgeweitet werden, wie es zum Beispiel das Pflegekompetenzgesetz vorsieht. Es braucht auch Mobilitätsangebote, damit entweder Patienten zur Gesundheitsversorgung gelangen können oder umgekehrt die Angebote zu den Patienten, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten oder über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis vor Ort.

Idealerweise sollte sich eine Region für die komplette Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich fühlen und die Angebote koordinieren. Hierzu wäre ein Vergütungssystem hilfreich, das sektorenübergreifende Angebote besser ermöglicht und stärker an Versorgungszielen ausgerichtet ist. Mit einem stärkeren Fokus auf Versorgungsziele kann es mehr Gestaltungsfreiheit geben, um auf regionaler Ebene innovative Versorgungsmodelle zu erproben – mit dem Ziel,

dass sich Versorgungsmodelle mit hoher Effizienz durchsetzen. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sieht unter anderem vor, dass Kommunen Möglichkeiten erhalten, selbst MVZ zu gründen.

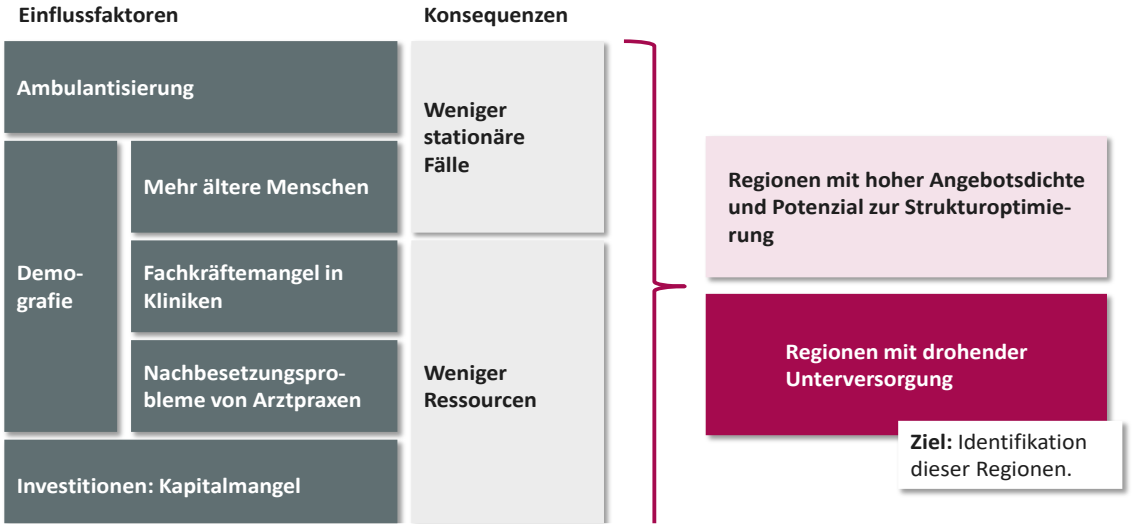
Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto wichtiger wird ein gut funktionierendes Rettungswesen. Dabei zählt nicht primär die Zeit, um vom Ort des Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Das Krankenhaus, das einen Notfall aufnimmt, muss bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Schon im Rettungswagen müssen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend erfolgen, gerade wenn die Fachkräfte in beiden Sektoren immer knapper werden. Die vierte und neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung machen weitere Vorschläge zur Reform des Rettungswesens und der Notfallversorgung. Vor allem würde eine integrierte Leitstelle die Patienten darin unterstützen, das für sie richtige Angebot aufzusuchen.

Schlussfolgerungen. Die in diesem Gutachten vorgestellten Handlungsempfehlungen können dazu beitragen, den Grundstein für eine zukunftsfähige Versorgung in Rheinland-Pfalz und im Saarland zu legen. Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen hängt vom Aufwand sowie der Einbindung der jeweils unterschiedlichen Akteure ab. Die Potenziale zur Schwerpunktbildung können schneller und kostengünstiger umgesetzt werden als der Bau von Zentralkliniken. Die Adressaten dieser Maßnahmen sind zunächst die Krankenhausträger und die Länder. Flankierende Maßnahmen, die angrenzende Bereiche umfassen – beispielsweise die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung, das Rettungswesen, die Notfallversorgung, die Weiterbildung und das Halten des Personals vor Ort – hängen maßgeblich auch vom Engagement weiterer Akteure ab. Hier sind die Kostenträger, die KVen und die Kommunen ebenfalls gefragt. Anstehende Reformen, darunter die große Krankenhausreform, sollen allen Akteuren Werkzeuge in die Hand geben, mit denen sich die genannten Potenziale leichter umsetzen lassen. Die Experteninterviews, die mit allen relevanten Akteuren aus beiden Ländern geführt wurden, zeigen, dass der Wille zu Veränderungen da ist. Jetzt gilt es, den Willen in die Tat umzusetzen.

1 Einleitung

Seit der Corona-Pandemie ist die Versorgungssituation in Deutschland eine andere. In Krankenhäusern ging im Jahr 2020 die Leistungsmenge um durchschnittlich fast 14% zurück und ist seitdem nicht mehr auf das Vorpandemie-Niveau zurückgekehrt. Wenngleich es zuletzt wieder etwas gestiegen ist, scheint sich das niedrigere Leistungsniveau als dauerhaft zu erweisen. Darüber hinaus gibt es weitere Faktoren, die die medizinische Versorgung stark verändern werden (Schaubild 1). So dürfte die Ambulantisierung zu einem weiteren großen Rückgang der Zahl vollstationärer Fälle in den Krankenhäusern führen. Denn etwa jeder fünfte bis sechste derzeit stationär erbrachte Fall ist potenziell auch ambulant erbringbar (Augurzky et al. 2023).

Schaubild 1: Einflussfaktoren und Konsequenzen für die regionale medizinische Versorgung



Quelle: eigene Darstellung.

Zudem dürften dem Gesundheitswesen weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Der demografische Wandel setzt den Krankenhäusern und dem vertragsärztlichen Bereich gleichermaßen zu, indem er das Fachkräftepotenzial reduziert. Der vertragsärztliche Bereich ist bereits in einigen Regionen mit Nachbesetzungsproblemen von Arztsitzen konfrontiert. Diese Entwicklung wird sich Mitte der 2020er Jahre weiter verschärfen. Infolgedessen könnten Krankenhäuser und Arztpraxen gezwungen sein, ihr Leistungsangebot einzuschränken. Allein eine höhere Ausbildungsquote und die Akquise von ausländischem Personal werden die Personallücke kaum vollständig schließen können.

Außerdem mangelt es an Kapital für Investitionen. Die Investitionsfinanzierung der Länder für Krankenhäuser verharrt auf niedrigem Niveau. Der Investitionsbedarf zum Erhalt der Unternehmenssubstanz bezifferte sich 2021 auf jährlich 5,7 Mrd. Euro[6] (Augurzky et al. 2023). Viele Krankenhäuser zehren von der Substanz, wenn notwendige Baumaßnahmen, Instandhaltung und Neuanschaffungen nicht ausreichend finanziert werden können. In früheren Jahren hatten sie die Investitionslücke teilweise aus eigenen Mitteln gefüllt. In Anbetracht des Leistungsrückgangs seit 2020, des Wegfalls der stabilisierenden Ausgleichszahlungen während der Pandemie und der gegenwärtig hohen Preis- und Lohninflation hat sich die finanzielle Situation der Kliniken verschlechtert, sodass sie kaum noch aus eigener Kraft Investitionen stemmen können. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgungssituation durch das Zusammenspiel dieser Faktoren in den nächsten Jahren in manchen Regionen bedroht sein dürfte, wenn Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsstrukturen unterbleiben. Zahlreiche Analysen zeigen, dass es ein großes Potenzial in Deutschland gibt, die Krankenhausstrukturen effizienter zu gestalten und damit drohende Unterversorgung zu vermeiden (Vebeto und hcb 2023, Loos et al. 2019).

Das vorliegende Gutachten fokussiert sich auf die beiden Bundesländer Rheinland-Pfalz und das Saarland und zeigt hier Optimierungspotenziale bei den Krankenhausstrukturen auf. Dabei wird auf die Reformvorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung und auf die Leistungsgruppen der neuen Krankenhausplanung

[6] Dieser Wert bezieht sich auf die Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Unter Einbeziehung der Universitätskliniken beträgt der jährliche Investitionsbedarf 6,6 Mrd. Euro.

Nordrhein-Westfalens zurückgegriffen. Die geplante große Krankenhausreform wird bis zu dem Stand 30.4.2024 – dem Datum der Fertigstellung dieses Gutachtens – berücksichtigt.

Kapitel 2 stellt die im Gutachten verwendeten Daten und die Methodik dar. **Kapitel 3** widmet sich der **Bestandsaufnahme** der Krankenhaus- und vertragsärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Es werden die stationären Fallzahlen und der Bettenbedarf bis 2030 projiziert und Regionen mit drohender Unterversorgung identifiziert. Hierzu wird auf regionaler Ebene die primärärztliche, die klinische Notfall- und die klinische fachärztliche Versorgung beurteilt.

Kapitel 4 erarbeitet ein **Zielbild** zur möglichen künftigen Krankenhausstruktur in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Im Vordergrund steht die Frage, wie die stationäre Versorgung im Jahr 2030 aussehen sollte, um eine bedarfsgerechte Versorgung für die Bevölkerung in beiden Ländern sicherzustellen und Versorgungsengpässe zu vermeiden. Es beschäftigt sich mit dem Übergang von der Ist-Situation zum Soll-Zielbild. Hierzu werden **Handlungsempfehlungen** für Politik, Krankenkassen und Leistungserbringer abgeleitet. Regionen mit drohender Unterversorgung brauchen dabei andere Lösungen als Regionen mit ausreichenden Versorgungsangeboten. Bei Ersteren stehen Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung im Vordergrund. Bei Regionen ohne drohende Unterversorgung werden Potenziale zur Strukturoptimierung abgeleitet. In **Kapitel 5** ziehen wir ein Fazit.

2 Daten- und Methodik

Die Versorgungssituation in Rheinland-Pfalz und im Saarland wird in diesem Gutachten quantitativ und qualitativ beurteilt. Für die quantitative Analyse nutzen wir amtliche und sektorspezifische Daten mit dem jeweils zuletzt verfügbaren Berichtsjahr 2021 bzw. 2022. Die Daten stammen aus den folgenden Quellen:

- **Statistisches Bundesamt**: Krankenhausstatistik, Fall- und Diagnosestatistiken, Bevölkerungsfortschreibung, volkswirtschaftliche Gesamtrechnung,
- **RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung:** Bevölkerungsprognose nach Altersjahren und Geschlecht auf PLZ-5-Ebene bis 2030,
- **Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)**: strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022,
- **GKV-Spitzenverband**: Prognoseliste der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V (Stand: 12.5.2021),
- **Krankenhaus Rating Report**: wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser,
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**: Altersstruktur und Versorgungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung,
- **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland**: Inanspruchnahme ambulanter Leistungen 2030 bzw. 2035 und
- **Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV)**: Breitbandatlas.

Wir führen die quantitativen Analysen für Rheinland-Pfalz und das Saarland stets getrennt durch, außer bei Analysen auf Grundlage der Daten des Krankenhaus Rating Reports. Für die

Beurteilung der Erreichbarkeiten werden die angrenzenden Länder mitberücksichtigt. Wir brechen die meisten Analysen zusätzlich auf Versorgungsgebiete herunter. Ferner werden in der Bestandaufnahme beide Länder mit den anderen Ländern und dem Bundesdurchschnitt – abhängig von der Datenverfügbarkeit – verglichen.

Zunächst untersuchen wir, ob die primärärztliche Versorgung flächendeckend gewährleistet ist (Schaubild 2). Dazu zählen wir die hausärztliche, die kinderärztliche und die frauenärztliche Versorgung. Es folgt die klinische Notfallversorgung mit einer Analyse der Erreichbarkeit der Standorte mit GBA-Notfallstufen. Neben der Erreichbarkeit mittels PKW bzw. Rettungswagen wird die Abdeckung über Rettungswachen-, Notarztstandorte und Luftrettungsstationen betrachtet. Schließlich prüfen wir die Situation der fachärztlichen klinischen Versorgung von ausgewählten spezialisierten Leistungsgruppen.

Schaubild 2: Aufbau der Analysen

1 Situation der **primärärztlichen Versorgung** (darunter Gynäkologie und Kinder)
*Analyse über Ärztedichte und **Altersverteilung** (über 65 Jahre) je Kreis*

2 Situation der klinischen **Notfallversorgung**
*Analyse über Erreichbarkeit der Standorte mit **GBA-Notfallstufen und Luftrettungsstationen**; max. Erreichbarkeit PKW: ca. 30 Min. (Internistische und chirurgische Grundversorgung: 30 Min.)*

3 Situation der **fachärztlichen klinischen Versorgung**
*Analyse über ausgewählte **spezialisierte Leistungsgruppen***
Maximale Erreichbarkeit abhängig von Leistungsgruppe; max. Erreichbarkeit: 45 Min.

Quelle: eigene Darstellung.

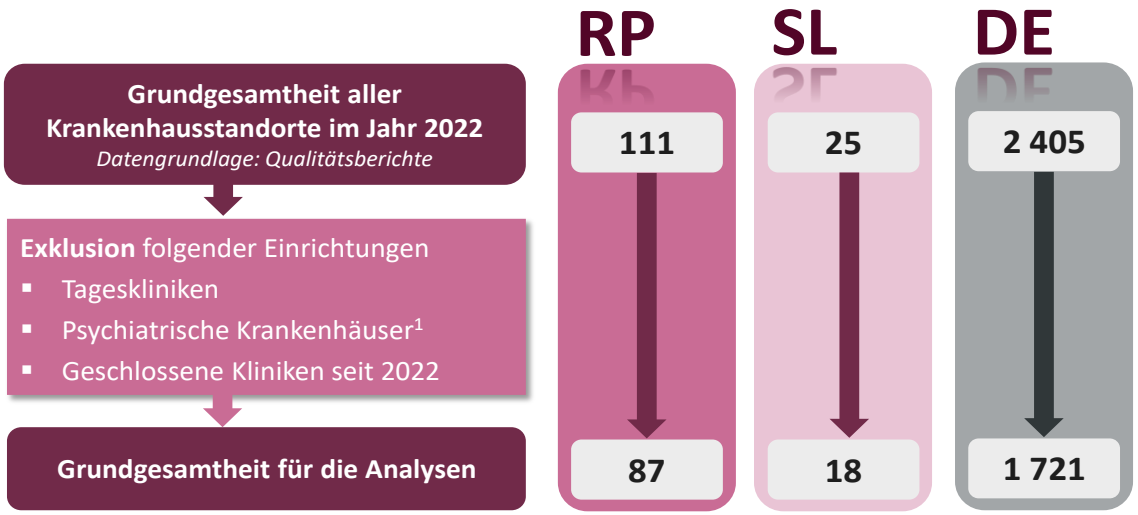
Die stationäre Versorgung analysieren wir unter Verwendung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Die Datengrundlage basiert auf den Qualitätsberichten des Berichtsjahrs 2022.[7] Ausgehend von der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser im Jahr 2022 schließen wir folgende Einrichtungen aus unserer Stichprobe aus:

- (Tages-)Kliniken, die weniger als 100 vollstationäre Fälle behandeln bzw. keine Betten vorhalten,
- psychiatrische Krankenhäuser: Krankenhäuser, die mindestens 95% ihrer Fälle in einer psychiatrischen Fachabteilung erbringen und
- seit dem 31.12.2022 geschlossene Krankenhäuser.

Ausgehend von 111 Krankenhausstandorten in Rheinland-Pfalz und 25 im Saarland verbleiben damit 87 bzw. 18 Standorte in der Grundgesamtheit für die Analysen (Schaubild 3).

[7] Je nach genutzter Datenquelle kann sich die Anzahl der Standorte unterscheiden (bspw. Krankenhausverzeichnis, Krankenhauspläne der Länder, Qualitätsberichte). Aufgrund der hohen Informationsfülle werden in diesem Gutachten die Qualitätsberichte herangezogen und deren Standorte zugrunde gelegt.

Schaubild 3: Zusammensetzung der Grundgesamtheit



Quelle: eigene Darstellung.

Die Ergebnisse der Analysen werden für größere Versorgungsgebiete in aggregierter Form dargestellt, um keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenhausstandorte zu ermöglichen. Im Krankenhausplan von Rheinland-Pfalz entsprechen die derzeitigen Versorgungsgebiete den so genannten Raumordnungsregionen (ROR). Das Saarland gilt gemäß dem Saarländischen Krankenhausplan als ein Versorgungsgebiet. Wir greifen jedoch nicht auf diese Gebietsabgrenzung zurück, sondern modifizieren sie teilweise. Wenn wir die Versorgungsgebiete aus dem neuen nordrhein-westfälischen Krankenhausplan heranziehen, so umfasst ein Versorgungsgebiet durchschnittlich eine Fläche über 2 100 km^2. Im Status quo decken die rheinland-pfälzischen Versorgungsgebiete aus dem Krankenhausplan im Durchschnitt fast 4 000 km^2 ab, also 86% mehr Fläche als in Nordrhein-Westfalen. Das Saarland umfasst mit rund 2 600 km^2 etwa 21% mehr Fläche.

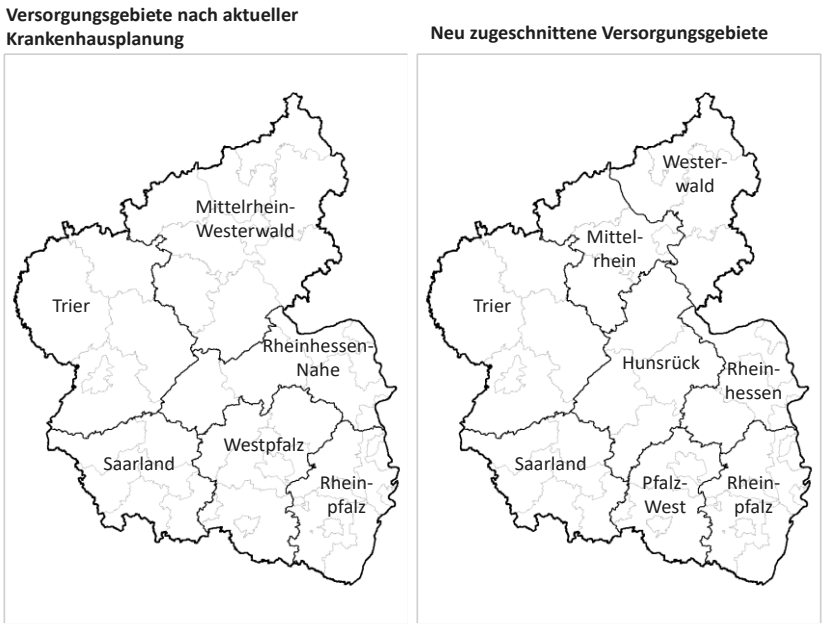
Wir bilden neue passende Versorgungsgebiete, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den nordrhein-westfälischen Versorgungsgebieten zu erreichen. Die neu gebildeten Gebiete setzen sich aus den Landkreisen und kreisfreien Städten zusammen und sind in Die Kernaussagen für die einzelnen Versorgungsgebiete werden im Anhang in Form von Steckbriefen zusammengefasst. Wo es aufgrund der Geografie sinnvoll ist, werden für bestimmte Analysen einzelne Landkreise und kreisfreie Städte zu „Großkreisen“ zusammengelegt. Dieses Vorgehen bietet sich besonders dort an, wo kreisfreie Städte von Landkreisen „umschlossen“ sind, wie bspw. der Landkreis und die kreisfreie Stadt Kaiserslautern. Bei Großkreisen handelt es sich stets um die Zusammenlegung von Landkreisen und kreisfreien Städten.

Schaubild 4 abgebildet. Das Saarland bleibt weiterhin ein Versorgungsgebiet, während wir Rheinland-Pfalz in sieben Gebiete unterteilen (derzeit: fünf). Im Durchschnitt umfassen die neuen Gebiete jeweils rund 30% mehr Fläche als diejenigen in Nordrhein-Westfalen. Ohne das größere Versorgungsgebiet Trier liegt der Durchschnitt der restlichen sechs Gebiete mit rund 2 500 km^2 nahe am Wert des Saarlands.

Die Kernaussagen für die einzelnen Versorgungsgebiete werden im Anhang in Form von Steckbriefen zusammengefasst. Wo es aufgrund der Geografie sinnvoll ist, werden für bestimmte Analysen einzelne Landkreise und kreisfreie Städte zu „Großkreisen“ zusammengelegt. Dieses Vorgehen bietet sich besonders dort an, wo kreisfreie Städte von Landkreisen „umschlossen“

sind, wie bspw. der Landkreis und die kreisfreie Stadt Kaiserslautern. Bei Großkreisen handelt es sich stets um die Zusammenlegung von Landkreisen und kreisfreien Städten.

Schaubild 4: Einteilung der Versorgungsgebiete (VG)
2022



	km²	Δ zu NRW
VG (Mittelwerte)		
RP (Status quo)	3.970	*86%*
RP (neu)	2.803	*31%*
SL	2.572	*21%*
NRW	2.132	

Anmerkung: VG = Versorgungsgebiet.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b, 2023f), eigene Darstellung.

Einige Themen lassen sich nicht ausschließlich datenbasiert behandeln. Für eine umfassendere Beurteilung greifen wir daher auch auf Experteninterviews zurück. Folgende Akteure aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland wurden von uns interviewt:

- Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit in Rheinland-Pfalz,
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit im Saarland,
- Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz,
- Saarländische Krankenhausgesellschaft,
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz,
- Kassenärztliche Vereinigung Saarland,
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz,
- Ärztekammer Saarland,
- ein Kommunalvertreter aus Rheinland-Pfalz,
- ein Kommunalvertreter aus dem Saarland und
- die beauftragenden Krankenkassen und deren Verbände aus den beiden Bundesländern.

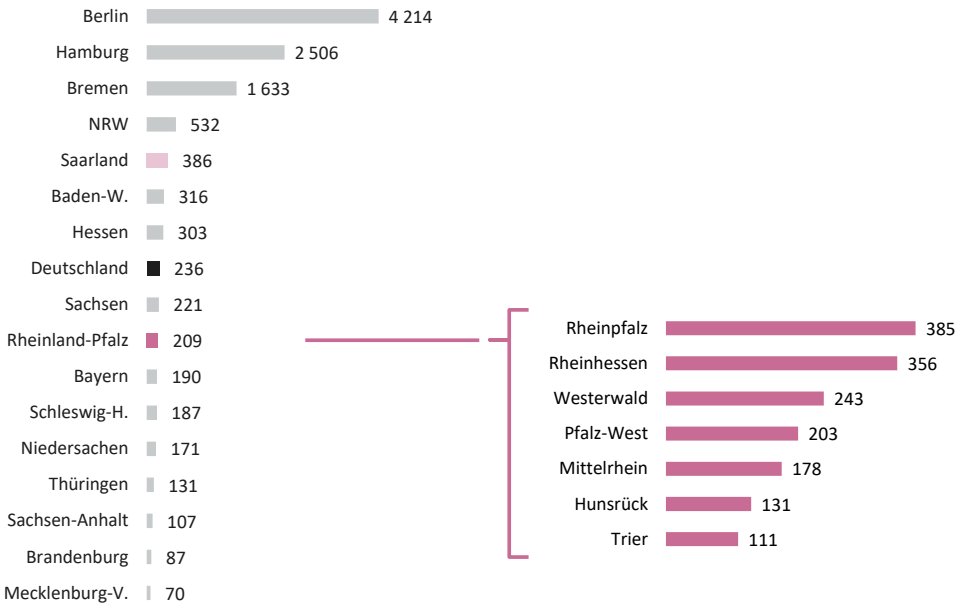
Die Inhalte aus den Interviews wurden in kondensierter Form ausgewertet. Rückschlüsse auf einzelne Interviewpartner lassen sich nicht ziehen. Originaltöne bzw. Zitate einzelner Interviewpartner werden nicht veröffentlicht. Die Beurteilungen aus den Interviews werden an den thematisch passenden Stellen in **Kapitel 4** eingebaut.

3 Bestandsaufnahme

3.1. Bundeslandstrukturen

Im Jahr 2022 lebten 4,16 Mio. Menschen in Rheinland-Pfalz und knapp eine Million Menschen im Saarland. Bezogen auf die Fläche lag die Einwohnerdichte im Saarland mit 386 Einwohnern je km² 64% über dem Bundesdurchschnitt. In Rheinland-Pfalz lag sie mit 209 Einwohnern je km² 11% darunter (Schaubild 5). Innerhalb von Rheinland-Pfalz variiert die Einwohnerdichte sehr stark. Im VG Rheinpfalz war 2022 die Einwohnerdichte etwa dreieinhalb Mal so hoch wie im VG Trier.

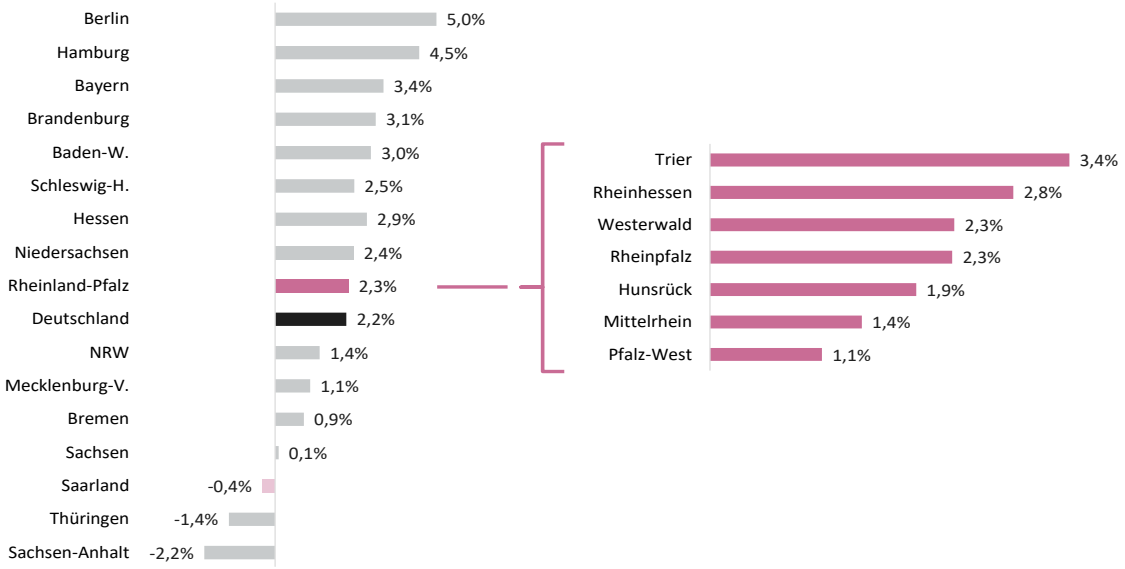
Schaubild 5: Einwohnerdichte
2022, Einwohner je km²



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b, 2023f), eigene Darstellung.

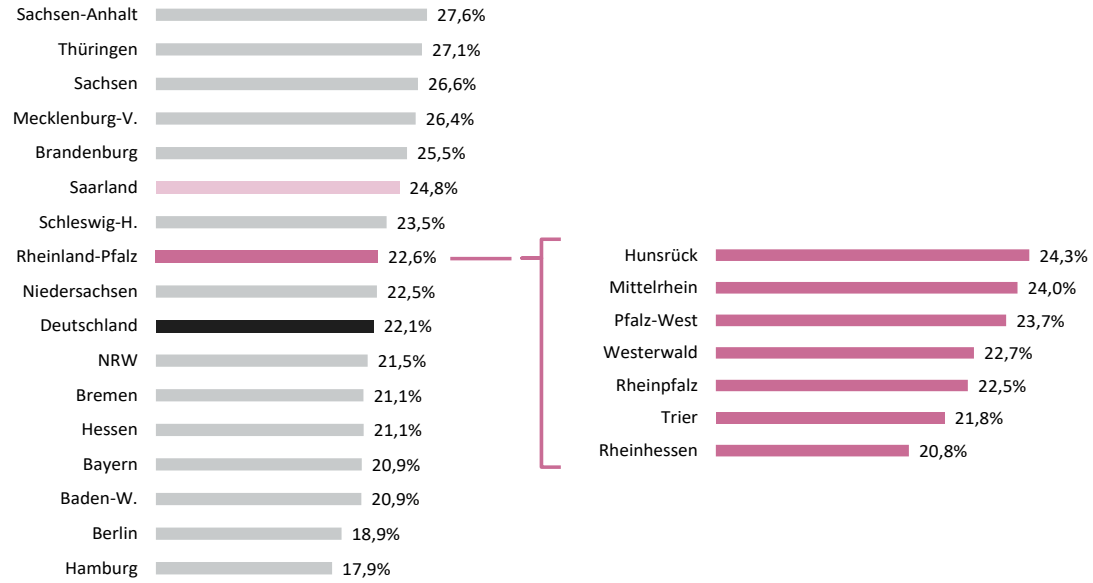
Die Bevölkerungsentwicklung zwischen 2016 bis 2022 verlief in beiden Ländern gegenläufig. In Rheinland-Pfalz nahm die Bevölkerungszahl um 2,3% zu, was etwa der bundesweiten Zuwachsrate von 2,2% entspricht. Im Saarland war dagegen ein leichter Bevölkerungsrückgang (-0,4%) zu verzeichnen. Innerhalb von Rheinland-Pfalz ist im VG Trier – der Region mit der geringsten Bevölkerungsdichte – das Bevölkerungswachstum mit 3,4% besonders hoch gewesen (Schaubild 6). Die Alterung der Bevölkerung macht sich in beiden Ländern ähnlich bemerkbar. Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre lag im Jahr 2022 in Rheinland-Pfalz (22,6%) und im Saarland (24,8%) über dem bundesweiten Wert von 22,1% (Schaubild 7). Innerhalb von Rheinland-Pfalz hatten die Gebiete Hunsrück und Mittelrhein den höchsten Anteil.

Schaubild 6: Bevölkerungsentwicklung
2016 bis 2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b), eigene Darstellung.

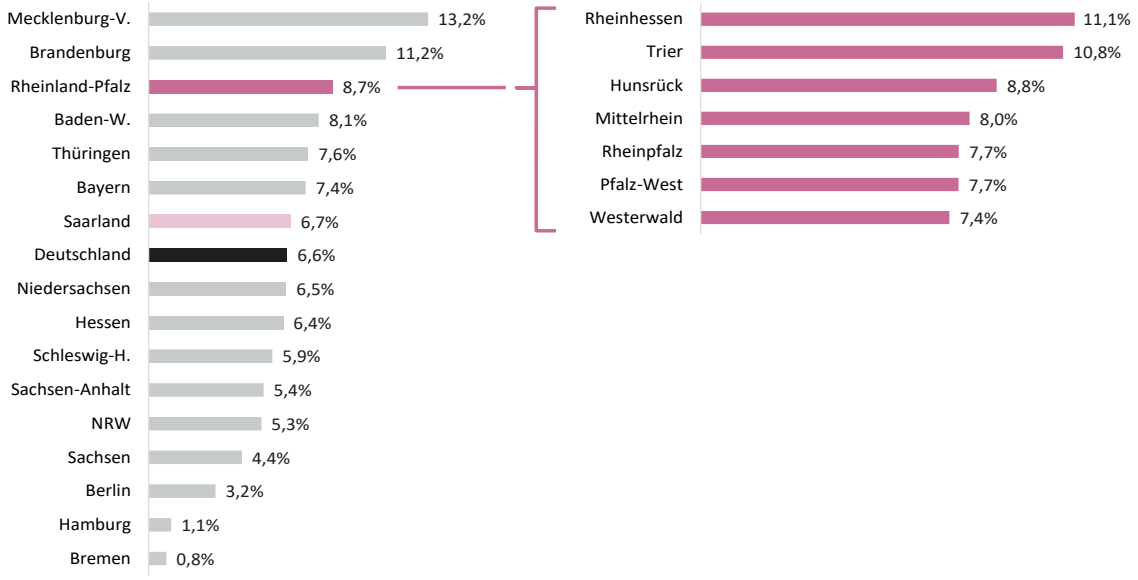
Schaubild 7: Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre
2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

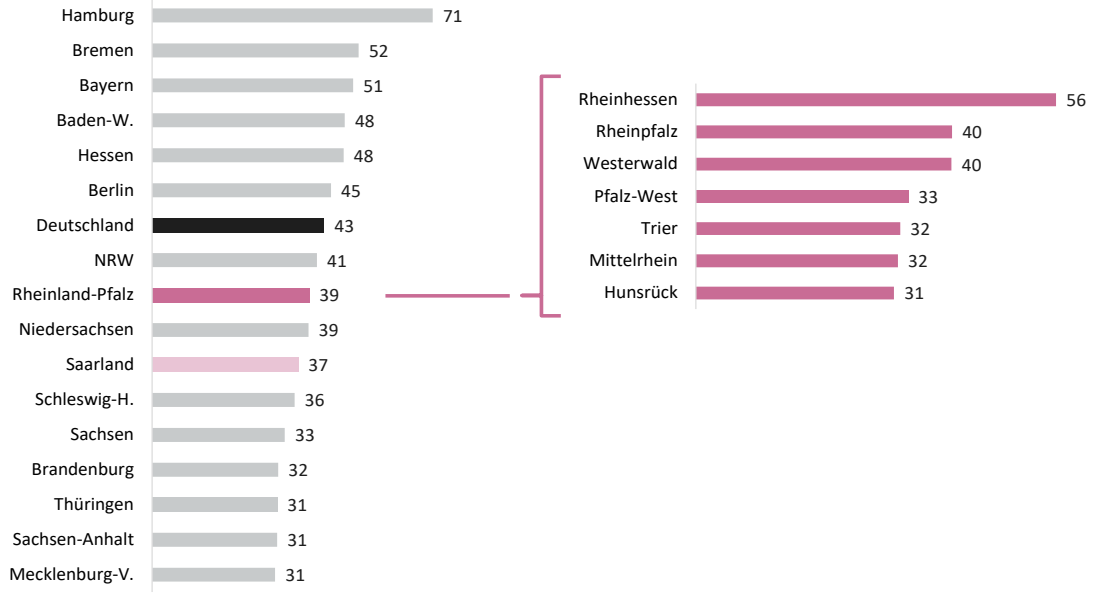
In Deutschland stieg zwischen 2016 bis 2022 die Zahl der Über-65-Jährigen mit 6,6% etwa dreimal so stark wie die gesamte Einwohnerzahl. Im Saarland stieg sie um 6,7%, in Rheinland-Pfalz sogar um 8,7%. Besonders hohe Zuwachsraten von rund 11% verzeichneten die Gebiete Rheinhessen und Trier (Schaubild 8). Die Wirtschaftskraft, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Einwohner, lag in Rheinland-Pfalz und im Saarland 2021 unter dem Bundesdurchschnitt. Während das BIP je Einwohner in Deutschland etwa 43 300 Euro betrug, lag der Wert in Rheinland-Pfalz um 9% darunter (39 500 Euro), im Saarland sogar um 15% (36 800 Euro). Innerhalb von Rheinland-Pfalz gibt es große Unterschiede: das VG Rheinhessen wies ein BIP von 56 400 Euro je Einwohner auf, das VG Hunsrück dagegen nur 31 000 Euro je Einwohner (Schaubild 9).

Schaubild 8: Veränderung der Zahl der Über-65-Jährigen
2016 bis 2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

Schaubild 9: Bruttoinlandsprodukt pro Einwohner
2021, in Tausend Euro



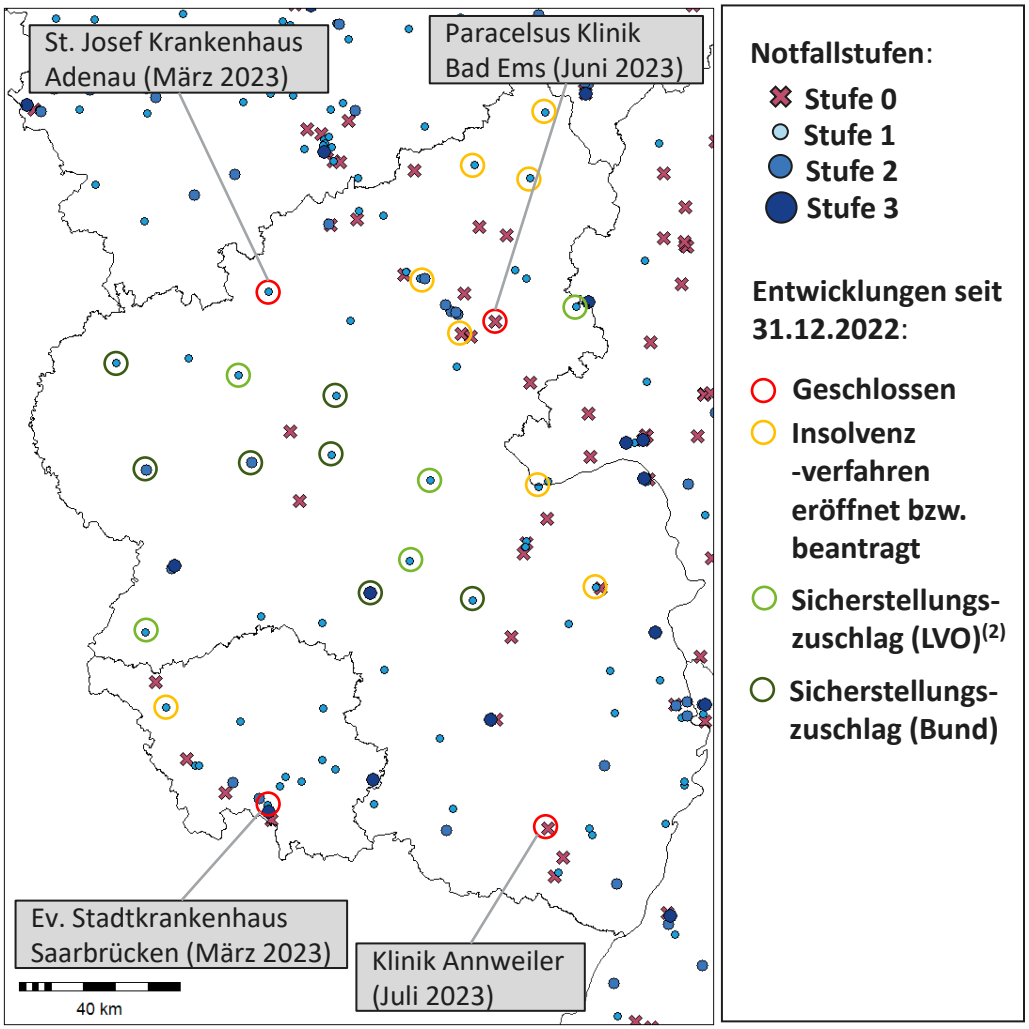
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b, 2023h), eigene Darstellung.

3.2. Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung analysieren wir unter Verwendung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Sie bilden den Stand des Jahres 2022 ab. Seit dem 31.12.2022 gab es in Rheinland-Pfalz drei Standortschließungen und eine im Saarland. Die Schließungen der vier Standorte fanden alle im Jahr 2023 statt und sind in Karte 1 abgebildet. Diese vier geschlossenen Standorte werden in den nachfolgenden Analysen entfernt. Bei acht Standorten – sieben in Rheinland-Pfalz und einer im Saarland – wurden zudem bis zum 30.4.2024 Insolvenzverfahren beantragt

bzw. eröffnet. Da der Ausgang dieser Verfahren zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung offen ist, werden diese Standorte weiterhin in den Analysen mitberücksichtigt.[8]

Karte 1: Verteilung der Standorte aus der Grundgesamtheit
2022

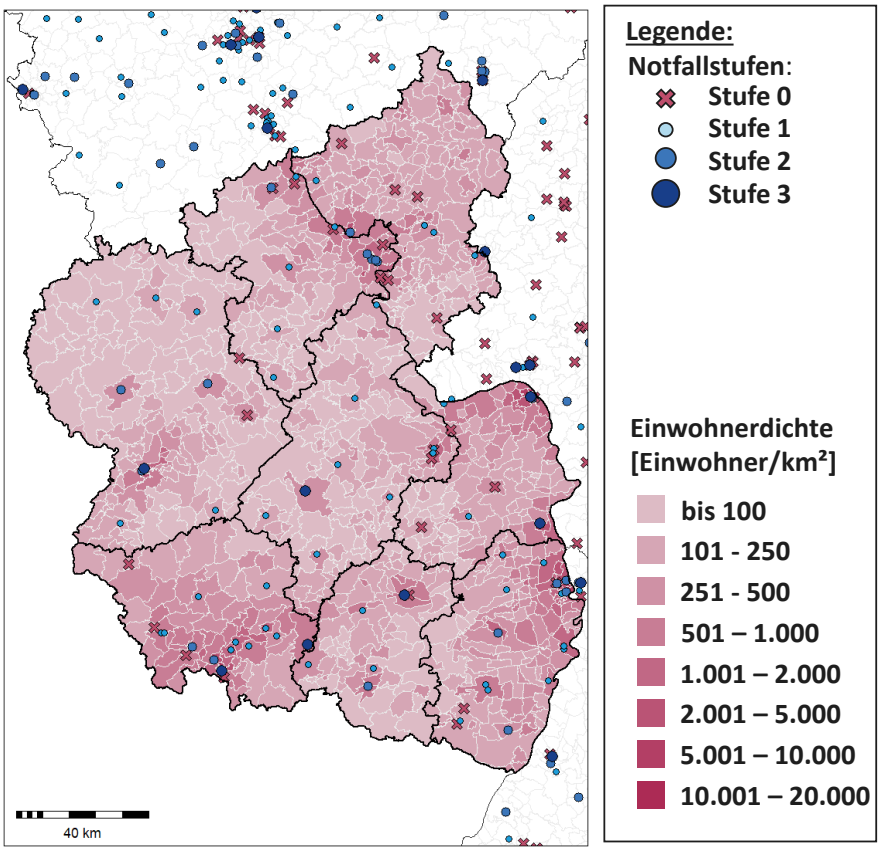


Anmerkung: Bei den insolventen Kliniken (Stand: 30.4.2024) handelt es sich um die DRK-Krankenhäuser in Hachenberg, Altenkirchen, Kirchen, Neuwied und Alzey sowie das St. Elisabeth Krankenhaus in Lahnstein, das Heilig-Geist-Hospital in Bingen und das Klinikum Merzig. Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand:12.5.2021). Die Liste der Krankenhäuser nach Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) wurde den Gutachtern von der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland in Abstimmung mit den anderen Kassen/Verbänden zur Verfügung gestellt.
Quelle: GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021, 2023), Liste der Krankenhäuser nach LVO (2023), eigene Darstellung.

[8] Zum 01.03.2024 hat die BBT-Gruppe (Barmherzige Brüder Trier) die Psychiatrie des St. Elisabeth Krankenhauses in Lahnstein übernommen. Die somatischen Fachbereiche haben den Betrieb zu diesem Stichtag eingestellt. Das St. Elisabeth Krankenhaus wird in unseren Analysen berücksichtigt. Die Ergebnisse in diesem Gutachten ändern sich durch die Schließung der Somatik an diesem Standort nicht.

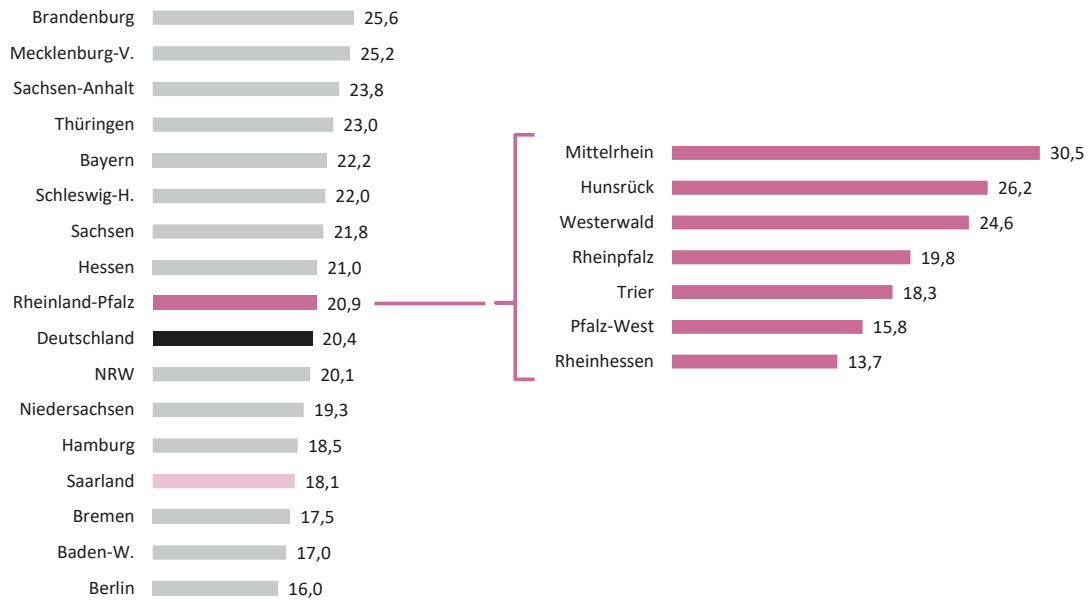
Die Einwohnerdichte beider Länder im Jahr 2022 ist auf Karte 2 auf Ebene der PLZ-5-Gebiete dargestellt. Dabei zeigt sich eine hohe Einwohnerdichte im Saarland und eine breite regionale Streuung in Rheinland-Pfalz. In Deutschland betrug die Krankenhausdichte 2022 rund 20,4 je eine Million Einwohner (Schaubild 10). Rheinland-Pfalz lag knapp über dem Bundesdurchschnitt, während das Saarland rund 11% darunter lag. Bezogen auf die Fläche gab es 2022 etwa 4,8 Krankenhausstandorte je 1 000 km^2 (Schaubild 11). Im Saarland lag der Wert mit 7,0 circa 46% über dem deutschlandweiten Durchschnitt, in Rheinland-Pfalz 9% (4,4) darunter. Im Bundesdurchschnitt lag die Bettendichte im Jahr 2022 bei 55,9 Betten je 10.000 Einwohner (Schaubild 12). Das Saarland lag mit 67,7 Betten je 10.000 Einwohner gut 21% darüber, wohingegen Rheinland-Pfalz nur knapp 3% darüber lag (57,5).

Karte 2: Standorte bezogen auf Einwohnerdichte
2023



Anmerkung: Die Notfallstufen entsprechen der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.5.2021).
Quelle: GfK (2023), GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Schaubild 10: Krankenhausstandorte je 1 Mio. Einwohner
2022

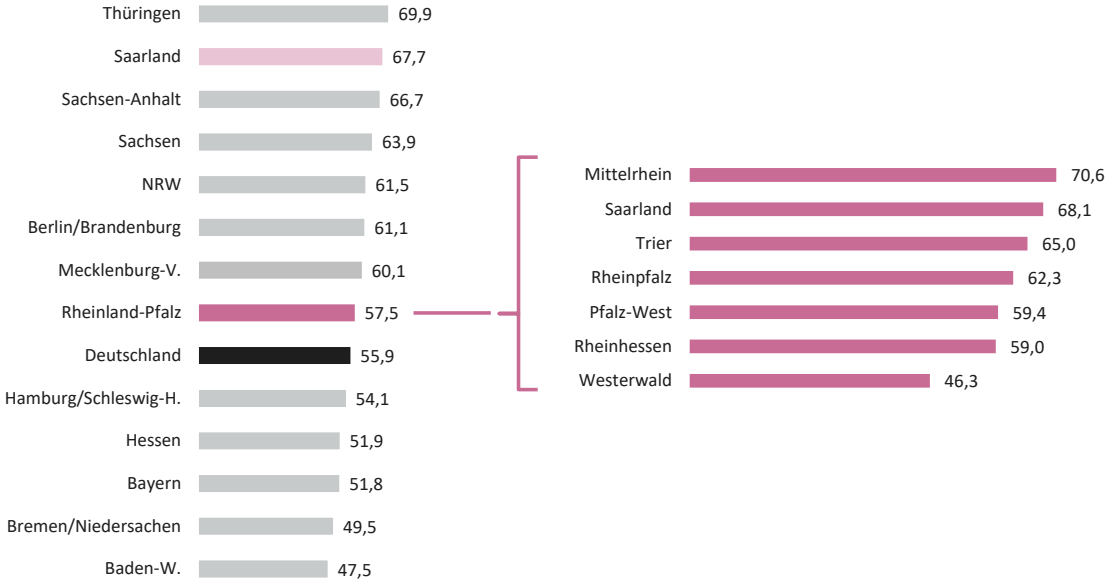


Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b), GBA (2024), eigene Darstellung.

Schaubild 11: Krankenhausstandorte je 1 000 km²
2022

Quelle: Statistisches Bundesamt (2023f), GBA (2024), eigene Darstellung.

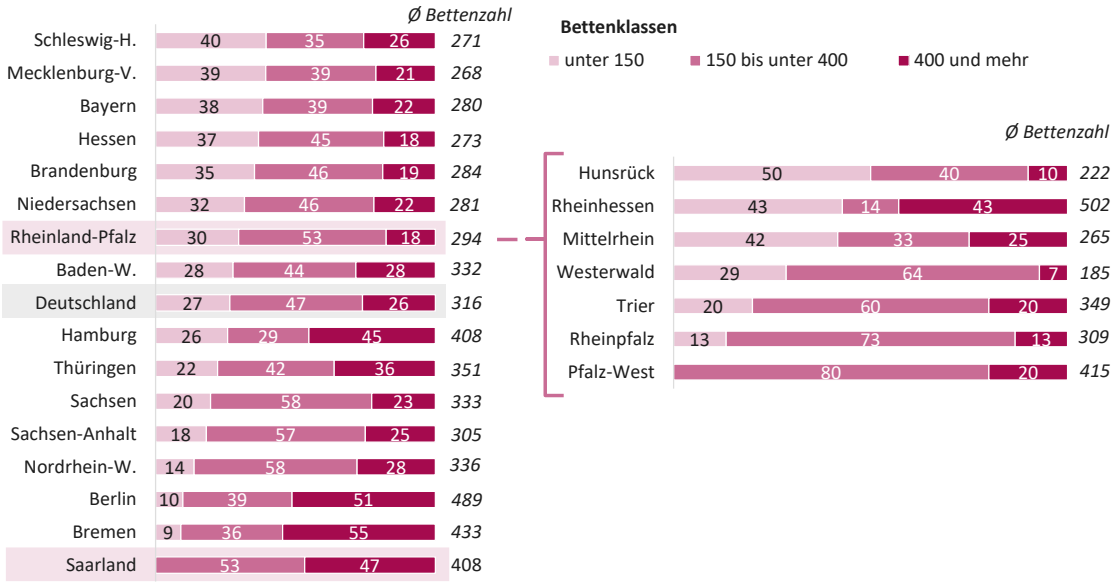
Schaubild 12: Krankenhausbetten pro 10 000 Einwohner
2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023f), GBA (2024), eigene Darstellung.

Im Jahr 2022 hatten in Rheinland-Pfalz 30% aller Standorte eine Größe von weniger als 150 Betten (Schaubild 13), was über dem Bundesdurchschnitt (27%) liegt. Zwischen den Versorgungsgebieten variiert dieser Wert jedoch stark. Das Saarland weist dagegen keine Krankenhäuser unter 150 Betten auf, sondern verfügt überdurchschnittlich häufig über größere Standorte mit mehr als 400 Betten.

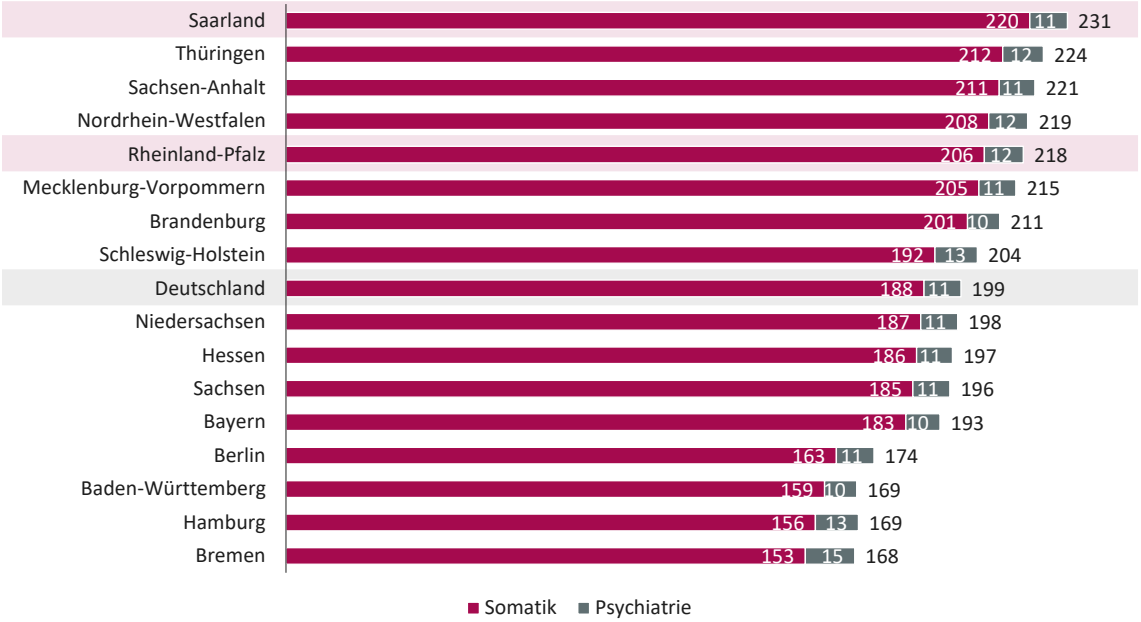
Schaubild 13: Krankenhausstandorte nach Größe
2022, Anteile in %



Anmerkung: Krankenhäuser ohne Tageskliniken, ohne reine Psychiatrien, ohne Fachkliniken.
Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Bei der Anzahl der nach Alter und Geschlecht bereinigten Fälle war das Saarland 2021 im Ländervergleich mit 220 stationären somatischen Fällen je 1 000 Versichertenjahren „führend“. In Rheinland-Pfalz lag der Wert mit 206 auch deutlich über dem Bundeswert von 188 somatischen Fällen je 1 000 Versichertenjahren (Schaubild 14).

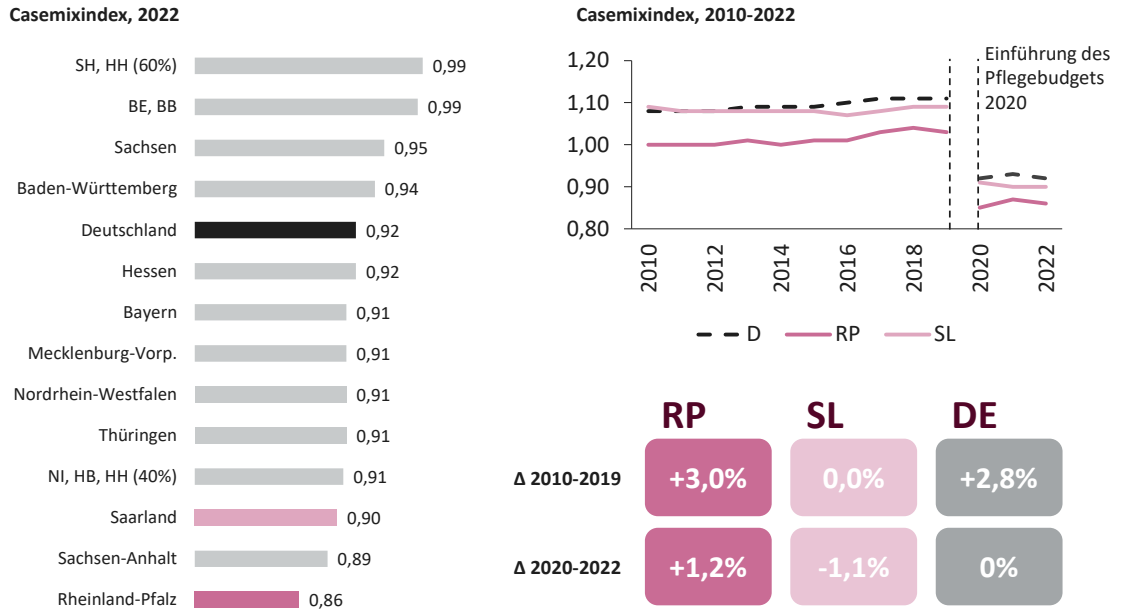
Schaubild 14: Alters- und geschlechtsbereinigte Zahl der stationären Fälle
2021, je 1 000 Versichertenjahren



Quelle: BARMER Krankenhaus Report 2022 – Augurzky et al. (2022), eigene Darstellung.

Der Casemixindex (CMI) beider Länder lag 2022 unter dem Bundesdurchschnitt von 0,92 (Schaubild 15). Rheinland-Pfalz wies mit 0,86 den geringsten CMI unter allen Ländern auf. Die Ausgliederung des Pflegebudgets aus den DRG hat dazu geführt, dass der bundesweite CMI von 2019 auf 2020 stark gesunken ist. Zwischen 2020 und 2022 ist der CMI in Rheinlandpfalz um 1,2% angestiegen und im Saarland um 1,1% gesunken.

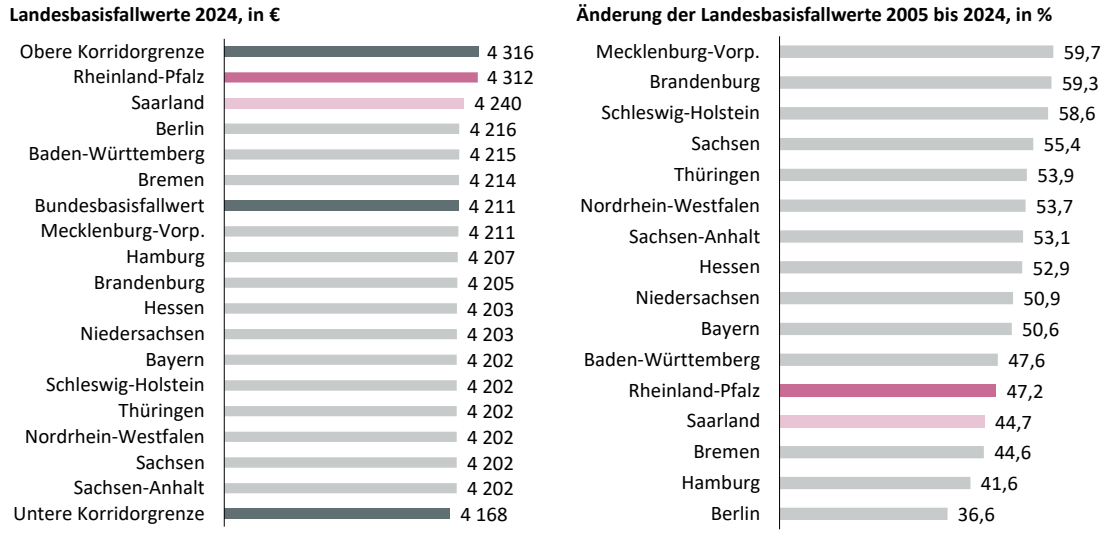
Schaubild 15: Casemixindex
2010 bis 2022



Quelle: GBE-Bund (2023), eigene Darstellung.

Rheinland-Pfalz und das Saarland weisen bundesweit die höchsten Landesbasisfallwerte (LBFW) auf (Schaubild 16). Der rheinland-pfälzische LBFW liegt 2,5% über dem Bundesbasisfallwert, der des Saarlandes 0,7% darüber. Aufgrund des bereits zuvor hohen Niveaus der LBFW beider Länder, fiel die Veränderung von 2005 bis 2024 mit rund 45 bis 47% geringer aus als in den meisten anderen Ländern.

Schaubild 16: Landesbasisfallwert
2024

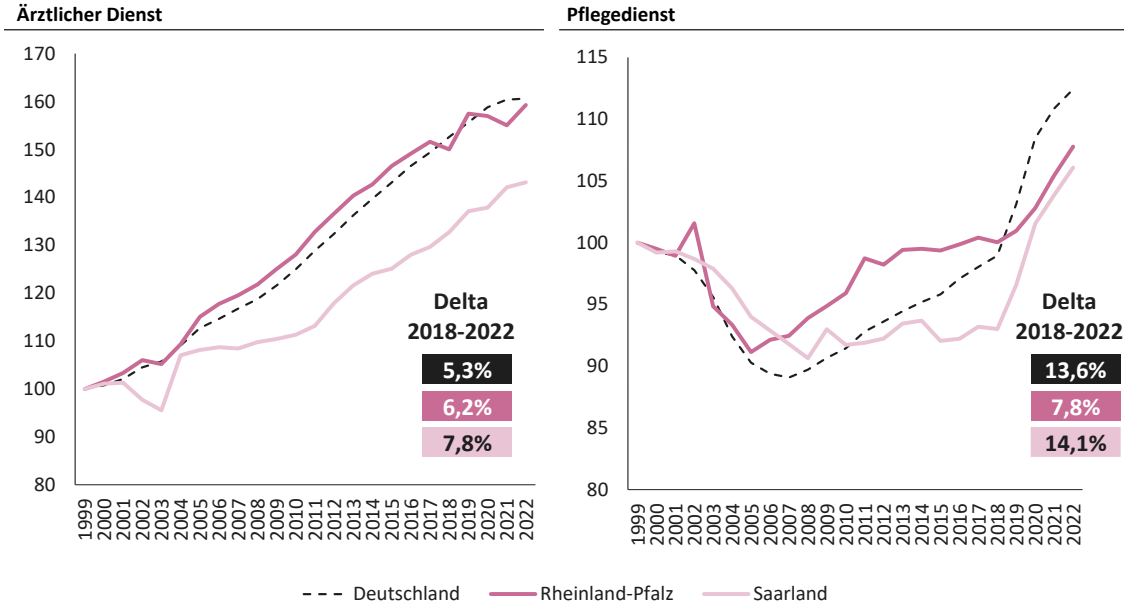


Quelle: Augurzky et al. (2024), eigene Darstellung.

Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst hat bundesweit um 2,1% p.a. zugenommen (Schaubild 17). Mit der Einführung des DRG-Systems in den Jahren 2004 und 2005 lag sie kurzzeitig über 3 %. Vor allem die Umsetzung von neuen Arbeitszeitgesetzen seit 2004, die Begrenzung

der Regelarbeitszeit und die stärkere Berücksichtigung der Bereitschaftsdienste als Regelarbeitszeit dürften einen bedeutenden Anteil daran gehabt haben. In Rheinland-Pfalz (2,0% p.a.) und im Saarland (1,6% p.a.) waren die jährlichen Zuwachsraten etwas geringer. In den Jahren 2018 bis 2022 stieg die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst in den beiden Ländern allerdings stärker als im Bundesdurchschnitt. Im Pflegedienst waren bundesweit die Jahre 1999 bis 2007 durch einen Stellenabbau gekennzeichnet, der bereits 1994 nach Aussetzung der Pflegepersonalregelung (PPR) begonnen hatte; ab 2008 begann dagegen eine Phase des Aufbaus. In Rheinland-Pfalz begann die Phase des Aufbaus bereits 2005. Im Saarland verharrte das Niveau etwa von 2008 bis 2018, bevor es anstieg. Seit 2018 kam es zu einem starken Anstieg der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst.

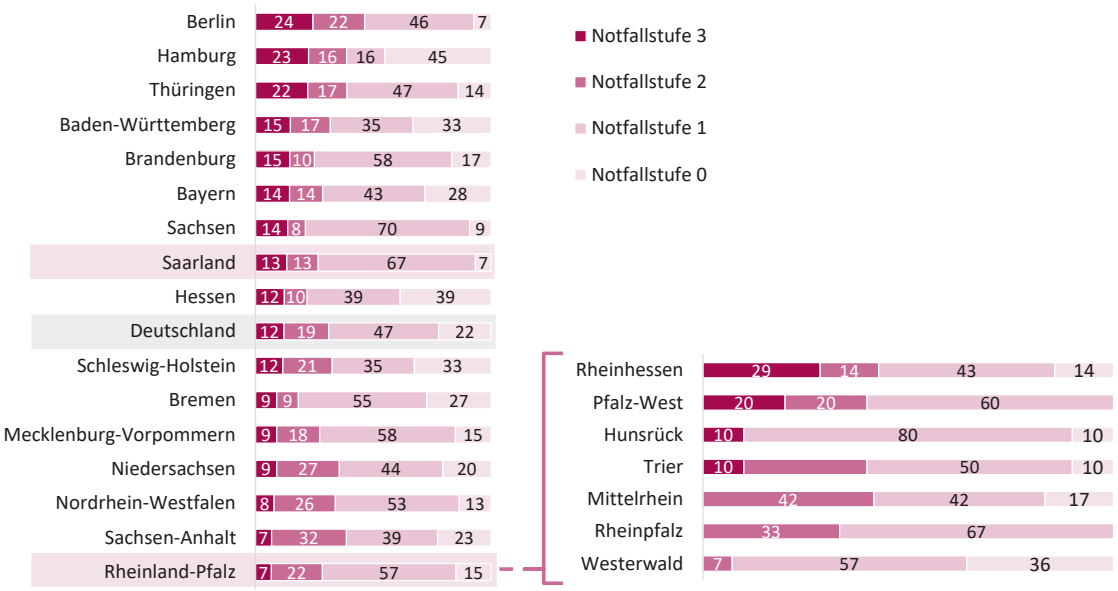
Schaubild 17: Veränderung der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst und Pflegedienst 1999 bis 2022



Quelle: Augurzky et al. (2024), eigene Darstellung.

In Deutschland waren im Jahr 2022 12% aller Kliniken (ohne Fachkliniken) der höchsten GBA-Notfallstufe 3 zugeordnet (Schaubild 18). Im Saarland lag dieser Wert mit 13% leicht darüber, in Rheinland-Pfalz mit nur 7% deutlich darunter. Innerhalb der rheinland-pfälzischen Regionen zeigt sich eine deutliche Diskrepanz. Während Mittelrhein, Rheinpfalz und Westerwald über keine Standorte dieser Notfallstufe verfügten, war in der Region Rheinhessen fast jeder dritte Standort der höchsten Notfallstufe zugeordnet. Der Notfallstufe 1 sind in Rheinland-Pfalz 57% der Krankenhäuser zugeordnet und im Saarland 67%. In beiden Ländern ist die Dichte an Krankenhäusern dieser Notfallstufe in Bezug auf Bevölkerung (Schaubild 19) und Fläche (Schaubild 20) überdurchschnittlich hoch.

Schaubild 18: Verteilung der GBA-Notfallstufen nach Ländern
2022

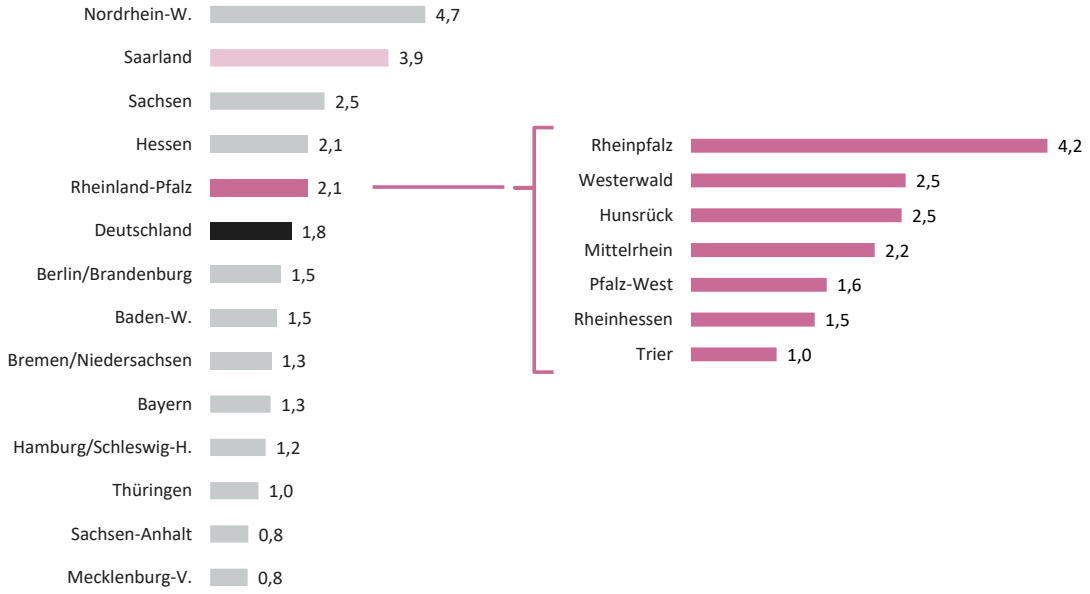


Anmerkung: Ohne Fachkliniken. Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.5.2021).
Quelle: GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Schaubild 19: Krankenhausstandorte der Notfallstufe 1 je 1 Mio. Einwohner
2022

Anmerkung: Ohne Fachkliniken. Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.05.2021).
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b), GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Schaubild 20: Krankenhausstandorte der Notfallstufe 1 je 1 000 km²
2022



Anmerkung: Ohne Fachkliniken. Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.05.2021).
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023f), GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird im Folgenden auf Grundlage der Analysen des Krankenhaus Rating Reports 2023 (Augurzky et al. 2023) eingeordnet. Grundlage für diese Analysen ist eine Stichprobe von 521 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern aus dem Jahr 2020 und 525 aus 2021. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere Krankenhausstandorte umfassen, beinhaltet die Stichprobe insgesamt 976 Krankenhäuser. Die Daten repräsentieren rund 50% aller Krankenhäuser und decken etwa 70% des Umsatzes des gesamten Krankenhausmarkts ab. Sie besitzen damit eine hohe Aussagekraft. Aus statistischen Gründen müssen in den Analysen jedoch kleinere Länder mit einem Nachbarland zusammengelegt werden. So werden Rheinland-Pfalz und das Saarland gemeinsam ausgewertet. Für diese beiden Länder liegen zusammen 30 Jahresabschlüsse von 56 Krankenhäusern vor, womit rund 50% aller Krankenhäuser in diesen Ländern in den Daten abgebildet sind.

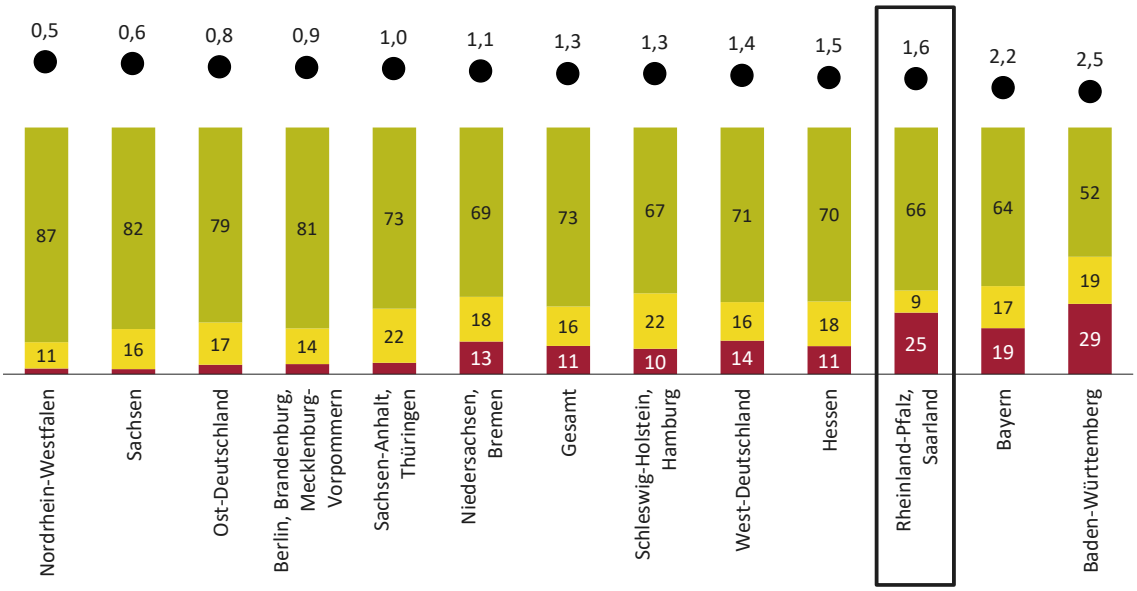
Der Krankenhaus Rating Report verwendet die Ausfallwahrscheinlichkeit als einen zentralen Indikator zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage eines Krankenhauses, die das Insolvenzrisiko misst. Sie liegt theoretisch zwischen 0% und 100%. Für die weit überwiegende Zahl der Krankenhäuser bewegt sie sich zwischen 0% und etwa 10%. Eine hohe Ausfallwahrscheinlichkeit bzw. deren Erhöhung kann unterschiedliche Konsequenzen haben, beispielsweise eine Verteuerung von Krediten bzw. erschwerter Zugang zu Fremdkapital.

Die errechneten Ausfallwahrscheinlichkeiten werden zur Veranschaulichung einem groben Ampelsystem zugeordnet. Der niedrigste Wert stellt das beste, der höchste Wert das schlechteste Rating dar. Liegt er zwischen 0,0% und 1,0%, spiegelt er ein geringes bis moderates Ausfallrisiko wider und wird mit der Farbe Grün hinterlegt. Eine Kreditaufnahme sollte im grünen Bereich einfach bzw. zu geringen Kosten möglich sein. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Die Kreditaufnahme ist erschwert und Kredite werden teurer. Alle Werte darüber sind rot

hinterlegt; hier ist mit erheblichen Problemen bei der Kreditaufnahme zu rechnen bzw. ist sie sogar unmöglich.

Schaubild 21 zeigt die Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser nach Ländern und das dazugehörige Ampelsystem für das Jahr 2021. Innerhalb Deutschlands variiert die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser stark. In Bezug auf die Ampelklassifikation schneiden Rheinland-Pfalz und das Saarland zusammen schlechter als der Bundesdurchschnitt ab: 34% der Krankenhäuser befinden sich entweder im roten oder im gelben Bereich (Bund: 27%). Die mittlere Auswallwahrscheinlichkeit ist in beiden Ländern mit 1,6% höher als der bundesweite Wert von 1,3%.

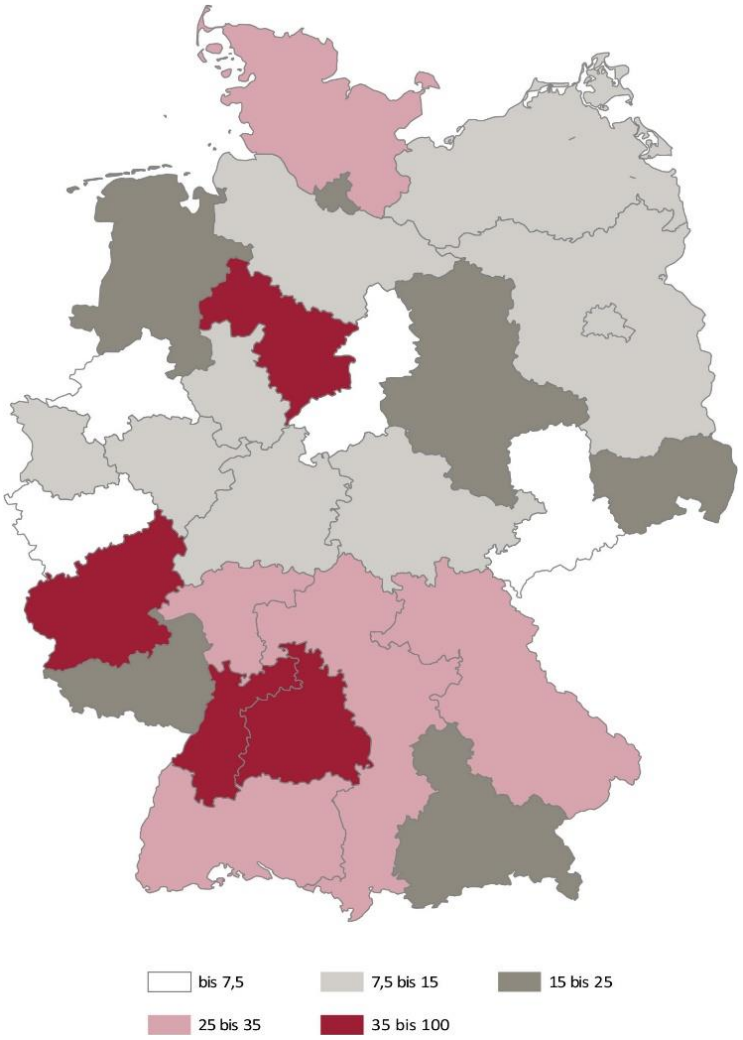
Schaubild 21: Ausfallwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser
2021



Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

Karte 3 stellt die regionale Verteilung des Anteils gefährdeter Krankenhäuser, definiert als den Anteil im roten Bereich zuzüglich 50% des Anteils im gelben Bereich im Jahr 2021 dar. Legt man den südlichen Teil von Rheinland-Pfalz und das Saarland zusammen, beträgt der Anteil gefährdeter Krankenhäuser in dieser Region 15 bis 25%. Im nördlichen Bereich von Rheinland-Pfalz beträgt dieser Anteil über 35%. Diese Zahlen beziehen sich auf das Geschäftsjahr 2021. Bis Ende 2023 sind in dieser Region zwei Krankenhäuser geschlossen und fünf Insolvenzverfahren eröffnet bzw. beantragt worden.

Karte 3: Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen
2021, Anteil in %

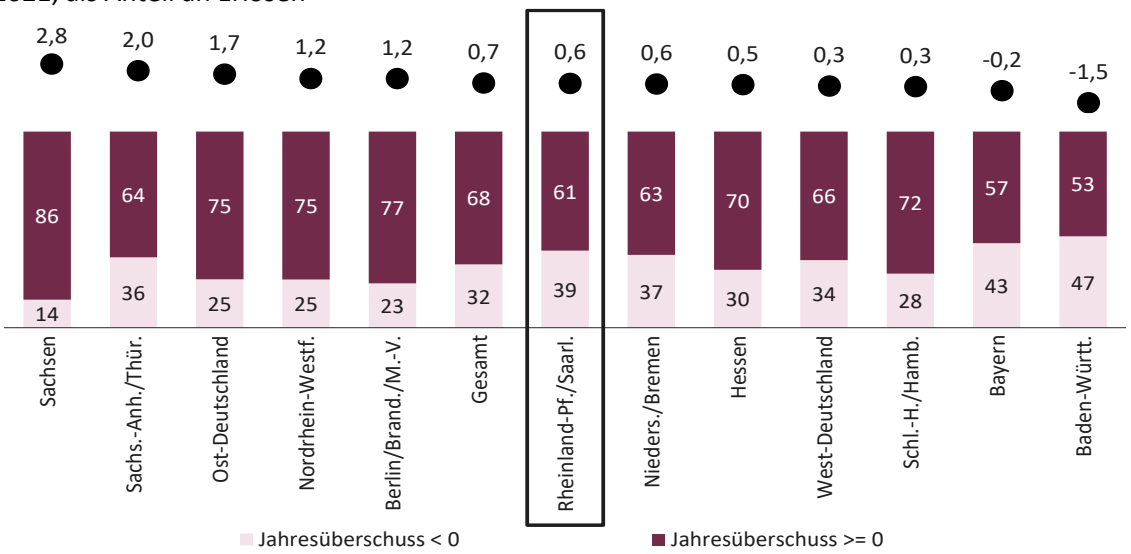


Anmerkung: Anteil gefährdet = Anteil im roten Bereich zzgl. 50% des Anteils im gelben Bereich.
Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

Die Ertragslage der Krankenhäuser für das Jahr 2021 wird in Schaubild 22 gezeigt. In Rheinland-Pfalz und im Saarland zusammen war die EAT-Marge[9] mit 0,6% genau so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag lag in beiden Ländern bei 39%; bundesweit hatte etwa jedes dritte Haus einen Verlust geschrieben. Über den Zeitraum 2007 bis 2021 stellte sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in beiden Ländern schlechter dar als im gesamten Bundesgebiet (Schaubild 23). Besonders der Anteil der Häuser mit einem Jahresverlust fiel oft höher aus. 2020 haben fast 13% der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz und im Saarland einen Jahresverlust verzeichnet, was deutlich unter dem Vorjahreswert lag (34%). Die Ausgleichszahlungen in der Pandemie haben zu einer kurzfristigen Erholung der Ertragslage geführt. Das schrittweise Auslaufen der Ausgleichszahlungen sorgte dafür, dass der Anteil der Krankenhäuser in den roten Zahlen deutlich auf 39% anstieg.

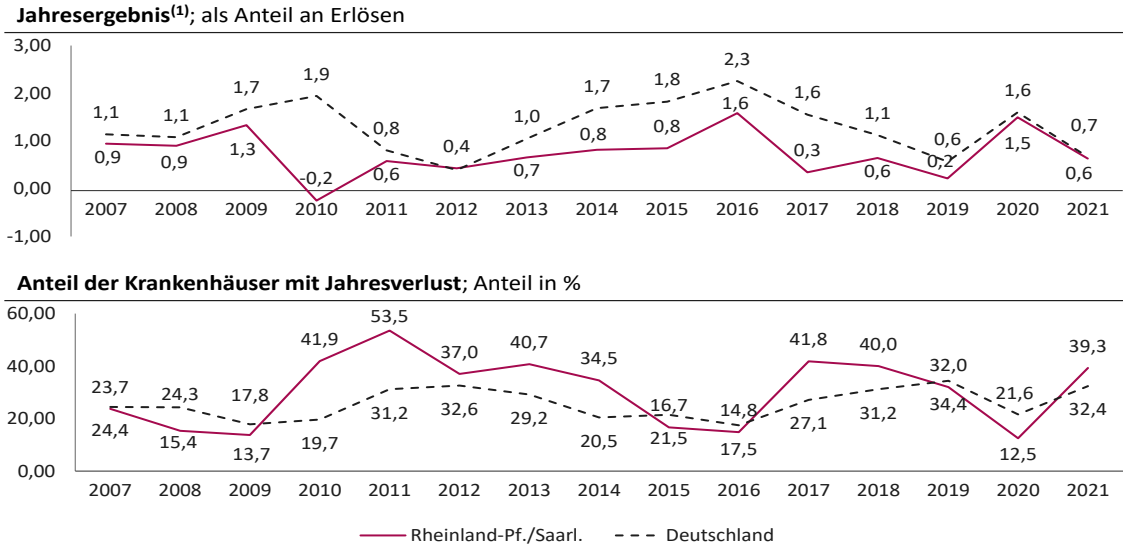
[9] Earnings after tax

Schaubild 22: Jahresergebnis nach Steuern (EAT)
2021, als Anteil an Erlösen



Anmerkung: Jahresergebnis nach Steuern, EAT
Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

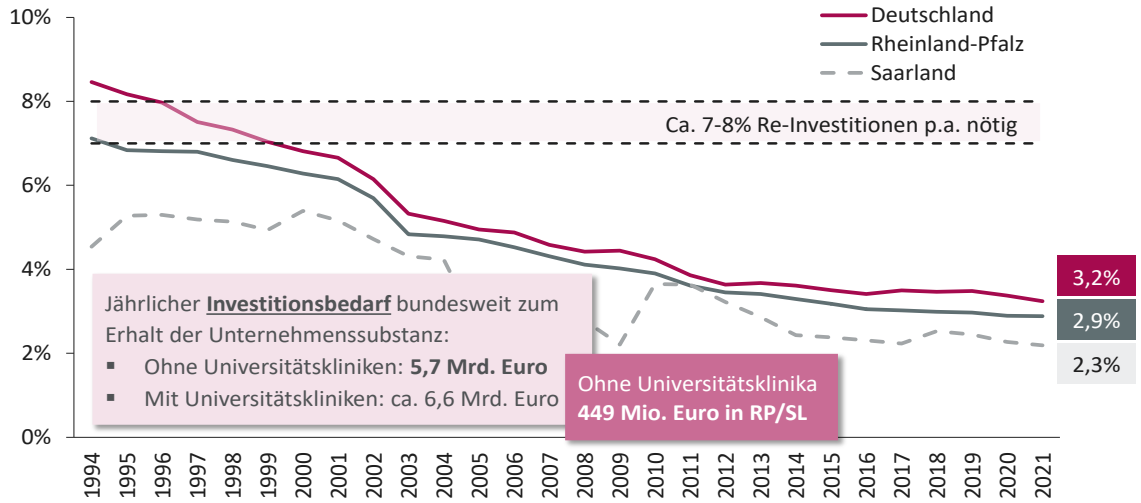
Schaubild 23: Jahresergebnis nach Steuern und Anteil der Krankenhäuser mit Jahresverlust im Zeitverlauf
2007 bis 2021



Anmerkung: Jahresergebnis nach Steuern, EAT
Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen obliegt nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) formell den Ländern. Als Zielmarke strebte der Gesetzgeber bei der Einführung der dualen Finanzierung im Jahr 1972 einen Fördermittelanteil von 25% bezogen auf die Betriebskosten an. 1991 flossen zum Beispiel bundesweit 3,6 Milliarden Euro öffentliche Fördermittel. Bei einem damaligen Gesamtumsatz der Krankenhäuser von rund 36 Milliarden Euro entsprachen sie 10% des Umsatzes. Dieser hohe Wert sollte in den darauffolgenden Jahren nicht mehr erreicht werden. Vielmehr sank er bundesweit weitgehend kontinuierlich bis zuletzt auf 3,2% im Jahr 2021 (Schaubild 24). Dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser kommen die Länder nicht

Schaubild 24: KHG-Fördermittel im Verhältnis zu Krankenhauserlösen
1994 bis 2021



Anmerkung: Ohne Universitätskliniken.
Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

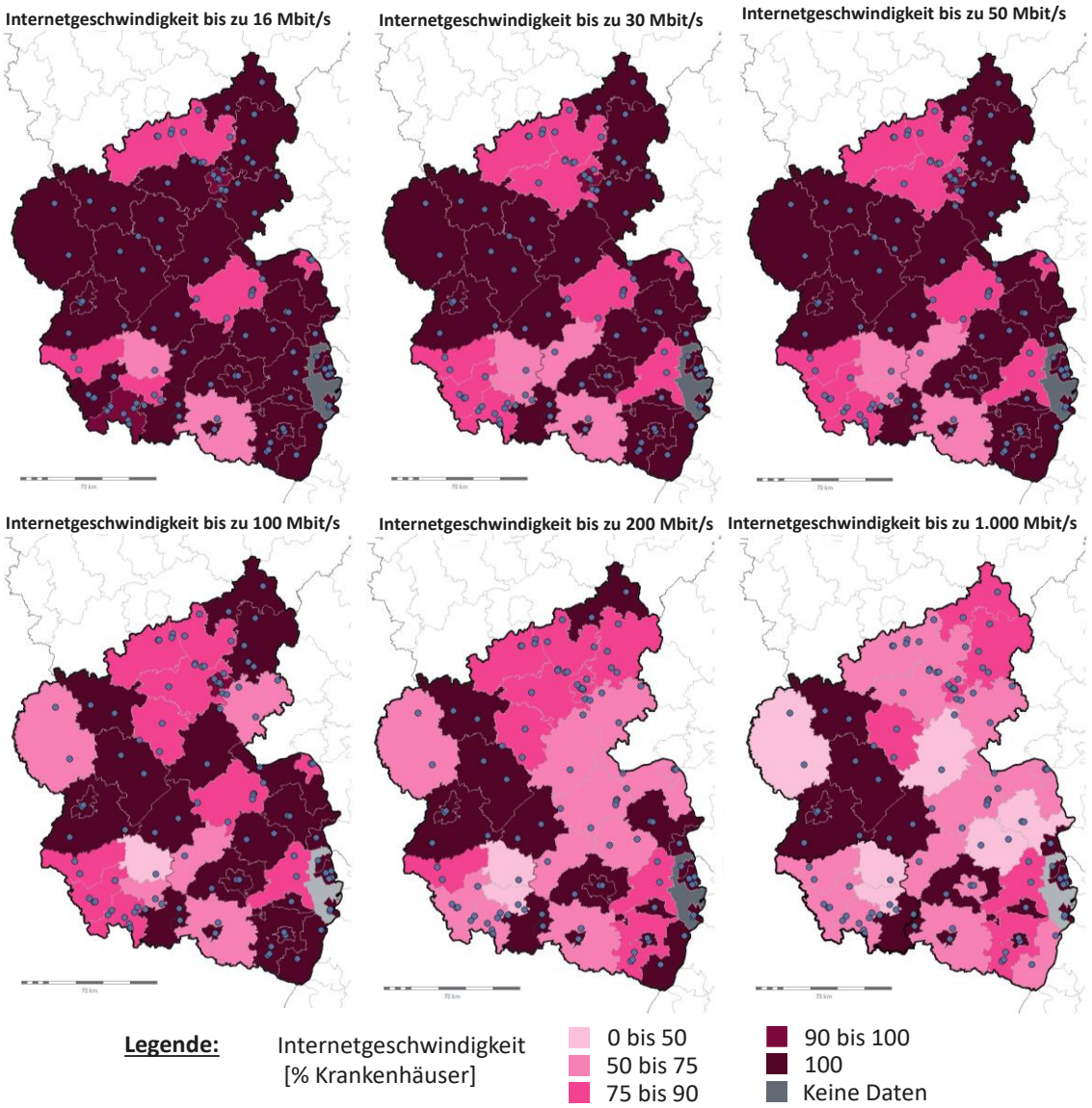
mehr in ausreichendem Maße nach, was auf Dauer die Unternehmenssubstanz gefährden kann, insbesondere wenn aufgrund sinkender Gewinne auch weniger Investitionen aus eigener Kraft gestemmt werden können.

In Rheinland-Pfalz lag der Anteil der KHG-Fördermittel am Umsatz in den 1990er Jahren bei etwa 6-7% ihres Umsatzes. Bis 2021 entwickelte sich diese Förderquote in etwa gleich zum bundesweiten Trend und erreichte 2021 einen Wert von 2,9%. Im Saarland lag die Förderquote stets deutlicher unter dem Bundesdurchschnitt. In den 1990er Jahren lag sie zwischen 4-5% und pendelte sich bis 2021 auf niedrige 2,3% ein. Wir gehen davon aus, dass der nötige Investitionsbedarf für ein Krankenhaus mindestens bei 7%, idealerweise bei 8% vom Umsatz liegen sollte, um das bestehende Sachanlagevermögen langfristig erhalten zu können. In Rheinland-Pfalz und im Saarland lagen die Förderquoten fast durchgehend darunter. Setzt man einen Zielwert von 7,5% an, beziffert sich der jährliche Investitionsbedarf beider Länder auf etwa 449 Mio. Euro. Derzeit beträgt ihr gemeinsames Fördervolumen etwa 162 Mio. Euro, sodass sich eine jährliche Förderlücke von über 287 Mio. Euro auftut.

Die Digitalisierung und unter anderem der Ausbau der Telemedizin sind wichtige Ziele im Gesundheitswesen. Für Krankenhäuser ist es daher essenziell, über eine schnelle Breitbandanbindung zu verfügen. Ein schneller Zugang zum Internet ist relevant für administrative Prozesse, die Nutzung der elektronischen Patientenakte, den Echtzeit-Transfer von Daten und Befunden (bspw. in der Radiologie), eine fortwährende Fernüberwachung sowie für hochauflösende telemedizinische Anwendungen. In Deutschland gibt es keine konkreten Empfehlungen für die Internetgeschwindigkeit in Krankenhäusern. Für US-amerikanische Kliniken empfahl die Federal Communications Commission im Jahr 2019 einen Mindestwert von 100 Mbit/s an. Für Universitätskliniken wurden mindestens 1 000 Mbit/s empfohlen (ONC 2019).

Einen Überblick zum aktuellen Stand der Breitbandabdeckung in Bezug auf Krankenhäuser in Deutschland findet sich im Breitbandatlas des Bundesministeriums für Verkehr und Digitales (BMDV 2023). Abgestuft nach unterschiedlichen Internetgeschwindigkeiten zwischen 16 Mbit/s bis zu 1 000 Mbit/s zeigt Karte 4 die Breitbandabdeckung in Rheinland-Pfalz und dem Saarland.

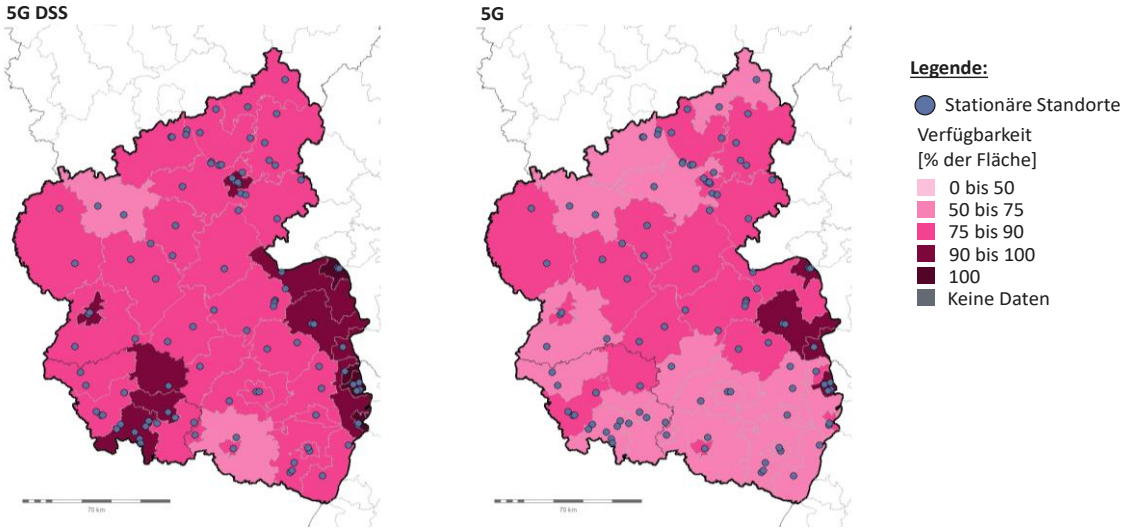
Karte 4: Breitbandabdeckung von Krankenhäusern
2022



Anmerkung: Festnetzverfügbarkeit von Krankenhäusern, alle Technologien.
Quelle: BMDV (2023), GBA (2024), eigene Darstellung.

Bei der geringen Geschwindigkeit von 16 Mbit/s sind die Krankenhäuser in den meisten Regionen in beiden Ländern recht gut abgedeckt. Mit zunehmender Internetgeschwindigkeit zeigen sich regional Lücken, die bei 1 000 Mbit/s am deutlichsten werden. In nur zwölf Kreisen erzielen alle Krankenhäuser bis zu 1 000 Mbit/s. Um eine leistungsfähige digitale Unterstützung der Medizin in Krankenhäusern anbieten zu können, muss beim Breitbandausbau noch viel getan werden. Die Abdeckung im Mobilfunknetz mit 5G in beiden Ländern variiert regional zwischen 50 bis 90%. Lediglich einige Randregionen in Rheinland-Pfalz weisen eine bessere Abdeckung mit der 5G-Technologie auf (Karte 5). Für telemedizinische Anwendungen, die mobil in der Fläche eingesetzt werden, ist eine gute Abdeckung im 5G-Mobilfunk essenziell.

Karte 5: Mobilfunkverfügbarkeit von 5G in der Fläche
2022



Anmerkung: Alle Mobilfunknetzbetreiber. DSS steht für Dynamic Spectrum Sharing und erlaubt die gleichzeitige Nutzung von 4G und 5G im gleichen Frequenzbereich. Durch die Mitnutzung der bestehenden 4G-Infrastruktur kann verhältnismäßig schnell eine 5G-Versorgung in der Fläche erreicht werden.
Quelle: BMDV (2023), GBA (2024), eigene Darstellung.

3.3. Vertragsärztliche Versorgung

Neben der stationären Versorgung ist auch die ambulante Versorgung im Blick zu behalten, sowohl die primär- als auch die fachärztliche. Zur primärärztlichen Versorgung rechnen wir neben der hausärztlichen auch die frauen- und kinderärztliche Versorgung dazu. Schaubild A 1[10] zeigt die regionale Dichte an Hausärzten pro 100 000 Einwohner im Jahr 2022. Das Saarland wies eine durchschnittliche Hausarztdichte auf, Rheinland-Pfalz lag unter dem Durchschnitt. Bei der Frauenarztdichte lagen beide Länder unter dem Durchschnitt (Schaubild A 2). Hier zeigte sich besonders im Süden von Rheinland-Pfalz ein geringeres frauenärztliches Angebot. Auch bei der kinderärztlichen Versorgung lagen beide Länder unter dem Durchschnitt (Schaubild A 3). Mehrere Regionen in Rheinland-Pfalz verfügen über eine geringe Kinderarztdichte. In Schaubild A 4 zeigt sich, dass die Facharztdichte in den dichter besiedelten Städten erwartungsgemäß deutlich höher ist als in den ländlichen Regionen.

Die Situation der hausärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz verschärft sich in Anbetracht der Altersstruktur der dort ansässigen Hausärzte, die mit 57 Jahren bundesweit das höchste Durchschnittsalter im Jahr 2022 aufwiesen. Jeder fünfte Hausarzt war im Jahr 2022 über 65 Jahre alt und hat somit die Regelaltersgrenze überschritten (Schaubild A 5). Eine ähnlich ungünstige Altersstruktur zeigte sich im Saarland, wo 19% aller Hausärzte über 65 Jahre alt waren (Durchschnittsalter: 56 Jahre). In Bezug auf den Anteil der Über-65-Jährigen wiesen die beiden Länder die höchsten Werte in Deutschland auf.

Was die ambulante frauenärztliche Versorgung im Saarland betrifft, hat jeder siebte Frauenarzt im Jahr 2022 die Regelaltersgrenze überschritten. In Rheinland-Pfalz war es jeder zehnte (Schaubild A 6). Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei den Kinderärzten. Das Saarland hatte mit über 9% bundesweit den höchsten Anteil an über-65-jährigen Kinderärzten. Rheinland-Pfalz lag mit 7%

[10] Die Schaubilder der vertragsärztlichen Versorgung sind im Anhang zu finden.

im Mittelfeld (Schaubild A 7). Regional variierten die Werte jedoch: Nachbesetzungsprobleme könnten in den nächsten zehn Jahren in manchen Regionen zu einer drohenden Unterversorgung bei Haus-, Frauen- und Kinderärzten führen.

3.4. Einflussfaktoren

Mehrere Faktoren werden in den kommenden Jahren einen deutlichen Einfluss auf die medizinische Versorgung in Deutschland nehmen. Sie sollten in den Überlegungen zur Bewältigung der damit verbundenen Herausforderungen Berücksichtigung finden.

3.4.1. Demografie

Die allermeisten der heute in Deutschland lebenden Menschen wurden in einer Welt des Wachstums und Fortschritts geboren. Ihre Erfahrungen sind dadurch geprägt, dass ihr Leben einfacher wird, dass der Wohlstand wächst und dass die Gesellschaft individuelle Lebensrisiken immer mehr abfedert. Auch das Gesundheitswesen in Deutschland bildet eine wesentliche Stütze, indem es Krankheitsrisiken des Individuums trägt und sich an Pflegekosten im Alter beteiligt. Im Kern geht es darum, dass gesunde Menschen mit medizinischem und pflegerischem Know-how kranken und pflegebedürftigen Menschen helfen. Erstere sind im Durchschnitt jünger, letztere im Durchschnitt älter. Je mehr jüngere Menschen es daher gibt, desto einfacher lassen sich diese Dienstleistungen in einer Gesellschaft organisieren und finanzieren.

In den vergangenen Jahrzehnten hat dies in Deutschland und der Europäischen Union gut funktioniert. Es stand ausreichend medizinisches und pflegerisches Personal zur Verfügung, um alle Hilfsbedürftigen ohne Leistungseinschränkungen versorgen zu können. Dies ändert sich nun. Das Personal wird knapp, es tun sich allmählich Versorgungslücken auf und die Gefahr von Rationierung im Gesundheitswesen wächst. Dabei handelt es sich bei der Personalverknappung nicht um ein temporäres Phänomen, sondern um den Eintritt in eine neue historische Phase.

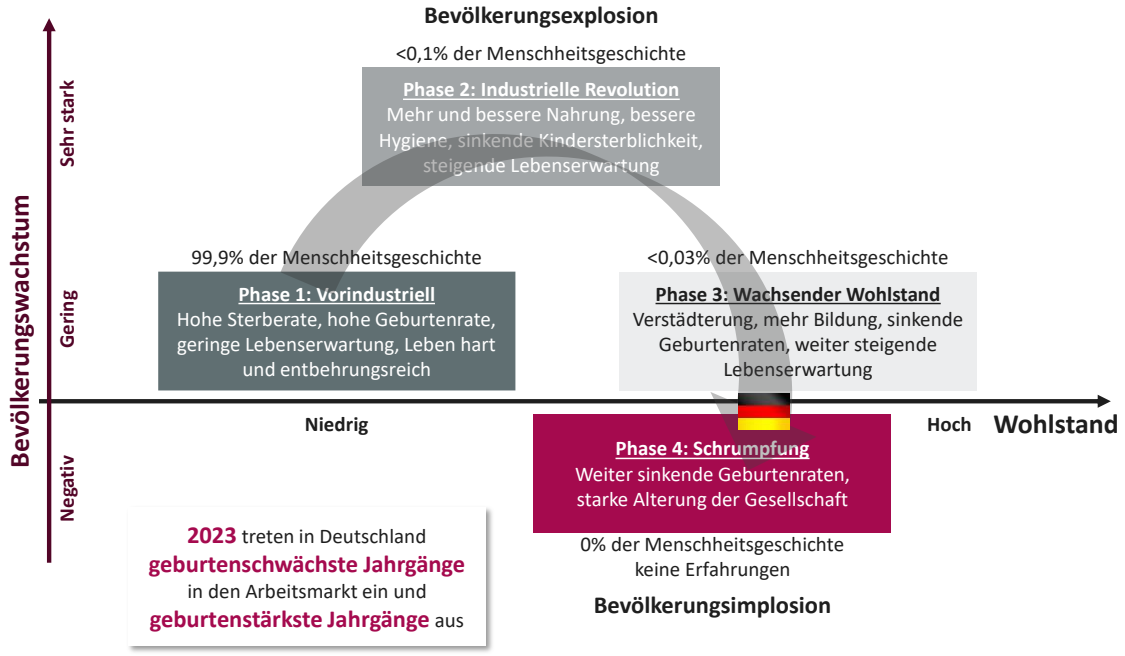
Der US-Wissenschaftler Warren Thompson erklärte im Jahr 1929 (Thompson 1929) die Entwicklung der Weltbevölkerung in vier Phasen (Mit wachsendem Wohlstand, dem Ausbau der Bildung, der Verstädterung und aufgrund der niedrigen Kindersterblichkeit sanken die Geburtenraten kontinuierlich bis inzwischen weit unterhalb der Reproduktionsrate von 2,1 Kindern je Frau. Infolgedessen kam es in Phase 3 zu einem deutlich geringeren Bevölkerungswachstum bei weiterhin wachsendem Wohlstand. Sobald jedoch die noch großen geburtenstarken Jahrgänge aus früheren Zeiten ein höheres Alter erreichen, beginnt Phase 4. Sie ist dadurch geprägt, dass die seit langem niedrige Geburtenrate zu einer geringen Zahl an Nachwuchs auf dem Arbeitsmarkt führt, die das altersbedingte Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge bei Weitem nicht ausgleichen kann. Deutschland tritt Mitte der 2020er Jahre in die Phase 4 ein. Mit dem damit einhergehenden Mangel an Erwerbstätigen haben die heute lebenden Menschen keine Erfahrungen. Sie nehmen nur wahr, dass die Menge an verfügbaren Dienstleistungen weniger und ihre Qualität schlechter wird. Im Gesundheitswesen nehmen sie einen sich verschlechternden Service wahr und spüren wachsende Versorgungsengpässe: Nicht mehr alle Leistungen werden in der bislang gewohnten Weise erbracht und Wartezeiten auf Arzttermine nehmen zu.

Schaubild 25). Die erste vorindustrielle Phase ist geprägt durch hohe Sterberaten, eine geringe Lebenserwartung und eine hohe Geburtenrate. Das Leben der Menschen ist hart und entbehrungsreich. Es war der Normalzustand während der allerlängsten Zeit der rund 200 000 Jahre andauernden Menschheitsgeschichte. Mit der industriellen Revolution (Phase 2) bekam der Mensch Unterstützung durch Technik und es konnten neue Energiequellen genutzt werden. Die

Geburtenrate blieb zunächst hoch, jedoch sank die Kindersterblichkeit und stieg die Lebenserwartung – dank besserer Nahrungsversorgung und Hygiene. Somit kam es zu einer Bevölkerungsexplosion, die zusätzlich zur wachsenden Produktivität pro Kopf – dank des technologischen Fortschritts – eine starke Zunahme des Wohlstands zur Folge hatte.

Mit wachsendem Wohlstand, dem Ausbau der Bildung, der Verstädterung und aufgrund der niedrigen Kindersterblichkeit sanken die Geburtenraten kontinuierlich bis inzwischen weit unterhalb der Reproduktionsrate von 2,1 Kindern je Frau. Infolgedessen kam es in Phase 3 zu einem deutlich geringeren Bevölkerungswachstum bei weiterhin wachsendem Wohlstand. Sobald jedoch die noch großen geburtenstarken Jahrgänge aus früheren Zeiten ein höheres Alter erreichen, beginnt Phase 4. Sie ist dadurch geprägt, dass die seit langem niedrige Geburtenrate zu einer geringen Zahl an Nachwuchs auf dem Arbeitsmarkt führt, die das altersbedingte Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge bei Weitem nicht ausgleichen kann. Deutschland tritt Mitte der 2020er Jahre in die Phase 4 ein. Mit dem damit einhergehenden Mangel an Erwerbstätigen haben die heute lebenden Menschen keine Erfahrungen. Sie nehmen nur wahr, dass die Menge an verfügbaren Dienstleistungen weniger und ihre Qualität schlechter wird. Im Gesundheitswesen nehmen sie einen sich verschlechternden Service wahr und spüren wachsende Versorgungsengpässe: Nicht mehr alle Leistungen werden in der bislang gewohnten Weise erbracht und Wartezeiten auf Arzttermine nehmen zu.

Schaubild 25: Phasen des demografischen Übergangs



Quelle: Dettmers (2022), Thompson (1929), eigene Darstellung.

Ähnliche Erfahrungen dürften Menschen nur nach verheerenden Kriegen mit großen Bevölkerungsverlusten oder nach Seuchen wie die Pest im 14. Jahrhundert in Europa, der ein Drittel der Bevölkerung zum Opfer fiel, gemacht haben. Nur noch wenige Menschen in Deutschland kennen die Entbehrungen nach dem Zweiten Weltkrieg. Der Übergang in Phase 4, die man auch „demografische Krise“ nennen kann, wird daher für die Gesellschaft eine große Herausforderung. Der Unmut über Entbehrungen und infolgedessen soziale Spannungen dürften zunehmen. Zur demografischen Krise kommen die Maßnahmen zur Abmilderung des Klimawandels sowie die international instabilere politische Lage hinzu, die jeweils weitere Entbehrungen zur Folge haben.

Die Menschen in Deutschland und in Europa bewegen sich damit auf ein für sie unbekanntes Terrain zu.

Um den damit abzusehenden sozialen Spannungen und der zunehmenden Knappheit an Erwerbstätigen entgegenzuwirken, braucht es ein stetiges Wachstum der Produktivität der noch zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte. Die knappen Kräfte müssen dafür so effizient wie möglich eingesetzt und durch moderne Technologie, wo immer nur möglich, unterstützt werden. Technologie war auch beim Übergang der Phase 1 in Phase 2 der zentrale Faktor zur deutlichen Erhöhung der Produktivität pro Kopf. Sie hat das Potenzial der ansonsten sinkenden Produktivität einer alternden Gesellschaft entgegenzuwirken und die Phase 4 so zu gestalten, dass allzu große Verwerfungen vermieden werden können.

3.4.2. Personalknappheit

Der demografisch bedingte Mangel an Personal macht sich sowohl im vertragsärztlichen Bereich als auch in Krankenhäusern bemerkbar. In Deutschland sind im Jahr 2022 15,7% der Hausärzte über 65 Jahre alt (Schaubild 26). In Rheinland-Pfalz und im Saarland hat etwa jeder fünfte Hausarzt die Regelaltersgrenze überschritten. Die zunehmende Alterung macht sich auch bei Frauen- und Kinderärzten bemerkbar. Im vertragsärztlichen Bereich arbeiten bundesweit jedoch immer mehr Ärzte. Im Jahr 2022 waren es 23% mehr als 2009 (Schaubild 27). Allerdings hat der Anteil derjenigen mit reduzierter Teilnahme an der Versorgung deutlich zugenommen – von 8% im Jahr 2009 auf 43% im Jahr 2022, sodass umgerechnet die Zahl der Vollkräfte zwischen 2009 und 2022 konstant geblieben ist. Überdies arbeiten immer mehr Ärzte in einem Angestelltenverhältnis in einer Einrichtung, wie zum Beispiel einem MVZ oder in einer Praxis. Im Jahr 2008 waren es noch 6%, im Jahr 2022 schon 26%. Auch der Anteil der in einem MVZ tätigen Ärzte ist von 2010 von 6% auf 16% bis 2022 gestiegen.

Schaubild 26: Struktur der Beschäftigten in der primärärztlichen Versorgung
2022

Ärzte über 65 Jahre

	Haus-	Frauen-	Kinder-
RP	20,8%	9,3%	7,0%
SL	18,8%	13,8%	9,4%
D	15,7%	9,4%	6,9%

Durchschnittsalter Ärzte

	Haus-	Frauen-	Kinder-
RP	57,0	53,9	53,9
SL	56,0	54,7	53,7
D	55,3	53,8	52,7

Anteil angestellter Ärzte

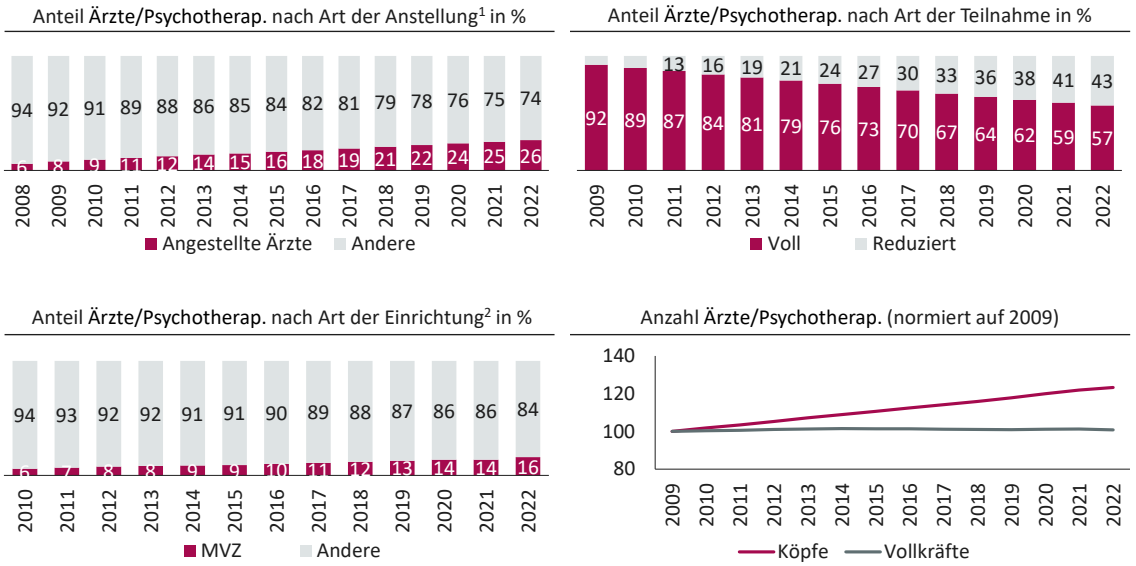
	Haus-	Frauen-	Kinder-
RP	27,7%	25,8%	25,5%
SL	27,3%	22,1%	16,7%
D	25,1%	26,7%	25,7%

Arztdichte(1)

	Haus-	Frauen-	Kinder-
RP	64,7	14,5	9,4
SL	66,4	14,6	9,7
D	65,3	15,2	9,8

Quelle: KBV (2023b, 2023d), eigene Darstellung.

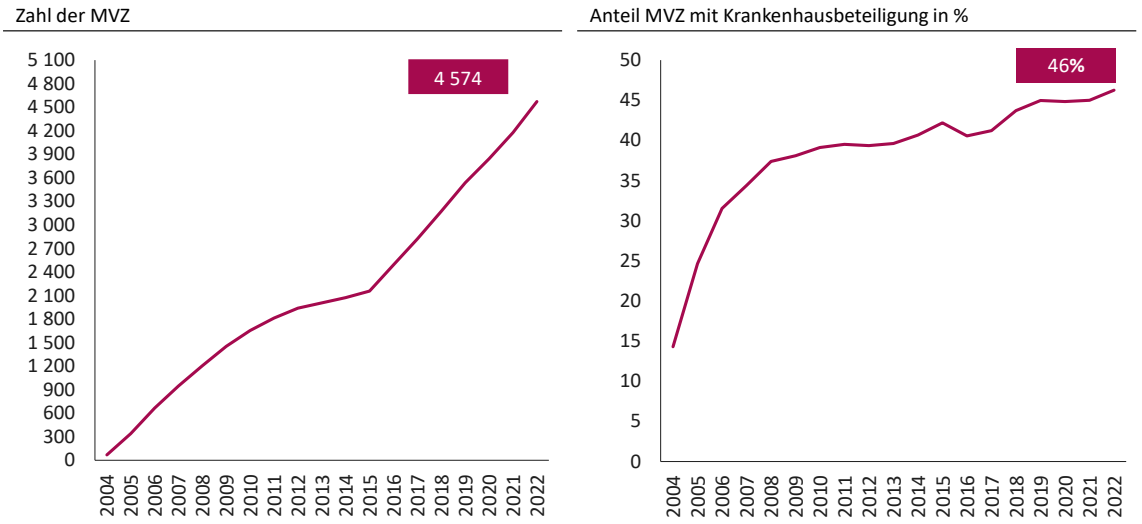
Schaubild 27: Trends in der vertragsärztlichen Versorgung
2008 bis 2022



Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

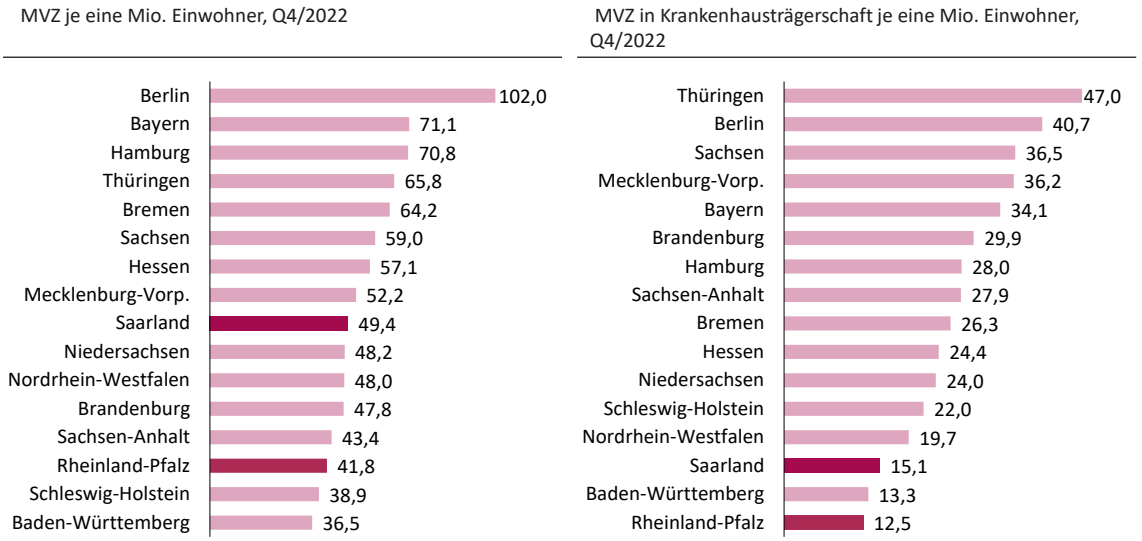
Bis zum Jahresende 2022 gab es 4 574 MVZ, davon 46% mit Krankenhausbeteiligung (Schaubild 28). Aufgrund des sehr starken Anstiegs der Zahl der MVZ seit 2016 – insbesondere bei MVZ ohne Krankenhausbeteiligung –, ist der Anteil der MVZ mit Krankenhausbeteiligung weitgehend konstant. Seit 2019 verharrt er bei ca. 46%. Insgesamt arbeiteten in den MVZ etwa 28 140 Ärzte. In den Bundesländern sind MVZ unterschiedlich häufig vertreten. Im Jahr 2022 fanden sich die meisten MVZ je einer Million Einwohner in Berlin, Bayern, Hamburg, Thüringen und Bremen (Schaubild 29). Das Saarland lag im mittleren Bereich. Rheinland-Pfalz hatte neben Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg die geringste Dichte an MVZ je einer Million Einwohner.

Schaubild 28: Zahl der MVZ und Anteil mit Krankenhausbeteiligung
2004 bis 2022



Quelle: Augurzky et al. (2024), eigene Darstellung.

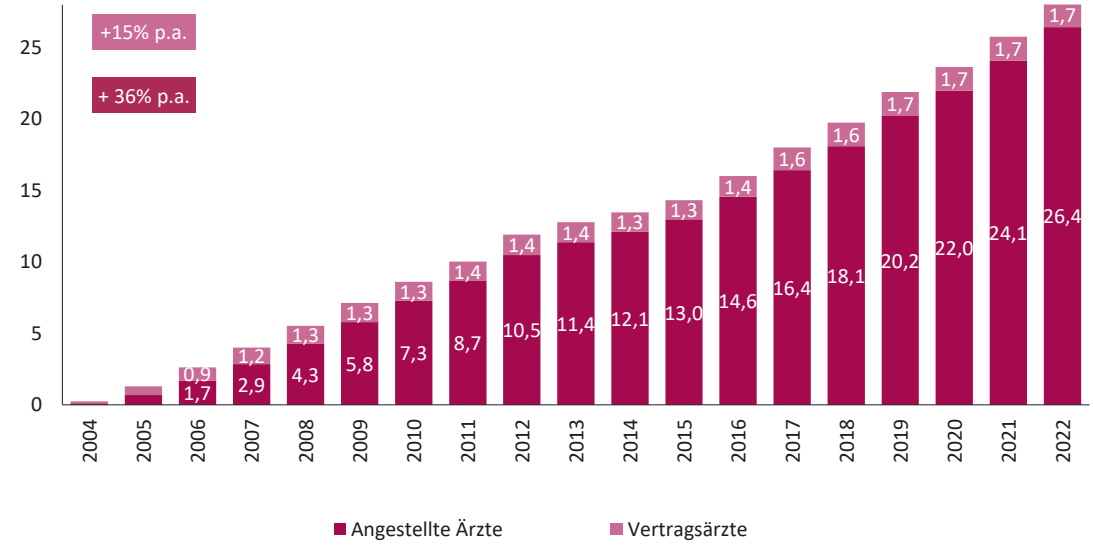
Schaubild 29: Verteilung der MVZ nach Bundesländern
2022, 4. Quartal; je 1 Mio. Einwohner



Quelle: Augurzky et al. (2024), eigene Darstellung.

MVZ können gegenüber Einzelpraxen Vorteile bieten, sowohl für die Ärzteschaft als auch für die Patienten. Für junge Ärzte, die sich niederlassen wollen, bieten sie eine Alternative zur selbständigen freiberuflichen Laufbahn mit dem damit verbundenen unternehmerischen Risiko und den hohen Anfangsinvestitionen. Tatsächlich befinden sich mittlerweile fast 94% der Ärzte innerhalb eines MVZ in einem Angestelltenverhältnis (Schaubild 30). 2005 waren es nur rund 50%. Überdies können in einem MVZ Verwaltungskosten durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur verringert werden. Trotz rasanter Zunahme in den vergangenen Jahren ist die Bedeutung der MVZ im niedergelassenen Bereich insgesamt jedoch gering. Das Wachstumspotenzial bleibt damit weiterhin hoch. Aus Patientensicht kann ein MVZ Vorteile bieten: längere Öffnungszeiten, ein professionelleres Wartezeiten-Management und verschiedene Fachärzte unter einem Dach.

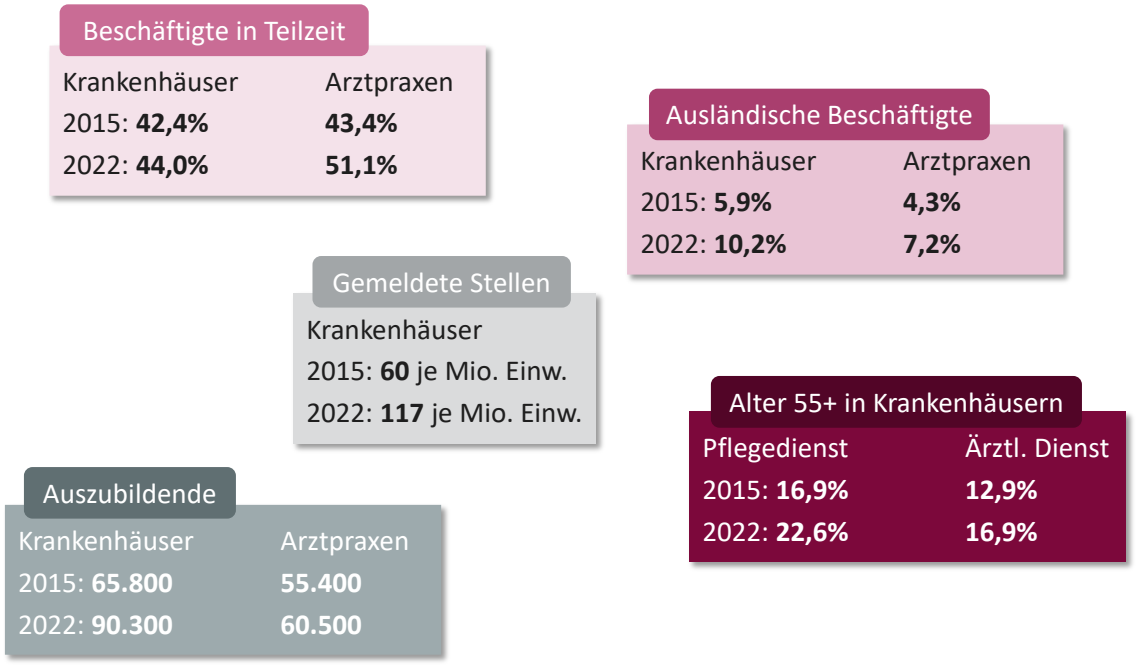
Schaubild 30: Zahl der Ärzte in MVZ nach Art der Anstellung
2004 bis 2022; in Tsd.



Quelle: Augurzky et al. (2024), eigene Darstellung.

Die Veränderungen am Arbeitsmarkt zeigen sich ebenfalls in Krankenhäusern. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Krankenhäusern ist von 2015 bis 2022 zwar nur geringfügig gestiegen, bewegt sich jedoch mit 44% auf hohem Niveau (Schaubild 31). Eine starke Zunahme gab es bei ausländischen Beschäftigten. Jeder zehnte Krankenhausmitarbeiter stammte im Jahr 2022 aus dem Ausland. Die bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten offenen Stellen haben sich innerhalb von sieben Jahren fast verdoppelt. Erfreulich ist die zunehmende Ausbildungsaktivität der Krankenhäuser. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die steigende Anzahl an Auszubildenden die wachsende Personallücke in Krankenhäusern nicht schließen kann. Im Pflegedienst wird jeder fünfte und im ärztlichen Dienst jeder sechste Beschäftigte in den nächsten zehn Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden.

Schaubild 31: Struktur der Beschäftigten in Krankenhäusern und Arztpraxen
2015 und 2022

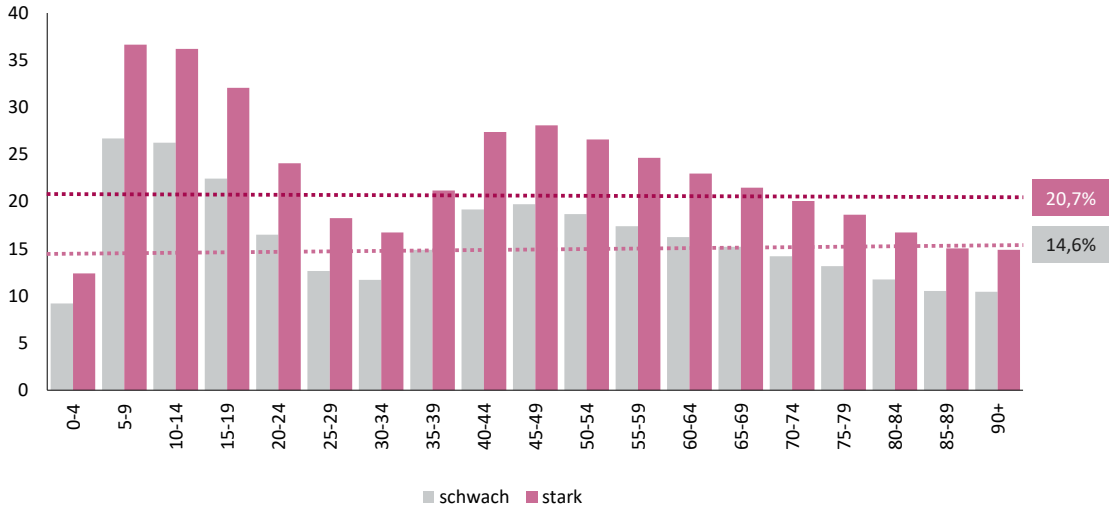


Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

3.4.3. Ambulantisierung

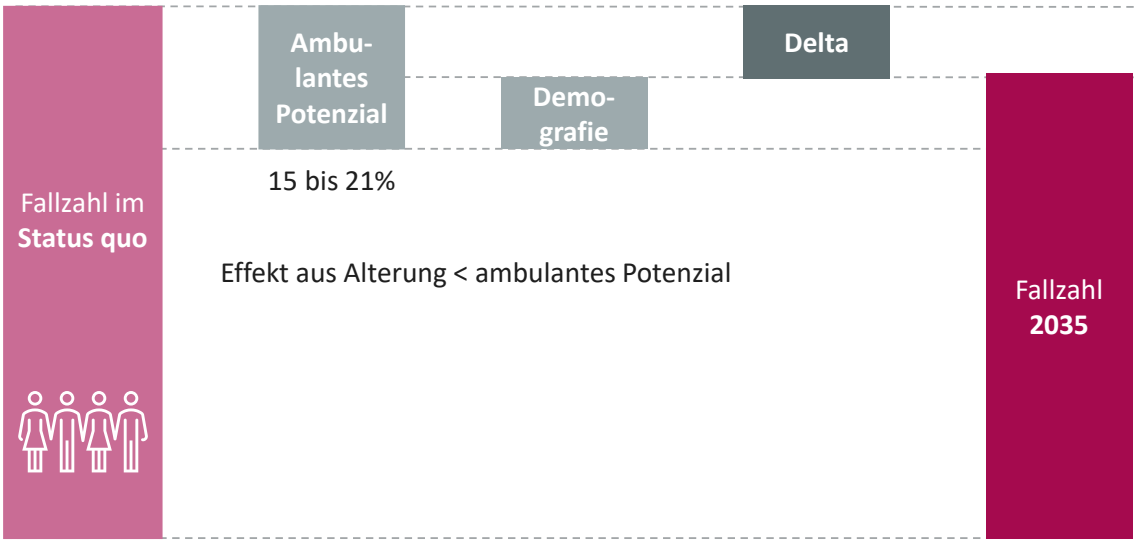
Immer mehr derzeit stationär erbrachte Leistungen sind auch ambulant erbringbar. Der Krankenhaus Rating Report 2023 (Augurzky et al. 2023) rechnet mit einem ambulanten Potenzial zwischen 15 und 21% (Schaubild 32), das nach Altersgruppen variiert. Es sinkt ab den mittleren Altersgruppen ab 45 Jahren kontinuierlich. Die Realisierung des ambulanten Potenzials führt zu entsprechend sinkenden stationären Fallzahlen. Demgegenüber steht eine aufgrund der demografischen Veränderung steigende stationäre Fallzahl. In der Summe ist aber zu erwarten, dass der fallzahlreduzierende Effekt des ambulanten Potenzials den demografischen Effekt überwiegt (Schaubild 33).

Schaubild 32: Ambulantes Potenzial nach Altersgruppen
2022



Anmerkung: Das ambulante Potenzial auf Basis ICD-3-Steller beruht auf einer Schätzung aus InEK-Kalkulationsdaten. Jedem Patienten aus der Grundgesamtheit aller Aufnahmen wird ein ambulantes Potenzial zugeordnet, Patienten mit Verweildauer über sieben Tagen besitzen kein ambulantes Potenzial. Auch Notfälle werden berücksichtigt. Bei dem schwachen ambulanten Potenzial werden Leistungen berücksichtigt, die gemäß dem Katalog stationsersetzender Maßnahmen ambulant erbracht werden sollen. Bei der starken Variante werden auch Leistungen berücksichtigt, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist. Bezogen auf den jeweiligen Realisierungsgrad sind die Annahmen bei der schwachen Ausprägung moderater als bei der starken.
Quelle: Augurzky et al. (2023), eigene Darstellung.

Schaubild 33: Wirkungsgrad des ambulanten Potenzials auf die stationären Fälle



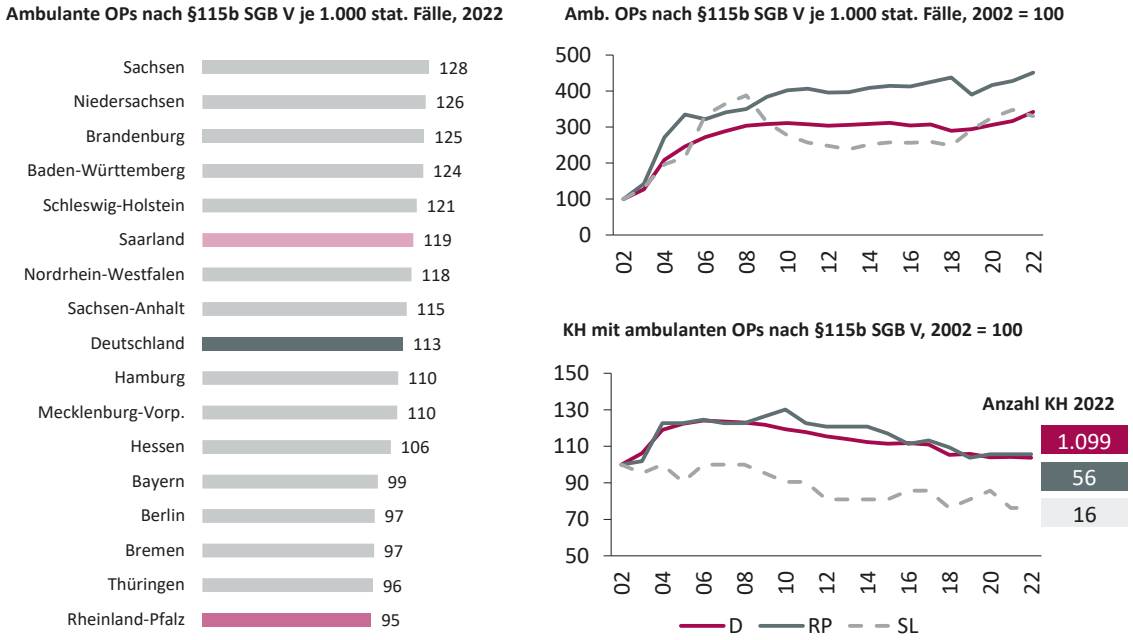
Quelle: Eigene Darstellung.

Im Jahr 2022 wurden bundesweit fast 1,9 Millionen ambulante Operationen nach §115b SGB V in Krankenhäusern durchgeführt, was 113 ambulanten Operationen je 1 000 vollstationärer Fälle entspricht (Schaubild 34). In Rheinland-Pfalz waren es rund 95 und im Saarland 119. In Rheinland-Pfalz wurden damit im Jahr 2022 bundesweit in Relation zu den stationären Fällen am wenigsten ambulante Operationen nach §115b SGB V durchgeführt. Beide Länder wiesen ab 2002

eine Phase des Anstiegs der Zahl ambulanter Operationen auf, die in Rheinland-Pfalz 2018 und im Saarland schon 2008 endete. Erst ab 2019 nahm sie im Saarland wieder leicht zu. Die Anzahl der Kliniken, die ambulante Operationen durchführen, ist seit einigen Jahren leicht rückläufig. Im Jahr 2022 haben in Rheinland-Pfalz 56 Krankenhäuser ambulante Operationen nach §115b SGB V durchführt, im Saarland waren es 16. Die Bedeutung ambulanter Operationen und des ambulanten Potenzials in Krankenhäusern zeigt, dass eine sektorenübergreifende Versorgung immer wichtiger wird. Bisher erfolgen die Krankenhausplanung und die Planung im vertragsärztlichen Bereich jedoch getrennt. Wie eine sektorenübergreifende Planung für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen gestaltet werden könnte, zeigt ein Exkurs im Kasten 1.

Schaubild 34: Ambulante Operationen nach §115b SGB V je 1 000 stationärer Fälle im Krankenhaus

2002 bis 2022



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023e), eigene Darstellung.

Kasten 1: Studie zu sektorenübergreifender Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung gibt es in Deutschland nicht. Im stationären Bereich planen die Länder mittels der Krankenhauspläne, während im vertragsärztlichen Bereich die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Planung zuständig sind. Eine stärkere Ambulantisierung führt dazu, dass Leistungen zukünftig zunehmend sektorenübergreifend sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten und MVZ erbracht werden. Damit stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit von Anpassungen von ambulanter vertragsärztlicher Bedarfsplanung und Krankenhausplanung sowie nach einer möglichen eigenen „sektorenübergreifenden" Versorgungsplanung. Eine aktuelle Studie von Hüer et al. (2023) befasst sich mit diesen auf die Planungssysteme bezogenen Fragen.

Von den Autoren wird dazu ein mehrschrittiges Modell vorgeschlagen. Eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses soll zunächst die Grundlage für die sektorenübergreifende Versorgungsplanung legen. Dazu sind unter anderem die bedarfsgerechte Gesamtmenge ambulant

und stationär erbringbarer Leistungen sowie der angestrebte Ambulantisierungsgrad in zu definierenden Leistungssegmenten festzulegen. Der Vorschlag identifiziert zwei Varianten einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung: Eine Variante erweitert den Umfang der ambulanten Bedarfsplanung, indem Leistungen aus dem sektorenübergreifenden Leistungsbereich in das bisher mit der ambulanten Bedarfsplanung beplante Leistungsvolumen überführt werden. Die andere Variante ist ein Ausschreibungsmodell, bei dem die ermittelten Bedarfe in einer Region zu passenden Leistungspaketen gebündelt und zu festen Preisen ausgeschrieben werden. Dabei sind die beiden Varianten nicht gleichermaßen für alle Leistungsbereiche geeignet, sodass sie – in einer dritten Ausgestaltungsüberlegung – parallel in unterschiedlichen Leistungssegmenten zum Einsatz kommen sollten.

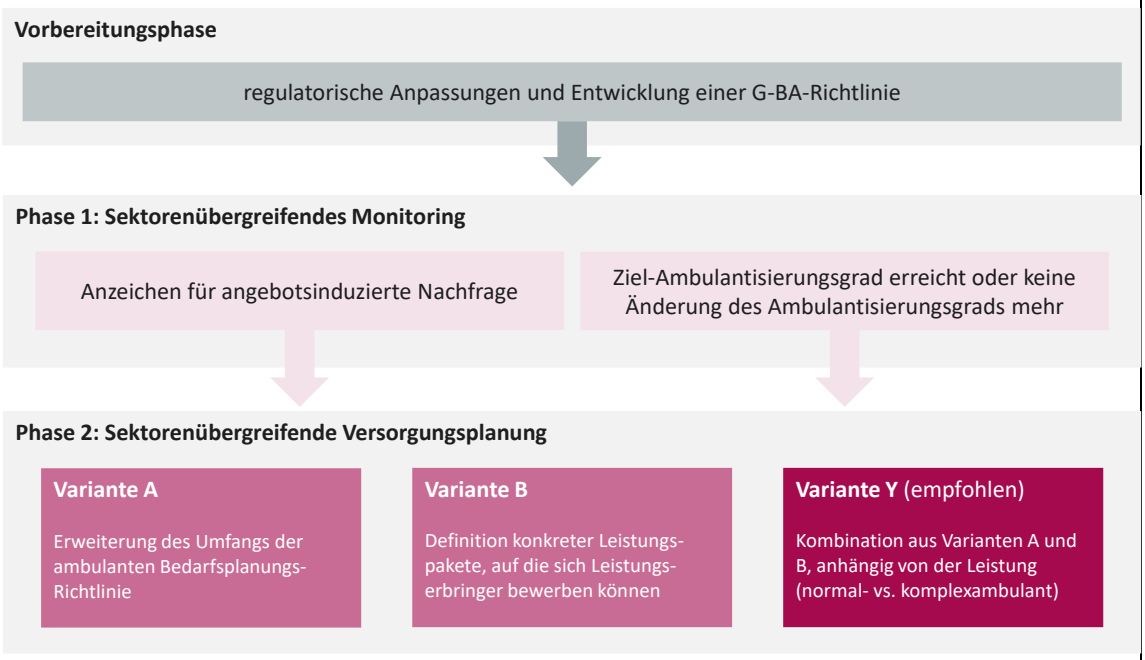
Die Autoren erachten es nicht als sinnvoll, alle bisher an der ambulant-stationären Schnittstelle erbrachten Leistungsbereiche in einen sektorenübergreifenden Planungsansatz einzubeziehen. Vielmehr sollten fachärztlich ambulante und ambulant erbringbare Leistungen, die im Kollektivvertragssystem sowohl von Vertragsärzten als auch Krankenhausärzten grundsätzlich erbracht werden dürfen, in ein sektorenübergreifendes Planungssystem einbezogen werden.

Ein zentrales Ziel von Planungssystemen im deutschen Gesundheitssystem ist die Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung. Das geschieht über Kapazitätsbegrenzungen oder über eine Begrenzung erbringbarer Mengen, um nicht bedarfsgerechte Leistungsausweitungen (angebotsinduzierte Nachfrage) zu beschränken und Impulse zu einer bedarfsgerechten regionalen Verteilung des Leistungsangebots zu setzen. Des Weiteren geht es um die Sicherung von Qualitätsanforderungen. Die Entwicklung eines Planungssystems für den sektorenübergreifenden Leistungsbereich stößt insoweit – zumindest in der kurzen Frist – schnell an Grenzen. Denn die Ambulantisierung im Sinne der Verlagerung von Leistungen aus der stationären in die ambulante Versorgung führt notwendigerweise zunächst zu einer Vermehrung der ambulant erbrachten Leistungen. Eine frühzeitige explizite Begrenzung des Umfangs der Leistungserbringung in diesem Bereich durch Planungsansätze könnte diesen gewollten Prozess ausbremsen.

Zudem gilt es, einen gewünschten Kosteneffektivitäts-Wettbewerb um die (neuen) ambulant erbringbaren Leistungen zwischen vertragsärztlichem und Krankenhaussektor, der über entsprechende Vergütungsanreize erreicht werden soll, nicht zu behindern. Gleichwohl ist es im Ambulantisierungsprozess zu vermeiden, dass zwar zusätzliche Leistungen ambulant erbracht werden, aber die stationär erbrachten Leistungen in den entsprechenden Leistungsbereichen auf gleichem oder nur geringfügig niedrigerem Niveau bleiben. Insofern ist eine Berücksichtigung des Ambulantisierungsprozesses bei der Krankenhausplanung in Gestalt einer entsprechenden Bereinigung um ambulantisierte Leistungen unabdingbar. Eine länderübergreifende Vergleichbarkeit und Kompatibilität zu empirischen Methodiken (z.B. aus der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen) sollte angestrebt werden.

Vor dem Hintergrund der genannten Herausforderungen haben die Autoren ein mehrschrittiges Modell entwickelt. Es besteht zunächst aus einer konzeptionellen Vorbereitungsphase. Daran schließt sich eine Phase des initialen sektorenübergreifenden Monitorings an (Phase 1). Anschließend erfolgt (in Phase 2) die eigentliche sektorenübergreifende Planung; hierfür werden drei Varianten (A, B und Y) vorgeschlagen. Schaubild 35 stellt die beiden Phasen sowie die Vorbereitungsphase schematisch dar.

Schaubild 35: Modell einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung



Quelle: Hüer et al. (2023)

Vorbereitungsphase. Voraussetzung sowohl für ein systematisches Leistungsmonitoring als auch für das anschließende Planungssystem ist die Entwicklung von Soll-Maßzahlen für die angestrebten Leistungsmengen in den Leistungssegmenten. Dafür ist sowohl die bedarfsgerechte Gesamtmenge ambulant und stationär erbrachter Leistungen als auch – über den angestrebten Ambulantisierungsgrad – die ambulante Sollmenge zu ermitteln. Es ist eine umfassende Analyse des Status quo der Leistungserbringung in den für die sektorenübergreifende ambulante Leistungserbringung vorgesehenen Leistungssegmenten erforderlich, sodass sich Soll und Ist jeweils (regional) gegenüberstellen lassen. Schließlich sind Vorgaben zu machen, wann je Leistungssegment in den Planungsregionen der Übergang von Phase 1 (Leistungsmonitoring) in Phase 2 (Leistungsplanung) stattfinden soll. Aufgabe der Vorbereitungsphase ist es insbesondere, hierfür auf der Bundesebene die notwendigen konzeptionellen und empirischen Grundlagen und Regulierungen zu erarbeiten und die Übersetzung auf die regionale Ebene vorzubereiten. Hinsichtlich der institutionellen Zuständigkeiten empfehlen die Autoren, eine Kompetenz des GBA für eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung festzuschreiben.

Sektorenübergreifendes Monitoring. Ziel ist es, den Ambulantisierungsprozess zu begleiten und zu veranlassen, dass in seinem Verlauf schon bestehende Überversorgung (etwa aufgrund angebotsorientierter Nachfrage) korrigiert und neu entstehende Überversorgung verhindert wird. Die regionalen Maßzahlen dienen hier als Maßstab und dazu, den Zeitpunkt für den Übergang in Phase 2, die sektorenübergreifende Versorgungsplanung, zu bestimmen. Gleichzeitig sind die Maßzahlen Indikatoren dafür, Anpassungen z.B. in der Krankenhausplanung einzuleiten. Die hier identifizierten Leistungssegmente, bei denen der festgelegte Anteil der ambulanten Soll-Menge in einer Region erreicht wurde, gehen in Phase 2, für unterschiedliche Leistungssegmente ggfs. zu verschiedenen Zeitpunkten, in eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung über.

Sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Die Autoren schlagen drei Varianten vor. Variante A der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung erweitert den Umfang der ambulanten Bedarfsplanung. Leistungen aus dem sektorenübergreifenden Leistungsbereich werden hierbei in

das bisher mit der ambulanten Bedarfsplanung beplante Leistungsvolumen überführt. Insoweit bedarf es keines eigenständigen, zusätzlichen Planungssystems für die sektorenübergreifenden Leistungen. Da in der ambulanten Bedarfsplanung keine Leistungsmengen, sondern „Arztköpfe" durch den Hebel der Zulassung geplant werden, muss in dieser Variante zunächst eine Umrechnung der überführten Leistungen in ärztliche Vollzeitäquivalente erfolgen. Dies geschieht durch eine Umrechnung der Zeiten für die Erbringung der entsprechenden Leistungsmenge in Arztstunden und -minuten und darauf aufbauend in ärztliche Vollzeitäquivalente. Die Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA muss dann entsprechend modifiziert werden. Die in der sektorenübergreifenden Versorgung erbrachten Leistungen sind nicht nur bei der ambulanten Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Vielmehr ist es auch notwendig, solche Leistungen, die nunmehr nicht mehr stationär, sondern ambulant erbracht werden, bei der Krankenhausplanung zu beachten. Hier sind die Leistungen entsprechend in nicht mehr notwendige Betten umzurechnen. Dies ist Aufgabe der jeweiligen Landesbehörden.

In Variante B werden die ermittelten Bedarfe in einer Region zu passenden Leistungspaketen gebündelt und zu festen Preisen ausgeschrieben. Durch den in einem solchen Ausschreibungsmodell ausgelösten Wettbewerb sollte ein vorteilhaftes Kosten-Nutzen-Verhältnis in dem sektorenübergreifenden Leistungssegment erreicht werden. Die Kriterien für die Zuschlagserteilung – z.B. Wirtschaftlichkeitsaspekte, Qualität, wo sachgerecht: Vorhalten eines professionsübergreifenden Teams – sollten bereits in der Vorbereitungsphase durch den GBA entwickelt und in der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung verankert werden. Auf der Landesebene könnten die erweiterten Landesausschüsse mit der Umsetzung der Ausschreibungen betraut werden. Auf die Ausschreibungen können sich alle Leistungserbringer bewerben, die zur Erbringung der Leistungen in der entsprechenden Region die notwendigen Voraussetzungen mitbringen. Ambulante Bedarfsplanung und Krankenhausplanung sind bezüglich der nunmehr über Ausschreibungen vergebenen Leistungen zu bereinigen.

Variante Y verbindet die Varianten A und B. Denn die beiden Varianten A und B sind nicht gleichermaßen für alle Leistungen geeignet. Variante A ist eher für nicht-komplexe Leistungen, die insbesondere kein interprofessionelles Team mit nichtärztlichen Leistungserbringern bei der Leistungserbringung benötigen, geeignet. Variante B kann zwar ebenfalls solche Leistungen abbilden. Allerdings stellt sich die Frage, ob dafür ein umfassendes Ausschreibungsgeschehen für ein breites Leistungsspektrum angemessen ist. Anders als in Variante A sind in Variante B auch Leistungen gut abbildbar, die professionsübergreifend konzipiert sind und für die eine Berücksichtigung in einem Planungssystem den regionalen Zugang zu diesen Leistungen verbessern könnte. In Variante Y würde daher die Erweiterung des Umfangs der ambulanten Bedarfsplanung für weniger komplexe Leistungen vorgesehen. Dagegen würden komplexe Leistungen im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens in die Versorgung einbezogen. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung empfehlen die Autoren die Implementierung von Variante Y. Sie verbindet die Vorzüge der Varianten A und B, indem sie den unterschiedlichen Anforderungen und Eigenarten der Leistungserbringung gerecht wird.

3.5. Projektionen

3.5.1. Bevölkerung und Erwerbsfähige

Zur Hochrechnung der Fallzahlen und Bettenbedarfe bis 2030 wird auf die Bevölkerungsprognose des FDZ-Ruhr am RWI zurückgegriffen (Breidenbach und Eilers 2018).[11] Bundesweit geht die Prognose des RWI bis 2030 von einer konstant bleibenden Bevölkerung (-0,1%) aus, ähnlich wie in Rheinland-Pfalz (-0,2%). Im Saarland wird indessen ein Bevölkerungsrückgang um 0,9% auf dann etwa 985 000 Einwohner erwartet. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung lag in beiden Ländern bereits 2022 über dem Bundesdurchschnitt und wird auch 2030 darüber liegen. Eine Unterteilung der Prognose nach Altersgruppen zeigt, dass die Bevölkerung über 65 Jahre in Rheinland-Pfalz und im Saarland in ihrer Zahl stärker zunehmen wird als in Deutschland insgesamt. Dagegen wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) in beiden Ländern überproportional zurückgehen.

Tabelle 1: Prognose der Bevölkerung und des Durchschnittsalters
2022 bis 2030

	Bevölkerung			Durchschnittsalter in Jahren		
	2022	2030	Δ 2022-2030	2022	2030	Δ 2022-2030
Sachsen-Anhalt	2 220 370	2 150 090	-3,2%	47,4	48,2	1,7%
Thüringen	2 156 388	2 103 690	-2,4%	46,8	47,7	2,0%
Sachsen	4 073 591	3 991 978	-2,0%	46,3	46,9	1,3%
Mecklenburg-Vorpommern	1 615 488	1 590 586	-1,5%	46,6	47,6	2,2%
Brandenburg	2 518 071	2 487 909	-1,2%	46,8	47,9	2,4%
Saarland	993 586	984 989	-0,9%	46,0	46,7	1,5%
Niedersachsen	7 943 739	7 911 920	-0,4%	44,5	45,5	2,2%
Schleswig-Holstein	2 879 467	2 872 523	-0,2%	45,2	46,0	1,9%
Rheinland-Pfalz	4 055 381	4 045 651	-0,2%	44,7	45,6	2,1%
Deutschland	82 703 211	82 753 701	0,1%	44,3	45,2	2,0%
Hessen	6 218 235	6 224 795	0,1%	43,8	44,8	2,2%
Nordrhein-Westfalen	17 961 651	17 992 574	0,2%	43,9	44,8	2,0%
Bremen	665 486	669 057	0,5%	43,5	44,1	1,3%
Bayern	12 980 807	13 065 237	0,7%	43,7	44,7	2,3%
Baden-Württemberg	10 977 607	11 050 995	0,7%	43,4	44,3	2,2%
Hamburg	1 826 176	1 874 863	2,7%	41,7	42,3	1,4%
Berlin	3 617 169	3 736 841	3,3%	42,2	42,9	1,5%
Versorgungsregionen in Rheinland-Pfalz						
Hunsrück	407 072	402 612	-1,1%	45,9	46,9	2,1%
Westerwald	632 216	625 790	-1,0%	45,1	46,2	2,4%
Pfalz-West	371 796	368 070	-1,0%	45,2	46,0	1,6%
Mittelrhein	514 437	510 528	-0,8%	45,3	46,1	1,8%
Trier	534 688	534 740	0,0%	44,1	45,1	2,3%
Rheinpfalz	888 171	889 412	0,1%	44,7	45,7	2,1%
Rheinhessen	707 001	714 499	1,1%	43,3	44,3	2,3%

Quelle: RWI-Bevölkerungsprognose (Breidenbach und Eilers 2018), eigene Darstellung.

[11] Wir nutzen eine aktualisierte Variante der RWI-Prognose bis 2030. Im Vergleich zu früheren Gutachten kann es daher zu leichten Abweichungen kommen.

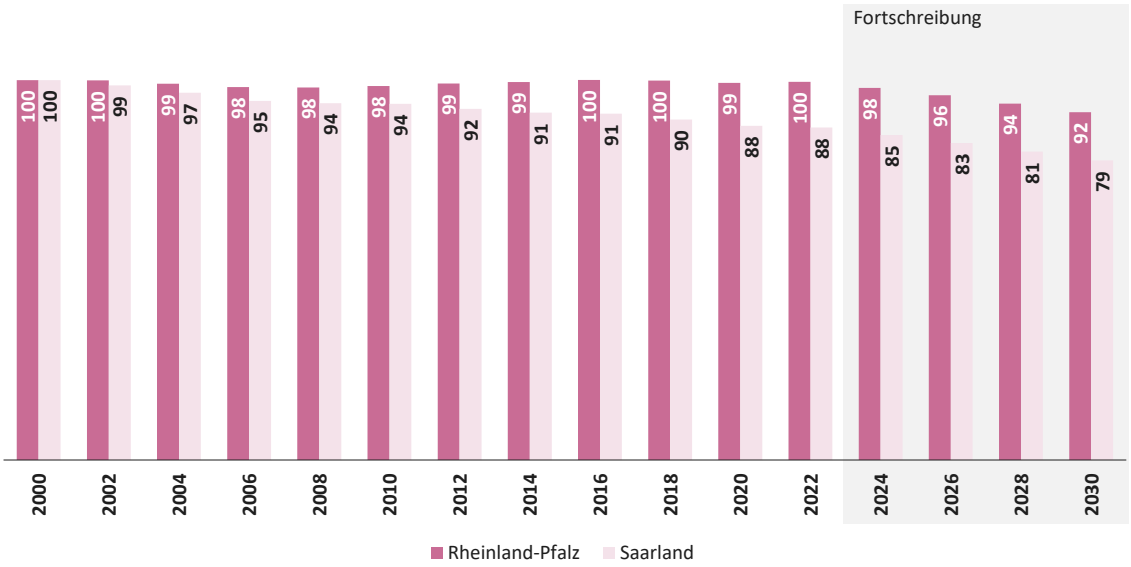
Tabelle 2: Prognose der Bevölkerungszahl nach Altersgruppen (in Jahren)
2022 bis 2030, Änderungsraten in %

	unter 20	20 - 64	über 65	insgesamt
Hunsrück	1,9	-9,3	16,4	-1,1
Westerwald	0,4	-8,8	17,7	-1,0
Pfalz-West	5,2	-9,5	15,8	-1,0
Saarland	6,3	-9,9	16,1	-0,9
Mittelrhein	4,3	-8,5	14,9	-0,8
Rheinland-Pfalz	3,5	-8,0	17,4	-0,2
Trier	3,8	-7,7	18,3	0,0
Deutschland	3,5	-6,6	15,3	0,1
Rheinpfalz	3,2	-7,4	17,6	0,1
Rheinhessen	5,8	-6,7	19,9	1,1

Quelle: RWI-Bevölkerungsprognose (Breidenbach und Eilers 2018), eigene Darstellung.

Schaubild 36 zeigt die Veränderung der erwerbsfähigen Bevölkerung beider Länder. In Rheinland-Pfalz lag die Anzahl der Erwerbsfähigen zwischen 2000 bis 2022 bei rund 2,4 Millionen. Ab 2024 ist damit zu rechnen, dass sie schrittweise sinkt. Im Jahr 2030 dürften etwa 200 000 weniger Menschen im Alter zwischen 20 bis 64 Jahren zur Verfügung stehen als 2022, was einem Rückgang von 8% entspricht. Im Saarland nahm die Anzahl der Erwerbsfähigen bereits seit 2000 stetig ab. Zwischen 2022 und 2030 ist im Saarland ein weiterer Rückgang um 57 000 Erwerbsfähige zu erwarten (-10%).

Schaubild 36: Fortschreibung der Anzahl Erwerbsfähiger bis 2030
2000 bis 2030, Index 2000 = 100



Anmerkung: Erwerbsfähige Bevölkerung zwischen 20 bis 64 Jahren. Ab 2024 werden die Zahlen mit den Änderungsraten der 20-64-Jährigen aus der RWI-Bevölkerungsprognose fortgeschrieben.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023b), RWI-Bevölkerungsprognose, (Breidenbach und Eilers 2018), eigene Darstellung.

3.5.2. Vertragsärztliche Versorgung

Die KBV hat regionale Mitversorgungseffekte für die hausärztliche, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung berechnet. Mitversorgungseffekte geben an, ob Regionen die vertragsärztliche Versorgung eigenständig leisten können, von anderen Kreisen mitversorgt werden

oder andere Kreise mitversorgen. Bestehende Mitversorgungseffekte werden im Anhang dargestellt (Karte A 1). Hier wird der unterschiedliche Grad der Mitversorgung anhand fünf Verhältniszahlen je nach Regionstyp berücksichtigt, ohne dass differenzierte Verhältniszahlen weiter notwendig sind.[12] Im Saarland sind alle Kreise mitversorgt bzw. mitversorgend. In keinem einzigen Kreis des Saarlands ist eine vertragsärztliche Eigenversorgung gegeben. In Rheinland-Pfalz liegt in etwa der Hälfte der Fläche eine Eigenversorgung der Landkreise vor. In den Grenzgebieten zu Hessen und Baden-Württemberg sowie im nördlichen Rheinland-Pfalz findet eine Mitversorgung durch nahe gelegene kreisfreie Städte statt.

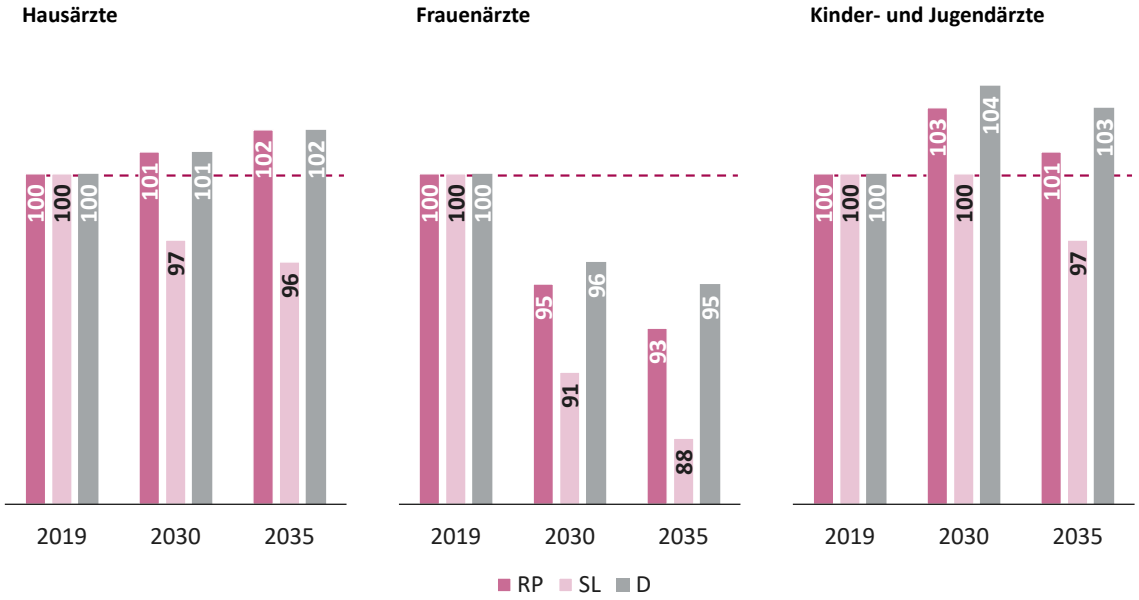
Inwieweit sich diese Mitversorgungseffekte künftig ändern, hängt von der Veränderung der Nachfrage nach und des Angebots an vertragsärztlicher Leistungen ab. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) hat berechnet, wie hoch die relative Beanspruchung (Änderung in der Nachfrage) einzelner Fachgruppen im vertragsärztlichen Bereich bis 2030 und 2035 ausfallen wird (Hering et al. 2023). Hierzu wurde auf Grundlage der alters- und geschlechtsspezifischen Leistungsbeanspruchung aus den Jahren 2011 bis 2019[13] und der Bevölkerungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung die zukünftig erwartete Veränderung der Beanspruchung von Vertragsärzten geschätzt. Die relative Inanspruchnahme bis 2035 berücksichtigt somit die zu erwartende Demografie sowie die vergangenen Veränderungen der Leistungsinanspruchnahme zwischen 2011 und 2019.

Ausgehend vom Basisjahr 2019 zeigt Schaubild 37 die Veränderung der relativen Inanspruchnahme für Haus-, Frauen- sowie Kinder- und Jugendärzte bis 2035. Im Saarland ist mit einem Nachfragerückgang in allen drei Arztgruppen zu rechnen. Dabei ist im Saarland der höchste Rückgang bei Frauenärzten zu erwarten (-12%). Der erwartete Nachfragerückgang in Rheinland-Pfalz folgt in etwa der bundesweiten Hochrechnung. Demnach wird bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten mit einem leichten Nachfrageanstieg von ein bis zwei Prozent bis 2035 gerechnet. Lediglich bei den Frauenärzten ist ein Nachfragerückgang von sieben Prozent zu erwarten.

[12] Für das Ruhrgebiet gilt ein weiterer Regionstyp mit eigenen Verhältniszahlen, der sog. polyzentrische Verflechtungsraum.

[13] Bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Schaubild 37: Relative Inanspruchnahme bei der vertragsärztlichen Versorgung
2019 bis 2035, in %



Anmerkung: Änderungsraten der relativen Inanspruchnahme berücksichtigen demografische Entwicklung und Veränderung der Leistungsinanspruchnahme zwischen 2011 und 2019.
Quelle: Hering et al. (2023), eigene Darstellung.

3.5.3. Krankenhausversorgung

Auf Grundlage der lokalen Bevölkerungsstruktur aus der RWI-Bevölkerungsprognose und durchschnittlicher Hospitalisierungsraten nach Altersklasse, Geschlecht und Diagnose lässt sich die zu erwartende stationäre Fallzahl bis 2030 in einer Region auf Diagnoseebene ableiten (Breidenbach und Eilers 2018, Statistisches Bundesamt 2023g). Für die Prognose berücksichtigen wir fallzahlreduzierend die mögliche Ambulantisierung. Dabei greifen wir auf die Analysen im Krankenhaus Rating Report 2023 zurück (vgl. Schaubild 32). Darin wird das ambulante Potenzial im Durchschnitt auf 20,7% geschätzt. Wir spielen es in unseren Berechnungen auf ICD-3-Stellerebene zu den Daten aus der Diagnosestatistik 2022 hinzu. Es basiert auf Annahmen aus den Jahren vor der Coronapandemie. In der Pandemie sind die Fallzahlen um über 13% gesunken und sind seitdem nur wenig gestiegen.

Es ist davon auszugehen, dass in den Jahren der Pandemie ein gewisser Ambulantisierungsschub stattfand. Der von uns berechnete Wert stellt eine konservative Abschätzung des Ambulantisierungspotenzials dar. Unberücksichtigt sind in unseren Berechnungen die fallreduzierenden Effekte der Hybrid-DRG und die Analysen von Albrecht et al. (2022) mit den erweiterten ambulant durchführbaren Prozeduren und patientenbezogenen Kontextfaktoren. Das tatsächliche ambulante Potenzial dürfte daher höher liegen als in den nachfolgenden Berechnungen.

Im Ergebnis liegen die erwarteten Fallzahlen ausgehend vom Basisjahr 2022 bis zum Jahr 2030 aggregiert für ICD-Kapitel und die Versorgungsgebiete vor. In Kombination mit diagnosespezifischen Verweildauern lässt sich der Bettenbedarf für die Regionen ableiten, falls davon ausgegangen wird, dass sich die Patientenwanderungen zwischen den Regionen gegenseitig aufheben. Diese Annahme trifft nicht immer zu, insbesondere dann nicht, wenn in einer Region ein großer Maximalversorger oder eine Universitätsklinik mit überregionalem Einzugsgebiet beheimatet ist. In diesem Fall wird der Bettenbedarf in einer solchen Region unterschätzt und in der

Nachbarregion überschätzt. Wir kalkulieren mit einer Zielauslastung der Betten von 85%[14] und der durchschnittlichen Verweildauer je Diagnose aus dem Jahr 2022[15], für die wir einen Rückgang von -0,18% p.a.[16] annehmen. Pendelströme von Patienten über Bundeslandgrenzen hinweg bleiben unberücksichtigt.[17] Im Folgenden werden die Ergebnisse für ICD-Kapitel und die Versorgungsgebiete zusammenfassend dargestellt.

Im Durchschnitt erwarten wir aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in Rheinland-Pfalz ein Wachstum der stationären Fallzahl von 5,7% und im Saarland von 4,8% bis zum Jahr 2030 (Schaubild A 8, Schaubild A 9), das je ICD-Kapitel unterschiedlich hoch ausfallen kann. Etwa bei „Krankheiten des Kreislaufsystems“ rechnen wir mit einem hohen Anstieg. Dagegen erwarten wir bei „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ und „Psychische und Verhaltensstörungen“ Rückgänge. Das Ambulantisierungspotenzial beträgt nach unseren Berechnungen in beiden Ländern 12,1%. Im Saarland (12,5%) ist es nur leicht höher als in Rheinland-Pfalz (11,8%). Der hier berechnete Wert ist als Untergrenze zu verstehen. Würden die weiteren fallzahlreduzierenden Effekte mitberücksichtigt, dürfte das Ambulantisierungspotenzial höher ausfallen. Berücksichtigt man es, erwarten wir in Rheinland-Pfalz – trotz der Alterung der Bevölkerung – einen Rückgang der stationären Fallzahl von 7,9% und im Saarland von 8,9% (Schaubild A 10, Schaubild A 11).

Wenn wir die Fortschreibung der stationären Fallzahlen auf die einzelnen Versorgungsgebiete in Rheinland-Pfalz und im Saarland herunterbrechen, zeigt sich eine regionale Streuung (Schaubild 38). Rein demografisch bedingt würde die Fallzahl in Rheinhessen mit 8,0% am stärksten zunehmen. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials würde dort die stationäre Fallzahl aber um 5,9% sinken.

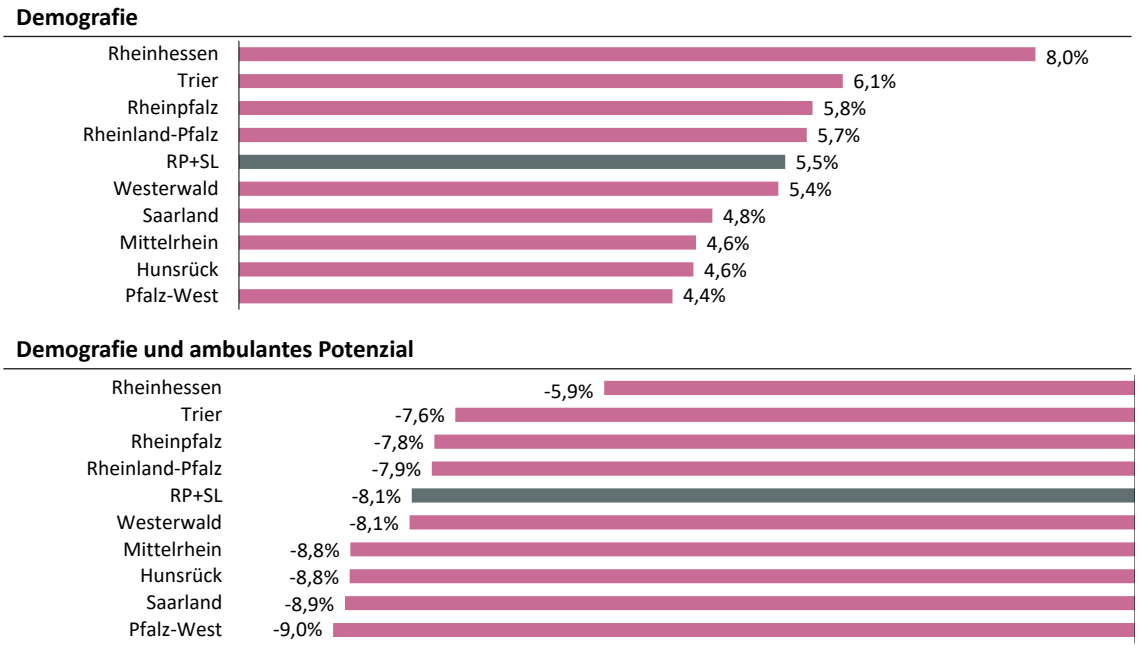
[14] Für alle Fachabteilungen identisch angesetzt.

[15] Statistisches Bundesamt (2023g).

[16] Ermittlung anhand vergangener Verweildauerentwicklungen aus den Grunddaten der Krankenhäuser 2016 bis 2022.

[17] Der berechnete Bettenbedarf kann in der Region um Mainz unterschätzt und in der Region um Mannheim überschätzt werden. Ähnlich kann es in anderen Regionen sein, die an Universitätskliniken oder Maximalversorger in benachbarten Bundesländern grenzen (z.B. Uniklinik Bonn).

Schaubild 38: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach Versorgungsgebieten
2022 bis 2030, in %

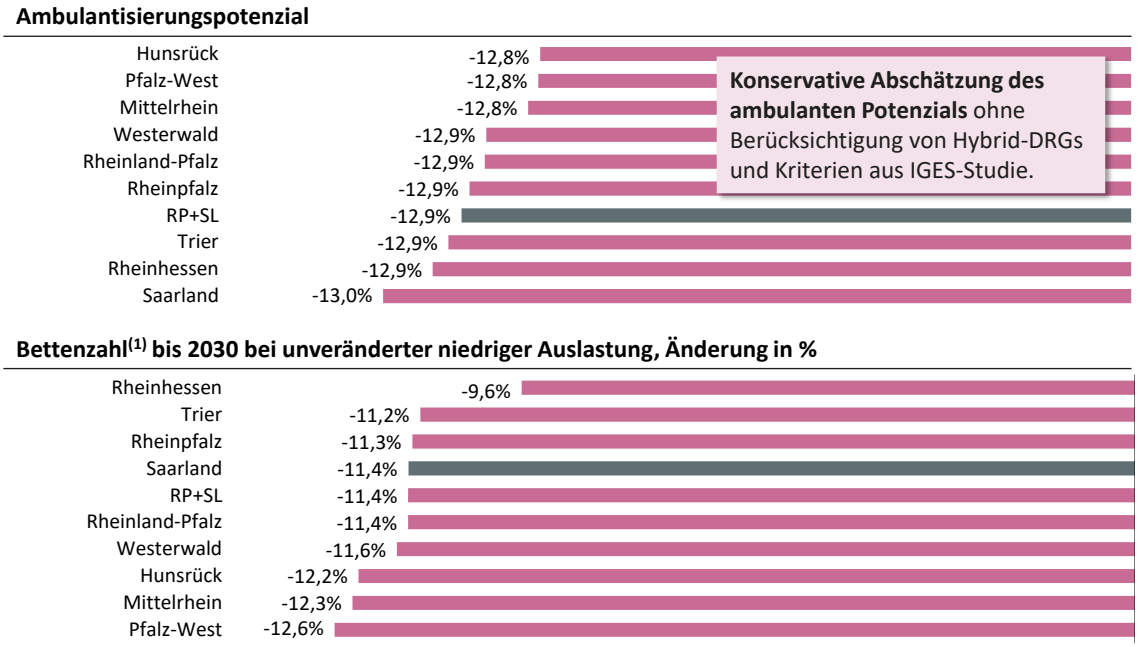


Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

Am stärksten dürften die stationären Fallzahlen in den Versorgungsgebieten Pfalz-West, dem Saarland, Hunsrück und Mittelrhein um rund 9% zurückgehen. Rheinhessen und das Saarland sind die Regionen mit dem stärksten Potenzial zur Ambulantisierung. Hunsrück, Pfalz-West und Mittelrhein weisen das geringste Potenzial auf. Aus der Fortschreibung der Fallzahlen und Verweildauern bis 2030 leiten wir die Bettenbedarfe ab. Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials werden künftig weniger Betten benötigt, als derzeit vorhanden sind (Schaubild 39). In den Berechnungen wurde jedoch eine Zielauslastung von 85% angesetzt. Berücksichtigt man, dass die aktuelle Auslastung bei rund 69% liegen dürfte, würden im Status quo bereits 19% weniger Betten benötigt[18]. In der Summe bräuchte man 28% weniger Betten.

[18] Derzeit gibt es (normiert) 100 Betten. 69 davon sind ausgelastet. Wenn diese 69 einer Zielauslastung von 85% entsprechen sollen, braucht es künftig nur noch rund 81 Betten, also 19% weniger als im Status quo. Hinzu kommt, dass die Ambulantisierung von Fällen mit geringer Verweildauer zu einem geringeren Bettenbedarf führt.

Schaubild 39: Ambulantisierungspotenzial und Veränderung der Bettenzahl bis 2030 bei unverändert niedriger Auslastung
2022 bis 2030, in %



(1) Unter Berücksichtigung des ambulanten Potenzials. In den Berechnungen wurde beim Bettenbedarf eine Zielauslastung von 85% angesetzt. Berücksichtigt man, dass die aktuelle Auslastung bei rund 69% liegen dürfte, würden im Status quo bereits 19% weniger Betten benötigt. In der Summe bräuchte man 28% weniger Betten.
Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

3.6. Beurteilung der Regionen

Zur Beurteilung der Regionen nutzen wir zur Komplexitätsreduktion wenige, aber aussagekräftige Kennzahlen. Wir kategorisieren die Versorgungsangebote in Anlehnung an die Bedürfnisse der Bevölkerung (Schaubild 40), von der primärärztlichen Versorgung über die klinische Notfallversorgung bis zur fachärztlichen Krankenhausversorgung. Die Kennzahlen werden im Folgenden detaillierter erklärt.

Schaubild 40: Kennzahlen zur Beurteilung der Regionen

1 Primärärztliche Versorgung

Verhältnis zwischen **Einwohner je Arzt** und Anteil der **über-65-Jähriger Ärzte**

Überschreitung der **Basisverhältniszahl** aus der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

2 Klinische Notfallversorgung

Heutige **Erreichbarkeit** der Kliniken mit Notfallstufe und mit den Leistungsgruppen (LG) „Allg. Innere Medizin“ und „Allg. Chirurgie“(Anteil Bev. mit Fahrzeit > 30 Min)

Δ Erreichbarkeit bei Wegfall der Kliniken mit wenigen Betten (bzw. der unteren Perzentile)

3 Klinische fachärztliche Versorgung

Heutige **Erreichbarkeit** der Kliniken für ausgewählte LG (Anteil Bev. mit Fahrzeit > 45 Min).

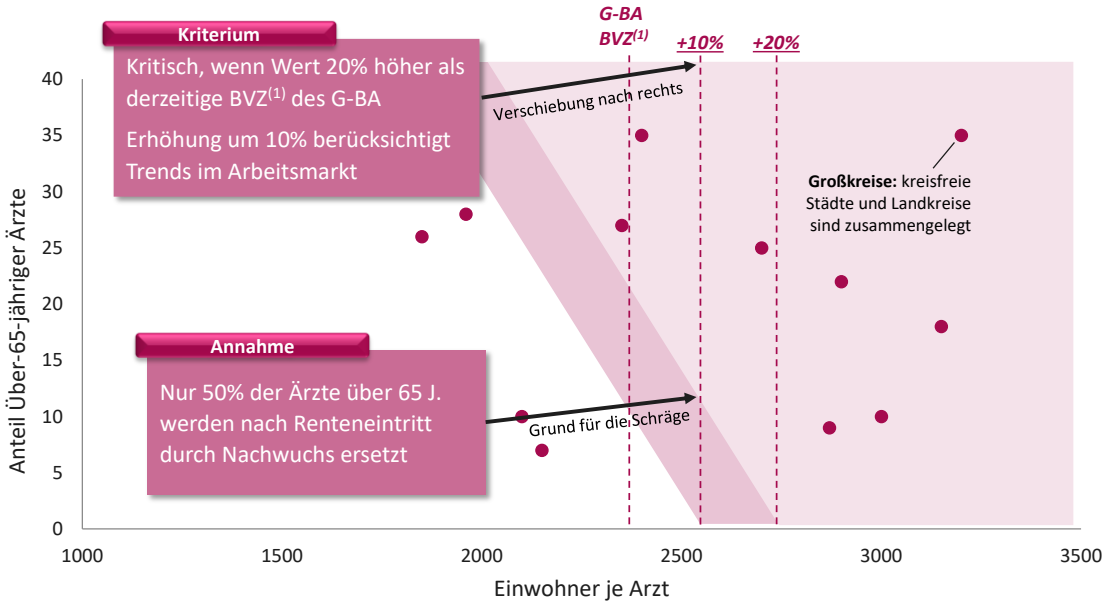
Größe der LG, Unterschreiten eines Schwellenwertes (Fallzahlen) orientiert an Perzentilen

Anmerkung: Im Krankenhausplan für NRW sind für die LG „Allg. Innere Medizin“ und „Allg. Chirurgie“ 20 Minuten Fahrzeit angesetzt. Da Rheinland-Pfalz und das Saarland weniger dicht besiedelt sind als NRW, wurde die Fahrzeit für beide Leistungsgruppen auf 30 Minuten gesetzt. Diesen höheren Wert hatte NRW ursprünglich auch vorgesehen. Quelle: eigene Darstellung.

3.6.1.Situation in primärärztlicher Versorgung

Zur Beurteilung der Situation in der primärärztlichen Versorgung fassen wir kreisfreie Städte mit den umliegenden Landkreisen zu so genannten Großkreisen zusammen. Da die kreisfreien Städte die umliegenden Landkreise mitversorgen, ist in den Städten die Arztdichte meist höher als in den umliegenden Landkreisen. Eine getrennte Betrachtung kreisfreier Städte und Landkreise würde zu einem verzerrten Ergebnis führen. Wir identifizieren die von Unterversorgung bedrohten Großkreise über zwei Dimensionen (Schaubild 41).

Schaubild 41: Modell zur Beurteilung der Regionen für primärärztliche Versorgung



(1) Basis-Verhältniszahl (BVZ) für Hausärzte nach § 11 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA. Für Hausärzte bundesweit einheitlicher Wert: 2023: 1 607 Einwohner je Arzt; für Frauen- und Kinderärzte setzen wir die Basis-Verhältniszahl des Regionstyps 5 an: 2023: 6 231 weibliche Einwohner je Frauenarzt und 2 862 Einwohner bis 18 J. je Kinderarzt; Regionstyp 5 = eigenversorgte Regionen, die nicht mitversorgen und nicht mitversorgt werden.
Quelle: eigene Darstellung.

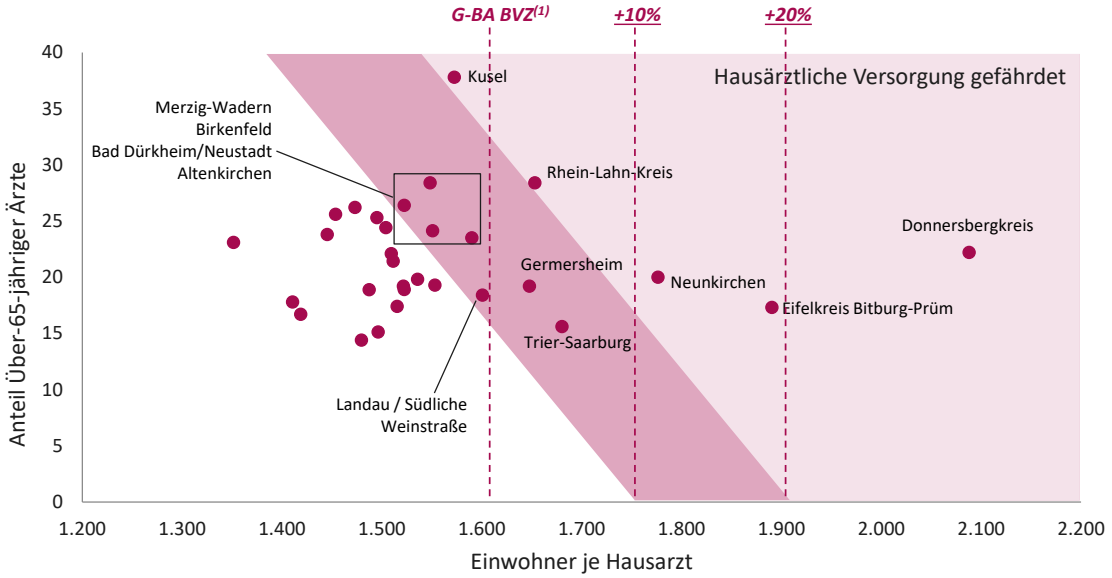
Die erste Dimension misst die Zahl der zu versorgenden Einwohner je Arzt. Zur Beurteilung dieser Dimension greifen wir auf die Basis-Verhältniszahl (BVZ) nach § 11 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA zurück (KBV 2023a). Die BVZ drückt aus, wie viele Einwohner bedarfsgerecht von einem Arzt versorgt werden können. Bei Hausärzten beträgt der bundesweit einheitliche Wert im Jahr 2023 1 607 Einwohner je Hausarzt. Würde ein Arzt mehr Einwohner versorgen müssen, könnte dies negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben. Wir gehen davon aus, dass erst eine um 20% höhere Einwohner-Arzt-Relation als die BVZ als kritisch zu beurteilen ist.[19] Allerdings nimmt seit Jahren sowohl die Angestelltentätigkeit als auch die Teilzeittätigkeit von Ärzten zu (Augurzky et al. 2023). Wir gehen daher davon aus, dass eine ärztliche Vollkraft in Zukunft weniger Einwohner versorgt als in der Vergangenheit. Aus diesem Grund setzen wir in einem weiteren Szenario bereits bei einer um 10% höheren Einwohner-Arzt-Relation die kritische Schwelle an. Die Substitution ärztlicher Leistungen gewinnt daher an Bedeutung.

Die zweite Dimension misst den Anteil der über-65-jährigen Ärzte. Zur Beurteilung dieser Dimension treffen wir die Annahme, dass nur noch die Hälfte aller Vertragsärzte über 65 Jahre durch Nachwuchs ersetzt werden kann. Dies führt dazu, dass die rosafarbene Fläche in Schaubild 41 schräg verläuft. Alle Großkreise, die sich in dem rosafarbenen Bereich befinden, sind nach diesem Modell von drohender Unterversorgung betroffen. In diesen Kreisen besteht somit Handlungsbedarf zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung.

[19] Der GBA unterscheidet für die BVZ bei den Fachärzte-Gruppen zwischen sechs verschiedenen Regionstypen. Wenn wir die moderaten Regionstypen 5 („eigenversorgt“) und 2 („mitversorgt und mitversorgend“) mit dem Regionstypen 3 („stark mitversorgt“) vergleichen, ergeben sich über die Facharztgruppen Abweichungen von durchschnittlich zehn bis 18%. Das entspricht unserer Annahme.

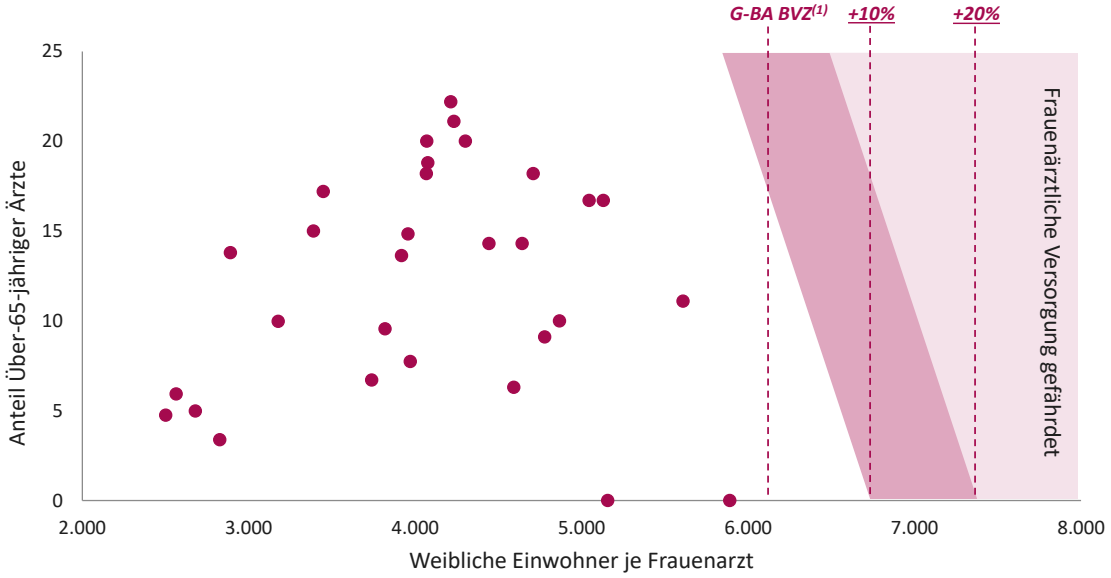
Die drei nachfolgenden SchaubilderSchaubild 42,Schaubild 43 undSchaubild 44 zeigen, in welchen Großkreisen eine drohende Unterversorgung bei Haus-, Frauen- und Kinderärzten besteht. Bei den Hausärzten sind bis zu zwölf Großkreise von Unterversorgung bedroht, wenn eine um 10% höhere Einwohner-Arzt-Relation als Grenzwert angesetzt wird. Bei einem 20% höheren Grenzwert sind nur fünf Großkreise von einer hausärztlichen Unterversorgung bedroht. Bei Frauenärzten sind keine Großkreise von Unterversorgung bedroht. Bei Kinderärzten sind bis zu acht Großkreise von drohender Unterversorgung betroffen. Die betroffenen Großkreise werden in Karte 6 gezeigt.

Schaubild 42: Drohende Unterversorgung bei Hausärzten



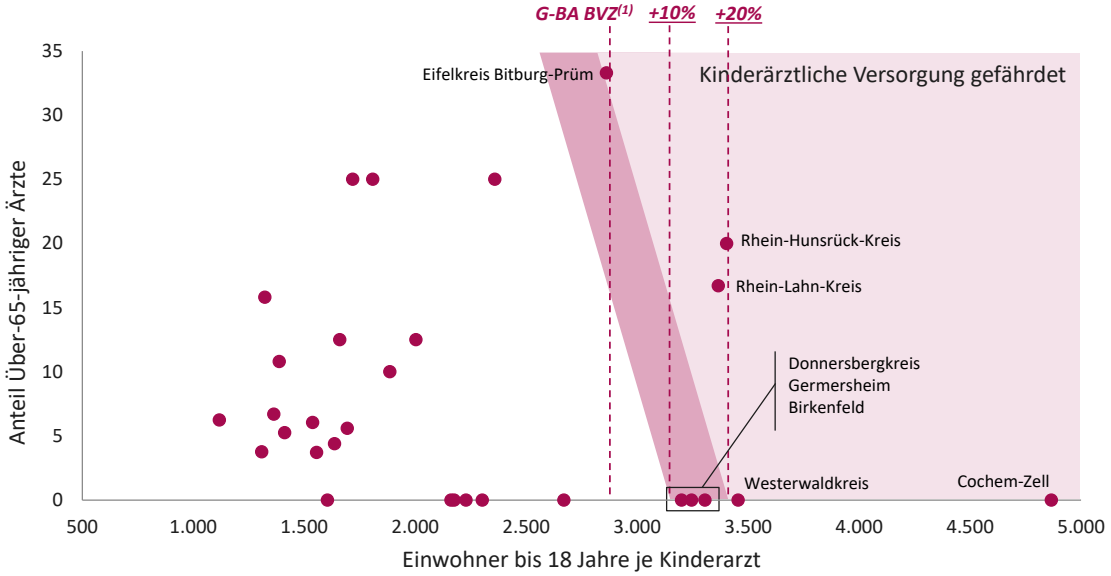
(1) Basis-Verhältniszahl (BVZ) für Hausärzte nach § 11 in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA. Für Hausärzte liegt der Wert bei 1 607 Einwohnern je Hausarzt.
Anmerkung: Kreisfreie Stände und Landkreise sind zu Großkreisen zusammengelegt.
Quelle: KBV (2023a, 2023d), Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

Schaubild 43: Drohende Unterversorgung bei Frauenärzten



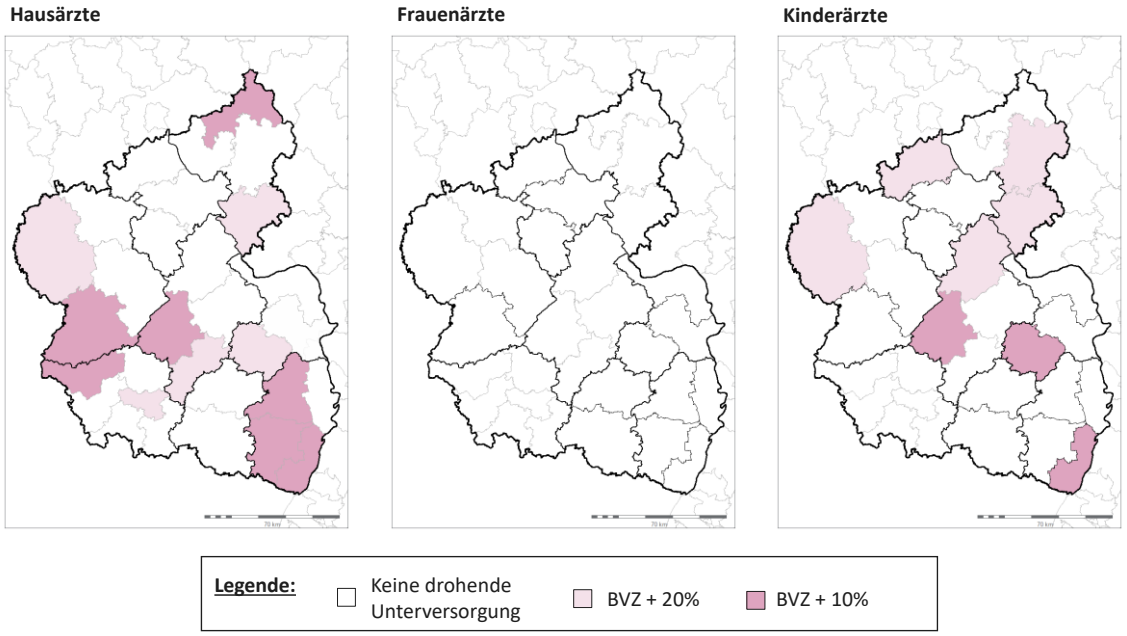
(1) Basis-Verhältniszahl (BVZ) für Frauenärzte in eigenversorgten Regionen (Typ 5) nach § 12 in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA. Für Frauenärzte liegt der Wert in eigenversorgten Regionen (Typ 5) bei 6 231 weiblichen Einwohnern je Frauenarzt.
Anmerkung: Kreisfreie Stände und Landkreise sind zu Großkreisen zusammengelegt.
Quelle: KBV (2023a, 2023d), Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

Schaubild 44: Drohende Unterversorgung bei Kinder- und Jugendärzten



(1) Basis-Verhältniszahl (BVZ) für Kinder- und Jugendärzte in eigenversorgten Regionen (Typ 5) nach § 12 in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des GBA. Für Kinder- und Jugendärzte liegt der Wert in eigenversorgten Regionen (Typ 5) bei 2 862 Einwohnern bis 18 Jahre je Kinder- und Jugendarzt.
Anmerkung: Kreisfreie Stände und Landkreise sind zu Großkreisen zusammengelegt.
Quelle: KBV (2023a, 2023d), Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

Karte 6: Von Unterversorgung bedrohte Regionen bei primärärztlicher Versorgung
2022



Quelle: KBV (2023a, 2023d), Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

In Tabelle 3 berechnen wir den Anteil der von drohender Unterversorgung betroffenen Bevölkerung je Versorgungsgebiet. Dabei legen wir bei der hausärztlichen Versorgung die gesamte Bevölkerung zugrunde, bei den Frauenärzten die weibliche Bevölkerung und bei Kinderärzten die Bevölkerung bis 18 Jahre. Bei einem Grenzwert der Einwohner-Arzt-Relation, der um 20% über der BVZ liegt, sind im Saarland 13% der Bevölkerung von einer hausärztlichen Unterversorgung bedroht, in Rheinland-Pfalz sind es neun Prozent. Bei einem nur um 10% höheren Grenzwert wäre im Saarland jeder vierte Einwohner von einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung betroffen, in Rheinland-Pfalz jeder Dritte. Innerhalb von Rheinland-Pfalz sind die Versorgungsgebiete Trier, Rheinpfalz, Westerwald und Hunsrück besonders betroffen. Bei den Kinderärzten ist in Rheinland-Pfalz fast jeder fünfte Einwohner bis 18 Jahre von einer drohenden Unterversorgung bedroht. Hier sind die Gebiete Westerwald und Hunsrück besonders betroffen. Das Saarland ist bei der kinderärztlichen Versorgung nicht gefährdet.

Tabelle 3: Von drohender Unterversorgung betroffene Bevölkerung in den Versorgungsgebieten
2022, Anteil in %

	Hausärzte		Frauenärzte		Kinderärzte	
Region	BVZ + 20%	BVZ + 10%	BVZ + 20%	BVZ + 10%	BVZ + 20%	BVZ + 10%
Hunsrück	17%	36%	0%	0%	25%	44%
Mittelrhein	0%	0%	0%	0%	12%	12%
Pfalz-West	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Rheinhessen	10%	10%	0%	0%	0%	11%
Rheinpfalz	0%	53%	0%	0%	0%	15%
Trier	19%	68%	0%	0%	20%	20%
Westerwald	19%	39%	0%	0%	50%	50%
Rheinland-Pfalz	**9%**	**32%**	**0%**	**0%**	**15%**	**22%**
Saarland	**13%**	**24%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**

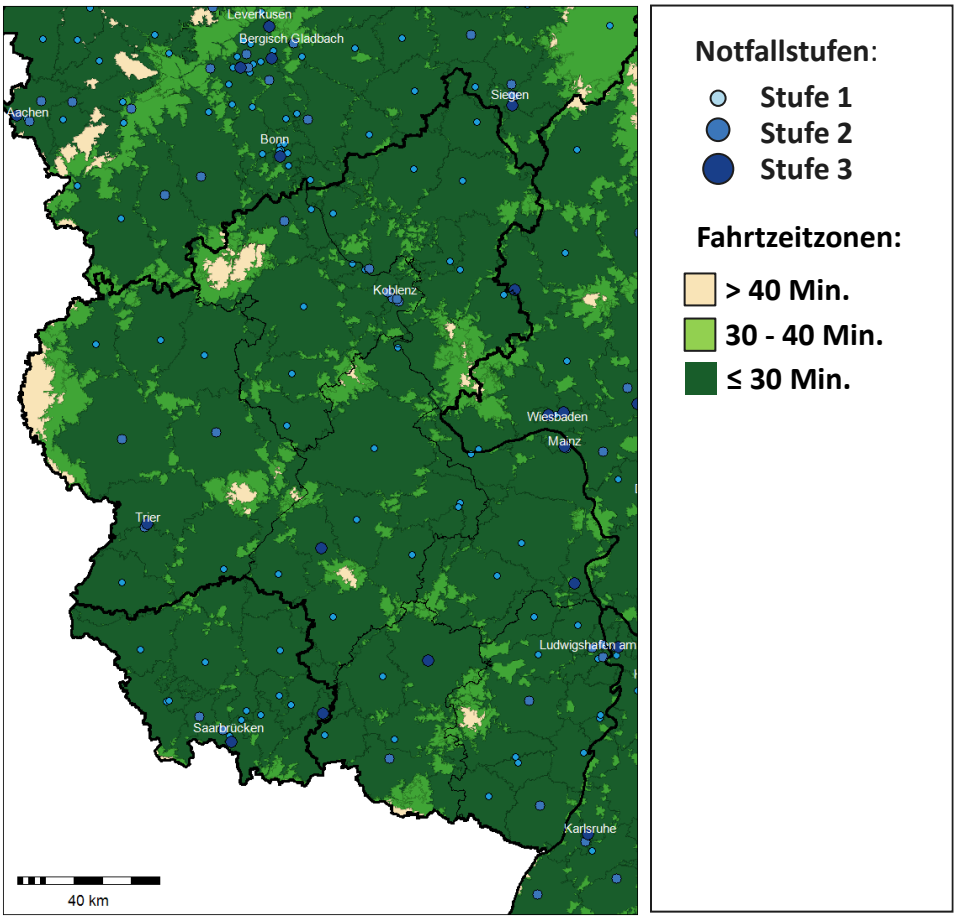
Anmerkung: Bei hausärztlicher Versorgung wurde die gesamte Bevölkerung zugrunde gelegt, bei Frauenärzten die weiblichen Einwohner, bei Kinderärzten die Einwohner bis 18 Jahre.
Quelle: KBV (2023d), Statistisches Bundesamt (2023d), eigene Darstellung.

Der drohenden Unterversorgung im primärärztlichen Bereich könnte künftig, neben den Vertragsärzten, auch durch andere Akteure begegnet werden. So könnten beispielweise ambulante Versorgungseinrichtungen, SVE oder (an Krankenhäusern angeschlossene) MVZ diese Versorgungslücken schließen.

3.6.2.Situation der klinischen Notfallversorgung

Ausgehend von den Standorten der Notfallstufen 1 bis 3 berechnen wir auf Karte 7 die Erreichbarkeit für Fahrzeitintervalle von „bis zu 30 Minuten“ und „30 bis 40 Minuten“. Vor allem innerhalb von Rheinland-Pfalz gibt es vereinzelt Flächen, die sich außerhalb der 30-minütigen Fahrzeitzone befinden. Es gibt nur wenige Regionen mit einer Fahrzeit von über 40 Minuten. Im Saarland erreichen alle Einwohner ein Krankenhaus mit einer Notfallstufe innerhalb von 30 Minuten. In Rheinland-Pfalz sind es 99 Prozent.

Karte 7: Erreichbarkeiten der Standorte der Notfallstufen 1 bis 3
2022



Anmerkung: Ohne Fachkliniken. Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.05.2021).
Quelle: GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Die Standortverteilung der Krankenhäuser mit Notfallstufe ist historisch gewachsen. Durch Restrukturierung der Krankenhausversorgung können sich die Erreichbarkeiten zum nächsten Notfallversorger verändern. Würde man die Standorte völlig beliebig platzieren können („Grüne Wiese“), würde man in Rheinland-Pfalz unter Erreichbarkeitsaspekten mindestens 20 Standorte

mit Notfallversorgung benötigen (derzeit: 63), im Saarland wären es mindestens drei (derzeit: 14). Dieses Grüne-Wiese-Szenario ist jedoch unrealistisch, weil die Standorte nicht alle neu gebaut werden können und zudem ein Mindestmaß an Wettbewerb in Städten und verstädterten Gebieten sinnvoll ist. Das Szenario gibt nur eine untere Grenze an und macht deutlich, dass eine Reduktion der Standorte der Notfallversorger nicht zwangsläufig zu längeren Fahrzeiten führen muss. Nähere Ausführungen hierzu finden sich im nachfolgenden **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.** zur RWI-Studie.

Kasten 2: RWI-Studie zu „Grüne Wiese"-Simulation

Wie viele Standorte der Notfallversorgung bräuchte es in einem fiktiven Szenario, wenn wir auf einer „grünen Wiese" die Standorte neu verteilen und die tatsächliche Standortverteilung in Deutschland ausblenden würden? Dieser Frage sind Augurzky et al. (2018) in einer Simulationsstudie des RWI nachgegangen. Die Autoren haben die notwendige Mindestanzahl an Standorten zur Notfallversorgung mit Hilfe statistischer Verfahren simuliert. In einem „Grüne Wiese"-Modellansatz verteilen sie die benötigten Standorte unabhängig von derzeit vorhandenen Standorten in Deutschland. Die durchgeführten Standortoptimierungen basieren räumlich auf Rastereinheiten, die die bestmögliche regionale Tiefe bieten und eine kleinräumige Betrachtung ermöglichen.[20] In der Simulation wird flächendeckend eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten zum nächstgelegenen Notfallversorger festgelegt. Dabei werden keine real vorhandenen Standorte berücksichtigt. Es wird projiziert, wo Standorte der Notfallversorgung in der Fläche verortet sein müssten, um mit einer minimalen Anzahl an notwendigen Standorten auszukommen.

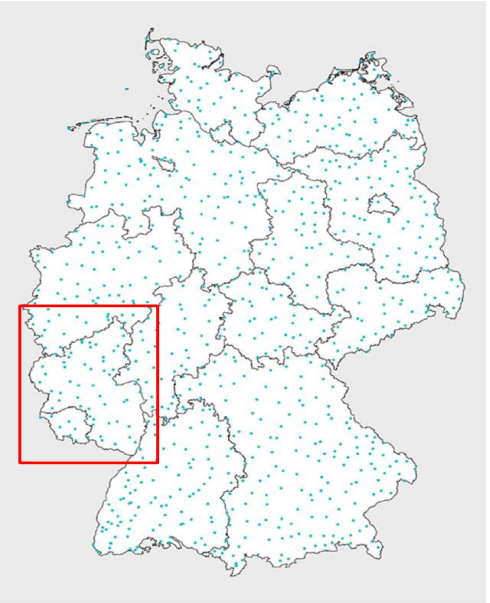
Im Basisszenario „Grüne Wiese 1" wird nur die maximale Fahrzeit von 30 Minuten als Simulationskriterium festgelegt. Schaubild 45 zeigt die ermittelten Standorte, wenn vorausgesetzt wird, dass jeder Einwohner Deutschlands den nächsten Notfallversorger innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreichen soll. In diesem Szenario werden bundesweit 868 Standorte zur Notfallversorgung ermittelt. Rheinland-Pfalz kommt in diesem Szenario mit 54 Standorten aus, was im Vergleich zum Status quo einem Rückgang von 14% entsprechen würde. Das Saarland kommt sogar nur mit sieben Notfallversorgern – die Hälfte zum Status quo – aus.

[20] Ein Raster ist eine synthetisch definierte Raumeinheit von 1km*1km Fläche. So entstehen etwa 360 000 Quadrate, die gleichmäßig ganz Deutschland abdecken. Unbewohnte Rastereinheiten werden ausgeschlossen. Damit verbleiben etwa 200 000 für die Analyse relevante bewohnte Raster.

Schaubild 45: Simulationsergebnisse „Grüne Wiese 1“
2022

		Δ zum Status quo
Deutschland		
Standorte:	**868**	-189
Je 1 Mio. Einwohner:	**10,4**	-17%
Je 10.000 km²:	**24,3**	
Rheinland-Pfalz		
Standorte:	**54**	-9
Je 1 Mio. Einwohner:	**13,1**	-14%
Je 10.000 km²:	**27,2**	
Saarland		
Standorte:	**7**	-7
Je 1 Mio. Einwohner:	**7,1**	-50%
Je 10.000 km²:	**27,2**	

Verteilung der Standorte



Quelle: Augurzky et al. (2018), GBA (2024), Statistisches Bundesamt (2023b, 2023f), eigene Darstellung.

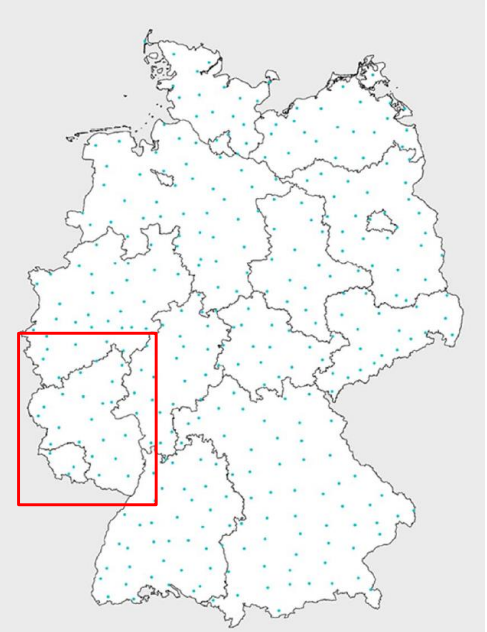
Im Basisszenario werden die notwendigen Standorte schrittweise bestimmt. Je mehr Standorte bestimmt werden, desto kleiner werden die übriggebliebenen zusammenhängenden Flächen, für die in der Simulation ggf. ein neuer Standort gesetzt werden muss. Am Ende gibt es in dieser Simulation viele Standorte, die nur wenige Raster allein versorgen, was keine effiziente Versorgungsstruktur nach sich zieht. Daher bereinigt Szenario „Grüne Wiese 2“ die Zahl der Standorte. Es werden all jene Standorte herausgenommen, die weniger als 15 Raster allein oder das letzte Perzentil der Bevölkerung versorgen. Diese Bereinigung hat keinen maßgeblichen Einfluss auf die Erreichbarkeit (gemessen als Fahrzeit) der Bevölkerung, wohl aber auf die Anzahl der Standorte zur Notfallversorgung.

In „Grüne Wiese 2“ sind bundesweit nur noch 337 Standorte notwendig, um die Notfallversorgung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit zu gewährleisten (Schaubild 46). Im Vergleich zum Status quo würde das einem Rückgang von 68% entsprechen. Ein gleicher prozentualer Rückgang resultiert in Rheinland-Pfalz, wo nur noch 20 Notfallversorger notwendig wären. Das Saarland würde in diesem Szenario sogar nur mit drei Notfallversorgern (-79%) auskommen. Allerdings würde man aus Wettbewerbsgründen dafür Sorge tragen, dass in Städten und verstädterten Gebieten für die Bevölkerung zumindest ein zweiter Standort erreichbar ist.

Schaubild 46: Simulationsergebnisse „Grüne Wiese 2“
2022

		Δ zum Status quo
Deutschland		
Standorte:	**337**	-720
Je 1 Mio. Einwohner:	**4,0**	-68%
Je 10.000 km²:	**9,4**	
Rheinland-Pfalz		
Standorte:	**20**	-43
Je 1 Mio. Einwohner:	**4,9**	-68%
Je 10.000 km²:	**10,1**	
Saarland		
Standorte:	**3**	-11
Je 1 Mio. Einwohner:	**3,1**	-79%
Je 10.000 km²:	**11,7**	

Verteilung der Standorte

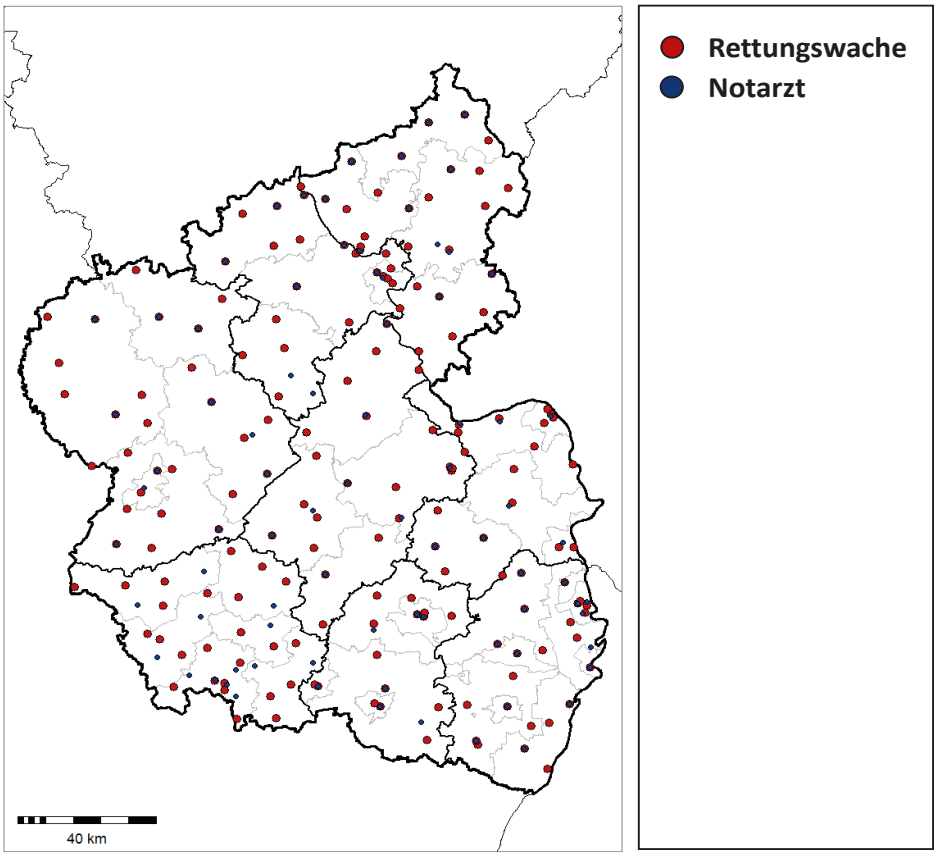


Anmerkung: Es werden im Vergleich zum Szenario „Grüne Wiese 1“ die Standorte außer Betracht gelassen, die weniger als 15 Raster alleinig versorgen oder das letzte Perzentil der Bevölkerung versorgen.
Quelle: Augurzky et al. (2018), GBA (2024), Statistisches Bundesamt (2023b, 2023f), eigene Darstellung.

Für die Notfallversorgung in der Fläche spielen neben den Krankenhäusern auch die Standorte der Rettungswachen, der Notärzte und der Luftrettungsdienste eine wichtige Rolle. Die Abdeckung durch Rettungswachen und Notärzte in der Fläche wird in Karte 8 gezeigt. Die Standorte der Luftrettungsdienste sind in Karte 9 dargestellt. Neben den sieben Stützpunkten der Luftrettung in Rheinland-Pfalz und im Saarland sowie neun weiteren Stützpunkten in den angrenzenden Ländern werden auch zwei Stützpunkte aus Luxemburg und einer aus Belgien berücksichtigt, mit denen die Versorgung vertraglich sichergestellt ist.[21] Deren Einsatzradius beträgt in der Regel 60 bis 70 Kilometer (DRF Luftrettung 2023). In der Karte werden die Radien für die Stützpunkte mit der unteren Grenze von 60 Kilometern angesetzt. Die Abdeckung innerhalb des Radius von 60 Kilometern ist in Rheinland-Pfalz und im Saarland flächendeckend sichergestellt. Die dunkler eingefärbten Flächen sind von mehreren Stützpunkten aus erreichbar. Die Notfallversorgung in der Eifel, die in Karte 7 vereinzelt Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufweist, ist durch die Luftrettung sichergestellt.

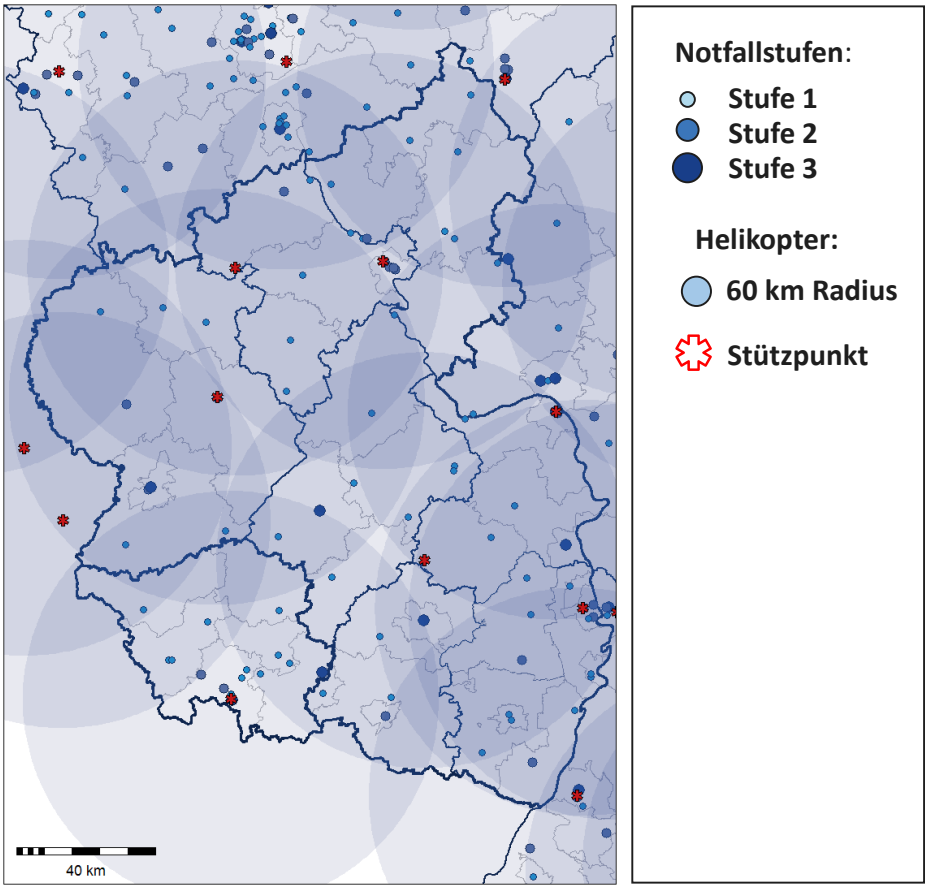
[21] Zwei Stützpunkte in Luxemburg sichern die Versorgung via Staatsvertrag. Zusätzlich fliegt ein belgischer Helikopter Einsätze in der Eifel. Von den zwölf außerhalb von Rheinland-Pfalz und dem Saarland liegenden Stützpunkten, sind im Kartenausschnitt (Karte 9) sieben zu sehen. Die 60 km-Radien der übrigen Stützpunkte werden berücksichtigt.

Karte 8: Standorte der Rettungswachen und Notärzte
2024



Anmerkung: Die Standortdaten wurden von den beauftragenden Krankenkassen bereitgestellt.
Quelle: Eigene Darstellung.

Karte 9: Standorte der Luftrettungsdienste
2024



Anmerkung: Die Standortdaten wurden von den beauftragenden Krankenkassen bereitgestellt.
Quelle: Eigene Darstellung.

3.6.3. Situation der klinischen fachärztlichen Versorgung

In diesem Abschnitt identifizieren wir Regionen, die ein Potenzial zur Konzentration und Schwerpunktbildung in der Krankenhausversorgung haben. Dazu ordnen wir die stationären Fallzahlen aus den Qualitätsberichten den NRW-Leistungsgruppen zu. Um das Potenzial quantitativ beurteilen zu können, greifen wir auf zwei Kriterien zurück. Als erstes Kriterium verwenden wir die Erreichbarkeit je Leistungsgruppe (LG). Wir setzen je LG eine maximale Fahrzeit von 45 Minuten an, mit Ausnahme der LG „Allg. Innere Medizin“ und „Allg. Chirurgie“, für die wir 30 Minuten ansetzen. Das Leistungsangebot der Kliniken in den umliegenden Bundesländern wird in der Berechnung der Fahrzeit mitberücksichtigt. Die Bundeslandgrenzen stellen demnach keine Grenzen für die Versorgung der Bevölkerung dar. Wie bereits bei der klinischen notärztlichen Versorgung greifen wir auch hier auf das Betroffenheitsmaß des GBA zurück. Zunächst berechnen wir für den Mittelpunkt jedes PLZ-Gebietes die Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus, welches eine bestimmte Leistungsgruppe anbietet. Wenn diese Fahrzeit für mehr als 5 000 Einwohner pro Versorgungsgebiet mehr als die maximale Minutenzahl beträgt, sprechen wir von einer kritischen Erreichbarkeit.

Als zweites Kriterium verwenden wir die Fallzahl einer Leistungsgruppe je Standort. Je Leistungsgruppe legen wir einen Schwellenwert fest, den ein Standort mindestens erreichen sollte, um

effizient arbeiten und eine hohe Qualität erzielen zu können.[22] Als Schwellenwert verwenden wir das 20%-Perzentil der Verteilung der Fälle je LG über alle Standorte (Tabelle 4). Anschließend prüfen wir, ob die an den Standorten erbrachte Fallzahl je LG unter- oder oberhalb des Schwellenwerts liegt. Wir bestimmen je Versorgungsgebiet den Anteil der Fälle, der von den Standorten erbracht wird, die den Schwellenwert unterschreiten. Wenn er über 15% liegt, bedeutet dies, dass einerseits die Schwerpunktbildung dort bislang gering ist und dass aber andererseits bei Zusammenlegung von Leistungsgruppen ein Augenmerk auf die Erreichbarkeit gerichtet werden muss. Daher untersuchen wir auch die Veränderung der Erreichbarkeit, wenn die Standorte, deren Fallzahl unterhalb des Schwellenwerts liegt, diese Leistungsgruppe nicht mehr erbringen würden.

Tabelle 4: Schwellenwerte der Fallzahlen je Perzentil für ausgewählte Leistungsgruppen 2022

	Schwellenwerte nach Perzentilen			Weitere Statistiken		
Leistungsgruppe	15%	20%	25%	Min.	Max.	Median
LG 8.1 Interventionelle Kardiologie	398	485	594	62	3 924	853
LG 14.1 Endoprothetik Hüfte	60	68	73	12	574	107
LG 14.2 Endoprothetik Knie	64	68	69	29	496	105
LG 20.1 Urologie	205	255	283	51	4 451	939
LG 21.4 Geburtshilfe	573	696	807	12	4 134	1 228
LG 23.1 Kinder- und Jugendmedizin	1 457	1 524	1 774	0	4 805	2 802
LG 24.1 HNO	35	60	81	10	3 648	201
LG 26.1 Neurologie	695	916	1 138	30	3 295	1 632
LG 27.1 Geriatrie	124	160	210	21	1 065	326

Anmerkung: Die Schwellenwerte geben das 15, 20 bzw. 25%-Perzentil der Fallzahlen je Leistungsgruppe an. Kliniken mit einer sehr geringen Fallzahl haben wir als Datenausreißer betrachtet und hier nicht berücksichtigt. Als Ausreißer definieren wir, wenn in einer LG weniger als 10 Fälle erbracht werden und diese 10 Fälle nicht mehr als das 3%-Perzentil in der LG sind.
Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Tabelle 5 stellt je Leistungsgruppe und Versorgungsgebiet die Ergebnisse beider Kriterien dar. Das Erreichbarkeitskriterium wird in Form einer Ampel dargestellt. Wenn eine gute Erreichbarkeit innerhalb der Fahrzeitgrenze gewährleistet ist, ist die Ampel grün. Erhöht sich die Fahrzeit über die kritische Grenze von 30 bzw. 45 Minuten für mehr als 5 000 Einwohner innerhalb des Versorgungsgebiets, ist die Ampel rot. In den meisten Versorgungsgebieten ist die Erreichbarkeit für alle betrachteten Leistungsgruppen gut. In den Versorgungsgebieten Trier, Westerwald und Mittelrhein ist die Erreichbarkeit dagegen bereits im Status quo in mindestens drei Leistungsgruppen als kritisch anzusehen.

[22] Der so genannte Volume-Outcome Zusammenhang wurde in der Literatur vielfach belegt (Hentschker und Mennicken 2018, Augurzky et al. 2020).

Tabelle 5: Konzentrationspotenzial je Leistungsgruppe und Versorgungsgebiet
2022

	LG 1.1 Allg. Innere Med.	LG 8.2 Interv. Kardiol.	LG 9.1 Allg. Chirurgie	LG 14.1 Endopr. Hüfte	LG 14.2 Endopr. Knie	LG 20.1 Urologie	LG 21.4 Geburtshilfe	LG 23.1 K.- u. J.Med.	LG 24.1 HNO	LG 26.1 Neurologie	LG 27.1 Geriatrie
Hunsrück											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	5,9%	0,0%	10,0%	3,45%	4,6%	0,0%	1,2%	30,8%	0,0%	1,0%	4,0%
Mittelrhein											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	14,3%	8,6%	18,9%	5,07%	7,0%	0,0%	6,3%	13,6%	0,0%	8,4%	6,3%
Pfalz-West											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	8,4%	4,9%	12,2%	6,88%	4,6%	0,0%	0,0%	31,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Rheinhessen											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	0,0%	0,0%	7,5%	0,00%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	15,1%	0,0%
Rheinpfalz											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	8,0%	7,7%	4,6%	7,09%	8,1%	3,0%	16,8%	0,0%	4,3%	1,7%	9,1%
Trier											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	3,2%	7,2%	7,3%	3,63%	1,9%	2,5%	11,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Westerwald											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	16,3%	9,9%	15,3%	11,02%	7,9%	5,3%	0,0%	0,0%	4,4%	13,0%	4,3%
Saarland											
Erreichbarkeit - Status quo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Erreichbarkeit - Wegfall 20%-Perz.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Schwellenwert 20%-Perz.	3,8%	0,0%	0,0%	3,24%	9,3%	1,2%	5,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%

Legende

Erreichbarkeit	●	< 5.000 Einwohner im Versorgungsgebiet haben eine Fahrzeit von über 45 Minuten (1)
	●	≥ 5.000 Einwohner im Versorgungsgebiet haben eine Fahrzeit von über 45 Minuten (1)
Schwellenwert je Perzentil	0-5%	Anteil der Fälle je LG und VG, in denen die KH einen bestimmten Schwellenwert bei der Fallzahl unterschreiten. Festlegung der Schwellenwerte anhand der Verteilung der Fallzahlen aller KH in RP und im SL, die Fälle in einer Leistungsgruppe erbringen.
	5-15%	
	> 15%	

Anmerkung: Die Erreichbarkeit ist kritisch (rote Ampel), wenn mehr als 5 000 Einwohner in einem Versorgungsgebiet länger als 30 bzw. 45 Minuten benötigen. Die Einfärbung in der dritten Zeile je Versorgungsgebiet (Schwellenwert 20%-Perzentil) zeigt an, wie viele Fälle in Krankenhäusern behandelt werden, deren Fallzahlen unterhalb des Schwellenwerts liegen. Werden 0-5% der Fälle innerhalb eines VG in diesen Krankenhäusern behandelt, so ist die Zelle grün, bei 5-15% ist sie gelb und bei mehr als 15% rot.
Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Zusätzlich untersuchen wir die Erreichbarkeit, wenn diejenigen Standorte mit einer Fallzahl unterhalb des kritischen Schwellenwerts (20%-Perzentil) nicht mehr an der Versorgung dieser Leistungsgruppe teilnehmen würden. Ihre Fälle würden auf andere Standorte verteilt. Nach dieser Umverteilung würde sich die Erreichbarkeit in bestimmten Leistungsgruppen verschlechtern und in der Tabelle ändert sich die Ampelfarbe von Grün auf Rot. Dies würde auf zwei Leistungsgruppen in den Gebieten Hunsrück, Pfalz-West und Westerwald zutreffen.

In den Versorgungsgebieten Pfalz-West und Westerwald gibt es jeweils zwei Leistungsgruppen, in denen mehr als 15% der Fälle in Krankenhäusern behandelt werden, deren Fallzahlen unterhalb des Schwellenwerts liegen. In den anderen rheinland-pfälzischen Versorgungsgebieten trifft das auf jeweils eine Leistungsgruppe zu. In der Tabelle ist dies durch eine rote Einfärbung

in der Zeile „Schwellenwert 20%-Perzentil“ gekennzeichnet. Dies betrifft die Leistungsgruppen Kinder- und Jugendmedizin und Allgemeine Chirurgie. Hier besteht Potenzial zur Schwerpunktbildung.

Mit den von uns angesetzten Schwellenwerten soll eine Mindestzahl an erbrachten Fällen abgebildet werden. Die Unterschreitung dieses Schwellenwerts soll veranschaulichen, dass Potenzial zur Schwerpunktbildung besteht. Hierdurch lässt sich die Qualität der erbrachten Leistungen verbessern. Die Qualität im Krankenhaus ist ein wichtiger Baustein im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform (Kasten 3).

Kasten 3: Qualität im Krankenhaus

Qualität in Krankenhäusern ist ein zentraler Aspekt der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung ist nicht nur für die Patientensicherheit und -zufriedenheit entscheidend, sondern auch für die Effizienz des Gesundheitssystems insgesamt. Bislang wird das Thema Qualität in Krankenhäusern vorwiegend über die Vorgaben zur Qualitätssicherung des GBA adressiert. Diese umfassen u.a. Mindestmengen für planbare Eingriffe, Nachweispflichten zur Fortbildung im Krankenhaus, Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik sowie weitere Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Bundesregierung plant im Rahmen der Krankenhausreform 2024 Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Qualitätssteigernde Maßnahmen sind sowohl im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhaustransparenzgesetz als auch im angestrebten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verankert. Der Fokus liegt dabei auf Strukturqualität. Parallel hierzu hat der GBA seine Mindestmengenregelung weiterentwickelt.

Die im Eckpunktpapier zur Krankenhausreform formulierten Ziele sollen durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz konkretisiert werden. Im Zentrum stehen Neuregelungen zur Krankenhausvergütung. Eine Verbesserung der Qualität soll über Mindestanforderungen an die Leistungsgruppen erreicht werden. Sie beziehen sich auf strukturelle Vorgaben zur vorzuhaltenden apparativen Ausstattung (z.B. EKG, Röntgen, CT) oder zum ärztlichen und pflegerischen Personaleinsatz (Ärzteblatt 2023, BMG 2023a).

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wird die Schaffung eines bundesweiten Transparenzverzeichnisses für Krankenhäuser ermöglicht. In diesem sollen Informationen bezüglich der Erfüllung der Qualitätskriterien niederschwellig, zentral und einfach verständlich veröffentlicht werden (Deutscher Bundestag 2023a, Deutscher Bundestag 2023b).

Die Mindestmengenvereinbarung des GBA stellt sicher, dass bestimmte komplexe Operationen oder Behandlungen nur von Krankenhäusern durchgeführt werden, die eine festgelegte Mindestanzahl dieser Eingriffe pro Jahr erreichen. Dadurch wird gewährleistet, dass Krankenhäuser, die diese Behandlungen anbieten, über ausreichende Erfahrung und Expertise verfügen. Diese Regelung orientiert sich an dem sogenannten Volume-Outcome-Zusammenhang, also dass eine höhere Anzahl von Eingriffen in der Regel zu einer höheren Behandlungsqualität führt. Bisher umfasste die Mindestmengenregelung insgesamt zehn Indikationen, darunter Tumorresektionen oder Lebereingriffe. Die aktuelle Neuerung sieht nun eine Mindestmenge von zehn Herztransplantationen pro Jahr ab 2026 vor. Bisher wurden Herzen an 18 Krankenhausstandorten in Deutschland transplantiert. Durch die Erweiterung des Katalogs wird diese Zahl voraussichtlich auf zwölf Krankenhausstandorte sinken (GBA 2023).

Daneben kommen bereits heute interne Qualitätsmanagementsysteme in Krankenhäusern zum Einsatz. Sie ermöglichen es Krankenhäusern, kontinuierlich Daten zur Behandlungsqualität zu

sammeln, zu analysieren und daraus Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Sie umfassen typischerweise Patientensicherheitsprotokolle, Prozessabläufe und die Einhaltung von Behandlungsstandards. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung fordert in ihrer dritten Stellungnahme hierzu verschiedene Maßnahmen, um die Versorgungsqualität zu erhöhen (BMG 2022). Unter anderem soll künftig datengestützter Qualitätssicherung eine höhere Bedeutung zukommen. Dies soll unter anderem durch den verstärkten Einsatz von Patient Reported Experience Measures (PREM) und Patient Reported Outcome Measures (PROM) vorangetrieben werden (BMG 2022). PREM beziehen sich auf Maßnahmen oder Indikatoren, die Erfahrungen von Patienten mit der Gesundheitsversorgung aus ihrer eigenen Perspektive bewerten. PROM sind von Patienten berichtete Informationen über ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden. Durch die systematische Erfassung dieser Informationen könnte die Patientenzufriedenheit unmittelbar positiv beeinflusst werden. Infolgedessen könnten sich auch die Behandlungsergebnisse verbessern, weil zufriedene Patienten eher den Anweisungen des medizinischen Personals folgen (Schönfelder und Kugler 2011).

4 Zielbild und Handlungsempfehlungen

Die deutsche Volkswirtschaft ist im Jahr 2023 ins Stocken geraten. Die wirtschaftlich guten 2010er Jahre endeten mit der Pandemie und der Energiekrise. Zudem verliert die Gesellschaft allmählich die vielen zupackenden Hände der geburtenstarken Jahrgänge, während die nachwachsenden Kohorten zahlenmäßig viel kleiner sind. Auf etwa neun Menschen, die in Kürze in Rente gehen, kommen rund fünf junge Menschen nach, die in ihre Fußstapfen treten sollen. Hinzu kommen weltpolitische Krisen, die immer mehr Ressourcen binden, während die Steuereinnahmen weniger stark steigen als früher. Infolgedessen schrumpft der Spielraum der öffentlichen Haushalte. Gleiches gilt für die Einnahmen der Sozialversicherungen.

Damit steht die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor der Herausforderung, die wachsenden Bedarfe einer alternden Bevölkerung bei einer schrumpfenden Zahl an erwerbsfähigen Personen decken zu müssen. Zwar ist auch mit einer Verschiebung von personellen Ressourcen aus anderen Branchen in das Gesundheitswesen zu rechnen, allerdings mit der Folge, dass die Kosten des Gesundheitswesens dann überproportional steigen und von den anderen Branchen finanziert werden müssen. Eine bloße Fortschreibung des heutigen Gesundheitswesens wird immer mehr an Grenzen der Finanzierbarkeit stoßen.

Auch die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich inzwischen verschärft. Die Zahl der Krankenhausinsolvenzen in Deutschland hat im Jahr 2023 zugenommen. Laut der DKG (2023) waren im Jahr 2023 fast 40 Krankenhausinsolvenzen zu verzeichnen. Im Jahr 2024 rechnet die DKG mit einer höheren Anzahl insolventer Krankenhäuser. In Rheinland-Pfalz sind im Jahr 2023 drei Krankenhäuser geschlossen worden, im Saarland eins.[23] Im gleichen Jahr mussten zudem acht Kliniken in beiden Ländern ein Insolvenzverfahren eröffnen bzw. beantragen.[24] Es muss be-

[23] In Rheinland-Pfalz wurden das St Josef Krankenhaus Adenau (März 2023), die Paracelsus Klinik Bad Ems (Juni 2023) und die Klinik Annweiler (Juli 2023) geschlossen. Im Saarland wurde das Ev. Krankenhaus Saarbrücken (März 2023) geschlossen.

[24] DRK Krankenhäuser Hachenburg-Altenkirchen, Kirchen, Neuwied, Alzey; St. Elisabeth Krankenhaus in Lahnstein, Heilig-Geist-Hospital in Bingen, Klinikum Merzig (Stand: 30.4.2024).

obachtet werden, ob dadurch Versorgungslücken entstehen könnten. Um absehbare Schwierigkeiten zu vermeiden, sollten rechtzeitig Maßnahmen dagegen ergriffen werden. Die von der Bundesregierung angestrebte große Krankenhausreform zielt unter anderem darauf ab, die vorhandenen Krankenhausstrukturen effizienter zu gestalten, um die Versorgung zu stabilisieren und gleichzeitig ihre Qualität zu erhöhen. Eine Erhöhung der Effizienz der Gesundheitsversorgung ist dringend nötig, um Rationierung von Leistungen vermeiden zu können.

Das deutsche Gesundheitswesen weist in mehrerer Hinsicht ein großes Potenzial auf. Auf der Nachfrageseite besteht erstens die Chance, Bedarfe grundsätzlich zu vermeiden oder ressourcenschonender zu erbringen, zum Beispiel durch Prävention. Zweitens kann die Allokation der einzelnen Bedarfsarten verbessert werden, zum Beispiel durch sektorenübergreifende Versorgung. So ließen sich mehr Leistungen ambulant statt stationär erbringen und auch einige der heute ambulant erbrachten Leistungen durch die Nutzung digitaler Anwendungen reduzieren (Stichwort „digital vor ambulant vor stationär“).

Auf der Angebotsseite können drittens durch eine stärkere Zentralisierung und Schwerpunktbildung sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung Vorhalteleistungen reduziert, Arbeitsplätze für die Fachkräfte attraktiver gestaltet und oft auch die Qualität der medizinischen Versorgung gesteigert werden (Hentschker und Mennicken 2018, Augurzky et al. 2020). Im Gegenzug kann sich dadurch in einzelnen Fällen die Fahrzeit zu den Angeboten für die Bevölkerung erhöhen. Um die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, können neue und flexible Versorgungsformen wie beispielsweise die im Rahmen der Krankenhausreform angedachten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SVE)[25] sowie telemedizinische Vernetzung helfen. Zudem würde mehr Gestaltungsspielraum auf lokaler Ebene dazu führen, lokal passende Lösungen umsetzen zu können.

Viertens besteht Optimierungspotenzial bei der Allokation der für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Beim Personal seien an dieser Stelle beispielhaft eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit, eine umfangreichere Delegation und Substitution von Tätigkeiten und eine größere Verantwortungsübernahme durch die Pflege genannt. Zudem spielt auch der Einsatz von Kapital eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Zum Beispiel können durch eine kluge Bauweise Arbeitsabläufe effizienter gestaltet werden, was den Zeit- und damit den Personalbedarf reduziert. Insofern dienen Investitionen nicht nur dem Substanzerhalt, sondern sie können auch einen wichtigen Beitrag zur effizienten Allokation der Ressource Personal leisten. Dies wird noch deutlicher, wenn es – fünftens – um den Einsatz moderner Technologien geht, worunter beispielsweise die Themen Digitalisierung, Telemedizin, Künstliche Intelligenz und Robotik fallen (Klein et al. 2023).

4.1. Versorgungsstrukturen im Zielbild

Um die genannten Potenziale heben zu können, muss die Gesundheitsversorgung ganzheitlich gedacht werden: von präventiven bis zu kurativen Angeboten, von rehabilitativen und Unter-

[25] In der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus dem Jahr 2022 wurden diese Einrichtungen „Level 1i“ genannt. In diesem Gutachten werden die Begriffe ambulante Zentren und SVE synonym verwendet, um der Unsicherheit der finalen rechtlichen Ausgestaltung dieser Versorgungsform Rechnung zu tragen. Im Zielbild wird aus Vereinfachungsgründen der Begriff SVE genutzt.

stützungsleistungen, von sehr einfachen bis zu hochkomplexen Spezialangeboten. Kasten 4 formuliert anhand eines Use Case, wie eine patientenorientierte Versorgung funktionieren sollte.[26] Eine wichtige Säule bildet die Versorgung von akut erkrankten Menschen und die Notfallfallversorgung. Eine weitere Säule ist die Behandlung von chronisch kranken Menschen, die vielfach wiederkehrende Leistungen benötigen. Hieran schließen sich Leistungen für pflegebedürftige Menschen an, vor allem im Bereich der Altenhilfe. Eine gute Gesundheitsversorgung bemüht sich außerdem, präventiv tätig zu werden, sodass der medizinische oder pflegerische Bedarfsfall erst gar nicht oder zumindest erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt. Im Idealzustand liegt der Hauptfokus also auf Prävention. Sie fängt schon in Schulen an und setzt sich in Betrieben fort. Im Folgenden formulieren wir das Zielbild einer ganzheitlich gedachten Gesundheitsversorgung, angefangen bei der Basisversorgung vor Ort bis hin zur stationären Spezialversorgung.

Kasten 4: Use Case einer patientenorientierten Versorgung

Wilfried, 83 Jahre, ist seit vielen Jahrzehnten Diabetiker. Vor sieben Jahren wurde zudem eine Herzerkrankung diagnostiziert. Glücklicherweise hat Wilfried mit seiner Hausärztin Dr. Engelbert eine zuverlässige Ansprechpartnerin. Seine Herz- und Blutzuckerwerte werden täglich automatisch erfasst und analysiert. Bei Auffälligkeiten bekommt Dr. Engelbert eine Info, die sie wiederum mit Wilfried in einem kurzen Video-Telefonat bespricht.

Im Winter ist Wilfried bei Glatteis unglücklich gestürzt und hat sich den Oberschenkelhalsknochen gebrochen. Per Rettungswagen wurde er zum lokalen Regionalversorger gebracht und dort operiert. Der Regionalversorger koordiniert im Anschluss die Verlegung auf die geriatrische Station des nächstliegenden Gesundheitszentrums. Auf der geriatrischen Station ist man dank eines multiprofessionellen Teams bestens auf Patienten wie Wilfried eingestellt und kann über ergänzende rehabilitative Maßnahmen seine Genesung soweit möglich unterstützen. Trotz aller Bemühungen kann eine geringe Pflegebedürftigkeit jedoch nicht vermieden werden. Bis ein Pflegedienst Kapazitäten für die häusliche Betreuung von Wilfried bereitstellen kann, organisiert das Krankenhaus eine Kurzzeitpflege.

Nach der Entlassung aus der Kurzzeitpflege wird Wilfried von Pflegekräften ambulant betreut. Mithilfe eines Medikamentenplans ist die korrekte Einnahme von Arzneimitteln gesichert und mit seinen am Gesundheitszentrum ansässigen Fachärzten abgestimmt. Regelmäßig bringt eine speziell ausgebildete Pflegefachkraft (Advanced Nurse Practitioner) die in der Apotheke vordosierten Medikamente vorbei und kümmert sich um die Kontrolle von Wilfrieds allgemeinem Gesundheitszustand. Bei ärztlichem Abstimmungsbedarf wird Dr. Engelbert oder der jeweilige Facharzt mittels Telemedizin dazugeschaltet. Einfache Untersuchungen führt die Pflegekraft direkt im Auftrag der Ärzte durch. Gesundheitliche Probleme und eventuell auftretende medizinisch notwendige Behandlungen können so frühzeitig erkannt, gesteuert und koordiniert werden. Wilfried fühlt sich gut betreut und war seitdem nicht mehr im Krankenhaus.

Eine wichtige Rolle nimmt dabei ein „dezentraler Kümmerer“ bzw. Case Manager als individueller Ansprechpartner für Patienten und Bürger in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator von Gesundheitsdienstleistungen ein. Diese Aufgabe wird von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen. Je nach Art der Bedarfe kann eine qualifizierte Pflegefachperson auch Hauptansprechpartner sein. Im Englischen finden sich hierfür Begriffe wie „Community

[26] Dieses Beispiel ist entnommen aus dem Gutachten zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ (hcb 2021).

Health Nurse“ und „Advanced Nurse Practioner“. Bei den Kümmerern laufen alle Fäden zusammen, darunter auch die Gesundheitsdaten der Patienten – selbstverständlich unter Zuhilfenahme moderner Technologie. In einer elektronischen Patientenakte werden alle Gesundheitsdaten hinterlegt: Befunde, Diagnosen, Laborwerte, Bilder, Arzneimittel, Impfungen, Allergien und vieles mehr. Der Patient ist dabei Eigentümer seiner Daten und entscheidet darüber, welche Personen darauf Zugriff haben.

Idealerweise erteilt er seinem Case Manager Zugriff darauf, der durch intelligente Auswertungstools – beispielsweise unterfüttert mit künstlicher Intelligenz – Muster erkennen und gezielt medizinische Maßnahmen einleiten kann. Aber auch der Patient selbst kann durch geeignete digitale Tools Auswertungen seiner Daten vornehmen. So entsteht für die Patienten eine Art digitaler Begleiter, der in einfachen medizinischen Fällen bereits gut fundierte Einschätzungen abgeben und Lösungsoptionen anbieten kann. Manchmal können damit aufwändige Arztbesuche vermieden werden. Der Case Manager organisiert mit Hilfe solcher digitaler Werkzeuge die Gesundheitsversorgung vor Ort, indem er die Angebote von Therapeuten, Kliniken, Apotheken, Altenpflege und bis hin zu Sozialarbeitern koordiniert.

Je nach lokaler Situation arbeiten Case Manager in größeren Gesundheitszentren zusammen, realisieren dadurch wirtschaftliche Synergien und können durch die Verteilung der Dienste auf viele Köpfe eine gute zeitliche Erreichbarkeit anbieten. Vorbild dafür sind zum Beispiel die Gesundheitszentren in Finnland (Schaubild 47). Sie umfassen die komplette ambulante primärärztliche Akutversorgung bis hin zur zahnärztlichen Versorgung. Sie betreuen chronisch Kranke, kümmern sich um die häusliche Krankenpflege und um ambulante Rehabilitation. Zudem übernehmen sie Public-Health-Aufgaben, darunter Impfungen und Gesundheitsberatung sowie die Gesundheitsversorgung von Schülern und Studierenden. In Abhängigkeit von ihrer Größe erbringen sie auch eine psychiatrische Grundversorgung, Physiotherapie, Logo- und Ergotherapie und verfügen über Radiologie, Labor, Ultraschall, EKG sowie in größeren Zentren auch wenige, durch Allgemeinärzte geleitete Betten für kurzzeitige Überwachung von Patienten.

Schaubild 47: Gesundheitszentrum für primärärztliche Versorgung in Finnland

Gesundheitszentrum(1)

Erstanlaufstelle und **Weiterbehandlung** nach stationärem Aufenthalt
Erstkontakt mit Krankenpflegepersonal (häufig per Telefon): **Assessment für die Behandlungsnotwendigkeit und Zuständigkeit**
160 Gesundheitszentren mit 510 Standorten (= Stationen; davon 11% durch „Outsourcing“ privat betrieben)
Stationäre Fälle 2018: 230.000 (auf eigenen Bettenabteilungen); stationäre Fälle im Krankenhaus: 980.000

Leistungsangebote und Ausstattung

- Ambulante primärärztliche Akutversorgung
- Kontinuierliche Versorgung chronisch Kranker
- Häusliche Krankenpflege
- Public-Health-Aufgaben (Impfungen, Gesundheitsberatung)
- Ambulante Rehabilitation
- Zahnärztliche Versorgung
- Gesundheitsversorgung von Schülern, Studenten, Arbeitsmedizin
- Größenabhängig: psychiatrische Grundversorgung, Physiotherapie, Logo- und Ergotherapie, kurzzeitige primärärztliche stationäre Versorgung
- Größenabhängige Ausstattung: Radiologie, Labor, Ultraschall, EKG, Bettenabteilungen an den Zentren (durch Allgemeinärzte geleitet)

Ärztliches Personal (37%): Allgemeinärzte, Geriater, Internisten, Kinderärzte, Zahnärzte, in größeren Zentren auch Radiologie, Neurologie und Psychiatrie

Pflegepersonal (56%): z.T. spezialisiert: Public Health Nurse, Versorgung chronisch Kranker, Betreuung von Schwangeren und Mutter-Kind; Krankenpflegepersonal tlw. mit Rechten zur Durchführung von Sprechstunden, Erneuerung von Rezepten bzw. Verschreibung bestimmter Arzneimittel

Sonstiges Personal (7%): u.a. Physiotherapeuten, Sozialarbeiter

(1) Die Kommune ist verantwortlich für primäre Gesundheitsversorgung.
Quelle: Preusker (2017), eigene Darstellung.

Über 50% ihres Personals sind Pflegefachpersonen, die zum Teil auf Public Health, Versorgung chronisch Kranker, Betreuung von Schwangeren, Mutter und Kind spezialisiert sind. Etwas mehr als ein Drittel ist ärztliches Personal: Allgemeinärzte, Geriater, Internisten, Kinderärzte, Zahnärzte und in größeren Zentren auch Radiologen, Neurologen und Psychiater. Weiteres Personal setzt sich unter anderem aus Physiotherapeuten und Sozialarbeitern zusammen. Der Erstkontakt findet in der Regel mit Krankenpflegepersonal – häufig über Telefon – statt. Dort erfolgt eine Einschätzung für die Behandlungsnotwendigkeit und Zuständigkeit. Das Krankenpflegepersonal verfügt teilweise auch über das Recht zur Durchführung von Sprechstunden, Erneuerung von Rezepten bzw. Verschreibung bestimmter Arzneimittel.

Auch für Rheinland-Pfalz und das Saarland bieten sich solche Gesundheitszentren an. Anders als in Finnland, wo die fachärztliche Versorgung ausschließlich an den Krankenhäusern stattfindet, sollten die Zentren in Deutschland auch die fachärztliche Versorgung mit abdecken können. Zudem könnten kleine Krankenhäuser der Grundversorgung umgewandelt und in das Zentrum integriert werden, um ein sektorenübergreifendes Angebot zu schaffen. Dies kommt dem Gedanken der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (SVE) aus dem Vorschlag der Regierungskommission nahe[27]. Die SVE sind Gegenstand des Referentenentwurfs (Stand: 15.4.2024) zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Ein Modell zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsinfrastruktur mit dem Ziel der vernetzten Versorgung unter einem Dach wurde vom Verband der Ersatzkassen e. V. mit den Regionalen Gesundheitszentren (RGZ) entwickelt (Verband der Ersatzkassen e. V., 2022). Dieses Modell wird in Kasten 5 kurz skizziert. Vor allem in den ländlich geprägten Gebieten können sie Erstanlaufstelle für die Bevölkerung sein und ein bundesweit vergleichbares Niveau der Patientenversorgung sichern. Dabei muss jede SVE auch eine stationäre Versorgungseinheit besitzen, in der mindestens stationäre Leistungen aus den LG Innere Medizin oder Geriatrie angeboten werden müssen. Sie sollte aber stets telemedizinisch mit größeren Krankenhäusern vernetzt sein, um auf Fachexpertise in größerer Entfernung zugreifen zu können.

Kasten 5: Modell eines Regionalen Gesundheitszentrums

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek 2022) hat ein Modell eines Regionalen Gesundheitszentrums (RGZ) konzipiert. Das Modell der RGZ stellt einen Versorgungsansatz dar, mit dem die regionale Versorgungsinfrastruktur nach einheitlichen Normen weiterentwickelt wird. Das Ziel ist eine vernetzte Versorgung. Die Basis bilden dabei die bewährten kollektivvertraglichen Strukturen. Auf diese Weise sollen die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden, ohne dass es zu einer regionalen Fragmentierung der Versorgungs-, Vertrags- und Honorarstrukturen kommt. Weiter soll ein bundesweit vergleichbares Niveau der Patientenversorgung gesichert werden. Darüber hinaus soll das RGZ gerade in ländlichen Regionen für den ärztlichen Nachwuchs attraktive und flexible Arbeitsbedingungen bieten.

Eine Besetzung von mindestens vier Hausärzten je RGZ (Vollzeitäquivalente) soll eine Erreichbarkeit über die üblichen Sprechstunden ermöglichen und in der Folge die bestehenden Strukturen der Notfallversorgung erweitern sowie umliegende Praxen entlasten. Zudem sollen bei der Delegation bzw. Substitution neue Standards in der Gestalt gesetzt werden, dass auf jeden Hausarzt (Vollzeitäquivalent) mindestens eine qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenz kommt. Zukünftig sollen zudem neu ausgebildete „Physician Assistants“ eigenständig in Diagnostik und

[27] In der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus dem Jahr 2022 wurden diese Einrichtungen „Level 1i“ genannt.

Therapie eingesetzt werden können. Durch eine Verknüpfung von haus- und fachärztlicher Grundversorgung sollen fachübergreifende Behandlungskonzepte gewährleistet werden. In den RGZ soll außerdem auf digitale Behandlungsoptionen gesetzt werden, für die entsprechende technische und personelle Ressourcen bereitstehen. Ebenfalls sollen weitere medizinische Fachberufe (bspw. Physiotherapeuten oder Pflegekräfte) angesiedelt werden. Managed Care-Ansätze zwischen Case Managern der Krankenkassen und des RGZ sollen effizientere Abläufe gewährleisten und Ärzte entlasten.

Gerade durch die Vielzahl an Leistungsbringern in einem RGZ kann das Angebot von Überwachungsbetten wirtschaftlich sein. Somit würde auch bei Bedarf die Möglichkeit einer Überwachung der Patienten (gegebenenfalls auch über Nacht) bestehen. Begrenzte Bettenkapazitäten könnten in bestimmten Konstellationen wie bei der Anbindung eines OP-Zentrums regelhaft vorgehalten werden – bspw. auch durch eine Kooperation mit einem Krankenhaus im regionalen Umfeld.

Im Vergleich zum Status quo erwächst daraus eine neue Rolle für kleine Krankenhäuser: Sie übernehmen eine größere Verantwortung für die lokale Versorgung. Die SVE managen und organisieren die medizinischen Angebote in ihrem Umfeld, arbeiten eng zusammen mit dezentralen Kümmerern, die sich außerhalb des Zentrums befinden, mit Apotheken, Pflegediensten, insbesondere bei der Kurzzeitpflege, mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und vereinzelt mit Spezialversorgern. Dabei erbringt die SVE verstärkt ambulant-sensitive Krankenhausfälle ambulant. Um die Ambulantisierung – und idealerweise auch die Prävention – fest in der SVE zu verankern, braucht es ein dafür passendes Vergütungssystem. Dies ist eine Aufgabe, die auf Bundesebene angegangen werden muss, die aber auch durch Modellprojekte des Landes und der Kostenträger vor Ort angestoßen werden kann. Die aktuelle rechtliche Ausgestaltung der SVE (Stand: 30.4.2024) wird im Kasten 6 diskutiert.

Kasten 6: Level 1i bzw. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Die in der dritten Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus dem Jahr 2022 „Level 1i“ genannten Einrichtungen firmieren derzeit unter dem Begriff der SVE. Die SVE sind ein wesentlicher Bestandteil, um die Krankenhausstruktur in den Regionen zu optimieren. Sie sollten derart gestaltet sein, dass sie von den Krankenhausträgern und der Bevölkerung vor Ort gerne genutzt werden. Sie bieten eine wohnortnahe ambulante und stationäre Grundversorgung an. Die Angebote eines SVE erfolgen nicht über eine Zuweisung von Leistungsgruppen. Das Leistungsspektrum ist Gegenstand von Verhandlungen durch die Selbstverwaltung.

Die Angebote eines SVE sollen das ambulante Operieren nach § 115b SGB V, medizinisch-pflegerische Leistungen nach § 115h SGB V und belegärztliche Leistungen umfassen. Es können zudem Ermächtigungen für Fachgebiete und Planungsbereiche hinzukommen, wenn eine vertragsärztliche Unterversorgung besteht, jedoch nur so lange, bis diese beseitigt ist. Auch in der hausärztlichen Versorgung sind Ermächtigungen in Planungsbereichen ohne Zulassungsbeschränkungen möglich. Des Weiteren soll Pflege[28] ein Bestandteil der Leistungen sein. Leistungen nach SGB XI sollen selbstständig, organisatorisch und wirtschaftlich von der Klinik getrennte Pflegeabteilungen sein, die als stationäre Pflegeeinrichtungen gem. § 72 SGB XI zugelassen sind. Die Vergü-

[28] Übergangspflege, Kurzzeitpflege nach SGB V und SGB XI, Tages- und Nachpflege nach SGB XI.

tung wird sachgerecht, auf Basis der Ist-Kosten kalkulierte degressive, klinikindividuelle Tagessätze (mit und ohne ärztliche Leistungen) sichergestellt. Der GKV-SV, die DKG und teilweise die KBV vereinbaren die Regeln auf Bundesebene. Klinikindividuelle Details werden auf Ortsebene verhandelt.

Die SVE kann einen Beitrag dazu leisten, die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung zusammenzubringen. Der Prozess des Zusammenwachsens wird aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus vorangetrieben, aber mindestens genauso stark durch die sich wandelnden Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses, der weniger als früher bereit ist, unternehmerische Risiken zu tragen. In der SVE können die Infrastruktur und Gerätschaften für die vertragsärztliche und stationäre Versorgung gemeinsam genutzt werden. Um dies zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von vertragsärztlichen Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht an einzelne Personen, sondern an den Betrieb des Krankenhauses bzw. der SVE gebunden sein, solange das Krankenhaus über die entsprechenden Qualifikationen verfügt. Die Entscheidungen dazu sollten ohne Einfluss von Eigeninteressen neutral getroffen werden.

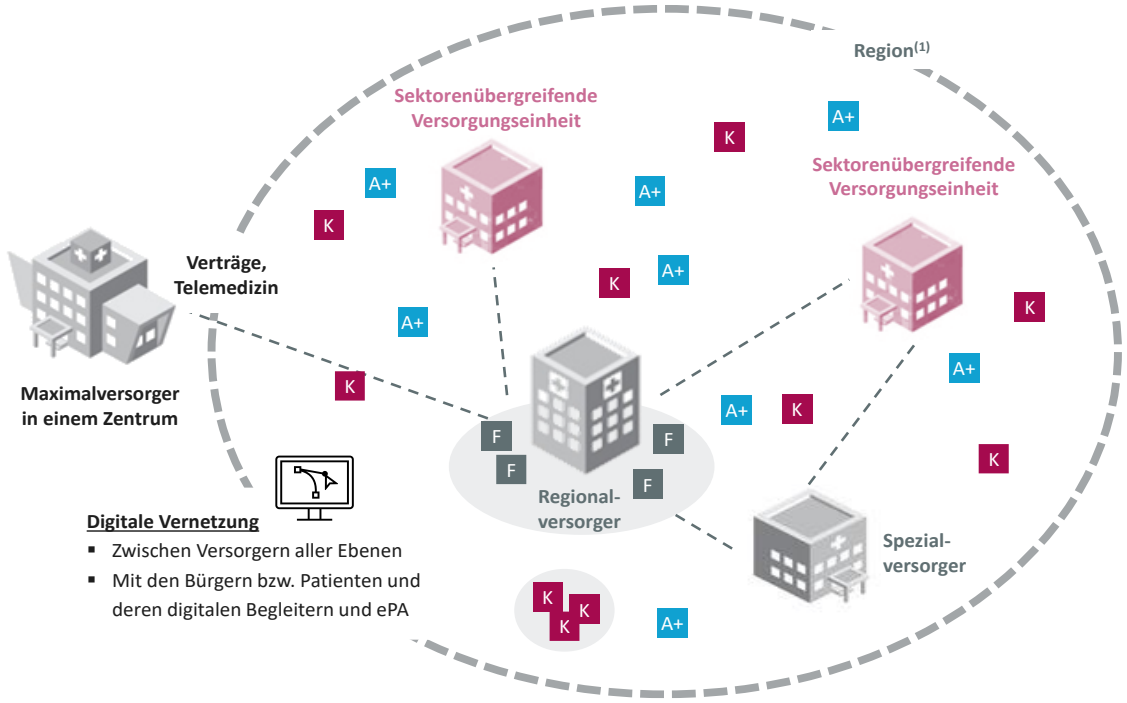
Zudem sollte eine SVE auch Übergangs- oder Kurzzeitpflege anbieten, entweder in Eigenregie oder in Kooperation mit einem Pflegeanbieter. Wichtig ist, dass für die Patienten der Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege nahtlos erfolgt.[29] Die SVE bzw. Krankenhäuser im Allgemeinen müssen dazu Verträge nach SGB XI mit der Pflegeversicherung schließen können. Auch muss die ärztliche Betreuung der Patienten in der Kurzzeitpflege aus der SVE oder dem Krankenhaus heraus organisiert werden können.

Auf der Ebene eines Landkreises[30] sollte ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen. Er vernetzt sich dabei sowohl mit den lokalen SVE des Landkreises als auch mit überregional tätigen Maximalversorgern, wie es sie beispielsweise in Trier, Koblenz oder Saarbrücken gibt. Über Telemedizin wird der Austausch von Know-how auf allen Ebenen der Leistungserbringer organisiert sowie zwischen Gesundheitsanbietern und Patienten. In seinem eigenen lokalen Umfeld übernimmt der Regionalversorger außerdem selbst die Rolle der SVE. Schaubild 48 skizziert das regionale Versorgungskonzept.

[29] In der Praxis werden Überleitungen vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege teilweise dadurch erschwert, dass die Zuzahlung pro Tag in der Kurzzeitpflege höher ist als im Krankenhaus. Hier wäre eine Angleichung zu prüfen, da insbesondere bei der Kurzzeitpflege im Krankenhaus für Patienten und Angehörige die unterschiedliche finanzielle Beteiligung nicht nachvollziehbar ist.

[30] Beziehungsweise eines Großkreises, definiert als kreisfreie Stadt mit umliegendem Landkreis.

Schaubild 48: Regionales Versorgungskonzept



(1) Die Region kann ein bis zwei Landkreise mit oder ohne kreisfreier Stadt umfassen.
Anmerkung: Die Symbole stehen für Apotheke plus (A+), dezentrale Kümmerer inkl. Hausärzte (K) sowie ambulant tätige Fachärzte (F).
Quelle: eigene Darstellung.

Je nach Region verteilen sich Leistungen der Basis- und Spezialversorgung unterschiedlich auf die Leistungserbringer. Wir gehen sowohl im Status quo als auch in der Prognose davon aus, dass rund zwei Drittel aller stationären Leistungen der Basisversorgung und ein Drittel der Spezialversorgung zuzurechnen sind. Eine SVE kümmert sich nur um die stationäre Basisversorgung. Auch der Regionalversorger hat hier seinen Schwerpunkt. Dagegen deckt der Maximalversorger einen Großteil der Spezialversorgung ab – zusammen mit Fachkliniken für ausgewählte Leistungsbereiche. Schaubild 49 illustriert diese Aufteilung grafisch.

Schaubild 49: Allokation der Basis- und Spezialversorgung

Quelle: eigene Darstellung.

4.2. Potenziale zur Optimierung der Versorgungsstrukturen

Im Folgenden leiten wir aus dem Status quo der Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz und dem Saarland Potenziale zur (i) Schwerpunktbildung und (ii) Zentralisierung ab. Dazu führen wir Simulationen auf Ebene der Leistungsgruppen durch. In der ersten Simulation verteilen wir Fälle zwischen den Standorten so um, dass je Leistungsgruppe einzelne Schwerpunkte entstehen. In der zweiten Simulation prüfen wir, ob sich durch die Zusammenlegung von mehreren kleinen Standorten ein größeres Zentralklinikum bilden ließe und ob dabei auch zusätzlich kleinere Standorte in ambulante Zentren oder SVE umgewandelt werden könnten.

In der ersten Simulation verschieben wir die Leistungsangebote an solche Standorte, die bereits einen höheren Marktanteil in der Region haben – durch Verschieben der Leistungsgruppe eines Standortes mit geringer Fallzahl auf benachbarte Standorte mit höherer Fallzahl. Dabei wird stets die Erreichbarkeit für die wohnortnahe Versorgung sichergestellt, indem die Fahrzeit für die internistische und chirurgische Grundversorgung nicht mehr als 30 Minuten[31] und die Fahrzeit für die Spezialversorgung (alle Leistungsgruppen außer „Allg. Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“) nicht mehr als 45 Minuten beträgt.

Das Leistungsangebot der Kliniken in den umliegenden Bundesländern wird in der Berechnung der Fahrzeit ebenfalls berücksichtigt. Die Bundeslandgrenzen stellen demnach keine Grenzen für die Versorgung der Bevölkerung dar. Bei der Umverteilung der Fälle werden die bestehenden Krankenhausstrukturen weitestgehend erhalten, weil abgebende Standorte in einer Leistungsgruppe annehmende Standorte in einer anderen Leistungsgruppe sein können („Tausch von LG“). Zudem berücksichtigen wir die individuellen Stärken der Standorte, indem die Fälle primär

[31] Im nordrhein-westfälischen Krankenhausplan sind für die Leistungsgruppen „Allg. Innere Medizin“ und „Allg. Chirurgie“ 20 Minuten Fahrzeit angesetzt. Da Rheinland-Pfalz und das Saarland weniger dicht besiedelt sind als Nordrhein-Westfalen, setzen wir die Fahrzeit für beide Leistungsgruppen auf 30 Minuten an. Diesen höheren Wert hatte Nordrhein-Westfalen ursprünglich auch vorgesehen.

an solche Standorte verlagert werden, die überdurchschnittlich hohe Fallzahlen in der entsprechenden Leistungsgruppe vorweisen.

Im Ergebnis fokussiert sich jeder Standort auf weniger Leistungsgruppen, behandelt aber mehr Fälle in ebendiesen Leistungsgruppen (Schwerpunktbildung). Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse dieser Simulation für ausgewählte Leistungsgruppen. Innerhalb der klinischen Notfallversorgung fallen die Umverteilungswirkungen überwiegend moderat aus– bis auf die LG „Stroke Unit“ in Rheinland-Pfalz. Die größte Umverteilungswirkung findet in der klinischen fachärztlichen Versorgung statt. In Rheinland-Pfalz finden sich die größten Effekte in den beiden LG zur Endoprothetik, gefolgt von den LG „Geriatrie“, „Geburtshilfe“ und „Interventionelle Kardiologie“. Im Saarland sind die LG „HNO“, „Geriatrie“ und „Endoprothetik Knie“ besonders betroffen. In beiden Ländern können die Fälle innerhalb der LG „Endoprothetik Knie“, „Geburtshilfe“ und „Interventionelle Kardiologie“ künftig von rund der Hälfte der Standorte erbracht werden, wenngleich die Umverteilungswirkung in den letzteren LG mit 11-16% geringer ausfallen.

Tabelle 6: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung für ausgewählte LG
2022

	Rheinland-Pfalz				Saarland			
LG	Status quo	Zielbild	Δ%	Umverteilte Fälle	Status quo	Zielbild	Δ%	Umverteilte Fälle
Klinische Notfallversorgung								
LG 1.1 Allgemeine Innere Medizin	68	53	-22%	9,2%	18	13	-28%	8,8%
LG 9.1 Allgemeine Chirurgie	67	52	-22%	11,9%	14	13	-7%	4,6%
LG 26.2 Stroke Unit	25	16	-36%	17,8%	9	8	-11%	8,3%
Klinische fachärztliche Versorgung								
LG 8.1 Interventionelle Kardiologie	34	23	-32%	13,8%	6	4	-33%	15,5%
LG 14.1 Endoprothetik Hüfte	60	28	-53%	26,6%	12	10	-17%	6,6%
LG 14.2 Endoprothetik Knie	56	30	-46%	23,7%	12	6	-50%	18,5%
LG 20.1 Urologie	30	17	-43%	13,0%	6	4	-33%	3,8%
LG 21.4 Geburtshilfe	31	21	-32%	14,1%	9	6	-33%	11,0%
LG 23.1 Kinder- und Jugendmedizin	15	13	-13%	6,4%	4	4	0%	0,0%
LG 24.1 HNO	25	6	-76%	12,5%	3	2	-33%	20,1%
LG 26.1 Neurologie	18	13	-28%	6,9%	11	10	-9%	0,5%
LG 27.1 Geriatrie	37	23	-38%	17,9%	7	5	-29%	18,9%

Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

In der zweiten Simulation konzentrieren wir die Leistungen mehrerer kleiner Kliniken an einem zentralen Standort, wenn die Krankenhausdichte in einer Region hoch ist und die Erreichbarkeit der Bevölkerung durch den Zusammenschluss nicht beeinträchtigt wird. In einigen Fällen bietet sich der Bau eines neuen Zentralklinikums etwa in der geografischen Mitte der zusammengelegten Standorte an. Damit kann die Krankenhausversorgung stabilisiert und die Erreichbarkeit erhalten werden, wenn die Altstandorte nicht mehr tragfähig sind. Da eine größere Zentralklinik ein breiteres und höherwertigeres Angebot als die Altstandorte erbringen kann, kann sich die Erreichbarkeit zu solchen Leistungen sogar verbessern. In den meisten Fällen werden die Leistungen jedoch an einem der bereits bestehenden Standorte zusammengelegt.

Durch die Kapazitätskonzentration an einem Standort können außerdem die Voraussetzungen für die Zuweisung einer GBA-Notfallstufe besser erfüllt werden. Wenn die zusammengelegten Standorte in der Summe mehr als 300 Betten vorhalten, weisen wir ihnen die Notfallstufe 2 zu. Kommen sie zusammen auf mehr als 700 Betten, weisen wir ihnen die Notfallstufe 3 zu. An den übrigen ehemaligen Krankenhausstandorten wird es bei Bedarf weiterhin eine medizinische Versorgung in Form einer ambulanten Versorgung oder SVE geben. Zudem werden weitere kleine

Krankenhausstandorte in ambulante Zentren oder in ein SVE umgewandelt, wenn die Versorgung der Bevölkerung im Notfall weiterhin durch andere Standorte in der Umgebung gegeben ist.

Im Status quo – für das Datenjahr 2022 – gibt es in Rheinland-Pfalz 87 und im Saarland 18 Krankenhausstandorte. Tabelle 7 zeigt das Potenzial zur Restrukturierung. Dabei konzentrieren wir uns auf die Zentralisierung und die Umwandlung in alternative Versorgungsangebote. In Rheinland-Pfalz besteht demnach ein Potenzial zur Zusammenlegung von 30 Standorten zu 13 Zentralkliniken. Im Saarland sind es zehn Standorte, die zu fünf Zentralkliniken zusammengelegt werden könnten. Ohne das Mitzählen der ambulanten Zentren bzw. SVE würde es dann in Rheinland-Pfalz 61 Krankenhausstandorte geben, im Saarland 12. Dies entspricht einer Reduktion um 30% bzw. 33%.

Hinzu kommen die Umwandlungen zu ambulanten Zentren oder zu SVE, die auch als Klinikstandorte im Krankenhausplan bleiben bzw. als ambulanter Versorger die Versorgung vor Ort sicherstellen. Für Rheinland-Pfalz sind es in unserer Simulation bis zu 14 bis 21 SVE, im Saarland 0 bis 1. Diese Versorgungseinrichtungen entstehen vor allem an den Altstandorten im Zuge einer regionalen Zentralisierung. Sie sind im ländlichen Raum wichtig, um die wohnortnahe Grundversorgung zu gewährleisten. In einigen Fällen können auch ohne eine Zentralisierung bestehende kleine Krankenhausstandorte in ambulante Zentren oder eine SVE umgewandelt werden. Da die Etablierung dieser Versorgungseinrichtungen von den spezifischen Gegebenheiten vor Ort abhängt, geben wir bewusst nur ein Intervall zur Zahl der umwandlungsfähigen Krankenhäuser an – auch weil die konkrete Ausgestaltung der SVE bisher nicht endgültig vom Gesetzgeber definiert wurde.

Tabelle 7: Restrukturierung der Krankenhauslandschaft nach Versorgungsgebiet
2022

	Status quo	Restrukturierung			KH ohne Veränderung	Zielbild ohne ambulante Zentren/SVE		Zielbild mit ambulanten Zentren bis hin zu SVE	
		Zentralklinik (ZK)							
	Anzahl Standorte	Anzahl Standorte zu ZK zusammengelegt	davon Neubauten	Anzahl dadurch entstandener ZK	Anzahl Standorte	Anzahl KH ohne AZ/SVE	Δ%	Anzahl AZ bis hin zu SVE	Anzahl Standorte (KH und AZ bis hin zu SVE) Δ%
Hunsrück	11	3	0	1	7	**8**	-27%	**2** bis **3**	0% bis -9%
Mittelrhein	16	5	0	2	11	**13**	-19%	**1** bis **2**	-6% bis -13%
Pfalz-West	6	2	0	1	4	**5**	-17%	**0** bis **1**	0% bis -17%
Rheinhessen	10	0	0	0	7	**7**	-30%	**2** bis **3**	0% bis -10%
Rheinpfalz	18	9	1	4	9	**13**	-28%	**3** bis **4**	-6% bis -11%
Trier	10	1	1	1 (1)	8	**9**	-10%	**0** bis **1**	0% bis -10%
Westerwald	16	10	1	4	2	**6**	-63%	**6** bis **7**	-19% bis -25%
Rheinland-Pfalz	**87**	**30**	**3**	**13**	**48**	**61**	-30%	**14** bis **21**	-6% bis -14%
Saarland	**18**	**10**	**0**	**5**	**7**	**12**	-33%	**0** bis **1**	-28% bis -33%

Anmerkung: (1) In Trier entsteht ein Zentralklinikum aus der Zusammenlegung eines Krankenhauses aus Trier und eines Krankenhauses einer angrenzenden Versorgungsregion. SVE = sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung. AZ = ambulantes Zentrum
Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Das größte Potenzial zur Zentralisierung gibt es im Versorgungsgebiet Westerwald. Hier könnten aus insgesamt zehn Standorten vier Zentralkliniken entstehen. Zwei Standorte im Westerwald bleiben in ihrer jetzigen Rolle erhalten. Die Anzahl der Krankenhausstandorte ohne ambulante Zentren und SVE würde sich demnach von 16 auf sechs reduzieren (-63%). Allerdings könnten sechs bis sieben ambulante Zentren bzw. SVE im Westerwald etabliert werden.

Ein ebenfalls hohes Potenzial besteht im Gebiet Rheinpfalz. Im Status quo gibt es 18 Krankenhausstandorte. Aus neun dieser Standorte könnten vier Zentralkliniken entstehen, sodass sich die Anzahl der Standorte auf 13 reduziert (-28%). Zusätzlich besteht Potenzial für drei bis vier ambulante Zentren bzw. SVE. Im Gebiet Mittelrhein besteht Potenzial zur Zusammenlegung von fünf Standorten zu zwei Zentralkliniken. Die Standortzahl der Krankenhäuser würde dann von 16 auf 13 (-19%) sinken. Zusätzlich könnten ein bis zwei alternative Versorgungseinrichtungen entstehen. In den anderen Regionen sehen wir weniger Konzentrationsmöglichkeiten. Jedoch besteht überall Potenzial zur Umwidmung von Standorten zu ambulanten Zentren bzw. SVE, ohne dass die Erreichbarkeit im Notfall gefährdet wäre. Eine detaillierte Übersicht zu den Strukturoptimierungen je Versorgungsgebiet zeigt Tabelle 8. Ausgewählte Beispiele für potenzielle Zusammenlegungen werden im Kasten 7 gezeigt.

Kasten 7: Beispiele für potenzielle Zusammenlegungen von Standorten

Für die Zusammenlegung zu Zentralkliniken haben wir 40 Standorte vorgesehen. Einige davon werden im Folgenden vorgestellt, weil sie öffentlich diskutiert wurden.

1. Diakonie Krankenhaus und Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach (Allgemeine Zeitung 2023). Beide Standorte liegen nah zueinander, sodass eine Zentralisierung keine Veränderungen in der Notfallversorgung nach sich ziehen würde. Mit der Zusammenlegung könnte sogar ein Maximalversorger der Notfallstufe 2 oder 3 entstehen.

2. St. Elisabeth-Krankenhaus Rodalben und Städtisches Krankenhaus Pirmasens (SWR 2024). Beide Krankenhäuser sind bereits 2022 fusioniert. Der Prozess der Zusammenlegung ist aber noch nicht abgeschlossen. Das Krankenhaus Rodalben soll nach Primasens umziehen. Laut dem Bürgermeister habe das Land zugesagt, rund 130 Mio. Euro in das Großbauprojekt zu investieren. Ein MVZ soll zusätzlich an die Klinik angebunden werden.

3. Krankenhaus Maria Stern Remagen und Franziskus Krankenhaus Linz (Verbundkrankenhaus Linz-Remagen 2024). Ein erster Schritt in Richtung Zentralklinikum wurde bereits unternommen. Zum 1.1.2022 wurden die Standorte Maria Stern in Remagen und das Franziskus Krankenhaus in Linz in die Trägerschaft der Krankenhausverbund Linz/Remagen gemeinnützige GmbH überführt.

4. Marienhaus Klinikum St. Elisabeth Neuwied und DRK Krankenhaus Neuwied. Bereits 2019 war die hohe Krankenhausdichte in Neuwied ein Thema in der Presse (Rhein-Zeitung 2019b). Eine Zusammenlegung des St. Elisabeth-Klinikums und des DRK-Krankenhauses war damals kein Thema. Das laufende Insolvenzverfahren des DRK-Klinikums eröffnet die Chance zur Zentralisierung in Neuwied. Aus der Zusammenlegung beider Standorte könnte ein Klinikum der Notfallstufe 3 entstehen.

5. DRK Krankenhäuser Hachenburg, Altenkirchen, Kirchen, Ev. Krankenhaus Selters und Ev. Krankenhaus Dierdorf. Die drei DRK-Klinikstandorte haben 2023 Insolvenz angemeldet. Gemeinsam mit den Standorten in Selters und Dierdorf könnte aus unserer Sicht ein neues großes Zentralklinikum mit mehr als 800 Betten entstehen. Für die Bevölkerung würde im Zentrum des Westerwalds ein Klinikum der Notfallstufe 3 entstehen und somit die Notfallversorgung auf höchstem Niveau gewährleisten[32]. Bereits 2019 gab es eine Expertenrunde, in der Krankenhausträger,

[32] Die drei DRK-Kliniken haben die Notfallstufe 1, die Standorte in Selters und Dierdorf haben keine Notfallstufe.

Kostenträger und die KV-Rheinland-Pfalz über die Etablierung einer Zentralklinik der DRK-Standorte unter Einbeziehung der Krankenhäuser in Selters und Neuwied diskutiert haben (Rhein-Zeitung 2019a). An den einzelnen Standorten gibt es derweil Pläne bzw. Veränderungen. Zum 29. Februar 2024 wurde bereits die Geburtsstation im Krankenhaus Hachenburg geschlossen (Westerwälder Zeitung 2024). Für den DRK-Standort Altenkirchen gibt es Pläne, diesen in ein ambulantes OP-Zentrum mit teilstationärer Versorgung umzugestalten (Rhein-Zeitung 2024a). Ein Gesamtkonzept für mehrere Standorte in der Region könnte in der aktuellen Situation in Betracht gezogen werden, um langfristig den Grundstein für neue Versorgungsstrukturen zu legen. Der aus der Region stammende Bundestagsabgeordnete Erwin Rüddel hat die Diskussion um ein Zentralklinikum im Westerwald bereits aufgegriffen: „Wir brauchen eine strategische Planung, welche Rolle neue Zentralkrankenhäuser in der Region spielen sollen, und welche Aufgabe den jetzt existierenden Krankenhäusern zukommen soll“ (Rhein-Zeitung 2024b).

6. Diakonie-Klinikum Neunkirchen und Marienhausklinik St. Josef Kohlhof. Die Diakonie hatte das finanziell angeschlagene Klinikum in der Neunkircher Innenstadt 2016 aus städtischer Trägerschaft übernommen. Die Hängepartie an diesem Standort ist seitdem nicht vorbei. Es gilt als so marode, dass sich eine Sanierung nicht mehr lohne (Saarbrücker Zeitung 2023). Im Jahr 2017 wurde der Investitionsbedarf auf 50 Millionen Euro beziffert. In der Folge hat die Diakonie im September 2021 angekündigt, den Standort verkaufen zu wollen. Nach aktuellem Stand will der Träger an dem Standort festhalten (Saarbrücker Zeitung 2024a). Anfang 2024 hat der Vorsitzende der Marienhaus-Gruppe eine Debatte über die Kliniklandschaft im Saarland forciert. Es gebe Doppelstrukturen in Neunkirchen, aber auch in Saarbrücken und Saarlouis. Diese gelte es laut dem Vorsitzenden der Marienhaus-Gruppe abzubauen (Saarbrücker Zeitung 2024b). Die Klinikgruppe betreibt im Neunkircher Stadtteil Kohlhof das St. Josef Klinikum. Für die Simulationen zur Zentralisierung wurden beide Standorte zu einem Zentralklinikum zusammengelegt.

Tabelle 8: Zentralisierungspotenziale nach Versorgungsgebiet

2022

Vers.region	Hunsrück							
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	1	1	2		1	2	
2	0	0	0		0	0	
1	8	-4	4	2 zu 1, 2 zu SVE, 1 schließen, 1 verlagert nach Trier	-4	4	2 zu 1, 3 zu SVE, 1 verlagert nach Trier
0	2	0	2		0	2	
SVE	0	2	2		3	3	
Geschlossen	0	1	1		0	0	
Gesamt	**11**	**-1**	**10**		**0**	**11**	
Ohne SVE	**11**		**8**			**8**	
SVE	**0**		**2**			**3**	

Vers.region	Mittelrhein							
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	0	0	0		0	0	
2	5	1	6		1	6	
1	5	-4	1	4 zu 2, 2 schließen, 1 SVE, 1 verlagert nach Westerwald	-4	1	4 zu 2, 2 zu SVE, 1 schließt, 1 verlagert nach Westerwald
0	6	0	6	1 zu SVE	0	6	1 zu SVE
SVE	0	1	1		2	2	
Geschlossen	0	2	2		1	1	
Gesamt	**16**	**-2**	**14**		**-1**	**15**	
Ohne SVE	**16**		**13**			**13**	
SVE	**0**		**1**			**2**	

Vers.region	Pfalz-West							
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	1	0	1		0	1	
2	1	0	1		0	1	
1	3	-1	2	2 zu 1, 1 schließt	-1	2	2 zu 1, 1 zu SVE
0	1	0	1		0	1	
SVE	0	0	0		1	1	
Geschlossen	0	1	1		0	0	
Gesamt	**6**	**-1**	**5**		**0**	**6**	
Ohne SVE	**6**		**5**			**5**	
SVE	**0**		**0**			**1**	

Vers.region	Rheinhessen							
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	2	0	2		0	2	
2	1	0	1		0	1	
1	3	-2	1	1 zu SVE, 1 schließt	-2	1	2 zu SVE
0	4	-1	3	1 zu SVE	-1	3	1 zu SVE
SVE	0	2	2		3	3	
Geschlossen	0	1	1		0	0	
Gesamt	**10**	**-1**	**9**		**0**	**10**	
Ohne SVE	**10**		**7**			**7**	
SVE	**0**		**2**			**3**	

Vers.region	Rheinpfalz						
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	0	2	2		2	2	
2	4	1	5		1	5	
1	11	-8	3	9 zu 4 (darunter 1 Neubau), 3 zu SVE, 3 schließen	-8	3	9 zu 4 (darunter 1 Neubau), 4 zu SVE, 2 schließen
0	3	0	3		0	3	
SVE	0	3	3		4	4	
Geschlossen	0	3	3		2	2	
Gesamt	**18**	**-2**	**16**		**-1**	**17**	
Ohne SVE	**18**		**13**			**13**	
SVE	**0**		**3**			**4**	

Vers.region	Trier						
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	1	0	1		0	1	
2	3	0	3		0	3	
1	5	0	5	2 zu 1 (Neubau mit 1 aus Mittelpfalz), 1 geschlossen	0	5	2 zu 1 (Neubau mit 1 aus Mittelpfalz), 1 geschlossen
0	1	-1	0	1 geschlossen	-1	0	1 zu SVE
SVE	0	0	0		1	1	
Geschlossen	0	2	2		1	1	
Gesamt	**10**	**-1**	**9**		**0**	**10**	
Ohne SVE	**10**		**9**			**9**	
SVE	**0**		**0**			**1**	

Vers.region	Westerwald						
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	0	2	2		2	2	
2	1	0	1		0	1	
1	8	-7	1	10 zu 4 (davon 1 Neubau und 1 ZK mit Mittelrhein), 2 zu SVE, 4 schließen	-7	1	10 zu 4 (davon 1 Neubau und 1 ZK mit Mittelrhein), 3 zu SVE, 3 schließen
0	7	-5	2	4 zu SVE, 1 schließt	-5	2	4 zu SVE, 1 schließt
SVE	0	6	6		7	7	
Geschlossen	0	5	5		4	4	
Gesamt	**16**	**-4**	**12**		**-3**	**13**	
Ohne SVE	**16**		**6**			**6**	
SVE	**0**		**6**			**7**	

Vers.region	Rheinland-Pfalz						
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	5	5	10		5	10	
2	15	2	17		2	17	
1	43	-26	17		-26	17	
0	24	-7	17		-7	17	
SVE	0	14	14		21	21	
Geschlossen	0	15	15		8	8	
Gesamt	**87**	**-12**	**75**		**-5**	**82**	
Ohne SVE	**87**		**61**			**61**	
SVE	**0**		**14**			**21**	

Vers.region	Saarland						
		Variante 1			Variante 2		
GBA-Level	Ist	Delta	Soll	Anmerkung	Delta	Soll	Anmerkung
3	2	2	4		2	4	
2	2	0	2		0	2	
1	11	-8	3	10 zu 5, 6 schließen	-8	3	10 zu 5, 1 zu SVE, 5 schließen
0	3	0	3		0	3	
SVE	0	0	0		1	1	
Geschlossen	0	6	6		5	5	
Gesamt	**18**	**-6**	**12**		**-5**	**13**	
Ohne SVE	**18**		**12**			**12**	
SVE	**0**		**0**			**1**	

Anmerkung: Die beiden Varianten in der Tabelle zeigen das Minimum und Maximum des Intervalls an. Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Tabelle 9 zeigt, wie viele Fälle und Betten je Versorgungsgebiet im Rahmen der zweiten Simulation „Zentralisierung und Etablierung von ambulanten Zentren bzw. SVE“ aus Tabelle 9 verlagert würden. In den ersten beiden Spalten werden die Umverteilungswirkungen aus der Zentralisierung gezeigt. In den letzten beiden Spalten werden die entsprechenden Werte sowohl für die Zentralisierung als auch für die reine Umwandlung in ambulante Zentren und SVE[33] gezeigt. Im Durchschnitt werden in Rheinland-Pfalz 16% der Fälle bzw. 16% der Betten verlagert. Die stärkste Verlagerung findet im Versorgungsgebiet Westerwald statt, gefolgt von Rheinpfalz und Hunsrück. Im Saarland sind die Verlagerungseffekte der Zentralisierung mit 22% bis 26% höher.

Tabelle 9: Von der Zentralisierung betroffene Fälle und Betten
2022

	Zentralisierung		Zentralisierung und reine Umwandlungen in ambulante Zentren/SVE	
	Verlagerte Fälle	Verlagerte Betten	Verlagerte Fälle	Verlagerte Betten
Hunsrück	20%	19%	24%	23%
Mittelrhein	16%	13%	16%	13%
Pfalz-West	5%	7%	5%	7%
Rheinhessen	0%	0%	10%	10%
Rheinpfalz	24%	26%	24%	26%
Trier	4%	4%	7%	10%
Westerwald	45%	44%	60%	59%
Rheinland-Pfalz	**16%**	**16%**	**21%**	**21%**
Saarland	**26%**	**22%**	**28%**	**24%**

Anmerkung: (1) SVE = sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung.
Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Im Rahmen der hier vorgeschlagenen Zentralisierung werden in Rheinland-Pfalz etwa 3 830 Betten verlagert. Aufgrund der niedrigen Auslastung und der zu erwartenden Ambulantisierung nehmen wir jedoch an, dass in den neu entstehenden Zentralkliniken 25% weniger Betten erforderlich sein werden. Das heißt, in Rheinland-Pfalz würden 2 870 Betten neu gebaut werden müssen, im Saarland rund 1 100 Betten. Überschlagsmäßig entstehen bei einem Neubau Kosten in Höhe von 800 000 Euro pro Bett. Demnach summiert sich der Investitionsbedarf für den Bau von Zentralkliniken in Rheinland-Pfalz auf circa 2,3 Milliarden Euro, im Saarland auf circa 880 Millionen Euro. Im Transformationsfonds werden ab 2026 bundesweit 50 Milliarden Euro für eine Laufzeit von zehn Jahren bereitstehen. Das entspricht fast 600 Euro pro Einwohner. Nach seiner Bevölkerungsgröße bemessen könnten Rheinland-Pfalz knapp 2,5 Milliarden Euro aus dem Transformationsfonds zur Verfügung stehen. Dem Saarland würden fast 600 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Jedoch kann in Rheinland-Pfalz grundsätzlich noch weiteres Potenzial bestehen. Im Saarland würden zusätzliche Mittel von rund 300 Mio. Euro benötigt.

Die Tabelle 10 zeigt für ausgewählte Leistungsgruppen die gesamten Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung für Rheinland-Pfalz und das Saarland. In Rheinland-Pfalz fällt sie in den Leistungsgruppen „Endoprothetik Hüfte“ und „Endoprothetik Knie“ hoch aus. Derzeit werden hier rund 8 300 bzw. 7 400 Fälle in 63 bzw. 57 unterschiedlichen Kliniken in Rheinland-Pfalz behandelt. Ihre Anzahl könnte auf 25 bzw. 27 reduziert werden, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden. Denn die Erreichbarkeit der Bevölkerung bliebe dadurch nahezu unverändert und die maximale Fahrzeit stiege nicht über 45 Minuten an.

[33] Bei reinen Umwandlungen handelt es sich um die ambulanten Versorgungseinrichtungen und SVE, die nicht aus einer Zentralisierung hervorgehen. Hier werden einzelne Standorte – unabhängig von einer Zentralisierung – in diese Versorgungseinrichtungen umgewandelt.

In der klinischen Notfallversorgung gibt es in der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ebenfalls ein großes Potenzial. Nach Schwerpunktbildung und Zentralisierung besäßen von den derzeit 26 Standorten nur noch 15 Standorte diese Leistungsgruppe. Das geringste Potenzial besteht in den Leistungsgruppen „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Neurologie“. Für das Saarland erhalten wir ähnliche Ergebnisse. Dort gibt es großes Potenzial in den Leistungsgruppen „Endoprothetik Knie“ und „Endoprothetik Hüfte“. Im Saarland findet sich das größte Potenzial in den Leistungsgruppen „HNO“ und „Geburtshilfe“.

Tabelle 10: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung für ausgewählte Leistungsgruppen

2022

	Rheinland-Pfalz				Saarland			
LG	Status quo	Zielbild	Δ%	Umverteilte Fälle	Status quo	Zielbild	Δ%	Umverteilte Fälle
Klinische Notfallversorgung								
LG 1.1 Allgemeine Innere Medizin	68	42	-38%	33,3%	18	10	-44%	27,3%
LG 9.1 Allgemeine Chirurgie	67	39	-42%	33,0%	14	8	-43%	41,2%
LG 26.2 Stroke Unit	25	15	-40%	20,3%	9	7	-22%	19,4%
Klinische fachärztliche Versorgung								
LG 8.1 Interventionelle Kardiologie	34	20	-41%	22,6%	6	4	-33%	15,5%
LG 14.1 Endoprothetik Hüfte	60	25	-58%	42,1%	12	8	-33%	42,9%
LG 14.2 Endoprothetik Knie	56	27	-52%	39,5%	12	5	-58%	54,9%
LG 20.1 Urologie	30	14	-53%	26,5%	6	4	-33%	3,8%
LG 21.4 Geburtshilfe	31	18	-42%	23,9%	9	3	-67%	58,9%
LG 23.1 Kinder- und Jugendmedizin	15	12	-20%	11,1%	4	3	-25%	31,2%
LG 24.1 HNO	25	7	-72%	18,2%	3	1	-67%	67,6%
LG 26.1 Neurologie	18	12	-33%	13,8%	11	7	-36%	27,7%
LG 27.1 Geriatrie	37	22	-41%	22,1%	7	4	-43%	31,1%

Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Innerhalb von Rheinland-Pfalz fallen die Umverteilungswirkungen je Leistungsgruppe und Versorgungsgebiet sehr unterschiedlich aus (Tabelle 11). Die stärksten Umverteilungen ergeben sich im Rahmen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung in den Versorgungsgebieten Westerwald, Rheinpfalz und Hunsrück. Es zeigen sich in den Leistungsgruppen „HNO“ und Geriatrie vereinzelt Extremwerte. Beispielsweise beträgt der Wert im Westerwald in der LG „HNO“ 100%, weil nach der Schwerpunktbildung und Zentralisierung kein Standort im Versorgungsgebiet diese Leistungsgruppe mehr anbietet.

Tabelle 11: Umverteilungswirkungen der Schwerpunktbildung und Zentralisierung je Versorgungsgebiet für ausgewählte Leistungsgruppen
2022, Anteil an allen Fällen im Versorgungsgebiet

	Klinische Notfallversorgung			Klinische fachärztliche Versorgung								
	1.1. Allg. Innere	9.1. Allg. Chirurgie	26.2. Stroke Unit	8.2 Int. Kardiologie	14.1 Endopr. Hüfte	14.2 Endopr. Knie	20.1 Urologie	21.4 Geburtshilfe	23.1 Kinder- und Jugendmedizin	24.1 HNO	26.1 Neurologie	27.1 Geriatrie
Hunsrück	23,0%	45,0%	24,1%	0,0%	32,0%	35,7%	42,5%	36,3%	0,0%	100,0%	1,0%	4,0%
Mittelrhein	43,6%	30,6%	12,2%	30,2%	40,2%	26,8%	29,5%	29,2%	13,6%	5,2%	8,4%	0,0%
Pfalz-West	8,4%	12,2%	30,2%	21,7%	37,1%	35,5%	30,0%	0,0%	0,0%	14,0%	0,0%	100,0%
Rheinhessen	9,1%	16,7%	17,9%	0,0%	29,0%	23,7%	2,3%	0,0%	0,0%	12,6%	15,1%	25,1%
Rheinpfalz	48,8%	43,7%	20,0%	20,7%	59,9%	53,7%	29,7%	27,7%	24,3%	18,7%	1,7%	37,6%
Trier	20,6%	7,3%	0,0%	20,9%	20,4%	25,5%	2,5%	11,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Westerwald	54,2%	60,0%	48,6%	66,7%	60,0%	55,8%	75,1%	66,0%	38,3%	100,0%	45,7%	32,9%
Rheinland-Pfalz	33,3%	33,0%	20,3%	22,6%	42,1%	39,5%	26,5%	23,9%	11,1%	18,2%	13,8%	22,1%
Saarland	27,3%	41,2%	19,4%	15,5%	42,9%	54,9%	3,8%	58,9%	31,2%	67,6%	27,7%	31,1%

Quelle: GBA (2024), eigene Darstellung.

Einschätzungen aus den Interviews

Die Interviewpartner sehen Strukturveränderungen durch die anstehende Krankenhausreform als notwendig und richtig an. Darunter können beispielsweise Zusammenlegungen, Fusionen, Schließungen oder der Abbau von Doppelstrukturen fallen. Teilweise gebe es Doppelstrukturen in der stationären Versorgung, die historisch gewachsen seien. In der Frage, ob Anpassungen an den bisherigen Standorten durch Schwerpunktbildung vorgenommen werden oder ob neue Standorte (Zentralkliniken und SVE) gebaut werden sollen, wenn die bisherigen Standorte klein und regional nicht optimal gelegen sind, gehen die Meinungen unter den Interviewpartnern jedoch auseinander.

Durch die Zuordnung der Leistungsgruppen an die Standorte und die Klassifizierung der Standorte nach Leveln werde nach Meinung vieler Interviewten Klarheit im Leistungsportfolio der Krankenhäuser geschaffen. Dies werde gegenüber der bisherigen fachabteilungsbezogenen Krankenhausplanung als Fortschritt angesehen. Gleichzeitig fordern einige Interviewpartner, dass die Level nicht öffentlich bekannt gegeben werden sollten, bevor die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung die Leistungsgruppen zugewiesen haben. Andernfalls könne es zur Verunsicherung in der Bevölkerung führen.

Die benötigten Investitionsmittel für die Strukturoptimierung werden von vielen Interviewpartnern hervorgehoben. Ohne einen Transformationsfonds sei die Krankenhausreform nicht umsetzbar. Die bisherigen Investitionsförderprogramme seien teilweise sehr langwierig und mit viel Bürokratie verbunden. Die Zeitspanne von der Antragstellung über die Bewilligungen bis hin zum Neu- oder Umbau von Krankenhäusern wird als zu lang beurteilt. Eine zu starke Fragmentierung von Investitionsförderprogrammen wird mehrheitlich abgelehnt. Eine Kofinanzierung zwischen den Ländern und dem Bund wird demgegenüber begrüßt.

In den Interviews wurden Beispiele erfolgreicher Restrukturierungen – sowohl Zusammenlegungen als auch Schließungen – genannt. Beispielsweise wurde die Schließung des Krankenhausstandorts Neuerburg im Jahr 2014 erwähnt, das seit 2016 als Gesundheitszentrum niederschwellige und sektorenübergreifende Versorgungs- und Präventionsangebote in der Region anbietet. Der wesentliche Faktor, der aus Sicht der Interviewteilnehmer Restrukturierungen in

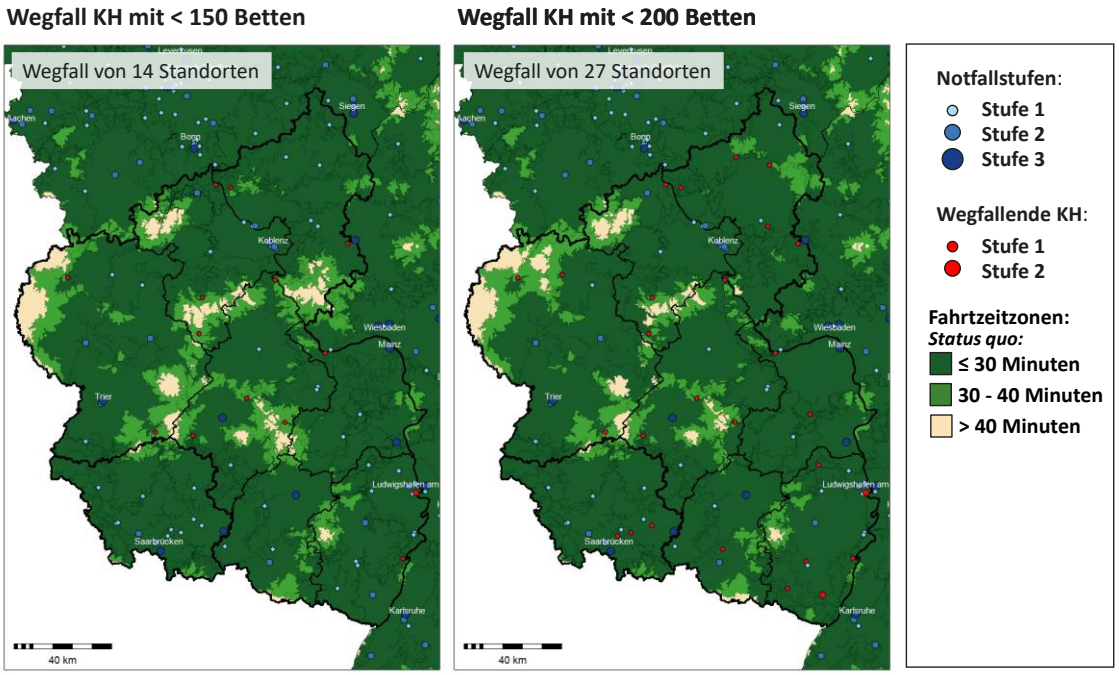
Gang setzt, sei der wirtschaftliche Druck des Trägers. Vor Ort könne eine Restrukturierung erfolgreich sein, wenn die beteiligten Akteure gut zusammenarbeiten sowie die Lokalpolitik und die KV rechtzeitig eingebunden würden. Ein sinnvolles Nachnutzungskonzept der Immobilie könne zudem Vorbehalte seitens der Bevölkerung reduzieren. Alleingänge zur Presse und die Einbringung des Vorhabens als Wahlkampfthema werden als kontraproduktiv angesehen.

4.2.1.Simulation zur Notfallversorgung

Bei einer Zentralisierung reduziert sich die Anzahl der Krankenausstandorte. In der folgenden Simulation zeigen wir auf, welche Auswirkungen ein Wegfall von Standorten mit einer Notfallstufe hat. Ziel der Simulation ist die Identifikation von Regionen mit drohender Unterversorgung in der Notfallversorgung. Zur Identifikation dieser Regionen greifen wir auf Erreichbarkeitsanalysen zurück. Ausgangspunkt ist die Erreichbarkeit der Kliniken mit einer GBA-Notfallstufe 1, 2 oder 3 (Karte 7 in Kapitel 3). Ausgehend vom Status quo berechnen wir zwei Szenarien, die in Karte 10 dargestellt sind. Im ersten Szenario entfernen wir die Notfallversorger mit weniger als 150 Betten (14 Standorte). Im zweiten Szenario entfernen wir alle Standorte mit weniger als 200 Betten (27 Standorte).[34] Das Saarland wäre nicht von einer Verschlechterung der Erreichbarkeit betroffen. In Rheinland-Pfalz wären besonders die nördlichen und mittleren Regionen des Landes betroffen.

[34] Als Sensitivitätsanalyse haben wir zusätzlich das unterste 20%- und 25%-Perzentil der Standorte gemäß ihrer Bettenzahl entfernt. Die Ergebnisse decken sich mit den Bettenkriterien (150 und 200 Betten), sodass sie nicht gesondert gezeigt werden.

Karte 10: Von drohender Unterversorgung betroffene Regionen bei der klinischen Notfallversorgung
2022



Anmerkung: Die Notfallstufen entsprechend der „Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe“ des GKV-Spitzenverbands (Stand: 12.5.2021). Die Standorte in den angrenzenden Bundesländern sind in den Erreichbarkeitsanalysen berücksichtigt. Im Szenario „< 150 Betten“ entfallen 13 Standorte der Notfallstufe 1 und ein Standort der Notfallstufe 2. Im Szenario „< 200 Betten“ entfallen 25 Standorte der Notfallstufe 1 und zwei Standorte der Notfallstufe 2.
Quelle: GBA (2024), GKV-Spitzenverband (2021), eigene Darstellung.

Zur Beurteilung der Versorgungssituation der Bevölkerung in den jeweiligen Regionen greifen wir auf das sogenannte Betroffenheitsmaß aus den Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen des GBA zurück (GBA 2020). Nach dieser Regelung liegt „eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung für basisversorgungsrelevante Leistungen […] vor, wenn durch die Schließung des Krankenhauses, […], zusätzlich mindestens 5 000 Einwohnerinnen und Einwohner PKW-Fahrzeiten von mehr als 30 Minuten aufwenden müssen, um das nächste geeignete Krankenhaus zu erreichen“. Tabelle 12 zeigt, wie viele Einwohner je Region Fahrzeiten von über 30 Minuten zu einem Notfallversorger haben. Im Status quo müssen in den Versorgungsgebieten Westerwald, Trier und Mittelrhein zwischen 1,2 bis 3,1% der Einwohner Fahrzeiten von über 30 Minuten aufbringen. Bei einem Wegfall von Notfallversorgern mit weniger als 150 bzw. 200 Betten würden diese Anteile in diesen drei Regionen ansteigen. Eine drohende Unterversorgung käme in beiden Szenarien in Hunsrück hinzu. Während im Status quo weniger als 1% der Bevölkerung beider Länder von einer drohenden Unterversorgung betroffen war, wären es in beiden Szenarien im Durchschnitt 2-3%.

Tabelle 12: Von drohender Unterversorgung betroffene Bevölkerung bei Wegfall von Kliniken mit einer GBA-Notfallstufe in den Versorgungsgebieten
2022, Anteil in %

Versorgungsgebiet	Status quo		< 150 Betten		< 200 Betten	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Westerwald	19 570	3,1%	23 644	3,7%	56 398	8,8%
Mittelrhein	11 957	2,3%	26 428	5,0%	26 428	5,0%
Trier	6 670	1,2%	48 225	9,0%	61 168	11,4%
Rheinhessen	672	0,1%	1 323	0,2%	1 323	0,2%
Mittelpfalz	0	0,0%	7 655	1,9%	7 655	1,9%
Pfalz-West	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rheinpfalz	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Rheinland-Pfalz	38 869	0,9%	107 275	2,6%	152 972	3,7%
Saarland	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	**38 869**	**0,8%**	**107 275**	**2,1%**	**152 972**	**3,0%**

Anmerkung: In dieser Simulation bleiben die Krankenhäuser mit Notfallstufe in den umliegenden Ländern erhalten. Es entfallen nur Kliniken in Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Im Szenario „< 150 Betten“ entfallen 13 Standorte der Notfallstufe 1 und ein Standort der Notfallstufe 2. Im Szenario „< 200 Betten“ entfallen 25 Standorte der Notfallstufe 1 und zwei Standorte der Notfallstufe 2. Eine drohende Unterversorgung liegt vor, wenn mehr als 5 000 Einwohner innerhalb eines Versorgungsgebiets mehr als 30 Minuten zum nächsten Krankenhaus mit Notfallstufe benötigen. Die Standorte in den angrenzenden Bundesländern sind in den Erreichbarkeitsanalysen berücksichtigt. Quelle: GBA (2024), GfK (2023), eigene Darstellung.

4.2.2. Simulation zur Personalallokation

Die Schwerpunktbildung und Zentralisierung von Krankenhausleistungen wirkt sich auch auf den Personaleinsatz in Krankenhäusern aus. Im Status quo haben viele Kliniken große Probleme die personelle Mindestbesetzung aufrechtzuerhalten. Wenn in einer Leistungsgruppe trotz geringer Fallzahlen eine 24/7-Versorgung ermöglicht werden soll, ist der damit verbundene hohe Personaleinsatz nicht effizient. Durch die Schwerpunktbildung und Zentralisierung werden die Leistungen innerhalb einer Region gebündelt und größere Einheiten zur Leistungserbringung geschaffen. Beide Maßnahmen sind in vielen Fällen geeignet, die sogenannte „Mindestbesetzungsproblematik“ zu lösen oder zumindest abzumildern. Im Folgenden werden Simulationsergebnisse für beide Maßnahmen gezeigt, die von der ETL WRG GmbH für dieses Gutachten erstellt wurden.

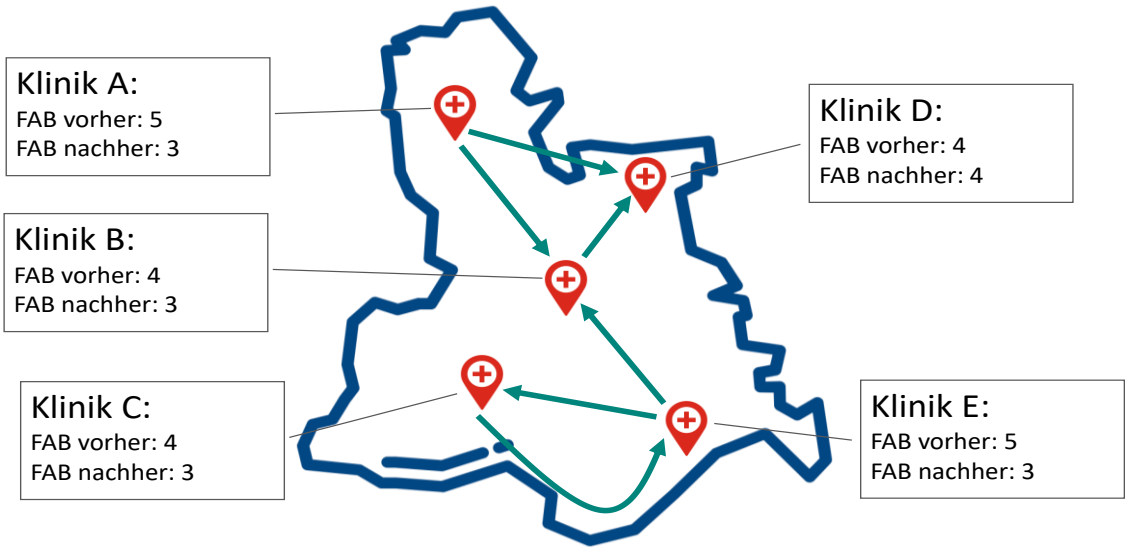
Szenario zur Zentralisierung. Für die Simulation wird ein schematisches, praxisnahes Fallbeispiel gewählt, in dem vier Standorte der Grund- und Regelversorgung zu einem Zentralklinikum zusammengelegt werden (Schaubild 50). Damit die Effekte der Personalallokation nicht durch Fallzahlveränderungen beeinflusst werden, wird die Fallzahl im Rahmen der Zentralisierung konstant gehalten. Lediglich die Bettenzahl reduziert sich in der Simulation von 587 auf 533 (-9%), sodass eine bessere Auslastung der vorgehaltenen Betten erreicht wird. Die Bündelung der Leistungen an einem neuen Zentralklinikum ermöglicht ein höheres Maß an Spezialisierung, was sich positiv auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken kann. Die Kardiologie bietet ein gutes Beispiel hierfür. Während an kleineren Standorten aufgrund der geringen Fallzahlen fast ausschließlich konservative kardiologische Fälle behandelt werden, kann in einer größeren Einheit auch eine interventionelle Kardiologie mit einem Linksherzkathetermessplatz errichtet werden, was die Versorgung von Herzinfarktpatienten deutlich verbessert. Insgesamt lassen sich in dieser Simulation zur Zentralisierung 18% der Personalkosten im ärztlichen Dienst einsparen, unter anderem weil ein Teil der teuren Leistungsfunktionen entfällt. Es werden zudem bis zu fünf Prozent weniger Vollkräfte im Pflegedienst benötigt.

Schaubild 50: Szenario für Zentralisierung

Quelle: ETL WRG (2024)

Szenario zur Schwerpunktbildung. Zur Veranschaulichung der Personalallokation im Rahmen der Schwerpunktbildung wird ein praxisnahes Fallbeispiel mit fünf Standorten der Grund- und Regelversorgung mit leicht unterschiedlichen Angebotsstrukturen gewählt (Schaubild 51). Die fünf Standorte verlegen in der Simulation bestimmte Leistungen auf Fachabteilungsebene (FAB) untereinander, so dass Doppelstrukturen in der Region reduziert werden. Eine solche Verlagerung kann Mindestbesetzungsprobleme abmildern oder sogar lösen. Die Fachabteilungen „Allgemeine Innere Medizin“ sowie „Allgemeinchirurgie“ sind von der Schwerpunktbildung in dieser Simulation ausgenommen, weil annahmegemäß alle Krankenhäuser auch nach der Schwerpunktbildung noch die Grundversorgung sicherstellen sollen. Wie im ersten Beispiel wird auch hier auf Fallzahlveränderungen verzichtet, um die Effekte der Personalallokation nicht durch Veränderungen in der Menge der Leistungserbringung zu verzerren. Im Ergebnis sind Kosteneinsparungen im ärztlichen Dienst von bis zu 16% möglich. Die Einsparpotenziale beim Pflegedienst fallen geringer aus als bei der Zentralisierung. Dies liegt unter anderem daran, dass nur ein Teil der Abteilungen von einer Konzentration betroffen ist und in den bestehenden baulichen Strukturen keine Optimierungen durch Neubauten geschaffen werden.

Schaubild 51: Szenario für Schwerpunktbildung



Quelle: ETL WRG (2024)

4.3. Weitere Versorgungsangebote

Eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung kombiniert mit einer lokalen, regionalen und überregionalen Koordination der Versorgung braucht entsprechende Rahmenbedingungen, um realisiert werden zu können. Dies ist nur schwer möglich, wenn die Krankenhausplanung und die Planung der vertragsärztlichen Versorgung nicht eng miteinander verzahnt sind. Aus Patientensicht braucht es eine Bedarfsplanung aus einer Hand, zumindest jedoch eine sehr gute Abstimmung untereinander. Ein konkretes Modell für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung von Hüer et al. (2023) wurde in Kasten 1 vorgestellt. Rückforderungen von Investitionsfördermitteln bei Umwidmung von stationären zu ambulanten Angeboten sollten dabei ausgeschlossen werden.

Es braucht zudem ein Vergütungssystem, das sektorenübergreifende Angebote ermöglicht und stärker an Versorgungszielen ausgerichtet ist. Mit einem stärkeren Fokus auf Versorgungsziele kann es mehr Gestaltungsfreiheit geben, um innovative Versorgungsmodelle erproben zu können – mit dem Ziel, dass sich Versorgungsmodelle mit hoher Effizienz durchsetzen. Damit geht auch ein Vertrauensvorschuss für die handelnden Akteure vor Ort einher. Bei Missbrauch sollten indessen harte Sanktionen folgen.

Außerdem kommt dem Faktor Personal eine zentrale Bedeutung zu. So muss für eine ausreichende Menge an Fachkräften gesorgt werden, um die nötigen Leistungen erbringen zu können. Um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, braucht es unter anderem verstärkt neue Arbeitszeitmodelle, die in größeren Gesundheitszentren besser als in kleinen Einheiten realisiert werden können. Dies allein wird jedoch kaum ausreichen. Mindestens genauso wichtig ist es, eine effiziente Allokation der knappen Personalressourcen zu erreichen. So ist es nicht nur wichtig, den Nachwuchs zu sichern, sondern ihn auch so einzusetzen, dass er sich ganz auf die Erbringung hochwertiger Medizin und Pflege konzentrieren kann. Dazu braucht es Entlastungsmöglichkeiten sowie möglicherweise auch neue Berufsbilder.

Schließlich wird es nicht genügen, die Gesundheitsangebote in der Region optimal zu strukturieren und zu koordinieren. Die Bevölkerung braucht auch eine gute Anbindung zu den Angeboten – nicht nur tagsüber an Werktagen, sondern auch nachts und an den Wochenenden. Öffentliche Verkehrsangebote können dies nicht immer leisten. Kasten 8 schildert ein Beispiel, wie es nicht sein sollte.[35] Es braucht flexible und effiziente Mobilitätsangebote, damit Patienten zur Gesundheitsversorgung gelangen können. Umgekehrt sollte das Angebot auch besser zu den Menschen in die Peripherie kommen, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten oder über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis oder über Nachbarschaftshilfe am Wohnort des Patienten. Verschiedene Maßnahmen und Konzepte dazu werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

Kasten 8: Beispiel fehlender Mobilität

Die auf dem Land lebende 85-jährige Hilde Meier hat schon seit längerer Zeit Osteoporose und nutzt zwei Gehhilfen, um sich fortzubewegen. An einem winterlichen Samstag benötigt sie dringend ärztliche Hilfe wegen plötzlicher Schmerzen im Rücken. Sie hatte früher bereits mehrfach

[35] Dieses Beispiel ist entnommen aus dem Gutachten zur „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ (hcb 2021).

Wirbelbrüche und wendet sich an ihre Hausärztin, die auch am Wochenende für Frau Meier ein offenes Ohr hat. Der Hausärztin ist die Angelegenheit jedoch zu heikel und sie veranlasst ihre Einweisung in das nächstgelegene Krankenhaus in etwa 30 Pkw-Minuten Entfernung. Mit Hilfe eines Krankentransports erreicht Hilde Meier die Klinik, in der sie eingehend untersucht wird. Die radiologischen Befunde ergeben aber keine Hinweise auf weitere Brüche. Man vermutet lediglich Verspannungen. Damit entlässt man die Patientin aus dem Krankenhaus und sie kann wieder nach Hause gehen. Inzwischen ist es 21:00 Uhr abends und eine Rückreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist nicht mehr möglich. Frau Meier fragt das Krankenhaus, ob es einen Transport organisieren könne, was verneint wird. Nunmehr ist die 85-jährige Patientin auf sich allein gestellt. Verzweifelt kontaktiert sie ihre 78-jährige Cousine, die 30 Minuten entfernt vom Krankenhaus wohnt und die sie schließlich mit ihrem Pkw abholt und nach Hause fährt. Dort angekommen, macht sich die Cousine gegen Mitternacht noch etwa eine Stunde auf den Weg zu sich nach Hause.

4.3.1. Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

In der vertragsärztlichen Versorgung sollten ebenfalls größere Einheiten gebildet werden, insbesondere in ländlichen Gebieten. Dort können Arztpraxen schwerer wieder besetzt werden als in städtischen Gebieten und es braucht für niedergelassene Vertragsärzte attraktive Arbeitsmodelle, die aktuelle Trends auf dem Arbeitsmarkt aufgreifen. Ambulante Gesundheitszentren nach dem im vorigen Kapitel geschilderten finnischen Modell könnten sowohl für Haus- als auch Fachärzte eine interessante Option sein. Nicht nur lassen sich auf diese Weise Dienste besser auf mehrere Schultern verteilen und Teilzeittätigkeiten realisieren. Die Zentren würden den Ärzten durch Bündelungen der administrativen Tätigkeiten auch eher erlauben, sich auf die Patientenbehandlung zu konzentrieren, wobei sie große Unterstützung von Pflegefachpersonen erhielten.

Die ambulanten Gesundheitszentren sollten außerdem eng mit den Hausärzten in der Peripherie und besonders mit mobilen Pflegeexperten zusammenarbeiten, um die Fläche insgesamt gut zu versorgen. Wir regen außerdem an, „immobile“ Pflegeexperten mit einer kleinen Praxis oder Apotheken mit einem zusätzlichen Untersuchungsraum in Erwägung zu ziehen („Apotheke plus“), wenn eine breite landärztliche Primärversorgung nicht aufrechterhalten werden kann. Denn Apotheken verfügen meist noch über eine gute Flächenabdeckung und könnten daher bei der wohnortnahen Versorgung unterstützen. Eine regelmäßig anwesende Assistenzkraft könnte Patienten in einem separaten Raum innerhalb der Apotheke empfangen, einfache Untersuchungen vornehmen und über eine telemedizinische Verbindung im Bedarfsfall einen Arztkontakt herstellen. Patienten bräuchten dafür insbesondere keine Expertise in der Nutzung von digitalen Instrumenten. Diese Form der „Apotheke plus“ würde außerdem Apotheken, die möglicherweise wegen eines lokalen Bevölkerungsrückgangs ebenfalls mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, zusätzliche Erlöspotenziale bieten und einen Beitrag zur Stabilisierung der Arzneimittelversorgung in der Fläche leisten.

Dies allein wird aber nicht genügen. Es braucht auch eine engere Verzahnung der stationären und vertragsärztlichen Angebote. Ein Vehikel dafür ist die bereits in Abschnitt 4.1 erläuterte SVE als Ergänzung des ambulanten Gesundheitszentrums. Kleine Krankenhäuser der Grundversorgung würden damit zu einem untrennbaren Teil der Gesundheitszentren.

Einschätzungen aus den Interviews

Die Berücksichtigung sektorenübergreifender Elemente in der Krankenhausplanung wird von vielen Interviewpartner als wichtig erachtet. Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle seien auch notwendig, weil die doppelte Facharztschiene auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten sei. Bezüglich der Frage, ob die Ambulantisierung eher am Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich stattfinden soll, gibt es unter den Interviewpartnern auseinandergehende Ansichten. Bei den niedergelassenen Ärzten gebe es vermehrt Nachbesetzungsprobleme, weshalb wenige Kapazitäten für zusätzliche ambulante Behandlungen vorhanden seien. Viele Interviewpartner sehen die SVE vorrangig in der Aufgabe, die ambulantisierbaren Fälle zu übernehmen. Unsicherheit besteht in der Frage, wie die SVE wirtschaftlich finanziert werden können. Die fehlende Planungssicherheit bei der Ausgestaltung der SVE wird von vielen Interviewpartnern geäußert.

4.3.2. Notfallversorgung

Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto wichtiger wird ein gut funktionierendes Rettungswesen. Zum Beispiel war dies in Dänemark zur Zentralisierung der Krankenhausversorgung in so genannten Superkrankenhäusern unabdingbar (Augurzky et al. 2015). Zwar ist es nicht nötig, dass Rheinland-Pfalz und das Saarland den hohen Grad an Zentralisierung wie Dänemark erreichen. Dennoch sind in bestimmten Regionen – vor allem in Rheinland-Pfalz – im Notfall schon heute teilweise längere Strecken zum geeigneten Krankenhaus zurückzulegen. Dabei zählt jedoch nicht primär die Zeit, um vom Ort des Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern vielmehr die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte.

Dazu muss das Krankenhaus, das den Notfall aufnimmt, bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Außerdem sollten im Rettungswagen erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Insbesondere braucht es eine stabile und von Anfang an bestehende telemedizinische Anbindung zum anzusteuernden Krankenhaus. Ein Beispiel aus der Praxis ist das so genannte Stroke-Einsatzmobil, das bei Schlaganfallpatienten bereits am Einsatzort bzw. während der Fahrt Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ermöglicht. Dies sollte im nördlichen Teil von Rheinland-Pfalz zum Einsatz kommen, wo bereits heute die Fahrzeiten in der Schlaganfallversorgung zum Teil als kritisch zu beurteilen sind. Über die telemedizinische Anbindung an Kliniken liegen bereits vor Eintreffen relevante Informationen vor.

Außerdem dürfen Rettungsfahrzeuge nicht an Landkreisgrenzen Halt machen. Zur Optimierung der Wegstrecken und für eine effiziente Allokation der Behandlungskapazitäten ist eine landkreisübergreifende Abstimmung sowie eine Koordination mit den Regionalversorgern nötig. Idealerweise gibt es einen landesweiten Standard. Dazu müssen Daten über freie Kapazitäten in Krankenhäusern sowie persönliche Daten über den Notfallpatienten in Echtzeit vorliegen und ausgetauscht werden. Die elektronische Patientenakte spielt dabei eine zentrale Rolle.

Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend erfolgen, zumindest aber gebündelt in einem ambulanten Gesundheitszentrum. Bislang findet die Notfallversorgung in den Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen der KVen statt. Deren Anzahl wurde – als Reaktion auf ein Urteil des Bundessozialgerichts – zum 1.1.2024 um rund die Hälfte reduziert (Kasten 9) sowie auch teilweise die Öffnungszeiten reduziert. Krankenhäuser mit einer Notfallstufe und die neu zu schaffenden SVE können die natürlichen Anlaufstellen für ambulante und stationäre Notfälle sein. Aufgrund ihrer Größe können Krankenhäuser die Notfalldienste einfacher besetzen und koordinieren und im Zweifel mehrere Fachdisziplinen vorhalten und in Rufbereitschaft haben.

Durch eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit, basierend auf gemeinsamen Standards und guter gerätetechnische Ausstattung, können so ggf. Krankenhausaufenthalte verhindert werden. Die vierte und die neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung machen zahlreiche Vorschläge zur Reform des Rettungswesens (BMG 2023c).

Wichtig ist auch die Stabilisierung von für die flächendeckende Sicherstellung nötigen Krankenhausstandorte. Dazu gibt es das Instrument der Sicherstellungszuschläge, das im Rahmen der geplanten Einführung einer Vorhaltevergütung ggf. neu adjustiert werden muss. Der Gewährung eines Sicherstellungszuschlags muss eine strenge Prüfung vorausgehen, welche Fachabteilungen für die Versorgungssicherheit notwendig sind. Dazu braucht es bundesweit einheitliche Erreichbarkeitsvorgaben, differenziert nach Basis- und Spezialversorgung. Es sollten aber auch die Möglichkeiten der Luftrettung in die Überlegungen einbezogen werden, wenn ansonsten kurze Fahrzeiten nicht mehr erreicht werden können. Luftrettung ist zwar teuer, kann aber in der Gesamtbetrachtung trotzdem günstiger sein als die Vorhaltung eines ganzen Krankenhauses mit geringer Auslastung und kann eine qualitativ hochwertige Versorgung fördern.

Kasten 9: Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen – Das Urteil des Bundessozialgerichts und die Folgen

Das Bundessozialgericht hat am 24.10.2023 entschieden, dass freiberuflich tätige Pool- bzw. Honorarärzte im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Darunter fallen auch in Praxen angestellte Ärzte sowie Über-65-Jährige, die freiwillig eine gewisse Anzahl von Bereitschaftsdiensten im Jahr übernehmen (KVRLP 2024a). Durch das Urteil sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu verpflichtet, die Beiträge zur Sozialversicherung für den ÄBD – auch rückwirkend für die letzten vier Jahre – abzuführen.

Neben der Pflicht zur Beitragsabführung für die KVen bedeutet dies für den Großteil der Poolärzte auch den Wechsel aus der Freiberuflichkeit in ein sozialversicherungspflichtiges Dienstverhältnis. Damit wird die Teilnahme am ÄBD für einige Poolärzte uninteressant. Aufgrund dessen befürchtet die KVRLP eine Reduzierung der Anzahl von Poolärzten. In Rheinland-Pfalz betrifft das Urteil 60% (KVRLP 2024a) und im Saarland 33% (ÄrzteZeitung 2023) der Poolärzte. Dies kann die Versorgungssituation in von Unterversorgung bedrohten Regionen in beiden Bundesländern verschärfen.

Als Reaktion auf das Urteil des Bundessozialgerichts reagieren sowohl die KVRLP als auch die KV Saarland (KVS) zum 1.1.2024 mit einer deutlichen Reduzierung des Leistungsangebots im ÄBD. Die KVRLP schließt demnach sieben Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen (ÄBP): Altenkirchen, Andernach, Emmelshausen, Frankenthal, Gerolstein, Ingelheim und Landstuhl. Bei den verbleibenden 36 ÄBP verändern sich vereinzelt die Öffnungszeiten. Aktuell bieten 16 ÄBP maximale, 13 ÄBP mittlere und sieben ÄBP minimale Öffnungszeiten an (Schaubild 52). In der Nacht sind die ÄBP geschlossen (KVRL 2024a).

Schaubild 52: Öffnungszeiten der Ärztlichen Bereitschaftspraxen

Maximale Öffnungszeit MI: 14 – 22 Uhr FR: 16 – 22 Uhr SA | SO | Feiertag | Brückentag: 9 bis 22 Uhr	Mittlere Öffnungszeit MI: 14 – 22 Uhr FR: 16 – 22 Uhr SA | SO | Feiertag | Brückentag: 9 – 17 Uhr	Minimale Öffnungszeit MI: 14 – 22 Uhr SA | SO | Feiertag | Brückentag: 9 – 17 Uhr
Bad Kreuznach	Alzey	Cochem
Hachenburg	Bad Dürkheim	Germersheim
Idar-Oberstein	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Kirchen
Kaiserslautern	Birkenfeld	Kusel
Koblenz	Bitburg	Meisenheim
Landau	Daun	Prüm
Ludwigshafen	Grünstadt	Saarburg
Mainz	Kandel	
Mayen	Kirchheimbolanden	
Neustadt/Weinstraße	Montabaur	
Neuwied	Nastätten	
Pirmasens	Speyer	
Simmern	Zweibrücken	
Trier		
Wittlich		
Worms		

Quelle: KVRP (2024), eigene Darstellung.

Die KVS hat zum Jahresbeginn 2024 ebenfalls ihre Versorgungsangebote verändert. Sie hat zwei ÄBP in Dillingen und Saarlouis geschlossen. Aktuell möchte die KVS ihr Praxisnetz von zwölf auf sechs Standorte reduzieren. Dazu werden die Standorte Neunkirchen, Losheim, Püttlingen, Sulzbach, St. Ingbert und am Saarbrücker Caritas-Klinikum geschlossen (ÄrzteZeitung 2024).

Es ist davon auszugehen, dass sich infolgedessen die Inanspruchnahme der ambulanten Notfallleistungen in den stationären Sektor verschiebt. Erste spürbare Veränderungen nehmen die Notaufnahmen einzelner Krankenhausstandorte durch ein vermehrtes Patientenaufkommen in ihren Notaufnahmen wahr. So erlebt das Klinikum Idar-Oberstein im Januar 2024 eine Erhöhung der Zahl an Notfallpatienten um 25% im Vergleich zum Januar 2023. Das Marienhaus Klinikum in Mainz verbucht ein Plus von 20%. Zum Großteil sind dies Bagatellfälle, die in einer Notaufnahme Kapazitäten binden, die für die „richtigen“ Notfallpatienten fehlen (Bibliomedmanager 2024).

Das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein spürt ein vermehrtes Patientenaufkommen gerade in der Nacht, das mit einem erhöhten Personaleinsatz kompensiert werden musste. Diese Entwicklung ist derzeit aber nicht flächendeckend zu beobachten. Das Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier berichtet, dass die Notfallpatienten, die durch die ÄBP versorgt wurden, nicht in dem großen Umfang direkt in die Notaufnahme gekommen sind (Bibliomedmanager 2024). Nach Aussagen der rheinland-pfälzischen Krankenhausgesellschaft kommt hinzu, dass die Kliniken sachlich, räumlich, personell und finanziell entsprechend ausgestattet sein müssen, um den erhöhten Versorgungsbedarf kompensieren zu können. Ob die Notaufnahmen im Saarland die gleichen Entwicklungen wahrnehmen, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt. Gemessen an der Situation in Rheinland-Pfalz lassen sich nach der geplanten Reduzierung weiterer ÄBP ähnliche Auswirkungen nicht ausschließen.

Einschätzungen aus den Interviews

Die Interviewpartner berichten über die Schließungen der Bereitschaftspraxen. Ihre Erfahrungen mit den Bereitschaftspraxen fallen unterschiedlich aus. Während an einigen Standorten die Versorgung durch die Bereitschaftspraxen verbessert werden konnte, werde sie an anderer Stelle als nicht effektiv bezeichnet. Grundsätzlich besteht Konsens darüber, dass gerade im Bereich der Notfallversorgung Verbesserungen angestrebt werden müssen. Früher seien Kooperationen zwischen den Bereitschaftspraxen und den Krankenhäusern bzw. deren Notaufnahmen eher unerwünscht gewesen; mittlerweile sehen die Krankenhäuser bspw. im Konzept „Gemeinsamer Tresen" Chancen, die ergriffen werden sollten.

Einige Interviewpartner regen eine Reform zu den Mindestanforderungen an der Notfallvorhaltung an. Damit Krankenhäuser weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen dürften, bekämen sie Intensivbetten zugesprochen, betrieben sie aber tatsächlich nicht. Daraus leite sich die Frage ab, ob die Voraussetzungen für eine Notfallversorgung mit geringeren formellen Anforderungen umsetzbar wären, damit die Praxis der auf dem Papier vorgehaltenen Intensivbetten nicht weiter besteht.

4.3.3. Modellprojekte und Kooperationen

Ein zentraler Baustein zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung sind sektorenübergreifende Vergütungsmodelle. Diese müssen zwar auf Bundesebene geschaffen werden, allerdings können auch regionale Modellprojekte heute schon eine Option sein. Über den Innovationsfonds wurden bereits zahlreiche Projekte angestoßen und manche davon positiv evaluiert. Viele solcher erfolgreichen Projekte müssen jedoch nach Beendigung der Förderung durch den Innovationsfonds ihre Arbeit einstellen, weil ihnen die Mittel fehlen, um den anstehenden Weg in die Regelversorgung finanzieren zu können.

Budgetorientierte Ansätze – indikationsspezifische und für passende Regionen – könnten die sektorenübergreifende Versorgung fördern. In der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gibt es schon lange sektorenübergreifende Budgets für Versorgungsregionen, die es den Leistungserbringern überlassen, ob die Versorgung stationär, ambulant oder präventiv erfolgt. Beispiele sind Modellprojekte im Pfalzklinikum sowie in Hanau, Itzehoe und Hamm. Assheuer et al. (2020) evaluieren ein solches Modell in Hamm und kommen zu positiven Ergebnissen. Oft laufen diese Modellprojekte über § 64b SGB V. In der Somatik existieren bisher keine expliziten Regelungen analog zu § 64b SGB V, aber § 63 und § 64 SGB V erlauben „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Vergütungsformen". Dabei sind Abweichungen vom KHG und dem KHEntgG möglich, insbesondere wenn Einsparungen Mehraufwendungen ausgleichen.

Wenn alle Krankenkassen sich beteiligen, ist ein einheitlicher Finanzierungsmodus vorgesehen. Eine Einschreibung der Patienten ist nicht erforderlich. Dies ist anders bei Modellen nach § 140a SGB V, für die eine vorige Einwilligung der Versicherten nötig ist. Darüber hinaus muss gewährleistet werden, dass die Krankenkassen Leistungen, die unter ein Budget fallen, nicht doppelt bezahlen. Dazu müssen die vertragsärztlichen Vergütungsbestandteile des Budgets aus dem KV-Gesamtbudget herausgerechnet werden.

Für Rheinland-Pfalz empfehlen sich Modellprojekte in den Versorgungsgebieten Westerwald, Trier, Mittelrhein und Mittel-Pfalz. Diese Regionen decken den nördlichen Teil von Rheinland-Pfalz ab und sind bei der primärärztlichen Versorgung eher von Unterversorgung bedroht. Sollte

ein sektorenübergreifender Ansatz im ersten Schritt nicht möglich sein, könnte auch ein – möglicherweise indikationsbezogener – Budgetansatz für ausgewählte Krankenhäuser eine Option sein. Ziel ist die Unterstützung der Ambulantisierung von Leistungen. Dies könnte über eine befristete Budgetgarantie für ein Krankenhaus geschehen, die dem Haus die Möglichkeit gibt, frei entscheiden zu können, wie eine Behandlung durchgeführt wird, sei es stationär oder ambulant.

Im Zuge von Strukturanpassungen in der Krankenhauslandschaft und der vermutlichen Umstellung der Krankenhausplanung auf die Leistungsgruppensystematik wird es zudem verstärkt zu Kooperation zwischen Krankenhausträgern kommen, wenn Leistungen gebündelt werden oder verwandte Leistungsgruppen eine Voraussetzung zum Erhalt einer Leistungsgruppe bilden. Den Krankenhäusern ist daher anzuraten, Kooperationsmöglichkeiten im regionalen Umfeld frühzeitig zu prüfen.

Einschätzungen aus den Interviews

Die Interviewpartner waren sich einig, dass Kooperationen seit einigen Monaten bereits transparenter kommuniziert würden und die Krankenhausträger grundsätzlich offen für dieses Thema seien. Nichtsdestotrotz würden sich die Kooperationen bisher größtenteils auf solche innerhalb des gleichen Trägers beschränken. Uniklinika hätten aufgrund ihrer komplexen Leistungen und der Mischung aus Forschung und Lehre einen größeren Spielraum für Kooperationen mit anderen Krankenhäusern. Um Doppelstrukturen aufzubrechen, müssten die Träger kooperieren.

Auch dem Land wird bei Kooperationen eine wichtige Rolle beigemessen. Das Gesundheitsministerium könne als Mediator dienen, wenn träger- oder regionsübergreifend kein Konsens erzielt werden könne. Es wurde zudem geäußert, dass die Gesundheitsversorgung auf Landesebene innerhalb eines Ministeriums, das noch für weitere Themen zuständig sei, mit diesen anderen Themen in Konkurrenz stehe[36]. Dadurch erscheine Gesundheitspolitik als weniger präsent. Ein Problem sei auch, dass die handelnden Personen nicht zwingend vom Fach seien. Der Bereich Gesundheit müsse politisch aufgewertet werden. Hier hänge das Handeln oft an einzelnen Personen.

Bei der Krankenhausplanung wird die Rolle der Regional- bzw. Planungskonferenzen vermehrt hervorgehoben. Diese sollten nach Meinung der Interviewten weiter aufgewertet werden. Die Akteure vor Ort sollten mehr einbezogen werden und dazu beitragen, Doppelstrukturen zum Beispiel durch den Tausch von Leistungsgruppen aufzulösen. Im Saarland gebe es bisher keine trägerübergreifenden Kooperationen. In den Interviews wurde deutlich, dass eine Kooperation teilweise an einzelnen Personen bzw. an vermeintlichen Kleinigkeiten scheitere. „Kompetenzgerangel“ wird als der größte Hinderungsgrund genannt. Länderübergreifende Kooperationen seien bisher nicht politisch initiiert worden, sondern zwischen Chefärzten koordiniert.

[36] Anmerkung der Gutachter: Eine Studie von Pilny und Rösel (2020) zeigt, dass auf Bundeslandebene zwischen 1955 bis 2017 (davon Ostdeutschland zwischen 1993 bis 2017) im Durchschnitt 10% aller Gesundheitsministerien reine Gesundheitsministerien gewesen sind. Häufig wurde auf Landesebene das Gesundheitsressort mit anderen Politikfeldern zusammengelegt. In rund 65% der Fälle waren die Ressorts Gesundheit und Arbeit zusammengelegt.

4.3.4. Entscheidungsprozesse und Kommunikation

Die medizinische Versorgung ist ein emotionales Thema in der Bevölkerung. Im Krankheitsfall und besonders im Notfall möchte jeder schnell und gut versorgt werden. Daher sind Krankenhausschließungen fast immer mit lokalen Widerständen und heftigen politischen Auseinandersetzungen verbunden (Mensen 2022). Gleichzeitig legen die Menschen aber auch auf eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung viel wert. So suchen die Bürger bei planbaren Operationen immer häufiger zertifizierte Zentren auf und berücksichtigen die Behandlungsqualität bei ihrer Entscheidungsfindung für ein Krankenhaus, indem sie beispielsweise Vergleichsplattformen für Krankenhäuser nutzen (Avdic et al. 2019).

Aufgrund dessen ist es wichtig, eine Veränderung der Krankenhausstruktur auf lokaler Ebene kommunikativ intensiv zu begleiten, sodass die Bürger die Bedeutung und die Konsequenzen der Strukturveränderungen einordnen und verstehen können. Grundsätzlich müssen in solchen Prozessen die Vor- und Nachteile transparent gemacht sowie die möglichen Alternativen diskutiert werden. Insbesondere muss aufgezeigt werden, was eine Fortführung des Status quo bedeuten würde. Diese Kommunikationsoffensive könnte beispielsweise im Rahmen der Regional- bzw. Planungskonferenzen ergänzend zum Einsatz kommen. Ein praktisches Beispiel sind die im Jahr 2023 im Ostalbkreis durchgeführten Bürgerdialoge (Kasten 10).

Kasten 10: Bürgerdialoge

Der Kreistag Ostalb hat von Mitte Juni bis Ende Juli 2023 das Bürgerforum „Zukunftskonzept Kliniken Ostalb“ eingesetzt. Das Ziel dieses Bürgerforums war es, die Perspektiven der Bürger zur Gesundheitsversorgung einzuholen. Über 40 zufällig ausgewählte Bürger befassten sich in fünf Sitzungen intensiv mit den Problemen und Optionen der Krankenhausversorgung vor Ort und erarbeiteten eine eigene Empfehlung. Das Bürgerforum hat 26 Empfehlungen für den Kreistag erarbeitet. Im Laufe des Jahres 2023 wurde schließlich im Ostalbkreis mit großer Mehrheit im Kreistag entschieden, die bestehenden Kapazitäten ihrer drei Krankenhausstandorte in einem neuen Regionalversorger als Zentralklinik zu bündeln.

Den Bürgern des Ostalbkreises ist bei den anstehenden Veränderungen vor allem eine transparente Information wichtig. Politische Entscheidungen sollten begründet sein und für die Bürger verständlich kommuniziert werden. Die Partizipation der Bürger kann Ängste vor Ort, die mit Veränderungen der Versorgungsstrukturen einhergehen können, abbauen. Der Bürgerrat gab der Bevölkerung im Ostalbkreis folgende Nachricht mit: „Niemand muss wegen der bevorstehenden Veränderungen in Panik geraten“ (Kliniken Ostalb 2023).

Einschätzungen aus den Interviews

Die Interviewpartner nehmen zum Teil eine große Verunsicherung in der Bevölkerung wahr. Die schwierige wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sei den Bürgern meist nicht bewusst. Zudem sei vielen nicht bewusst, dass eine Krankenhausreform geplant sei. Eine offene und ehrliche Kommunikation sei daher zentral. Die Krankenkassen werden ebenfalls aufgefordert, ihre Versicherten zu informieren und aufzuklären. Es solle verdeutlicht werden, dass sich die Bevölkerung bei elektiven Eingriffen zum Teil auf längere Fahrzeiten einstellen müsse. Die SVE seien der Bevölkerung noch kein Begriff. Daher müsse ihre genaue Funktion erläutert und sie müssen für die Bevölkerung attraktiv ausgestaltet werden.

Um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen effektiver steuern zu können, wird eine bessere Gesundheitsbildung gefordert, die bereits in der Schule beginnt. Die Patienten sollten ein Bewusstsein entwickeln, dass Gesundheitsleistungen Ressourcen beanspruchen und sie daher nur genutzt werden sollen, wenn es medizinisch erforderlich ist. Bagatellfälle – insbesondere in der Notfallversorgung – sollten möglichst vermieden werden.

Es wird der Wunsch geäußert, auch eine offene Diskussion zur regionalen Verteilung der Versorgungsangebote zu führen. Durch den Strukturwandel würden Leistungen und Standorte in vielen Regionen gebündelt. In einigen Regionen könnten sich daher die Fahrtzeiten für die Bevölkerung erhöhen. Es sollte aus Sicht der Interviewpartner darüber diskutiert werde, in welchen Regionen künftig welche Leistungen erbracht werden sollten.

4.3.5. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die geplanten Gesetzesvorhaben in der laufenden Legislaturperiode erweitern den rechtlichen Spielraum in der Versorgung – insbesondere für die Kommunen. Zum Stand der Fertigstellung dieses Gutachtens ist das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) noch nicht in Kraft getreten. Während der Gutachtenerstellung gab es Änderungen in den Referentenentwürfen. Der Referentenentwurf des GVSG zum 15.6.2023 sah unter anderem vor, dass Kommunen Möglichkeiten erhalten, „auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren“. Konkret bedeutete dies den Aufbau von Gesundheitskiosken, die bislang nur als Modellprojekte bestanden. Ferner waren in diesem Referentenentwurf auch Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen vorgesehen. Diese Maßnahmen sind nicht mehr Bestandteile des aktualisierten Referentenentwurf des GVSG zum 8.4.2024. Im neuen Referentenentwurf soll weiterhin für Kommunen die Möglichkeit bestehen, selbst MVZ zu gründen, die bisher i.d.R. von niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern betrieben werden.

Einschätzungen aus den Interviews

Einige rechtliche Rahmenbedingungen werden von den Interviewpartnern als hinderlich wahrgenommen, wenn es um kurzfristige Lösungen von Versorgungsproblemen geht. Kurzfristige Lösungen bedürften flexibler und kreativer Maßnahmen. Als Beispiel wurde mehrfach die Rolle der Kommunen genannt. So falle die Abgabe der Versorgungsaufträge im Falle einer Krankenhausaufgabe an die Kommune. Diese könnten aufgrund ihrer zum Teil selbst angespannten Haushaltssituation nicht als Dauerlösung für die Sicherstellung der Krankenhausbetriebe angesehen werden. Auf der anderen Seite wird bemängelt, dass bei einer unsicheren MVZ-Nachfolge die Kommune bislang keine Handhabe habe, das MVZ zeitweise in kommunale Trägerschaft zu überführen, bis ein neuer Träger gefunden sei.

Bemängelt wird die geringe Wahrnehmung der Akteure vor Ort. Ein Beispiel seien die gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V. Diese könnten Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen und zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung abgeben. Über diese Empfehlungen hinaus sei deren Möglichkeitsrahmen ausgereizt. Mehr Befugnisse für solche Gremien – auch auf lokaler Ebene – werden gewünscht.

4.3.6. Personal

Der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen resultiert einerseits aus der Menge der zu versorgenden Menschen. Andererseits spielt auch eine Rolle, auf welche Art sich der Versorgungsbedarf äußert. Wenn beispielsweise durch Präventionsmaßnahmen schwere Erkrankungen mit

personalintensiver Behandlung vermieden werden können, können spezialisierte Fachkräfte eingespart werden und es braucht im Gegenzug mehr Präventionsexperten. Es kommt aber auch auf die Allokation der Ressource Personal an. Wenn spezialisierte und teure Fachkräfte Tätigkeiten wahrnehmen, die durch weniger spezialisierte und weniger teure Fachkräfte ebenso gut durchgeführt werden könnten, ist die Allokation des Personals nicht effizient. Diese Überlegungen zeigen, dass grundsätzlich an vielen Stellen angesetzt werden kann, um einem wachsenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Im Folgenden diskutieren wir Maßnahmen, um sowohl die Nachfrage nach Personal zu reduzieren als auch das Versorgungsangebot zu erhöhen. Eine vertiefende Ausarbeitung findet sich in Augurzky und Kolodziej (2018). Lehmann et al. (2019) widmen sich Potenzialen in der Pflege mit dem Blick ins Ausland.

Wichtige Ansatzpunkte zum Halten oder zur Erhöhung der Menge an Fachkräften sind die Ausbildung, die Erwerbstätigenquote und Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften. Produktivitätssteigerung könnte durch Einsatz innovativer Technologien und eine stärkere Innovationsoffenheit erreicht werden. Wichtig sind überdies Anreize zur Verringerung der Nachfrage nach Leistungen. Vorsorgemaßnahmen, eine stärker sektorenübergreifende Versorgung und eine effektive Patientenkoordination können hierbei helfen. Außerdem spielt das Vergütungssystem in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Erwerbstätigenquote. Zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote sind Anreize zur Steigerung der Anzahl der Rückkehrer beispielsweise nach einer Elternzeit oder für Personen, die Erwerbsminderungsrente beziehen, zu setzen. Mögliche Hürden für ihren beruflichen Wiedereinstieg nach der Auszeit sind zu prüfen und abzubauen. Eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf kann die Rückkehr erleichtern. Dazu gehören flexible Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und für pflegebedürftige Angehörige. Außerdem könnten Wieder- oder Quereinstiegsprogramme helfen, neue fachliche Kenntnisse zu erlernen oder Vertrauen in die eigenen Kenntnisse zu stärken. Die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von älteren Arbeitnehmern könnte durch Förderung altersgerechter Arbeitsbedingungen unterstützt werden. Auch nach Renteneintritt könnten Modelle mit reduzierten Beschäftigungsumfängen gefördert werden. Einer der größten Hebel ist die Teilzeitquote. Fachkräfte, die in Teilzeit tätig sind, sind bereits voll ausgebildet. Durch die Erhöhung der Stundenzahl von Teilzeitkräften könnten sie sofort einen vollwertigen Beitrag leisten und Personallücken schließen. In vielen Fällen dürfte die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie hierfür hilfreich sein, ebenso wie generell eine höhere Attraktivität der Erwerbstätigkeit.

Attraktivität von Erwerbstätigkeit. Das Gesundheitswesen wird künftig noch stärker im Wettbewerb mit anderen Branchen um die knapper werdenden Fachkräfte stehen. Zwar spielt auf dem Arbeitsmarkt das Lohnniveau eine wichtige Rolle hinsichtlich der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Nicht zu unterschätzen sind jedoch nicht-monetäre Aspekte. So sollte Bürokratie im Gesundheitswesen reduziert werden, um die Belastung mit patientenfernen administrativen Aufgaben zu verringern und damit die Arbeitszufriedenheit zu steigern (Augurzky et al. 2017). Wichtig für die Kranken- und Altenpflege ist außerdem die Planbarkeit und Zuverlässigkeit der Dienstpläne. Eine weitere Option könnte sein, ehemals informell Pflegenden den Eintritt in den formellen Pflegeberuf zu erleichtern (Colombo et al. 2011), zum Beispiel durch die Finanzierung von Umschulungen. Hilfreich wäre zudem eine bessere Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften (Augurzky et al. 2018). Im ärztlichen Bereich gibt es die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin, um den Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken (Kasten 11).

Kasten 11: Quereinsteigermodell

Eine Möglichkeit, dem Hausärztemangel in Deutschland zu begegnen, ist der von der Bundesärztekammer eingeführte Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. Dieses Modell ermöglicht interessierten Ärzten, die bereits eine Facharztanerkennung in der unmittelbaren Patientenversorgung innehaben, den schnellen Einstieg in die Allgemeinmedizin. Sie können ihre Weiterbildungszeit zum Erwerb der zusätzlichen Facharztanerkennung dabei auf 24 Monate verkürzen (Ärztekammer Saarland 2024). In diesen 24 Monaten bilden sich die Ärzte im Bereich der ambulanten hausärztlichen Versorgung weiter. Dazu sind die Mediziner bspw. verpflichtet, einen Kurs in der psychosomatischen Grundversorgung (80 Stunden) zu belegen. Die Weiterbildung ist auch in Teilzeit möglich. Ähnlich wie bei der Verbundweiterbildung besteht auch hier eine Fördermöglichkeit für die Weiterbildungsstätten (Kreisärzteschaft Altenkirchen 2024).

Rheinland-Pfalz hat als erste Ärztekammer bundesweit dieses Modell im Jahr 2011 eingeführt. Bis 2023 haben 150 Ärzte von dem Quereinstieg in die Allgemeinmedizin Gebrauch gemacht (Marburger Bund 2023). Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2023 mitgeteilt, dass rund 400 Ärzte in den vergangenen fünf Jahren den Quereinstieg – aus Krankenhäusern oder anderen Fachgebieten – in NRW vollzogen haben. Davon wurden rund die Hälfte der Quereinsteiger in Gemeinden mit weniger als 40 000 Einwohner eingesetzt (Landesregierung NRW 2023).

Neues Verständnis des Pflegeberufs. Für die Pflege sollte eine höhere Wertschätzung des Pflegeberufs und die Schaffung interessanter Karriereoptionen angestrebt werden, zum Beispiel auch über akademische Ausbildungswege in der Pflege. Dabei geht es auch darum, dem Pflegepersonal mehr Verantwortung in der Versorgung zu übertragen. Als positives Beispiel können so genannte „Advanced Practice Nurses“ genannt werden, die neben pflegerischen Tätigkeiten weitere Aufgaben übernehmen, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Sie könnten eine größere Verantwortung beispielsweise bei der Betreuung chronisch kranker Menschen tragen sowie bei der primärärztlichen Versorgung in den Gesundheitszentren oder als mobile Gesundheitsexperten. In Ländern wie den USA, den Niederlanden und Großbritannien ist es seit Jahren Praxis, dass Pflegekräfte ein größeres Aufgabenspektrum wahrnehmen und damit Ärzte entlasten und dass dadurch gleichzeitig das Berufsfeld Pflege vergleichsweise attraktiv ist (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017). Lehmann et al. (2019) geben eine Übersicht darüber, was Deutschland von der Pflege aus dem Ausland lernen kann. Auch vor dem Hintergrund der digitalen Transformation des Gesundheitssystems sollte über eine Neuausrichtung der Gesundheitsberufe nachgedacht werden (Kuhn et al. 2020). Mit dem Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz sollen im Jahr 2024 die Weichen für zahlreiche Neuerungen im Pflegeberuf gestellt werden (Kasten 12).

Kasten 12: Pflegekompetenzgesetz

In der laufenden Legislaturperiode soll das Pflegekompetenzgesetz verabschiedet werden, das zahlreiche Neuerungen in der Pflege vorsieht. Nach dem vorläufigen Eckpunktepapier (Stand: 19.12.2023) sind u.a. folgende Veränderungen für Pflegekräfte und deren Berufsstand geplant (BMG 2024):

Erweiterung der Befugnisse. Ein wesentlicher Bestandteil ist die Erweiterung der Befugnisse. Erweiterte Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung sollen ermöglicht werden, insb. im Bereich der (komplexen) Wundversorgung, der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Es sollen auch Verordnungen

im Rahmen neuer Versorgungsformen, wie Level 1i-Häusern, Primärversorgungszentren und Gesundheitskiosken geprüft werden.

Einführung neuer Berufsbilder und stärkere Akademisierung in der Pflege. Das Berufsbild der Advanced Practice Nurse bzw. Community Health Nurse soll nach internationalem Vorbild etabliert werden. Je nach Qualifikation des Abschlusses sollen weitergehende Befugnisse im Rahmen der Verordnung von häuslicher Krankenpflege, von Hilfsmitteln und ggf. von bestimmten Arzneimitteln geprüft werden. Im Ausland ist die Pflegeausbildung oft akademisiert. Die hochschulische Ausbildung in der Pflege soll gestärkt werden. International gängige erweiterte Rollen für Pflegefachpersonen im Krankenhaus sollen auch in Deutschland umgesetzt werden können. Hierfür ist ein eigener pflegerischer Handlungsrahmen bis hin zur eigenständigen klinischen Entscheidung von Interventionen erforderlich.

Aufwertung des Berufsstandes. Die Profession Pflege in Hinblick auf das Berufsverständnis und die Berufsrollen soll weiterentwickelt werden. Vorgesehen ist die Etablierung einer zentralen berufsständischen Vertretung der Profession Pflege auf Bundesebene. Diese soll mit Befugnissen zur Weiterentwicklung des Berufsverständnisses und der Berufsrollen mit Empfehlungscharakter (z. B. Muster-Berufsordnung, Muster-Scope of Practice, Muster-Weiterbildungsordnung) ausgestattet sein.

Sektorenübergreifende Ausbildung. Die Ausbildung von medizinischem Fachpersonal sollte sich den sich ändernden Strukturen anpassen. Eine Weiterentwicklung der pflegerischen Ausbildung, die in Zukunft mehr Delegationsmöglichkeiten für die Pflege integriert, ist erstrebenswert. Bei den Ärzten besteht weiterhin die „doppelte Facharztschiene“, die aus der bisherigen Sektorentrennung heraus resultiert. Ein Mittel, um die Sektorengrenzen aufzuweichen, ist die Verbundweiterbildung (Kasten 13).

Kasten 13: Verbundweiterbildung

In der ambulanten Versorgung – speziell in der hausärztlichen Versorgung – werden in den kommenden Jahren altersbedingt viele Ärzte aus der Patientenversorgung ausscheiden (KBV 2024). Um eine bedarfsgerechte Patientenversorgung grundsätzlich, aber vor allem in potenziell unterversorgten Regionen aufrechtzuerhalten, sind in Zeiten des Fachkräftemangels innovative Versorgungsansätze eine Chance, Nachwuchs zu gewinnen. Eine Verbundweiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin ist ein solcher innovativer Ansatz. Diese Weiterbildung wird von den KVen und Krankenkassen unterstützt und auch finanziell gefördert (KVB 2024). Hierbei werden Ärzte in Weiterbildung nicht ausschließlich in Krankenhäusern zu Fachärzten ausgebildet, sondern können ihre Ausbildung zu einem Teil im niedergelassenen Bereich absolvieren. Nach einem Rotationsverfahren lernen die angehenden Fachärzte beide Sektoren kennen, was sie für künftige Einsätze im Gesundheitswesen flexibel macht.

Mit der sektorenübergreifenden Verbundweiterbildung bietet man in der Allgemeinmedizin den Weiterbildungsassistenten ab Start eine komplette fünfjährige Weiterbildung an, die in stationären und ambulanten Weiterbildungsstätten in einer vereinbarten Region geleistet wird, ohne dass bspw. ein Wohnortwechsel notwendig wird (Ärztekammer Nord 2024). Auch in Rheinland-Pfalz und dem Saarland haben sich Verbünde aus niedergelassenen Praxen, MVZ, Ärztenetzen und Kliniken gebildet, um interessierten Weiterbildungsassistenten ein entsprechendes Komplettpaket anbieten zu können (KVRLP 2024b, KVS 2024).

Anreize für Tätigkeit auf dem Land. Um Hausarztpraxen in dünn besiedelten Regionen besetzen zu können, braucht es zusätzliche Anreize. So könnten besondere Angebote im Rahmen des Studiums der Allgemeinmedizin mit einer Verpflichtung zu einer Landarzttätigkeit für eine gewisse Zeit oder generell für die Aufnahme einer Tätigkeit in dünner besiedelten Gebieten in Rheinland-Pfalz verknüpft werden, ggf. in Kombination zum Beispiel mit einem Stipendium für ein Studium an einer privaten Universität. Ein Beispiel aus Bayern schildert Kasten 14.

Kasten 14: Die LandArztMacher

Das Projekt der „LandArztMacher" in der Region Arberland in Bayern will Hindernisse für die Tätigkeit auf dem Land aus dem Weg schaffen und so den Beruf des Landarztes fördern. Denn, obwohl Ärzte im ländlichen Raum meist höchst zufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, droht dort gleichzeitig der Ärztemangel. Studierende kommen während ihrer Ausbildung kaum in Kontakt mit ländlicher Medizin und tragen im Studium nur wenig Eigenverantwortung. Daher ergreifen die „LandArztMacher" in innovativen Lehr- und Lernmodellen Maßnahmen wie Supervision, Peer-Teaching und das Arbeiten im Netzwerk. Den Studierenden soll die medizinische Versorgungsrealität im ländlichen Raum vermittelt werden, wobei die Stärkung ihrer individuellen ärztlichen Haltung eine große Rolle spielt. Zentrale Punkte sind das Erleben der Vorteile des sektorenübergreifenden Arbeitens sowie die praktische Umsetzung des ärztlichen Netzwerkgedankens. Positive Beispiele der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bringen den Studierenden neben der Einbindung in die soziale und kulturelle Struktur der Region die Vorteile eines Landarztes näher.

Evaluationen des Projekts zeigen die Wirksamkeit des Grundgedankens der „LandArztMacher". So wird die Region Arberland insgesamt positiver wahrgenommen (+30%[37]) und die jungen Ärzte können sich besser vorstellen, auf dem Land tätig zu sein (+30%[38]). 10% der Teilnehmer außerhalb der Region beginnen im Anschluss an das Projekt ein Folgepraktikum (PJ, Famulatur) und 50% der Teilnehmer aus der Region Arberland werden dort Arzt in Weiterbildung. Die Philosophie der „LandArztMacher" findet bei den Studierenden guten Anklang, sodass 20% der ehemaligen Projektteilnehmer später selbst Referenten der „LandArztMacher" werden (Die LandArztMacher 2021).

Betriebliches Gesundheitsmanagement. Zur Verringerung des Krankenstands können das betriebliche Gesundheitsmanagement und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wichtige Beiträge leisten.[39] Instrumente zur physischen und psychischen Entlastung umfassen die Gefährdungsbeurteilungen, Angebote zur Weiterbildung und Gesundheitsförderung sowie die Schulung von Führungskräften. Seminare zum Umgang mit aggressiven Patienten, Krankheit und Tod sind Teil einer direkten psychologischen Unterstützung. Hebehilfen und Exoskelette können zur physischen Entlastung von Pflegefachkräften beitragen.

Zuwanderung ausländischer Fachkräfte. Die Zahl der Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft, die zum ersten Mal Mitglied bei einer Ärztekammer wurden, nahm im dritten Jahr in Folge ab – 2022 lag sie 5% unter dem Wert des Jahres 2019. Somit kommt der Zuwanderung ausländischer

[37] Relative Steigerung zwischen Beginn und nach 5-10 Jahren zum Evaluationszeitpunkt.

[38] Relative Steigerung zwischen Beginn und nach 5-10 Jahren zum Evaluationszeitpunkt.

[39] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014), Bundesministerium für Gesundheit (2015), Colombo et al. (2011), Fujisawa et al. (2009), Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010).

Ärzte eine größere Bedeutung zu. Der Großteil ausländischer Ärzte stammt aus Ländern der Europäischen Union, insbesondere aus Rumänien oder Griechenland. Die größten Zuwächse ausländischer Ärzte sind aus Nicht-EU-Ländern zu verzeichnen – überwiegend aus der Russischen Föderation, der Ukraine, der Türkei und aus Syrien (Bundesärztekammer 2023). Doch ist ein großes potenzielles Reservoir an jungen Arbeitskräften in anderen Ländern vorhanden, beispielsweise in Brasilien und Indien. Bereits in der Vergangenheit stieg die Anzahl an Personen mit anerkannten ausländischen Berufsqualifikationen. Im Jahr 2022 wurden 11% mehr Berufsabschlüsse in Deutschland anerkannt als im Vorjahr. Zwei Drittel aller anerkannten Berufsabschlüsse (rund 35 400) entfielen dabei auf medizinische Gesundheitsberufe (Statistisches Bundesamt 2023). Das Reservoir für weitere Zuwanderung aus dem Ausland ins deutsche Gesundheitswesen ist somit hoch. Allerdings müssen einmal eingewanderte Fachkräfte auch im Land gehalten werden. Dabei ist zu beachten, dass Pflegekräfte im Ausland ein oftmals umfangreicheres Aufgabenspektrum besitzen, was bei einer Tätigkeit in Deutschland zu Frust und möglicherweise zur Rückkehr in das Heimatland oder zur Migration in ein anderes Land führen kann. Insofern hängt die Zuwanderung ebenfalls an einer Verbesserung der Attraktivität der Gesundheitsberufe. Es muss jedoch auch die Sprachausbildung forciert werden.

Technologie und Innovation. Innovationen können dazu beitragen, sowohl die Arbeitsproduktivität zu steigern als auch die Arbeitskräfte zu entlasten. Zum Beispiel kann die Digitalisierung in der Gesamtwirtschaft den Arbeitskräftebedarf reduzieren, sodass dem personalintensiven Gesundheitswesen mehr Arbeitskräfte zur Verfügung stehen (Dengler und Matthes 2016, Lehmer et al. 2017, Weber und Zika 2015). Ähnliche arbeitssparende Wirkungen dürfte die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen selbst auslösen.

Nachfragereduktion im Gesundheitswesen. In Deutschland sind insgesamt durchschnittlich viele Ärzte und Pflegekräfte je Einwohner tätig. Allerdings versorgen sie überdurchschnittlich viele Patienten. So kamen in Deutschland im Jahr 2022 auf 100 Einwohner im Durchschnitt 20,1 stationäre Krankenhausaufenthalte pro Jahr (Statistisches Bundesamt 2023g). In Dänemark sind es nur 13,5 stationäre Fälle pro Jahr, also 33% weniger (Statistics Denmark 2024). Eine Verringerung der Patientenzahl in Deutschland könnte die Nachfrage nach Fachkräften reduzieren. Eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, um damit eine stärkere Ambulantisierung der Medizin zu erreichen, kombiniert mit einem entsprechenden Vergütungsmodell und einer effektiven Patientensteuerung könnten einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion der Zahl der Krankenhausfälle leisten. Ferner kann mittels Versorgungsforschung eine effizientere Ressourcenallokation im Gesundheitswesen erreicht werden, wenn zwischen Leistungen mit geringem und hohem Nutzen besser differenziert werden kann. Gleichzeitig sollten Anstrengungen unternommen werden, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, um die Nachfrage zu reduzieren. Neben effektiven Präventionsmaßnahmen spielt auch hier das Vergütungssystem eine wichtige Rolle.

Patientenkoordination. Durch eine effektive Patientensteuerung über geeignete Leitstellen kann erreicht werden, dass die Patienten am richtigen Ort behandelt werden. Beispielsweise koordinieren in Dänemark Telefonleitstellen die Gesundheitsversorgung. Ein Beispiel zur Optimierung der Notfallversorgung findet sich in Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017).

Elektronische Patientenakte. Ein Schlüssel zur Umsetzung vieler der genannten Maßnahmen ist die elektronische Patientenakte. Sie kann eine größere Transparenz über das Versorgungsgeschehen schaffen, sodass die Spreu besser vom Weizen getrennt werden kann. Sie kann außerdem die Prozesseffizienz erhöhen und Bürokratie reduzieren. Gesundheitsdaten der Patienten

stehen dann jederzeit zur Verfügung und müssten nicht bei jedem Leistungserbringer individuell und wiederkehrend erhoben werden. Sie gewährleistet damit, dass stets alle relevanten Gesundheitsdaten vorliegen, nicht verloren gehen und unnötige Doppeluntersuchungen entfallen. Die Auswertung von Befunden kann außerdem im Abgleich mit vielen anderen Gesundheitsdaten patientenspezifisch Impulse für den richtigen Therapieansatz bieten. Während die Medizin heute auf die breite Masse ausgelegt ist, besteht mit der Auswertung und Interpretation von Big Data die Möglichkeit, patientenindividuelle Besonderheiten im Behandlungsprozess gezielter zu berücksichtigen und so im Idealfall das Behandlungsergebnis zu verbessern.

Einschätzungen aus den Interviews

Alle Interviewpartner sehen den Fachkräftemangel als große Herausforderung an. Sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich gebe es viele offene Stellen, die nicht besetzt werden könnten. Dadurch würden zum Teil Operationen verschoben oder Betten gesperrt. Zwischen den Kliniken gebe es einen starken Wettbewerb um das Personal. Bei der Rekrutierung ärztlichen Personals seien die regulären Rekrutierungskanäle (Ausschreibungen oder Headhunter) nicht mehr zielführend. Stattdessen müssten zunehmen persönliche Kontakte genutzt werden, um Stellen besetzen zu können. Im pflegerischen Bereich wurden die Bestrebungen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) lobend hervorgehoben. Die Insolvenzen mehrerer Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz und im Saarland hätten zu Unsicherheiten geführt, die die Situation bei der Personalsuche zusätzlich erschwert habe.

Mehrere Interviewpartner berichten von Personalrekrutierung aus dem Ausland. Es gebe verschiedene Programme, um Pflegefachkräfte aus Ländern wie Mexiko, Indien, Kolumbien oder Ruanda zu rekrutieren. Meistens würden dabei bereits ausgebildete Pflegefachkräfte angeworben. Es gebe jedoch auch Programme, bei denen die Anwerber in ihrem Heimatland zunächst einen Sprachkurs belegen und anschließend in Deutschland ausgebildet würden. Beim ärztlichen Personal gebe es weniger strukturierte Programme, da dieses sich tendenziell selbst auf die ausgeschriebenen Stellen bewerbe. Ein Interviewpartner berichtet bei der Akquise von Ärzten aus dem Ausland aber von einem unzureichenden Ausbildungsniveau bis hin zu gefälschten Approbationen. Von den anderen Interviewpartnern wurden keine negativen Erfahrungen durch die Anwerbung ausländischen Personals geäußert.

Deutschland habe bei Fachkräften aus dem Ausland an Attraktivität verloren. Länder, in denen die englische Sprache für den Arbeitsalltag ausreiche, seien Deutschland gegenüber im Vorteil. Der Fachkräftemangel habe teilweise aber auch andere Gründe. So müsse ausreichend Wohnraum geschaffen werden, der insbesondere in den großen und attraktiven Städten für das Personal bezahlbar sei. Auch weitere (soziale) Infrastruktur sei wichtig, um Personal dauerhaft an den Standorten halten zu können. Insbesondere auf dem Land fehle es an Betreuungsangeboten für Kinder, was wiederum zu höheren Teilzeitquoten führe. Einige Interviewpartner kritisieren zudem die Pflegepersonaluntergrenzen. Dadurch müssten unnötigerweise Stationen geschlossen werden.

Um die Attraktivität der Berufe zu steigern, helfe der Abbau von Bürokratie. Es wird befürchtet, dass mit dem Krankenhaustransparenzgesetz den Leistungserbringern jedoch ein erhöhter Administrationsaufwand aufgeladen werde, der personelle Ressourcen bündele. Gleichzeitig müssten die Trends auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt werden. So gebe es beim ärztlichen Personal vermehrt den Wunsch, in Teilzeit und in Teams zu arbeiten. Auch die Anstellung werde beim ärztlichen Personal immer beliebter. Die Bereitschaft, eine eigene Praxis zu eröffnen bzw. be-

stehende Praxen als selbstständiger Arzt zu übernehmen, nehme bei den jungen ärztlichen Fachkräften spürbar ab. Da die Anzahl der Absolventen kurzfristig nicht stark ansteigen werde, müsse man aktuell versuchen, den Mangel zu verwalten. Positiv gewertet wurde das Quereinsteigermodell in der Allgemeinmedizin. Es hätten hiermit erfolgreich Nachbesetzungen in Hausarztpraxen erwirkt werden können.

Die Interviewpartner schätzen die „doppelte Facharztschiene“ als überholt ein. Aufgrund der zunehmend löchrigen Sektorengrenze solle die „doppelte Facharztschiene“ flexibilisiert werden. Ein Ansatzpunkt sei die Weiterbildung der Ärzte, die aus Sicht mehrerer Interviewpartner reformiert werden solle. Es zeichne sich ab, dass die Versorgungslandschaft nicht mehr starr in die ambulante und stationäre Versorgung separiert bleibe. Demnach solle die Weiterbildung zwischen beiden Sektoren fließend sein und dazu die Verbundweiterbildung gestärkt werden. Als weiterer reformbedürftiger Aspekt wurden die aktuell fachabteilungsbezogenen Weiterbildungsverordnungen genannt. Mit der Einführung der Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform sollten die Weiterbildungsverordnungen leistungsgruppenbezogen ausgestaltet werden.

4.3.7. Neue Technologien

Ein gut funktionierendes Internet in der breiten Fläche ist eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass medizinische Expertise aus den Zentren in digitaler Form in die Fläche gelangen kann. Grundsätzlich sollten Leistungen, wo immer möglich, digital erbracht werden, um die Ressourcen in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung zu schonen, womit der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ gelebt werden kann. Beispielsweise ist damit über Distanz die Kontrolle von Wunden effizienter und unkomplizierter möglich.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist die bereits erwähnte elektronische Patientenakte. An ihr können weitere digitale Werkzeuge angedockt werden. So genannte Wearables sind nicht nur für aktive Bürger zur Selbstvermessung geeignet. Sie können eine wertvolle Unterstützung bei der Betreuung und Behandlung von chronisch kranken oder pflegebedürftigen Menschen sein. Es könnte günstiger sein, für diese Menschen kostenlos entsprechende Wearables zur Verfügung zu stellen, als in aufwändiger Weise eine persönliche Betreuung durch Fachpersonen zu organisieren, insbesondere wenn diese Fachpersonen knapper werden.

Der Übergang zum Smart Home ist dabei fließend. Die Vorteile davon sind groß, besonders im Hinblick auf Sicherheit für Patienten. Dem steht jedoch eine permanente Überwachung gegenüber und mithin eine gewisse Einschränkung der Privatsphäre. Der einzelne Bürger muss für sich den Zielkonflikt zwischen Sicherheit einerseits und Datenschutz andererseits entscheiden, wobei die Entscheidung je nach Lebensphase unterschiedlich ausfallen dürfte. Die Vorteile für den einzelnen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend bewerten. Erste Studien geben Hinweise darauf, dass sich durch eine kontinuierliche Überprüfung von Vitalparametern im Alltag, aber auch die Stimmfrequenz, bereits eingetretene oder drohende Veränderungen des Gesundheitszustandes frühzeitig erkennen lassen (ntv 2021, Schulz 2018). Notfallsituationen durch Herzinfarkte oder Schlaganfälle ließen sich dadurch in Elektivfälle umwandeln und anders behandeln, als es bisher möglich ist.

Digital kann außerdem ein Patientenportal organisiert werden, auf dem Patienten freie Termine in Praxen und Gesundheitszentren oder sogar freie Plätze im Krankenhaus und Pflegeheim einsehen und nach strukturierten Abfragen zum gesundheitlichen Hintergrund gezielt buchen können. Hier ergeben sich durch das Krankenhauszukunftsgesetz viele Ansatzpunkte. Allerdings ist

in den Krankenhäusern die interne Digitalisierung vor der extern ausgerichteten Digitalisierung ausreichend vorzubereiten. Ein digitaler Marktplatz könnte auch genutzt werden, um Ärzte und andere Leistungserbringer untereinander zu vernetzen, zum Beispiel für telemedizinische Konsultationen.

Aber nicht nur Patienten und Leistungserbringer müssen digital miteinander vernetzt werden, sondern auch die Leistungserbringer untereinander. Es braucht sichere Kommunikationswege und einen sicheren und standardisierten Datenaustausch, der wiederum direkt an die ePA angeschlossen ist. Ein Beispiel für die Nutzung neuer Technologien ist das virtuelle Krankenhaus (Kasten 15).

Kasten 15: Virtuelles Krankenhaus

Das virtuelle Krankenhaus Saarland ist ein plattformgestütztes intersektorales Versorgungsnetzwerk zur Optimierung des Patientenpfades. Im ersten Schritt gibt es ein gemeinsames Patientenportal für einen Großteil der saarländischen Krankenhäuser. Dies stellt die Basis für eine interoperable Kommunikationsplattform dar. Schrittweise werden immer mehr Leistungserbringer an die digitale Plattform angebunden, angefangen von den Krankenhäusern, Fachärzten und MVZ über die Haus- und Notärzte bis zu den Rehakliniken, Pflegeheimen und Hospizen sowie sonstigen Leistungserbringern.

Es gibt eine zentrale, strukturierte und einheitliche Speicherung von Patientendaten über alle Sektoren hinweg. Diese Art der Datenspeicherung bietet neue Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Leistungserbringern und schafft ein langfristiges Patienten-Monitoring. Das virtuelle Krankenhaus umfasst dabei u.a. virtuelle Sprechstunden, Telekonsile und Überleitungsmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Doppeluntersuchungen und unnötige Krankenhausaufenthalte können dadurch vermieden und die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung und Weiterbehandlung der Patienten sichergestellt werden. Zudem kann auch die Aus-, Fort-, und Weiterbildung des Personals über räumliche Entfernung neu gedacht werden (Ärzteblatt 2022).

4.3.8.Vergütung

Das Vergütungssystem für Krankenhäuser soll im Rahmen der großen Krankenhausreform reformiert werden. Das DRG-System wurde im Jahr 2004[40] eingeführt. Seitdem werden stationäre Leistungen mit einer Fallpauschale vergütet. Die Krankenhäuser können ihre Erlöse durch höhere Fallzahlen steigern, was in einigen Bereichen zu Fehlanreizen geführt hat. Das gilt u.a. für Eingriffe, deren medizinischer Nutzen unklar ist, oder für stationäre Prozeduren, bei denen auch eine ambulante Behandlung im Krankenhaus ausreichend wäre. Ein weiterer Fehlanreiz ist die Erbringung von komplexen und höher vergüteten Leistungen, für die der Leistungserbringer aber keine ausreichende Expertise hat.

Die reine Vorhaltung von Behandlungskapazitäten wird im DRG-System dagegen nicht abgebildet. In der Coronapandemie hat sich gezeigt, wie ohne eine Vorhaltefinanzierung die stationäre Versorgung schnell in eine Schieflage geraten kann. Mit der Krankenhausreform soll die DRG-

[40] Das DRG-System wurde 2004 verpflichtend für die Krankenhäuser eingeführt. 2003 konnten die Krankenhäuser optional auf das System übergehen.

Vergütung reduziert und im Gegenzug eine Vorhaltefinanzierung ergänzt werden. Damit reduziert sich zudem der im reinen DRG-System angelegte Mengenanreiz.

Einschätzungen aus den Interviews

Den Interviewpartnern ist die Sicherstellung einer auskömmlichen Vergütung sehr wichtig. Die derzeitigen Vergütungssysteme werden überwiegend als nicht auskömmlich bezeichnet. Unter den interviewten Personen besteht Konsens darüber, dass die große Lücke zwischen den Erlösen aus einem regulierten Vergütungssystem und den gestiegenen Ausgaben, die marktwirtschaftlich bestimmt würden, gefüllt werde. Aktuell brächten kommunale Träger zum Teil große Summen in Millionenhöhe als Liquiditätsreserven in ihre Kliniken ein. Da andere Träger diese Möglichkeit nicht hätten, vollziehe sich aktuell ein kalter Strukturwandel. In einigen Bereichen sei eine wirtschaftliche Leistungserbringung nur noch schwer möglich, sodass einzelne Leistungen nicht mehr angeboten würden.

Die Vorhaltevergütung aus dem Vorschlag der Regierungskommission wird grundsätzlich positiv aufgenommen. Gleichzeitig wurde jedoch die Sorge geäußert, dass mit den Vorhaltebudgets keine dauerhafte Kostendeckung erreicht werden könne, wenn die Budgets insgesamt nicht angehoben, sondern budgetneutral unter den Krankenhäusern aufgeteilt würden. Ferner werde befürchtet, dass weiterhin Fehlanreize bestehen bleiben könnten, zum Beispiel wenn weiterhin ein Fallzahlbezug bestehen bleibt.

Ein zukunftsfähiges und gleichzeitig flexibles Vergütungsmodell wird von den Interviewpartnern als wichtig erachtet. Den Leistungserbringern sollten gewisse Freiheiten gewährt werden, um die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen dauerhaft sicherstellen zu können. Die rechtlichen Mindestvoraussetzungen sowie die Finanzierung für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SVE) seien derzeit nicht abschließend geklärt. Allgemein werde die Planungsunsicherheit durch die anstehende Reform als ein großes Problem wahrgenommen. Dadurch würden Investitionen nur zögerlich vorgenommen oder zum Teil verhindert. Ein Großteil der Interviewpartner wünscht sich die Möglichkeit, ergänzende Versorgungsangebote erbringen zu dürfen.

Die Einführung eines Selbstbehalts für Patienten – einer anteiligen Kostenübernahme bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – wird nur von einem kleinen Teil der Interviewpartner als Lösungsansatz angesehen. Ein Selbstbehalt könne zwar die Anreize bei den Patienten setzen, sollte aber sozialverträglich ausgestaltet werden. Die politische Umsetzbarkeit von Selbstbehalten wird als sehr schwierig beurteilt.

5 Fazit

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Veränderungen. Die Bevölkerung altert schnell und benötigt in den kommenden Jahren mehr medizinische und pflegerische Versorgung. Gleichzeitig schwinden die Ressourcen. Das Personal wird knapp, weil die nachkommenden Generationen zahlenmäßig weit weniger stark besetzt sind und pro Kopf weniger Arbeitszeit anbieten. Zusätzlich werden volkswirtschaftliche Ressourcen benötigt, um sich den steigenden globalen Risiken stellen zu können. Darunter fallen der Klimawandel sowie zunehmende militärische Konflikte. Es ist daher absehbar, dass das Gesundheitswesen auf mittlere Sicht mit weniger Ressourcen auskommen und trotzdem mehr Menschen versorgen muss. Dieser Spagat wird nur möglich sein, wenn die Versorgung effizienter gestaltet wird und, wo immer möglich, Bedarfe vermieden werden können.

Das vorliegende Gutachten widmet sich den Versorgungsstrukturen in den beiden Bundesländern Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Es legt dabei den Fokus auf die Krankenhausversorgung und dazu angrenzende Bereiche. Während Rheinland-Pfalz in vielen Teilen ländlich geprägt ist und eine geringere Bevölkerungsdichte aufweist, ist das Saarland dichter besiedelt, befindet sich aber in einem gesamtwirtschaftlichen Strukturwandel. Seine Bevölkerung schrumpft stärker und es muss seine Wirtschaft zukunftsfähig ausrichten. Beide Länder kämpfen mit dem wachsenden Fachkräftemangel in der ambulanten und stationären Versorgung. In einigen Regionen können Arztsitze nicht nachbesetzt und Krankenhausbetten nicht durchgängig betrieben werden. Dieses Gutachten zeigt Lösungsansätze auf, um diesen Herausforderungen begegnen zu können.

Ein vertiefender Blick auf die beiden Länder macht deutlich, dass sich in der primärärztlichen Versorgung in manchen Regionen eine drohende Unterversorgung bei der hausärztlichen und der kinderärztlichen Versorgung abzeichnet. Die frauenärztliche Versorgung scheint dagegen stabil zu bleiben. Die klinische Notfallversorgung ist in einigen Regionen von Rheinland-Pfalz weniger stabil als im Saarland. Würden die kleineren Standorte mit einer GBA-Notfallstufe entfallen, wären in Rheinland-Pfalz besonders die nördlichen und mittleren Regionen des Landes betroffen. Die Bildung von Zentralkliniken durch Zusammenlegung kleinerer Standorte kann dort die Notfallversorgung verbessern. Die Erreichbarkeit der sonstigen fachärztlichen Krankenhausversorgung ist in den meisten Versorgungsgebieten dagegen gut.

Enger zusammenzurücken, um die Vorhaltekosten absenken zu können, ist nicht nur in der Krankenhausversorgung, sondern auch in der vertragsärztlichen Versorgung hilfreich. Dabei muss stets die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote im Blick behalten werden. In einigen Regionen von Rheinland-Pfalz und dem Saarland bestehen bei Krankenhäusern in vielen Leistungsgruppen Mehrfachvorhaltungen, die reduziert werden könnten. Die damit induzierte Schwerpunktbildung würde nicht nur die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbessern, sondern kann auch einen Beitrag zur Erhöhung der medizinischen Qualität leisten. Vielfach lassen sich zudem mehrere kleine Standorte zu einem größeren Zentralklinikum zusammenlegen (Zentralisierung). Das vorliegende Gutachten zeigt hinsichtlich der Schwerpunktbildung und der Zentralisierung Potenziale in beiden Ländern auf.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland sind die aktuellen Krankenhauspläne bis 2025 ausgelegt. Eine Überarbeitung dieser Pläne für die Jahre ab 2025 bietet die Chance für grundlegende Anpassungen, insbesondere an die im Rahmen der bundesweiten Krankenhausreform geplante Einführung der Leistungsgruppensystematik. Wünschenswert ist dabei eine zwischen beiden Ländern abgestimmte Planung, um auch in den Grenzregionen nachhaltige Versorgungsstrukturen zu schaffen. Für eine länderübergreifende Zusammenarbeit muss der Wille auf Seiten der Politik, der Krankenhaus- sowie der Kostenträger gegeben sein. Eine einheitliche Leistungsgruppensystematik und die Krankenhausreform würden hierbei unterstützen. Das Inkrafttreten der Krankenhausreform ist aber keine notwendige Bedingung für Strukturveränderungen. Es braucht dazu vor allem den Mut und den Willen der lokalen Akteure.

Großes Potenzial gäbe es hierfür. Beispielsweise könnten in beiden Ländern größere Schwerpunkte in der Endoprothetik und besonders in der HNO und Geriatrie gebildet werden, ohne die Erreichbarkeit der Angebote für die Bevölkerung zu gefährden. Zudem identifizieren wir für Rheinland-Pfalz ein Potenzial von 30 Standorten, die zu 13 größeren Zentralkliniken zusammengelegt werden könnten, und im Saarland zehn Standorte, die in fünf Zentralkliniken aufgehen könnten. Hinzu kommen Umwandlungen zu ambulanten Versorgungseinrichtungen und SVE. Letztere könnten auch als Klinikstandorte im Krankenhausplan bleiben. Für Rheinland-Pfalz kämen dafür 14 bis 21 und im Saarland bis zu ein Standort in Frage. Die SVE entstehen vor allem

an den Standorten, die im Zuge der Zentralsierungen nicht mehr in ihrer bisherigen Größe betrieben werden. Sie leisten aber weiterhin einen wichtigen Beitrag für die wohnortnahe Grundversorgung.

Im Status quo haben viele Kliniken große Probleme, die personelle Mindestbesetzung für all ihre Angebote aufrechtzuerhalten. Bei geringen Fallzahlen ist dann für die betroffenen Leistungsangebote eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung aufgrund des damit verbundenen hohen Personaleinsatzes nicht effizient. Durch Schwerpunktbildung und Zentralisierung werden die Leistungen innerhalb einer Region gebündelt und größere Einheiten zur Leistungserbringung geschaffen. Beide Maßnahmen sind in vielen Fällen geeignet, die sogenannte „Mindestbesetzungsproblematik“ zu lösen oder zumindest abzumildern. Dadurch ließen sich zwischen 16-18% der Personalkosten im ärztlichen Dienst und rund 5% im Pflegedienst einsparen.

Wir gehen davon aus, dass diese Zentralisierungsmaßnahmen einen **Investitionsbedarf** von rund 3,2 Milliarden Euro auslösen. Ab 2026 soll der mit der großen Krankenhausreform angedachte Transformationsfonds Krankenhäuser bei solchen Umstrukturierungen unterstützen. Insgesamt soll er für eine Laufzeit von zehn Jahren mit 25 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds gespeist werden. Hinzu kommt eine ebenso große Kofinanzierung durch die Länder und ggf. deren Krankenhausträger (Ärzteblatt 2024).[41]

Die Anpassung der Krankenhausstrukturen sollte durch weitere Maßnahmen flankiert werden. Neben der fachärztlichen und pflegerischen Versorgung sollten sich die SVE auch der stärker unter Druck stehenden primärärztlichen Versorgung widmen können. Damit könnten sie die ambulante Versorgung bündeln und effizienter gestalten. Um dies zu unterstützen, sollten Hürden für die Übernahme von vertragsärztlichen Leistungen durch Kliniken abgebaut werden und KV-Ermächtigungen nicht nur an einzelne Personen, sondern auch an Betriebe gebunden werden. In größeren Betrieben sind moderne Arbeitszeitmodelle einfacher realisierbar, was die Attraktivität der Gesundheitsberufe erhöht. Im ärztlichen Bereich sollte die Weiterbildung sektorenübergreifend ausgerichtet werden. Ein innovativer Ansatz besteht mit der Verbundweiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin und könnte auf weitere Facharztbereiche ausgeweitet werden.

Die Strukturveränderungen sollten ergänzt werden durch dezentrale Angebote im Sinne von „Kümmerern“ oder Case Managern, die von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen werden, unter Zuhilfenahme moderner Technologie, bis hin zu Künstlicher Intelligenz als neutraler Begleiter für die Patienten. Gleichzeitig sollten die Möglichkeiten der Pflege ausgeweitet werden, wie es zum Beispiel das Pflegekompetenzgesetz vorsieht. Es braucht auch Mobilitätsangebote, damit entweder Patienten zur Gesundheitsversorgung gelangen können oder umgekehrt die Angebote zu den Patienten, zum Beispiel über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum, über eine direkte digitale Anbindung des Angebots in die Wohnung des Patienten oder über ein ergänzendes telemedizinisches Angebot in der Apotheke oder Hausarztpraxis vor Ort.

Idealerweise sollte sich eine Region für die komplette Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich fühlen und die Angebote koordinieren. Hierzu wäre ein Vergütungssystem hilfreich, das sektorenübergreifende Angebote besser ermöglicht und stärker an Versorgungszielen

[41] Bereits beim Krankenhausstrukturfonds wurden die Krankenhausträger bei der Kofinanzierung der Maßnahmen mit Eigenanteilen herangezogen. Die Länder haben dies beim Krankenhausstrukturfonds unterschiedlich gehandhabt.

ausgerichtet ist. Mit einem stärkeren Fokus auf Versorgungsziele kann es mehr Gestaltungsfreiheit geben, um auf regionaler Ebene innovative Versorgungsmodelle zu erproben – mit dem Ziel, dass sich Versorgungsmodelle mit hoher Effizienz durchsetzen. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sieht unter anderem vor, dass Kommunen Möglichkeiten erhalten selbst MVZ zu gründen.

Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto wichtiger wird ein gut funktionierendes Rettungswesen. Dabei zählt nicht primär die Zeit, um vom Ort des Notfalls zum geeigneten Krankenhaus zu gelangen, sondern die Zeit bis zur Einleitung der ersten Behandlungsschritte. Das Krankenhaus, das einen Notfall aufnimmt, muss bereits bei Ankunft des Rettungswagens für den Patienten vorbereitet sein. Schon im Rettungswagen sollten erste wichtige Schritte durch den Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden können. Grundsätzlich sollte die Notfallversorgung sektorenübergreifend erfolgen, gerade wenn die Fachkräfte in beiden Sektoren immer knapper werden. Die vierte und neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung machen weitere Vorschläge zur Reform des Rettungswesens und der Notfallversorgung. Vor allem würde eine integrierte Leitstelle die Patienten darin unterstützen, das für sie richtige Angebot aufzusuchen.

Die in diesem Gutachten vorgestellten Handlungsempfehlungen können dazu beitragen den Grundstein für eine zukunftsfähige Versorgung in Rheinland-Pfalz und im Saarland zu legen. Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen hängt vom Aufwand sowie der Einbindung der jeweils unterschiedlichen Akteure ab. Die Potenziale zur Schwerpunktbildung können schneller und kostengünstiger umgesetzt werden als der Bau von Zentralkliniken. Die Adressaten dieser Maßnahmen sind zunächst die Krankenhausträger und die Länder. Flankierende Maßnahmen, die angrenzende Bereiche umfassen – beispielsweise die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung, das Rettungswesen, die Notfallversorgung, die Weiterbildung und das Halten des Personals vor Ort – hängen maßgeblich auch vom Engagement weiterer Akteure ab. Hier sind die Kostenträger, die KVen und die Kommunen ebenfalls gefragt. Anstehende Reformen, darunter die große Krankenhausreform, sollen allen Akteuren Werkzeuge in die Hand geben, mit denen sich die genannten Potenziale leichter umsetzen lassen. Die Experteninterviews, die mit allen relevanten Akteuren aus beiden Ländern geführt wurden, zeigen, dass der Wille zu Veränderungen da ist. Jetzt gilt es, den Willen in die Tat umzusetzen.

6 Literatur

Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., Schiffhorst, G. (2022), Gutachten nach §115 Abs. 1a SGB V. IGES Institut. Berlin. Link: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Allgemeine Zeitung (2023). Fusion zweier Bad Kreuznacher Krankenhäuser steht im Raum. Link: https://www.allgemeine-zeitung.de/lokales/bad-kreuznach/fusion-zweier-bad-kreuznacher-krankenhaeuser-steht-im-raum-3000930. Aufgerufen am 20.02.2023.

Assheuer, M., K. Beine, C. Mehl, M. Kellner, M. Agelink, M. Sieberer, W. de Cruppé und M. Geraedts (2020), Umsetzung von Behandlungskontinuität im Versorgungsalltag – ein Vergleich zwischen zwei psychiatrischen Kliniken. Psychiatrische Praxis. DOI:10.1055/a-1274-3792.

Augurzky, B., Beivers, A., Breidenbach, P., Budde, R., Emde, A., Haering, A., Kaeding, M., Roßbach-Wilk, E. und Straub, N. (2018). Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. RWI-Projektberichte.

Augurzky, B., Beivers, A., Giebner, M. (2015), Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme? In: Klauber, J., M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2015 - Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer, 77-97.

Augurzky, B., Binder, C., Ruhrmann, C. (2017). Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen. Essen. Gesundheitswirtschaft Rhein Main e.V.

Augurzky, B., Decker, S., Kottmann, R., Mensen, A. und Reif, S. (2022b). BARMER Krankenhausreport 2022: Leistungsverlagerungen in der stationären Versorgung. BARMER (Hrsg.); RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. ISBN: 978-3-946199-74-8.

Augurzky, B. und Kolodziej, I. (2018). Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Arbeitspapier 06/2018. RWI Projektbericht.

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Monsees, D., Pilny, A., Schmidt, C.M. und Bergschneider, H. (2024). Krankenhaus Rating Report 2024: Zwischen Hoffen und Bangen medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-98800-074-3.

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Monsees, D., Pilny, A., Schmidt, C.M. und Wuckel, C. (2023). Krankenhaus Rating Report 2023: Die Revolution?! medhochzwei Verlag. ISBN: 9783862169764. Abgerufen von https://books.google.de/books?id=YyrfzwEACAAJ

Augurzky, B., Krolop, S., Hollenbach, J., Monsees, D., Pilny, A., Schmidt, C. M. und Wuckel, C. (2022a). Krankenhaus Rating Report 2022: Vom Krankenhaus zum Geisterhaus?. med-hochzwei Verlag.

Avdic, D., Moscelli, G., Pilny, A. und Sriubaite, I., 2019. Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from maternal care services in Germany. Journal of Health Economics, 68, S.102229.

Ärztekammer Nordrhein. (2024). Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin: Hausärztliche Weiterbildungsverbünde in Nordrhein. Link: https://www.aekno.de/aerzte/weiterbildung/verbundweiterbildung. Aufgerufen am 05.03.2024.

Ärztekammer Saarland. (2024). Quereinstieg Allgemeinmedizin. Link: https://www.aerztekammer-saarland.de/index/news/l78tza46/. Aufgerufen am 05.03.2024.

ÄrzteZeitung. (2024). KV Saarland sagt, welche Bereitschaftsdienstpraxen dicht machen müssen. Link: https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Saarland-Schliessliste-fuer-Bereitschaftsdienstpraxen-beschlossen-446966.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

ÄrzteZeitung (2023). Saarland: Nun doch kein Einsatzstopp für Poolärzte. Link: https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Nun-doch-kein-Einsatzstopp-fuer-Poolaerzte-im-Bereitschaftsdienst-444614.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Bibliomedmanager (2024). Immer mehr Bagatellfälle in Notaufnahmen. Link: https://www.bibliomedmanager.de/news/immer-mehr-bagatellfaelle-in-notaufnahmen. Aufgerufen am 05.03.2024.

Boywitt, D., Klakow-Franck, R. und Heidecke, C.-D. (2022). Qualität in der Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: Maßnahmen und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65(3), 270-276. DOI: 10.1007/s00103-022-03488-0. Abgerufen von https://doi.org/10.1007/s00103-022-03488-0. Aufgerufen am 20.02.2024.

Breidenbach, P. und Eilers, L. (2018). RWI-GEO-GRID: Socio-economic data on grid level. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 238(6), 609-616. https://doi.org/10.1515/jbnst-2017-0171.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014), Factsheet 10: Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017), Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Berlin.

Bundesärztekammer (2023). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2022, Link: https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022. Aufgerufen am 11.03.2024.

Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV). (2023). Gigabit Grundbuch. Daten zur statistischen Auswertung der Breitbandverfügbarkeit in Deutschland aus dem Breitbandatlas. Abgerufen von https://gigabitgrundbuch.bund.de/GIGA/DE/Breitbandatlas/Downloads/start.html. Aufgerufen am 20.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022). Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Vergue-tung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2023a). Eckpunktepapier – Krankenhausreform. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2024). Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf. Aufgerufen am 05.03.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2023b). Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_9_Rettungsdienst_bf.pdf. Aufgerufen am 05.03.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2023c). Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf. Aufgerufen am 12.03.2024.

Bundesministerium für Gesundheit. (BMG). (2015). Praxisseiten Pflege – Wir stärken die Pflege. Gemeinsam. Berlin.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W. (2019). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organisation, Health Policy Series No. 53. ISBN: 9789289051750. Link: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-study. Aufgerufen am 20.02.2024.

Colombo, F., A. Llena-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens (2011). Help Wanted? Paris: OECD Publishing. DOI: https://doi.org/10.1787/9789264097759-en.
Dengler, K. und B. Matthes (2016), Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitswelt: Substituierbarkeitspotenziale nach Geschlecht (24/2016). Internet: https://www.econstor.eu/bitstream/ 10419/161732/1/aktueller_bericht_1624.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Dettmers, S. (2022). Die große Arbeiterlosigkeit: Warum eine schrumpfende Bevölkerung unseren Wohlstand bedroht und was wir dagegen tun können. FinanzBuch Verlag.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2023), Pressemitteilung „Lage der Krankenhäuser so schlecht wie noch nie – Insolvenzen steuern 2024 auf Rekordhoch zu“, 27.12.2023, Link: https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/lage-der-krankenhaeuser-so-schlecht-wie-noch-nie-insolvenzen-steuern-2024-auf-rekordhoch-zu/. Abgerufen am 11.03.2024

Deutsches Ärzteblatt (2022). Krankenhausreform: Erster Arbeitsentwurf zu Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen liegt vor. Link: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146175/Krankenhausreform-Erster-Arbeitsentwurf-zu-Vorhaltepauschalen-und-Leistungsgruppen-liegt-vor. Aufgerufen am 20.02.2024.

Deutsches Ärzteblatt (2024). Transformationsfonds: Diese Vorhaben sollen förderfähig werden. Link: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/149634/Transformationsfonds-Diese-Vorhaben-sollen-foerderfaehig-werden. Aufgerufen am 11.03.2024.

Deutsches Ärzteblatt (2022). Virtuelles Krankenhaus startet im Saarland. Link: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131208/Virtuelles-Krankenhaus-startet-im-Saarland. Aufgerufen am 05.03.2024.

Deutscher Bundestag (2023a). BT-Drs. 20/8904. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP – Drucksache 20/8408 – Entwurf eines Gesetzes zur Förde-

rung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz). Link: https://dserver.bundestag.de/btd/20/089/2008904.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Deutscher Bundestag (2023b). BT-Drs. 20/9523. Unterrichtung durch den Bundesrat. Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) – Drucksachen 20/8408, 20/8904 – Anrufung des Vermittlungsausschusses. Link: https://dserver.bundestag.de/btd/20/095/2009523.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Deutsche Luftrettung (2023). Die hubschrauberführende Leitstelle. Link: https://www.drf-luftrettung.de/mediacenter/hintergruende/die-hubschrauberfuehrende-leitstelle-wie-sieht-die-optimale-zusammenarbeit-mit-einem-luftrettungsmittel-aus . Aufgerufen am 16.05.2024.

Fujisawa, R. und F. Colombo (2009), The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. Paris: OECD Publishing. DOI: https://doi.org/10.1787/225350638472.

Gemeinsamer Bundesauschuss (GBA). (2023). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Mindestmengenregelungen: Ergänzung der Nummer 11 der Anlage. Link: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6288/2023-11-16_Mm-R_Ergaenzung-Nr-11_Herz-Tx_BAnz.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2024). Qualitätsberichte 2022. Link: https://qb-referenzdatenbank.g-ba. Aufgerufen am 20.02.2024.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). (2020). Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen). Link: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2312/SiRe-RL_2020-10-01_iK_2020-12-09.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) (2023). Geodaten Europa. RegioGraph Planning (Version 21.0.306.7496). Link: https://shop.gfk-geomarketing.de/de/regiograph/regiograph-planning.html. Aufgerufen am 20.02.2024.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund). (2022). Case Mix, Case Mix Index und Erlösvolumen (in Euro) der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=87721988&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=113&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=. Aufgerufen am 20.02.2024.

GKV-Spitzenverband. (GVK-SV). (2021). Prognose der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V, Stand 12.05.2021. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/KH_Corona_Final_Prognose_Notfallstufen_Stand_12-05-2021_barrierefrei.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

GKV-Spitzenverband. (GKV-SV) (2023). Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß §9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG vom 30. Juni 2023. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/liste_kh/20220630_Liste_laendliche_KH_2023_Vb_bf.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Hentschker, C. und R. Mennicken (2018). The volume-outcome relationship revisited: Practice indeed makes perfect. Health Services Research 53 (1): 15-34. DOI: 10.1111/1475-6773.12696

Hering R, Schulz M und Czihal T. (2023). Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/07. Berlin 2023. Link: https://doi.org/10.20364/VA-23.07. Aufgerufen am 20.02.2024.

Hüer, T., Walendzik, A., Pilny, A., Buchner, F., Kleinschmidt, L., Wasem, J. und Augurzky, B. (2023). Sektorübergreifende Planung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 238. Verband der Ersatzkassen. Link: https://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/Forschung/IBES_Diskussionbeitraege/IBES_Diskussionsbeitrag_Nr._238_FINAL_2023_12_05.pdf. Aufgerufen am 20.02.2024.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2010), Zeitdruck in der Pflege reduzieren. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Institute for Health Care Business. (hcb). (2021). Gutachten: Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023a). Allgemeine Verhältniszahlen der Bedarfsplanung (Stand: 3.4.2023), Link: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/I.1.2.1.pdf, Aufgerufen am 20.2.2024.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023b). Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter, Link: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php#:~:text=Die%20deutsche%20Gesellschaft%20altert%20%E2%80%93%20und,1%20(2022)%20Jahre%20gestiegen. Aufgerufen am 20.2.2024.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023c). Planungsregionen und Verhältniszahlen, Link: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php. Aufgerufen am 20.2.2024.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2023d). Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, Link: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php, Aufgerufen am 20.2.2024
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024). WEITERBILDUNGSFÖRDERUNG: Förderung der ärztlichen Weiterbildung. Link: https://www.kbv.de/html/themen_2861.php. Aufgerufen am 05.03.2024.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. (KVRL). (2024a). Sozialversicherungspflicht im Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Link: https://www.kv-rlp.de/praxis/niederlassung/aerztlicher-bereitschaftsdienst/sozialversicherungspflicht/#:~:text=Januar%202024%20greift%3A,Pool%C3%A4rztinnen%20und%20Pool%C3%A4rzte%20gehalten%20werden. Aufgerufen am 05.03.2024.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. (KVRL). (2024b). Weiterbildung. Link: https://www.kv-rlp.de/praxis/weiterbildung/. Aufgerufen am 05.03.2024.
Kassenärztliche Vereinigung Saarland. (KVS). (2024). Weiterbildungsverbünde im Saarland. Link: https://www.kvsaarland.de/kb/weiterbildungsverbuende. Aufgerufen am 05.03.2024.

Klein, B., Graf, B., Schlömer, I. F., Roßberg, H., Röhricht, K., und Baumgarten, S. (2017). Robotik in der Gesundheitswirtschaft: Einsatzfelder und Potenziale. medhochzwei Verlag.
Kreisärzteschaft Altenkirchen. (2024). Quereinstieg Allgemeinmedizin. Link: https://www.landarzt-ak.de/quereinstieg/. Aufgerufen am 05.03.2024.

Kliniken Ostalb (2023), Pressemitteilung „Bürgerforum „Zukunftskonzept Kliniken Ostalb“ endet mit klaren Empfehlungen an den Kreistag“, 22.7.2023, Link: https://beteiligungsportal.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/beteiligungsportal/Ostalb-Kliniken/B%C3%BCrgerforum_endet_mit_klaren_Empfehlungen_an_den_Kreistag.pdf,. Aufgerufen am 11.3.2024

Kuhn, S., F. Bartmann, B. Klapper, U. Schwenk (2020), Neue Gesundheitsberufe für das digitale Zeitalter. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch, Berlin
https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2020/05/NB_Final.pdf
Die LandArztMacher (2021), Website: https://www.landarztmacher.de/. Aufgerufen am 05.03.2024.

Landesregierung NRW. (2023). Erfolgreiche Vereinbarung zum Quereinstieg in die hausärztliche Tätigkeit wird fortgesetzt. Link: https://www.land.nrw/pressemitteilung/erfolgreiche-vereinbarung-zum-quereinstieg-die-hausaerztliche-taetigkeit-

wird#:~:text=Ab%202024%20k%C3%B6nnen%20interessierte%20Quereinsteigerinnen,Kassen%C3%A4rztlichen%20Vereinigungen%20und%20den%20Krankenkassen. Aufgerufen am 05.03.2024.

Lehmann, Y., C. Schaepe, I. Wulff und M. Ewers (2019), Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen? Stiftung Münch (Hrsg.), Heidelberg: medhochzwei.
Lehmer, F. und B. Matthes (2017), Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigungsentwicklung in Deutschland (5/2017). Internet: https://www.econstor.eu/handle/10419/161739. Aufgerufen am 05.03.2024.

Liste der Krankenhäuser nach LVO (2023), Liste der Krankenhäuser nach Landesverordnung zum Sicherstellungszuschlag nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), bereitgestellt von der AOK Rheinland-Pfalz Saarland, Stand: 31.12.2023.

Loos, S., Albrecht, M. and Zich, K., 2019. Zukunftsfähige Krankenhausversorgung: Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Bertelsmann Stiftung. Link: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung. Aufgerufen am 11.03.2024.

Marburger Bund (2023). Zahl der Facharztanerkennungen in Rheinland-Pfalz deutlich gestiegen. Link: https://www.marburger-bund.de/nrw-rlp/meldungen/zahl-der-facharztanerkennungen-rheinland-pfalz-deutlich-gestiegen. Aufgerufen am 05.03.2024.

Mensen, A. (2022) Concentration of hospital capacities and patients' access to care, Ruhr Economic Papers, Nr. 952, RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, https://doi.org/10.4419/96973115
Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie. (2019). Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. (2018). Krankenhausplan für das Saarland 2018 bis 2025.

ntv (2021). Neues Gerät kann den Tod vorhersagen, Internet: https://www.n-tv.de/wissen/Neues-Geraet-kann-den-Tod-vorhersagen-article22358456.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Office of the National Coordinator for Health Information Technology. (ONC) (2019). What is the recommended bandwidth for different types of health care providers? HealthIT.gov. Link: https://www.healthit.gov/faq/what-recommended-bandwidth-different-types-health-care-providers. Aufgerufen am 05.03.2024.

Pilny, A. und Rösel, F. (2020). Are doctors better health ministers?. American Journal of Health Economics, 6(4), pp.498-532.

Preusker, S. C. (2017). Pilotprojekt in Thüringen: TK zahlt einheitliche Preise in Kliniken und Praxen. Klinik Markt [inside] 16.

Rhein-Zeitung (2019a). Expertenrunde: KV-Chef wünscht sich riesige Klinik für ganzen Westerwald. Link: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-altenkirchen_artikel,-expertenrunde-kvchef-wuenscht-sich-riesige-klinik-fuer-ganzen-westerwald-_arid,2024702.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Rhein-Zeitung (2024a). DRK legt Pläne auf den Tisch: So geht es jetzt weiter im Krankenhaus Altenkirchen. Link: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-altenkirchen_artikel,-drk-legt-plaene-auf-den-tisch-so-geht-es-jetzt-weiter-im-krankenhaus-altenkirchen-_arid,2622708.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Rhein-Zeitung (2024b). Ein zentrales rechtsrheinisches Klinikum: Für Rüddel muss das Land mit Blaulicht planen. Link: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-altenkirchen_artikel,-ein-zentrales-rechtsrheinisches-klinikum-fuer-rueddel-muss-das-land-mit-blaulicht-planen-_arid,2630287.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Rhein-Zeitung (2019b). Kliniken im Kreis Neuwied: Überleben heißt Veränderung. Link: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/kreis-neuwied_artikel,-kliniken-im-kreis-neuwied-ueberleben-heisst-veraenderung-_arid,2058733.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

Saarbrücker Zeitung (2023), Hängepartie um Krankenhaus Neunkirchen, 27.6.2023.

Saarbrücker Zeitung (2024a), Kreuznacher Diakonie will an Neunkircher Klinikum festhalten, 1.3.2024.

Saarbrücker Zeitung (2024b), „Wir könnten ganz Neunkirchen versorgen“, 29.1.2024.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017), Jahresgutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2017/18: Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Schock, V.-E. und Köper, M. T. (2023). Neue Aspekte des Qualitätsmanagements. Ein Überblick über Neuerungen des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Krankenhaus, 68(5), 439-447. Link: http://www.jstor.org/stable/45174792. Aufgerufen am 20.02.2024.

Schönfelder, T., und Kugler, J. (2011). Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit von Patientinnen nach einer gynäkologischen Operation. Das Gesundheitswesen, 73(08/09), A195.

Schulz, T. (2018), Zukunftsmedizin: Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will - Ein Spiegel-Buch. München: DVA

Statistics Denmark. (2024). Hospitalisation rate. Link: https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere/sundhed/sygehusbenyttelse. Aufgerufen am 05.03.2024.

Statistisches Bundesamt. (2023a). Durchschnittsalter der Bevölkerung - Stichtag 31. Dezember - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte.

Statistisches Bundesamt (2023b), Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsstand (Anzahl), Bevölkerung: Kreise, Stichtag 31. Dezember (12411-0015).

Statistisches Bundesamt (2023c). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsstand (Anzahl), Bevölkerung: Kreise, Stichtag 31. Dezember, Altersgruppen (12411-0017).

Statistisches Bundesamt (2023d), Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsstand (Anzahl), Bevölkerung: Kreise, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen (12411-0018).

Statistisches Bundesamt (2023e). Grunddaten der Krankenhäuser (2004-2023). Link: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#139048. Aufgerufen am 20.02.2024

Statistisches Bundesamt. (2023f). Gebietsfläche in km²: Kreise - Stichtag 31. Dezember (11111-0002).

Statistisches Bundesamt. (2023g). Tiefgegliederte Diagnosedaten – Berichtsjahr 2022, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt. (2023h). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder: Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 1992 und 1994 bis 2021. Reihe 2, Kreisergebnisse, Band 1. Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (Hrsg.).^

Statistisches Bundesamt (2023i), Pressemitteilung „Ausländische Berufsabschlüsse: 11 % mehr Anerkennungen im Jahr 2022“, 30.08.2023, Link: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_342_212.html. Aufgerufen am 11.03.2024.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. (2023). Bevölkerungsprojektion (Basisjahr 2020) Bevölkerung nach Kreisen, Geschlecht und Altersjahren 0-90 u.ä. für die Jahre 2020-2040 - Rheinland-Pfalz.

Statistisches Landesamt Saarland. (2023). Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung im Saarland auf Landesebene - Variante 2 (G2-L2-W2) - Datenbasis: 2021.

Süd-Westdeutscher Rundfunk (SWR). (2024). Warum es dem Krankenhaus in Pirmasens besser als anderen geht. Link: https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/kaiserslautern/warum-es-dem-krankenhaus-pirmasens-rodalben-beser-als-anderen-geht-100.html#:~:text=Krankenh%C3%A4user%20Rodalben%20und%20Pirmasens%20wachsen,Es%20wird%20ein%20Team. Aufgerufen am 20.02.2024.

Thompson, W. S. (1929). Population. American Journal of Sociology, 34(6), 959–975. Link: http://www.jstor.org/stable/2765883. Aufgerufen am 20.02.2024.

Verband der Ersatzkassen (2022). Effiziente Strukturen für die Gesundheitsversorgung vor Ort. Link: https://www.vdek.com/presse/publikationen/_jcr_content/par/publicationelement_38132869/file.res/20221114_Versorgungspapier.pdf. Aufgerufen am 16.05.2024.

Vebeto und hcb (2023), Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Link: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Vebeto_und_hcb.pdf. Aufgerufen am 11.03.2024.

Verbundkrankenhaus Linz-Remagen gGmbH. (2024). Trägerschaft des Verbundkrankenhauses Linz-Remagen. Link: https://www.krankenhaus-linz-remagen.de/erfahren-sie-mehr-ueber-uns/traeger#:~:text=Zum%2001.01.2022%20wurden%20das,Linz%2FRemagen%20gemeinn%C3%BCtzige%20GmbH%20%C3%BCberf%C3%BChrt. Aufgerufen am 20.02.2024.

Weber, E. und G. Zika (2015), Industrie 4.0 und die Folgen für Arbeitsmarkt und Wirtschaft (16/2015). Nürnberg: Internet: https://doku.iab.de/forschungsbericht/2015/fb0815.pdf. Aufgerufen am 05.03.2024.

Westerwälder Zeitung (2024). Wie sich der Kliniksektor entwickelt: Krankenhaus in Dernbach erwartet mehr Geburten. Link: https://www.rhein-zeitung.de/region/aus-den-lokalredaktionen/westerwaelder-zeitung_artikel,-wie-sich-der-kliniksektor-entwickelt-krankenhaus-in-dernbach-erwartet-mehr-geburten-_arid,2626959.html. Aufgerufen am 05.03.2024.

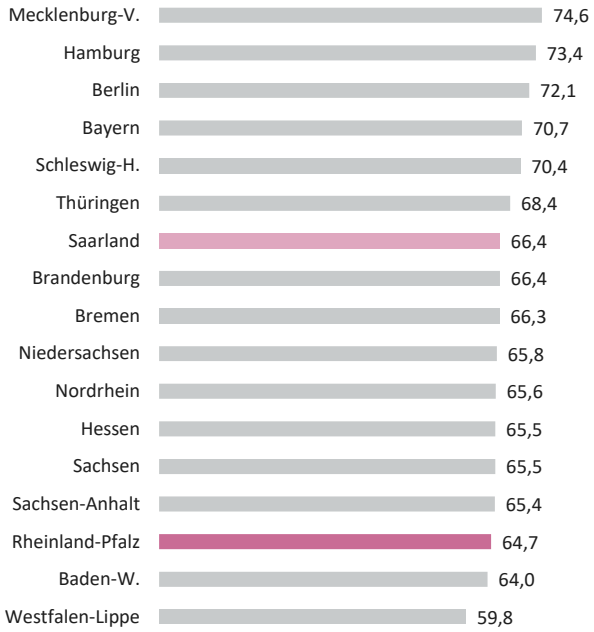
7 Abkürzungsverzeichnis

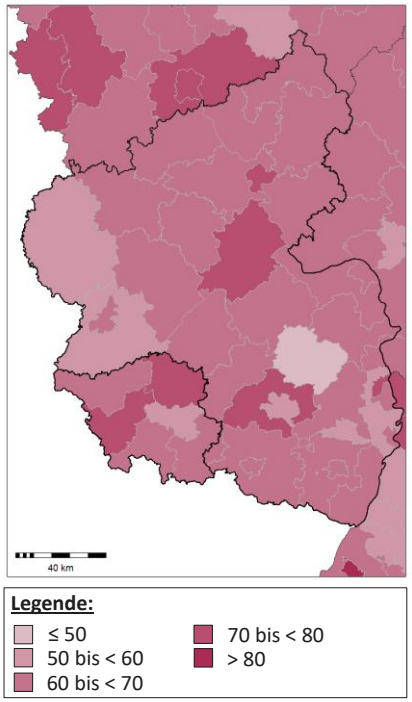
ÄBD ..... *Ärztlicher Bereitschaftsdienst*
ÄBP ..... *Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen*
Allg. ..... *allgemein*
BIP ..... *Bruttoinlandsprodukt*
BMDV ..... *Bundesministerium für Digitales und Verkehr*
BVZ ..... *Basis-Verhältniszahl*
bzw ..... *beziehungsweise*
CMI ..... *Casemixindex*
CT ..... *Computer-Tomographie*
DKG ..... *Deutsche Krankenhausgesellschaft*
DRG ..... *Diagnosis related Groups*
DRK ..... *Deutsches Rotes Kreuz*
EAT ..... *Earnings after Taxes*
EKG ..... *Elektrokardiogramm*
ePA ..... *elektronische Patientenakte*
GBA ..... *Gemeinsamer Bundesausschuss*
GKV-SV ..... *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*
GVSG ..... *Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz*
HNO ..... *Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*
ICD ..... *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
InEK ..... *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*
KAP ..... *Konzertierte Aktion Pflege*
KBV ..... *Kassenärztliche Bundesvereinigung*
KHEntgG ..... *Krankenhausentgeltgesetz*
KHG ..... *Krankenhausfinanzierungsgesetz*
KHVVG ..... *Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz*
KVS ..... *Kassenärztliche Vereinigung Saarland*
LBFW ..... *Landesbasisfallwert*
LG ..... *Leistungsgruppe*
MVZ ..... *Medizinisches Versorgungszentrum*
NRW ..... *Nordrhein-Westfahlen*
PLZ ..... *Postleitzahl*
PPR ..... *Pflegepersonalregelung*
PREM ..... *Patient Reported Experience Measures*
PROM ..... *Patient Reported Outcome Measures*
RGZ ..... *Regionalen Gesundheitszentren*
ROR ..... *Raumordnungsregionen*
RWI ..... *Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung*
SGB V ..... *Sozialgesetzbuch Fünf*
SGB XI ..... *Sozialgesetzbuch Elf*
SVE ..... *Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen*
USA ..... *United States of America*
VG ..... *Versorgungsgebiete*
z.B. ..... *zum Beispiel*
Zi ..... *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung*

8 Anhang

Schaubild A 1: Hausarztdichte

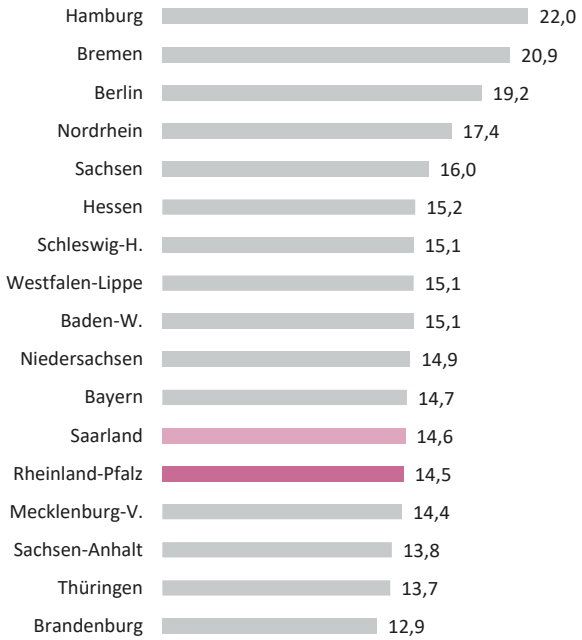
2022, Anzahl Hausärzte pro 100 000 Einwohner

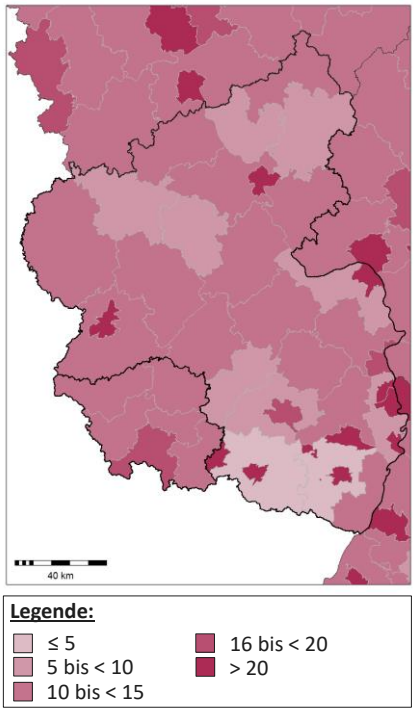




Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Ärzte in Köpfen, nicht auf Arztsitze. In den KBV-Grunddaten umfassen die Daten zu Hausärzten die Summe aller Allgemeinärzte, Praktischen Ärzte und hausärztlich tätigen Internisten.
Quelle: KBV (2023d), eigene Darstellung.

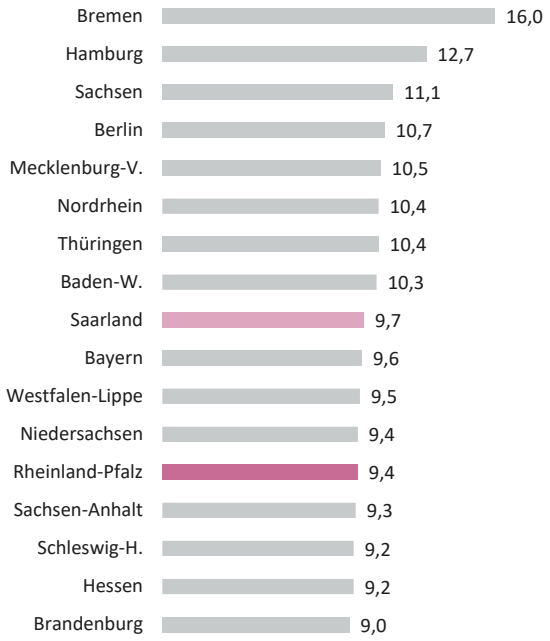
Schaubild A 2: Frauenarztdichte
2022, Frauenärzte pro 100 000 Einwohner

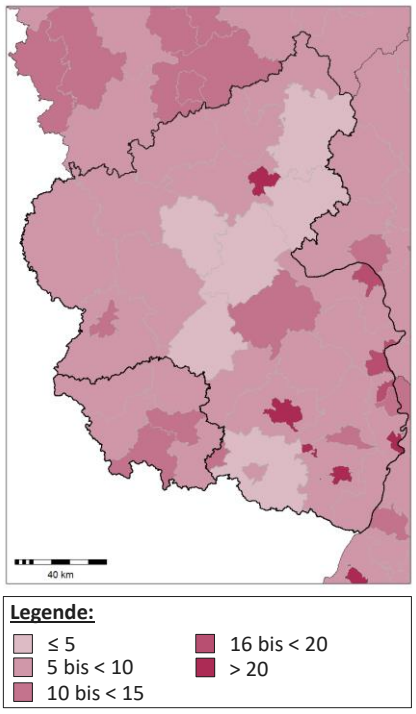




Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Ärzte in Köpfen, nicht auf Arztsitze.
Quelle: KBV (2023d), eigene Darstellung.

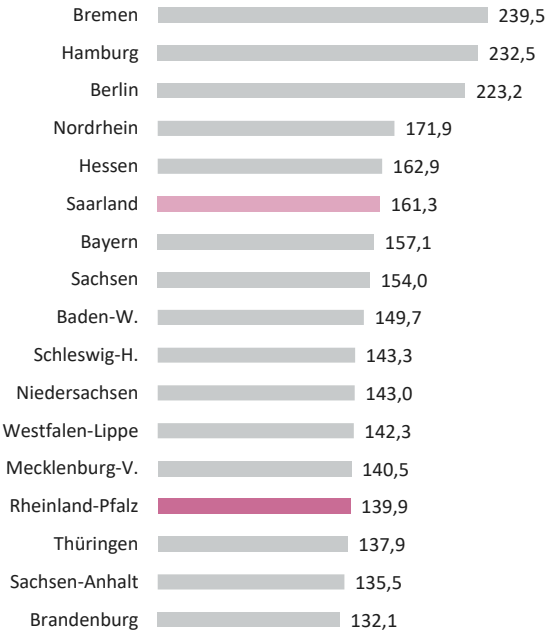
Schaubild A 3: Kinderarztdichte
2022, Kinderärzte pro 100 000 Einwohner

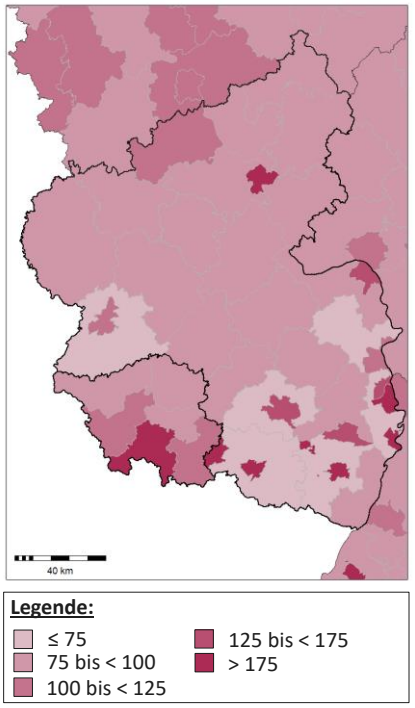




Anmerkung: Die Daten beziehen sich auf die Ärzte in Köpfen, nicht auf Arztsitze.
Quelle: KBV (2023d), eigene Darstellung.

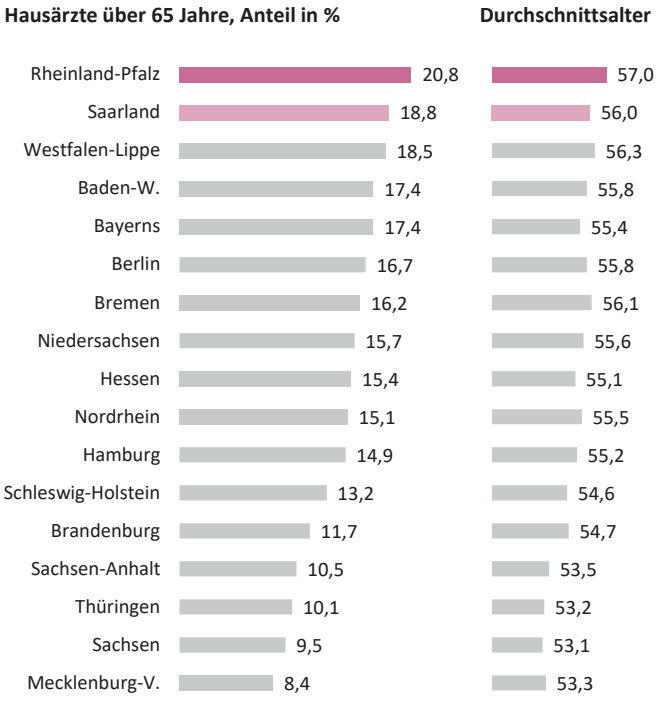
Schaubild A 4: Facharztdichte
2022, Fachärzte pro 100 000 Einwohner

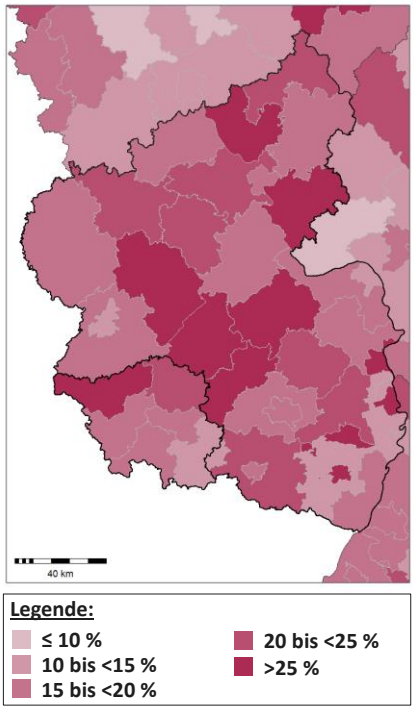




Anmerkung: Alle Ärzte abzüglich Hausärzten. Die Daten beziehen sich auf die Ärzte in Köpfen, nicht auf Arztsitze.
Quelle: KBV (2023d), eigene Darstellung.

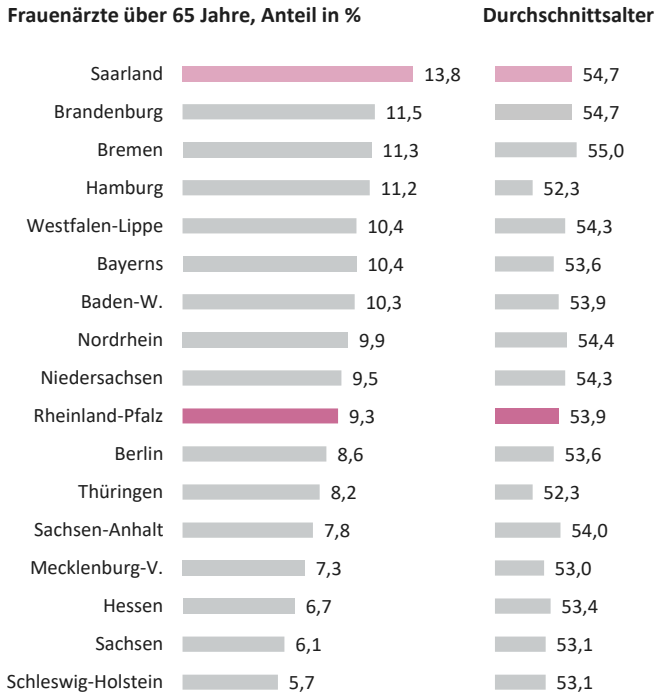
Schaubild A 5: Altersstruktur von Hausärzten
2022

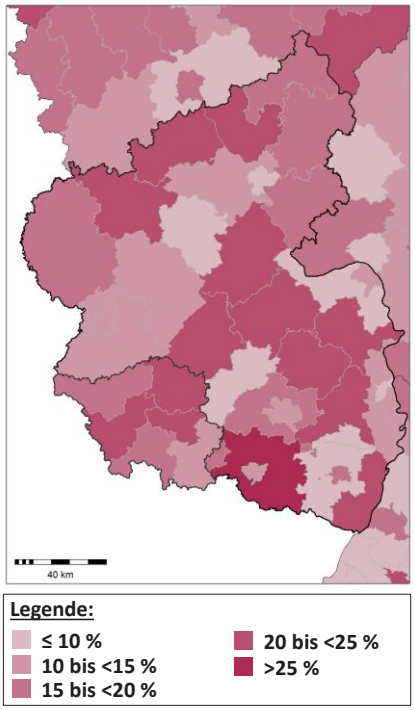




Quelle: KBV (2023b, 2023d) eigene Darstellung.

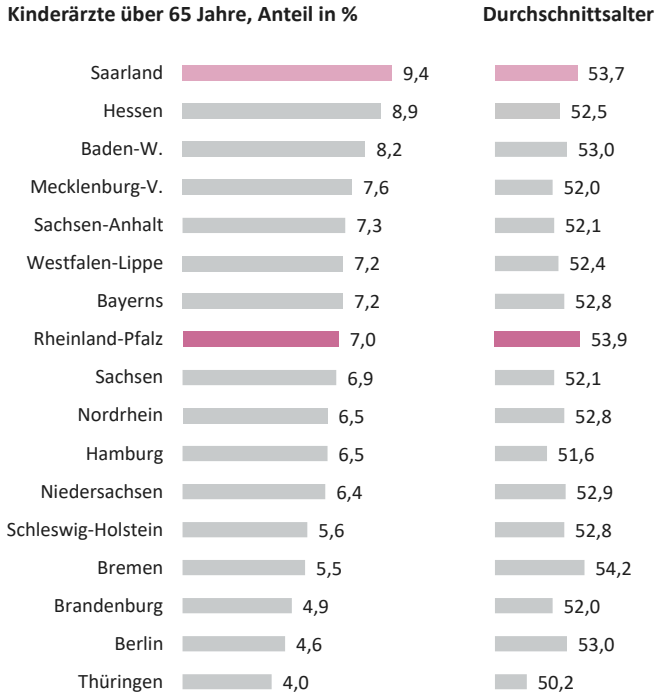
Schaubild A 6: Altersstruktur von Frauenärzten
2022

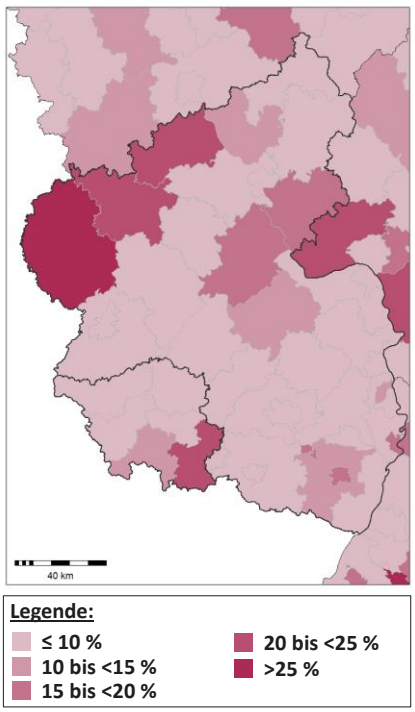




Quelle KBV (2023b, 2023d) eigene Darstellung.

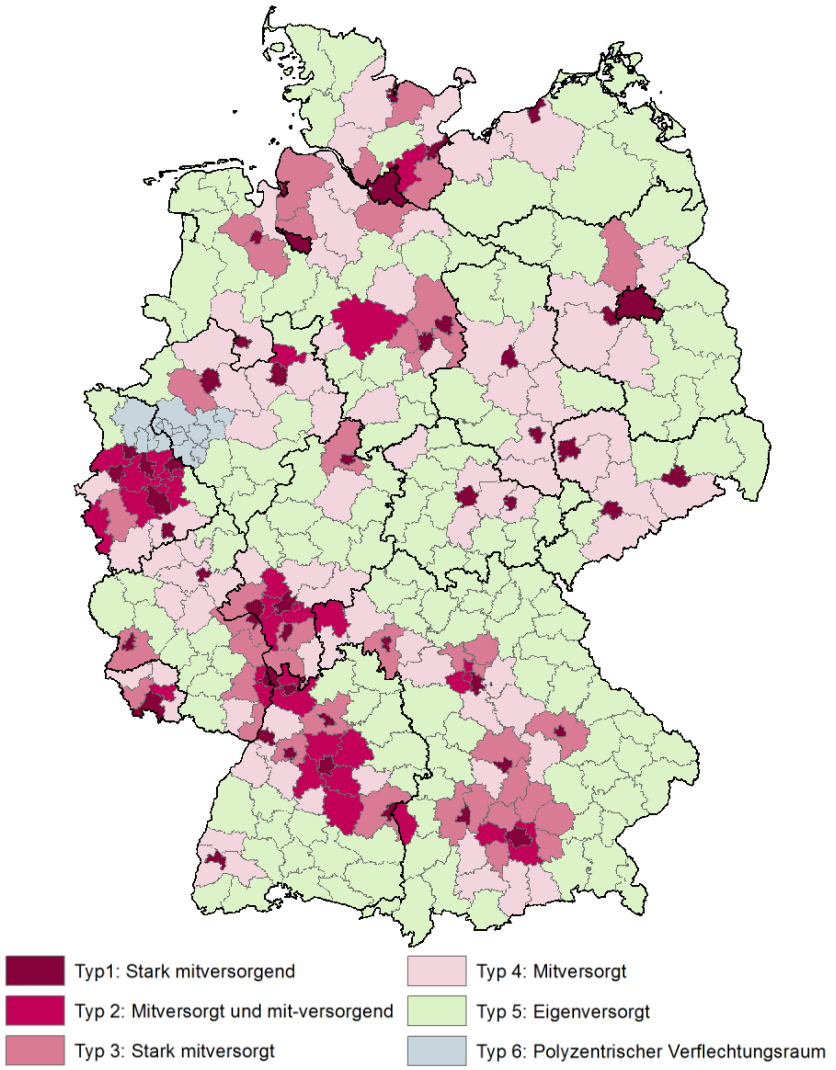
Schaubild A 7: Altersstruktur von Kinderärzten
2022





Quelle: KBV (2023b, 2023d), eigene Darstellung.

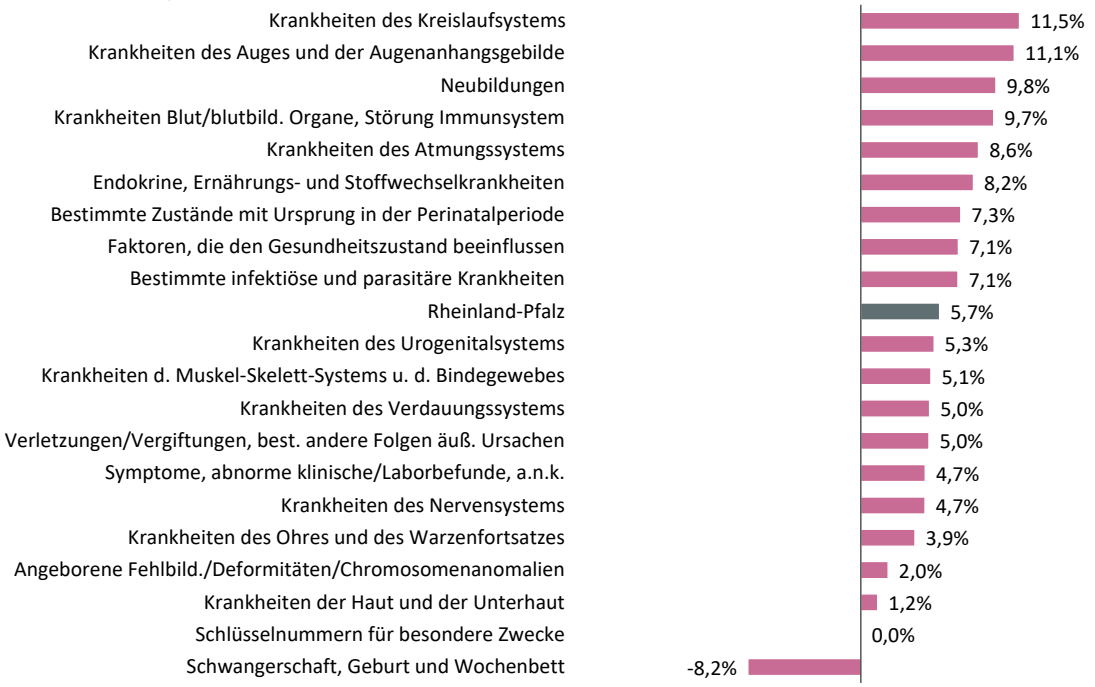
Karte A 1: Mitversorgungseffekte in der vertragsärztlichen Versorgung
2023



Anmerkung: Darstellung bestehender Mitversorgungseffekte. Hier wird der unterschiedliche Grad der Mitversorgung anhand fünf unterschiedlicher Verhältniszahlen je nach Regionstyp berücksichtigt. Seit 2018 gilt zudem ein weiterer Regionstyp, der sog. polyzentrische Verflechtungsraum, mit eigenen Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet. In den anderen Versorgungsebenen (hausärztliche, spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung) sind die Planungsräume so gewählt, dass die Mitversorgung innerhalb des Planungsbereiches abgebildet wird. Eine differenzierte Verhältniszahl ist dann nicht erforderlich.
Quelle: KBV (2023c).

Schaubild A 8: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „nur Demografie“ in Rheinland-Pfalz

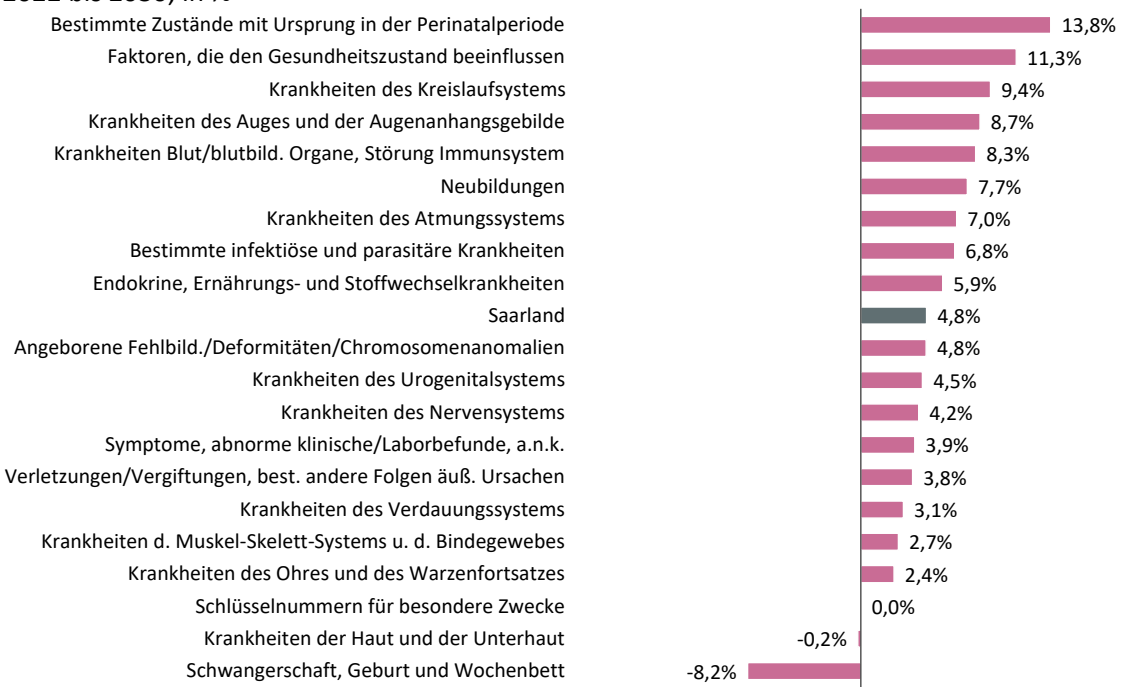
2022 bis 2030, in %



Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

Schaubild A 9: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „nur Demografie“ im Saarland

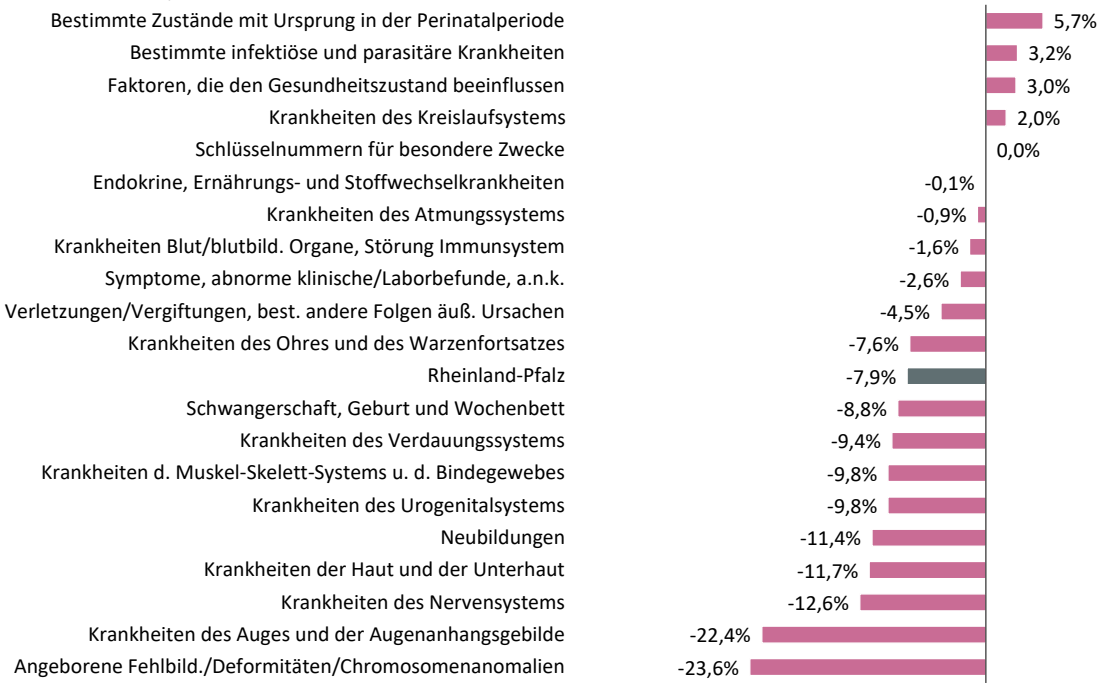
2022 bis 2030, in %



Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

Schaubild A 10: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „Demografie und ambulantes Potenzial“ in Rheinland-Pfalz

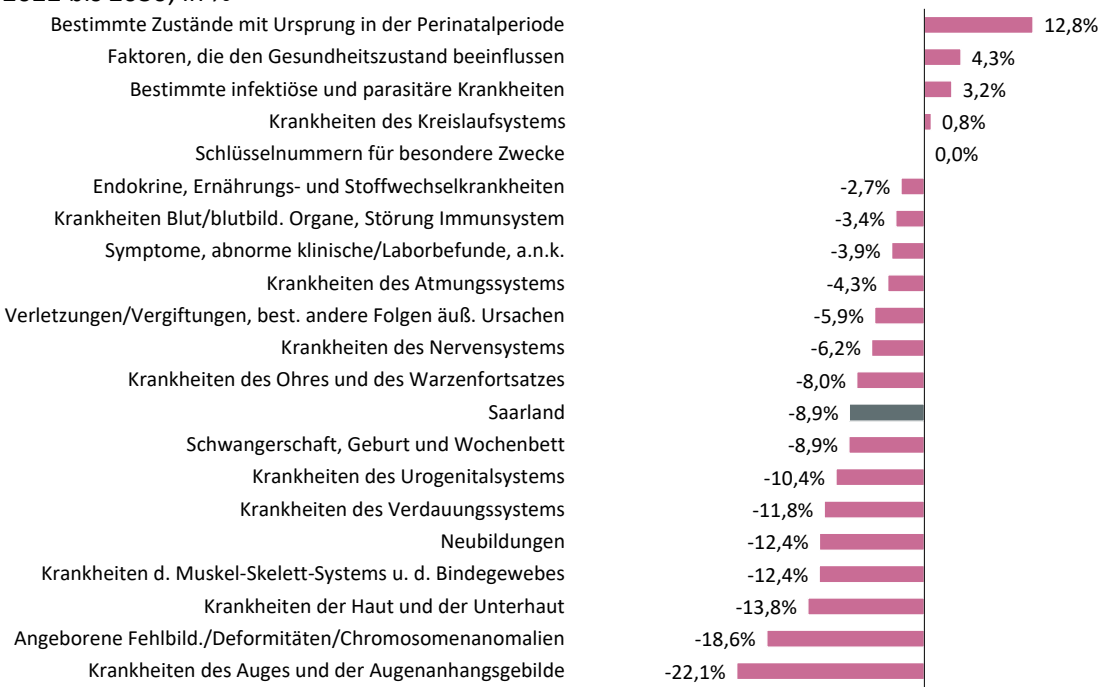
2022 bis 2030, in %



Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

Schaubild A 11: Fortschreibung der stationären Fallzahlen nach ICD-Kapiteln im Szenario „Demografie und ambulantes Potenzial“ im Saarland

2022 bis 2030, in %



Quelle: Breidenbach und Eilers (2018), Statistisches Bundesamt (2023g), eigene Darstellung.

Schaubild A 12: Steckbrief für Hunsrück

Hunsrück

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	420.095	
Fläche im km²:	3.205	
Einwohner je km²:	131	*- 44,5%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	24,3%	*+ 10,2%*
BIP je Einwohner:	31.013 €	*- 28,3%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	-1,1%	*- 0,1%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	16,4%	*- 1,3%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-9,3%	*- 0,6%-P.*

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.482	*- 1,5%*	26%	*+ 10,1%-P.*
Frauenärzte:	4.525	*+ 38,4%*	17%	*+ 8,1%-P.*
Kinderärzte:	2.276	*+ 34,2%*	10%	*+ 3,1%-P.*
Fachärzte:	1.163	*+ 39,5%*	14%	*+ 2,4%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	26,2	*+ 24,7%*
KH-Standorte je 1.000 km²	3,4	*- 29,7%*
Anzahl der Krankenhäuser:	11	
Anzahl ohne Fachkliniken:	10	
- davon Notfallstufe 0	10,0%	*- 12,2%-P.*
- davon Notfallstufe 1	80,0%	*+ 33,3%-P.*
- davon Notfallstufe 2	0,0%	*- 19,1%-P.*
- davon Notfallstufe 3	10,0%	*- 2,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	0,0% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**11**	**8**	**-3**
- Notfallstufe 1	8	4	-4
- Notfallstufe 2	0	0	0
- Notfallstufe 3	1	2	1
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		1	
KH ohne Veränderung		7	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		2 bis 3	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 13: Steckbrief für Mittelrhein

Mittelrhein

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	409.037	
Fläche im km²:	2.297	
Einwohner je km²:	178	*- 24,6%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	24,0%	*+ 8,6%*
BIP je Einwohner:	31.617 €	*- 26,9%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	-0,8%	*+ 0,3%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	14,9%	*- 2,8%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-8,5%	*+ 0,3%-P.*

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.519	*+ 1,0%*	22%	*+ 6,0%-P.*
Frauenärzte:	3.240	*- 0,9%*	6%	*- 3,3%-P.*
Kinderärzte:	1.613	*- 5,0%*	10%	*+ 2,6%-P.*
Fachärzte:	905	*+ 8,5%*	10%	*- 1,9%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	30,5	*+ 45,3%*
KH-Standorte je 1.000 km²	6,7	*+ 36,5%*
Anzahl der Krankenhäuser:	16	
Anzahl ohne Fachkliniken:	12	
- davon Notfallstufe 0	16,7%	*- 5,5%-P.*
- davon Notfallstufe 1	41,7%	*- 5,0%-P.*
- davon Notfallstufe 2	41,7%	*+ 22,6%-P.*
- davon Notfallstufe 3	0,0%	*- 12,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	2,3% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**16**	**13**	**-3**
- Notfallstufe 1	5	1	-4
- Notfallstufe 2	5	6	1
- Notfallstufe 3	0	0	0
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		2	
KH ohne Veränderung		11	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		1 bis 2	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 14: Steckbrief für Pfalz-West

Pfalz-West

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	379.559	
Fläche im km²:	1.865	
Einwohner je km²:	203	*- 13,8%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	23,7%	*+ 7,0%*
BIP je Einwohner:	33.227 €	*- 23,2%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	-1,0%	*+ 0,0%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	15,8%	*- 2,0%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-9,5%	*- 0,7%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	15,8	*- 24,7%*
KH-Standorte je 1.000 km²	3,2	*- 34,1%*
Anzahl der Krankenhäuser:	6	
Anzahl ohne Fachkliniken:	5	
- davon Notfallstufe 0	0,0%	*- 22,2%-P.*
- davon Notfallstufe 1	60,0%	*+ 13,3%-P.*
- davon Notfallstufe 2	20,0%	*+ 0,9%-P.*
- davon Notfallstufe 3	20,0%	*+ 8,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	0,0% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.508	*+ 0,3%*	19%	*+ 3,6%-P.*
Frauenärzte:	3.945	*+ 20,7%*	10%	*+ 1,0%-P.*
Kinderärzte:	1.402	*- 17,4%*	5%	*- 2,4%-P.*
Fachärzte:	1.000	*+ 19,9%*	13%	*+ 0,6%-P.*

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**6**	**5**	**-1**
- Notfallstufe 1	3	2	-1
- Notfallstufe 2	1	1	0
- Notfallstufe 3	1	1	0
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		1	
KH ohne Veränderung		4	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		0 bis 1	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 15: Steckbrief für Rheinhessen

Rheinhessen

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	728.890	
Fläche im km²:	2.045	
Einwohner je km²:	356	*+ 51,0%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	20,8%	*- 6,1%*
BIP je Einwohner:	56.358 €	*+ 30,2%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	1,1%	*+ 1,1%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	19,9%	*+ 19,9%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-6,7%	*- 6,7%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	13,7	*- 34,7%*
KH-Standorte je 1.000 km²	4,9	*+ 0,2%*
Anzahl der Krankenhäuser:	10	
Anzahl ohne Fachkliniken:	7	
- davon Notfallstufe 0	14,3%	*- 7,9%-P.*
- davon Notfallstufe 1	42,9%	*- 3,9%-P.*
- davon Notfallstufe 2	14,3%	*- 4,8%-P.*
- davon Notfallstufe 3	28,6%	*+ 16,5%-P.*
Klinische Notfallversorg.	0,1% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.546	*+ 2,8%*	18%	*+ 1,9%-P.*
Frauenärzte:	3.090	*- 5,5%*	9%	*- 0,8%-P.*
Kinderärzte:	1.495	*- 11,9%*	4%	*- 3,2%-P.*
Fachärzte:	836	*+ 0,3%*	11%	*- 0,8%-P.*

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**10**	**7**	**-3**
- Notfallstufe 1	3	1	-2
- Notfallstufe 2	1	1	0
- Notfallstufe 3	2	2	0
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		0	
KH ohne Veränderung		7	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		2 bis 3	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 16: Steckbrief für Rheinpfalz

Rheinpfalz

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	910.166	
Fläche im km²:	2.367	
Einwohner je km²:	385	*+ 62,9%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	22,5%	*+ 1,9%*
BIP je Einwohner:	40.086 €	*- 7,4%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	0,1%	*+ 1,2%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	17,6%	*- 0,1%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-7,4%	*+ 1,4%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	19,8	*- 5,8%*
KH-Standorte je 1.000 km²	7,6	*+ 55,8%*
Anzahl der Krankenhäuser:	18	
Anzahl ohne Fachkliniken:	15	
- davon Notfallstufe 0	0,0%	*- 22,2%-P.*
- davon Notfallstufe 1	66,7%	*+ 20,0%-P.*
- davon Notfallstufe 2	33,3%	*+ 14,3%-P.*
- davon Notfallstufe 3	0,0%	*- 12,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	0,0% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.558	*+ 3,6%*	20%	*+ 4,4%-P.*
Frauenärzte:	2.996	*- 8,3%*	8%	*- 1,4%-P.*
Kinderärzte:	1.721	*+ 1,4%*	7%	*- 0,2%-P.*
Fachärzte:	861	*+ 3,2%*	10%	*- 2,1%-P.*

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**18**	**13**	**-5**
- Notfallstufe 1	11	3	-8
- Notfallstufe 2	4	5	1
- Notfallstufe 3	0	2	2
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		4	
KH ohne Veränderung		9	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		3 bis 4	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 17: Steckbrief für Trier

Trier

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	546.565	
Fläche im km²:	4.926	
Einwohner je km²:	111	*- 53,0%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	21,8%	*- 1,3%*
BIP je Einwohner:	31.987 €	*- 26,1%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	0,0%	*+ 1,0%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	18,3%	*+ 0,5%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-7,7%	*+ 1,1%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	18,3	*- 12,9%*
KH-Standorte je 1.000 km²	2,0	*- 58,4%*
Anzahl der Krankenhäuser:	10	
Anzahl ohne Fachkliniken:	10	
- davon Notfallstufe 0	10,0%	*- 12,2%-P.*
- davon Notfallstufe 1	50,0%	*+ 3,3%-P.*
- davon Notfallstufe 2	30,0%	*+ 10,9%-P.*
- davon Notfallstufe 3	10,0%	*- 2,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	1,2% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.642	*+ 9,2%*	19%	*+ 3,4%-P.*
Frauenärzte:	3.246	*- 0,7%*	7%	*- 2,0%-P.*
Kinderärzte:	1.863	*+ 9,8%*	11%	*+ 3,8%-P.*
Fachärzte:	945	*+ 13,3%*	14%	*+ 1,7%-P.*

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**10**	**9**	**-1**
- Notfallstufe 1	5	5	0
- Notfallstufe 2	3	3	0
- Notfallstufe 3	1	1	0
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		1	
KH ohne Veränderung		8	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		0 bis 1	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 18: Steckbrief für Westerwald

Westerwald

Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	764.838	
Fläche im km²:	3.146	
Einwohner je km²:	243	*+ 3,0%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	22,7%	*+ 2,7%*
BIP je Einwohner:	40.004 €	*- 7,5%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	-1,0%	*+ 0,0%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	17,7%	*+ 0,0%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-8,8%	*+ 0,0%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	24,6	*+ 17,3%*
KH-Standorte je 1.000 km²	5,3	*+ 7,8%*
Anzahl der Krankenhäuser:	16	
Anzahl ohne Fachkliniken:	14	
- davon Notfallstufe 0	35,7%	*+ 13,5%-P.*
- davon Notfallstufe 1	57,1%	*+ 10,4%-P.*
- davon Notfallstufe 2	7,1%	*- 11,9%-P.*
- davon Notfallstufe 3	0,0%	*- 12,0%-P.*
Klinische Notfallversorg.	3,1% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.538	*+ 2,3%*	24%	*+ 7,8%-P.*
Frauenärzte:	5.009	*+ 53,3%*	14%	*+ 4,7%-P.*
Kinderärzte:	2.595	*+ 53,0%*	7%	*+ 0,2%-P.*
Fachärzte:	1.207	*+ 44,7%*	11%	*- 1,0%-P.*

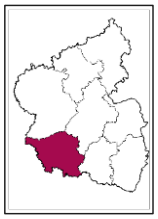
Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**16**	**6**	**-10**
- Notfallstufe 1	8	1	-7
- Notfallstufe 2	1	1	0
- Notfallstufe 3	0	2	2
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		4	
KH ohne Veränderung		2	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		6 bis 7	

Quelle: eigene Darstellung.

Schaubild A 19: Steckbrief für Saarland

Saarland



Stammdaten

		Δ zu D
Einwohnerzahl:	992.666	
Fläche im km²:	2.570	
Einwohner je km²:	386	*+ 63,6%*
Anteil Bevölkerung > 65J:	24,8%	*+ 12,0%*
BIP je Einwohner:	36.761 €	*- 15,0%*

Projektion

Projektion 2030 - Veränderung …		
… der Bevölkerungszahl gesamt:	-0,9%	*+ 0,2%-P.*
… des Anteils Bevölkerung > 65J:	16,1%	*- 1,6%-P.*
… des Erwerbspotenzials:	-9,9%	*- 1,1%-P.*

Stationäre Versorgung

KH-Standorte je 1 Mio. Einw.:	18,1	*- 13,7%*
KH-Standorte je 1.000 km²	7,0	*+ 43,5%*
Anzahl der Krankenhäuser:	18	
Anzahl ohne Fachkliniken:	15	
- davon Notfallstufe 0	6,7%	*- 15,5%-P.*
- davon Notfallstufe 1	66,7%	*+ 20,0%-P.*
- davon Notfallstufe 2	13,3%	*- 5,7%-P.*
- davon Notfallstufe 3	13,3%	*+ 1,3%-P.*
Klinische Notfallversorg.	0,0% Bev. Fahrzeit > 30 Min.	

Primärärztliche Versorgung

	Einw. je Arzt	Δ zu D	Ärzte >65J	Δ zu D
Hausärzte:	1.507	*+ 0,2%*	19%	*+ 3,1%-P.*
Frauenärzte:	3.488	*+ 6,7%*	14%	*+ 4,4%-P.*
Kinderärzte:	1.592	*- 6,2%*	9%	*+ 2,4%-P.*
Fachärzte:	825	*- 1,1%*	13%	*+ 0,7%-P.*

Zielbild

	Status quo	Zielbild	Δ
Anzahl Standorte	**18**	**12**	**-6**
- Notfallstufe 1	11	3	-8
- Notfallstufe 2	2	2	0
- Notfallstufe 3	2	4	2
davon im Zielbild:			
Zentralkliniken		5	
KH ohne Veränderung		7	
Ambulante Zentren bis hin zu SVE		0 bis 1	

Quelle: eigene Darstellung.